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

Wydział Nauk o Zdrowiu
Faculty of Health Sciences

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

KWARTALNIK / QUARTERLY

Nr 1 (67)
3/2018

Indeksowane w / Indexed in:
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/
Ministry of Science and Higher Education – 6,0;
Index Copernicus Value (ICV) – 72,60

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Skrót tytułu czasopisma/Abbreviated title:
Piel Pol.

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466
eISSN 2450-0755

Korekta/Proofreading:
Barbara Grabowska-Fudala
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. 12,6. Ark. druk. 16,3.
Format A4. Zam. nr 10/18.
Druk ukończono w marcu 2018.

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor Naczelny
dr hab. Krystyna Jaracz, prof. UM

Zastępcy Redaktora Naczelnego
dr hab. Krystyna Górna, prof. UM
dr hab. Danuta Dyk
dr hab. Małgorzata Kotwicka, prof. UM

Sekretarz Naukowy
dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

Sekretarz Redakcji
dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

RADA NAUKOWA

prof. Vincenzo Antonelli	LUISS Guido Carli di Roma (Włochy)
dr hab. Grażyna Bączyk	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
prof. Merita Berisha	University of Prishtina (Kosowo)
mgr Regina Bisikiewicz	European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (EASPD)
prof. Antonio Cicchella	University of Bologna (Włochy)
prof. Susumu Eguchi	Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japonia)
dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska	Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Barbara Grabowska-Fudala	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Elżbieta Grochans	Pomorski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Aleksandra Gutysz-Wojnicka	Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (Polska)
prof. Lotte Kaba-Schönstein	Hochschule Esslingen (Niemcy)
doc. Helena Kadučáková	Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)
prof. Christina Koehlen	Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)
dr hab. Maria Kózka	Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)
dr Halyna Krytska	Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego w Tarnopolu (Ukraina)
dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota	Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
dr hab. Joanna Lewko	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)
prof. Mária Machalová	Prešovská Univerzita (Słowacja)
dr hab. Ludmiła Marcinowicz	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)
prof. dr hab. Ewa Mojs	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Jana Nemcová	Comenius University in Bratislava (Słowacja)
prof. dr hab. Grażyna Nowak-Starz	Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
dr hab. Beata Pięta prof. UM	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
prof. Hildebrand Ptak	Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)
prof. dr hab. Joanna Rosińczuk	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (Polska)
prof. dr hab. Maria T. Szewczyk	Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
prof. dr hab. Arkadii Shulhai	Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego w Tarnopolu (Ukraina)
dr hab. Robert Ślusarz	Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
dr Dorota Talarska	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Monika Urbaniak	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Frans Vergeer	Fontys Hogescholen (Holandia)
dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka	Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego (Polska)
dr Katarína Žiaková	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 67, fax: 61 861 22 66
e-mail: pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl
www.pielegniarstwo.ump.edu.pl

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

REDAKTORZY TEMATYCZNI

mgr Katarzyna Gołębiewska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Katarzyna Plagens-Rotman	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Joanna Stanisławska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
mgr Renata Szpalik	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

REDAKTOR STATYSTYCZNY
dr inż. Renata Rasińska

LISTA RECENZENTÓW

dr Agnieszka Bańkowska	Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
dr hab. Grażyna Bączyk	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Benedykt Bober	NZOZ Nadmorskie Centrum Rehabilitacji (Polska)
prof. Antonio Cicchella	University of Bologna (Włochy)
dr Justyna Cwajda-Białasik	Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
dr Józefa Czarnecka	Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Grażyna Czerwiak	Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
dr hab. Joanna Gotlib	Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Grażyna Iwanowicz-Palus	Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
doc. Helena Kadučáková	Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)
Douglas Kemerer	Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)
dr Ewa Kobos	Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Halina Król	Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
dr Urszula Kwapisz	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Włodzimierz Łojewski	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
prof. Mária Machalová	Prešovská Univerzita (Słowacja)
prof. Anders Møller Jensen	VIA University College Denmark (Dania)
prof. dr hab. Henryk Mruk	Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu (Polska)
dr Jana Nemcová	Comenius University in Bratislava (Słowacja)
dr inż. Iwona Nowakowska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Jan Nowomiejski	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Piotr Pagórski	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Beata Pięta prof. UM	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Wojciech Grzegorz Polak	University Medical Center Rotterdam (Holandia)
Ottilie Rung	The University of Arizona College of Nursing (USA)
dr Zofia Sienkiewicz	Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Beata Skokowska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Ewa Szynkiewicz	Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
dr Dorota Talarska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Monika Urbaniak	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Aleksandra Zielińska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Katarína Žiaková	Comenius University in Bratislava (Słowacja)
prof. Klaudia J. Ćwiękała-Lewis	Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief
Krystyna Jaracz

Vice Editor-in-Chief
Krystyna Górna
Danuta Dyk
Małgorzata Kotwicka

Scientific Secretary
Barbara Grabowska-Fudala

Editorial Secretary
Barbara Grabowska-Fudala

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Vincenzo Antonelli	LUISS Guido Carli di Roma (Italy)
Grażyna Bączyk	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Merita Berisha	University of Prishtina (Kosowo)
Regina Bisikiewicz	European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (EASPD)
Antonio Cicchella	University of Bologna (Italy)
Susumu Eguchi	Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japan)
Aleksandra Gaworska-Krzemińska	Medical University of Gdańsk (Poland)
Barbara Grabowska-Fudala	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Elżbieta Grochans	Pomeranian Medical University in Szczecin (Poland)
Aleksandra Gutysz-Wojnicka	University of Warmia and Mazury in Olsztyn (Poland)
Lotte Kaba-Schönstein	Hochschule Esslingen (Germany)
Helena Kadučáková	Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Christina Koehlen	Evangelische Hochschule Berlin (Germany)
Maria Kózka	Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)
Halyna Krytska	Ternopil State Medical University (Ukraine)
Anna Ksykiewicz-Dorota	Medical University of Lublin (Poland)
Joanna Lewko	Medical University of Bialystok (Poland)
Mária Machalová	Prešovská Univerzita (Slovakia)
Ludmiła Marcinowicz	Medical University of Bialystok (Poland)
Ewa Mojs	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Jana Nemcová	Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Grażyna Nowak-Starz	Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Beata Pięta	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Hildebrand Ptak	Evangelische Hochschule Berlin (Germany)
Joanna Rosińczuk	Wroclaw Medical University (Poland)
Maria T. Szewczyk	Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)
Arkadii Shulhai	Ternopil State Medical University (Ukraine)
Robert Ślusarz	Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)
Dorota Talarska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Monika Urbaniak	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Frans Vergeer	Fontys Hogescholen (Holland)
Ewa Wilczek-Rużyczka	Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University (Poland)
Katarína Žiaková	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 67, fax: +48 61 861 22 66
e-mail: pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl
www.pielegniarstwo.ump.edu.pl

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

THEMATIC EDITORS

Katarzyna Gołębiewska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Katarzyna Plagens-Rotman	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Joanna Stanisławska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Renata Szpalik	Poznan University of Medical Sciences (Poland)

STATISTICAL EDITOR

Renata Rasińska

THE LIST OF THE REVIEWERS

Agnieszka Bańkowska	Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)
Grażyna Bączyk	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Benedykt Bober	Seaside Rehabilitation Centre (Poland)
Antonio Cicchella	University of Bologna (Italy)
Justyna Cwajda-Białasik	Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University in Toruń
Józefa Czarnecka	Medical University of Warsaw (Poland)
Grażyna Czerwiak	Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Joanna Gotlib	Medical University of Warsaw (Poland)
Grażyna Iwanowicz-Palus	Medical University of Lublin (Poland)
Helena Kadučáková	Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Douglas Kemerer	Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)
Ewa Kobos	Medical University of Warsaw (Poland)
Halina Król	Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Urszula Kwapisz	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Włodzimierz Łojewski	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Mária Machalová	Prešovská Univerzita (Slovakia)
Anders Møller Jensen	VIA University College Denmark (Denmark)
Henryk Mruk	Poznan University of Economics (Poland)
Jana Nemcová	Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Iwona Nowakowska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Jan Nowomiejski	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Piotr Pagórski	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Mariola Pawlaczyk	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Beata Pięta	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Wojciech Grzegorz Polak	University Medical Center Rotterdam (Holland)
Ottilie Rung	The University of Arizona College of Nursing (USA)
Zofia Sienkiewicz	Medical University of Warsaw (Poland)
Beata Skokowska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Ewa Szynkiewicz	Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)
Dorota Talarska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Monika Urbaniak	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Aleksandra Zielińska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Katarína Žiaková	Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Klaudia J. Ćwiękała-Lewis	Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)

SPIS TREŚCI

Od redaktora 11

PRACE ORYGINALNE

Marta Krasuska, Tomasz Guzel
Krwawienie do przewodu pokarmowego – rola endoskopii w diagnostyce i terapii 13

Marzena Kaźmierczak, Grażyna Gebuza, Monika Topolińska, Małgorzata Gierszewska, Estera Mieczkowska
Ocena stopnia satysfakcji z życia u kobiet w ciąży 21

Olga Dąbska, Zbigniew Tarkowski, Ewa Humeniuk, Joanna Monastyrska
Satysfakcja pacjentów makroregionu lubelskiego z usług wybranych poradni specjalistycznych świadczeń zdrowotnych 28

Ewelina Wiśniewska, Magdalena Woynarowska-Sołdan, Halszka Boguszewska-Gutenbaum, Adam Fronczak
Realizacja przez pielęgniarki szkolne grupowej profilaktyki fluorkowej u uczniów szkół podstawowych 35

Małgorzata Starczewska, Elżbieta Stasiak, Katarzyna Augustyniuk, Daria Schneider-Matyka, Anita Rybicka, Małgorzata Szkup
Ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych i medycznych 44

Olga Dąbska, Ewa Humeniuk, Katarzyna Pawlikowska-Łagód, Małgorzata Matuska
Ocena zachowań żywieniowych chorych na nowotwór 51

Magdalena Sowa, Iwona Głowacka-Mrotek, Tomasz Nowikiewicz, Agata Gastecka, Lilla Senetrkiewicz, Wojciech Zegarski
Ocena czynników wpływających na stopień akceptacji zachorowania na raka piersi u kobiet poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł piersiowy: analiza odległa po upływie 5 lat od zabiegu – badanie wstępne 58

Ewelina Nowak, Monika Pierzak
Poziom wiedzy studentów studiów medycznych i niemedycznych w zakresie udzielania pierwszej pomocy . . . 65

Marzena Kaźmierczak, Grażyna Gebuza, Dorota Krasińska, Małgorzata Gierszewska, Estera Mieczkowska
Opieka i pielęgnacja noworodka – ocena poziomu wiedzy kobiet po porodzie 71

Jakub Lickiewicz, Kinga Sałapa, Zofia Musiał, Mirosława Dzikowska
Skala postrzegania agresji wobec personelu (POAS) – doniesienie wstępne 78

Maciej Krzysztof Załuski
Predyspozycje afektywne a obraz choroby przewlekłej 84

Marta Stanisz, Dorota Ćwiek, Joanna Preś, Dorota Branecka-Woźniak
Realizacja kontaktu „skóra do skóry" w kontekście wytycznych Standardu Opieki Okołoporodowej w wybranych szpitalach województwa zachodniopomorskiego 92

Anna Leja-Szpak, Katarzyna Bulanda, Jolanta Jaworek
Opinia ciężarnych na temat kompetencji położnych w aspekcie prowadzenia ciąży fizjologicznej 97

PRACA POGLĄDOWA

Agnieszka Orłowska, Mariola Łaguna
Upodmiotowienie – analiza koncepcji i jej zastosowanie w praktyce pielęgniarskiej 106

PRACA KAZUISTYCZNA

Lucyna Monika Sochocka, Edyta Kędra, Patryk Gawlik
Planowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem geriatrycznym po zabiegu endoprotezoplastyki przebywającym w środowisku domowym – studium przypadku 113

RECENZJA KSIĄŻKI

Dorota Irena Prędkiewicz
Recenzja książki „A niech się brudzą! Nowy sposób na zdrowie twojego dziecka" (autorzy: R. Brett Finlay, Marie-Claire Arrieta) 121

INFORMACJE

Wskazówki dla autorów 126

CONTENTS

Editor's note 12

ORIGINAL PAPERS

Marta Krasuska, Tomasz Guzel
Gastrointestinal bleeding – the role of endoscopy in diagnosis and therapy 13

Marzena Kaźmierczak, Grażyna Gebuza, Monika Topolińska, Małgorzata Gierszewska, Estera Mieczkowska
Assessment of the level of satisfaction with life in pregnant women 21

Olga Dąbska, Zbigniew Tarkowski, Ewa Humeniuk, Joanna Monastyrska
Lublin macroregion residents' satisfaction with medical services from selected specialist clinics 28

Ewelina Wiśniewska, Magdalena Woynarowska-Sołdan, Halszka Boguszewska-Gutenbaum, Adam Fronczak
The realization of group fluoride prophylaxis among primary schools pupils as implemented by school nurses . . . 35

Małgorzata Starczewska, Elżbieta Stasiak, Katarzyna Augustyniuk, Daria Schneider-Matyka, Anita Rybicka, Małgorzata Szkup
The quality of life of hemodialysis patients assessed with regard to sociodemographic and medical factors . . . 44

Olga Dąbska, Ewa Humeniuk, Katarzyna Pawlikowska-Łagód, Małgorzata Matuska
Assessment of cancer patients' eating habits 51

Magdalena Sowa, Iwona Głowacka-Mrotek, Tomasz Nowikiewicz, Agata Gastecka, Lilla Senetrkiewicz, Wojciech Zegarski
Factors influencing disease acceptance in patients after breast-conserving surgery for breast cancer: long-term analysis after 5 years since surgery – pilot study 58

Ewelina Nowak, Monika Pierzak
The level of knowledge of medical and non-medical students in the field of first aid 65

Marzena Kaźmierczak, Grażyna Gebuza, Dorota Krasińska, Małgorzata Gierszewska, Estera Mieczkowska
Newborn care and baby tending – assessment of the level of knowledge in postpartum women 71

Jakub Lickiewicz, Kinga Sałapa, Zofia Musiał, Mirosława Dzikowska
Perception of aggression scale (POAS) – preliminary study 78

Maciej Krzysztof Załuski
Affective disposition and chronicle illness perceptions 84

Marta Stanisz, Dorota Ćwiek, Joanna Preś, Dorota Branecka-Woźniak
Implementation of the 'skin to skin' contact in accordance with Perinatal Care Standard recommendations in chosen hospitals of Zachodniopomorskie province 92

Anna Leja-Szpak, Katarzyna Bulanda, Jolanta Jaworek
Opinion of pregnant women about the competence of midwives in the aspect of the physiological pregnancy care 97

REVIEW PAPERS

Agnieszka Orłowska, Mariola Łaguna
Empowerment – analysis of the concept and its application in nursing 106

CASE STUDY

Lucyna Monika Sochocka, Edyta Kędra, Patryk Gawlik
Planning nursing care of the geriatric patient after endoprothesoplastic surgery who lives in a home environment – case study 113

BOOK REVIEW

Dorota Irena Prędkiewicz
The review of the book 'Let them eat dirt: saving your child from an oversanitized world' (authors: R. Brett Finlay, Marie-Claire Arrieta) 121

INFORMATION

Guidance for authors 126

OD REDAKTORA

Drodzy Czytelnicy,

w imieniu Komitetu Naukowego prezentujemy Państwu wiosenne wydanie „Pielęgniarstwa Polskiego" w roku 2018. Zawiera ono trzynaście prac oryginalnych, jeden artykuł poglądowy i jeden opis przypadku. Artykuły można podzielić na trzy grupy tematyczne: 1) prace dotyczące jakości opieki i jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, 2) prace na temat specyficznych problemów klinicznych i opieki pielęgniarskiej, 3) artykuły dotyczące profilaktyki, wiedzy o zdrowiu i zachowań zdrowotnych. Chcielibyśmy zwrócić Państwa szczególną uwagę na kilka artykułów poświęconych powyższej tematyce, a mianowicie na: pracę poglądową autorstwa Agnieszki Orłowskiej i Marioli Laguny zatytułowaną „Upodmiotowienie – analiza koncepcji i jej zastosowanie w praktyce pielęgniarskiej", artykuł oryginalny Eweliny Nowak i Moniki Pietrzak pt. „Poziom wiedzy studentów studiów medycznych i niemedycznych w zakresie udzielania pierwszej pomocy" oraz pracę oryginalną autorstwa Marty Stanisz i wsp. pt. „Realizacja kontaktu »skóra do skóry« w kontekście wytycznych Standardu Opieki Okołoporodowej w wybranych szpitalach województwa zachodniopomorskiego".

Mamy nadzieję, że te i wszystkie pozostałe prace wzbudzą zainteresowanie wśród personelu medycznego, badaczy, studentów kierunków medycznych i przedstawicieli innych, pokrewnych dziedzin.

Jednocześnie serdecznie zachęcamy Państwa do zgłaszania prac oryginalnych, poglądowych i opisów przypadku w celu ich publikacji w „Pielęgniarstwie Polskim". Manuskrypty można przesyłać drogą elektroniczną poprzez panel redakcyjny dostępny na oficjalnej stronie internetowej czasopisma: http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl/.

Życzymy Państwu przyjemnych wrażeń podczas lektury kolejnego wydania naszego czasopisma.

Dr hab. Krystyna Jaracz, prof. UM
Redaktor Naczelna
Dr Barbara Grabowska-Fudala
Sekretarz Naukowy

EDITOR'S NOTE

Dear Readers,

on behalf of the Scientific Committee, we present you the 2018 Spring issue of the 'Polish Nursing', which contains thirteen original papers, one review article and one case study. These articles can be divided into three thematic groups: 1) papers on quality of care and health-related quality of life, 2) articles dealing with specific clinical issues and nursing care, and 3) articles concerning prophylactics, health knowledge and health behaviour. We would like to draw your special attention to a few papers devoted to these topics, namely to the following articles: 'Empowerment – analysis of the concept and its application in nursing', a review paper authored by Agnieszka Orłowska and Mariola Laguna, 'The level of knowledge of medical and non-medical students in the field of first aid', an original study by Ewelina Nowak and Monika Pietrzak, and 'Implementation of the 'skin to skin' contact in accordance with Perinatal Care Standard recommendations in chosen hospitals of Zachodniopomorskie Province', an original study by Marta Stanisz et al.

We hope that all papers in the current issue will find their readership among medical personnel, research workers of medical universities, as well as representatives of other related fields.

At the same time, we would like to strongly encourage you to submit original articles, reviews and case reports for publication in the 'Polish Nursing'. Manuscripts can be submitted online, through the editorial system available at the journal official website at http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl.

We wish you enjoyable reading experience!

Assoc. Prof. Krystyna Jaracz, PhD
Editor in Chief
Barbara Grabowska-Fudala, PhD
Scientific Secretary

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

KRWAWIENIE DO PRZEWODU POKARMOWEGO – ROLA ENDOSKOPII W DIAGNOSTYCE I TERAPII

GASTROINTESTINAL BLEEDING – THE ROLE OF ENDOSCOPY IN DIAGNOSIS AND THERAPY

Marta Krasuska, Tomasz Guzel

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.1

STRESZCZENIE

Wstęp. Krwawienie do przewodu pokarmowego jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia oraz stanowi istotny problem kliniczny. Wskaźnik śmiertelności nasila się wraz z wiekiem oraz liczbą chorób towarzyszących.
Cel. Cele pracy to: ocena skuteczności leczenia, analiza bezpieczeństwa oraz częstości zastosowania leczenia endoskopowego u chorych z krwawieniem do światła przewodu pokarmowego.
Materiał i metody. Grupa badanych liczyła 151 chorych z krwawieniem do przewodu pokarmowego przyjętych do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2010–2015. W badaniu dokonano oceny retrospektywnej na podstawie danych zawartych w dokumentacji medycznej. Badanych podzielono na grupy zgodnie z rozpoznaniem, zastosowanym leczeniem, płcią i wiekiem. Oceny skuteczności leczenia endoskopowego dokonano na podstawie liczby wykonywanych zabiegów endoskopowych u pacjenta koniecznych do osiągnięcia zamierzonego celu terapeutycznego (tj. zatrzymania krwawienia), bezpieczeństwo oceniono na podstawie liczby i rodzaju powikłań, które wystąpiły podczas leczenia.
Wyniki. Endoskopię zastosowano w terapii u 110 pacjentów, u 90 chorych podczas badania wykonane zostały również zabiegi tamujące krwawienie. Skuteczność leczenia endoskopowego w badanej grupie chorych wyniosła 90%, odsetek powikłań natomiast poniżej 1%.
Wnioski. Leczenie endoskopowe jest skuteczną oraz bezpieczną metodą leczniczą. Terapia endoskopowa powinna być leczeniem z wyboru u chorych z krwawieniem do przewodu pokarmowego, choć nie u wszystkich chorych musi być wykonywana w trybie ostrodyżurowym. Prawidłowa kwalifikacja oraz odpowiednie przygotowanie chorego pozwalają uniknąć wykonywania niepotrzebnych badań w trybie ostrego dyżuru.

SŁOWA KLUCZOWE: krwawienie, przewód pokarmowy, leczenie endoskopowe, bezpieczeństwo.

ABSTRACT

Introduction. Gastrointestinal (GI) bleeding is a life-threatening disease and very often an essential clinical problem. The mortality rate increases with the age of patients and the number of comorbidities.
Aim. The aim of the study was to evaluate efficacy, safety and frequency of endoscopic therapy in patients with gastrointestinal bleeding.
Material and methods. Study group consisted of 151 patients with gastrointestinal bleeding admitted to The Department of General, Gastrointestinal and Oncologic Surgery of The Medical University of Warsaw between 2010–2015. The study was evaluated retrospectively using data contained in medical records. Patients were divided into groups according to diagnosis, treatment, gender and age. Effectiveness of endoscopic therapy was evaluated with a number of procedures required for the therapeutic effect. Safety was assessed with the number and type of complications during endoscopic treatment.
Results. Endoscopy was performed in 110 patients, in 90 persons endoscopic interventions were performed to stop bleeding. Overall effectiveness of endoscopic treatment was 90%. The complication rate of endoscopic GI bleeding treatment accounted for less than 1%.
Conclusions. The endoscopic intervention is highly effective and safe treatment of choice in patients suffering from gastrointestinal bleeding. A proper qualification for the procedure on duty enables to avoid the unnecessary intervention.

KEYWORDS: bleeding, gastrointestinal tract (GI tract), endoscopic treatment, safety.

Wprowadzenie

Krwawienie do przewodu pokarmowego jest to każde wynaczynienie krwi do tego przewodu; przebieg i rokowanie krwawienia zależą od wielu czynników. Występuje w różnym nasileniu – od krwawienia utajonego o niewielkiej dynamice przebiegu do krwotoku, w którym dynamika utraty krwi jest postępująca i w szybkim tempie może prowadzić do wstrząsu hipowolemicznego. Podstawowe objawy, które świadczą o krwawieniu do przewodu pokarmowego, wynikają z hipowolemii; są to: obniżone wartości ciśnienia tętniczego, przyspieszona czynność serca, przyspieszony oddech, zawroty głowy, osłabienie, blada, zimna i zlana potem skóra. Istotne jest stwierdzenie obecności fusowatych lub krwistych wymiotów oraz/lub smolistych lub krwistych stolców. Podczas oceny krwawienia i objawów należy wykluczyć występowanie substancji imitujących krew lub dających czarne zabarwienie – w szczególności preparatów żelaza, bizmutu lub węgla [1].

Krwawienia do przewodu pokarmowego można podzielić ze względu na lokalizację źródła krwawienia na krwawienie do górnego lub dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Ze względu na odmienny sposób zaopatrzenia i różne rokowanie w krwawieniu do górnego odcinka przewodu pokarmowego wyróżnia się krwawienia z żylaków przełyku lub żołądka oraz krwawienia nieżylakowe.

Krwawienie do górnego odcinka przewodu pokarmowego (gopp) to krwawienie w zakresie przełyku, żołądka i dwunastnicy. Liczba hospitalizacji w Polsce z powodu krwawienia do gopp szacowana jest na ok. 40–150 na 100 000 osób rocznie [2]. Ok. 50% nieżylakowych krwotoków do przewodu pokarmowego jest wynikiem występowania wrzodu trawiennego dwunastnicy lub żołądka. Szacuje się, że ok. 70% chorych w tej grupie jest zakażonych *Helicobacter pylori*, a w Polsce zakażenie występuje u ponad 90% populacji. Razem ze stosowaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych zakażenia te stanowią istotne czynniki zwiększające ryzyko krwawienia. Śmiertelność w tej grupie chorych wynosi 3,5–14% [3, 4]. Jedną z głównych metod endoskopowych wykorzystywanych w leczeniu jest metoda iniekcyjna. Polega ona na podawaniu za pomocą igły substancji zmniejszających krwawienie zarówno w wyniku działania farmakologicznego, jak i efektu „ucisku" na tkanki. Najczęściej wykorzystuje się roztwór adrenaliny w soli fizjologicznej w stężeniu 1:10 000. Stosowana jest również koagulacja naczyń i tkanek, które bezpośrednio otaczają miejsce krwawienia – ta metoda pozwala na uzyskanie hemostazy. Jedyną stosowaną obecnie metodą koagulacji bezkontaktowej jest plazmowa koagulacja argonowa (ang. *argon plasma coagulation* – APC). Leczenie endoskopowe zwykle polega na połączeniu metody iniekcyjnej z koagulacją cieplną lub założeniem klipsów. W literaturze dostępne są wyniki badań, które potwierdzają, że kombinacja dwóch metod jest lepsza niż ta, w której zastosowano tylko jedną metodę endoskopową [2, 3, 5]. Spośród nowych metod coraz częściej wykorzystuje się różne substancje o działaniu homeostatycznym, np. hemospray [6].

Żylaki przełyku i żołądka są przyczyną ok. 11% spośród wszystkich krwawień do górnego odcinka przewodu pokarmowego. Śmiertelność w tej grupie chorych wynosi 15–50%, a ryzyko zgonu rośnie z każdym nawrotem choroby. Ze względu na dużą nawrotowość w niektórych przypadkach ryzyko zgonu sięga 100% [7]. W endoskopowym leczeniu żylaków przełyku stosuje się przede wszystkim opaskowanie (ang. *endoscopic varices ligation* – EVL), w którym wykorzystuje się opaski gumowe zakładane na podstawę żylaka, co powoduje jego zakrzepicę i zamknięcie światła. Można również wykonać sklerotyzację, która polega na podstrzyknięciu krwawiącej tkanki substancją sklerotyzującą (np. aetoxysclerol). W leczeniu żylaków żołądka stosuje się także syntetyczne kleje cyjanoakrylowe, których z kolei należy unikać w tamowaniu krwawienia w przełyku, gdyż mogą doprowadzić do istotnych klinicznie zawężeń, a nawet dysfagii. W sytuacjach krytycznych można założyć protezę przełykową, która powinna ucisnąć naczynia i czasowo zatrzymać krwawienie.

Krwawieniem do dolnego odcinka przewodu pokarmowego (dopp) określa się krwawienie, którego źródło zlokalizowane jest w jelicie cienkim dystalnie od więzadła Treitza lub w jelicie grubym. Krwawienie do dopp jest przyczyną leczenia szpitalnego ok. 20 chorych na 100 000, śmiertelność wynosi ok. 3–5%. Krwawienia do dopp stanowią ok. 25–33% wszystkich krwawień do przewodu pokarmowego [2]. Należy pamiętać, że pojawienie się krwawych stolców w ok. 60% przypadków oznacza, że przyczyna krwawienia umiejscowiona jest w górnym odcinku przewodu pokarmowego, gdyż krew wynaczyniona w przewodzie pokarmowym znacznie przyspiesza pasaż jelitowy [8]. Najczęstszą przyczyną krwawienia do dolnego odcinka przewodu pokarmowego jest choroba uchyłkowa jelita grubego. Krwawienie z uchyłków zwykle jest niebolesne i rozpoczyna się gwałtownie. Najczęściej źródłem krwawienia jest lewa część okrężnicy. U ok. 80% pacjentów krwawienie z uchyłków ustępuje samoistnie, a nawraca u ok. 25%. W przypadku utrzymującego się krwawienia lub nawrotów konieczna jest odcinkowa resekcja jelita z uchyłkami [4].

Źródła krwawienia znajdujące się w jelicie cienkim są trudne do zdiagnozowania, ponieważ znajdują się poza

zasięgiem zwykłego gastroskopu. Są odpowiedzialne za większość krwawień utajonych do przewodu pokarmowego. Krwawienia utajone występują dość rzadko, a najczęściej przyczyną ich są malformacje naczyniowe, charakterystyczne głównie dla osób starszych.

Cele pracy

1. Analiza częstości leczenia endoskopowego u chorych z krwawieniem do przewodu pokarmowego; odpowiedź na pytanie: czy wszyscy chorzy muszą mieć wykonywaną endoskopię w trybie doraźnym?
2. Ocena skuteczności leczenia endoskopowego u chorych z krwawieniem do przewodu pokarmowego; odpowiedź na pytanie: ile razy trzeba wykonać endoskopię, żeby uzyskać zatrzymanie krwawienia?
3. Analiza bezpieczeństwa zabiegów endoskopowych.
4. Porównanie przebiegu i wyników leczenia oraz liczby powikłań w wybranych grupach chorych, które utworzono, uwzględniając podział: a) ze względu na płeć i wiek chorych, b) ze względu na przyjmowane doustne leki przeciwkrzepliwe, c) w zależności od źródła krwawienia.

Materiał i metody

Do grupy badanych włączono 151 chorych hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WAM z powodu krwawienia do przewodu pokarmowego w latach 2010–2015. Badania przeprowadzono na podstawie danych zawartych w dokumentacji medycznej (ocena retrospektywna).

Badanych podzielono na grupy, biorąc pod uwagę takie kryteria jak: wiek (poniżej 75. r.ż. lub powyżej 75. r.ż., tzn. w wieku starczym według definicji WHO), płeć, przyjmowanie lub nieprzyjmowanie doustnych leków przeciwzakrzepowych, źródło krwawienia (krwawienie nieżylakowe lub żylakowe do górnego odcinka przewodu pokarmowego, krwawienie do dolnego odcinka przewodu pokarmowego), zastosowane leczenie (zachowawcze, endoskopowe lub operacyjne) oraz tryb przyjęcia (ostrodyżurowe lub planowe) i wykonania zabiegu terapeutycznego (ostrodyżurowy lub odroczony). Grupy porównano, oceniając skuteczność i bezpieczeństwo terapii endoskopowej oraz liczbę jednostek koncentratu krwinek czerwonych i osocza świeżo mrożonego przetoczonego w okresie okołozabiegowym (w tej samej dobie co zabieg). Skuteczność leczenia endoskopowego oceniano na podstawie liczby zabiegów u chorego, które wykonano, aby uzyskać zadowalający efekt terapeutyczny, tj. zatrzymanie krwawienia, oraz liczby chorych, u których nie udało się uzyskać zatrzymania krwawienia. Bezpieczeństwo oceniano na podstawie liczby powikłań związanych z leczeniem endoskopowym. Obliczenia zostały wykonane w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel, statystyki opisowe wykonano za pomocą programu statystycznego SPSS, do porównania grup użyto testu t-studenta, istotność statystyczną przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki

Płeć badanych i tryb przyjęcia

Do badania włączono 151 chorych: 58 kobiet (38,4%) i 93 mężczyzn (61,4%). W trybie ostrego dyżuru zostało przyjętych do szpitala 137 chorych (91%), w trybie planowym przyjęto 14 osób (9%). Średnia wieku w grupie badanej wynosiła 58 lat.

Źródło krwawienia i rodzaj zaopatrzenia badanych chorych

Z powodu nieżylakowego krwawienia do górnego odcinka przewodu pokarmowego przyjęto 82 chorych (54,3%). Krwawienie z żylaków stwierdzono u 20,5% badanych, a u 9,3% chorych źródło krwawienia zlokalizowane było w dolnym odcinku przewodu pokarmowego. U 15,9% spośród badanych nie ustalono źródła krwawienia.

U chorych zastosowano cztery sposoby zaopatrzenia krwawienia do przewodu pokarmowego: metody endoskopowe wykonane w trybie doraźnym (do 24 godz. od przyjęcia), w trybie odroczonym, zaopatrzenie operacyjne oraz leczenie zachowawcze, tj. leczenie farmakologiczne oraz terapię płynową (w tym przetaczanie preparatów składników krwi). Rozpoznanie i leczenie oraz tryb przyjęcia do szpitala przedstawia **tabela 1**.

Tabela 1. Rozpoznanie i sposób zaopatrzenie krwawienia u chorych w zależności od trybu przyjęcia do szpitala
Table 1. Type of GI bleeding and type of endoscopic intervention according to addmission mode

Źródło krwawienia/ *Source of bleeding*	Ostry dyżur/ *Emergency admission*	Przyjęcie planowe/ *On schedule admission*
Nieżylakowe/ *Non-variceal*	49,7% n=75	4,6% n=7
Żylaki/ *Oesophageal varices*	17,9% n=27	2,6% n=4
DOPP/ *Lower gastrointestinal tract*	8,6% n=13	0,7% n=1
Nieokreślone/ *Not-defined*	14,6% n=22	1,3% n=2
Zaopatrzenie/ *Procedure*	Ostry dyżur/ *Emergency admission*	Przyjęcie planowe/ *On schedule admission*
Endoskopia doraźna/ *Emergency endoscopy*	55,6 % n=84	–
Endoskopia odroczona/ *Delayed endoscopy*	11,9 % n=18	5,3% n=8
Operacyjne/ *Operation*	3,3 % n=5	2,0% n=3
Zachowawcze/ *Conservative treatment*	18,5 % n=28	3,3% n=5

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Nieżylakowe krwawienie do górnego odcinka przewodu pokarmowego

W badanej grupie nieżylakowe krwawienie do przewodu pokarmowego wystąpiło u 82 osób (54,3%). Grupa ta składała się z 33 kobiet oraz 49 mężczyzn, a średnia wieku badanych chorych wynosiła 61 lat. W grupie pacjentów z krwawieniem nieżylakowym 81,1% stanowiły osoby, u których wykonano jeden zabieg endoskopowy. Konieczność powtórzenia zabiegu wystąpiła u 18,9% chorych.

Krwawienie z żylaków do górnego odcinka przewodu pokarmowego

Pacjenci z krwawieniem z żylaków stanowili 20,5%, w tym 8 kobiet i 23 mężczyzn. Średnia wieku wynosiła 52 lata. Osoby przyjęte w trybie planowym stanowiły 2,9%, a 97,1% chorych zostało przyjętych do szpitala w ramach ostrego dyżuru. Leczenia operacyjnego wymagał 1 chory (3,2%) Spośród 31 pacjentów z krwawieniem z żylaków odnotowano dwa zgony (6,5%). U obu pacjentów endoskopowe zaopatrzenie krwawienia z żylaków było nieskuteczne. Jeden z pacjentów po wykonanej próbie zaopatrzenia krwawienia z zastosowaniem sklerotherapii zmarł 24 godz. od wykonania zabiegu. U drugiego pacjenta zgon nastąpił po 15 dniach od endoskopowego zaopatrzenia krwawienia przy wykorzystaniu metody opaskowania w połączeniu z ostrzyknięciem histoacrylem.

Metody zaopatrzenia endoskopowego u chorych z żylakowym i nieżylakowym krwawieniem do gopp z uwzględnieniem trybu przyjęcia przedstawiono w **tabeli 2**.

Tabela 2. Metody zaopatrzenia nieżylakowego i żylakowego krwawienia do gopp z uwzględnieniem trybu przyjęcia do szpitala
Table 2. Type of endoscopic intervention according to admission mode in nonvariceal and variceal bleeding group

Tryb wykonania zabiegu/ *Mode of procedure* Zaopatrzenie/ *Procedure*	Nieżylakowe/ *Nonvariveal*				Żylakowe/ *Variveal*			
	Doraźny/ *Emergency*		Odroczony/ *Delayed*		Doraźny/ *Emergency*		Odroczony/ *Delayed*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gastroskopia bez interwencji/ *Diagnostic gastrofiberoscopy*	11	13,4%	5	6,1 %	–	–	–	–
Zachowawcze/ *Conservative treatment*	n= 9 11%				–			
Operacyjne/ *Operation*	2	2,4%	2	2,4%	–	–	1	3,2%
Klipsy/ *Clips*	2	2,4%	1	1,2%	–	–	–	–
Klipsy + ostrzyknięcie/ *Clips + injection*	9	11%	–	–	–	–	–	–
APC + klipsy/ *Argon plasma coagulation + clips*	5	6,1%	–	–	–	–	–	–
APC + ostrzyknięcie/ *Argon plasma coagulation + injection*	5	6,1%	3	3,7%	–	–	–	–
Metoda iniekcyjna/ *Injection*	6	7,3%	5	6,1%	13	42%	1	3,2%
APC/ *Argon plasma coagulation*	10	12,2%	7	8,6%	–	–	–	–
EVL/ *Endoscopic varices ligation*	–	–	–	–	9	29,1%	5	16,1%
EVL + ostrzyknięcie/ *Endoscopic varices ligation + injection*	–	–	–	–	2	6,4%	–	–

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Krwawienie do dolnego odcinka przewodu pokarmowego

Z powodu krwawienia do dolnego odcinka przewodu pokarmowego przyjętych zostało 14 pacjentów (9,3%), w tym 4 kobiety i 10 mężczyzn. Średni wiek w tej grupie chorych wynosił 70 lat. Trzech chorych wymagało leczenia operacyjnego, zabiegi wykonywane były w trybie doraźnym, chorzy wymagali wycięcia okrężnicy. Metody zaopatrzenia chorych z krwawieniem do dopp przedstawiono w **tabeli 3**.

Tabela 3. Metody zaopatrzenia chorych z krwawieniem do dopp
Table 3. Type of endoscopic inetrvention in lower GI bleeding group

Tryb wykonania zabiegu/ *Mode of procedure* Zaopatrzenie/*Procedure*	Doraźny/ *Emergency*	
	n	%
Operacyjne/*Operation*	3	21,%
Metoda iniekcyjna/*Injection*	1	7,2%
Zachowawczo/*Conservative treatment*	7	50%
Badania endoskopowe/*Endoscopy*	3	21,4%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Chorzy z nieustalonym źródłem krwawienia

U 24 chorych, czyli 15,9%, nie określono źródła krwawienia. Grupa liczyła 13 kobiet i 11 mężczyzn. Średnia wieku w tej grupie wynosiła 68 lat. Zachowawczo leczono 15 chorych (62,5%). Endoskopię wykonano u 6 (33,6%) pacjentów. Endoskopowe zaopatrzenie potencjalnego źródła krwawienia zastosowano u 5 chorych (25%). Zabiegi oraz badania endoskopowe obejmowały zarówno górny, jak i dolny odcinek przewodu pokarmowego i były wykonane w trybie doraźnym.

Skuteczność i powikłania leczenia endoskopowego

Skuteczność leczenia endoskopowego u chorych z krwawieniem do światła przewodu pokarmowego oceniono na podstawie liczby wykonanych skutecznych

zabiegów endoskopowych u 1 pacjenta. Spośród 90 chorych, u których w terapii wykorzystano endoskopowe tamowanie krwawienia, 69 (76,4%) miało wykonany jeden zabieg endoskopowy.

U 18 osób z tej grupy (20,0%, n = 90) nastąpiła konieczność powtórzenia zabiegu. Trzykrotnie wykonany zabieg endoskopowy miały 3 osoby (3,6%, n = 90). Nieskuteczność zabiegów endoskopowych stwierdzono u 9 spośród chorych, u których te zabiegi były wykonane (n = 90), co stanowiło 10% badanej grupy. Spośród tych chorych 2 zmarło, 5 wymagało operacji doraźnej, a 2 – odroczonej. Skuteczność leczenia endoskopowego wyniosła więc 90%. W całej grupie chorych włączonych do badania (n = 151) odnotowano trzy zgony. W dwóch przypadkach zgon wiązał się z nawrotem krwotoku po nieskutecznym zaopatrzeniu krwawienia. U 1 chorej nie udało się wdrożyć leczenia endoskopowego ze względu na ciężki stan ogólny, zmarła ona przed próbą leczenia. Na 110 chorych, u których została wykonana endoskopia, odnotowano jedno powikłanie po badaniu – przedziurawienie jelita grubego podczas kolonoskopii, co stanowiło 0,8% grupy badanej. Chora wymagała operacji w trybie doraźnym, wykonano wycięcie lewej połowy jelita grubego.

Łącznie terapię endoskopową (badanie i zabiegi) zastosowano u 110 chorych, co stanowi 72,8%. U pozostałych 27,2% chorych nie wykonano żadnych badań ani zabiegów endoskopowych, 1 chory był operowany w trybie odroczonym. U 20 (18,2 %) chorych, u których wykonano badanie endoskopowe z powodu krwawienia (n = 110), nie było wymagane zaopatrzenie w trybie doraźnym lub odroczonym (nie wykonano zabiegu endoskopowego, a jedynie endoskopię diagnostyczną). Średnią liczbę zabiegów endoskopowych liczono, sumując liczbę zabiegów wykonanych w danej grupie i dzieląc wynik przez liczbę chorych w grupie, u których wykonano endoskopię (z interwencją lub bez). Średnią liczbę niepowodzeń obliczano, dzieląc liczbę niepowodzeń przez liczbę wykonanych zabiegów. Analizę statystyczną uzyskanych wyników zamieszczono w **tabeli 4**.

Tabela 4. Analiza statystyczna
Table 4. Statistical analysis

Grupy/ *Groups*	Liczba jednostek KKCz/ *Number of PRB*	Liczba jednostek OŚM/ *Number of FFP*	Liczba zabiegów endoskopowych/liczby endoskopii/ *Number of intervention/ number of endoscopy*	Liczba niepowodzeń/ liczby zabiegów/ *Number of failure/number of intervention*
Kobiety *vs* mężczyźni/ *Women vs men*	2,9 *vs* 2,4 p>0,05	1,3 *vs* 1,0 p>0,05	0,7 *vs* 1,0 p>0,05	0,07 *vs* 0,06 p>0,05
Wiek starczy *vs* wiek <75. r.ż./ *Elderly vs younger (<75 years old)*	7,5 *vs* 1,1 p=0,028	3,1 *vs* 0,4 p=0,028	0,8 *vs* 0,7 p>0,05	0,2 *vs* 0,0 p=0,03
Krwawienie żylakowe *vs* nieżylakowe/ *Variceal vs non-variceal bleeding*	4,6 *vs* 5,5 p=0,022	3,0 *vs* 3,9 p=0,0039	1,0 *vs* 1,0 p>0,05	0,07 *vs* 0,0 p=0,031
Krwawienie do gopp *vs* do dopp/ *Upper GI bleeding vs lower GI bleeding*	4,9 *vs* 1,1 p=0,028	3,5 *vs* 0,0 p=0,014	1,0 *vs* 0,25 p=0,014	0,02 *vs* 0,0 p=0,042
Chorzy przyjmujący leki przeciwzakrzepowe *vs* nieprzyjmujący/ *Patients takeing anticoagulants vs others*	2,8 *vs* 2,6 p>0,05	1,6 *vs* 1,4 p>0,05	1,0 *vs* 0,8 p>0,05	0,04 *vs* 0,05 p>0,05

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Leczenie endoskopowe w przypadku krwawienia do przewodu pokarmowego jest uznawane za standard i powinno być wdrożone u wszystkich chorych, których stan ogólny umożliwia wykonanie endoskopii. Rola zespołu dyżurnego, lekarzy i pielęgniarek polega na prawidłowej kwalifikacji oraz przygotowaniu chorego do zabiegu. W przedstawionym materiale 137 chorych (91%) zostało przyjętych w trybie ostrego dyżuru. U 20 badanych wykonano gastroskopię bez interwencji, z czego u 15 (13,6%, n = 110) badanie wykonano w ciągu 24 godz. od przycięcia do szpitala. Może to wskazywać na nieprawidłową kwalifikację do endoskopii, przed uzyskaniem podstawowych danych dotyczących przebiegu choroby. Często obecność smolistego stolca jest interpretowana jako wykładnik czynnego krwawienia, podczas gdy zwykle świadczy o przebytym krwawieniu i może występować wiele dni po ustąpieniu dolegliwości. Skuteczność zaopatrzenia endoskopowego w dużej mierze zależy od prawidłowego przygotowania chorego, nawodnienia, przetoczenia preparatów składników krwi, gdy jest to wymagane, podaży leków i opróżnienia żołądka z zalegającej treści, zwłaszcza skrzepów krwi. Badania morfologii krwi i układu krzepnięcia pozwalają na uniknięcie wykonania niepotrzebnego zabiegu, np. przed wyrównaniem zaburzeń krzepnięcia po przedawkowaniu leków przeciwkrzepliwych. Aspekt ten jest podkreślany w wytycznych oraz publikacjach innych autorów [9, 10].

Udane leczenie endoskopowe jest dla chorego mniej obciążające i skraca okres jego pobytu w szpitalu. Podczas analizy wyników stwierdzono, że jedynie u 6% spośród wszystkich pacjentów czas hospitalizacji wynosił więcej niż 2 tygodnie. Chorzy, których pobyt w szpitalu był dłuższy niż 3 tygodnie, stanowili 2,6% z badanej grupy i były to osoby leczone operacyjnie. Pacjenci, u których zastosowano leczenie endoskopowe, a czas ich hospitalizacji był dłuższy niż 14 dni, stanowili tylko 1,3%. W piśmiennictwie średni czas pobytu cho-

rego w szpitalu po endoskopowym leczeniu z powodu krwawienia do przewodu pokarmowego wynosi 5 dni i jest to okres nieco krótszy od uzyskanego w przedstawianym badaniu (7 dni) [11].

Skuteczności i bezpieczeństwo wykorzystania terapii endoskopowej w leczeniu krwawień do przewodu pokarmowego potwierdzone zostały w wielu publikacjach. Skuteczność terapii endoskopowej w piśmiennictwie sięga 80–93% w zależności od zastosowanej metody leczenia endoskopowego [12–16]. W przedstawionej pracy skuteczność zaopatrzenia endoskopowego, czyli liczba udanych zabiegów endoskopowych, wynosiła 90,0%. Odsetek powikłań wyniósł jedynie 0,8%, co jest wynikiem zbliżonym, a nawet nieco niższym od wyników przedstawianych przez innych autorów. Eisen i wsp. w swoich wynikach przedstawiają odsetek 0,7–5% [17].

Duży wpływ na przebieg i ostateczny wynik leczenia mają zarówno wiek chorych, jak i obciążenia chorobami towarzyszącymi, zwłaszcza tymi, które wymagają przyjmowania leków przeciwkrzepliwych. W badaniu nie wykazano istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami, choć liczba niepowodzeń i powikłań leczenia endoskopowego była większa u kobiet niż u mężczyzn. W piśmiennictwie nie ma dostępnych danych świadczących o zależności występowania powikłań leczenia endoskopowego w zależności od płci.

W badanej grupie wiek starczy według definicji przyjętej przez WHO (> 75 lat) odnotowano u 25,8% chorych. Charatcharoenwitthaya i wsp. w pracy opublikowanej w roku 2011 podzielili badanych ze względu na wiek, poniżej i powyżej 65. r.ż. W przedstawionych wynikach ryzyko ponownego wystąpienia krwawienia oraz zgonu nie było istotnie związane z wiekiem chorego zarówno > 65. r.ż., jak i > 85. r.ż. Ponadto pacjenci w podeszłym wieku nie wykazywali istotnych różnic w przebiegu klinicznym w stosunku do grupy młodszych chorych, jeśli chodzi o skuteczność terapii endoskopowej, konieczność przetoczeń preparatów krwiopochodnych, czas trwania hospitalizacji oraz konieczność wykonania operacji [18]. Wyniki te nie są zgodne z uzyskanymi w przeprowadzonym badaniu. W badanej grupie chorych wykazano, że zarówno liczba niepowodzeń zabiegów endoskopowych, jak i liczba przetoczonych preparatów krwiopochodnych są istotnie większe w grupie osób starszych. Czas hospitalizacji w tej grupie również był dłuższy, jednak bez stwierdzonej istotności statystycznej. Podobne wnioski przedstawili w swojej pracy Wierzchowski i wsp., którzy stwierdzili, że pacjenci w wieku powyżej 75. r.ż. wymagają szczególnej uwagi, indywidualnego podejścia terapeutycznego do każdego chorego oraz zmian w zastosowanym leczeniu uwzględniających odrębności wieku starczego [19].

Zarówno w przeprowadzonym badaniu, jak i w badaniach innych autorów stwierdzono, że u osób starszych występuje więcej chorób współistniejących oraz większy odsetek pacjentów przyjmuje leki przeciwkrzepliwe [19, 20]. W prezentowanej pracy stwierdzono, że przyjmowanie doustnych leków przeciwkrzepliwych skutkowało jedynie koniecznością przetoczenia większej liczby jednostek koncentratu krwinek czerwonych oraz osocza świeżo mrożonego, choć nie były to różnice istotne statystycznie. Nie wykazano wpływu na liczbę niepowodzeń, powikłań czy wykonanych operacji. Nie jest to zgodne z danymi uzyskiwanymi z piśmiennictwa. Głowacki i wsp. w publikacji dotyczącej chorych hospitalizowanych na jednym oddziale wykazali, że grupa chorych przyjmujących doustne leki przeciwkrzepliwe jest narażona na większe ryzyko wystąpienia masywnego, zagrażającego życiu krwawienia do przewodu pokarmowego [11].

Dobór odpowiedniej metody zaopatrzenia krwawienia jest ściśle związany z jego źródłem. Inne są możliwości terapeutyczne w górnym i dolnym odcinku przewodu pokarmowego. Endoskopia w krwawieniu do dolnego odcinka przewodu pokarmowego wykonywana jest rzadko. Wynika to przede wszystkim z faktu, że możliwość oceny nieprzygotowanego jelita zwykle jest niewielka. Endoskopię można wykonać, gdy w wyniku masywnego krwotoku jelito oczyści się w stopniu umożliwiającym ocenę. Najczęstszą przyczyną krwawienia do dolnego odcinka przewodu pokarmowego są uchyłki jelita grubego. Uchyłkowatość jelita grubego jest zaliczana do chorób cywilizacyjnych, której towarzyszy zwiększone ryzyko przedziurawienia przewodu pokarmowego podczas badań endoskopowych i w związku z tym w czasie endoskopii diagnostycznej należy zachować szczególną ostrożność. Wykonywanie badania w stanie zapalnym jest czynnikiem dodatkowo zwiększającym ryzyko. Szacuje się, że 15% osób z uchyłkami przynajmniej raz w życiu będzie miało epizod krwawienia do przewodu pokarmowego. Zazwyczaj przebieg krwawienia jest bezbolesny, nagły i obfity. W 33% przypadków konieczna jest hospitalizacja oraz leczenie zachowawcze, w tym podaż preparatów składników krwi [21]. Krwawienie do dolnego odcinka przewodu pokarmowego wg Amerykańskiego Towarzystwa Endoskopii Przewodu Pokarmowego (ASGE) stanowi 20–30% pośród wszystkich rozpoznanych krwawień do przewodu pokarmowego. W przedstawionym materiale ten rodzaj krwawienia wystąpił u 7,9% badanych. Według ASGE krwawienie występuje najczęściej u osób w wieku 63–77 lat, co jest zgodne z obserwacjami autorów, średnia wieku chorych w badanej grupie wynosiła 70 lat. Krwawienie do dopp u większości chorych ustępuje samoistnie, a hospitalizacja nie jest długa

i nie wymaga specjalistycznej terapii. Według danych ASGE w ciągu 4 lat ryzyko nawrotu krwawienia wynosi 25–40%. Z przeprowadzonej analizy wynika, że u osób krwawiących do dolnego odcinka przewodu pokarmowego odnotowano większą ilość przeprowadzonych badań endoskopowych bez interwencji. Wydaje się to potwierdzać słuszność postępowania wyczekującego w tej grupie chorych, gdyż w większości przypadków diagnostyka endoskopowa oraz obrazowa może zostać wykonana w trybie planowym, a w pilnych przypadkach powinna być wykonana próba embolizacji krwawiącego naczynia (jeśli szpital dysponuje zespołem radiologów interwencyjnych) [20].

Krwawienie do górnego odcinka przewodu pokarmowego występuje znacznie częściej niż krwawienie do dopp. W badanej grupie chorzy z krwawieniem do gopp, zarówno krwawieniem pochodzenia żylakowego, jak i nieżylakowego, stanowili 74,8%. W terapii chorych z krwawieniem do górnego odcinka pochodzenia nieżylakowego wykorzystuje się najczęściej endoskopowe metody iniekcyjne w połączeniu z koagulacją cieplną lub założeniem klipsów. Dobór metody zależy od aktywności i źródła krwawienia. Metody endoskopowe w tej grupie wykorzystano u 64,7% osób. Dodatkowo endoskopię jako badanie diagnostyczne wykonano u 19,5% badanych. Łącznie endoskopie zastosowano u 84,2% badanych z nieżylakowym krwawieniem do gopp. W przeprowadzonym badaniu stwierdzono, że w leczeniu chorych z nieżylakowym krwawieniem do przewodu pokarmowego liczba przetoczonych jednostek koncentratu krwinek czerwonych jest istotnie większa niż u badanych z krwawieniem z żylaków. Może to wynikać zarówno ze stanu ogólnego w chwili przyjęcia do szpitala, jak i z odmiennych kryteriów zaopatrzenia krwawienia. W tej grupie chorych należy dążyć do uzyskania stężenia hemoglobiny ok. 10 g/dl. Przebieg krwawienia jest zwykle mniej intensywny oraz czas na wdrożenie postępowania endoskopowego jest dłuższy niż u chorych z krwawieniem żylakowym. Należy pamiętać, że w krwawieniu z żylaków zbyt intensywne przetaczanie preparatów krwi może być szkodliwe ze względu na wzrost ciśnienia w układzie wrotnym, co może utrudnić zaopatrzenie krwawienia, a także istotnie zwiększyć ryzyko jego nawrotu. Optymalne stężenie hemoglobiny w tej grupie chorych wynosi ok. 8 g/dl [22, 23].

Krwawienie z żylaków zostało stwierdzone u 20,5% chorych, przy czym u 96,8% zastosowano w terapii endoskopowe tamowanie krwawienia, a 90% zabiegów endoskopowych wykonano w ciągu 24 godz. od przyjęcia na oddział. W badaniu wykazano, że ilość nieskutecznych zabiegów endoskopowych jest istotnie większa w grupie osób z żylakowym krwawieniem do przewodu pokarmowego w porównaniu z grupą chorych krwawiących z innych przyczyn, takich jak owrzodzenie czy nieżyt krwotoczny. Jest to obserwacja zgodna z piśmiennictwem, wielu autorów zaleca, by przy nieskutecznych co najmniej dwóch zabiegach endoskopowych rozważyć operacyjne zaopatrzenie krwawienia [22, 24, 25]. Marek i wsp. zalecają leczenie operacyjne w każdym przypadku niepowodzenia leczenia endoskopowego, a także przy niepewnym zaopatrzeniu u osób z grupy wysokiego ryzyka zgonu [5]. W przedstawionym badaniu liczba operacji była wyższa u chorych z krwawieniem nieżylakowym, co nie jest zgodne z wynikami prezentowanymi przez innych autorów. Konieczność wykonania zabiegu operacyjnego przy braku możliwości endoskopowego zatrzymania krwotoku przedstawili w swojej pracy Zuckermann i wsp. Według autorów u 30% pacjentów po operacyjnym zaopatrzeniu krwawienia żylakowego może wystąpić wczesny nawrót krwotoku stanowiący bezpośrednie zagrożenie życia. Przyczyną zwiększonego ryzyka wystąpienia powikłań u osób leczonych operacyjnie jest fakt, że operacje są wykonywane w trybie doraźnym u chorych we wstrząsie krwotocznym, zwykle przed ukończeniem podstawowej diagnostyki [26].

Krwawienie do przewodu pokarmowego może przebiegać z różną intensywnością i wymagać odmiennego leczenia w zależności od stanu chorego. Biorąc pod uwagę prezentowane powyżej wyniki, należy podkreślić, że leczenie endoskopowe powinno być wdrożone u wszystkich chorych z czynnym krwawieniem do przewodu pokarmowego, jeśli tylko ich stan ogólny na to pozwala. W prezentowanym materiale endoskopie wykonano u 110 chorych, co stanowiło 72,8% grupy badanej. Skuteczność leczenia endoskopowego sięgająca 90% upoważnia do stwierdzenia, że powinno być ono postępowaniem z wyboru w tej grupie chorych. Odsetek powikłań poniżej 1% wskazuje na wysokie bezpieczeństwo metody, choć należy pamiętać, że uzyskiwane wyniki mogą się istotnie różnić w zależności od wieku, chorób towarzyszących i przyjmowanych leków oraz źródła krwawienia. Endoskopia interwencyjna jest dynamicznie rozwijającą się metodą leczenia, a postęp, jaki można obserwować, stwarza możliwości coraz bardziej zaawansowanej terapii.

Piśmiennictwo

1. Frączek M, Szczerbań J. Krwawienie do przewodu pokarmowego. W: Szmidt J (red.). Podstawy chirurgii. Podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2010. 614–620, 787–788, 923–926.
2. Durko Ł, Małecka-Panas E. Krwawienia z przewodu pokarmowego. Pediatr Med Rodz. 2011; 7(1): 17–29.
3. Gralnek IM et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2015; 47: a1–a46.

4. Laine L. Krwawienie z przewodu pokarmowego. W: Longo DL, Fauci AS (red.). Gastroenterologia i hepatologia. Lublin: Czelej; 2012. 72–79.
5. Marek T, Baniukiewiecz A et al. Wytyczne postępowania w krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego pochodzenia nieżylakowego. Prz Gastroenterol. 2008; 3(1): 1–22.
6. Masci E, Arena M et al. Upper gastrointestinal active bleeding ulcers: review of literature on the results of endoscopic techniques and our experience with Hemospray. Scan J Gastroenterol. 2014; 49(11): 1290–1295.
7. Kurek K, Baniukiewicz A et al. Wskaźniki jakości w endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego – wytyczne grupy roboczej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. Gastroenterol Prakt. 2014; 3: 30–48.
8. Konturek SJ. Krwawienie z przewodu pokarmowego. W: Konturek SJ (red.). Gastroenterologia i hepatologia kliniczna. Warszawa: PZWL. 2006. 468–477.
9. Cappell MS, Friedel D. Initial management of acute upper gastrointestinal bleeding: from initial evaluation up to gastrointestinal endoscopy. Med Clin N Am. 2008; 92(3): 491–509.
10. DiMaio CJ, Stevens PD. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Gastroint Endosc Clin N Am. 2007; 17(2): 253–272.
11. Głowacki S, Komoń H, Kicki K, Ziękiewicz P, Gomuła H, Zinkiewicz K. Ocena skuteczności leczenia pacjentów z objawami krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Siedlcach. Prz Gastroenterol. 2009; 4, 6: 316–320.
12. Belletrutti PJ et al. Endoscopic management of gastric varices: efficacy and outcomes of gluing with N-butyl-2-cyanoacrylate in a North American patient population. Can J Gastroenterol Hepatol. 2008; 22(11): 931–936.
13. Kahloon A et al. Endoscopic therapy with 2-octyl-cyanoacrylate for the treatment of gastric varices. Dig Dis Sci. 2014; 59(9): 2178–2183.
14. Huang YH et al. Endoscopic treatment of bleeding gastric varices by N-butyl-2-cyanoacrylate (Histoacryl) injection: long-term efficacy and safety. Gastrointest Endosc. 2000; 52(2): 160–167.
15. Chak A et al. Effectiveness of endoscopy in patients admitted to the intensive care unit with upper GI hemorrhage. Gastrointest Endosc. 2001; 53(1): 6–13.
16. Sarin N, Monga N, Adams PC. Time to endoscopy and outcomes in upper gastrointestinal bleeding. Can J Gastroenterol Hepatol. 2009; 23(7): 489–493.
17. Eisen GM, et al. Complications of upper GI endoscopy. Gastrointest Endosc. 2002; 55(7): 784–793.
18. Charatcharoenwitthaya P et al. Characteristics and outcomes of acute upper gastrointestinal bleeding after therapeutic endoscopy in the elderly. World J Gastroenterol. 2011; 17(32): 3724–3732.
19. Wierzchowski P et al. Urgent endoscopy in elderly patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Videosurgery Miniinv. 2012; 7 (4): 246–250.
20. Shabana F et al. (Asge Standards Of Practice Committee). The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. Gastrointest Endosc. 2014; 79(6): 875–885.
21. Tylec-Osóbka E, Wojtuń S et al. Postępowanie z pacjentem z uchyłkami jelita grubego w zależności od postaci klinicznej choroby. Pediatr Med Rodz. 2013; 9 (3): 256–262.
22. Wróblewski E, Dąbrowski A. Zasady leczenia krwawień z żylaków przełyku. Prz Gastroenterol. 2010; 5 (3): 123–144.
23. Kurek K, Dąbrowski A. Farmakoterapia krwawienia pochodzenia nieżylakowego z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Pediatr Med Rodz. 2013; 9 (1): 15–24.
24. Sharma A et al. Salvage surgery in variceal bleeding due to portal hypertension. Ind Soc Gastroenterol. 2007; 26: 14–17.
25. Ładny RJ et al. Masywne krwawienie z żylaków przełyku jako problem diagnostyczno-leczniczy. Standardy postępowania w szpitalnym oddziale ratunkowym. Post Nauk Med. 2009; 6: 469–473.
26. Zuckerman GR et al. AGA technical review on the evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. Gastroenterology. 2000; 118(1): 201–221.

Artykuł przyjęty do redakcji: 12.12.2016
Artykuł przyjęty do publikacji: 08.06.2017

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

Adres do korespondencji:
Tomasz Guzel
ul. Stefana Banacha 1A
02-097 Warszawa
tel.: 506 168 239, 22 599 22 53
fax: 22 599 20 57
e-mail: tomasz.guzel@gmail.com, tomasz.guzel@wum.edu.pl
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

OCENA STOPNIA SATYSFAKCJI Z ŻYCIA U KOBIET W CIĄŻY

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF SATISFACTION WITH LIFE IN PREGNANT WOMEN

Marzena Kaźmierczak, Grażyna Gebuza, Monika Topolińska, Małgorzata Gierszewska, Estera Mieczkowska

Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.2

STRESZCZENIE

Wstęp. Satysfakcję z życia określa się jako poczucie zadowolenia, które jest rezultatem osiągnięcia wyznaczonego przez siebie celu.
Cel. Ocena stopnia satysfakcji z życia oraz ustalenie jej determinantów u kobiet w ciąży.
Materiał i metody. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej (KB 68/2016). Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędzia stanowiły: autorski kwestionariusz ankiety i Skala Satysfakcji z Życia (SWLS). Do projektu włączono 100 kobiet w III trymestrze ciąży, które przebywały na Oddziale Patologii Ciąży.
Wyniki. Średnia w SWLS wyniosła 23,21, co świadczy o wysokim poziomie satysfakcji z życia badanej próby. Wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa, miejsce zamieszkania i status ekonomiczny nie różnicowały stopnia zadowolenia z życia u kobiet w ciąży ($p > 0,05$). Jedynym aspektem warunkującym satysfakcję z życia była zmienna: stan cywilny ($p = 0,003$). Nie wykazano związku między wybranymi zmiennymi położniczymi, takimi jak: rodność, czas trwania poprzedniej ciąży, sposób ukończenia poprzedniej ciąży, przebieg obecnej ciąży, choroby w ciąży oraz hospitalizacja w obecnej ciąży, a satysfakcją z życia badanej próby ($p > 0,05$). Stan zdrowia dziecka po poprzednim porodzie warunkował poziom zadowolenia z życia kobiet ($p = 0,0148$). Otrzymane wsparcie społeczne (instrumentalne *vs* emocjonalne) istotnie różnicuje satysfakcję życiową kobiet w ciąży ($p = 0,0413$ *vs* $p = 0,0013$).
Wnioski. Badana próba prezentowała wysoki poziom satysfakcji z życia. Stan cywilny, stan zdrowia dziecka po poprzednim porodzie oraz otrzymywane wsparcie społeczne w istotny sposób różnicują stopień zadowolenia z życia u kobiet ciężarnych.

SŁOWA KLUCZOWE: ciąża, satysfakcja z życia, Skala Satysfakcji z Życia.

ABSTRACT

Introduction. Satisfaction with life is defined as a sense of contentment which results from achieving a pre-established goal.
Aim. Assessment of the level and determinants of satisfaction with life in pregnant women.
Material and methods. The study was carried out on permission of the Bioethics Committee (KB 68/2016). The study was based on a diagnostic survey and used the following tools: Satisfaction with Life Scale (SWLS), and a questionnaire of own design. The study involved 100 women in the third trimester of pregnancy admitted to a Pathological Pregnancy Unit.
Results. The mean score on the SWLS was 23.21, which signifies a high level of life satisfaction among respondents. Age, educational attainment, professional activity, place of residence and financial status had no impact on the level of satisfaction in pregnant women ($p > 0.05$). The only variable affecting life satisfaction was marital status ($p = 0.003$). No correlation was found between satisfaction with life among respondents and selected obstetric variables: parity, duration of previous pregnancy, previous mode of delivery, course of current pregnancy, diseases and hospitalization during current pregnancy ($p > 0.05$). Health status of the newborn from previous pregnancy determined the women's life satisfaction ($p = 0.0148$). Social support received (instrumental vs emotional) significantly affected life satisfaction of the women ($p = 0.0413$ vs $p = 0.0013$).
Conclusions. The study group demonstrated a high level of satisfaction with life. Marital status, health status of the newborn from previous pregnancy and social support received significantly affect the level of life satisfaction in pregnant women.

KEYWORDS: pregnancy, satisfaction with life, Satisfaction with Life Scale.

Wprowadzenie

Termin: satysfakcja jest traktowany jako zamiennik pojęcia: zadowolenia, lecz czynnikiem, który różnicuje te pojęcia, jest czas ich występowania. Satysfakcja cechuje się intensywnym uczuciem, które pojawia się po długotrwałym czasie zadowolenia, zaś zadowolenie jest chwilowym odczuciem satysfakcji [1]. Podstawowym problemem związanym z badaniem zadowolenia z życia jest poszukiwanie czynników, które mają wpływ na poziom tego zadowolenia. Poziom zadowolenia z życia może zależeć od czynników zewnętrznych (warunków życia, zdarzeń życiowych) lub cech osobowości. Badacze podkreślają istotne znaczenie neurotyczności i ekstrawersji w wyznaczaniu zadowolenia emocjonalnego, a także sumienności w określaniu satysfakcji z życia. Ponadto wśród zmiennych psychologicznych, mających znaczenie dla poczu-

cia dobrostanu, akcentowana jest również rola zasobów osobistych, pomocnych w radzeniu sobie ze stresem, m.in.: poczucia koherencji, poczucia własnej skuteczności, poczucia własnej wartości oraz poczucia optymizmu [2]. Poczucie satysfakcji z życia może zależeć również od możliwości wzbogacania ducha, kształcenia, twórczości i kreatywności, umiejętności podejmowania decyzji, jakości komunikacji międzyludzkiej, motywacji do pracy oraz sposobu postrzegania nas przez otoczenie [3].

Cel

Ocena stopnia satysfakcji z życia oraz ustalenie jej determinantów u kobiet w ciąży.

Materiał i metody

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej (KB 68/2016). Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędzia stanowiły: autorski kwestionariusz ankiety i opracowana przez E. Dienera i wsp. (polska adaptacja Z. Juczyńskiego) Skala Satysfakcji z Życia (ang. *The Satisfaction with Life Scale* – SWLS). Do projektu włączono 100 kobiet w III trymestrze ciąży, które przebywały na Oddziale Patologii Ciąży. Kwestionariusz ankiety zawierał metryczkę (wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa, stan cywilny, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna) oraz dane położnicze (rodność, czas trwania poprzedniej ciąży, sposób ukończenia poprzedniej ciąży, choroby współistniejące z obecną ciążą, stan zdrowia dziecka po poprzednim porodzie, hospitalizacja w ciąży). Kolejna część kwestionariusza ankiety zawierała pytania dotyczące otrzymywanego wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego od najbliższych.

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) składa się z 5 stwierdzeń, które oceniane są w skali od 1 do 7. Suma punktów z twierdzeń daje ogólny wynik oznaczający stopień satysfakcji z życia badanej osoby. Badany ocenia, w jakim stopniu każde ze sformułowań odnosi się do jego dotychczasowego życia. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Otrzymane wyniki mieszczą się w granicach od 5 do 35 punktów. Im wyższy wynik, tym większa satysfakcja z życia osoby badanej. W interpretacji wyniku w skali stenowej wartości uzyskane w granicach 1–4 stena są traktowane jako niskie, w granicach 7–10 – jako wysokie, a jako przeciętne – 5–6 sten [4].

Średnia wieku badanej próby wynosiła 30,36 roku z SD = 5,45, mediana – 30. Większość kobiet deklarowała wykształcenie wyższe (48%) oraz średnie (39%). Wykształcenie zawodowe miało 7% badanych, a gimnazjalne – 6%. Zdecydowana większość kobiet pracowała (75%), natomiast bezrobotnych było 25% respondentek. Aktywnych zawodowo w ciąży było 36% kobiet. Pracę jako stresującą określiło 48% badanych. Mężatkami było 70% badanych, w związkach partnerskich pozostawało 22% kobiet, a osób samotnych było 8%. Mieszkankami miast było 71% respondentek, a wsi – 29%. Niewątpliwie większość kobiet oceniła dobrze swoją sytuację materialną (95%), a 5% uważało swoje położenie ekonomiczne za niepomyślne. Pierworódki stanowiły 38%, a wieloródki – 62% badanych. W grupie wieloródek 46% stanowiły kobiety obecnie w drugiej ciąży, 14% – w trzeciej ciąży, a 2% > trzeciej ciąży. Jedno poronienie przebyło 18% respondentek, dwa poronienia – 2%, trzy poronienia – 1% badanych. Poprzednia ciąża zakończyła się w terminie u 33%. Porody przedwczesne odnotowano u 6% kobiet. Drogami natury poprzednią ciążę zakończyło 24% kobiet, cięciem cesarskim – 26%, a poród zabiegowy (kleszcze położnicze) stanowił 2% przypadków. Przebieg obecnej ciąży przedstawiał się następująco: prawidłowy przebieg ciąży dotyczył 50% kobiet, podwyższonego ryzyka – 40%, a wysokiego ryzyka – 10% przypadków. Zdrowe dzieci z poprzedniej ciąży urodziło 49% badanych, a chore – 2%. Podczas ciąży hospitalizowanych było 60% respondentek. Choroby współistniejące z ciążą wystąpiły u 42% badanych. Do najczęstszych powodów hospitalizacji w czasie ciąży należały: cukrzyca ciążowa, choroby tarczycy i nadciśnienie tętnicze. Najdłuższa hospitalizacja trwała 13 dni. Ponad połowa respondentek oceniła swoje zdrowie jako dobre (76%). Wsparcie instrumentalne od męża otrzymywało 60% kobiet, od matki – 37%, od partnera – 19%, od siostry – 10% i od przyjaciółki – 8%. Brak wsparcia deklarowało 9% respondentek. Najczęściej wsparcia emocjonalnego udzielali: mąż (68%), matka (43%), przyjaciółka (32%), siostra (19%) i partner (18%).

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat ver. 1.6. Porównanie satysfakcji z życia w zależności od zmiennych grupujących przeprowadzono testem t-studenta (gdy k = 2) oraz jednoczynnikową analizą wariancji (gdy k > 2). Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$, a za wysoce istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,01$.

Wyniki

Ustalając poziom satysfakcji z życia kobiet w ciąży na podstawie SWLS, stwierdzono średni wynik 23,21 punktu, mediana – 24. Minimalna liczba punktów, jaką uzyskała badana próba, wynosiła 12, a maksymalna – 33 (**Tabela 1**). Po przekształceniu wartości liczbowych SWLS na stenowe wykazano, że 50% kobiet w ciąży uzyskało wynik 7–10 stena, 36% uzyskało sten 5–6 i 14% – sten niski od 1 do 4. Po przekształceniu na jed-

nostki standaryzowane stwierdzono średni wynik 22,5. Podsumowując, należy stwierdzić, że badana próba prezentowała wysoki poziom zadowolenia z życia.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla SWLS
Table 1. Descriptive statistics for SWLS

SWLS	Ważne/*Valid*	100
	Braki danych/*Missing data*	0
Średnia arytmetyczna/*Mean*		23,21
Mediana/*Median*		24
Odchylenie standardowe/*Mode*		4,66
Minimum/*Minimum*		12
Maksimum/*Maximum*		33
Dolny kwartyl/*Lower quartile*		20
Górny kwartyl/*Upper quartile*		27

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Kolejnym etapem badania było ustalenie czynników, które determinują poziom satysfakcji z życia w badanej próbie. Dokonano analizy związku między wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi, położniczymi a SWLS. W toku przeprowadzonej analizy statystycznej nie wykazano różnicy między wiekiem (p = 0,74), wykształceniem (p = 0,07), aktywnością zawodową (p = 0,24), miejscem zamieszkania (p = 0,06) i sytuacją materialną kobiet (p = 0,13) a SWLS. Odnosząc się do zmiennej: stan cywilny, stwierdzono różnicę istotną statystycznie (p = 0,003). Najwyższą średnią w SWLS otrzymały mężatki (23,91) w porównaniu z kobietami pozostającymi w związkach partnerskich (23,09) i z kobietami samotnymi (17,38). Dane z obserwacji zawiera **tabela 2**.

Tabela 2. Statystyki opisowe dla SWLS ze względu na stan cywilny
Table 2. Descriptive statistics for SWLS due to marital status

Stan cywilny/ *Marital status*	Średnia/ *Mean*	SD *Mode*	Min./ *Minimum*	Dolny kwartyl/ *Lower quartile*	Mediana/ *Median*	Górny kwartyl/ *Upper quartile*	Maks./ *Maximum*	Poziom p/ *p-value*
Mężatka/ *Married woman*	23,91	3,81	16,00	21,00	24,00	27,00	33,00	
Związek partnerski/ *Casual relationship*	23,09	5,81	12,00	19,00	24,00	27,75	31,00	p=0,0036
Samotna/ *Lonely*	17,38	4,34	12,00	14,00	16,50	20,25	25,00	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Na podstawie analizy statystycznej nie stwierdzono różnicy między SWLS a badaną zmienną: rodność (p = 0,56), pomimo że pierworódki wykazały wyższą średnią poziomu satysfakcji z życia (23,55) w porównaniu z wieloródkami (23,00). Nie wykryto związku między zmiennymi, takimi jak: czas trwania poprzedniej ciąży (poród w terminie, poród przedwczesny) (p = 0,58), sposobem ukończenia poprzedniej ciąży; p = 0,13 (poród drogami natury, cięcie cesarskie), przebiegiem obecnej ciąży; p = 0,17 (ciąża prawidłowa, podwyższonego ryzyka, wysokiego ryzyka) oraz hospitalizacją w obecnej ciąży (p = 0,11), a SWLS. Ponadto nie stwierdzono różnicy między poziomem satysfakcji z życia a zmienną: choroby współistniejące z ciążą (p = 0,44), pomimo że średnia SWLS była wyższa wśród kobiet zdrowych (23,52) w porównaniu z kobietami chorymi (22,79). Wyższą średnią poziomu satysfakcji z życia prezentowały respondentki, które urodziły dziecko zdrowe (23,00) w porównaniu z kobietami, które urodziły dziecko chore (15,00). Zmienna: stan zdrowia dziecka po poprzednim porodzie istotnie różnicuje stopień zadowolenia z życia wśród kobiet (p = 0,01). Statystyki opisowe zawarto w **tabeli 3**.

Tabela 3. Statystyki opisowe dla SWLS ze względu na stan zdrowia dziecka po poprzednim porodzie
Table 3. Descriptive statistics for SWLS due to the child's state of health after the previous birth

Stan zdrowia dziecka/ *Health condition of the child*	Średnia/ *Mean*	SD/ *Mode*	Min./ *Min*	Dolny kwartyl/ *Lower quartile*	Mediana/ *Median*	Górny kwartyl/ *Upper quartile*	Maks./ *Max*	Poziom p/ *p-value*
Zdrowe/ *Health*	23,00	4,39	12,00	20,00	23,00	26,00	33,00	p=0,0148
Chore/ *Ill*	15,00	4,24	12,00	13,50	15,00	16,50	18,00	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W dalszej części pracy postanowiono ustalić, czy istnieje związek między otrzymywanym wsparciem emocjonalnym i instrumentalnym a poziomem zadowolenia z życia w badanej próbie. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę między otrzymywanym wsparciem instrumentalnym a poziomem satysfakcji z życia (p = 0,04). Kobiety, które otrzymały wsparcie instrumentalne od męża, wykazały wyższą średnią poziomu satysfakcji z życia (23,98) w porównaniu z kobietami, które otrzymywały wsparcie od partnera, przyjaciółki, matki, siostry (p > 0,05). Dane z obserwacji przedstawiono w **tabeli 4**.

Tabela 4. Statystyki opisowe dla SWLS ze względu na wsparcie instrumentalne
Table 4. Descriptive statistics for SWLS due to instrumental support

Wsparcie instrumentalne/ *Instrumental support*		Średnia/ *Mean*	SD/ *Mode*	Min./ *Min*	Dolny kwartyl/ *Lower quartile*	Mediana/ *Median*	Górny kwartyl/ *Upper quartile*	Maks./ *Max*	Poziom p/ *p-value*
Mąż/ *Husband*	Nie/*No*	22,05	5,34	12,00	18,50	22,50	27,00	31,00	p=0,0413
	Tak/*Yes*	23,98	4,00	15,00	21,00	24,00	27,00	33,00	
Partner/ *Partner*	Nie/*No*	23,43	4,38	12,00	20,00	24,00	27,00	33,00	p=0,3272
	Tak/*Yes*	22,26	5,72	12,00	18,00	23,00	27,00	31,00	
Przyjaciółka/ *Girlfriend*	Nie/*No*	23,17	4,64	12,00	20,00	24,00	27,00	33,00	p=0,7942
	Tak/*Yes*	23,63	5,15	19,00	19,75	21,00	28,50	31,00	
Matka/ *Mother*	Nie/*No*	22,71	4,67	12,00	19,50	23,00	27,00	33,00	p=0,1659
	Tak/*Yes*	24,05	4,57	12,00	20,00	25,00	27,00	31,00	
Siostra/ *Sister*	Nie/*No*	23,08	4,71	12,00	20,00	24,00	27,00	33,00	p=0,3970
	Tak/*Yes*	24,40	4,12	18,00	20,75	25,00	27,00	31,00	
Nie otrzymuję/ *I don't receive*	Nie/*No*	23,44	4,59	12,00	20,00	24,00	27,00	31,00	p=0,1191
	Tak/*Yes*	20,89	4,94	14,00	17,00	20,00	25,00	29,00	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wykazano, że istnieje związek między otrzymywanym wsparciem emocjonalnym a stopniem zadowolenia z życia wśród badanych kobiet (p = 0,001). Osoby nieotrzymujące w ogóle wsparcia emocjonalnego wykazują się istotnie niższymi wynikami w SWLS (p = 0,008). Statystyki opisowe prezentuje **tabela 5**.

Tabela 5. Statystyki opisowe dla SWLS ze względu na wsparcie emocjonalne
Table 5. Descriptive statistics for SWLS due to emotional support

Wsparcie emocjonalne/ *Emotional support*		Średnia/ *Mean*	SD/ *Mode*	Min./ *Min*	Dolny kwartyl/ *Lower quartile*	Mediana/ *Median*	Górny kwartyl/ *Upper quartile*	Maks./ *Max*	Poziom p/ *p-value*
Mąż/ *Husband*	Nie/*No*	21,06	5,39	12,00	16,75	20,00	26,25	31,00	p=0,0013
	Tak/*Yes*	24,22	3,92	16,00	21,75	24,50	27,00	33,00	
Partner/ *Partner*	Nie/*No*	23,35	4,49	12,00	20,00	24,00	27,00	33,00	p=0,5130
	Tak/*Yes*	22,56	5,45	12,00	19,25	23,00	27,00	31,00	
Przyjaciółka/ *Girlfriend*	Nie/*No*	23,32	4,45	12,00	20,00	24,00	27,00	33,00	p=0,7242
	Tak/*Yes*	22,97	5,14	12,00	19,75	23,00	27,75	31,00	
Matka/ *Mother*	Nie/*No*	22,96	4,85	12,00	20,00	23,00	27,00	33,00	p=0,5472
	Tak/*Yes*	23,53	4,42	12,00	20,00	24,00	27,00	31,00	
Siostra/ *Sister*	Nie/*No*	23,06	4,70	12,00	20,00	23,00	27,00	33,00	p=0,5136
	Tak/*Yes*	23,84	4,54	14,00	20,00	25,00	26,50	31,00	
Nie otrzymuję/ *I don't receive*	Nie/*No*	23,42	4,55	12,00	20,00	24,00	27,00	33,00	p=0,0087
	Tak/*Yes*	16,33	2,52	14,00	15,00	16,00	17,50	19,00	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

W materiale własnym dokonano oceny poziomu satysfakcji z życia u kobiet w ciąży na podstawie Skali Satysfakcji z Życia i uzyskano średni wynik 23,21. Połowa badanej próby (50%) prezentowała wysoki stopień zadowolenia z życia, 36% kobiet deklarowało średni poziom, a 14% – niski. W badaniu Kanadys i wsp. [1] kobiety ciężarne uzyskały średnią satysfakcji z życia na poziomie 22,35 ± 5,50. Ponad 70% badanych prezentowało średnie zadowolenie z życia, 14,28% wykazało się poziomem wysokim, a niskim – 14,78% kobiet. Porównując badanie amerykańskie: autorzy wykazali średni poziom satysfakcji z życia wśród studentów na podstawie SWLS – 23,37, a u osób w podeszłym wieku średnia ta wynosiła 24,40 [5]. Badania polskie donoszą, że kobiety w ciąży powikłanej uzyskały średnią SWLS 21,34, nauczycielki zaś – 19,34. Najniższą średnią uzyskały kobiety w okresie menopauzy (18,42) [4]. W innym badaniu oceniono poziom satysfakcji z życia wśród kobiet w okresie okołomenopauzalnym, którego średnia w SWLS wynosiła 17,40 ± 7,38 [6]. Średnia zadowolenia z życia wśród słuchaczy uniwersytetów trzeciego wieku w Krakowie wynosiła 23,50, co oznacza, że poziom satysfakcji z życia znajdował się na granicy przeciętnego i wysokiego zadowolenia [7].

Badanie własne wykazało, że stan cywilny warunkował satysfakcję z życia wśród kobiet ciężarnych, gdyż najwyższą średnią w SWLS uzyskały mężatki. Badanie Kanadys i wsp. [6] nie wykazało związku między poziomem satysfakcji z życia u kobiet w okresie okołomenopauzalnym a zmienną: stan cywilny. Inne doniesienia informują, że kobiety ciężarne, które pozostawały w związkach małżeńskich, odczuwały wyższe zadowolenie z życia niż osoby samotne [1]. Wysokiński i wsp.[8] donoszą, że najlepiej oceniają poziom swojego życia osoby owdowiałe oraz pozostające w związkach małżeńskich, a najniżej – osoby rozwiedzione i stanu wolnego (panna/kawaler). Badanie Dziąbek i wsp. [9] nie potwierdza, że stan cywilny warunkuje poziom satysfakcji z życia. Sprzeczne wyniki otrzymały Głębocka i Szarzyńska, stwierdzając silną zależność między posiadaniem partnera życiowego a zadowoleniem z życia. Osoby będące w stałym związku były istotnie bardziej zadowolone z życia niż osoby samotne, cechował je także wyższy poziom optymizmu [10].

Wiele badań dowodzi, że wykształcenie warunkuje satysfakcję z życia jednostki, osoby lepiej wykształcone cieszą się lepszym samopoczuciem psychicznym, ponadto wykształcenie jest istotną determinantą wiary w pomyślną przyszłość [11]. W naszym materiale nie wykazano jednak związku między wykształceniem badanej próby a poziomem satysfakcji z życia, pomimo że wyższą średnią SWLS uzyskały kobiety z wykształceniem wyższym niż z wykształceniem średnim i zawodowym. Analogiczne wnioski wypywają z badania Wysokińskiego i wsp. [8]. Nie odnotowano również istotnych korelacji pomiędzy wynikiem SWLS a wykształceniem

w badaniu Majdy i wsp. [7]. Kanadys i wsp. [1] donoszą, że kobiety ciężarne z wykształceniem wyższym odczuwały wyższy poziom zadowolenia z życia niż kobiety z wykształceniem średnim czy zawodowym. Zmienna: wykształcenie warunkowała również satysfakcję życiową kobiet w okresie okołomenopauzalnym [6].

Dyskusja na temat tego, czy pieniądze dają szczęście, toczy się w świecie nauki już od dawna. Przeprowadzono już wiele badań w tym obszarze, jednak wciąż nie można wskazać jednoznacznej zależności między sytuacją materialną człowieka a jego zadowoleniem z życia. W badaniu Czarneckiej-Iwańczuk i wsp. [12] osoby, które wyżej oceniały swój status ekonomiczny, osiągnęły wyższe wyniki w Skali Satysfakcji z Życia. W materiale własnym większość kobiet oceniła dobrze swoją sytuację materialną, a tylko 5% uważało swoje położenie ekonomiczne za niepomyślne. W wyniku przeprowadzonej analizy nie stwierdzono zależności między sytuacją materialną kobiet w ciąży a poziomem zadowolenia z życia. Takie same wnioski płyną z przeprowadzonego wśród słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku badania Majdy i wsp. [7]. Dochód miesięczny kobiet w okresie okołomenopauzalnym istotnie warunkował satysfakcję z życia w badaniu Kanadys i wsp. [6]. Inne doniesienia podają, że sytuacja materialna badanych kobiet ciężarnych wpłynęła w dużej mierze na ich zadowolenie z życia, a kobiety w bardzo dobrej sytuacji materialnej miały istotnie wyższą satysfakcję z życia niż kobiety w dobrym lub złym położeniu ekonomicznym [1]. W badaniach Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) z 2016 roku wykazano, że najmniej satysfakcji Polacy czerpią ze swojej sytuacji finansowej i wysokości dochodów. Obecnie 28% badanych jest z niej zadowolonych, pozostali najczęściej uważają ją za przeciętną (średnio zadowoleni – 39%) albo wyrażają niezadowolenie ze swojej sytuacji finansowej (32%). Według CBOS jedynym aspektem życia, z którego poczucie satysfakcji w ostatnim roku nieco zmalało, są dochody i sytuacja finansowa, jednak nadal odsetek osób zadowolonych jest jednym z najwyższych od 1994 roku [13].

W roku 2015 CBOS podał, że wiek wpłynął na zadowolenie z sytuacji finansowej, kręgu znajomych, poziomu wykształcenia, perspektyw na przyszłość, generalnie całego życia i oczywiście stanu zdrowia. We wszystkich tych aspektach odsetek zadowolonych zmniejsza się wraz z wiekiem. Najczęściej jednak niezadowoleni ze swoich dochodów oraz materialnych warunków bytu są badani w wieku od 55 do 64 lat [14]. Nasze badanie nie wykazało związku między wiekiem badanych kobiet w ciąży a poziomem zadowolenia z życia, chociaż najwyższą średnią w SWLS uzyskały badane w przedziale wiekowym 26–35 lat, następnie w wieku 19–25 lat. Najniżej oceniły swoją satysfakcję z życia respondentki w wieku 36 lat i więcej. W badaniu Kanadys i wsp. [1] kobiety ciężarne w przedziale wiekowym 19–34 lat odczuwały istotnie wyższe zadowolenie z życia niż kobiety w wieku 18 lat i mniej. Poziom satysfakcji z życia nie uległ istotnej statystycznie zmianie w zależności od wieku w badaniach Kanadys i wsp., Majdy i wsp. oraz Jachimowicz i wsp. [6, 7, 15]. W badaniu Requena i wsp. [16] uzyskano dodatnią korelację między wiekiem a zadowoleniem z życia w grupie wiekowej 70–74 lat, co należy tłumaczyć znacznym zaangażowaniem tych osób w życie społeczne.

Badanie CBOS z 2016 roku podaje, że z miejsca zamieszkania było bardzo zadowolonych 40% Polaków, a 42% – umiarkowanie [13]. Osoby mieszkające w dużych miastach i na wsi osiągnęły istotnie niższe wyniki w SWLS niż osoby zamieszkujące średnie miasta i małe miasta w badaniu Majdy i wsp. [7]. W materiale własnym nie wykazano istotnej statystycznie różnicy między miejscem zamieszkania a zadowoleniem z życia wśród kobiet ciężarnych. Do takich samych wniosków doszli autorzy badający satysfakcję z życia kobiet w okresie menopauzy [12].

Wiele czynników różnicuje satysfakcję życiową, a wśród nich należy wymienić najistotniejsze: zdrowie, sytuację ekonomiczną, aktywność zawodową, społeczną oraz rodzinę i jakość panujących w niej relacji. Bardzo ważnym elementem jest również wsparcie społeczne. Źródłem wsparcia mogą być relacje interpersonalne, zwłaszcza związki partnerskie (małżeńskie), których znaczenie wydaje się szczególnie ważne w przypadku wydarzeń i problemów związanych z prokreacją, gdyż partner jest w takim przypadku najbardziej podstawowym i naturalnym źródłem wsparcia. Szczególną rolę w radzeniu sobie z sytuacją trudną przez kobiety w ciąży odgrywają osoby bliskie. Wsparcie można rozpatrywać w ujęciu funkcjonalnym i wyróżniać kilka rodzajów wsparcia: wsparcie emocjonalne, instrumentalne, informacyjne i rzeczowe. Wsparcie emocjonalne pochodzi z interakcji, w których okazywane jest pozytywne ustosunkowanie się, zainteresowanie i troska. Wsparcie instrumentalne pozwala na uzyskanie wiedzy, która może zmienić sposób funkcjonowania jednostki. Wsparcie rzeczowe przyjmuje postać pomocy materialnej, rzeczowej i finansowej, w tym także działań na rzecz osoby wspieranej [17]. W naszym badaniu podjęto kwestię wsparcia społecznego oraz jego związku z satysfakcją życia u kobiet w ciąży. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę między otrzymywanym wsparciem instrumentalnym a poziomem satysfakcji życiowej. Kobiety ciężarne, które otrzymywały wsparcie instrumentalne od męża, wykazały się wyższą średnią poziomu zadowolenia z życia niż kobiety otrzymujące wsparcie od innych członków rodziny. Natomiast osoby, które nie

otrzymywały w ogóle wsparcia emocjonalnego, wykazały się istotnie niższymi wynikami w SWLS. Najwyższe wskaźniki satysfakcji z życia uzyskały kobiety otrzymujące wsparcie emocjonalne od męża, matki, siostry, przyjaciółki. Średnia zadowolenia z życia dotycząca wsparcia emocjonalnego była najniższa wśród kobiet, które otrzymywały wsparcie od partnera (związek nieformalny).

W badaniu Gebuzy i wsp. [18] stwierdzono istotną zależność korelacyjną pomiędzy otrzymanym wsparciem społecznym a poziomem satysfakcji z życia kobiet w III trymestrze ciąży. W badanej próbie kobiety wraz ze wzrostem ryzyka związanego z przebiegiem ciąży otrzymały istotnie więcej wsparcia informacyjnego. Nie otrzymały istotnie więcej wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Natomiast gdy wzrastało ryzyko związane z przebiegiem ciąży, wzrastały poziomy każdego rodzaju wsparcia, co w konsekwencji mogło pozytywnie oddziaływać na samopoczucie kobiet. W innym badaniu wykazano związek między wsparciem społecznym w III trymestrze ciąży i w okresie poporodowym a zadowoleniem z życia kobiet. W III trymestrze ciąży największą siłę związku otrzymanego wsparcia i zadowolenia z życia stwierdzono w przypadku wsparcia emocjonalnego, natomiast w okresie poporodowym – instrumentalnego. W ocenie kobiet w okresie poporodowym istotnie wzrosło wsparcie instrumentalne, informacyjne w porównaniu do III trymestru ciąży.

Wysoki poziom otrzymanego wsparcia przez kobiety jest związany z dużym zaangażowaniem partnerów i przeobrażeniami współczesnej roli ojca w Polsce [19]. W badaniu Głębockiej i Szarzyńskiej [10] istotnie wyższy okazał się poziom wsparcia otrzymywanego w grupie osób będących w związkach. Szczególnego wsparcia doznawały one ze strony małżonków. Wskazania pozostałych osób, które nie pozostawały w formalnych związkach, mogą być świadectwem posiadania partnera, z którym nie zawarto związku małżeńskiego. Poziom wsparcia otrzymywanego od rodziny był istotnie wyższy u osób posiadających partnera niż u samotnych. W badaniu Mirczak [20] osoby, które pozostawały w związkach małżeńskich, doświadczały istotnie więcej wsparcia informacyjnego i emocjonalnego w porównaniu do osób samotnych.

Odnosząc się do znaczenia czynników, które warunkują satysfakcję życiową kobiet ciężarnych, postanowiono w naszym badaniu uwzględnić także zmienne położnicze. W wyniku analizy statystycznej nie wykazano, że rodność różnicuje zadowolenie z życia kobiet w ciąży, chociaż pierworódki uzyskały wyższą średnią w SWLS niż wieloródki. Kalecińska-Adamczyk i Serafińska [21] donoszą, że posiadanie jednego dziecka sprzyja bardziej pozytywnej ocenie jakości życia w porównaniu z sytuacjami, w których dzieci nie ma wcale lub gdy jest ich więcej niż jedno. Kobiety nieposiadające dzieci istotnie niżej oceniają swoją jakość życia w sferze psychospołecznej. Brak dzieci lub posiadanie więcej niż jednego dziecka ma podobny wpływ na poczucie jakości życia (względnie niższe) w sferach psychofizycznej i podmiotowej. Na poczucie jakości życia w sferze metafizycznej liczba posiadanych dzieci nie ma żadnego wpływu.

Czas trwania ciąży (ukończenie ciąży w terminie, ukończenie ciąży przedwcześnie) również nie warunkował satysfakcji życiowej w badanej próbie. W prezentowanym materiale własnym nie stwierdzono ponadto związku między poziomem zadowolenia z życia a pozostałymi zmiennymi położniczymi: przebieg obecnej ciąży, hospitalizacja podczas ciąży czy choroby współistniejące z ciążą. W analizowanej grupie kobiet ciężarnych wykazano jedynie, że istnieje różnica między stanem zdrowia dziecka po poprzednim porodzie a wyższymi wskaźnikami SWLS. Kobiety, które urodziły dziecko chore, prezentowały istotnie niższy poziom satysfakcji z życia. W badaniu Basińskiej i Wędzińskiej [22] stwierdzono istotny statystycznie związek między zmęczeniem życiem codziennym a satysfakcją z życia wśród matek dzieci z niepełnosprawnością. Im matki są bardziej zmęczone życiem codziennym, gdy doświadczają zmęczenia fizycznego i psychicznego, tym mniejszą odczuwają satysfakcję z życia.

Wnioski

Badana próba prezentowała wysoki poziom satysfakcji z życia. Stan cywilny, stan zdrowia dziecka po poprzednim porodzie oraz otrzymywane wsparcie społeczne w istotny sposób różnicują stopień zadowolenia z życia u kobiet ciężarnych.

Piśmiennictwo

1. Kanadys K, Rogowska J, Lewicka M. Satysfakcja z życia kobiet ciężarnych. Med Ogólna Nauki Zdr. 2015; 21(1): 45–48.
2. Finegonow M. Psychologiczne uwarunkowania zadowolenia z życia w wieku emerytalnym – wyniki modelowania równań strukturalnych. Pol Forum Psychol. 2008; 2(13): 82–95.
3. Skrzypek E. Czynniki kształtujące jakość życia, http://idn.org.pl/Lodz/Mken/Mken%202001/Referaty%202001/14.pdf (data dostępu: 3.12.2016).
4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001.
5. Diener E, Emmons RA, Larson RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. J Pers Assess. 1985; 49(1): 71–75.
6. Kanadys K, Lewicka M, Sulima M, Surdyka D, Wiktor H. Analiza poziomu satysfakcji z życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym zależnie od wybranych czynników socjodemograficznych. Med Ogólna Nauki Zdr. 2014; 20(1): 42–45.
7. Majda A, Walas K, Gajda K. Satysfakcja z życia i samopoczucie słuchaczy Uniwersytetu III Wieku. Piel XXI w. 2013; 2(43): 39–44.

8. Wysokiński M, Fidecki W, Walas L, Ślusarz R, Sienkiewicz Z, Sadurska A et al. Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. Probl Piel. 2009; 17(3): 167–172.
9. Dziąbek E, Dziuk U, Bieniek J, Brończyk-Puzoń A, Kowolik B, Borgosz J. Ocena satysfakcji życiowej w wybranej grupie pielęgniarek i położnych członków Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej – doniesienie wstępne. Probl Piel. 2015; 23(3): 279–284.
10. Głębocka A, Szarzyńska M. Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. Gerontol Pol. 2005; 13(4): 255–259.
11. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K. Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości – w świetle rodzimych doniesień badawczych. Psychogeriatr Pol. 2010; 7(1): 11–16.
12. Czarnecka-Iwańczuk M, Stanisławska-Kubiak M, Mojs E, Wilczak M, Samborski W. Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet. Prz Menopauz. 2012; 6: 468–473.
13. Centrum Badania Opinii Społecznej. Zadowolenie z życia. Komunikat z badań. 2016; 4: 1–14.
14. Centrum Badania Opinii Społecznej. Zadowolenie z życia. Komunikat z badań. 2015; 3: 1–9.
15. Jachimowicz V, Kostka T. Satysfakcja z życia starszych kobiet. Gin Prakt. 2009; 3: 27–32.
16. Requena C, López V, Ortiz T. Satisfaction with life related to functionality in active elderly people. Actas Esp Psiquiatr. 2009; 37(2): 61–67.
17. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk"; 2005.
18. Gebuza G, Kaźmierczak M, Gierszewska M, Mieczkowska E, Banaszkiewicz M, Wrobel-Bania A. Lęk przed porodem w III trymestrze ciąży i jego powiązania ze stanem zdrowia noworodka. Med Ogólna Nauki Zdr. 2015; 21(1): 39–44.
19. Gebuza G, Kaźmierczak M, Mieczkowska E, Gierszewska M, Kotzbach R. Life satisfaction and social support received by women in the perinatal period. Adv Clin Exp Med. 2014; 23(4): 611–619.
20. Mirczak A. Determinanty wsparcia społecznego wśród starszych mieszkańców wsi, https://www.depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/6213/labor_2_mirczak.pdf?sequence=1&isAllowed=y (data dostępu: 10.01.2017).
21. Kalecińska-Adamczyk E, Serafińska K. Czy dzieci to uśmiech opatrzności? Uwarunkowania jakości życia matek. Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja. 2013; 2(62): 107–125.
22. Basińska MA, Wędzińska M. Zmęczenie życiem codziennym a satysfakcja z życia rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, https://www.researchgate.net/publication/264238065_Zmeczenie_zyciem_codziennym_a_satysfakcja_z_zycia_rodzicow_dzieci_z_mozgowym_porazeniem_dzieciecym (data dostępu: 12.01.2017).

Artykuł przyjęty do redakcji: 02.02.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 08.06.2017

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

Adres do korespondencji:
Marzena Kaźmierczak
ul. Ignacego Łukasiewicza 1
85-821 Bydgoszcz
tel.: 52 585 59 04, tel. kom.: 506 023 541
e-mail: marzena.kazmierczak@cm.umk.pl
Pracownia Podstaw Opieki Położniczej
Katedra Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

SATYSFAKCJA PACJENTÓW MAKROREGIONU LUBELSKIEGO Z USŁUG WYBRANYCH PORADNI SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

LUBLIN MACROREGION RESIDENTS' SATISFACTION WITH MEDICAL SERVICES FROM SELECTED SPECIALIST CLINICS

Olga Dąbska, Zbigniew Tarkowski, Ewa Humeniuk, Joanna Monastyrska

Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.3

STRESZCZENIE

Wstęp i cel. Obserwuje się w ostatnim czasie duże zmiany w obrębie postrzegania roli pacjenta, który z biernego odbiorcy świadczeń zdrowotnych przyjął postawę klienta, opiniującego i oceniającego realizowane usługi. Celem pracy było określenie wpływu wybranych czynników na poziom satysfakcji pacjentów makroregionu lubelskiego ze świadczeń lekarza specjalisty.
Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 144 pacjentów poradni udzielających specjalistycznych usług medycznych. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz służący do oszacowania stopnia zadowolenia ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej. Do analizy materiału badawczego wykorzystano program *SAS Enterprise Guide*. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Posłużono się testami chi^2 Pearsona, t-studenta i r-Spearmana.
Wyniki. Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej determinowane było stosunkiem lekarza do pacjenta, reakcją lekarza na zgłaszane przez pacjenta potrzeby i prośby, oceną poświęconego pacjentowi czasu i uwagi, skutecznością porady. Na poziom satysfakcji nie wpływał rodzaj wizyty.
Wnioski. Na zadowolenie pacjentów wpływa wiele różnych elementów. Spełnianie oczekiwań pacjentów rzutuje na jakość usług zdrowotnych, niosąc za sobą szereg pozytywnych konsekwencji.

SŁOWA KLUCZOWE: satysfakcja, jakość, specjalistyczna opieka zdrowotna, pacjenci.

ABSTRACT

Introduction and aim. Changes in the perception of the patient's role, who, from a passive recipient of health care benefits, has become an opinionated customer, evaluating the performance of service have been observed recently. The aim of the study was to assess the influence of selected factors on Lublin macroregion residents' level of satisfaction with services of a specialized doctor.
Material and methods. 144 patients using the services of specialist clinics were the research group. A diagnostic poll method, which is a survey technique, was used when conducting this study. An authorial questionnaire was the research tool. Its purpose was to assess the patients' level of satisfaction with medical services. *SAS Enterprise Guide* software was used to analyze the gathered data. Statistical significance of $p < 0.05$ was assumed. chi^2 Pearson, t-student and r-Spearman tests were used.
Results. Patients' satisfaction with medical services was defined by the doctor's approach towards the patient, the doctor's reaction to the patient's requests and needs, time and attention dedicated to the patient and effectiveness of the counsel. The type of the appointment did not influence the satisfaction level.
Conclusions. Many different factors affect patients' satisfaction with medical services. Reaching patients' expectations has an influence on the quality of medical services which entails a lot of positive consequences.

KEYWORDS: satisfaction, quality, specialized health care, patients.

Wprowadzenie

Obserwuje się w ostatnim czasie duże zmiany w obrębie postrzegania roli pacjenta, który z biernego odbiorcy świadczeń zdrowotnych przyjął postawę klienta, opiniującego i oceniającego realizowane usługi [1]. Dlatego też „(…) ocena zadowolenia pacjentów ze świadczeń wymaga wciąż nowych opracowań teoretycznych i empirycznych wyjaśnień" [2]. „Dokonanie oceny jakości świadczonych usług medycznych jest zadaniem trudnym. Wynika to z tego, że jakość jest inaczej pojmowana i ma inne znaczenie dla pacjenta, inne – dla osób świadczących usługi medyczne. Badając satysfakcję pacjentów, poznaje się ich subiektywne oceny, oparte na indywidualnym doświadczeniu, wymaganiach i oczekiwaniach" [3].

Trela twierdzi, że: „Pacjenci coraz częściej oczekują indywidulanego podejścia standaryzacji pracy, przewidywalności, stabilności, bezpieczeństwa opieki oraz

szybszego dostępu do usług zdrowotnych. Wszystko to wpływa na zadowolenie pacjenta, czyli na satysfakcję z jakości oferowanych usług" [4]. Świadczeniobiorcy usług medycznych dużą wagę przywiązują do fachowości, profesjonalizmu, kompetencji, zaangażowania w wykonywaną pracę, sumienności i rzetelności personelu. Bardzo cenioną cechą jest także umiejętność właściwego i skutecznego komunikowania się z pacjentem, zrozumiałe wytłumaczenie przebiegu choroby oraz zastosowanego leczenia [5].

Cel pracy

Głównym celem badań było określenie wpływu wybranych czynników na poziom satysfakcji pacjentów makroregionu lubelskiego ze świadczeń lekarza specjalisty.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 144 pacjentów poradni udzielających specjalistycznych świadczeń: NZOZ *Terapia Kuracja* Przychodnia Specjalistyczna w Radzyniu Podlaskim, NZOZ Przychodnia Specjalistyczna *Bio-Medical* w Lublinie. Zdecydowaną większość (78%, n = 112) respondentów stanowiły kobiety. Badani reprezentowali grupy wiekowe: do 20 lat (22%, n = 31), 21–35 lat (42%, n = 60), 36–50 lat (17%, n = 25), ponad 50 lat (19%, n = 28), przy czym średnia wieku wynosiła 33,97 roku. Najmłodszy badany miał 15 lat, a najstarszy liczył 86 lat. Blisko połowa (46%, n = 67) respondentów posiadała wyższe wykształcenie. Pozostałą część badanej grupy stanowiły osoby z wykształceniem średnim (33%, n = 47), podstawowym (11%, n = 16), zawodowym (10%, n = 14). Aż 76% (n = 109) ankietowanych mieszkało w mieście.

Przeprowadzając badania, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz służący do oszacowania stopnia zadowolenia ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej; respondenci dokonywali subiektywnej oceny lekarza specjalisty. Kwestionariusz poruszał kwestie dotyczące stosunku lekarza do pacjenta, skuteczności uzyskanej w ramach wizyty porady lekarskiej, otwartości na zgłaszane przez chorego prośby i potrzeby, poświęconego czasu i uwagi, rodzaju wizyty. Narzędzie opatrzono metryczką z pytaniami o czynniki socjodemograficzne. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu programu *SAS Enterprise Guide*. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności. Posłużono się testami chi^2 Pearsona, t-studenta i r-Spearmana.

Wyniki

Przeprowadzona analiza wykazała wysoce istotną statystycznie zależność między stosunkiem lekarza do pacjenta ($p < 0,0001$), oceną reakcji lekarza na zgłaszane przez pacjenta potrzeby i prośby ($p < 0,0001$) a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej. Zaobserwowano, iż wraz z bardziej pozytywnym nastawieniem lekarza do chorego i realizacją w wyższym stopniu potrzeb pacjentów rósł odsetek osób usatysfakcjonowanych z usług medycznych. Ankietowani pozytywnie oceniający podejście lekarza aż w 73% byli zadowoleni ze świadczeń. Największy poziom zadowolenia wykazywały osoby, których potrzeby urzeczywistniono w pełni (80%). Stanowczo nieusatysfakcjonowani byli badani, których tylko niektóre prośby zostały spełnione (73%). Ponadto uzyskano wysoce istotną statystycznie zależność między oceną poświęconego pacjentowi czasu i uwagi ($p < 0,0001$), skutecznością porady ($p < 0,0001$) a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej. Badani, którzy postrzegali czas i uwagę poświęconą im podczas wizyty lekarskiej jako wystarczające, deklarowali znacznie częściej satysfakcję z usług (73%). Na niezadowolenie ze świadczeń medycznych wskazywały przeważnie osoby uważające czas trwania usługi i uwagę lekarza za niewystarczające (89%). Wszystkie osoby, zdaniem których uzyskana porada była nieskuteczna, były nieusatysfakcjonowane z usługi. Wśród badanych, którzy uzyskali poradę będącą celem wizyty, zadowolenie deklarowała większość grupy (84%). Brak istotnej statystycznie zależności między rodzajem wizyty a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej ($p = 0,7886$). Nieznacznie częściej usatysfakcjonowane z usług medycznych były osoby odbywające wizytę prywatną (**Tabela 1**).

Tabela 1. Zależności między stosunkiem lekarza do pacjenta, reakcją na zgłaszane przez pacjenta potrzeby i prośby, oceną poświęconego pacjentowi czasu i uwagi, rodzajem wizyty, skutecznością porady a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej
Table 1. Dependences between the doctor's attitude to the patient, the doctor's reaction to the needs and requests reported by the patient, assessment of the time and attention devoted to the patient, type of the appointment, effectiveness of recommendations, and satisfaction with services of specialized health care

Zmienna/*Variable*	Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej/*Satisfaction with the services of specialized health care*			
	tak/*yes*		nie/*no*	
	n	%	n	%
Stosunek lekarza do pacjenta/*Doctor's attitude to the patient*				
pozytywny/*positive*	87	73	32	27
negatywny/*negative*	6	24	19	76
Analiza chi^2 Pearsona/*Chi^2 Pearson's analysis*: DF=1, chi-sq=21,7833, p<0,0001				
Reakcja lekarza na zgłaszane przez pacjenta potrzeby i prośby/*Doctor's reaction to the needs and requests reported by the patient*				
tak, na wszystkie/*yes, to all*	68	80	17	20
tak, na niektóre/*yes, to some*	22	46	26	54
tylko na niektóre/*only some*	3	27	8	73

Analiza chi² Pearsona/*Chi² Pearson's analysis*: DF=2, chi-sq=22,9045, p<0,0001				
Poświęcenie pacjentowi czasu i uwagi/ *Devoting time and attention to the patient*				
tak, raczej tak/*yes or rather yes*	91	73	34	27
nie, raczej nie/*not or rather not*	2	11	17	89
Analiza chi² Pearsona/*Chi² Pearson's analysis*: DF=1, chi-sq=27,9629, p<0,0001				
Rodzaj wizyty/*Type of the appointment*				
w ramach umowy NFZ / *under the contract with NHF*	73	64	41	36
prywatnie/*privately*	20	67	10	33
Analiza chi² Pearsona/*Chi² Pearson's analysis*: DF=1, chi-sq=0,0719, p=0,7886				
Skuteczność porady/*Effectiveness of recommendations*				
tak/*yes*	64	84	12	16
raczej tak/*rather yes*	29	47	32	53
raczej nie/*rather not*	0	0	6	100
nie/*no*	0	0	1	100
Analiza chi² Pearsona/*Chi² Pearson's analysis*: DF=3, chi-sq=33,3102, p<0,0001				

n – liczebność/*number*, % – odsetek/*percentage*, DF – stopnie swobody/*degrees of freedom*, p – istotność statystyczna/*statistical significance*, chi-sq – wynik testu chi²/*chi² test results*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Uzyskane wyniki poddano dodatkowej analizie z wykorzystaniem testu t-studenta, który wykazał istotną statystycznie różnicę w zadowoleniu ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej między wszystkimi analizowanymi grupami ($p < 0,05$) prócz tej z podziałem na rodzaj wizyty ($p = 0,8133$). Średnia ocena zadowolenia z oferowanych usług była znacznie wyższa u:

- osób pozytywnie oceniających podejście lekarza do pacjenta (M = 3,86) niż wśród badanych o negatywnej opinii (M = 2,96);
- osób, zdaniem których lekarz reagował na wszystkie zgłaszane potrzeby i prośby (M = 3,96), niż wśród chorych, których tylko wybrane potrzeby i prośby spełniono (M = 3,32);
- osób, którym lekarz poświęcił wystarczająco dużo czasu i uwagi (M = 3,85), niż wśród badanych, zdaniem których długość wizyty i ilość uwagi były zbyt małe (M = 2,74);
- osób, które w pełni lub częściowo uzyskały poradę będącą celem wizyty (M = 3,77), niż wśród pacjentów, którzy takiej porady nie uzyskali (M = 2,29) (**Tabela 2**).

Tabela 2. Różnice w zadowoleniu ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej względem stosunku lekarza do pacjenta, reakcji na zgłaszane przez pacjenta potrzeby i prośby, oceny poświęconego pacjentowi czasu i uwagi, rodzaju wizyty, skuteczności porady
Table 2. Differences in satisfaction with services of specialized health care in relation to the doctor's attitude to the patient, doctor's reaction to the needs and requests reported by the patient, assessment of the time and attention devoted to the patients, the type of the appointment, effectiveness of recommendations

Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej/*Satisfaction with services of specialized health care*		n	M	SD	Analiza test t-studenta/*Analysis of t-student test*		
					DF	t	p
Stosunek lekarza do pacjenta/ *Doctor's attitude to the patient*	pozytywny/ *positive*	119	3,86	0,75	33,746	-5,21	<0,0001
	negatywny/ *negative*	25	2,96	0,79			
Reakcja lekarza na zgłaszane przez pacjenta potrzeby i prośby/ *Doctor's reaction the needs and requests reported by the patient*	tak, na wszystkie/ *yes, to all*	85	3,96	0,64	96,664	-4,64	<0,0001
	tak, na niektóre lub tylko na niektóre/ *yes, to some or only some*	59	3,32	0,92			
Poświęcenie pacjentowi czasu i uwagi/*Dedicating time and attention to the patient*	tak, raczej tak/ *yes or rather yes*	125	3,85	0,74	23,937	-6,14	<0,0001
	nie, raczej nie/ *not or rather not*	19	2,74	0,73			
Rodzaj wizyty/*Type of appointment*	w ramach umowy NFZ/ *under the contract with NHF*	114	3,69	0,81	142	0,24	0,8133
	prywatnie/ *privately*	30	3,73	0,91			
Skuteczność porady/*The effectiveness of recommendations*	tak, raczej tak/ *yes, rather yes*	137	3,77	0,77	6,6468	-5,08	0,0017
	nie, raczej nie/ *no, rather not*	7	2,29	0,76			

n – liczebność/*number*, M – średnia/*average*, SD – odchylenie standardowe/*standard deviation*, DF – stopnie swobody/*degrees of freedom*, p – istotność statystyczna/*statistical significance*, t – wynik testu t-studenta/*t-student test results*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wyżej przedstawione wyniki potwierdza rezultat testu r-Spearmana, który wskazuje na występowanie istotnej statystycznie korelacji między stosunkiem lekarza do pacjenta ($p < 0,0001$), skutecznością uzyskanej porady ($p < 0,0001$) a zadowoleniem ze świadczeń spe-

cjalistycznej opieki zdrowotnej. Uzyskane związki były silne i dodatnie (r > 0 oraz |r| < 0,5), co oznacza, że wraz ze wzrostem skuteczności udzielonej przez lekarza porady i bardziej przychylną oceną nastawienia lekarza do pacjenta rosła satysfakcja z usług medycznych. Uzyskano istotną statystycznie korelację między reakcją lekarza na zgłaszane przez pacjenta potrzeby i prośby (p < 0,0001), oceną poświęconego pacjentowi czasu i uwagi (p < 0,0001) a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej. Uzyskane związki były słabe i dodatnie (r > 0 oraz |r| < 0,5), co oznacza, że wraz z większą reakcją na prośby i potrzeby pacjenta i bardziej przychylną oceną poświęconego pacjentowi przez lekarza czasu i uwagi rosło zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej (**Tabela 3**).

Tabela 3. Analiza korelacji między stosunkiem lekarza do pacjenta, reakcją na zgłaszane przez pacjenta potrzeby i prośby, oceną poświęconego pacjentowi czasu i uwagi, skutecznością porady a zadowoleniem ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej

Table 3. Analysis of the correlation between the doctor's attitude to the patient, doctor's reactions on the needs and requests reported by the patient, assessment of the time and attention devoted to the patient, the effectiveness of recommendations, and satisfaction with the services of specialized health care

Korelacja/ *The correlation*	n	M	SD	Me	Min	Max	Analiza test r-Spearmana/ *Analysis of r-Spearman test* p	r
Stosunek lekarza do pacjenta/ *Doctor's attitude to the patient*	144	4,17	0,80	4,0	1,0	5,0		
Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej/ *Satisfaction with services of specialized health care*	144	3,70	0,83	4,0	1,0	5,0	<0,0001	0,54510
Reakcja lekarza na zgłaszane przez pacjenta potrzeby i prośby/*Doctor's reactions to the needs and requests reported by the patient*	144	2,50	0,65	3,0	1,0	3,0	<0,0001	0,38837
Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej/*Satisfaction with services of specialized health care*	144	3,70	0,82	4,0	1,0	5,0		
Poświęcenie pacjentowi czasu i uwagi/*Dedicating time and attention to the patient*	144	3,23	0,73	3,0	1,0	4,0		
Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej/ *Satisfaction with services of specialized health care*	144	3,70	0,83	4,0	1,0	5,0	<0,0001	0,38681
Skuteczność porady/*The effectiveness of recommendations*	144	3,47	0,61	4,0	1,0	4,0		
Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej/*Satisfaction with services of specialized health care*	144	3,70	0,83	4,0	1,0	5,0	<0,0001	0,50332

n – liczebność/*number*, M – średnia/*average*, SD – odchylenie standardowe/*standard deviation*, Me – mediana/*median*, Min – wartość minimalna/*minimum value*, Max – wartość maksymalna/*maximum value*, p – istotność statystyczna/*statistical significance*, r – współczynnik korelacji/*correlation coefficient*

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Dyskusja

Każdy pacjent wymaga innego, indywidualnego podejścia. Dlatego niezmiernie ważnym aspektem wpływającym na zadowolenie z jakości usług medycznych jest ilość czasu poświęcanego świadczeniobiorcom przez personel medyczny. Przeprowadzone badania wykazały, że osoby postrzegające czas i uwagę przeznaczone im przez lekarza jako wystarczające przejawiają wyższy poziom zadowolenia ze świadczeń. Pozytywne opinie na temat wymiaru czasu poświęconego pacjentom przez lekarza miało ogólnie 73% badanych. Zbliżone rezultaty uzyskali Smolińska i wsp. Ankietowani przez zespół w 84% pozytywnie ocenili ilość czasu, jaką personel lekarski przeznaczał chorym [3]. W badaniach Raduj i wsp. zdecydowana większość pacjentów (93%) oceniła ilość oferowanego przez lekarzy czasu na poziomie dobrym [6]. Jak wykazały wyniki badań przeprowadzonych przez Kemicer-Chmielewską i wsp., ponad połowa (57,8%) ankietowanych była zadowolona z czasu trwania wizyty lekarskiej [7]. Zaś na jego niedostatek narzekali w dużej mierze respondenci w badaniach Szpringer i wsp. Pozytywnie kwestię tę oceniło 41,7% ankietowanych. Opinię pacjentów na temat ilości czasu poświęconego im przez lekarza determinował status zawodowy (p = 0,003). Najgorzej zagadnienie to

oceniły osoby bezrobotne (71,5%) [8]. Marcinów i Olejniczak oszacowali, iż 70% wizyt lekarskich mieści się w przedziale 10–19 minut, przy czym aż 42% ankietowanych przez nich pacjentów odpowiedziało, iż jest to czas niewystarczający [9]. Zdaniem Etier i wsp. satysfakcja pacjenta jest i nadal będzie ważnym determinantem działania systemu opieki zdrowotnej. Aż 94% badanych pacjentów poradni ortopedycznych było zadowolonych z wizyty lekarskiej. Pozostali ankietowani wskazali na niedostateczną ilość poświęconego im czasu [10]. W badaniach Leźnickiej i wsp. czas poświęcony pacjentowi przez personel lekarski negatywnie oceniło 6,8% badanych. Uczestnicy badania skarżyli się także na zbyt długi okres oczekiwania na przyjęcie do szpitala, gdyż za bardzo krótki uznało go tylko 33% [11]. Warto także przytoczyć rezultaty z badań Skowron i wsp., którzy dowodzą, iż krótki czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala wpływa pozytywnie na ocenę jakości podmiotu leczniczego. Aż 83% respondentów było niezadowolonych z czasu oczekiwania na izbie przyjęć, a czas reakcji lekarzy na wezwanie negatywnie oceniło 37% badanych [12]. Long i wsp. podkreślają, iż bardzo istotne jest zapewnienie pacjentom wysokiej jakości świadczeń, które będą wpływać na ich usatysfakcjonowanie i prawdopodobieństwo polecenia usług innym osobom. Według przeprowadzonej przez zespół analizy na uzyskanie dobrego wrażenia w oczach pacjentów wpływają ilość czasu spędzonego u świadczeniodawcy, łatwość planowania przebiegu terapii, uprzejmość personelu [13].

Kolejnym aspektem rzutującym w dużej mierze na ocenę specjalistycznej opieki medycznej jest trafność postawionej diagnozy. W badaniach własnych wystąpiła wysoce istotna statystycznie zależność między skutecznością porady a zadowoleniem z usług lekarza specjalisty ($p < 0,0001$). Osoby, zdaniem których uzyskana porada była nieskuteczna, były nieusatysfakcjonowane z usługi. Wśród badanych, którzy uzyskali poradę będącą celem wizyty, zadowolenie deklarowała większość grupy (84%). Istotę tej kwestii podkreślają Moczydłowska i wsp. Ankietowani przez zespół pacjenci w największym stopniu oczekiwali od lekarza trafnej diagnozy, zdolności umiejętnego badania i kompetencji, aby był godny zaufania, rozsądny, bezinteresowny i okazujący szacunek. Zdaniem badaczy dobra opinia na temat personelu lekarskiego będzie skutkować u pacjentów zaufaniem do pracowników medycznych, traktowaniem ich jako ekspertów i stosowaniem się do zaleceń [14]. Można to stwierdzić także na podstawie rezultatów przeprowadzonych przez Waksmańską i wsp. badań, w których pacjenci bardzo dużą wagę przykładali do zasobu fachowej wiedzy lekarzy (86,4%) [15]. Z kolei w badaniach Grabskiej poziom wiedzy i posiadane specjalizacje ważne były tylko dla 29% respondentów [16]. Zdaniem Puczkowskiej i wsp. najistotniejsze jest, by posiadany zasób specjalistycznej wiedzy umiejętnie wykorzystywać w praktyce [17]. Jak podkreślają Bilicka i wsp., owa wiedza niezbędna jest podczas wyjaśniania celowości działań podejmowanych w ramach procesu terapeutycznego pacjentowi i jego rodzinie [18]. Ankietowani przez Skowron i wsp. byli zdecydowanie zadowoleni ze sposobu przekazywania informacji dotyczących choroby i ewentualnych powikłań. Zdaniem 87% badanych lekarze okazywali wystarczające zainteresowanie pacjentem, zachowując kulturę i grzeczność (93%). W opinii badaczy indywidualne podejście do pacjenta poprawia jakość usługi medycznej [12]. Zdaniem niewiele ponad połowy badanych przez Kemicer-Chmielewską i wsp. personel lekarski wykazał się umiejętnością aktywnego słuchania, delikatnością podczas badania, informował o nazwie rozpoznanej choroby, konieczności zgłaszania się na wizyty kontrolne [7]. Waszkiewicz i Białecka donoszą, iż tylko 46,7% respondentów oceniło bardzo dobrze informacje udzielane przez personel medyczny, związane z przebiegiem wykonywanego badania i ryzykiem jego podjęcia. Pacjenci byli przeciętnie usatysfakcjonowani z udzielonych informacji o sposobach leczenia i stanie zdrowia – diagnozie. Umiejętność aktywnego słuchania i relacje międzyludzkie, zwłaszcza okazywanie życzliwości i empatii personelu medycznego wobec pacjenta uznano za przeciętne [19]. Z kolei ankietowani w badaniach Leźnickiej i wsp. największe zastrzeżenia mieli do informowania pacjenta o jego prawach (25%), skutkach ubocznych przyjmowanych lekarstw (26%), sposobach leczenia (7%), ryzyku związanym z podejmowanym leczeniem (11%) czy przebiegu operacji (10%). Za silnie problematyczne postrzegali sytuacje, w których pracownicy wygłaszali sprzeczne ze sobą opinie dotyczące stanu zdrowia, terapii i rozmawiali o pacjencie w obecności osób trzecich [11]. Ankietowani przez Weidemann i wsp. pacjenci kardiologiczni byli bardzo zadowoleni z opieki lekarskiej. Analiza wykazała pięć głównych determinantów owej satysfakcji: omawianie z pacjentem wyników leczenia, zindywidualizowana opieka medyczna, udzielanie jasnych odpowiedzi na pytania, wykazywanie empatii, uprzejmości, dobroci, wyposażenie sal. Badacze podkreślają wagę komunikacji i stosunku pracowników służby zdrowia do chorych [20]. Także Bible i wsp. są zdania, że na zadowolenie pacjentów wpływa wiele różnych elementów. Planowanie terapii, dostęp do parkingu, czas oczekiwania, ciągłość procesu leczenia, okazywanie empatii, dobra współpraca i komunikacja, uzyskiwanie wyjaśnień i informacji o stanie zdrowia były istotnie związane z ogólnym zadowoleniem zarówno z wizyty, jak i jakości opieki [21].

W ocenie badanych pacjentów bardzo ważnym czynnikiem rzutującym na poziom zadowolenia z opieki medycznej był stosunek lekarza do pacjenta, co potwierdza wysoce istotna statystycznie zależność. Zaobserwowano, że wraz z rosnącą pozytywną oceną podejścia lekarza wzrasta satysfakcja z oferowanych usług. Jak zauważa Krot, pacjenci prócz trafnej diagnozy oczekują od lekarzy zrozumienia, wsparcia, otuchy, umiejętności słuchania, akceptacji czyli szeroko pojętych umiejętności interpersonalnych [22]. Mielnicki-Błaszczak i wsp. za czynnik silnie determinujący stopień zadowolenia świadczeniobiorców usług medycznych uważają relacje lekarz – pacjent. Zdaniem badaczy trudności w uzyskaniu satysfakcjonujących relacji spowodowane są wadami w systemie opieki zdrowotnej. Mimo reformowania systemu ochrony zdrowia ciągle ocenia się go na niskim poziomie [23]. Blisko połowa badanych przez Leźnicką i wsp. podkreśliła znaczenie uważnego słuchania przez personel lekarski, zapewnienia intymności i wyrażania się w sposób zrozumiały dla pacjenta, które oceniono na przeciętnym poziomie [11]. Z kolei Mamos i Jeziorska analizowały opinie personelu medycznego na temat oferowanych przez niego świadczeń. Badani w stopniu dostatecznym ocenili czas poświęcany pacjentowi i szybkość reagowania na wezwania. Wskazali na problemy z organizacją i punktualnością, które w dużej mierze rzutują na jakość usług. Zaś wysoko ocenili komunikację z pacjentem [24], co należy uznać za zastanawiające, gdyż w opinii pacjentów to właśnie komunikacja, przepływ informacji uważane są za najsłabsze ogniwo systemu ochrony zdrowia. Łukasik i wsp. podkreślają, iż postawa personelu medycznego charakteryzująca się życzliwością, cierpliwością, zrozumieniem, fachową wiedzą medycyną, ale i znajomością psychologii i pedagogiki znacznie ogranicza przykre oraz stresujące doznania pacjentów [25]. Tak samo twierdzą De Salins i wsp., według których umiejętności interpersonalne personelu medycznego są najważniejszymi czynnikami satysfakcji z usług ambulatoryjnych. Na ogólną satysfakcję pacjentów dermatologicznych wpływały jakość życia, zainteresowanie lekarza problemem medycznym i zwrócenie uwagi na objawy, komfort podczas oczekiwania na usługę w poczekalni. Poprawa satysfakcji pacjentów może prowadzić do lepszego przestrzegania zaleceń lekarskich, a w konsekwencji – do lepszych wyników klinicznych [26].

Zauważono, iż na zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej w sposób istotny wpływała ocena reakcji lekarza na zgłaszane przez pacjenta potrzeby i prośby ($p < 0,0001$). Zaobserwowano, iż wraz z rosnącą realizacją potrzeb pacjentów rosła satysfakcja z usług zdrowotnych. Największy poziom zadowolenia wykazywały osoby, których potrzeby urzeczywistniono w pełni (80%). Stanowczo nieusatysfakcjonowani byli badani, których prośby tylko częściowo zostały spełnione (73%). Także w badaniach Jachimowicz-Gaweł i wsp. pacjenci najwyższe oczekiwania mieli w odniesieniu do szybkości reagowania na potrzeby pacjentów, realizacji usług we wskazanym czasie. Najniższe zaś względem liczby miejsc parkingowych i siedzących w przychodni, godzin funkcjonowania przychodni czy estetycznego wyglądu pomieszczeń [27]. Dla pacjentów ankietowanych przez Wolniaka najistotniejszymi czynnikami wpływającymi na poziom zadowolenia z opieki medycznej były bezpieczeństwo przeprowadzania usługi i reakcja na zgłaszane przez nich prośby, które niestety były najgorzej ocenionymi obszarami. Zdaniem badacza pracownicy medyczni obciążeni są nadmiarem zadań, w konsekwencji czego napotykają na problemy z ukierunkowaniem swych wysiłków na konkretnego pacjenta. Nie zawsze wykonują terminowo usługi i reagują na pytania i problemy pacjentów. Przyczyną takiego stanu jest zbyt mała liczba pracowników, co prowadzi do przeciążenia zadaniami [28].

Wnioski

1. Zadowolenie ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej determinowane było stosunkiem lekarza do pacjenta, jego reakcją na zgłaszane przez pacjenta potrzeby i prośby, oceną poświęconego pacjentowi czasu i uwagi oraz skutecznością porad.
2. Na poziom satysfakcji ze świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej nie wpływał rodzaj wizyty. Nieznacznie częściej usatysfakcjonowane z usług medycznych były osoby odbywające wizytę prywatną.

Piśmiennictwo

1. Marcinowicz L. Metody badania. Satysfakcja pacjenta. Mag Piel Położ. 2005; 5: 10–11.
2. Naskręt K, Biskupska M, Niewiadomski TJ, Stachowska M. Zadowolenie pacjenta ze świadczeń lekarza specjalisty – badanie wstępne. Hygeia. 2014; 49(3): 617–623.
3. Smolińska A, Marciniak M, Ślusarz R, Królikowska A, Jabłońska R, Książkiewicz B. Poziom satysfakcji z usług medycznych na oddziale neurologii. Udar Mózgu. 2008; 10(2): 70–82.
4. Trela A. Zarządzanie jakością w placówce medycznej. Warszawa: Wiedza i Praktyka; 2014. 13.
5. Juszczyk G, Koperny M, Kuźma M, Czerw A, Strzępek Ł. Oczekiwania pacjentów wobec opieki szpitalnej przy wykorzystaniu portalu społecznościowego. J Health Sci. 2014; 4(15): 116–126.
6. Raduj J, Indulska I, Anczewska M, Lechowicz W, Pałyska M, Prot K. Jakość usług medycznych w opinii pacjentów wybranych oddziałów psychiatrycznych. Post Psychiatr Neurol. 2005; 14(4): 293–298.
7. Kemicer-Chmielewska E, Rotter I, Kotwas A, Koziarska D, Karakiewicz B. Ocena jakości usług medycznych przez pacjentów z uwzględnieniem wybranych zmiennych socjodemograficznych. Ann Acad Med Stetin. 2013; 59(2): 143–146.

8. Szpringer M, Chmielewski J, Kosecka J, Sobczyk B, Komendacka O. Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej. Med Ogólna Nauki Zdr. 2015; 21(2): 132–137.
9. Marcinów K, Olejniczak D. Opinie i oczekiwania pacjentów względem systemu opieki zdrowotnej. Med Rodz. 2011; 4: 99–104.
10. Etier BE, Orr SP, Antonetti J, Thomas SB, Theiss SM. Factors impacting Press Ganey patient satisfaction scores in orthopedic surgery spine clinic. J Spine. 2016; 16(11): 1285–1289.
11. Leźnicka M, Warunek A, Hartwich E, Kryn P. Ocena satysfakcji pacjenta z usług świadczonych w stacjonarnej opiece zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim. Hygeia. 2014; 49(4): 787–792.
12. Skowron K, Mocigemba A, Osial P. Jakość obsługi pacjenta we współczesnym podmiocie leczniczym na przykładzie Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II. Zesz Nauk Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie. 2016; 1(33): 131–144.
13. Long C, Tsay EL, Jacobo SA, Popat R, Singh K, Chang RT. Factors Associated with Patient Press Ganey Satisfaction Scores for Ophthalmology Patients. Ophthalmology. 2016; 123(2): 242–247.
14. Moczydłowska A, Krajewska-Kułak E, Kózka M, Bielski K. Oczekiwania chorych wobec personelu lekarskiego. Hygeia. 2014; 49(1): 142–151.
15. Waksmańska W, Łukasik R, Gawlik K, Makowska-Songin J. Oczekiwania rodzin pacjentów a postawy personelu medycznego – analiza na przykładzie Szpitala Pediatrycznego w Bielsku-Białej. Probl Piel. 2012; 20(1): 70–75.
16. Grabska K, Stefańska W. Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. Probl Piel. 2009; 17(1): 8–12.
17. Puczkowska E, Krajewska-Kułak E, Jankowiak B, Wasilewska A, Kułak W. Ocena stopnia zadowolenia matek z opieki na oddziale pediatrycznym. Pediatr Pol. 2005; 80(3): 294–298.
18. Bilicka D, Korbińska M, Popow A, Szewczyk M. Oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w warunkach szpitalnych. Piel Chir Angiol. 2009; 1: 20–25.
19. Waszkiewicz A, Białecka B. Kształtowanie usług medycznych na podstawie oceny i odczucia pacjenta. Zesz Nauk Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie. 2012; 63a: 259–273.
20. Weidemann RR, Schönfelder T, Klewer J, Kugler J. Patient satisfaction in cardiology after cardiac catheterization: Effects of treatment outcome, visit characteristics, and perception of received care. Herz. 2016; 41(4): 313–319.
21. Bible JE, Shau DN, Kay HF, Cheng JS, Aaronson OS, Devin CJ. Are Low Patient Satisfaction Scores always Due to the Provider? Determinants of Patient Satisfaction Scores During Spine Clinic Visits. J Spine. 2016; DOI: 10.1097/BRS.0000000000001453.
22. Krot K. Jakość i marketing usług medycznych. Warszawa: Wolters Kluwer Business; 2008. 59–61.
23. Mielnicki-Błaszczak M, Zioło A, Kawiak-Jawor E. Relacja pacjent – lekarz od paternalizmu do partnerstwa. Zdr Publ. 2011; 121(1): 95–98.
24. Mamos AR, Jeziorska M. Jakość usług medycznych w ocenie personelu zakładu opieki zdrowotnej – cz. II. Ogólnopol Prz Med. 2012; 12: 61–64.
25. Łukasik R, Waksmańska W, Gawlik K. Aspekty pobytu rodziców wraz z dzieckiem w szpitalu. Probl Piel. 2010; 18(2): 169–175.
26. De Salins CA, Brenaut E, Misery L, Roguedas-Contios AM. Factors influencing patient satisfaction: assessment in outpatients in dermatology department. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016; 30(10): 1823–1828.
27. Jachimowicz-Gaweł D, Leksowski K, Bajerska J. Analiza oczekiwań pacjentów w wybranych aspektach oceny jakości usług zdrowotnych (infrastruktura zewnętrzna, niezawodność, wymiar materialny, warunki bytowe). Pr Nauk Uniw Ekon Wroc. 2015; 410: 180–193.
28. Wolniak R. Pomiar oczekiwanej i postrzeganej jakości w usługach medycznych. Współcz Zarz. 2010; (2): 128–139.

Artykuł przyjęty do redakcji: 04.04.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 30.06.2017

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

Adres do korespondencji:
Olga Dąbska
ul. Stanisława Staszica 4–6
20-081 Lublin
tel.: 81 448 67 92
e-mail: olga.dabska@umlub.pl
Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

REALIZACJA PRZEZ PIELĘGNIARKI SZKOLNE GRUPOWEJ PROFILAKTYKI FLUORKOWEJ U UCZNIÓW SZKÓŁ PODSTAWOWYCH

THE REALIZATION OF GROUP FLUORIDE PROPHYLAXIS AMONG PRIMARY SCHOOLS PUPILS AS IMPLEMENTED BY SCHOOL NURSES

Ewelina Wiśniewska[1], Magdalena Woynarowska-Sołdan[2], Halszka Boguszewska-Gutenbaum[3], Adam Fronczak[2]

[1] Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny; Klinika Stomatologiczna AnAm
[2] Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
[3] Zakład Stomatologii Dziecięcej, Wydział Lekarsko-Dentystyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.4

STRESZCZENIE

Cel. Ocena realizacji przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi u uczniów szkół podstawowych.
Materiał i metody. Badaniem objęto 115 pielęgniarek. Zastosowano w nim autorski kwestionariusz dotyczący przeprowadzania i organizacji fluoryzacji, wykorzystywanych preparatów i sprzętu, stosunku pielęgniarek do zabiegu oraz uczestnictwa w szkoleniach na temat profilaktyki próchnicy.
Wyniki. Wszystkie badane pielęgniarki prowadziły grupową profilaktykę fluorkową, 96,5% badanych realizowało ją we wszystkich klasach. Profilaktyką objęto ogółem 84,8% uczniów. W większości przypadków zabieg przeprowadzano zgodnie z obowiązującymi zasadami: 6 razy w roku (98, 2%), co 6 tygodni (86,1%), w grupach liczących do 15 uczniów (56,5%), z zastosowaniem Elmex żelu (48,7%) i Fluormexu płynu (40,0%) oraz jednorazowych szczoteczek (58,3%). Większość badanych (79,1%) uznawała realizację fluoryzacji przez pielęgniarki za dobre rozwiązanie w profilaktyce próchnicy u uczniów. Tylko niespełna co czwarta respondentka ukończyła szkolenie w tym zakresie, większość (71,3%) była zainteresowana pogłębieniem swojej wiedzy w tej dziedzinie.
Wnioski. Realizacja grupowej profilaktyki fluorkowej zgodnie z obowiązującymi zasadami jest ważnym elementem zapobiegania chorobie próchnicowej zębów u uczniów. Pozytywny stosunek pielęgniarek do tej formy profilaktyki i zainteresowanie zwiększeniem wiedzy w tym zakresie należy wykorzystać w programach ich doskonalenia zawodowego. Istnieje potrzeba przeprowadzenia badań dotyczących realizacji profilaktyki fluorkowej w innych regionach kraju.

SŁOWA KLUCZOWE: choroba próchnicowa zębów, grupowa profilaktyka fluorkowa, uczniowie, szkoła podstawowa, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania.

ABSTRACT

Aim. To assess how school nurses implement group fluoride prophylaxis by means of supervised group tooth brushing using topical-fluoride caries preventive agents.
Material and methods. 115 nurses were surveyed by means of an authored questionnaire on group fluoride prophylaxis treatment regarding: organization and implementation, products and equipment, the nurses' attitude and their participation in training.
Results. All the nurses implemented group fluoride prophylaxis, 96.5% implemented the procedure in all school grades, including 84.4% of the schoolchildren. In accordance with the guidelines, the treatment was implemented: 6 times a year (98. 2%), every six weeks (86.1%), in groups up to 15 pupils (56.5%), using Elmex gel (48.7%), Fluormex fluid (40.0%) and disposable tooth brushes (58.3%). Most of the nurses (79.1%) had a positive attitude to the procedure. Under every fourth respondent completed a relevant course, while most (71.3%) were interested in professional development.
Conclusions. Implementing group fluoride prophylaxis which follows the guidelines is the important element of caries prevention. There is a need for developing relevant professional development and doing similar studies regarding other regions of the country.

KEYWORDS: caries, group fluoride prophylaxis, schoolchildren, primary school, school nurse.

Wprowadzenie

Choroba próchnicowa zębów stanowi poważny problem dzieci i młodzieży na całym świecie. Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization – WHO) dotyczy ona 60–90% dzieci w wieku szkolnym [1]. W ostatnich latach częstość jej występowania u dzieci wzrosła w większości krajów rozwijających się, a wyraźnie zmniejszyła się w krajach rozwiniętych [2].

Wyniki systematycznie prowadzonych od wielu lat badań epidemiologicznych wskazują, że częstość występowania i intensywność próchnicy zębów u dzieci i młodzieży w Polsce utrzymują się na wysokim poziomie i wzrastają z wiekiem; dotyczy to zarówno uzębienia mlecznego, jak i stałego [3]. W 2012 r. wolnych od próchnicy było tylko 14,4% dzieci 6-letnich i 20,4% dzieci 12-letnich. Zachorowalność na próchnicę w obu grupach wiekowych była większa u dzieci mieszkających na wsi niż w mieście [4, 5]. W porównaniu z poprzednimi latami częstość występowania i intensywność próchnicy u 6-latków utrzymuje się na wysokim poziomie [6], u 12-latków powoli się zmniejsza [7]. Według kryteriów WHO stan zdrowia jamy ustnej u dzieci w Polsce określa się jako zły wśród 12-latków i bardzo zły w odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym [6].

Chorobie próchnicowej zębów można zapobiegać. Nie ma jednak pojedynczej, skutecznej metody profilaktyki i konieczne jest równoczesne stosowanie różnych metod. Do najważniejszych z nich zalicza się prawidłowe odżywianie, dbanie o higienę jamy ustnej oraz stosowanie środków profilaktycznych zawierających fluorki [8]. Warunkiem skuteczności prowadzonych działań jest ich systematyczne wykonywanie [9].

W populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym powszechnie stosuje się grupową metodę profilaktyki czynnej, czyli profilaktykę fluorkową egzogenną (miejscową, kontaktową), w której fluor dostarczany jest z zewnątrz, w wyniku miejscowej aplikacji preparatów z fluorem na wyrznięte zęby. Profilaktyka ta polega na codziennym nadzorowanym szczotkowaniu zębów przez dzieci w przedszkolu z użyciem pasty fluorkowej oraz kilku-/kilkunastokrotnym w roku szczotkowaniu zębów przez dzieci w szkole przy użyciu stężonych preparatów fluoru lub płukaniu roztworem fluoru [10]. Profilaktykę tę uznaje się za bezpieczną metodę zapobiegania próchnicy zębów, a jej skuteczność potwierdzają wyniki badań. Wskazują one, że wprowadzenie do szkół podstawowych nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami z fluorem połączonego z edukacją zdrowotną przyczyniło się do ograniczenia częstości występowania i intensywności próchnicy zębów u dzieci 12-letnich [11].

W Polsce od 2003 r. realizacja grupowej profilaktyki fluorkowej u uczniów klas I–VI szkół podstawowych znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza 1 mg/l, jest zadaniem pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania [11]. Zadanie to zapisano w standardach postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę szkolną [12] i w kolejnych rozporządzeniach Ministra Zdrowia [13]. Decyzję taką podjęto w związku z załamaniem się w końcu lat 90. XX w. systemu profilaktycznej opieki stomatologicznej nad populacją w wieku szkolnym i likwidacją gabinetów dentystycznych w szkołach. W końcu 2014 r. gabinety te istniały tylko w 644 szkołach, co stanowiło niespełna 7,5% liczby gabinetów ogólnostomatologicznych i ogólnostomatologicznych dla dzieci do 18. roku życia [14]. Zmianom tym nie towarzyszyło wprowadzenie innego powszechnego i sprawnego systemu opieki stomatologicznej, w tym profilaktycznej, nad dziećmi i młodzieżą. Wyniki kontroli Naczelnej Izby Kontroli (NIK) [15] wykazały, że cała odpowiedzialność za stan zdrowia jamy ustnej dzieci została przerzucona na rodziców/opiekunów. W 2011 r. jedynie 3% populacji dzieci i młodzieży skorzystało z gwarantowanych świadczeń profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych.

Świadczenie pielęgniarki szkolnej obejmuje przeprowadzanie zabiegu nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi 6 razy w każdym roku szkolnym, w odstępach co 6 tygodni. Preparaty fluorkowe wybiera się spośród dostępnych w kraju żeli i roztworów zawierających fluorki o stężeniu 1,0–2,0% (10 000–20 000 ppm F). Jeżeli w szkole nie ma możliwości, aby uczniowie podczas zabiegu korzystali z umywalek, należy zakupić kubki jednorazowego użytku (papierowe lub plastikowe) do wypluwania śliny oraz środka zawierającego fluorki [12]. Wykonywanie tego świadczenia finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) [16].

Celem pracy była ocena realizacji przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi u uczniów wszystkich klas szkoły podstawowej.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w grupie 115 pielęgniarek pracujących w szkołach podstawowych w Warszawie (w grupie tej była jedna higienistka szkolna). Staż pracy większości badanych (67%) wynosił 11 lat lub więcej. Większość pielęgniarek (76,5%) sprawowała opiekę profilaktyczną nad uczniami w jednej szkole podstawowej. Pielęgniarki miały pod opieką od 29 do 1400 uczniów, najczęściej od 501 do 950 (41,7%). W badaniu zastosowano metodę sondażu, technikę ankiety. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, w którym uwzględniono pytania z czterech obszarów:

1) przeprowadzanie fluoryzacji w bieżącym roku szkolnym i uczniowie, u których wykonywane są zabiegi;
2) stosowane preparaty fluorkowe i sprzęt;
3) organizacja zabiegu;
4) stosunek pielęgniarek do przeprowadzania przez nie zabiegu fluoryzacji, ich uczestnictwo w szkoleniach z zakresu profilaktyki próchnicy i chęć zwiększenia wiedzy w tym zakresie.

Kwestionariusz ankiety sprawdzono w badaniach pilotażowych. Badania przeprowadzono w 7 publicznych i 2 niepublicznych placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych, m.in. w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, i zatrudniających pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. Placówki te zlokalizowane były na terenie różnych dzielnic Warszawy (Bemowo, Mokotów, Ochota, Praga Południe, Praga Północ, Targówek, Wola, Żoliborz). Badania ankietowe przeprowadzono za zgodą dyrektorów placówek w lutym i marcu 2016 r. podczas zebrań pielęgniarek. Badane chętnie udzieliły odpowiedzi na pytania ankiety i były zainteresowane wynikami badań.

Wyniki

Przeprowadzanie fluoryzacji w bieżącym roku szkolnym i uczniowie, u których ją wykonywano

Wszystkie respondentki podały, że w bieżącym roku szkolnym prowadziły u uczniów grupową profilaktykę fluorkową: 96,5% prowadziło ją w każdej szkole podstawowej, w której pracowały, a pozostałe (3,5%) – tylko w niektórych.

Niemal wszystkie pielęgniarki (96,5%) przeprowadzały fluoryzację we wszystkich klasach (I–VI) szkoły podstawowej. Nieliczne (3,5%) robiły to tylko w niektórych klasach. Liczba uczniów, u których przeprowadzano zabieg, wynosiła od 24 do 1200. Najczęściej pielęgniarki obejmowały tą profilaktyką od 401 do 800 dzieci (43,5%). Ogółem fluoryzacją objęto 84,8% uczniów.

Stosowane preparaty fluorkowe i sprzęt

Najczęściej stosowanymi preparatami fluorkowymi były Elmex żel (48,7%) i Fluormex płyn (40,0%). Respondentki nakładały na jedną szczoteczkę różną ilość preparatu, zależnie od jego postaci. Spośród stosujących:

- żel: największa grupa (31,3%) podała, że nakłada na jedną szczoteczkę 0,5 cm,
- płyn: największa grupa (22,6%) podała, że nakłada mniej niż 6 kropli preparatu.

Koszty zakupu preparatu najczęściej pokrywane były przez pracodawcę (93,9%) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Stosowane preparaty fluorkowe, ilość preparatu nakładanego na szczoteczkę i sposób pokrywania kosztów zakupu preparatu
Table 1. Fluoride preparations, the amount of the product on one toothbrush and cost covered

Wyszczególnienie/ *Specfication*	Kategorie odpowiedzi/ *Response categories*	% badanych/ *% of respondents*
Stosowany preparat fluorkowy*/ *Fluoride specimen used for treatment**	Fluoro-żel/*Fluoro-gel*	2,6
	Fluormex płyn/*Fluormex liquid*	40,0
	Fluormex żel/*Fluormex gel*	10,4
	Elmex żel/*Elmex gel*	48,7
	Inny preparat/*Others*	0,9
Ilość preparatu nakładana na jedną szczoteczkę/ *The amount of product on one toothbrush*	Mniej niż 6 kropli płynu/*Less than 6 drops of liquid*	22,6
	6–9 kropli płynu/*6–9 drops of liquid*	18,3
	0,5 cm żelu/*0.5 cm of gel*	31,3
	1 cm żelu/*1 cm of gel*	20,0
	Inna odpowiedź**/*Another answer***	4,3
	Brak odpowiedzi/*No answer*	3,5
Pokrycie kosztów zakupu preparatu/ *Covering the costs of purchasing the product*	Pracodawca/*Employer*	93,9
	Szkoła/*School*	0,9
	Urząd Miasta/*City Hall*	0,9
	Brak odpowiedzi/*No answer*	4,3

* możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi/*possibility to select more than one answer*; ** ilość preparatu odpowiadająca wielkości ziarenka grochu lub fasoli/*the amount of preparation corresponding to the size of a pea or bean*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Ponad połowa dzieci (58,3%) używała do fluoryzacji, rozdawanych przed zabiegiem, jednorazowych szczoteczek do zębów, a nieco ponad 20% dzieci używało własnych szczoteczek przyniesionych na pierwszy zabieg i przechowywanych później w szkole. Tylko kilka pielęgniarek (5,2%) zaznaczyło, że uczniowie korzystali w trakcie zabiegu z jednorazowych kubków. W przypadku użycia jednorazowych przyborów szczoteczki do zębów finansowane były zazwyczaj przez rodziców (64,3%), a kubki – przez szkołę (49,9%) (**Tabela 2**).

Tabela 2. Przybory używane do zabiegu fluoryzacji
Table 2. Utensils used for the procedure

Wyszczególnienie/ *Specification*	Kategorie odpowiedzi/ *Response categories*	% badanych/ *% of respondents*
Szczoteczki do zębów/ *Toothbrushes*	Własne szczoteczki przynoszone na każdy zabieg/*The children's own toothbushes brought for each procedure*	12,2
	Własne szczoteczki przynoszone tylko na pierwszy zabieg/*The children's own toothbushes brought for the first procedure only*	21,7
	Korzystanie z jednorazowych szczoteczek/*Use of disposable toothbrushes*	58,3
	Niejednoznaczna odpowiedź*/*Ambiguous answer**	7,8

Korzystanie z jednorazowych kubków/ *Use of disposable cups*		Tak/*Yes*	5,2
		Nie/*No*	94,8
Pokrycie kosztów zakupu jednorazowych przyborów/ *Covering the costs of purchasing the disposable utensils*	Szczoteczki/ *Toothbrushes*	Rodzice/*Parents*	64,3
		Rada Rodziców/ *Parents' Comittee*	15,1
		Szkoła/*School*	5,5
		Pracodawca/ *Employer*	15,1
	Kubki *Cups*	Rodzice/*Parents*	16,7
		Szkoła/*School*	49,9
		Pracodawca/ *Employer*	16,7
		Brak odpowiedzi/ *No answer*	16,7

* zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi/*select more than one answer*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Organizacja zabiegu

Prawie wszystkie respondentki (98,2%) podały, że fluoryzacja odbywała się 6 razy w roku szkolnym. Odstępy czasu między kolejnymi zabiegami wynosiły najczęściej 6 tygodni (86,1%). Respondentki przeprowadzały fluoryzację zwykle w czasie lekcji (93,9%), bardzo rzadko w czasie przerwy (0,9%). Zabieg ten odbywał się prawie zawsze w toalecie (98,2%), w nielicznych przypadkach w klasie (0,9%).

Niemal 60% respondentek podało, że pod ich nadzorem jednorazowo szczotkowało zęby do 15 uczniów, co trzecia wykonywała zabieg w większej grupie. Spośród badanych 35,7% zaznaczyło, że w opiece nad dziećmi podczas zabiegu pomaga im inna osoba (**Tabela 3**). Najczęściej byli to nauczyciele prowadzący lekcje (56,1%) lub wychowawcy klas (31,7%).

Według zdecydowanej większości pielęgniarek (87,0%) uczniowie najczęściej rozpoczynali szczotkowanie zębów w tym samym momencie. Czas szczotkowania zębów był różny. Największa grupa pielęgniarek (60,9%) podała, że uczniowie szczotkowali zęby przez 3 minuty. Większość pielęgniarek (85,2%) wyjaśniała dzieciom przed każdym zabiegiem odpowiednią technikę szczotkowania zębów (**Tabela 4**). Wszystkie badane podały, że po każdym zabiegu informowały uczniów o tym, jak powinni zachować się po fluoryzacji. Zalecenia, które przekazywały uczniom, wpisało w kwestionariuszu 75,7% pielęgniarek. Najczęściej zalecały one dzieciom, aby nie jadły i nie piły przez 30 minut po zabiegu (52,9%) i przez 30–60 minut po zabiegu (40,2%); około 36% informowało dzieci, żeby nie płukały jamy ustnej bezpośrednio po fluoryzacji.

Tabela 3. Liczba uczniów jednorazowo szczotkujących zęby i pomoc innej osoby w opiece nad dziećmi
Table 3. Number of schoolchildren simultaneously brushing their teeth and outside support

Wyszczególnienie/ *Specification*	Kategorie odpowiedzi/ *Response categories*	% badanych/ *% of respondents*
Liczba uczniów jednorazowo szczotkujących zęby pod nadzorem pielęgniarki/ *Number of students simultaneously brushing their teeth*	Mniej niż 10/ *Fewer than 10*	18,2
	10–15/*10–15*	38,3
	Powyżej 15/ *More than 15*	33,0
	Niejednoznaczna odpowiedź*/*Ambiguous answer**	8,8
	Brak odpowiedzi/ *No answer*	1,7
Pomoc innej osoby w opiece nad uczniami podczas zabiegu/ *Support during the procedure*	Tak/*Yes*	35,7
	Nie/*No*	61,7
	Niejednoznaczna odpowiedź**/*Ambiguous answer***	0,9
	Brak odpowiedzi/ *No answer*	1,7

* np. cała klasa, prawie cała klasa, 90% klasy, 50% klasy/*e.g. whole class, almost whole class, 90% of the schoolchildren, 50% of the schoolchildren;* ** zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi/*select more than one answer*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 4. Przebieg grupowego szczotkowania zębów przez uczniów i przekazywanie im zaleceń po zabiegu
Table 4. The course taken by group tooth-brushing among children and the recommendations given afterwards

Wyszczególnienie/ *Specification*	Kategorie odpowiedzi/ *Response categories*	% badanych/ *% of respondents*
Rozpoczęcie szczotkowania zębów przez uczniów w tym samym momencie/ *Starting tooth-brushing at the same time*	Tak/*Yes*	87,0
	Nie/*No*	13,0
Czas szczotkowania zębów przez uczniów/ *Time taken by the children's tooth-brushing*	Mniej niż 2 minuty/*Less than 2 minutes*	0,9
	2–3 minuty/*2–3 minutes*	24,3
	3 minuty/*3 minutes*	60,9
	3–5 minut/*3–5 minutes*	9,6
	Niejednoznaczna odpowiedź*/*Ambiguous answer**	1,7
	Brak odpowiedzi/ *No answer*	2,6

Wyjaśnianie uczniom przed zabiegiem odpowiedniej techniki szczotkowania zębów/ *Explaining of the proper brushing technique before procedure*	Przed każdym zabiegiem/*Before each procedure*	85,2
	Tylko przed pierwszym zabiegiem w danym roku szkolnym/*Only before the first procedure*	12,2
	Niejednoznaczna odpowiedź**/*Ambiguous answer***	2,6
	Tylko po pierwszym zabiegu w danym roku szkolnym/*Only after the first treatment*	0
	Nieinformowanie/ *No information*	0

* do 10 minut, 1 minuta młodsze dzieci i 3 minuty starsze dzieci/*up to 10 minutes; young children – 1 minute, older ones – 3 minutes*; ** zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi/*select more than one answer*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Sposób informowania rodziców/opiekunów uczniów o planowanym zabiegu był zróżnicowany. Najwięcej pielęgniarek (60,9%) informowało rodziców poprzez wychowawcę, 21,7% – przez dzienniczek ucznia, co piąta robiła to osobiście na zebraniu z rodzicami. Do innych sposobów należało wywieszanie w szkole informacji o fluoryzacji na tablicy ogłoszeń, w klasach, w szatni, przed gabinetem lub w innym, widocznym miejscu, a także umieszczanie wiadomości w dzienniku elektronicznym i na stronie internetowej szkoły.

Stosunek nauczycieli i uczniów do zabiegu fluoryzacji w opinii większości pielęgniarek był pozytywny. Większość badanych uważała, że nauczyciele chętnie zgadzali się na wychodzenie uczniów na fluoryzację zębów (85,2%), a uczniowie chętnie chodzili na zabieg (77,4%) – **tabela 5**.

Tabela 5. Stosunek nauczycieli i uczniów do zabiegu fluoryzacji
Table 5. Teachers' and students' attitude towards fluoride procedure

Wyszczególnienie/ *Specification*	Kategorie odpowiedzi/ *Response categories*	% badanych/ *% of respondents*
Chętne wyrażanie zgody przez nauczycieli na wychodzenie uczniów na zabieg fluoryzacji/ *Teachers willingly permitting children to leave class for fluoride procedure*	Zdecydowanie tak/ *Definitely yes*	34,8
	Raczej tak/*Rather yes*	50,4
	Raczej nie/*Rather no*	12,2
	Zdecydowanie nie/ *Definitely no*	1,7
	Brak odpowiedzi/ *No answer*	0,9
Chętne chodzenie uczniów na zabieg fluoryzacji/ *Students willingly going for fluoride procedure*	Zdecydowanie tak/ *Definitely yes*	12,2
	Raczej tak/*Rather yes*	65,2
	Raczej nie/*Rather no*	19,1
	Zdecydowanie nie/ *Definitely no*	2,6
	Niejednoznaczna odpowiedź*/*Ambiguous answer**	0,9

* zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi/*select more than one answer*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Połowa pielęgniarek (50,4%) wskazała trudności związane z wykonywaniem zabiegu fluoryzacji. Ok. 22% z nich podało więcej niż jedną trudność. Problemy najczęściej dotyczyły:

- organizacji zabiegu (72,4%) – brak szczoteczek do zębów w dniu fluoryzacji, brak czasu, inne obowiązki przerywające fluoryzację, duża liczba dzieci, częste zmiany terminów zabiegu, uzupełnianie fluoryzacji u dzieci nieobecnych w wyznaczonym terminie, brak preparatu na czas, nieodpowiednie warunki przeprowadzania zabiegu;
- zachowania dzieci (36,2%) – utrzymanie dyscypliny podczas fluoryzacji, niechęć uczniów do szczotkowania zębów.

Stosunek pielęgniarek do przeprowadzania przez nie zabiegu fluoryzacji, ich uczestnictwo w szkoleniach z zakresu profilaktyki próchnicy i chęć zwiększenia wiedzy w tym zakresie

Zdaniem większości respondentek (79,1%) wykonywanie zabiegu fluoryzacji przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną jest dobrym rozwiązaniem w profilaktyce próchnicy zębów u uczniów. Przeciwnego zdania była co piąta badana. Tylko niespełna co czwarta respondentka ukończyła szkolenie w zakresie profilaktyki próchnicy zębów. Pielęgniarki współpracujące z lekarzem dentystą stanowiły nieco ponad 20% badanych (współpraca ta najczęściej dotyczyła programu profilaktycznego obejmującego uczniów II klas szkoły podstawowej, w ramach którego prowadzi się badania kontrolne jamy ustnej dzieci). Większość respondentek (71,3%) była zainteresowana pogłębieniem swojej wiedzy w zakresie profilaktyki próchnicy zębów, jeśli istniałaby taka możliwość (**Tabela 6**).

Tabela 6. Stosunek do przeprowadzania fluoryzacji przez pielęgniarki, uczestnictwo w szkoleniach w zakresie profilaktyki próchnicy zębów
Table 6. Nurses' attitude towards performing the procedure and participation in training

Wyszczególnienie/ *Specification*	Kategorie odpowiedzi/ *Response categories*	% badanych/ *% of respondents*
Uznanie wykonywania zabiegu fluoryzacji przez pielęgniarkę szkolną za dobre rozwiązanie w profilaktyce próchnicy zębów u uczniów/ *Recognition that fluoride procedure administered by school nurses is a good solution in the prevention of dental caries in schoolchildren*	Zdecydowanie tak/ *Definitely yes*	34,8
	Raczej tak/*Rather yes*	44,3
	Raczej nie/*Rather no*	18,3
	Zdecydowanie nie/ *Definitely no*	1,7
	Brak odpowiedzi/ *No answer*	0,9
Ukończenie szkolenia w zakresie profilaktyki próchnicy zębów/ *Completion of training in the prevention of dental caries*	Tak/*Yes*	23,5
	Nie/*No*	73,9
	Brak odpowiedzi/ *No answer*	2,6

Współpraca z lekarzem dentystą/ *Cooperation with dentist*	Tak/*Yes*	21,7
	Nie/*No*	77,4
	Brak odpowiedzi/ *No answer*	0,9
Zainteresowanie zwiększeniem wiedzy w zakresie profilaktyki próchnicy zębów/ *Interest in professional development in the field of caries prophylaxis*	Tak/*Yes*	71,3
	Nie/*No*	25,2
	Brak odpowiedzi/ *No answer*	3,5

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Prezentowana praca dotyczy realizacji przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania (N = 115) grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi u uczniów szkół podstawowych w różnych dzielnicach Warszawy. Zgodnie z wykazem świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania [13] grupową profilaktykę fluorkową prowadzi się u uczniów szkół podstawowych znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l. Z comiesięcznych raportów o jakości wody wodociągowej Miejskiego Przedsiębiorstwa Wodociągów i Kanalizacji w m.st. Warszawie wynika, że maksymalne stężenie fluorków w wodzie pitnej w stolicy w ostatnich kilkunastu latach było zdecydowanie niższe niż 1 mg/l [17].

Wszystkie pielęgniarki podały, że w bieżącym roku szkolnym prowadziły grupową profilaktykę fluorkową wśród uczniów i niemal wszystkie (96,5%) prowadziły fluoryzację we wszystkich klasach (I–VI). Tylko niektóre z respondentek (3,5%) nie przeprowadzały zabiegu fluoryzacji w każdej szkole, w której pracowały i tyle samo wykonywało ten zabieg tylko w niektórych klasach. Nie są znane powody tego stanu rzeczy. Być może jest to związane z kwestią organizacyjną.

Fluoryzacją objętych było ogółem 84,8% uczniów. Przyczyny nieobjęcia zabiegiem wszystkich dzieci nie są znane. Być może nie wszyscy rodzice wyrazili zgodę na udział ich dziecka w zabiegu. Największe rozbieżności między łączną liczbą uczniów pod opieką pielęgniarki a liczbą uczniów objętych fluoryzacją występowały zazwyczaj w przypadku pielęgniarek, które pracowały w dwóch szkołach podstawowych. Odsetek uczniów objętych fluoryzacją przez badane jest zbliżony do odsetka dzieci w szkołach podstawowych objętych tym zabiegiem na terenie województwa mazowieckiego (81,4% w roku szkolnym 2013/2014) [18] i kujawsko-pomorskiego (86% w roku szkolnym 2014/2015) [19].

Preparatami stosowanymi najczęściej w grupowej profilaktyce fluorkowej były: Elmex żel i Fluormex płyn. Pielęgniarki stosujące żel nakładały do 1 cm tego preparatu, co jest zgodne ze standardem prowadzenia u uczniów szkół podstawowych grupowej profilaktyki próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania preparatami fluorkowymi [12] oraz z ulotkami stosowanych preparatów. Co piąta pielęgniarka używająca płynu podawała na szczoteczkę mniej niż 6 kropli tego środka, a więc mniej, niż podano w standardzie [12] i ulotce. Pielęgniarki powinny zapoznać się z zaleceniami producenta dotyczącymi dawkowania i stosowania każdego preparatu. W przypadku wątpliwości wynikających z ewentualnych rozbieżności między zaleceniami producenta a wytycznymi w obowiązującym standardzie pielęgniarki powinny skonsultować się z lekarzem dentystą lub przełożonymi.

W czasie zabiegu dzieci najczęściej korzystały z jednorazowych szczoteczek do zębów, których zakup finansowany był zazwyczaj przez rodziców. Rzadko korzystano z jednorazowych kubków, ponieważ zabieg odbywał się prawie zawsze w toalecie. Zdecydowana większość respondentek (85,2%) podała, że odstępy czasu między kolejnymi zabiegami wynosiły 6 tygodni, czyli zgodnie z wytycznymi. Nieco ponad 12% badanych rzadziej przeprowadzało fluoryzację. Najczęściej podawały one, że odstępy czasu mieściły się w przedziale 4–6 tygodni, a dwie pielęgniarki przeprowadzały zabieg częściej – co 2 tygodnie lub co tydzień. Według zaleceń producenta preparatu, który stosowała jedna z tych pielęgniarek, dopuszcza się stosowanie tego środka co 2 tygodnie przez 10–20 tygodni (jedna seria zabiegów w roku). Respondentka, która podała, że zabieg odbywał się co tydzień, na pytanie dotyczące preparatu fluorkowego odpowiedziała, że stosuje m.in. pastę Elmex. Być może dzieci pod nadzorem tej pielęgniarki oprócz zabiegu fluoryzacji szczotkowały zęby w szkole pastą Elmex raz w tygodniu.

Ponad 90% pielęgniarek przeprowadzało fluoryzację podczas lekcji. Nieliczne badane podały, że zabieg ten odbywał się w czasie lekcji i w czasie przerwy. Prawdopodobnie rozpoczynał się on w czasie lekcji i kończył się w czasie przerwy. Wskazane byłoby, aby zabieg był przeprowadzany na początku lekcji, aby dzieci nie jadły i nie piły bezpośrednio po szczotkowaniu zębów.

Około 60% respondentek podało, że pod ich nadzorem jednorazowo szczotkuje zęby do 15 uczniów, co jest zgodne ze standardem [12]. Co trzecia pielęgniarka wykonywała zabieg w większej grupie dzieci. Ponad połowa badanych podała, że w opiece nad uczniami podczas zabiegu nie pomagała im inna osoba. Zbyt duża liczba uczniów jednorazowo szczotkujących zęby pod nadzorem pielęgniarki może wpływać na trudności

z utrzymaniem dyscypliny wśród uczniów podczas zabiegu (doznawała ich ponad jedna trzecia pielęgniarek, które zdefiniowały trudności związane z przeprowadzaniem zabiegu) i jego efektywność.

Zdaniem respondentek zdecydowana większość uczniów, zgodnie z wytycznymi [12], rozpoczynała szczotkowanie zębów w tym samym momencie, a czas szczotkowania wynosił najczęściej 3 minuty i 2–3 minuty, co jest zgodne ze standardem [12] i zaleceniami producentów preparatów. Większość pielęgniarek (85,2%) wyjaśniała dzieciom przed każdym zabiegiem odpowiednią technikę szczotkowania zębów. Wszystkie badane podały, że po każdym zabiegu informowały uczniów o tym, jak powinni zachować się po fluoryzacji. Warto przypominać dzieciom, jak należy szczotkować zęby, żeby utrwalać prawidłową technikę szczotkowania, oraz jak zachować się po zabiegu, żeby nie zmniejszyć jego efektu. Udział w grupowej profilaktyce fluorkowej może przyczyniać się do wzmacniania umiejętności i nawyku szczotkowania zębów u dzieci [12].

Pielęgniarki stosowały różne sposoby informowania rodziców/opiekunów uczniów o planowanym zabiegu w zależności od tego, czy informacja o fluoryzacji była podawana na początku roku szkolnego, czy było to tylko przypomnienie o zabiegu w ciągu roku szkolnego. Zróżnicowane sposoby informowania rodziców/opiekunów mogą zwiększać szanse na to, że informacja o zabiegu dotrze do każdego rodzica/opiekuna.

W opinii badanych stosunek nauczycieli i uczniów do zabiegu był na ogół pozytywny. Według 14% pielęgniarek stosunek nauczycieli do zabiegu był nieprzyjazny, co mogło wynikać z faktu, że zabieg ten dezorganizował lekcję. Należałoby rozważyć, czy fluoryzacja mogłaby odbywać się w czasie godziny wychowawczej. Nieco ponad 20% uczniów niechętnie chodziło na fluoryzację, co mogło wynikać z tego, że nie odpowiadał im smak stosowanego preparatu fluorkowego lub nie mieli oni ochoty szczotkować zębów.

Pozytywny stosunek do realizacji grupowej profilaktyki fluorkowej miała zdecydowana większość respondentek. Uważały one, że wykonywanie zabiegu fluoryzacji przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną jest dobrym rozwiązaniem w profilaktyce próchnicy zębów u uczniów. Co piąta badana była przeciwnego zdania, co mogło wynikać z niechętnego podejścia niektórych nauczycieli i uczniów do zabiegu i trudności pielęgniarek związanych z organizacją zabiegu i/lub zachowaniem uczniów.

W szkoleniu w zakresie profilaktyki próchnicy zębów uczestniczyło tylko 23,5% pielęgniarek. Najczęściej były to osoby, których staż pracy wynosił 21 lat i więcej. W przepisach z 2003 r. wprowadzających to nowe zadanie pielęgniarek szkolnych zapisano, że pielęgniarki lub higienistki szkolne powinny ukończyć ww. szkolenie najpóźniej w terminie 2 lat od wejścia w życie tych przepisów [20]. Obecnie obowiązujące przepisy nie zakładają ukończenia tego szkolenia [21]. Pielęgniarki przygotowywane są do prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej jedynie podczas kształcenia w ramach kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania [22]. Tylko 21,7% pielęgniarek współpracowało z lekarzem dentystą. Być może właśnie z powodu braku szkolenia w zakresie profilaktyki próchnicy zębów i rzadkiej współpracy z lekarzem dentystą większość pielęgniarek (71,3%) była zainteresowana pogłębieniem wiedzy w tym zakresie. Brak takiego zainteresowania u co czwartej pielęgniarki mógł wynikać z braku czasu na udział w szkoleniu z powodu nadmiaru obowiązków. W tej grupie często były respondentki, które uważały, że wykonywanie zabiegu fluoryzacji przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną nie jest dobrym rozwiązaniem w profilaktyce próchnicy zębów u uczniów.

Ograniczeniem prezentowanej pracy jest to, że badania wykonano w niereprezentatywnej grupie pielęgniarek pracujących w szkołach warszawskich. Nie pozwala to na uogólnienie wyników badań. Wydaje się, że realizacja tego zadania na innych terenach, a zwłaszcza w szkołach wiejskich, jest zdecydowanie gorsza. Wynika to z trudności w zapewnieniu uczniom tych szkół profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną [23]. Wskazuje to na potrzebę przeprowadzenia podobnych badań na innych terenach kraju.

Wnioski

1. Zdecydowana większość badanych pielęgniarek szkolnych pracujących w szkołach podstawowych w Warszawie realizuje grupową profilaktykę fluorkową metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi zgodnie z obowiązującymi zasadami.
2. W opinii badanych wykonywanie zabiegu fluoryzacji przez pielęgniarkę jest dobrym rozwiązaniem w zapobieganiu próchnicy zębów u uczniów.
3. Niedociągnięcia w realizacji grupowej profilaktyki fluorkowej przez pielęgniarki szkolne dotyczą przede wszystkim organizacji zabiegu. W realizacji tej profilaktyki niezbędne są udzielenie pielęgniarce wsparcia przez szkołę, lepsza współpraca pielęgniarki z nauczycielami i rodzicami/opiekunami uczniów.
4. Większość pielęgniarek nie uczestniczyła w szkoleniach dotyczących profilaktyki próchnicy zębów i jest zainteresowana pogłębieniem

wiedzy w tym w zakresie. Warto wykorzystać ich gotowość do uczenia się w programach doskonalenia zawodowego pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania.

5. Istnieje potrzeba przeprowadzenia badań dotyczących realizacji grupowej profilaktyki fluorkowej przez pielęgniarki szkolne w innych regionach kraju.

Piśmiennictwo

1. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003; 31, suppl. 1: 3–24.
2. Jańczuk Z. Epidemiologia próchnicy zębów. W: Jańczuk Z, Kaczmarek U, Lipski M (red.). Stomatologia zachowawcza z endodoncją. Zarys kliniczny. Warszawa: PZWL; 2014. 151–158.
3. Olczak-Kowalczyk D, Grudziąż-Sękowska J. Epidemiologia choroby próchnicowej u dzieci i młodzieży. Cele zdrowotne i strategie profilaktyczne. W: Olczak-Kowalczyk D, Wagner L (red.). Wprowadzenie do stomatologii dziecięcej. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; 2012. 75–87.
4. Ministerstwo Zdrowia. Stan zdrowia jamy ustnej oraz potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci w wieku 6 lat w Polsce, http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2014/11/6lat_wynikbad_20130426.pdf (data dostępu: 5.12.2016).
5. Ministerstwo Zdrowia. Stan zdrowia jamy ustnej oraz potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci w wieku 12 lat w Polsce, http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2014/ 11/3_12lat_stomatol_20130418.pdf (data dostępu: 5.12.2016).
6. Bromblik A, Wierzbicka M, Szatko F. Wpływ uwarunkowań środowiskowych na zapadalność i przebieg próchnicy zębów u dzieci. Czas Stomatol. 2010; 63(5): 301–309.
7. Wierzbicka M, Kaczmarek U. Trend choroby próchnicowej u 12-letnich dzieci na podstawie badań monitoringowych stanu zdrowia jamy ustnej. Czy polskie dzieci mają szanse na osiągnięcie narodowego i europejskiego celu zdrowia jamy ustnej? Dent Med Probl. 2009; 46(2): 149–156.
8. Olczak-Kowalczyk D, Borysewicz-Lewicka M, Adamowicz-Klepalska B. Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej choroby próchnicowej u dzieci i młodzieży. Nowa Stomatol. 2016; 21(1): 47–73.
9. Jańczuk Z. Zadania, zakres i cele profilaktyki stomatologicznej. W: Jańczuk Z (red.). Podręcznik dla asystentek i higienistek stomatologicznych. Warszawa: PZWL; 2011. 307–311.
10. Jańczuk Z. Zapobieganie próchnicy zębów. W: Jańczuk Z, Kaczmarek U, Lipski M (red.). Stomatologia zachowawcza z endodoncją. Zarys kliniczny. Warszawa: PZWL; 2014. 159–184.
11. Chłapowska J, Pawlaczyk-Kamieńska T, Gromadzińska-Zapłata E et al. Stan uzębienia 12-letnich dzieci miejskich objętych publicznym programem profilaktyki próchnicy. Dent Med Probl. 2010; 47(3): 283–289.
12. Borysewicz-Lewicka M. Prowadzenie u uczniów szkół podstawowych grupowej profilaktyki próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi. W: Oblacińska A, Ostręga W (red.). Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej. Poradnik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych pracujących w szkołach różnych typów. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej; 2003. 141–147.
13. 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. Załącznik nr 4: Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji.
14. Warczyński P. Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia, http://brpd.gov.pl/sites/default/fi les/mz-_odpowiedz_na_wystapienie_zew.422.25.2015.ek.pdf (data dostępu: 5.12.2016).
15. Naczelna Izba Kontroli. Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych. Informacja o wynikach kontroli. Warszawa: NIK; 2013, https://www.nik.gov.pl/plik/id,5280,vp,6841.pdf (data dostępu: 10.12.2016).
16. Wartości stawek kapitacyjnych, porad i ryczałtów w poz. Zarządzenie Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r., http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-772015dsoz,6426.html (data dostępu: 5.12.2016).
17. Miejskie Przedsiębiorstwo Wodociągów i Kanalizacji w m.st. Warszawie S.A. Wyniki badań wody, https://www.mpwik.com.pl/view/jakosc-wody (data dostępu: 5.12.2016).
18. Glanowska E, Figura I. Opieka zdrowotna w placówkach oświatowo-wychowawczych – wybrane elementy. W: Wybrane elementy zdrowia ludności województwa mazowieckiego w 2013 roku. Warszawa: Mazowiecki Urząd Wojewódzki. Wydział Zdrowia. Oddział Statystyki Medycznej i Programów Zdrowotnych; 2015. 72–79, https://www.mazowieckie.pl/pl/urzad/zdrowie/statystyka-medyczna/publikacje/179,Publikacje.html (data dostępu 5.12.2016).
19. Realizacja grupowej profilaktyki fluorkowej prowadzonej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi. W: Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami w szkołach w województwie kujawsko-pomorskim w roku szkolnym 2014/2015. Bydgoszcz: Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy. Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego; 2015. 8, http://www.zdrowie.bydgoszcz.uw.gov.pl/pliki/statystyka/opracowania/uczniowie/profilak_opieka_uczniowie_2014-2015.pdf (data dostępu: 5.12.2016).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Dz.U. z 2003 r. Nr 130, poz. 1196.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Dz.U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1133.
22. Faleńczyk K, Gościewska B, Pluta A et al. Program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania. Warszawa: Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych; 2015. 1–69, http://www.ckppip.edu.pl/uploads/docs/Programy_ksztalcenia/kursy_kwalifi kacyjne_1/Piel%C4%99gniarstwo_%C5%9Brodowiska_nauczania_i_wychowania.pdf (data dostępu: 8.12.2016).
23. Zgliczyński WS. Opieka nad dziećmi i młodzieżą w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Studia BAS. 2014; 2(38): 7–40.

Podziękowania
Serdecznie dziękujemy Dyrektorom dziewięciu placówek zatrudniających pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w Warszawie za stworzenie możliwości przeprowadzenia badania oraz jego realizację. Dziękujemy wszystkim pielęgniarkom, które zdecydowały się na udział w badaniu.

Artykuł przyjęty do redakcji: 21.01.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 22.06.2017

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

Adres do korespondencji:
Ewelina Wiśniewska
ul. Dzika 19/23
00–172 Warszawa
tel.: 22 635 31 49, 22 833 36 97
fax: 22 635 20 41
e-mail: ewewis@interia.pl
Klinika Stomatologiczna AnAm

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH Z UWZGLĘDNIENIEM CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH I MEDYCZNYCH

THE QUALITY OF LIFE OF HEMODIALYSIS PATIENTS ASSESSED WITH REGARD TO SOCIODEMOGRAPHIC AND MEDICAL FACTORS

Małgorzata Starczewska[1], Elżbieta Stasiak[2], Katarzyna Augustyniuk[1], Daria Schneider-Matyka[1], Anita Rybicka[1], Małgorzata Szkup[1]

[1] Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
[2] Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.5

STRESZCZENIE

Wstęp. Ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych umożliwia określenie problemów wynikających z choroby przewlekłej i stosowanego leczenia w odniesieniu do aktywności człowieka w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym.
Cel. Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych; uwzględniono wybrane czynniki socjodemograficzne i medyczne.
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w grupie 131 pacjentów Stacji Dializ Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim. Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem standaryzowanego kwestionariusza SF-36 oraz autorskiego kwestionariusza ankiety.
Wyniki. Największą grupą wśród respondentów byli pacjenci oceniający swoją sytuację finansową jako średnią (50%), czasami uczestniczący w życiu towarzyskim (56%) i nieuprawiający sportu (71%). Struktura chorób współistniejących u badanych wykazała, że respondenci najczęściej chorowali na nadciśnienie tętnicze (81%), chorobę niedokrwienną serca (34%) i cukrzycę (29%). Wykazano istotną zależność między witalnością a wiekiem, stanem cywilnym i rodzajem pracy oraz między oceną zdrowia psychicznego a udziałem w życiu towarzyskim, pobytem w szpitalu, stanem cywilnym, paleniem papierosów oraz kondycją finansową pacjenta.
Wnioski. Wysoka pozycja społeczna, liczba hospitalizacji i czas trwania dializ mają istotny wpływ na jakość życia pacjentów hemodializowanych. Razem z dobrą sytuacją materialną oraz aktywnym uczestniczeniem w życiu towarzyskim wzrasta poziom sprawności fizycznej. Uprawianie sportu wpływa istotnie na funkcjonowanie emocjonalne chorych.

SŁOWA KLUCZOWE: jakość życia, hemodializa, pacjent.

ABSTRACT

Introduction. The assessment of the quality of life of hemodialysis patients enables us to identify their problems – resulting from a chronic disease and the treatment applied – associated with their physical, mental, and social activity.
Aim. The aim of this study was to assess the quality of life of hemodialysis patients with regard to selected sociodemographic and medical factors.
Material and methods. This survey-based study involved 131 patients of the Dialysis Center of the Provincial Hospital in Gorzów Wielkopolski. The instruments employed were a standardized questionnaire – SF-36 and the author's questionnaire.
Results. The most numerous respondents were those perceiving their financial standing as average (50%), sometimes taking part in social life (56%), and not going in for sports (71%). Analysis of the respondents' concomitant diseases demonstrated that they mostly suffered from hypertension (81%), ischemic heart disease (34%), and diabetes (29%). Vitality was found to be significantly related to such variables as age, marital status, and the type of job, and the mental component was related to participation in social life, stay in hospital, marital status, smoking cigarettes, and financial standing.
Conclusions. A high social status, the number of hospital stays, and duration of dialysis significantly contribute to the quality of life of hemodialysis patients. A good financial standing and active participation in social life are accompanied by a higher level of physical fitness. Going in for sports noticeably improves patients' emotional functioning.

KEYWORDS: quality of life, hemodialysis, patient.

Wprowadzenie

Badania jakości życia uwarunkowane stanem zdrowia odgrywają znaczącą rolę w naukach medycznych. Ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych umożliwia określenie problemów wynikających z choroby przewlekłej i stosowanego leczenia w odniesieniu do

aktywności człowieka w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym oraz ukazanie poglądów chorego na temat zdrowia, a także subiektywnego samopoczucia chorego [1].

W przypadku przewlekłej choroby nerek, zwłaszcza w schyłkowym jej stadium, konieczne jest leczenie nerkozastępcze, czyli dializoterapia. Wybranie najkorzystniejszej formy leczenia odbywa się w porozumieniu z chorym, z uwzględnieniem szeregu wskazań i przeciwwskazań do proponowanej metody leczenia. Dializoterapia może być przeprowadzana za pomocą dwóch metod: dializy otrzewnowej (dializy wewnątrzustrojowej) i hemodializy (dializy zewnątrzustrojowej) [2]. Hemodializa jest zabiegiem leczniczym polegającym na usuwaniu z krwi toksyn oraz ultrafiltracji wody i substancji o zbliżonej do niej masie cząsteczkowej za pomocą dializatora, tzw. sztucznej nerki [3].

Na ocenę jakości życia ogromny wpływ mają czynniki subiektywne (międzyludzkie, społeczne, emocjonalne) i obiektywne, czyli stan zdrowia, status społeczno-ekonomiczny [4, 5].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych dokonana z uwzględnieniem wybranych czynników socjodemograficznych i medycznych.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w grupie 131 pacjentów Stacji Dializ będącej pododdziałem Oddziału Nefrologii Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim.

Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem polskiej wersji standaryzowanego kwestionariusza ankiety służącego do oceny jakości życia SF-36 oraz autorskiego kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz SF-36 składa się z 11 pytań zawierających 36 stwierdzeń, które pozwoliły określić osiem sfer jakości życia:

- funkcjonowanie fizyczne – zwyczajne czynności życia codziennego (ang. *physical functioning* – PF),
- ograniczenia w funkcjonowaniu fizycznym w życiu codziennym spowodowane stanem zdrowia fizycznego (ang. *role physical* – RP),
- dolegliwości bólowe i ich wpływ na codzienne funkcjonowanie (ang. *bodily pain* – BP),
- ogólne postrzeganie zdrowia – samoocena ogólnego stanu zdrowia (ang. *general health* – GH),
- witalność – poziom energii życiowej (ang. *vitality* – V),
- funkcjonowanie społeczne – wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie społeczne (ang. *social functioning* – SF),
- ograniczenia w funkcjonowaniu emocjonalnym – wpływ stanu emocjonalnego na funkcjonowanie w życiu codziennym (ang. *role emotional* – RE),
- zdrowie psychiczne – drażliwość, impulsywność, depresja, szczęście (ang. *mental health* – MH) [6].

Autorski kwestionariusz ankiety wykorzystany w pracy zawierał pytania dotyczące danych socjometrycznych oraz pytania związane z przyczynami i skutkami leczenia hemodializoterapią wykonywaną u pacjentów. Do czynników, których wpływ na jakość życia pacjentów hemodializowanych poddano ocenie, zaliczono: wiek, stan cywilny, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy, sytuację finansową, uczestnictwo w życiu towarzyskim, liczbę hospitalizacji w ostatnim roku, czas trwania dializ oraz uprawianie sportu. Badania uzyskały pozytywną opinię Komisji Bioetycznej.

Do tworzenia bazy danych oraz zaprezentowania czytelnych wyników wykorzystano oprogramowanie zawarte w pakiecie Microsoft Office – arkusz kalkulacyjny Excel 2010. Hipotezy weryfikowano za pomocą statystyki χ^2 (chi kwadrat) oraz p-*value*. Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0{,}05$. Analizy kwestionariusza oceny jakości życia SF-36 dokonano za pomocą obliczeń Statistica v. 12 pakiet zaawansowany oraz Excel 2007.

W pracy zaprezentowano tylko istotne statystycznie wyniki badań.

Wyniki

Największą grupą wśród ankietowanych byli pacjenci w wieku powyżej 65 lat – 29,8%, niewiele mniejszy odsetek (27,5%) to osoby w wieku 56–65 lat. Struktura płci wykazała, że większość badanych stanowili mężczyźni – 55% respondentów. Najliczniejszą grupą badanych byli pacjenci mający wykształcenie zawodowe (42%). Większość badanej populacji to osoby pozostające w związku małżeńskim (57%), mieszkające w mieście powyżej 100 000 ludności (50%), nieaktywne zawodowo – przebywające na emeryturze lub rencie zdrowotnej (88%).

Analiza sytuacji socjalnej respondentów wykazała, że 29% hemodializowanych pacjentów miało poczucie odrzucenia społecznego, co w ich mniemaniu było spowodowane chorobą. Z kolei 24% badanych utrzymywało, że nie uzyskało żadnego wsparcia ze strony jednostek opieki zdrowotnej w sytuacjach trudnych. Większość badanych osób (85%) mieszkała z rodziną lub kimś bliskim, dzięki czemu mogła liczyć na pomoc domowników.

Największą grupą wśród respondentów byli pacjenci oceniający swoją sytuację finansową jako średnią (50%), czasami uczestniczący w życiu towarzyskim (56%) i nieuprawiający sportu (71%).

Struktura chorób współistniejących u badanych pacjentów wykazała, że respondenci najczęściej chorowali na nadciśnienie tętnicze (81%), chorobę niedokrwienną serca (34%) i cukrzycę (29%).

Najczęstszą pierwotną przyczyną leczenia hemodializami, występującą u 64% ankietowanych, była choroba nerek. Drugą przyczyną pod względem liczebności były komplikacje wynikające z wystąpienia innej choroby, które nastąpiły u 22% respondentów. Uwarunkowania genetyczne wskazało 9% badanych, a 16% spośród badanych nie znało bezpośredniej przyczyny zastosowanego u nich leczenia nerkozastępczego.

Prawie połowa respondentów (49%) przebywała w szpitalu 1–2 razy w ciągu ostatniego roku, a 8% badanych więcej niż 2 razy. Większość hemodializowanych (80%) podała, że nie miała wpływu na to, jaka zostanie wybrana dla nich forma leczenia nerkozastępczego.

Największą grupę stanowili pacjenci hemodializowani w okresie poniżej 2 lat (34% respondentów). Niewiele mniejszą – chorzy stosujący leczenie nerkozastępcze od 2 do 4 lat – 31%, natomiast 27% badanej populacji stanowili pacjenci poddawani hemodializie 5–10 lat. Najmniejsza grupa to osoby dializowane ponad 10 lat (8%).

Analiza występowania negatywnych objawów związanych z hemodializą wykazała, że największa liczba ankietowanych uskarżała się na ograniczenia dietetyczne (78%), ponad połowa (56%) cierpiała na zaburzenia snu, a 50% wskazało na ból. Prawie co drugi pacjent narzekał na: złe samopoczucie (49%), stany lękowe (47%), występowanie zaburzeń wodno-elektrolitowych (44%). Rzadziej występowały infekcje (15%), nudności (20%), zaburzenia apetytu (21%), obniżenie nastroju (38%). Tylko 5% respondentów nie odczuwało żadnych dolegliwości. Pomimo wielu dokuczliwych objawów, jakie występowały u ankietowanych, wykazano, że znaczna ich część – 40% – pali papierosy.

Badania wykazały, że na witalność respondentów miały wpływ wiek, stan cywilny i rodzaj wykonywanej pracy. Z danych zawartych w **tabeli 1** wynika, iż witalność powyżej normy prezentowali najczęściej pacjenci w wieku 36–45 lat (63,2%), pracujący umysłowo (64,7%) i rozwiedzeni (71,4%). Do najmniej witalnych wśród badanych można zaliczyć osoby młode do 35. r.ż. (100%), pracujące fizycznie (64,1%), będące kawalerem lub panną (78,26%). Wykazano istotną zależność między witalnością a wiekiem (χ^2 = 11,29, p = 0,045), stanem cywilnym (χ^2 = 10,28, p = 0,016) i rodzajem pracy (χ^2 = 7,39, p = 0,007) (**Tabela 1**).

Zdrowie psychiczne powyżej normy można było zaobserwować najczęściej u osób rozwiedzionych (85,7%), mających dobrą sytuację finansową (81,8%), często uczestniczących w życiu towarzyskim (80%), niehospitalizowanych (78,6%) i niepalących papierosów (77,2%). Zdrowie psychiczne poniżej normy prezentowali najczęściej respondenci będący kawalerem lub panną (60,9%), o niedostatecznym uposażeniu (60%), nieuczestniczący w życiu towarzyskim (48,7%), hospitalizowani w ciągu ostatniego roku 1–2 razy (42,2%) i palący papierosy (46,1%). Stwierdzono istotną zależność między sferą psychiczną a udziałem w życiu towarzyskim (χ^2 = 6,87, p = 0,032) i pobytem w szpitalu (χ^2 = 6,03, p = 0,049). Zaobserwowano również wysoce istotną statystycznie zależność między poziomem zdrowia psychicznego a stanem cywilnym (χ^2 = 11,79, p = 0,008), paleniem papierosów (χ^2 = 7,86, p = 0,005) oraz bardzo istotną statystycznie zależność między zdrowiem psychicznym a kondycją finansową pacjenta (χ^2 = 14,64, p = 0,001) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Witalność i zdrowie psychiczne pacjentów hemodializowanych w zależności od wybranych zmiennych
Table 1. Vitality and mental health of hemodialysis patients with regard to selected variables

Witalność (V)/*Vitality (V)*				
Zmienne/*Variables*	Wyniki poniżej normy/*Results lower than normal* (%)	Wyniki powyżej normy/*Results higher than normal* (%)	χ^2	p
Wiek/*Age*				
Do 25 lat/ *Up to 25 years*	100,0	0,0	11,29	0,045
26–35 lat/ *26–35 years*	100,0	0,0		
36–45 lat/ *36–45 years*	36,8	63,2		
46–55 lat/ *46–55 years*	59,3	40,7		
56–65 lat/ *56–65* lat *years*	50,0	50,0		
65 lat i więcej/ *65 years and more*	53,9	46,1		
Stan cywilny/*Marital status*				
Kawaler/panna/ *Single*	78,3	21,7	10,28	0,016
Żonaty/mężatka/ *Married*	56,0	44,0		
Wdowiec/wdowa/ *Widowed*	42,1	57,9		
Rozwiedziony/rozwiedziona/*Divorced*	28,6	71,4		
Rodzaj pracy wśród osób aktywnych zawodowo/ *The type of work of those employed*				
Fizyczna/*Physical*	64,1	35,9	7,39	0,007
Umysłowa/*Mental*	35,3	64,7		

Zdrowie psychiczne (MH)/*Mental health (MH)*				
Stan cywilny/*Marital status*				
Kawaler/panna/*Single*	60,9	39,1	11,79	0,008
Żonaty/mężatka/*Married*	26,7	73,3		
Wdowiec/wdowa/*Widowed*	31,6	68,4		
Rozwiedziony/rozwiedziona/*Divorced*	14,3	85,7		
Sytuacja finansowa/*Financial standing*				
Dobra/*Good*	18,2	81,8	14,64	0,001
Średnia/*Average*	26,5	73,5		
Niedostateczna/*Poor*	60,0	40,0		
Uczestnictwo w życiu towarzyskim/*Participation in social life*				
Często/*Often*	20,0	80,0	6,87	0,032
Czasami/*Sometimes*	27,0	73,0		
Nie uczestniczę/*Don't participate*	48,7	51,3		
Hospitalizacja/*Hospitalization*				
Wcale/*No*	21,4	78,6	6,03	0,049
1–2 razy/*1–2 times*	42,2	57,8		
Więcej niż 3 razy/*More than 3 times*	27,3	72,7		
Palenie papierosów/*Smoking*				
Tak/Yes	46,1	53,9	7,86	0,005
Nie/No	22,8	77,2		

χ^2 – test chi kwadrat (Pearsona)/*Pearson's chi-square test,* p – poziom istotności wyznaczony dla χ^2/*the level of significance for* χ^2

Źródło: opracowanie własne
Source: author´s own analysis

Wyniki powyżej normy dotyczące funkcjonowania społecznego respondentów można było najczęściej zaobserwować u pacjentów z wykształceniem wyższym (100%), będących w dobrej sytuacji finansowej (84,9%), poddawanych dializie od 2 do 4 lat (85,4%) i hospitalizowanych w ciągu ostatniego roku ponad 3 razy (90,9%). Poniżej normy uzyskały wynik osoby z wykształceniem podstawowym (50%), mające niedostateczne dochody (46,7%), dializowane poniżej 2 lat (43,2%) i hospitalizowane od 1 do 2 razy w ciągu ostatniego roku (39,1%). Wykazano istotną zależność między funkcjonowaniem społecznym a wykształceniem (χ^2 = 10,63, p = 0,013), sytuacją finansową (χ^2 = 7,65, p = 0,022), czasem trwania dializ (χ^2 = 8,87, p = 0,031) i liczbą hospitalizacji (χ^2 = 6,82, p=0,033) (**Tabela 2**).

Ogólne postrzeganie zdrowia powyżej normy najczęściej prezentowały osoby będące w dobrej sytuacji finansowej (78,8%), dializowane od 2 do 4 lat (73,2%), hospitalizowane w związku ze stanem swojego zdrowia powyżej 3 razy w ciągu ostatniego roku (63,6%). Swoją kondycję zdrowotną jako poniżej normy określali respondenci niedostatecznie sytuowani materialnie (50%), poddający się dializie ponad 10 lat (81,8%) i hospitalizowani 1–2 razy w ciągu ostatniego roku (54,7%).

Stwierdzono istotną zależność między ogólnym postrzeganiem zdrowia a sytuacją finansową (χ^2 = 6,06, p = 0,048) oraz liczbą hospitalizacji (χ^2 = 6,42, p = 0,040) i wysoce istotną zależność między postrzeganiem zdrowia a czasem trwania dializ (χ^2 = 14,10, p = 0,003) (**Tabela 2**).

Tabela 2. Funkcjonowanie społeczne i ogólne postrzeganie zdrowia ankietowanych w zależności od wybranych zmiennych
Table 2. Social functioning and general health of the surveyed with regard to selected variables

Funkcjonowanie społeczne (SF)/*Social functioning (SF)*				
Zmienne/*Variables*	Wyniki poniżej normy/*Results lower than normal* (%)	Wyniki powyżej normy/*Results higher than normal* (%)	χ^2	p
Wykształcenie/*Education*				
Podstawowe/*Primary*	50,0	50,0	10,63	0,013
Zawodowe/*Vocational*	29,1	70,9		
Średnie/*Secondary*	32,6	67,4		
Wyższe/*Higher*	0,0	100,0		
Sytuacja finansowa/*Financial standing*				
Dobra/*Good*	15,1	84,9	7,65	0,022
Średnia/*Average*	27,9	72,1		
Niedostateczna/*Poor*	46,7	53,3		
Czas trwania dializ/*Duration of dialysis*				
Poniżej 2 lat/*Less than 2 years*	43,2	56,8	8,87	0,031
2–4 lata/*2–4 years*	14,6	85,4		
5–10 lat/*5–10 years*	25,7	74,3		
Powyżej 10 lat/*More than 10 years*	36,4	63,6		
Hospitalizacja/*Hospitalization*				
Wcale/*No*	21,4	78,6	6,82	0,033
1–2 razy/*1–2 times*	39,1	60,9		
Więcej niż 3 razy/*More than 3 times*	9,1	90,9		
Ogólne postrzeganie zdrowia (GH)/*General health (GH)*				
Sytuacja finansowa/*Financial standing*				
Dobra/*Good*	21,2	78,8	6,06	0,048
Średnia/*Average*	41,2	58,8		
Niedostateczna/*Poor*	50,0	50,0		
Czas trwania dializ/*Duration of dialysis*				
Poniżej 2 lat/*Less than 2 years*	29,6	70,4	14,10	0,003
2–4 lata/*2–4 years*	26,8	73,2		
5–10 lat/*5–10 years*	48,6	51,4		
Powyżej 10 lat/*More than 10 years*	81,8	18,2		
Hospitalizacja/*Hospitalization*				
Wcale/*No*	32,1	67,9	6,42	0,040
1–2 razy/*1–2 times*	54,7	45,3		
Więcej niż 3 razy/*More than 3 times*	36,4	63,6		

χ^2 – test chi kwadrat (Pearsona)/*Pearson's chi-square test,* p – poziom istotności wyznaczony dla χ^2/*the level of significance for* χ^2

Źródło: opracowanie własne
Source: author´s own analysis

Funkcjonowanie fizyczne ankietowanych okazało się istotnie zależne od sytuacji finansowej (χ^2 = 6,27, p = 0,043) i stopnia uczestnictwa w życiu towarzyskim (χ^2 = 6,36, p = 0,041). Aktywni fizycznie powyżej normy okazali się respondenci dobrze sytuowani finansowo (54,5%) i często uczestniczący w życiu towarzyskim (70%). Fizycznie poniżej normy funkcjonowali pacjenci niedostatecznie zarabiający (73,3%), stroniący od kontaktów towarzyskich (64,86%) (**Tabela 3**).

Tabela 3. Funkcjonowanie fizyczne respondentów w zależności od sytuacji finansowej i uczestnictwa w życiu towarzyskim
Table 3. Physical functioning with regard to financial standing and participation in social life

Funkcjonowanie fizyczne (PF)/*Physical functioning (PF)*				
Zmienne/*Variables*	Wyniki poniżej normy/*Results lower than normal* (%)	Wyniki powyżej normy/*Results higher than normal* (%)	χ^2	p
Sytuacja finansowa/*Financial standing*				
Dobra/*Good*	45,5	54,5		
Średnia/*Average*	48,5	51,5	6,27	0,043
Niedostateczna/*Poor*	73,3	26,7		
Uczestnictwo w życiu towarzyskim/*Participation in social life*				
Często/*Often*	30,0	70,0		
Czasami/*Sometimes*	54,1	45,9	6,36	0,041
Nie uczestniczę/*Don't participate*	64,9	35,1		

χ^2 – test chi kwadrat (Pearsona)/*Pearson's chi-square test*, p – poziom istotności wyznaczony dla χ^2/*the level of significance for* χ^2

Źródło: opracowanie własne
Source: author´s own analysis

Analiza zgromadzonych danych wykazała istotną statystycznie zależność między emocjonalnym funkcjonowaniem pacjentów hemodializowanych a uprawianiem sportu (χ^2 = 8,42, p = 0,038). Okazało się, że najczęściej wyniki powyżej normy uzyskiwali ankietowani często uprawiający sport (100%), poniżej – ci, którzy go nie uprawiają, gdyż nie mają na to ochoty (46,8%) (**Tabela 4**).

Dyskusja

Ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych to podstawa poznania przekroju problemów, z jakimi zmagają się osoby leczone z powodu przewlekłej niewydolności nerek. Dzięki niej można poznać subiektywne odczucia pacjentów związane z chorobą i jej oddziaływanie na funkcjonowanie zarówno w domu, jak i poza nim [7].

Przewlekła choroba nerek nie dotyczy tylko jednego układu narządów, gdyż powoduje pogorszenie stanu ogólnego pacjenta. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez Plutę i wsp. przewlekle dializowani pacjenci zapadają na schorzenia nerkowo-naczyniowe, spowodowane przyspieszonym postępem miażdżycy, skutkujące pojawieniem się choroby niedokrwiennej serca, przerostem lewej komory i zaburzeniem funkcji mięśnia sercowego: pojawiają się niewydolność serca, zaburzenia rytmu [8]. Wnioski te pokrywają się z wynikami badań autorskich, w których jako jedną z najczęściej występujących chorób współistniejących wykazano chorobę niedokrwienną serca.

Tabela 4. Funkcjonowanie emocjonalne w badanej grupie w zależności od częstotliwości uprawiania sportu
Table 4. Emotional functioning with regard to the participation in sport activities

Ograniczenia w funkcjonowaniu emocjonalnym (RE)/*Role emotional (RE)*				
Zmienne/*Variables*	Wyniki poniżej normy/*Results lower than normal* (%)	Wyniki powyżej normy/*Results higher than normal* (%)	χ^2	p
Uprawianie sportu/*Going in for sports*				
Tak, systematycznie/ *Yes, regularly*	0,0	100,0		
Od czasu do czasu/ *From time to time*	19,4	80,6		
Nie, nie chcę/ *No, I don't want*	46,8	53,2	8,42	0,038
Nie, nie wolno mi/ *No, I mustn't*	33,3	66,7		

χ^2 – test chi kwadrat (Pearsona)/*Pearson's chi-square test,* p – poziom istotności wyznaczony dla χ^2/*the level of significance for* χ^2

Źródło: opracowanie własne
Source: author´s own analysis

Częstotliwość występowania chorób, których leczenie wymaga hemodializoterapii, wzrasta z wiekiem. Odsetek osób w Polsce, które ukończyły 65. rok życia, na dzień 31 grudnia 2013 r. wynosił 14,7%. Prognozuje się, że w 2020 r. będzie to 18,9%, a 15 lat później – 24,5% [9]. W badaniach Grochans i wsp. [10] wykazano, że znaczna część pacjentów hemodializowanych – 32,5% – miała ponad 65 lat. Potwierdzają to analizy badań własnych – w badanej populacji 29,8% ankietowanych ukończyło 65 lat.

Hemodializie poddawani są chorzy z ostrą i przewlekłą chorobą nerek w zaawansowanym stadium. Konieczność stosowania tego zabiegu skutkuje wieloma dokuczliwymi objawami. W badaniach Bojanowskiej i wsp. [11] wykazano, że 62% ankietowanych stwierdziło, że z zabiegami hemodializy wiąże się występowanie wielu problemów, które pojawiają się w trakcie dializ lub po zabiegu. Z wykonanych przez Zielińską-Więczkowską i wsp. [12] badań na 1215 osobach wynika, że problemami tymi są najczęściej: wahania ciśnienia tętniczego (40% badanych), bóle głowy (12,5%), świąd skóry (12,5%),

ogólne osłabienie (11,3%), ból (7,5%). Pacjenci borykali się z trudnościami w chodzeniu, niepokoił ich wygląd kończyny z przetoką naczyniową oraz obrzęki. Ankietowani jako szczególnie uciążliwy problem wskazywali trudności ze snem, ograniczenia dietetyczne – głównie płynowe (74,3%), ograniczenia czasowe (7,6%). Chorzy w związku z zabiegami dializy czuli się zupełnie (46,2%) lub częściowo (35%) wyczerpani fizycznie. Wyniki te w wielu punktach pokrywają się z rezultatami przedstawionymi w pracy.

Rakowicz i wsp. [13] zwracają uwagę na fakt istnienia dodatniej korelacji pomiędzy jakością życia starszych pacjentów leczonych powtarzalnymi zabiegami hemodializ a ich funkcjonowaniem na poziomie emocjonalnym ($r = 0,3648$; $p < 0,05$). Nie stwierdzono takiej korelacji w autorskich badaniach, natomiast zaobserwowano związek między czasem trwania hemodializ a ogólnym postrzeganiem zdrowia ($p = 0,003$) oraz funkcjonowaniem społecznym ($p = 0,031$). Giętek i wsp. [14] zauważają, że długość okresu hemodializoterapii ma zasadniczy wpływ na funkcjonowanie pacjentów w sferze fizycznej i społecznej. Pacjenci hemodializowani, którzy są aktywni zawodowo, będący w dobrej sytuacji finansowej radzą sobie z negatywnymi objawami, zwłaszcza w sferze emocjonalnej, dużo lepiej niż ci, którzy nie pracują [15]. Powyższe doniesienia pokrywają się z analizami przedstawionymi w pracy.

Podkreśla się korzystny wpływ ćwiczeń fizycznych na prawidłowe funkcjonowanie wielu układów i narządów, zwłaszcza u osób w starszym wieku. Uważa się, że regularny trening fizyczny korzystnie wpływa na wydolność sercowo-naczyniową [16]. Z badań Chojak-Fijałki i wsp. [17] wynika, że kilka miesięcy odpowiednio dostosowanego programu treningowego spowodowało istotną poprawę wydolności fizycznej pacjentów hemodializowanych. Wykazano, że w okresie trwania dializoterapii prowadzenie ćwiczeń fizycznych przy użyciu cykloergometru rowerowego jest nie tylko możliwe, ale i bezpieczne. Hemodializoterapia jest ograniczeniem dla wielu pacjentów, zwłaszcza dla pacjentów w starszym wieku, nie wyklucza ona jednak możliwości podejmowania aktywności sportowej. W badaniach Kapki-Skrzypczak i wsp. [18] wykazano, że wśród pacjentów hemodializowanych aktywne uprawianie sportu deklarowało tylko 23,3% chorych. Wyniki własne były podobne i pokazały, iż 29% respondentów uprawiało sport.

W badaniach Wojczyk [19] wykazano, iż pacjenci chorujący przewlekle, wymagający hemodializoterapii, zauważyli u siebie negatywny wpływ, jaki ma ich sytuacja, na liczbę i jakość kontaktów towarzyskich. Co trzeci badany pacjent rzadziej spotykał się ze znajomymi, a 20% ankietowanych najchętniej spędzało czas w domu. W dużym stopniu pokrywa się to z wynikami badań, które przedstawiono w niniejszej pracy. Wykazano, że 15% respondentów często uczestniczyło w życiu towarzyskim, czasami – 56%, natomiast 28% nie uczestniczyło w spotkaniach ze znajomymi. Zaniechanie kontaktów towarzyskich często skutkuje wystąpieniem depresji, która pojawia się u 50% pacjentów leczonych nerkozastępczo. Zgodnie z analizami Trafidło [20] zaburzenia depresyjne współistnieją najczęściej z zaburzeniami lękowymi, które pogarszają jakość życia i negatywnie wpływają na współpracę chorego z zespołem terapeutycznym.

Większość pacjentów zdaje sobie sprawę ze szkodliwości palenia tytoniu, jednak w badanej grupie stwierdzono, że 40% respondentów pali papierosy. Taki sam wynik uzyskali Gniadek i wsp. [21], badający zachowania zdrowotne chorych przewlekle poddawanych zabiegom hemodializy. Kuźmicka i wsp. [22] w swojej pracy zwracają uwagę na to, że palenie papierosów nie wpływa na jakość życia w sposób bezpośredni i jednoznaczny. Jednak w większości analiz osoby niepalące wyżej oceniały swoją jakość życia niż te, które palą. Respondenci, którzy rzucili palenie, także podkreślali większą satysfakcję z życia [22].

Wnioski

1. Wysoka pozycja społeczna związana z wykonywaniem pracy umysłowej, wyższym wykształceniem, dobrą sytuacją finansową korzystnie wpływa na odczuwanie pozytywnej jakości życia przez pacjentów hemodializowanych.
2. Razem z dobrą sytuacją materialną oraz aktywnym uczestniczeniem w życiu towarzyskim wzrasta poziom sprawności fizycznej.
3. Liczba hospitalizacji i czas trwania dializ mają istotny wpływ na jakość życia pacjentów poddanych hemodializie.
4. Uprawianie sportu wpływa istotnie na funkcjonowanie emocjonalne chorych hemodializowanych.

Piśmiennictwo

1. Szyguła-Jurkiewicz B, Kowalska M, Mościński M. Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. Folia Cardiol. 2011; 6(1): 62–71.
2. Dutkowska D, Rumianowski B, Grochans E, Karakiewicz B, Laszczyńska M. Porównanie jakości życia pacjentów hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93(3): 529–535.
3. Zdrojewski Z. Techniki stosowane w hemodializie. W: Rutkowski B (red.) Dializoterapia w codziennej praktyce. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAKmed; 1996. 76–87.
4. Wnuk M, Marcinkowski JT, Jakość życia w chorobach przewlekłych. Hygeia Public Health. 2013; 48(3): 274–278.
5. Kapka-Skrzypczak L, Lipin B, Niedźwiedzka J, Sawicki K, Cyranka M, Haratym-Maj A, Skrzypczak M, Kruszewski M. Subiektywna ocena jakości życia pacjentów dializowanych

metodą dializy otrzewnowej oraz hemodializy. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93(4): 791–796.
6. Tylka J, Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. Kardiol Pol. 2009; 67: 1166–1169.
7. Kukielczak A. Rozwój zainteresowania w naukach medycznych badaniami nad jakością życia. Prz Epidemiol. 2012; 66: 539–545.
8. Pluta A, Felsmann A, Faleńczyk K, Wybrane problemy zdrowotne w populacji pacjentów dializowanych oraz udział pielęgniarki w ich rozwiązywaniu. Med Rodz. 2014; 3: 128–132.
9. Prognoza ludności na lata 2014–2050. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2014, http://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata____2014_-_2050.pdf (data dostępu: 25.11.2016).
10. Grochans E, Sawko W, Pawlik J, Jurczak A, Stanisławska M, Mroczek B. Ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych. Fam Med Primary Care Rev. 2012; 14(3): 366–369.
11. Bojanowska M, Hreńczuk M, Jonas M, Małkowski P. Leczenie hemodializami a przeszczepienie nerki w opinii pacjentów oczekujących na transplantację. Piel Pol. 2015; 3(57): 278–282.
12. Zielińska-Więczkowska H, Krokowska B. Ocena jakości życia chorych dializowanych. Med Rodz. 2014; 2: 42–45.
13. Rakowicz E, Wieczorowska-Tobis K, Talarska D. Jakość życia starszych pacjentów leczonych hemodializami. Geriatria. 2007; 1: 1–7.
14. Giętek M, Czech N, Białek-Dratwa A, Fizia K, Muc-Wierzgoń M, Kokot T, Nowakowska-Zajdel E. Jakość życia chorych poddawanych przewlekle leczeniu nerkozastępczemu – przegląd piśmiennictwa. Hygeia Public Health. 2012; 47(2): 151–156.
15. Dutkowska D, Rumianowski B, Grochans E, Karakiewicz B, Leszczyńska M. Porównanie jakości życia pacjentów hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93(3): 529–535.
16. Gębka D, Kędziora-Kornatowska K. Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku. Probl Hig Epidemiol. 2012; 93(2): 256–259.
17. Chojak-Fijałka K, Smoleński O. Rehabilitacja ruchowa chorych przewlekle dializowanych – wyniki badań własnych. Probl Lek. 2006; 45(3): 247–256.
18. Kapka-Skrzypczak L, Lipin B, Niedźwiecka J, Sawicki K, Cyranka M, Haratym-Maj A, Skrzypczak M, Kruszewski M. Subiektywna ocena jakości życia pacjentów dializowanych metodą dializy otrzewnowej oraz hemodializy. Probl Hig Epidemiol 2012; 93(4): 790–797.
19. Wojczyk A. Problemy codziennego życia hemodializowanych pacjentów. Piel Zdr Publ. 2014; 4(2): 143–148.
20. Trafidło E. Depresja u chorych dializowanych. Dializa i Ty. 2011; 1(12): 15.
21. Gniadek A, Bodys-Cupak I, Poskróbek A. Zachowania ryzykowne oraz prozdrowotne wśród pacjentów poddanych hemodializie. Probl Piel. 2015; 23(4): 452–457.
22. Kuźmicka P, Jasińska M, Grzegorczyk M, Karakiewicz B. Palenie tytoniu a jakość życia. Med Środow. 2013, 16(1): 43–50.

Artykuł przyjęty do redakcji: 26.04.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 11.07.2017

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

Adres do korespondencji:
Małgorzata Starczewska
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
tel.: 91 480 09 10
e-mail: mlary@pum.edu.pl
Zakład Pielęgniarstwa
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

OCENA ZACHOWAŃ ŻYWIENIOWYCH CHORYCH NA NOWOTWÓR

ASSESSMENT OF CANCER PATIENTS' EATING HABITS

Olga Dąbska[1], Ewa Humeniuk[1], Katarzyna Pawlikowska-Łagód[2], Małgorzata Matuska[1]

[1] Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie
[2] Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.6

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroby nowotworowe stanowią drugą po chorobach układu krążenia przyczynę zgonów w społeczeństwie polskim. Wielu autorów donosi, iż tzw. niehigieniczny styl życia, zwłaszcza zaś nieprawidłowy sposób odżywiania, może indukować wystąpienie chorób nowotworowych.
Cel. Ocena zachowań zdrowotnych dotyczących przestrzegania zaleceń dietetycznych chorych na nowotwór w odniesieniu do czynników socjalnych i demograficznych.
Materiał i metoda. Grupę badaną stanowiło 100 osób chorych na nowotwór. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Wykorzystano wybrane pytania Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Zygfryda Juczyńskiego zaliczane do kategorii Prawidłowe Nawyki Żywieniowe (PNŻ) i autorską ankietę badającą regularność odżywiania wśród pacjentów onkologicznych. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 12 i programu Microsoft Office Excel. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności.
Wyniki. Ankietowani posilali się przeważnie 3–4 razy dziennie (53%). Zalecaną przez IZZ liczbę 5 posiłków deklarowało 35% badanych. Badania nie wykazały istotnego związku między liczbą dziennie konsumowanych posiłków a zmiennymi socjodemograficznymi i typem nowotworu, czasem trwania oraz rozpoznania choroby. W ogólnej ocenie analizowana próba uzyskała przeciętne rezultaty w kategorii Prawidłowe Nawyki Żywieniowe (3,36). Ankietowani deklarowali najlepsze zachowania żywieniowe wobec unikania spożycia soli (3,44), wobec konsumpcji dużej ilości warzyw i owoców (3,41), a także wobec dbania o prawidłowe odżywianie (3,38).
Wnioski. Mimo nasilającego się społecznego przekonania, że dbanie o kondycję zdrowotną jest ważne, deklaracje osób z chorobą nowotworową dotyczące troski o stan własnego zdrowia nie korelują dodatnio z praktykami zdrowotnymi.

SŁOWA KLUCZOWE: odżywianie, dieta, nowotwór, styl życia, zachowania zdrowotne.

ABSTRACT

Introduction. Cancer is the second cause of death, after cardiovascular diseases, among Polish people. Many authors claim that the unhygienic lifestyle as well as improper diet can lead to cancer.
Aim. Assessment of diets among cancer patients in regards to socio-demographic factors.
Material and methods. The research was conducted on the group of 100 cancer patients. A diagnostic poll method a survey technique was used when conducting this study. Selected questions from the Health Behavior Inventory (HBI) by Zygfryd Juczyński belonging to the Proper Eating Habits (PEH) category were used. The authorial survey assessing regularity of nutrition among cancer patients was used, as well. STATISTICA 12 and Microsoft Office Excel were used to analyze the gathered data. Statistical significance of $p < 0,05$ was assumed which indicated statistically important differences or correlations.
Results. Most of the surveyed (53%) consumed food 3–4 times a day. 35% of the surveyed ate five meals a day as recommended by the HBI. The survey did not show any correlation between the number of meals per day and socio-demographic factors, type of cancer, time of diagnosis and illness duration. In general assessment the surveyed got an average score regarding the Proper Eating Habits category (3.36). Avoidance of salt (3.44), eating a lot of fruit and vegetables (3.41) and focusing on the proper diet (3.38) were the best proper eating habits cultivated by the surveyed.
Conclusions. Despite the widespread belief that taking care of one's health is important, people's with cancer declarations regarding their own health do not correlate with the health practices that should be undertaken by them.

KEYWORDS: nutrition, diet, cancer, lifestyle, health behavior.

Wprowadzenie

Choroby nowotworowe stanowią drugą po chorobach układu krążenia przyczynę zgonów w społeczeństwie polskim. Liczba zachorowań na nowotwory w Polsce na przestrzeni ostatnich lat systematycznie wzrasta. Wielu autorów donosi, iż tzw. niehigieniczny styl życia, zwłasz-

cza zaś nieprawidłowy sposób odżywiania, może indukować wystąpienie chorób nowotworowych. Światowa Fundacja Badań nad Rakiem (ang. World Cancer Research Fund) i Amerykański Instytut Badań nad Rakiem (ang. American Institute for Cancer Research) wśród głównych czynników zapobiegających rozwojowi nowotworów wymieniają podejmowanie ruchu, odpowiednią masę ciała, przestrzeganie zaleceń dietetycznych [1]. Zachowania prozdrowotne zapobiegają wielu chorobom, pomagają w ich leczeniu i zmniejszają prawdopodobieństwo nawrotu [2]. „Leczenie pacjentów z chorobą nowotworową obejmuje nie tylko odpowiednią terapię farmakologiczną, rehabilitacyjną, psychologiczną, ale także dietetyczną, mającą na celu przeciwdziałanie procesowi wyniszczenia nowotworowego" [3].

Światowa Fundacja Badań nad Rakiem uznała nieprawidłowe nawyki żywieniowe za dziesięciokrotnie bardziej istotny czynnik etiologiczny chorób nowotworowych niżeli pozostałe determinanty [1]. Ponadto nieprzestrzeganie zaleceń dietetycznych zaraz po paleniu tytoniu stanowi drugą przyczynę chorób nowotworowych u 20 milionów ludzi [4]. Szacuje się, iż 40–60% przypadków nowotworów związanych jest z żywnością oraz żywieniem [5], a dietozależne nowotwory to nie tylko te zlokalizowane w obrębie układu pokarmowego [6]. „Do tych nowotworów zalicza się m.in. nowotwór piersi, jelita grubego, przełyku, żołądka i trzustki", rak endometrium i nerki [7].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena zachowań zdrowotnych dotyczących przestrzegania zaleceń dietetycznych chorych na nowotwór w odniesieniu do czynników socjalnych i demograficznych.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 100 osób chorych na nowotwór w wieku 21–72 lat, przy czym średnia wieku wyniosła 46,22 ± 12,80 roku. Zdecydowana większość analizowanej próby (69%) to kobiety i mieszkańcy miast (66%). Niespełna połowa badanych była w związku małżeńskim (45%). W badanej grupie dominowały osoby z średnim (49%) i zawodowym (31%) wykształceniem. W samoocenie badanych sytuacja materialna została określona zazwyczaj jako dobra (57%). Niespełna połowa ankietowanych chorowała na nowotwór złośliwy (48%). Średni czas trwania choroby wynosił 2,17 ± 1,81 roku (zakres od 2 miesięcy do 10 lat). U przeważającej większości badanych (85%) nowotwór rozpoznano po raz pierwszy i nie występowały choroby współistniejące (79%). Ankietowani nie byli przeważnie obciążeni chorobą nowotworową w wywiadzie rodzinnym (72%). Badani chorowali na nowotwór piersi (34%), płuc (13%), macicy (11%), jelita grubego (8%), odbytu (7%), tarczycy (6%), jądra (5%), jajnika (3%), jelita cienkiego (3%), nerek (3%), układu chłonnego (3%) i inne.

Badanie wykonano metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym była autorska ankieta badająca regularność odżywiania wśród pacjentów onkologicznych. Narzędzie składało się z pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru. Wykorzystano także wybrane pytania Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygfryda Juczyńskiego zaliczane do kategorii Prawidłowe Nawyki Żywieniowe (PNŻ). W kategorii tej oceniano spożywanie dużej ilości warzyw i owoców, ograniczenie spożywania tłuszczów zwierzęcych i cukrów, dbanie o prawidłowe odżywianie, unikanie spożywania żywności z konserwantami, soli i silnie solonej żywności oraz jedzenie pieczywa pełnoziarnistego. Twierdzenia opatrzono 5-stopniową skalą Likerta, przybierającą wartości od 1 (prawie nigdy) do 5 (zawsze). Badany mógł uzyskać 6–30 punktów, przy czym im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych [8].

Badania miały charakter dobrowolny, indywidualny, anonimowy. Zostały przeprowadzone zgodnie z założeniami Deklaracji Helsińskiej. Respondentów poinformowano o celu i przebiegu badań. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 12 i programu Microsoft Office Excel. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności. Wykorzystano test chi^2.

Wyniki

Ponad połowa respondentów (53%) spożywała 3–4 posiłki dziennie. Pozostali spożywali 5 posiłków (35%) lub 1–2 posiłki (12%) w ciągu dnia. Przeprowadzone badania nie wykazały istotnego związku pomiędzy liczbą dziennie konsumowanych posiłków a wiekiem ($p = 0,99$) i płcią ($p = 0,98$). Badani będący w związku nieznacznie częściej wskazywali na niedostateczną ilość zjadanych dziennie posiłków w porównaniu z ankietowanymi stanu wolnego, przy czym stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p = 0,25$). Ilości konsumowanych posiłków nie determinowały także miejsce zamieszkania ($p = 0,17$), poziom wykształcenia ($p = 0,66$) i sytuacja materialna ($p = 0,24$). Jednakże zauważono, że ankietowani z terenów wiejskich (47%), o najniższym wykształceniu, zadowalającej sytuacji materialnej nieznacznie częściej spożywali powyżej 5 posiłków w ciągu dnia w porównaniu z badanymi mieszkającymi w mieście (29%), ze średnim i wyższym wykształceniem, przeciętną lub złą sytuacją finansową (**Tabela 1**).

Tabela 1. Liczba zjadanych dziennie posiłków przez osoby z nowotworem w zależności od zmiennych socjodemograficznych
Table 1. The number of meals eaten per day by people with cancer depending on socio-demographic variables

Zmienna/*Variable*	Liczba dziennie spożywanych posiłków/ *Number of meals consumed per day*					
	1–2 posiłki/ *meals*		3–4 posiłki/ *meals*		> 5 posiłków/ *meals*	
	n	%	n	%	n	%
Wiek/*Age*						
Do 40 lat/*Up to 40 years*	4	12	18	55	11	33
41–50 lat/*41–50 years*	3	11	15	56	9	33
Powyżej 50 lat/ *Over 50 years*	5	12,5	20	50	15	37,5
Analiza statystyczna/*Statistical analysis*: chi^2=0,26; p=0,99						
Płeć/*Sex*						
Kobiety/*Women*	8	12	37	54	24	34
Mężczyźni/*Men*	4	13	16	52	11	35
Analiza statystyczna/*Statistical analysis*: chi^2=0,05; p=0,98						
Stan cywilny/*Marital status*						
Wolny/*Single*	9	16	26	47	20	37
W związku/*In a relationship*	3	7	27	60	15	33
Analiza statystyczna/*Statistical analysis*: chi^2=2,76; p=0,25						
Miejsce zamieszkania/*Place of residence*						
Miasto/*City*	8	12	39	59	19	29
Wieś/*Village*	4	12	14	41	16	47
Analiza statystyczna/*Statistical analysis*: chi^2=3,50; p=0,17						
Wykształcenie/*Education*						
Podstawowe, zawodowe/ *Basic, vocational*	5	14	16	46	14	40
Średnie/*Average*	6	12	26	53	17	35
Wyższe/*Higher*	1	6	11	69	4	25
Analiza statystyczna/*Statistical analysis*: chi^2=2,40; p=0,66						
Sytuacja materialna/*Financial situation*						
Dobra, bardzo dobra/ *Good, very good*	5	8	34	54	24	38
Przeciętna, zła/ *Average, bad*	7	19	19	51	11	30
Analiza statystyczna/*Statistical analysis*: chi^2=2,84; p=0,24						

n – liczebność/*number*, % – odsetek/*percentage*, p – istotność statystyczna/ *statistical significance*, chi^2 – wynik testu chi^2/*chi^2 test results*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analiza statystyczna wykazała, że częstotliwości spożywania posiłków przez pacjentów onkologicznych nie determinowały typ nowotworu (p = 0,17), czas trwania choroby (p = 0,08), czas rozpoznania (p = 0,52). Mimo to zaobserwowano, że respondenci z nowotworem łagodnym (40%), chorujący od roku do 2 lat, a także ci, u których po raz pierwszy rozpoznano nowotwór, nieznacznie częściej spożywali powyżej 5 posiłków dziennie w porównaniu z pozostałymi badanymi (**Tabela 2**).

Tabela 2. Liczba spożywanych dziennie posiłków w zależności od charakteru choroby
Table 2. The number of meals eaten per day depending on the nature of the disease

Zmienna/*Variable*	Liczba dziennie spożywanych posiłków/ *Number of meals consumed per day*					
	1–2 posiłki/ *meals*		3–4 posiłki/ *meals*		> 5 posiłki/ *meals*	
	n	%	n	%	n	%
Typ nowotworu/*Type of cancer*						
Nowotwór miejscowo złośliwy/*Locally malignant neoplasm*	3	25	6	50	3	25
Nowotwór łagodny/*Benign tumor*	1	2,5	23	57,5	16	40
Nowotwór złośliwy/*Malignant neoplasm*	8	17	24	50	16	33
Analiza statystyczna/*Statistical analysis*: chi^2=6,49; p=0,17						
Czas trwania choroby/*Duration of illness*						
Do roku/*To year*	6	27	10	46	6	27
1–2 lata/*1–2 years*	2	9	8	36	12	55
2–3 lata/*2–3 years*	3	9	24	63	11	28
Ponad 3 lata/*More than 3 years*	1	6	11	61	6	33
Analiza statystyczna/*Statistical analysis*: chi^2=11,13; p=0,08						
Czas rozpoznania/*Time of reconnaissance*						
Pierwszy raz rozpoznany/ *For the first time recognized*	9	11	45	53	31	36
Wznowa/*Recurrence*	3	20	8	53	4	27
Analiza statystyczna/*Statistical analysis*: chi^2=1,29; p=0,52						

n – liczebność/*number*, % – odsetek/*percentage*, p – istotność statystyczna/ *statistical significance*, chi^2 – wynik testu chi^2/*chi^2 test results*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Z analizy odpowiedzi na pytania wchodzące w skład kategorii PNŻ IZZ wynika, że większość ankietowanych tylko od czasu do czasu dbała o prawidłowe odżywianie (47%). Respondenci sporadycznie spożywali pieczywo pełnoziarniste (40%), ograniczali spożywanie takich produktów jak tłuszcze zwierzęce, cukier (36%), sól i silnie solna żywność (33%), a także produktów z konserwantami (33%). Wskazali za to na częste konsumowanie dużej ilości warzyw i owoców, w tym 26% – prawie zawsze, 23% – zawsze. W ogólnej ocenie analizowana próba uzyskała przeciętne rezultaty w kategorii Prawidłowe Nawyki Żywieniowe. Osiągnięty wynik był niższy o 0,51 w porównaniu do rezultatu grupy normalizacyjnej podanej przez Juczyńskiego [8]. Ankietowani deklarowali najlepsze zachowania żywieniowe wobec unikania spożycia soli (3,44), wobec konsumpcji dużej ilości warzyw i owoców (3,41), a także wobec dbania o prawidłowe odżywianie (3,38) (**Tabela 3**).

Tabela 3. Rozkład odpowiedzi w kategorii Prawidłowe Nawyki Żywieniowe

Table 3. Distribution of answers in the category Proper Eating Habits

Twierdzenie/*The claim*	Prawie nigdy/ *Almost never*	Rzadko/ *Rarely*	Od czasu do czasu/ *Occasionally*	Prawie zawsze/ *Almost always*	Zawsze/ *Always*	Średnia/ *Average*
	n	n	n	n	n	
Jem dużo warzyw, owoców/*I eat a lot of vegetables, fruit*	7	17	27	26	23	3,41
Ograniczam spożywanie produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier/*I limit consumption of products, such as animal fats, sugar*	4	17	36	28	15	2,97
Dbam o prawidłowe odżywianie/*I care about proper nutrition*	2	12	47	24	15	3,38
Unikam spożywania żywności z konserwantami/ *I avoid eating food with preservatives*	5	16	33	30	16	2,77
Unikam soli i silnie solonej żywności/ *I avoid salt and highly salted foods*	5	13	33	31	18	3,44
Jem pieczywo pełnoziarniste/*I eat whole wheat bread*	5	16	40	26	13	3,26
Ogółem Prawidłowe Nawyki Żywieniowe/ *Total Proper Eating Habits*	M=3,36; Me=3,25; Q1=2,75; Q3=4,00; SD=0,85					

M – średnia/*average*, Me – mediana/*median*, SD – odchylenie standardowe/ *standard deviation*, Q1 – dolny kwartyl/*bottom quartile*, Q3 – górny kwartyl/ *top quartile*, n– liczebność/*numer*

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Dyskusja

Za jeden z najważniejszych czynników środowiska zewnętrznego wpływający na rozwój i kondycję zdrowotną człowieka uważa się prawidłowe żywienie. Wśród wyznaczników racjonalnego sposobu odżywiania wymieniono prawidłowo zbilansowaną dietę, która dostarcza energii i niezbędnych składników odżywczych, liczbę oraz regularność posiłków, jakość spożywanych produktów. Instytut Żywności i Żywienia (IŻŻ) zaleca spożywanie 5 posiłków dziennie, w tym śniadania, drugiego śniadania, obiadu, podwieczorku i kolacji. Gałaś zaleca, by posiłki w dwóch trzecich składały się z warzyw i owoców, pełnoziarnistego zboża, roślin strączkowych. Pozostałą część stanowić powinny produkty zwierzęcego pochodzenia [9]. Ankietowani z autorskiej analizy posilali się przeważnie 3–4 razy dziennie (53%). Zalecaną przez IŻŻ liczbę 5 posiłków deklarowało 35% badanych. Badania nie wykazały istotnego związku między liczbą dziennie konsumowanych posiłków a zmiennymi socjodemograficznymi i typem nowotworu, czasem trwania oraz rozpoznania choroby.

„Liczne badania potwierdzają wpływ diety na powstawanie oraz rozwój choroby nowotworowej, dlatego istotna wydaje się profilaktyka chorób nowotworowych poprzez szerzenie wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych, w tym również odpowiednich nawyków żywieniowych" [7]. Rozwój nowotworów dietozależnych determinują wysoka podaż energii, nadmierna masa ciała, duże spożycie tłuszczów, czerwonego mięsa, soli kuchennej, niedobór błonnika pokarmowego, warzyw, owoców, produktów nabiałowych [10]. Czeczelewska i wsp. donoszą, że zachowanie prawidłowej masy ciała, ograniczenie wartości energetycznej diety, konsumpcji cukrów prostych i alkoholu, przy jednoczesnym zwiększeniu spożycia warzyw, owoców i regularna aktywność fizyczna redukują o 50% ryzyko wystąpienia raka piersi [11]. Międzynarodowa Agencja Badań Nowotworów informuje, że niewłaściwa dieta odpowiada za rozwój raka piersi [12]. Właściwości kancerogenne przypisuje się także substancjom dodawanym do żywności i zanieczyszczeniom technicznym oraz środowiskowym produktów [13]. Nawyki żywieniowe są ściśle związane z ryzykiem zachorowania na pewne typy nowotworów, ale i zapobieganiem ich rozwojowi i wspomaganiem leczenia [9]. Właściwości prewencyjne chorób nowotworowych przypisuje się zastępowaniu kwasów tłuszczowych nasyconych pochodzenia zwierzęcego tłuszczami roślinnymi, ograniczeniu konsumpcji tłustych, słodkich, słonych produktów, zwiększeniu spożycia warzyw i owoców, utrzymaniu prawidłowej masy ciała [14].

Otyłość i nadwaga są niezależnymi czynnikami ryzyka rozwoju nowotworów złośliwych, które rośnie przy wartości współczynnika BMI wynoszącej 22–23 kg/m^2. W związku z powyższym zaleca się utrzymywanie poziomu BMI możliwie blisko granicy normy [1]. Potwierdzeniem tej zależności są doniesienia Kałędkiewicz i wsp., zdaniem których nadmiar tkanki tłuszczowej stanowi czynnik etiologiczny dla raka jelita grubego, trzustki, sutka, macicy, prostaty, nerek, odbytu [15]. Ponadto dieta opierająca się na produktach spożywczych o wysokim indeksie glikemicznym (IG > 70) istotnie zwiększa ryzyko zachorowania na wiele nowotworów [16], m.in. raka jajnika, macicy, jamy ustnej, przełyku, krtani [7]. Częsta konsumpcja przekąsek, które zawierają węglowodany przetworzone o wysokim IG, o około 1,3 razy podnosi ryzyko rozwoju nowotworu [17].

Adamowicz określił ogólny poziom realizacji zachowań sprzyjających zdrowiu wśród chorych na raka

płuca jako niski. Stwierdził, iż społeczeństwo polskie nie przykłada wagi do Prawidłowych Nawyków Żywieniowych i innych zachowań zdrowotnych, co zdaniem badacza wynika z powszechnego obecnie zbyt swobodnego stylu życia. Zaobserwował, że zalecenia dietetyczne częściej przestrzegane były przez kobiety [18]. Kiciak i wsp. w wyniku analizy nawyków żywieniowych ankietowanych pacjentów onkologicznych stwierdzili liczne nieprawidłowości w zakresie doboru i częstotliwości konsumpcji poszczególnych produktów spożywczych. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe skutkują zaburzeniami masy ciała, które wpływają na rozwój choroby nowotworowej. Badacze postulują konieczność podjęcia działań promocyjnych odnośnie właściwych zachowań żywieniowych w grupie osób cierpiących na nowotwór [19]. Misiak podkreśla, że bardzo ważne jest spożycie przez pacjentów onkologicznych wystarczającej ilości pokarmów, które zapewniają odpowiednią ilość energii i białka. Jest to wielce istotne podczas procesu leczenia, następnie rekonwalescencji oraz odbudowy zniszczonego przez nowotwór organizmu [20]. Ankietowane w badaniach Kurowskiej i Kalawskiej prezentowały przeciętny poziom Prawidłowych Nawyków Żywieniowych. Dbały o prawidłowe odżywianie, w tym spożywały dużo warzyw i owoców, lecz problematyczne było ograniczenie spożycia tłuszczów zwierzęcych, cukru. Najwyższe wyniki w obrębie Prawidłowych Nawyków Żywieniowych osiągnęły respondentki o wyższym wykształceniu, pochodzące ze wsi, w rodzinie których nie występowały przypadki choroby nowotworowej [21]. W badaniach Dydjow-Bendek i Ejsmont w żywieniu analizowanej grupy wykryto czynniki kancerogenne w postaci częstej konsumpcji alkoholu, chipsów, słodyczy, częste smażenie potraw, niedostateczną ilość błonnika. W diecie badanych zauważono także elementy antykancerogenne, jak konsumpcja dużej ilości warzyw i owoców, nabiału, rzadkie spożycie *fast food*, wędzonych przetworów mięsnych [22]. Ankietowane na podstawie IZZ przez Kurowską i Adamczyk chore na raka piersi otrzymały najniższe oceny w zakresie Prawidłowe Nawyki Żywieniowe. W obrębie tej kategorii „Najwyżej oceniono dbałość o prawidłowe odżywianie (3,69) oraz jedzenie dużej ilości warzyw i owoców (3,78), najniżej – unikanie żywności z konserwantami (3,33) i spożywanie pieczywa pełnoziarnistego (2,99)" [23]. Także ankietowani przez Bojakowską i wsp. uzyskali niskie wyniki w kategorii Prawidłowe Nawyki Żywieniowe. Badane przed zdiagnozowaniem choroby nowotworowej osiągnęły wynik 2,68, zaś po zdiagnozowaniu raka piersi wynosił on już 4,38 [24]. W badaniach własnych w ogólnej ocenie analizowana próba uzyskała przeciętne rezultaty w kategorii Prawidłowe Nawyki Żywieniowe, przy czym średnią oszacowano na 3,36. Ankietowani deklarowali najlepsze zachowania żywieniowe wobec unikania spożycia soli (3,44), wobec konsumpcji dużej ilości warzyw i owoców (3,41), a także wobec dbania o prawidłowe odżywianie (3,38).

Bardzo cennym źródłem substancji przeciwnowotworowych są warzywa kapustne. Największe znaczenie chemioprewencyjne mają wszystkie odmiany kapusty, jak biała, pekińska, czerwona czy włoska, brokuły, kalafior, rzodkiewka, brukselka oraz rzepak [25]. Ich spożycie zmniejsza zapadalność na nowotwory, w tym szczególnie jelita grubego, piersi, płuc [26]. Boeing i wsp. wskazują na obniżenie prawdopodobieństwa zachorowania na nowotwór złośliwy na skutek wzrostu spożycia warzyw. Donoszą, że dostarczanie 50 g warzyw niskoskrobiowych dziennie obniża ryzyko nowotworu jamy ustnej, krtani i gardła o 28% [27]. Owoce mają podobne właściwości, gdyż dzienne spożycie 100 g zmniejsza ryzyko zachorowania na raka gardła, jamy ustnej, płuca oraz krtani o 18% [28]. Jednakże największe antynowotworowe właściwości przypisuje się cytrusom, borówkom, truskawkom, winogronom. Beliveau i Gingars zalecają, aby osoby po przejściu choroby nowotworowej zwiększyły spożycie warzyw oraz owoców, jedząc przynajmniej 5 porcji dziennie, gdyż dostarczają wówczas koniecznych w profilaktyce nowotworowej witamin antyoksydacyjnych [29, 30]. Korzystną rolę w profilaktyce przeciwnowotworowej odgrywają żółte i pomarańczowe warzywa i owoce, jak marchew, dynia, papryka, pomidory, melony, pomarańcze, z racji dużej zawartości karotenoidów. Wykazują ujemną korelację z rozwojem nowotworów płuca, przełyku, krtani czy jamy ustnej [31]. Prawie połowa ankietowanych przez Kiciak i wsp. chorych na nowotwór przynajmniej w 2 posiłkach dziennie konsumowała warzywa i owoce. Ponad jedna piąta deklarowała rzadsze ich spożycie [19]. W autorskiej analizie respondenci wskazali na częste konsumowanie dużej ilości warzyw i owoców, w tym 26% – prawie zawsze, 23% – zawsze.

Tylko 5% ankietowanych przez Kiciak i wsp. pacjentów onkologicznych nie spożywało potraw smażonych [19]. Dowiedziono, że zwiększone spożycie tłuszczów podwyższa ryzyko zachorowania na nowotwór piersi, okrężnicy, prostaty [32]. Zaobserwowano aż o 19% wzrost ryzyka rozwoju raka piersi w wyniku konsumpcji tłuszczów bogatych w kwasy tłuszczowe nasycone, zawarte głównie w czerwonym mięsie i nabiale [33]. Według Malczyk i Majkrzak „W całodziennej diecie należy ograniczyć podaż olejów roślinnych będących źródłem kwasów tłuszczowych z rodziny n-6 oraz tłuszczów zawierających kwasy tłuszczowe nasycone" [34]. Analizowana w badaniach własnych próba sporadycznie

ograniczała spożywanie tłuszczów zwierzęcych. Ponadto respondenci osiągnęli niezadowalające wyniki w tej kategorii, które oszacowano na 2,97.

Istotne właściwości antynowotworowe mają produkty pełnoziarniste bogate w witaminy, błonnik pokarmowy, składniki mineralne. Są jednym z czynników ochraniających organizm przed nowotworami odbytu, jelita grubego, żołądka [15]. W badaniach Kiciak i wsp. grube kasze i ciemne pieczywo były rzadko spożywane. Respondenci wskazywali najczęściej odpowiedzi: raz na 2 tygodnie, w ogóle, raz w miesiącu [19]. Respondenci w badaniach własnych przeważnie sporadycznie spożywali pieczywo pełnoziarniste (40%), a wynik średni oszacowano na 3,26.

Polacy wykazują ponadnormatywne spożycie soli, które szacuje się na 13 g. Wartość ta jest jedną z najwyższych w Europie. Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia dzienne spożycie sodu nie powinno przekraczać 2 g, tj. 5 g soli kuchennej [35]. Kłosiewicz-Latoszek doradza, aby nie dosalać potraw, ograniczyć konsumpcję produktów konserwowanych, przetworzonych, które zawierają dużą ilość soli na rzecz świeżych produktów [14]. Zadowalające są rezultaty badań własnych dotyczące spożycia soli. Badani uzyskali wynik 3,44 przy twierdzeniu o unikaniu soli i silnie solonej żywności, a 31% prawie zawsze stosowało się do tego zalecenia.

„Mimo nasilającego się społecznego przekonania, że dbanie o kondycję zdrowotną jest ważne, deklaracje Polaków dotyczące troski o stan własnego zdrowia nie korelują dodatnio z praktykami zdrowotnymi. W modyfikowaniu zachowań związanych ze zdrowiem konieczne jest pogłębienie wiedzy na temat mechanizmów odpowiedzialnych za zmianę zachowań" [36].

Wnioski

1. Badania nie wykazały istotnego związku między liczbą dziennie konsumowanych posiłków a zmiennymi socjodemograficznymi, typem nowotworu, czasem trwania oraz rozpoznania choroby.
2. Zalecaną przez IŻŻ liczbę 5 posiłków deklarowała blisko jedna trzecia badanych. Ankietowani posilali się przeważnie 3–4 razy dziennie.
3. W ogólnej ocenie analizowana próba uzyskała przeciętne rezultaty w kategorii Prawidłowe Nawyki Żywieniowe. Ankietowani deklarowali najlepsze zachowania żywieniowe wobec unikania spożycia soli, wobec konsumpcji dużej ilości warzyw i owoców, a także wobec dbania o prawidłowe odżywianie.

Piśmiennictwo

1. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington: AICR; 2007. 72, 212–213.
2. Demark-Wahnefried W, Jones LW, Snyder DC et al. Daughters and Mothers Against Breast Cancer (DAMES): Main outcomes of a randomized controlled trial of weight loss in overweight mothers with breast cancer and their overweight daughters. Cancer. 2014; 120: 2522–2534.
3. Dudziak K, Regulska-Ilow B. Znaczenie ładunku glikemicznego diety w rozwoju chorób nowotworowych. Post Hig Med Dośw. 2013; 67: 449–462.
4. Klimczak A, Malinowska K, Kubiak K. Choroby nowotworowe a żywienie. Pol Merk Lek. 2009; 27(159): 242–244.
5. Nalewaj J, Markowska J. Żywienie a choroby nowotworowe. Prz Urolog. 2005; 6(1): 15–16.
6. Gawęcki J, Hryniewiecki L. Żywienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu. Warszawa: PWN; 1998.
7. Pudło H, Respondek M, Szefczyk-Polowczyk L et al. Wpływ diety na występowanie chorób nowotworowych. J Educ Health Sport. 2015; 5(9): 549–558.
8. Juczyński Z. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. W: Juczyński Z (red.). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012. 110–116.
9. Gałaś A. Zwyczaje żywieniowe jako element zapobiegania chorobom nowotworowym jelita grubego – trudności i wyzwania. Probl Hig Epidemiol. 2009; 90(4): 451–458.
10. Kardasz M, Pawłowska D. Rola składników odżywczych oraz innych substancji w powstawaniu nowotworów. Nowa Med. 2008; 2: 7–14.
11. Czeczelewska E, Kościańska B, Janczaruk M et al. Wiedza młodych kobiet na temat roli czynnika dietetycznego w zapobieganiu raka piersi. Prz Med Uniw Rzesz. 2011; 2: 212–223.
12. Janssens J, Vandeloo M. Rak piersi: bezpośrednie i pośrednie czynniki ryzyka związane z wiekiem i stylem życia. J Oncol. 2009; 59(3): 159–167.
13. Timbrell J. Paradoks trucizn. Substancje chemiczne przyjazne i wrogie. Warszawa: WNT; 2008.
14. Kłosiewicz-Latoszek L. Zalecenia żywieniowe w prewencji chorób przewlekłych. Probl Hig Epidemiol. 2009; 90(4): 447–450.
15. Kałędkiewicz E, Doboszyńska A. Wpływ sposobu żywienia na wznowę chorób nowotworowych. Forum Med Rodz. 2014; 8(6): 310–319.
16. Mulholland HG, Murray LJ, Cardwell CR et al. Dietary glycaemic index, glycaemic load and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. Brit J Cancer. 2008; 99: 1170–1175.
17. Sieri S, Pala V, Brighenti F, et al. Dietary glycemic index, glycemic load, and the risk of breast cancer in an Italian prospective cohort study. Am J Clin Nutr. 2007; 86(4): 1160–1166.
18. Adamowicz K. Ocena wiedzy w zakresie chorób nowotworowych oraz wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród chorych na zaawansowanego, przerzutowego raka płuca w trakcie chemioterapii. Psychoonkologia. 2016; 20(2): 84–89.
19. Kiciak A, Całyniuk B, Grochowska-Niedworok E et al. Wybrane zachowania żywieniowe osób z chorobą nowotworową. Hygeia Public Health. 2012; 47(3): 354–359.
20. Misiak M. Wyniszczenie nowotworowe. Współcz Onkol. 2003; 7(5): 381–388.
21. Kurowska K, Kalawska H. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u kobiet po mastektomii. Curr Gynecol Oncol. 2013; 11(2): 115–124.
22. Dydjow-Bendek D, Ejsmont J. Sposób żywienia a ryzyko wystąpienia chorób nowotworowych. Probl Hig Epidemiol. 2010; 91(4): 618–622.
23. Kurowska K, Adamczyk I. Rola wsparcia i zachowań zdrowotnych w zmaganiu się kobiet z rakiem piersi. Curr Gynecol Oncol. 2014; 12(4): 278–289.

24. Bojakowska U, Kalinowski P, Kowalska ME. Evaluation of selected health behaviors before and after the diagnosis among women with breast cancer based on the Health-Related Behaviour Inventory (HBI) questionnaire developed by Juczyński – preliminary study. J Educ Health Sport. 2016; 6(5): 29–37.
25. Grzybowska-Szwejda J. Antykancerogenne składniki warzyw kapustnych i ich znaczenie w profilaktyce chorób nowotworowych. Bromat Chem Toksykol. 2011; 44(4): 1039–1046.
26. Kusznierewicz B, Piasek A, Lewandowska J et al. Właściwości przeciwnowotworowe kapusty białej. Żywn Nauk Technol Jakość. 2007; 6(55): 20–34.
27. Boeing H, Dietrich T, Hoffmann K. Intake of fruits and vegetables and risk of cancer of the upper aero-digestive tract. Cancer Causes Control. 2006; 17: 957–969.
28. Maserejian N, Giovannucci E, Rosner B. Prospective study of fruits and vegetables and risk of oral premalignant lesions in men. Am J Epidemiol. 2006; 164: 556–566.
29. Beliveau R, Gingras D. Dieta w walce z rakiem – profilaktyka i wspomaganie terapii przez odżywianie. Warszawa: Delta W-Z; 2009.
30. Krukowska M, Olejniczak D. Ocena wiedzy studentów na temat czynników ryzyka i profilaktyki nowotworów płuc. Med Rodz. 2013; 4: 143–148.
31. Putowski M, Piróg M, Padał O et al. Wybrane składniki diety w profilaktyce najczęściej występujących nowotworów w Polsce – przegląd aktualnych wyników badań. J Educ Health Sport. 2015; 5(8): 73–84.
32. Cichosz G, Czeczot H. Rzekomo zdrowe tłuszcze roślinne. Pol Merk Lek. 2011; 31(184): 239–243.
33. Beliveau R, Gingras D. Dieta w walce z chorobami. Warszawa: Delta; 2011.
34. Malczyk E, Majkrzak Ż. Żywieniowe czynniki ryzyka rozwoju raka piersi. Probl Hig Epidemiol. 2015; 96(1): 67–76.
35. Szponar L, Sekuła W, Rychlik E et al. Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych. Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia; 2003.
36. Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M, Plinta R. Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. Hygeia Public Health. 2015; 50(4): 558–565.

Artykuł przyjęty do redakcji: 22.04.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 01.08.2017

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

Adres do korespondencji:
Olga Dąbska
ul. Stanisława Staszica 4–6
20-081 Lublin
tel.: 81 448 67 92
e-mail: olga49a@wp.pl
Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

OCENA CZYNNIKÓW WPŁYWAJĄCYCH NA STOPIEŃ AKCEPTACJI ZACHOROWANIA NA RAKA PIERSI U KOBIET PODDANYCH LECZENIU OSZCZĘDZAJĄCEMU GRUCZOŁ PIERSIOWY: ANALIZA ODLEGŁA PO UPŁYWIE 5 LAT OD ZABIEGU – BADANIE WSTĘPNE

FACTORS INFLUENCING DISEASE ACCEPTANCE IN PATIENTS AFTER BREAST-CONSERVING SURGERY FOR BREAST CANCER: LONG-TERM ANALYSIS AFTER 5 YEARS SINCE SURGERY – PILOT STUDY

Magdalena Sowa[1], Iwona Głowacka-Mrotek[2], Tomasz Nowikiewicz[3], Agata Gastecka[4], Lilla Senetrkiewicz[5], Wojciech Zegarski[3]

[1] Katedra i Zakład Laseroterapii i Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
[2] Katedra i Klinika Rehabilitacji, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
[3] Katedra Chirurgii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
[4] Katedra Urologii, Wydział Lekarski, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
[5] Katedra i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Wydział Farmaceutyczny, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.7

STRESZCZENIE

Wstęp. Rak piersi jest najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym w populacji polskiej. Leczenie chirurgiczne i uzupełniające wiąże się z występowaniem wielu działań niepożądanych. W procesie zdrowienia niezwykle ważnym aspektem jest jakość życia, na którą wpływ ma poziom akceptacji choroby nowotworowej.
Materiał i metody. Badaniem objęto 50 kobiet leczonych chirurgicznie metodą oszczędzającą pierś (BCT), po upływie 5 lat od zabiegu chirurgicznego. Pomiaru zmiennej zależnej dokonano, posługując się techniką CATI (ang. *computer assisted telephone interview*), wykorzystując w tym celu standaryzowaną Skalę Akceptacji Choroby (ang. *Acceptance of Illness Scale* – AIS) autorstwa B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen, w adaptacji polskiej Zygfryda Juczyńskiego. Punktacja w AIS mieści się w obszarze od 8 do 40. Im wyższy wynik, tym lepsze zaakceptowanie stanu zdrowia oraz mniej negatywnych konsekwencji choroby. Utworzono także kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej, na postawie którego uzyskano dane dotyczące wybranych cech socjodemograficznych oraz klinicznych.
Wyniki. Ogólny wynik akceptacji choroby nowotworowej w grupie badanej wynosił 33,7, co oznacza pełne zaakceptowanie schorzenia po upływie 5 lat od zabiegu przy braku przerzutów nowotworowych. Nie stwierdzono wpływu danych socjodemograficznych na poziom zmiennej zależnej. W grupie kobiet, u których wykonano procedurę węzła wartowniczego, odnotowano wyniki świadczące o lepszym zaakceptowaniu choroby w porównaniu do pacjentek poddanych limfadenektomii pachowej.

ABSTRACT

Introduction. Breast cancer is the most common cancer in the Polish population. Surgical and adjuvant treatment is associated with multiple complications. In the process of recovery, quality of life is obviously very important, and it might be influenced by disease acceptance.
Material and methods. We included 50 women 5 years after breast-conserving surgery (BCT) for breast cancer. The dependent variable was measured with the CATI (computer assisted telephone interview) technique using the standardized Acceptance of Illness Scale (AIS) by B.J Felton, T.A. Revenson, and G.A. Hinrichsen in the Polish adaptation by Zygfryd Juczynski. The AIS scores range between 8 and 40 points, with higher scores indicating better acceptance of the disease and its negative consequences. We also used a self-made survey for collecting sociodemographic and clinical data.
Results. The general score of disease acceptance in the studied group was 33.7 points, which indicates full acceptance after 5 years since surgery in patients with no metastases. We did not find any association between sociodemographic data and the dependent variable. In the group of women who underwent sentinel node biopsy, disease acceptance was better in comparison to women who underwent axial lymphadenectomy.
Conclusions. Five years after surgery for breast cancer women have high acceptance of the disease. Surgery conserving axial lymph nodes leads to better coping with the disease.

Wnioski. Po upływie 5 lat od zabiegu chirurgicznego z powodu raka piersi kobiety cechują się wysokim zaakceptowaniem schorzenia. Zaoszczędzenie węzłów chłonnych dołu pachowego pozwala na lepsze przystosowanie się do choroby.

SŁOWA KLUCZOWE: rak piersi, akceptacja choroby, leczenie oszczędzające pierś.

KEYWORDS: breast cancer, disease acceptance, breast-conserving surgery.

Wprowadzenie

Choroby nowotworowe stanowią ważny problem zdrowotny i społeczny. Najczęściej obecnie diagnozowanym nowotworem złośliwym wśród kobiet zamieszkujących kraje wysokorozwinięte jest rak piersi. W przypadku mężczyzn nowotwór ten wykrywany jest zdecydowanie rzadziej. W 2010 r. w Polsce liczba zachorowań wśród płci męskiej wynosiła 1% ogółu przypadków tej choroby [1]. Pierwszym etapem terapii jest zazwyczaj leczenie chirurgiczne. W zależności od zakresu rozległości wycięcia guza pierwotnego może ono polegać na wykonaniu mastektomii lub zastosowaniu leczenia oszczędzającego pierś (ang. *breast conserving therapy* – BCT). BCT pozwala na usunięcie guza z marginesem tkanek zdrowych, przy zachowaniu dobrego efektu kosmetycznego. Obligatoryjnym elementem leczenia oszczędzającego pierś jest następowe uzupełniające napromienianie gruczołu. Leczenie chirurgiczne postaci inwazyjnych raka piersi wymaga również weryfikacji stanu regionalnych węzłów chłonnych. W zależności od wyniku oceny klinicznej węzłów chłonnych dołu pachowego oraz wyników badań obrazowych wymagane jest usunięcie węzła wartowniczego lub wykonanie limfadenektomii pachowej [1–3].

Zdiagnozowanie choroby onkologicznej oraz jej leczenie związane są z koniecznością zmiany priorytetów i dotychczasowych warunków życia. Dla pacjenta i jego najbliższych oznacza to dostosowanie się do nowej sytuacji. Przewlekły stres, negatywne emocje i strach przed chorobą często wiążą się z reakcjami emocjonalnymi o charakterze dezadaptacyjnym. Zgodnie z opinią Lewandowskiej i wsp. „często zdarza się, że problemem nie jest choroba, lecz brak jej akceptacji" [4]. Akceptacja choroby nowotworowej jest procesem złożonym, zależnym od cech osobowości pacjenta, jego samooceny, poczucia własnej skuteczności, wsparcia społecznego oraz opieki ze strony rodziny i personelu medycznego [2, 5, 6]. Poziom akceptacji choroby oraz strategia przystosowania psychicznego do nowej sytuacji zdrowotnej w dużej mierze wpływają na jakość życia pacjentki oraz stanowią jeden z kluczowych czynników w procesie zdrowienia [6, 7].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena stopnia akceptacji choroby u kobiet z rakiem piersi leczonych chirurgicznie metodą BCT, przeprowadzana po upływie 5 lat od zabiegu operacyjnego. Analizie poddano również wpływ wybranych czynników socjodemograficznych i klinicznych na poziom akceptacji choroby w badanej grupie.

Materiał i metody

Analizą objęto próbę 50 kobiet leczonych chirurgicznie z powodu raka piersi w Centrum Onkologii im. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy.

Kryteria włączenia do badania stanowiły:

- rodzaj pierwotnego zabiegu operacyjnego: leczenie oszczędzające gruczoł piersiowy (BCT),
- okres obserwacji pooperacyjnej: co najmniej 5 lat,
- dobry ogólny stan zdrowia (EOCG 0–1),
- wiek chorej w przedziale 35–70 lat.

Jako kryteria wykluczenia przyjęto:

- rodzaj pierwotnego zabiegu operacyjnego: mastektomia,
- wystąpienie wznowy miejscowej raka lub zdiagnozowanie przerzutów odległych – w okresie 5 lat od zabiegu,
- konieczność wykonania amputacji piersi u chorych pierwotnie poddanych BCT,
- obecność chorób psychicznych.

Pomiaru badanych zmiennych dokonano techniką CATI, wykorzystując w tym celu standaryzowaną Skalę Akceptacji Choroby (ang. *Acceptance of Illnes Scale* – AIS) autorstwa B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen, w adaptacji polskiej Zygfryda Juczyńskiego. W celu uzyskania danych dotyczących wybranych cech socjodemograficznych chorych (wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan zatrudnienia, stan cywilny oraz status socjoekonomiczny) oraz wybranych czynników klinicznych (rodzaj procedury chirurgicznej dotyczącej układu chłonnego dołu pachowego, lokalizacja guza nowotworowego, rodzaj leczenia adiuwantowego), by zweryfikować ich ewentualny wpływ na poziom akceptacji choroby, posłużono się kwestionariuszem własnej konstrukcji. Badanie miało charakter dobrowolny.

AIS jest narzędziem samoopisu, służącym do określenia poziomu akceptacji choroby. Składa się z ośmiu twierdzeń opisujących trudności i ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia. Osoba badana udziela odpowiedzi w 5-stopniowej skali Likerta, gdzie ocena „1" oznacza zdecydowaną zgodę, natomiast „5" – zdecydowaną niezgodę. Punktacja w AIS mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Im wyższy wynik, tym lepsze zaakceptowanie stanu zdrowia (niższy poziom negatywnych odczuć związanych z chorobą). Niski wynik oznacza brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz towarzyszący dyskomfort psychiczny i negatywne emocje. Skala przystosowana jest do badania akceptacji choroby wśród osób dorosłych, w każdej jednostce chorobowej [7].

Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy (KB 665/2016).

Wnioskowanie statystyczne

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat wersja 1.6.0.428. Zależność pomiędzy danymi informacyjnymi oraz wybranymi czynnikami klinicznymi a stopniem akceptacji choroby w grupie badanej analizowano testem Kruskala-Wallisa oraz testem U Manna-Whitneya. Celem oceny wpływu leczenia adiuwantowego na poziom akceptacji choroby wykorzystano test U Manna-Whitneya z uwagi na obecność dwóch podgrup o rozkładzie nieparametrycznym. Elementem obligatoryjnym w przypadku leczenia oszczędzającego pierś jest następowa radioterapia. Testem U Manna-Whitneya porównano stopień akceptacji choroby w następujących podgrupach: radioterapia + chemioterapia (RTH + CHTH) oraz radioterapia + hormonoterapia (RTH + HTH). Dla wykonanych obliczeń statystycznych za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$, natomiast za wysoce istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,01$.

Wyniki

Zakwalifikowane do badania kobiety scharakteryzowano w zakresie cech socjodemograficznych oraz wybranych czynników klinicznych. Średnia wieku w badanej próbie wynosiła 60,1 roku. Przeważały kobiety w przedziale wiekowym 55–64 lat (40% chorych) oraz powyżej 65. r.ż. (38%), z widoczną przewagą osób pozostających w związkach małżeńskich (82%). Ponad połowa ankietowanych deklarowała posiadanie wykształcenia zawodowego (58% próby). Pod względem aktywności zawodowej dominowały kobiety utrzymujące się z renty chorobowej lub rodzinnej (46%). Wśród osób badanych znaczna większość zamieszkiwała na terenach miejskich, najczęściej były to mieszkanki dużych miast (46%). Nieco ponad połowa badanych (52%) wskazała na średni status socjoekonomiczny.

Lokalizacja guza nowotworowego nieznacznie częściej (54%) dotyczyła piersi prawej. U 74% kobiet podczas zabiegu chirurgicznego wykonano procedurę węzła wartowniczego, w pozostałych przypadkach chore wymagały elektywnej limfadenektomii dołu pachowego. Po zabiegu chirurgicznym 44 pacjentki zostały zakwalifikowane do systemowego leczenia adiuwantowego oraz 50 chorych zakwalifikowano do radioterapii uzupełniającej.

Tabela 1. Ogólna charakterystyka grupy badanej (n = 50)
Table 1. Experimental group characteristics (n = 50)

Zmienne niezależne/ *Independent variables*	Kafeteria/ *Category*	Liczba (n)/ *No.*	Procent (%)/ *Percent (%)*
Przedziały wiekowe/ *Age group*	35–44 lata *35–44 years old*	2	4%
	45–54 lata *45–54 years old*	9	18%
	55–64 lata *55–64 years old*	20	40%
	65–70 lat *65–70 years old*	19	38%
Wykształcenie/ *Education level*	podstawowe/ *elementary*	5	10%
	zawodowe/ *vocational*	29	58%
	średnie/ *secondary*	9	18%
	wyższe/ *tertiary*	7	14%
Miejsce zamieszkania/ *place of residence*	wieś/ *village*	9	18%
	miasto do 100 tys./ *town up to 100k*	18	36%
	miasto > 100 tys./ *city > 100k*	23	46%
Stan zatrudnienia/ *Employment status*	praca etatowa/ *full-time employment*	14	28%
	emerytura/ *pension*	2	4%
	renta/ *disability benefits*	23	46%
	bezrobotna/ *unemployed*	5	10%
	własna działalność gospodarcza/ *self-employed*	6	12%
Stan cywilny/ *Marital status*	panna/ *single*	2	4%
	mężatka/ *married*	41	82%
	wdowa/ *widowed*	4	8%
	rozwiedziona/ *divorced*	3	6%

Status socjoekonomiczny/ *Socioeconomic status*	niski/ *low*	5	10%
	średni/ *moderate*	26	52%
	dobry/ *good*	18	36%
	bardzo dobry/ *very good*	1	2%
Leczenie adiuwantowe/ *Adjuvant treatment type*	radioterapia/ *radiotherapy*	50	100%
	chemioterapia/ *chemotherapy*	17	34%
	hormonoterapia/ *hormonaltherapy*	26	52%
Procedura w obrębie regionalnego układu chłonnego/ *Type of surgery performedon regional lymphatic system*	procedura węzła wartowniczego/ *sentinel node procedure*	37	74%
	limfadenektomia pachowa/ *axillary lymphadenectomy*	13	26%
Strona operowana/ *Side operated on*	prawa/ *right*	27	54%
	lewa/ *left*	23	46%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W pierwszym etapie badania oceniono wpływ danych socjodemograficznych oraz wybranych czynników klinicznych na stopień akceptacji choroby, po upływie 5 lat od zabiegu chirurgicznego. Analiza statystyczna wykazała związek pomiędzy liczbą usuniętych węzłów chłonnych a zaakceptowaniem choroby nowotworowej. W przypadku procedury węzła wartowniczego wyniki akceptacji choroby w analizowanej próbie wynosiły średnio 35,54 (mediana 36) i były wyższe niż w przypadku limfadenektomii pachowej (ze średnią na poziomie 28,46 i medianą 28). Były to różnice wysoce istotne statystycznie (p = 0,0036). Jednocześnie nie stwierdzono podobnych zależności w przypadku pozostałych z analizowanych zmiennych niezależnych (p > 0,05). Szczegółowe dane zawarto w **tabeli 2**.

Tabela 2. Wpływ wybranych czynników klinicznych oraz cech socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby w grupie badanej
Table 2. Influence of certain clinical factors and sociodemographic descriptors on the level of acceptance of ilness in the experimental group

Zmienne niezależne/ *Independent variables*	Kafeteria/ *Category*	Średnia arytmetyczna/ *Arithmeticmean*	SD	Min.	Mediana/ *median*	Maks.	Test Kruskala-Wallisa,/ test U Manna-Whitneya/ *Kruskal-Wallis, test, Mann-Whitney U test*
Przedziały wiekowe/ *Age group*	35–44 lata/ *35–44 years old*	33,00	7,07	28,00	33,00	38,00	H=0,7766 p=0,8550
	45–54 lata/ *45–54 years old*	35,11	3,30	27,00	36,00	38,00	
	55–64 lata/ *55–64 years old*	33,80	6,90	16,00	35,50	40,00	
	powyżej 65 lat/ *over 65 years old*	33,00	6,00	20,00	35,00	40,00	
Wykształcenie/ *Education level*	podstawowe/ *primary*	31,60	7,57	20,00	34,00	40,00	H=1,7991 p=0,6151
	zawodowe/ *vocational*	33,62	6,30	16,00	35,00	40,00	
	średnie *secondary*	33,78	4,32	25,00	35,00	39,00	
	wyższe/ *tertiary*	35,43	5,53	27,00	38,00	40,00	
Miejsce zamieszkania/ *Place of residence*	wieś/ *village*	31,67	7,65	19,00	35,00	40,00	H=1,3232 p=0,5160
	miasto do 100 tys./ *town up to 100k*	32,78	6,96	16,00	35,00	40,00	
	miasto > 100 tys./ *city >100k*	35,22	3,83	27,00	36,00	40,00	
Stan zatrudnienia/ *Employment status*	praca etatowa/ *full-time employment*	34,57	4,59	25,00	36,00	40,00	H=3,3993 p=0,4933
	emerytura/ *pension*	35,50	0,71	35,00	35,50	36,00	
	renta/ *disability benefit*	31,87	7,28	16,00	34,00	40,00	
	bezrobotna *unemployed*	37,20	3,42	33,00	39,00	40,00	
	własna działalność gospodarcza/ *self-employed*	35,17	3,60	31,00	36,00	40,00	

Stan cywilny/ *Marital status*	panna/ *single*	31,50	0,71	31,00	31,50	32,00	H=2,5507 p=0,4662
	mężatka/ *married*	33,73	5,90	16,00	35,00	40,00	
	wdowa/ *widowed*	31,75	9,18	20,00	33,50	40,00	
	rozwiedziona/ *divorced*	37,33	2,31	36,00	36,00	40,00	
Status socjoekonomiczny/ *Socio-economic status*	niski/ *low*	29,8	5,97	20	31	35	H=3,7080 p=0,1566
	średni/ *moderate*	34,23	6,02	19	36	40	
	dobry/ *good*	33,78	5,78	16	35,5	40	
	bardzo dobry/ *very good*	---	---	---	---	---	
Leczenie adiuwantowe/ *Adjuvant treatment*	radioterapia + chemioterapia/ *radiotherapy + chemiotherapy*	31,41	7,69	16,00	34,00	40,00	Z=1,2532 p=0,2101
	radioterapia + hormonoterapia/ *radiotherapy + hormonaltherapy*	32,73	6,45	19,00	34,50	40,00	Z=0,9350 p=0,3498
Procedura chirurgiczna w obrębie układu chłonnego/ *Type of surgery performed on regional lymphatic system*	procedura węzła wartowniczego/ *sentinel node procedure*	35,54	3,81	22,00	36,00	40,00	Z=2,9065 p=0,0036
	limfadenektomia pachowa/ *axilliarylymphadenectomy*	28,46	7,71	16,00	28,00	39,00	
Strona operowana/ *Side operatem on*	prawa/ *right*	33,74	5,09	19,00	35,00	40,00	Z=0,7323 p=0,4640
	lewa/ *left*	33,65	6,89	16,00	37,00	40,00	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Mimo braku miejscowego nawrotu raka lub obecności przerzutów odległych po upływie 5 lat od zabiegu operacyjnego 4% kobiet z analizowanej grupy nadal nie akceptowało swojej choroby. Wynik świadczący o średnim poziomie akceptacji zachorowania osiągnęło 78% pacjentek. Natomiast całkowitą akceptację choroby i związanych z nią konsekwencji wykazało 18% chorych. Ogólny, średni wynik w badanej grupie wyniósł 33,7, co świadczyło o zaakceptowaniu przebytej choroby nowotworowej piersi. Szczegółowe dane zawarto w **tabeli 3**.

Tabela 3. Poziomy akceptacji choroby w AIS po upływie 5 lat od zabiegu chirurgicznego
Table 3. Levels of acceptance of illness expressed as stores in AIS scale after 5 years followning surgical treatment

Przedziały AIS/ *AIS level*	Punktacja/ *Number of points*	n	%
Niski/ *Low*	8–19	2	4%
Średni/ *Moderate*	20–30	39	78%
Wysoki/ *High*	30–40	9	18%
Ogółem/ *Total*	33,7	50	100%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dalsza analiza dotyczyła oceny poszczególnych stwierdzeń zawartych w AIS. Uśrednione wartości dla poszczególnych twierdzeń w AIS mieściły się w przedziale od 3,82 do 4,56. Najwyżej oceniono twierdzenie: „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby" (średnia 4,46) oraz: „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebna" (średnia 4,54). Najniżej natomiast punktowano: „Z powodu stanu swojego zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię" (średnia 3,88) oraz: „Nigdy nie będę samowystarczalna w takim stopniu, w jakim chciałabym być" (średnia 3,82). Oznaczało to, że większa zależność od innych oraz niemożność wykonywania wszystkich rzeczy, które przed chorobą sprawiały przyjemność, były w badanej próbie główną przyczyną spadku akceptacji choroby. Szczegółowe dane przedstawia **tabela 4**.

Tabela 4. Średnie wartości dla danych stwierdzeń w AIS – ocena po upływie 5 lat od zabiegu operacyjnego
Tabele 4. Mean values for particular questions from the AIS scale – evaluated after 5 years following surgical treatment

Stwierdzenie w AIS/ *Questions in the AIS scale*	Średnia/ *Arithmetic mean*	SD	Min.	Maks.
1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę/ *1. I have problems with adapting to limitations imposed by my illness*	4,10	0,97	1,00	5,00
2. Z powodu stanu swojego zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię/ *2. I cannot do what I like best because of my health condition*	3,88	1,04	1,00	5,00
3. Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebna/ *3. My illness makes me sometimes feel unwanted*	4,54	0,84	1,00	5,00
4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależna od innych, niż tego chcę/ *4. My health problems make me rely on others more than I want to*	4,00	1,19	1,00	5,00

5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół/ *5. My illness makes me a burden for my family and friends*	4,56	0,79	1,00	5,00
6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem/ *6. My health condition makes me feel a human of little value*	4,34	1,02	1,00	5,00
7. Nigdy nie będę samowystarczalna w takim stopniu, w jakim chciałabym być/ *7. I will never be self-dependent to the extent I would like to be*	3,82	1,26	1,00	5,00
8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby/ *8. I think people around me feel often embarrassed because of my illness*	4,46	0,88	1,00	5,00
Ogólny wskaźnik akceptacji choroby/ *Overall level of acceptance of ilness*	33,7	35	8	40

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Badania własne miały na celu ocenę stopnia akceptacji choroby w grupie 50 kobiet leczonych chirurgicznie z powodu raka piersi metodą BCT. Posłużono się w tym celu standaryzowaną Skalą Akceptacji Choroby (AIS). Po upływie 5 lat od operacji ogólny wynik akceptacji choroby wyniósł 33,7. Oznaczało to pełne zaakceptowanie przebytej choroby nowotworowej. Stwierdzono istotny związek pomiędzy procedurą chirurgiczną wykonaną w obrębie regionalnego układu chłonnego oraz poziomem akceptacji choroby. Lepsze wyniki osiągnęły chore, u których wykonano procedurę węzła wartowniczego.

Zgodnie z wynikami badań Religioni i wsp. rak piersi należy do dobrze akceptowanych chorób nowotworowych przez leczonych z tego powodu pacjentów [8]. W badaniach własnych 4% kobiet mimo upływu 5 lat od zabiegu chirurgicznego nadal nie akceptowało swojej choroby. Jednak zdecydowana większość pacjentek deklarowała akceptację choroby na poziomie średnim (78%) lub w sposób pełny (18%). Ogólny wynik dla badanej grupy świadczył o wysokim poziomie akceptacji zachorowania na nowotwór sutka, co jest zgodne z wynikami przedstawionymi przez innych autorów [9].

Zdaniem Pawlik i wsp. o zaakceptowaniu choroby nowotworowej przez chore na raka piersi w największym stopniu decyduje długość czasu, jaki upłynął od zdiagnozowania zachorowania i zakończenia leczenia. Im dłuższa perspektywa czasowa, tym lepsze zaakceptowanie schorzenia. Z danych opublikowanych przez innych autorów wynika, że w chwili rozpoznania raka piersi aż 92,6% chorych nie akceptowało choroby nowotworowej. Pierwsze oznaki akceptacji problemu zdrowotnego pojawiły się u badanych po upływie 6 miesięcy od zabiegu chirurgicznego. Natomiast najwyższe wyniki w AIS odnotowano dopiero po upływie 2–5 lat od diagnozy [9]. Bąk-Sosnowska i wsp., badając akceptację choroby wśród kobiet w pierwszych dobach po amputacji piersi, odnotowali średni wynik na poziomie 24,56 ± 6,31 punktu. Oznaczało to przeciętny poziom zaakceptowania nowej sytuacji zdrowotnej w pierwszym etapie leczenia [10]. Z kolei w pracy Nowickiego i wsp. nie potwierdzono u chorych istnienia pozytywnego wpływu dłuższej perspektywy czasowej na stopień akceptacji zachorowania na raka piersi [11].

Wyniki badań własnych różnią się także od doniesień innych autorów prowadzących badania z wykorzystaniem AIS wśród pacjentów z innymi jednostkami chorobowymi i są wyższe [12, 13]. W badaniach Juczyńskiego średnie wyniki akceptacji choroby w grupie kobiet z rakiem piersi i szyjki macicy (28,13) są wyższe w porównaniu do pacjentów z neuropatią (18,46), mężczyzn po zawale mięśnia sercowego (22,14), pacjentów z bólami kręgosłupa (20,51) oraz diabetyków (24,81) [7].

Zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych przez Dońka i wsp. poddane przez nich analizie dane demograficzne chorych nie wykazały wpływu na stopień akceptacji choroby nowotworowej [14]. Jednak w pracach innych autorów wykazano obecność takiej zależności [8, 15–19]. W opracowaniu Łatki i wsp. stwierdzono lepsze przystosowanie do choroby u chorych płci męskiej, z wyższym poziomem wykształcenia oraz dobrą sytuacją ekonomiczną [17]. Z kolei w badaniach Czerw i wsp. potwierdzono pozytywny wpływ dobrej sytuacji materialnej na akceptację choroby nowotworowej piersi. Podobna zależność dotyczyła miejsca zamieszkania – mieszkanki dużych miast cechowały się wyższymi wynikami uzyskanymi w AIS [16].

Predyktorami stopnia akceptacji choroby nowotworowej mogą być także niektóre spośród czynników klinicznych [8]. W poddanej analizie grupie chorych czynnikiem determinującym poziom akceptacji choroby nowotworowej był rodzaj zabiegu operacyjnego wykonanego w obrębie regionalnego układu chłonnego. Przystosowanie się do nowej sytuacji zdrowotnej w znacznym stopniu utrudniała chorym konieczność przeprowadzenia limfadenektomii pachowej. Kobiety poddane procedurze węzła wartowniczego osiągnęły znacznie wyższe wyniki akceptacji choroby. Stwierdzone różnice okazały się wysoce istotne statystycznie ($p = 0,0036$).

Jak wynika z badań Kazimierczak i wsp., o stopniu akceptacji choroby może decydować także dostęp chorych do opieki psychologicznej. Pacjentki, które podczas leczenia onkologicznego miały stałą możliwość kontaktów z psychoonkologiem, osiągnęły znacznie wyższe wyniki w AIS niż kobiety niekorzystające z tych form terapii ($p = 0,016$) [20]. Stopień akceptacji choroby może być zależny także od wybra-

nej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową. Zgodnie z wynikami wielu przeprowadzonych badań wraz ze wzrostem konstruktywnego stylu radzenia sobie wzrasta poziom akceptacji choroby [10, 20, 21]. W niniejszej pracy nie analizowano jednak tych zależności.

Oprócz dbałości o jak najwyższy poziom wskaźnika przeżyć 5-letnich, badania dotyczące oceny jakości życia pacjentów leczonych z powodu chorób nowotworowych, w tym raka piersi, stały się zauważalnym problemem współczesnej chirurgii onkologicznej. Wynika to przede wszystkim z dużej wagi holistycznego podejścia do pacjenta, które uwzględnia konieczność zapewnienia mu opieki psychologicznej na wszystkich etapach leczenia przeciwnowotworowego.

Istotnym ograniczeniem przeprowadzonej w naszym ośrodku analizy jest brak pełnej reprezentatywności zakwalifikowanej do badania próby. Zaplanowane kontynuowanie rozpoczętych obserwacji, połączone również z wyraźnym zwiększeniem liczebności badanej grupy chorych, pozwoli na sformułowanie bardziej precyzyjnych wniosków.

Wnioski

1. Po upływie 5 lat od zabiegu chirurgicznego metodą BCT stwierdzono akceptację przebytej choroby nowotworowej w badanej próbie kobiet.
2. W analizowanej próbie wykonanie procedury węzła wartowniczego wiązało się z lepszymi wynikami w AIS w porównaniu do zabiegu limfadenektomii pachowej (p = 0,0036).

Piśmiennictwo

1. Didkowska J, Wojciechowska U. Nowotwory piersi w Polsce i Europie – populacyjny punkt widzenia. Nowotwory. J Oncol. 2013; 63 (2): 111–118.
2. Ryś J, Wysocki W, Chmielik E, Olszewski W. Rodzaje operacji wykonywanych u chorych na raka piersi i zasady zabezpieczania materiału tkankowego do badania histologicznego. Pol J Pathol. 2011; 4(4): 20–25.
3. Łuczyk M, Pietraszek A, Łuczyk R, Szadowska-Szlachetka Z, Stanisławek A. Strategie przystosowania do choroby nowotworowej oraz jej akceptacja w grupie kobiet z rakiem piersi leczonych chirurgicznie. W: Olszówka E, Maciąg K (red.). Choroby XXI wieku: wybrane zagadnienia. Lublin: Fundacja na rzecz promocji nauki i rozwoju TYGIEL; 2015. 261–275.
4. Lewandowska-Abucewicz T, Kęcka K, Brodowski J. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim – badania wstępne. Fam Med Primary Care Rev. 2016; 18(2): 143–148.
5. Uchmanowicz I. Wpływ zespołu kruchości na ocenę akceptacji choroby u chorych w wieku podeszłym na niewydolność serca. Gerontol Pol. 2015; 1: 3–10.
6. Rolka H, Krajewska-Kułak E, Kułak W. Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. Doniesienie wstępne. Probl Piel. 2009; 17: 178–183.
7. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. 2012; 162–166.
8. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Acceptance of Cancer In Patients Diagnosed with Lung, Breast, Colorectal and Prostate Carcinoma. Iran J Public Health. 2015; 44(8): 1135–1142.
9. Pawlik M, Kaczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby u kobiet po mastektomii. Prz Med Uniw Rzeszow. 2013; 2: 203–211.
10. Bąk-Sosnowska M, Oleszko K, Skrzypulec-Plintas V. Akceptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii. Prz Menopauz. 2013; 2: 120–124.
11. Nowicki A, Ostrowska Ż. Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. Pol Merk Lek. 2008; 24: 403–407.
12. Karna-Matyjaszek U, Sierżantowicz R, Mariak Z. Akceptacja własnej choroby przez pacjentów z rozpoznaną jaskrą. Pol Merk Lek. 2010; 28(163): 37.
13. Kurowska K, Lach B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu II. Diabetol Prakt. 2011; 12(3): 113–119.
14. Dońka K, Kanadys K, Lewicka K, Baran B, Wiktor H. Reakcje kobiet na rozpoznanie zmian guzowatych i choroby nowotworowej. Ann UMCS. 2005; 60, 16(78): 357–362.
15. Zielińska-Więczkowska H, Żychlińska E. Akceptacja choroby nowotworowej i jej związek z jakością życia osób starszych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową. Med Rodz. 2015; 4(18): 151–156.
16. Czerw A, Religioni U, Deptała A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. Breast Cancer. 2016; 23: 654–661.
17. Łatka J, Majda A, Sołtys A. Uwarunkowania akceptacji choroby przez chorych poddawanych hemodializie zewnątrzustrojowej. Probl Piel. 2013; 21(3): 318–326.
18. Ogińska-Bulik N, Kozak G. Akceptacja choroby jako wyznacznik radzenia sobie z chorobą nowotworową u pacjentów opieki paliatywnej. Psychoonkologia. 2002; 6(1): 21–25.
19. Nowicki A, Krzemkowska E, Rhone P. Acceptance of illness after surgery in patients with breast cancer in the early postoperative period. Pol Prz Chir. 2015; 87: 539–550.
20. Kazimierczak U, Bułatowicz I, Radzimińska A, Strojek K, Żukow W. Zaburzenia psychofizyczne występujące u kobiet po mastektomii. J Health Sci. 2013; 3(10): 337–346.
21. Ogińska-Bulik M. Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. Psychoonkologia. 2011; 1: 16–24.

Artykuł przyjęty do redakcji: 10.07.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 07.08.2017

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

Adres do korespondencji:
Magdalena Sowa
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz
tel.: 52 585 34 85
e-mail: magdalena.sowa@cm.umk.pl
Katedra i Zakład Laseroterapii i Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

POZIOM WIEDZY STUDENTÓW STUDIÓW MEDYCZNYCH I NIEMEDYCZNYCH W ZAKRESIE UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY

THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF MEDICAL AND NON-MEDICAL STUDENTS IN THE FIELD OF FIRST AID

Ewelina Nowak[1], Monika Pierzak[2]

[1] Zakład Chorób Wewnętrznych, Kardiologii i Pielęgniarstwa Internistycznego
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
[2] Zakład Medycyny Rodzinnej i Geriatrii, Instytut Nauk Medycznych, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.8

STRESZCZENIE

Wstęp. Pierwsza pomoc to zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się na miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem udostępnionych do powszechnego obrotu wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych. Cel badania to pomiar oraz ocena poziomu wiedzy studentów studiów medycznych i niemedycznych dotyczącej zasad i umiejętności praktycznych udzielenia pierwszej pomocy.
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono od grudnia 2016 r. do lutego 2017 r. na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego oraz Politechnice Świętokrzyskiej w Kielcach. W badaniu wzięło udział 137 studentów. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Techniką, którą się posłużono, była technika ankiety.
Wyniki. Poziom wiedzy studentów uzależniony jest od wielu czynników, wśród których zasadniczą rolę odgrywają: doświadczenie oraz profil kierunków studiów. Porównywane grupy studentów cechowały się różną wiedzą w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Jak wskazywały średnie (M), studenci studiów medycznych prezentują wyższy poziom tej wiedzy (M = 10,21) niż studenci studiów niemedycznych (M = 8,35).
Wnioski. Profil kierunku studiów ma decydujący wpływ na poziom wiedzy oraz umiejętności z zakresu pierwszej pomocy. Studenci studiów zarówno medycznych, jak i niemedycznych bezwzględnie powinni być zobowiązani do uczestnictwa w zajęciach kształcących wiedzę oraz umiejętności praktyczne z zakresu pierwszej pomocy.

SŁOWA KLUCZOWE: pierwsza pomoc, poziom wiedzy, studenci.

ABSTRACT

Introduction. First aid is the assistance given to any person suffering sudden illness or injury at the place of occurrence including the use of commercially available medical devices and pharmaceutical medicines. The purpose of the study is to measure and assess the level of knowledge of medical and non-medical students concerning the principles and practical skills of first aid.
Material and methods. The research was conducted from December 2016 to February 2017 at Jan Kochanowski University and University of Technology in Kielce. The study involved 137 students. The diagnostic survey method and the questionnaire were used in the study.
Results. The level of students' knowledge depends on factors among which the main role is played by experience and the field of study. These two groups of students were characterized by different levels of first aid knowledge. As indicated by the average (M), students of medical studies have a higher level of first aid knowledge (M = 10.21) than non-medical students (M = 8.35).
Conclusions. The field of study plays a major role in the level of knowledge and skills in the first aid. Both students of medical and non-medical studies should attend classes that enhance their knowledge and skills in the first aid.

KEYWORDS: first aid, level of knowledge, students.

Wprowadzenie

Zgodnie z „Ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym" (Dz.U.06.191.1410) pierwsza pomoc to zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem udostępnionych do powszechnego obrotu wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych [1]. Udzielenie pierwszej pomocy jest prawnym obowiązkiem każde-

go, niezależnie od przekonań czy wyznań. O obowiązku udzielenia pierwszej pomocy mówi artykuł 4 „Ustawy (...) o Państwowym Ratownictwie Medycznym": „Kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności ma obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego" [1]. Jest to także obowiązek moralny, bo kto oczekuje tej pomocy od innych, musi być w stanie sam tę pomoc świadczyć. Konieczne jest więc, aby jak najwięcej osób znało zasady pierwszej pomocy i mogło jej fachowo udzielić, zanim zjawi się wykwalifikowany personel medyczny [2, 3]. Niezaprzeczalnym prawem każdego człowieka, który znalazł się w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, jest otrzymanie, w możliwie najkrótszym czasie, specjalistycznej oraz wysoko zaawansowanej pomocy lekarskiej, której celem staje się opanowanie nagłego zagrożenia, utrzymanie i ustabilizowanie funkcji życiowych, zmniejszenie bólu i cierpienia oraz w razie konieczności kontynuowanie leczenia specjalistycznego [4, 5]. Ważnym staje się fakt, aby osoba udzielająca pierwszej pomocy przestrzegała podstawowych zasad zapewniających bezpieczeństwo ratującemu i poszkodowanemu oraz dającemu choremu szansę na przywrócenie zdrowia, a nawet życia [2]. Należy postępować zgodnie z maksymą „po pierwsze nie szkodzić". Każda przypadkowa osoba podejmująca działania ratownicze powinna przestrzegać podstawowych zasad; ocenić sytuację wraz z bezpieczeństwem, udzielić pierwszej pomocy, zapewnić dalszą opiekę poszkodowanemu i przekazać informacje o poszkodowanym zespołowi ratownictwa medycznego [5, 6]. Podjęcie działań pierwszej pomocy to jedyny sposób uniknięcia prawnej odpowiedzialności za nieudzielenie pomocy osobie znajdującej się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu [7–9].

Cel badania to pomiar oraz ocena poziomu wiedzy studentów studiów medycznych i niemedycznych dotyczącej zasad i umiejętności praktycznych udzielenia pierwszej pomocy. Analizie poddano również zależności między płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i doświadczeniami związanymi z udzielaniem pierwszej pomocy.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono od grudnia 2016 r. do lutego 2017 r. na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Humanistyczny i Matematyczno-Przyrodniczy) oraz Politechnice Świętokrzyskiej w Kielcach. W badaniu wzięło udział 137 studentów. Studentów studiów medycznych było 77 (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu UJK), studentów studiów niemedycznych było 60 (Politechnika Świętokrzyska – 29 osób, Wydział Matematyczno-Przyrodniczy UJK – 27 osób, Wydział Humanistyczny UJK – 4 osoby). Wśród respondentów było 107 kobiet i 30 mężczyzn. Respondenci różnili się od siebie miejscem zamieszkania: 85 spośród studentów biorących udział w badaniu mieszkało na wsi, 27 osób – w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców, natomiast 23 osoby zamieszkiwały miasto mniejsze niż 100 tys. mieszkańców. Studenci biorący udział w badaniu byli w wieku mieszczącym się w przedziale od 19. do 29. roku życia, spośród nich najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 21 lat, natomiast najmniej liczną stanowili studenci w 19. oraz 29. roku życia.

Do przeprowadzenia badania stworzono autorski, anonimowy kwestionariusz, który składał się z 23 pytań. Pierwsza część ankiety dotyczyła danych demograficznych: płci, wieku, miejsca zamieszkania oraz miejsca studiowania. Druga część, składająca się z 14 pytań, miała na celu określenie poziomu wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy. Pytania zostały stworzone na podstawie aktualnych wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji [17]. Studentom zadano również pytania dotyczące prób i doświadczeń związanych z udzielaniem pierwszej pomocy, uczestnictwa w zajęciach z pierwszej pomocy oraz znajomości zagadnień prawnych dotyczących udzielania i zaniechania pierwszej pomocy. Poziom wiedzy studentów został sklasyfikowany za pomocą punktacji wyrażonej w liczbach. Przedstawia się on następująco: 20 pkt – poziom wiedzy wysoki, 13 pkt – poziom wiedzy średni, ⩾12 pkt – poziom wiedzy niski.

Kwestionariusz ankiety respondenci wypełniali osobiście w obecności autorów pracy. Zapewniło to anonimowość i rzetelność badania. Uzyskane przez uczestników wyniki zostały zliczone pod względem ilościowym, a następnie zilustrowane w tabelach. Wyniki badań zostały poddane analizie przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 23. Za jego pomocą wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa, test t-studenta dla prób niezależnych, jednoczynnikowe analizy wariancji dla prób niezależnych testu Manna-Whitneya oraz analizę korelacji ze współczynnikiem r Pearsona. Za poziom istotności w niniejszej pracy uznano $p < 0,05$. Wyniki istotne na poziomie $0,05 < p < 0,1$ uznawano za istotne na poziomie tendencji statystycznej.

Wyniki

W pierwszym kroku przeprowadzono analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa badającym normalność rozkładu

mierzonych zmiennych ilościowych. W jego wyniku okazało się, że zarówno dla ogółu badanych, jak i w grupie studentów studiów medycznych i niemedycznych rozkłady wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy są zgodne z rozkładem normalnym. Dlatego też podjęto decyzję, by przeprowadzić parametryczne testy i analizy w niniejszej pracy. Zbiorczo wyniki wszystkich wyliczonych statystyk opisowych wraz z testem normalności rozkładu zawiera **tabela 1.**

Tabela 1. Poziom wiedzy studentów dotyczącej udzielania pierwszej pomocy
Table 1. Knowledge level of first aid students

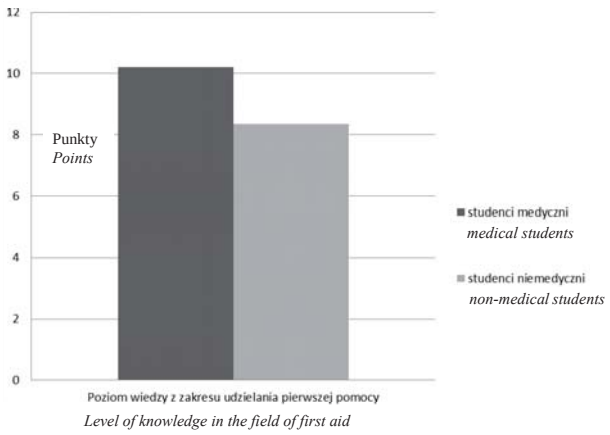
	M	Mdn	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	K-S	P
Ogółem/ *Altogether*	9,39	10,00	2,53	-0,19	-0,53	3,00	15,00	1,19	0,116
Studenci studiów medycznych/ *Medical students*	10,21	10,00	2,20	-0,35	0,15	5,00	15,00	1,09	0,183
Studenci studiów niemedycznych/ *Students of non-medical studies*	8,35	8,00	2,57	0,22	-0,61	3,00	14,00	1,07	0,207

M – średnia/*average*; Mdn – mediana/*median*; SD – odchylenie standardowe/*standard deviation*; Sk. – skośność/*slant*; Kurt. – kurtoza/*kurtosis*; K-S – wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa/*result of the test Kołmogorowa-Smirnowa*; P – istotność/*relevance*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Związek pomiędzy profilem kierunku studiów a wiedzą z zakresu pierwszej pomocy

W kolejnym kroku przeprowadzanych analiz wykonano test t-studenta dla prób niezależnych. Przy jego użyciu porównano studentów studiów medycznych (n = 77) ze studentami studiów niemedycznych (n = 60) pod względem ich poziomu wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy. Wynik, jaki uzyskano, okazał się być istotny statystycznie – t(135) = 4,56; p < 0,001; 95% CI [1,05; 2,66]; d = 0,79, a zatem porównywane grupy studentów cechują się różną wiedzą w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Jak wskazują średnie, studenci studiów medycznych mają jej wyższy poziom (M = 10,21; SD = 2,20) niż studenci studiów niemedycznych (M = 8,35; SD = 2,57). Według miary siły efektu różnic d-Cohena różnice te są o dużej sile. Graficzne przedstawienie wyników zawiera **rycina 1**.

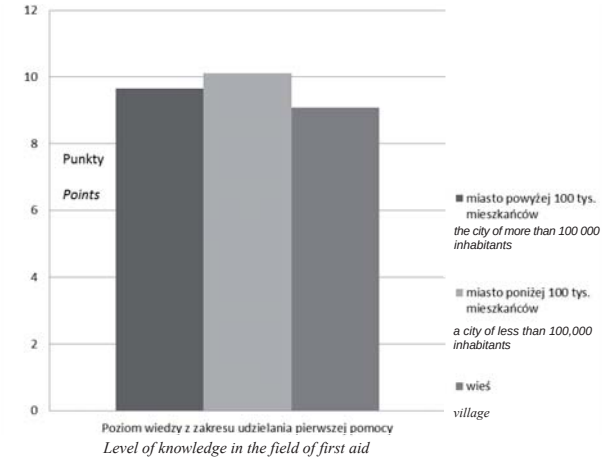


Rycina 1. Porównanie średniego poziomu wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy w zależności od rodzaju studiów
Figure 1. Comparison of the average level of first aid knowledge depending on the type of study

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Związek pomiędzy miejscem zamieszkania a wiedzą respondentów dotyczącą pierwszej pomocy

W kolejnym kroku, przy użyciu testu t-studenta dla prób niezależnych, zbadano istotność wpływu miejsca zamieszkania na poziom wiedzy dotyczącej udzielania pierwszej pomocy. Porównano do siebie mieszkańców miast powyżej 100 tys. mieszkańców (n = 23), mieszkańców miast poniżej 100 tys. mieszkańców (n = 23), a także mieszkańców wsi (n = 85). W wyniku przeprowadzonej analizy okazało się jednak, że grupy te nie różnią się pomiędzy sobą pod względem mierzonego poziomu wiedzy – F(2, 134) = 1,86; p = 0,160; $ç^2$ = 0,03. Zarówno mieszkańcy miast powyżej 100 tys. mieszkańców (M = 9,65; SD = 2,23), poniżej 100 tys. mieszkańców (M = 10,11; SD = 2,65), jak i mieszkańcy wsi (M = 9,08; SD = 2,56) mają podobny do siebie poziom wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Graficzne przedstawienie wyników zawiera **rycina 2**.

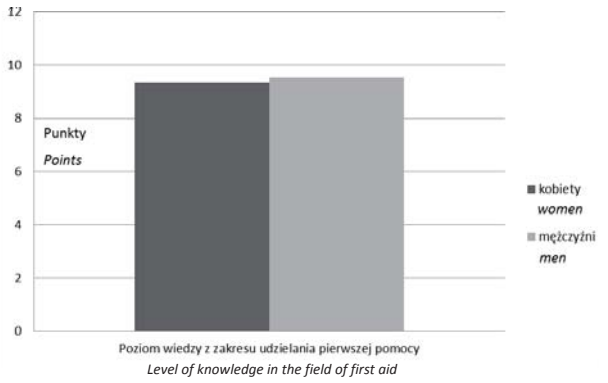


Rycina 2. Porównanie średniego poziomu wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy w zależności od miejsca zamieszkania badanych
Figure 2. Comparison of the average level of first aid knowledge depending on the respondents' residence

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Związek pomiędzy płcią a poziomem wiedzy z zakresu pierwszej pomocy

Następnie przeprowadzony został test Manna-Whitneya w celu zbadania, czy płeć różnicuje istotnie statystycznie badaną próbę pod względem poziomu wiedzy dotyczącej pierwszej pomocy. Wybór nieparametrycznej analizy został podyktowany faktem, iż zaobserwowano dość znaczącą rozbieżność w liczebnościach badanych kobiet (n = 107) oraz mężczyzn (n = 30). Jednakże wynik tej analizy okazał się być nieistotny statystycznie – Z = -0,10; p = 0,921; r = 0,01, a co za tym idzie – brak jest zróżnicowania międzypłciowego w zakresie poziomu mierzonej wiedzy. Poziom wiedzy kobiet (M = 9,36; SD = 2,58; Mdn = 10,00) jest zbliżony do średniego poziomu mężczyzn (M = 9,53; SD = 2,39; Mdn = 9,00). Graficzne przedstawienie wyników zawiera **rycina 3**.



Rycina 3. Porównanie średniego poziomu wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy w zależności od płci badanych
Figure 3. Comparison of the average level of first aid knowledge depending on the sex of the respondents

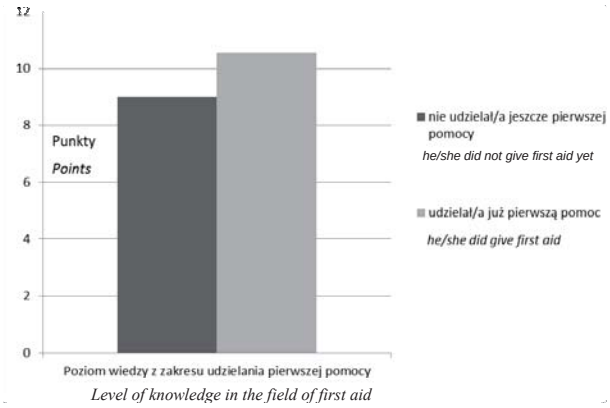
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Związek pomiędzy wiekiem badanych respondentów a poziomem wiedzy z zakresu pierwszej pomocy

W kolejnym kroku przeprowadzona została natomiast analiza korelacji ze współczynnikiem r Pearsona. Za jej pomocą zbadano, czy wiek koreluje istotnie statystycznie z poziomem wiedzy badanych na temat udzielania pierwszej pomocy. Przed wyborem rodzaju analizy zbadano zgodność rozkładu wieku z rozkładem normalnym. Okazało się, że wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa jest istotny statystycznie – K-S = 2,32; p < 0,001, a także skośność (Sk. = 1,01) tej zmiennej przekracza umowną wartość bezwzględną 0,08, co potwierdza asymetrię względem rozkładu normalnego. Sprawdzono także obecność obserwacji odstających i odnotowano dwie obserwacje w wieku 29 lat, które odbiegały od reszty próby. Po odfiltrowaniu tych dwóch obserwacji wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa pozostał istotny statystycznie – K-S = 2,43; p < 0,001, niemniej jednak wartość skośności zmalała do satysfakcjonującego poziomu równego 0,47. Stąd też decyzja o przeprowadzeniu parametrycznej analizy z zachowaniem odfiltrowanych dwóch badanych w wieku 29 lat. Wynik przeprowadzonej analizy korelacji okazał się być jednak nieistotny statystycznie – r = -0,09; p = 0,287, co oznacza, że wiek nie ma związku z poziomem wiedzy badanych na temat udzielania pierwszej pomocy.

Zależność pomiędzy poziomem wiedzy respondentów z zakresu pierwszej pomocy a udzieloną kiedykolwiek pierwszą pomocą poszkodowanym

W dalszej części analiz wykonany został test Manna-Whitneya mający na celu porównanie badanych, którzy kiedykolwiek wcześniej udzielili pierwszej pomocy (n = 102) oraz tych, którzy tego nie robili (n = 35). Wybór nieparametrycznej analizy ponownie został podyktowany faktem zbyt różnych liczebności obu grup. W wyniku przeprowadzonej analizy uzyskano istotne różnice pomiędzy porównywanymi grupami – Z = -2,97; p < 0,01; r = 0,25. Średnie wskazują, że badani, którzy mają już doświadczenie z udzielaniem pierwszej pomocy, mają również wyższy poziom wiedzy (M = 10,54; SD = 2,41; Mdn = 11,00) aniżeli badani, którzy wcześniej tego nie robili (M = 9,00; SD = 2,47; Mdn = 9,00). Z kolei miara siły efektu różnic r dowodzi, że uzyskane różnice mają umiarkowaną siłę. Graficzne przedstawienie wyników zawiera **rycina 4**.



Rycina 4. Porównanie średniego poziomu wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy w zależności od doświadczenia w udzielaniu pierwszej pomocy

Figure 4. Comparison of the average level of first aid knowledge depending on experience in first aid

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Dyskusja

Procedury medyczne, które świadczone są przez Państwowe Ratownictwo Medyczne, często postrzegane są przez społeczeństwo jako szereg skomplikowanych czynności, które wykonywać mogą tylko osoby z wykształceniem medycznym. Z powodu takich przekonań świadkowie zdarzeń, w których należy udzielić pierwszej pomocy, nie czynią tego z obawy przed nieumiejętnym udzieleniem pomocy. Niezwykle ważnym staje się fakt, iż za nieudzielenie poszkodowanej osobie pomocy grozi kara, o czym mówi „Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny" (Dz.U. 97.88.553); art. 162: „Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3" [10].

Brak wystarczającej wiedzy z pierwszej pomocy wśród studentów kształcących się na kierunkach niemedycznych przemawia za koniecznością efektywnego i intensywnego nauczania podstawowych zasad i technik pierwszej pomocy. Życie i zdrowie człowieka jest wartością bezcenną. Przypadkowi świadkowie zdarzenia, którzy zastosują algorytm resuscytacji krążeniowo-oddechowej z użyciem automatycznego defibrylatora zewnętrznego (ang. *automated external defibrillator* – AED), przed przybyciem zespołu ratownictwa medycznego, często odgrywają kluczową rolę w ratowaniu życia poszkodowanego, u którego doszło do nagłego zatrzymania krążenia [11].

Z badań Chemperek i wsp. wynika, że stan wiedzy respondentów z zakresu pierwszej pomocy jest niezadowalający. Duża grupa ankietowanych nie zna aktualnych wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji [12]. Podobne wyniki przedstawiają Skitek i wsp. Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzili, że poziom wiedzy z zakresu pierwszej pomocy wśród osób studiujących kierunki niemedyczne jest niewystarczający. Studenci studiów medycznych w większości mają wiedzę z zakresu pierwszej pomocy [13]. Wyniki przeprowadzonych badań własnych oraz badań autorów prac podejmujących tematykę udzielania pierwszej pomocy potwierdzają występowanie pilnej potrzeby wprowadzenia komplementarnego i systematycznego nauczania zagadnień z pierwszej pomocy. Znajomość aktualnych wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji i aktów prawnych regulujących obowiązek udzielania pierwszej pomocy zagwarantuje pozytywną postawę niesienia pomocy [14, 15].

Wiedza studentów studiów medycznych jest wyższa niż wiedza studentów niemedycznych. Jak wskazują średnie, studenci studiów medycznych mają jej wyższy poziom (M = 10,21; SD = 2,20) niż studenci studiów niemedycznych (M = 8,35; SD = 2,57). Istotnym staje się fakt, iż różnica w wiedzy studentów jest mało zróżnicowana. Studenci kształcący się na kierunkach medycznych – ze względu na specyfikę zawodu, który będą wykonywać w przyszłości – powinni charakteryzować się najwyższym poziomem wiedzy i umiejętności mających służyć zdrowiu oraz życiu drugiego człowieka. Podobne wyniki badań otrzymali Seweryn i wsp.; autorzy stwierdzili, że wiedza studentów (z wyłączeniem kierunku: ratownictwo medyczne) nie jest znacząco różna od wiedzy studentów kierunków humanistycznych i nauk o bezpieczeństwie [16, 17].

Wiedza studentów studiów medycznych oraz niemedycznych nie jest zależna do miejsca zamieszkania, płci oraz wieku. Zarówno mieszkańcy miast powyżej 100 tys. mieszkańców (M = 9,65; SD = 2,23), poniżej 100 tys. mieszkańców (M = 10,11; SD = 2,65), jak i mieszkańcy wsi (M = 9,08; SD = 2,56) mają podobny do siebie poziom wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Poziom wiedzy kobiet (M = 9,36; SD = 2,58; Mdn = 10,00) jest zbliżony do średniego poziomu wiedzy mężczyzn (M = 9,53; SD = 2,39; Mdn = 9,00).

Doświadczenie w udzielaniu pierwszej pomocy odgrywa zasadniczą rolę w decyzyjności osoby ratującej. Badanie ankietowanych wskazuje, iż osoby, które mają już doświadczenie z udzielaniem pierwszej pomocy, mają również wyższy poziom wiedzy (M = 10,54; SD = 2,41; Mdn = 11,00) aniżeli badani, którzy wcześniej nie udzielali pierwszej pomocy (M = 9,00; SD = 2,47; Mdn = 9,00).

Budowanie świadomości społeczeństwa o przydatności wiedzy z pierwszej pomocy można realizować poprzez wprowadzanie tych zagadnień w różne obszary życia. Ważne jest, aby na uczelniach wprowadzić projekt edukacyjno-informacyjny, który byłby ukierunkowany na zmianę świadomości i podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa, zwłaszcza ludzi młodych, na temat udzielania pierwszej pomocy**.**

Wnioski

1. Profil kierunku studiów ma decydujący wpływ na poziom wiedzy oraz umiejętności z zakresu pierwszej pomocy. Wprowadzenie dodatkowych zajęć z pierwszej pomocy na uczelniach o profilu niemedycznym wydaje się być koniecznością wynikającą z niskiego poziomu wiedzy.
2. Wskazane jest udoskonalenie metod nauczania wśród studentów studiów medycznych i niemedycznych, co pozwoli na lepsze przygotowanie do możliwej konfrontacji z sytuacjami zagrożenia dla zdrowia i życia człowieka. Bezwzględnym obowiązkiem powinno być uczestnictwo w zajęciach kształcących wiedzę oraz umiejętności praktyczne.
3. Niepokojącym faktem jest niski poziom wiedzy studentów studiów medycznych, którzy ze względu na profil kierunków studiów oraz rodzaj przyszłego zawodu powinni prezentować wysoki poziom wiedzy z zakresu metod i technik udzielania pierwszej pomocy.
4. Szkolenia obejmujące zajęcia teoretyczne i praktyczne z zakresu udzielania pierwszej pomocy powinny być organizowane cyklicznie na każdym szczeblu kształcenia akademickiego. Prowadzenie zajęć powinno być powierzone nauczycielom posiadającym odpowiednie kwalifikacje oraz aktualne certyfikaty pierwszej pomocy.
5. Wiedza, która jest przekazywana studentom studiów zarówno medycznych, jak i niemedycznych, powinna opierać się na aktualnych wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz.U.06.191.1410 z późn. zm.
2. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. Dz.U.64.16.93 z późn. zm.
3. Europejska Rada Resuscytacji. Wytyczne resuscytacji 2015.
4. Stammet P, Collas D, Werer C et al. Impact of initial intervention on long-term neurological recovey after cardiac arrest: data from the Luxembourg 'North Pole' cohort. Bull Soc Sci Med Grand Duche Luxemb. 2012; 1: 60–70.
5. Goniewicz M. Pierwsza pomoc. Podręcznik dla studentów. Warszawa: PZWL; 2011.
6. Adielsson A, Hollenberg J, Karlsson T et al. Increase in survival and bystander CPR in out-of-hospital shockable arrhythmia: bystander CPR and female gender are predictors of improved outcome. Experiences from Sweden in an 18-year perspective. Heart. 2011; 97(17): 1391–1396.
7. Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń. Dz.U.71.109.756.
8. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym. Dz.U. 05.108.908 z późn. zm.
9. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. Dz.U.98.21.94 z późn. zm.
10. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny. Dz.U.97.88.553.
11. Europejska Rada Resuscytacji, Polska Rada Resuscytacji (tłum.). Wytyczne resuscytacji 2015. Kraków: Polska Rada Resuscytacji; 2015.
12. Chemperek E, Goniewicz M, Włoszczak-Szubzda A et al. Poziom wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych i studentów w zakresie pierwszej pomocy. Med Ogólna Nauki Zdr. 2011; 1(4): 174–179.
13. Skitek I, Witt M, Goniewicz M. Ocena znajomości zagadnień z pierwszej pomocy wśród studentów uczelni uniwersyteckich miasta Poznania. Now Lek. 2012; 81, 6: 641–646.
14. Olejniczak D, Miciuk D, Religioni U. Ocena stanu wiedzy studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na kierunku pielęgniarstwo na temat pierwszej pomocy przedmedycznej. Piel Zdr Publ. 2013; 3: 101–110.
15. Metin I, Mutlu C. Level of knowledge about first aid of the university students. Trakia J Sci. 2010; 8: 262–265.
16. Patryn R, Żyśko M, Sobczyńska M. Analiza poziomu wiedzy i znajomości prawa dotyczącego zasad udzielania pierwszej pomocy wśród grupy aktywnych kierowców województwa lubelskiego. Med Ogólna Nauki Zdr. 2012; 18, 4: 324–329.
17. Seweryn B, Spodaryk M, Ziarko A. Stan wiedzy studentów o zasadach udzielania pierwszej pomocy i systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce. Państwo i Społeczeństwo. 2016; 16, 4: 70–86.

Artykuł przyjęty do redakcji: 05.5.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 23.08.2017

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

Adres do korespondencji:
Ewelina Nowak
al. IX Wieków Kielc 19
25-317 Kielce
tel.: 41 349 69 35
e-mail: ewelinanowakkielce@gmail.com
Zakład Chorób Wewnętrznych, Kardiologii i Pielęgniarstwa Internistycznego
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

OPIEKA I PIELĘGNACJA NOWORODKA – OCENA POZIOMU WIEDZY KOBIET PO PORODZIE

NEWBORN CARE AND BABY TENDING – ASSESSMENT OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE IN POSTPARTUM WOMEN

Marzena Kaźmierczak[1], Grażyna Gebuza[1], Dorota Krasińska[2], Małgorzata Gierszewska[1], Estera Mieczkowska[1]

[1] Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
[2] studentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.9

STRESZCZENIE

Wstęp. Poziom wiedzy młodych matek ma znaczący wpływ na opiekę i pielęgnację noworodka, a także na jego prawidłowy rozwój.
Cel. Ocena poziomu wiedzy położnic na temat opieki i pielęgnacji noworodka; ustalenie determinantów poziomu tej wiedzy.
Materiał i metody. Do badania włączono 100 kobiet w okresie połogu, które rekrutowano w oddziałach położniczych i poradni K. Projekt realizowano po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej (KB752/2014). Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym – kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.
Wyniki. Badana próba prezentowała przeciętny poziom wiedzy na temat opieki i pielęgnacji noworodka. Położnice w wieku 31–41 lat, z wykształceniem wyższym i w dobrej sytuacji ekonomicznej wykazały istotnie wyższy poziom wiedzy ($p < 0,05$). Nie odnotowano znamiennej statystycznie różnicy między zmienną: stan cywilny a poziomem wiedzy kobiet po porodzie ($p > 0,05$). Wybrane zmienne położnicze (rodność, sposób ukończenia ciąży, udział w szkole rodzenia) nie różnicowały poziomu wiedzy badanej próby na temat czynności pielęgnacyjnych noworodka ($p > 0,05$).
Wnioski. Kobiety w okresie połogu prezentowały przeciętny poziom wiedzy na temat opieki i czynności pielęgnacyjnych noworodka. Istotnymi czynnikami warunkującymi wiedzę kobiet w tym zakresie były: wiek, wykształcenie oraz status ekonomiczny. Przeprowadzone badanie wskazuje, jak cenne jest podnoszenie poziomu wiedzy na temat opieki i pielęgnacji noworodka, a wiodącą rolę w edukacji rodziców powinny odgrywać pielęgniarki i położne, opierając się na aktualnych normach postępowania opiekuńczo-pielęgnacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego.

SŁOWA KLUCZOWE: pielęgnacja noworodka, opieka nad noworodkiem, poziom wiedzy.

ABSTRACT

Introduction. The level of knowledge of new mothers has a significant impact on the care, tending and proper development of neonates.
Aim. Assessment of the level and determinants of postpartum women's knowledge about newborn care and tending.
Material and methods. The study included 100 postpartum women recruited from maternity wards and women's health outpatient clinics. The project was carried out with permission of the Bioethics Committee (KB752/2014). The research method used was a diagnostic survey and the research tool was a questionnaire of author's own design.
Results. The study group demonstrated an average level of knowledge on newborn care and tending. The level was significantly higher in postpartum women aged 31–41 with higher education and a good financial situation ($p < 0.05$). No statistically significant difference was found between the marital status and the level of knowledge in postpartum women ($p > 0.05$). Selected obstetric variables (parity, mode of delivery, participation in childbirth classes) did not affect the knowledge on baby care in the study group ($p > 0.05$).
Conclusions. Women in the postpartum period demonstrated an average level of knowledge on newborn care and tending. Significant determinants of women's knowledge in that respect included: age, educational attainment and financial status. The study reveals that it is of major significance to improve the level of knowledge on newborn care and tending, and that the primary role in parent education should be played by nurses and midwives following current norms of nursing care in the area of neonatal nursing.

KEYWORDS: newborn care, baby tending, level of knowledge.

Wprowadzenie

Opieka nad noworodkiem wymaga wysokiego poziomu wiedzy z zakresu pielęgnacji i procesów adaptacyjnych. Brak przygotowania młodych matek i pojawiające się sytuacje stresowe w opiece nad dzieckiem powodują, że kobiety po porodzie nie radzą sobie z zaistniały-

mi problemami. Przystosowanie się do życia w domu z nowo narodzonym dzieckiem jest zadaniem bardzo trudnym. Czas hospitalizacji po porodzie jest uzależniony od przebiegu porodu. Kobiety po porodzie siłami natury pozostają w szpitalu średnio 2 dni, po cięciu cesarskim – średnio 3 dni. Tak krótki pobyt na oddziale położniczym wiąże się z absolutną koniecznością przekazania młodej matce odpowiedniej wiedzy, aby czuła się pewnie, podejmując opiekę nad dzieckiem w domu [1]. Stan zdrowia noworodka również decyduje o czasie przebywania w szpitalu. Termin wypisu z oddziału położniczego może ulec zmianie z powodu wystąpienia problemów w adaptacji noworodka do warunków zewnętrznych, przedłużającej się żółtaczki fizjologicznej, nadmiernego spadku masy ciała czy gorączki [2]. W dzisiejszych czasach kobieta, która chce pogłębić swoją wiedzę, nie musi wychodzić z domu – może uzyskać informacje na dany temat z Internetu. Musi jednak pamiętać, że nie wszystkie informacje są prawdziwe i przekazane rzetelnie, dlatego należy je zweryfikować, odwołując się do personelu medycznego, który w ramach swoich kompetencji posiada profesjonalną wiedzę medyczną.

Rola położnej w opiece nad kobietą po porodzie jest bardzo ważna i wymaga dokładnego, profesjonalnego przygotowania i zaangażowania [3]. Działania edukacyjne w okresie okołoporodowym powinny być integralną częścią opieki nad matką i ojcem, powinny być one realizowane już w okresie prokreacji w szkołach, poradniach rodzinnych, u lekarza ginekologa, położnika w czasie pierwszej wizyty kobiety ciężarnej i przez całą ciążę w szkołach rodzenia. Niemniej ważna w okresie okołoporodowym jest edukacja poporodowa, realizowana na oddziałach neonatologiczno-położniczych, gdyż w okresie tym występuje największa potrzeba i motywacja do pozyskania niezbędnych umiejętności i wiedzy [4, 5]. Według Sadowskiej i wsp. [6] wśród wielu czynników, które motywowały przyszłe matki do podjęcia kursów w szkole rodzenia, należy wymienić: potrzebę przygotowania do rodzicielstwa (19,5%) oraz nabycia umiejętności w zakresie pielęgnacji i opieki nad dzieckiem (10%), umiejętności karmienia piersią (15%) czy zwiększenie zaangażowania partnera do współpracy w opiece nad noworodkiem (20,8%).

Cel pracy

Ocena poziomu wiedzy położnic na temat opieki i pielęgnacji noworodka, a także ustalenie determinantów poziomu tej wiedzy.

Materiał i metody

Do badania włączono 100 kobiet w okresie połogu, które rekrutowano na oddziałach położniczych i poradni K. Projekt realizowano po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej (KB752/2014). Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym – kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Badanie było anonimowe i dobrowolne. Kwestionariusz ankiety składał się z 40 pytań. Pierwsza część zawierała metryczkę (wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania oraz sytuacja ekonomiczna położnic). Druga część kwestionariusza ankiety zawierała wywiad położniczy, a pytania dotyczyły m.in.: rodności, sposobu ukończenia ciąży, terminu porodu oraz doby połogu. W kolejnej części kwestionariusza zamieszczono pytania sprawdzające wiedzę kobiet na temat opieki i pielęgnacji noworodka, w tym: kąpieli, karmienia, postępowania z kikutem pępowinowym, szczepień ochronnych, suplementacji witamin oraz stanów przejściowych.

Średnia wieku badanej próby wynosiła 28 lat, min. 17, maks. 41 lat. Kobiety z wykształceniem wyższym stanowiły 38%, średnim – 32%, zawodowym – 21% oraz gimnazjalnym – 9%. Najliczniejszą grupę stanowiły mężatki (68%). Kobiety pozostające w związkach nieformalnych to 29% badanej próby. Odnotowano 3 kobiety samotne. Mieszkankami wsi i miast było odpowiednio po 50% badanych. Większość respondentek oceniła swoją sytuację materialną jako dobrą (87%), natomiast o niekorzystnym położeniu ekonomicznym poinformowało 12% położnic. Pierwiastek było 45%, a wieloródek – 55%. Drogami natury urodziło 65% respondentek, a poród zabiegowy (cięcie cesarskie, kleszcze położnicze) odnotowano u 35% kobiet.

Analiza badań została przeprowadzona przy użyciu programu Microsoft Office Excel 2000 oraz pakietu programów do obliczeń statystycznych IBM SPSS Statistics version 17. Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi obliczono za pomocą współczynnika korelacji Pearsona. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

W wyniku ankietowania stwierdzono, że tylko 18% kobiet wiedziało, ile trwa okres noworodkowy. Ponad 30% respondentek uznało, że okres noworodkowy trwa 30 dni, a 41% kobiet odpowiedziało, że do 3 miesięcy. W kwestii suplementacji witaminowej – 37% udzieliło prawidłowej odpowiedzi, że witamina D w diecie u noworodka powinna pojawić się od 1. dnia życia. Ponad 60% kobiet odpowiedziało, że witamina D powinna być podawana od 2. tygodnia życia dziecka. O tym, że witamina K ma wpływ na zapobieganie chorobie krwotocznej u noworodków, wiedziało 55% ankietowanych. Zdecydowana większość respondentek (83%) w momencie badania karmiła dziecko piersią. Tylko nieliczna część kobiet nie karmiła naturalnie – 17%. Większość respondentek (94%) wiedziała, że na-

leży karmić dziecko piersią na żądanie, a 82% kobiet odpowiedziało, że karmień w ciągu doby musi być od 6 do 8. Temperatura wody podczas kąpieli noworodka powinna wynosić 36–37°C. Prawidłowych odpowiedzi udzieliło 82% badanych. Tylko 13% kobiet wiedziało, na czym polega tzw. sucha pielęgnacja kikuta pępowinowego. Ponad połowa respondentek (67%) uznała, że odpowiednim produktem leczniczym do pielęgnacji kikuta będzie Octenisept. Aż 83% badanych miało wiedzę o przyczynie pieluszkowego zapalenia skóry u noworodka, w tym 8% matek twierdziło, że występuje ono w wyniku stosowania zasypek. Stymulację dotykiem (masaż) stosowało 70% kobiet, a 83% uważało, że ma on wpływ na prawidłowy rozwój dziecka. Związku między masażem a rozwojem dziecka nie wykazało 17% matek. Ponad połowa respondentek (61%) nie wiedziała, co to są stany przejściowe u noworodka, ale zdecydowana większość (73%) badanych udzieliła prawidłowej odpowiedzi odnośnie występowania żółtaczki fizjologicznej w 2. dobie życia. Wiedzę na temat opieki i pielęgnacji noworodka kobiety czerpały najczęściej: od położnej (69%), z czasopism (68%) oraz z Internetu (67%).

W celu ustalenia poziomu wiedzy w zakresie podstawowych zagadnień dotyczących opieki i pielęgnacji noworodka wzięto pod uwagę pytania dotyczące różnych aspektów życia noworodka, na które odpowiadały kobiety po porodzie. Za każdą udzieloną poprawną odpowiedź ankietowana otrzymała 1 punkt (**Tabela 1**). Punktacja wynosiła od 0 do 17 punktów. Uzyskanie odpowiedniej ilości punktów kwalifikowało badaną do grupy reprezentującej odpowiedni poziom wiedzy, według poniższego zestawienia: wysoki poziom wiedzy – 17–13 punktów, przeciętny poziom wiedzy – 12–8 punktów i niski poziom wiedzy – 7–0 punktów. W wyniku ankietowania stwierdzono, że najliczniejszą grupę stanowiły położnice o przeciętnym poziomie wiedzy – 65%. Wysoki poziom wiedzy na temat opieki i pielęgnacji noworodka reprezentowało 26% matek, tylko 9% badanych stanowiła grupa o niskim poziomie wiedzy.

Tabela 1. Kategoryzacja pytań sprawdzających poziom wiedzy kobiet
Table 1. Categorisation of questions used for assessing the level of women's knowledge on newborn care and tending

Nr pytania/ *Q. no.*	Treść pytania w kwestionariuszu ankiety/ *Question in the survey questionnaire*	Prawidłowa odpowiedź/ *Correct answer*	Pkt/*Pts.*
1.	Okres noworodkowy trwa według Pani:/ *In your opinion, the neonatal period lasts:*	- 28 dni/ *28 days*	0–1
2.	Czy temperatura wody 36–37°C to odpowiednia temperatura do kąpieli noworodka?/ *Is water temperature 36–37°C appropriate for bathing a newborn?*	- tak/*yes*	0–1
3.	Czy okolice warg sromowych u dziewczynki należy przemywać ciepłą przegotowaną wodą, jednym ruchem w kierunku odbytu?/ *Should a baby girl's vulvar region be washed with warm boiled water with one wipe from front to back?*	- tak/*yes*	0–1
4.	Czy podczas pielęgnacji narządów płciowych u chłopca należy zsuwać napletek?/ *When cleaning baby boy's genitals, should you try to pull back the foreskin?*	- nie/*no*	0–1
5.	Do pielęgnacji kikuta pępowinowego zaleca się:/ *The preferred way of caring for a baby's umbilical stump:*	-suchą pielęgnację/ *dry care*	0–1
6.	Czy odpowiednia temperatura zachowana w najbliższym otoczeniu pozwoli zmniejszyć występowanie potówek na skórze dziecka?/ *Will appropriate temperature of the immediate environment help reduce the development of heat rash on the baby's skin?*	- tak/*yes*	0–1
7.	Przyczyną pieluszkowego zapalenia skóry u noworodka według Pani jest:/ *In your opinion, the cause of diaper dermatitis in a newborn is:*	- stały kontakt z wilgocią i tarciem skóry o pieluszkę/ *frequent moistness and skin irritation by the diaper*	0–1
8.	Czy łuskowate, tłuste zmiany na owłosionej skórze głowy noworodka, zwane ciemieniuchą, mogą być zwalczone częstym czesaniem oraz natłuszczeniem skóry głowy dziecka?/ *Can scaly, fatty changes on a baby's hair-covered head (called cradle cap) be prevented by brushing and oiling the skin on the baby's head frequently?*	- tak/*yes*	0–1
9.	Czy noworodka należy karmić tak często, jak tego chce?/*Should a newborn be fed as often as he/she wants to?*	- tak/*yes*	0–1
10.	Czy noworodka należy karmić co najmniej 6–8 razy dobę?/*Should a newborn be fed at least 6-8 times a day?*	- tak/*yes*	0–1
11.	Czy noworodek powinien otrzymywać witaminę D od 2. tygodnia życia?/*Should a newborn receive vitamin D starting from the 2nd week of life?*	- nie/*no*	0–1
12.	Czy wiedziała Pani, że witamina K podawana noworodkom zapobiega chorobie krwotocznej?/ *Did you know that vitamin K administered to newborns prevented haemorrhagic disease?*	- tak/*yes*	0–1
13.	Czy wie Pani, co to są „stany przejściowe noworodka"?/*Do you know what 'newborn transitional states' are?*	- tak/*yes*	0–1
14.	Czy uważa Pani, że żółtaczka w 2. dobie życia dziecka jest stanem prawidłowym?/ *Do you think that jaundice in the 2nd day of life of a newborn is a normal condition?*	- tak/*yes*	0–1
15.	Czy sądzi Pani, że powiększenie i obrzęk gruczołów sutkowych u noworodków jest stanem fizjologicznym?/*Do you think that enlargement and swelling of baby's mammary glands are a physiological state?*	- tak/*yes*	0–1
16.	Czy wie Pani, że krwiście podbarwiona wydzielina z pochwy u dziewczynki (w pierwszych dobach) związana jest z wpływem hormonów matki?/ *Do you know that blood-coloured discharge from a baby girl's vagina (in the first days) is connected with the mother's hormones?*	- tak/*yes*	0–1
17.	Czy masaż (stymulacja dotykowa) wpływa na rozwój dziecka?/*Does massage (tactile stimulation) affect baby's development?*	- tak/*yes*	0–1

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Kolejnym etapem pracy było ustalenie determinantów poziomu wiedzy położnic na temat opieki i czynności pielęgnacyjnych u noworodka. Wśród czynników socjodemograficznych wybrano: wiek, wykształcenie, stan cywilny i sytuację materialną badanej próby. Porównując wartości średnie poziomu wiedzy w grupach wiekowych, wyższą średnią (11,24) odnotowano w grupie kobiet w wieku 31–41 lat, przy średniej wartości (10,89) kobiet w wieku 26–30 lat na poziomie istotności (p = 0,028). Dane z obserwacji zawarto w **tabelach 2** i **3**.

Tabela 2. Wartości średnie poziomu wiedzy ze względu na wiek
Table 2. Mean values of the level of knowledge depending on age

Wiek/*Age*	<=25	26–30	31–41
Średnia/ *Mean*	10,63	10,89	11,24

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 3. Korelacja Pearsona zależna od wieku
Table 3. Pearson correlation dependent on age

		Poziom wiedzy/ *Level of knowledge*
Wiek/*Age*	Korelacja Pearsona/ *Pearson correlation*	0,219
	Poziom p/ *p-value*	0,028
	N	100

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Z porównania wartości średnich poziomu wiedzy ze względu na wykształcenie badanych wynika, że wyższą średnią (11,47) uzyskały położnice z wykształceniem wyższym, przy średniej wartości (11,00) kobiet z wykształceniem średnim. Położnice z wykształceniem zawodowym uzyskały średnią 10,71, a z wykształceniem gimnazjalnym – 8,88. Należy więc wnioskować, że wykształcenie warunkuje poziom wiedzy kobiet (p = 0,004). Statystyki opisowe zawarto w **tabelach 4** i **5**.

Tabela 4. Wartości średnie poziomu wiedzy ze względu na wykształcenie
Table 4. Mean values of the level of knowledge depending on educational attainment

Wykształcenie/ *Education*	Gimnazjalne/ *Primary*	Zawodowe/ *Vacational*	Średnie/ *Secondary*	Wyższe/ *Higher*
Średnia/ *Mean*	8,88	10,71	11,00	11,47

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 5. Korelacja Pearsona zależna od wykształcenia
Table 5. Pearson correlation dependent on educational attainment

Wykształcenie/ *Education*	Korelacja Pearsona/ *Pearson correlation*	0,283
	Poziom p/ *p-value*	0,004
	N	100

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Odnosząc się do zmiennej: stan cywilny, stwierdzono, że mężatki wykazały się wyższym poziomem wiedzy od kobiet samotnych i pozostających w związkach partnerskich. W wyniku analizy statystycznej wykazano, że stan cywilny nie różnicuje poziomu wiedzy badanych (p = 0,918). Dane z obserwacji zawarto w **tabelach 6** i **7**.

Tabela 6. Wartości średnie poziomu wiedzy ze względu na stan cywilny
Table 6. Mean values of the level of knowledge depending on the marital status

Stan cywilny/ *Marital status*	Mężatka/ *Married*	Związek partnerski/ *Casual relationship*	Samotna/ *Single*
Średnia/ *Mean*	11,02	10,79	10

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 7. Korelacja Pearsona zależna od stanu cywilnego
Table 7. Pearson correlation dependent on the marital status

Stan cywilny/ *Marital status*	Korelacja Pearsona/ *Pearson correlation*	-0,010
	Poziom p/ *p-value*	0,918
	N	100

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Sytuacja ekonomiczna matek istotnie warunkuje poziom wiedzy na temat opieki i pielęgnacji noworodka (p = 0,011) – **tabele 8** i **9**.

Tabela 8. Wartości średnie poziomu wiedzy ze względu na sytuację ekonomiczną
Table 8. Mean values of the level of knowledge depending on the economic situation

Sytuacja ekonomiczna/ *Economic situation*	Dobra/ *Good*	Niekorzystna/ *Unfavorable*
Średnia/ *Mean*	11,13	9,41

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 9. Korelacja Pearsona zależna od sytuacji ekonomicznej
Table 9. Pearson correlation dependent on the economic situation

Sytuacja ekonomiczna/ *Economic situation*	Korelacja Pearsona/ *Pearson correlation*	0,256
	Poziom p/ *p-value*	0,011
	N	99

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W celu poszukiwań innych determinantów poziomu wiedzy matek wybrano zmienne położnicze: rodność, sposób ukończenia ciąży i uczestnictwo w szkołach rodzenia. Nieznacznie wyższy poziom wiedzy na temat opieki i pielęgnacji noworodka wykazują pierwiastki (średnia 10,93) w porównaniu z wieloródkami (10,92). Analiza statystyczna nie wykazała różnicy między poziomem wiedzy a rodnością (p = 0,858) – **tabele 10** i **11**.

Tabela 10. Wartości średnie poziomu wiedzy ze względu na rodność
Table 10. Mean values of the level of knowledge depending on parity

Rodność/ *Parity*	Pierwiastka/ *Primipara*	Wieloródka/ *Multipara*
Średnia/ *Mean*	10,93	10,92

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 11. Korelacja Pearsona zależna od rodności
Table 11. Pearson correlation dependent on parity

Rodność/ *Parity*	Korelacja Pearsona/ *Pearson correlation*	0,018
	Poziom p/ *p-value*	0,858
	N	100

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Sposób ukończenia ciąży nie warunkuje poziomu wiedzy badanych (p = 0,615), chociaż wyższą średnią poziomu wiedzy uzyskały kobiety po porodzie operacyjnym. Dane z obserwacji przedstawiono w **tabelach 12** i **13**.

Tabela 12. Wartości średnie poziomu wiedzy ze względu na sposób ukończenia ciąży
Table 12. Mean values of the level of knowledge depending on the mode of delivery

Sposób ukończenia ciąży/ *Mode of delivery*	Poród operacyjny/ *Labor operation*	Poród drogami natury/ *Labor nature*
Średnia/*Mean*	11,08	10,84

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 13. Korelacja Pearsona zależna od sposobu ukończenia ciąży
Table 13. Pearson correlation dependent on the mode of delivery

Sposób ukończenia ciąży/ *Mode of delivery*	Korelacja Pearsona/ *Pearson correlation*	-0,051
	Poziom p/ *p-value*	0,615
	N	100

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Uczestnictwo w szkołach rodzenia nie różnicuje wiedzy matek na temat opieki i czynności pielęgnacyjnych noworodka. Jednak zaskakującym jest fakt, że wyższą średnią poziomu wiedzy stwierdzono u kobiet, które nie brały udziału w kursach szkoły rodzenia (p = 0,874) – **tabele 14** i **15**.

Tabela 14. Wartości średnie poziomu wiedzy ze względu na uczestnictwo w szkole rodzenia
Table 14. Mean values of the level of knowledge depending on the school of childbirth

Szkoła rodzenia/ *Schools of childbirth*	Tak/*Yes*	Nie/*No*
Średnia/*Mean*	10,91	11

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 15. Korelacja Pearsona zależna od uczestnictwa w szkole rodzenia
Table 15. Pearson correlation dependent on school of childbirth

Szkoła rodzenia/ *Schools childbirth*	Korelacja Pearsona/ *Pearson correlation*	0,016
	Poziom p/ *p-value*	0,874
	N	100

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Wyniki naszego badania wskazują, że kobiety po porodzie prezentowały przeciętny poziom wiedzy na temat opieki i pielęgnacji noworodka (65%). Tylko 26% badanych miało wiedzę wysoką. Niskim poziomem wiedzy charakteryzowało się 9% respondentek. Badanie Delugi i wsp. [4] podaje, że średnia ocena poziomu wiedzy w badanej próbie na temat podstawowych zagadnień dotyczących okresu noworodkowego wyniosła 24,0 ± 3,7, ankietowani uzyskali minimalnie 13, maksymalnie 30 punktów. Należy więc wnioskować, że badana próba prezentowała przeciętny poziom wiedzy. W badaniu Kurowskiej i Jończyk [7] kobiety uczęszczające do szkół rodzenia uznały, że posiadają dobre przygotowanie do pielęgnacji noworodka (23%), w odczuciu 7% kobiet ich stan wiedzy był średni, zaledwie 1% respondentek na-

dal czuło się słabo przygotowanymi. Tylko 3% kobiet oceniło swój stan wiedzy na poziomie bardzo dobrym. Zdecydowana większość ankietowanych kobiet (58%) była w stanie po urodzeniu dziecka samodzielnie podołać jego kąpieli, 26% z nich przyznało, że decyduje się na pomoc ze strony męża, u 11% kobiet pierwsze kąpiele dzieci wykonywała położna, natomiast 5% matek korzystało z pomocy bliskich osób. Zdecydowana większość respondentek (76%) nie skorzystała z propozycji kursów szkoły rodzenia. W naszym badaniu uczestnictwo w kursach szkoły rodzenia nie różnicowało poziomu wiedzy kobiet z zakresu czynności pielęgnacyjnych noworodka. Jednocześnie należy nadmienić, że wyższą średnią poziomu wiedzy stwierdzono u matek, które nie brały udziału w zajęciach szkoły rodzenia. Augustyniuk i wsp. przeprowadzili badanie na próbie 400 kobiet w okresie poporodowym w szkole matek. Uzyskane wyniki wskazują na częściej pojawiające się problemy w opiece i pielęgnacji noworodka u kobiet, które nie uczestniczyły w kursach szkoły rodzenia [5].

Tylko 18% położnic wiedziało, ile trwa okres noworodkowy. Prawidłowej odpowiedzi na pytanie o temperaturę wody do kąpieli noworodka udzieliło 82% badanych. Tylko 13% kobiet wiedziało, na czym polega tzw. sucha pielęgnacja kikuta pępowinowego. Ponad połowa respondentek znała preparat Octenisept, uznając go za odpowiedni produkt leczniczy do pielęgnacji kikuta pępowinowego. Przyczynę pieluszkowego zapalenia skóry u noworodka znało 83% badanych. Ponad połowa respondentek nie potrafiła zdefiniować pojęcia: stany przejściowe u noworodka. Prawidłowej odpowiedzi na pytanie o występowanie żółtaczki fizjologicznej u noworodka w 2. dobie życia udzieliło 73% matek. W materiale Delugi i wsp. [4] respondenci w prawie 50% odpowiedzieli prawidłowo, że okres noworodkowy trwa 28 dni. Poprawnie zakwalifikować stany przejściowe występujące u noworodka potrafiło 80,2% ankietowanych. Większość respondentów (84,7%) właściwie określiła przyczynę pieluszkowego zapalenia skóry u noworodka.

Witamina D odgrywa kluczową rolę w metabolizmie wapnia i fosforu, jest również niezbędna do prawidłowego rozwoju kośćca. W populacji dzieci europejskich niedobór witaminy D występuje często, zwłaszcza w grupach ryzyka. Polskie wytyczne zalecają suplementację witaminy D już od pierwszych dni życia, niezależnie od sposobu karmienia dziecka, w dawce 400 IU/d w pierwszych 6 miesiącach życia [8]. Badanie nasze pokazuje, że kobiety miały niewystarczającą wiedzę na temat suplementacji witaminy D, gdyż prawidłowej odpowiedzi udzieliło tylko 37% badanych. W badaniu Lisieckiego 19% kobiet nie udzieliło prawidłowej odpowiedzi dotyczącej okresu wprowadzenia witaminy D do diety dziecka [9].

Witamina K jest niezbędnym składnikiem warunkującym utrzymanie prawidłowego stężenia czynników krzepnięcia, jej niedobór szczególnie u noworodków i niemowląt do 3. miesiąca życia może powodować zagrażające życiu krwotoki [8]. W materiale własnym ponad połowa matek wiedziała, że witaminę K podaje się, aby zapobiec chorobie krwotocznej u noworodków. Wiedzy takiej nie mieli respondenci w badaniu Delugi i wsp. [4], gdyż tylko nieco ponad jedna trzecia badanych znała znaczenie podawania witaminy K u noworodków.

W wyniku ankietowania stwierdzono, że 83% badanych karmiło dzieci pokarmem kobiecym i prawie wszystkie respondentki podały, że należy karmić piersią na żądanie, a 82% kobiet odpowiedziało, że karmień w ciągu doby musi być od 6 do 8. Karmienia powinny odbywać się według potrzeb dziecka, zawsze wtedy, gdy wykazuje objawy głodu. Ważne jest, aby dziecko przystawiać do piersi 8 razy na dobę, choć na ogół liczba ta powinna wynosić 10–12 karmień na dobę [10]. W badaniu Gebuzy i wsp. prawidłową liczbę karmień na dobę podało 54% kobiet, z wykształceniem zarówno średnim (57%), jak i wyższym (56%), w grupie wiekowej 25–34 lat (58%), z miasta powyżej 100 tys. mieszkańców (47%) [11]. W innym badaniu 76,6% rodziców określiło liczbę karmień noworodka na żądanie, wskazując odpowiedź, że jest to co najmniej 6–8 karmień na dobę [4].

W celu ustalenia, które zmienne determinowały poziom wiedzy matek na temat opieki i pielęgnacji noworodka, pod uwagę wzięto wskaźniki socjodemograficzne i położnicze. Badanie nasze wskazuje, że wiek matek istotnie warunkował ich wiedzę. Kobiety w grupie wiekowej 31–41 lat uzyskały wyższą średnią poziomu wiedzy niż kobiety w innych grupach wiekowych. Wyższy poziom wiedzy prezentowały kobiety w wieku 21–25 lat oraz 36–40 lat w badaniu Delugi i wsp. [4]. Wykształcenie matek okazało się istotnym predyktorem poziomu wiedzy w materiale własnym. Inne doniesienia wskazują na bliskie istotności różnice w poziomie wiedzy pomiędzy grupami wykształcenia. Najwyższy poziom wiedzy uzyskały osoby z wykształceniem wyższym magisterskim, zaś najniższy – z zawodowym [4]. Nasze badanie potwierdza, że sytuacja materialna kobiet warunkuje poziom wiedzy w zakresie opieki i pielęgnacji noworodka. Zaskakującym jest fakt, że zmienne położnicze, takie jak rodność i sposób ukończenia ciąży, nie warunkowały poziomu wiedzy matek w materiale własnym. W doniesieniu Delugi i wsp. [4] wykazano, że wraz ze wzrostem poczucia potrzeby edukacji maleje poziom wiedzy w zakresie zagadnień związanych z okresem noworodkowym. Nasze badanie wskazuje, że respondentki wiedzę z zakresu czynności pielęgnacyjnych noworodka najczęściej uzyskiwały od położnej (69%), z czasopism (68%) oraz z Internetu (67%).

W badaniu Gebuzy i wsp. [12] kobiety przygotowujące się do narodzin dziecka i karmienia naturalnego korzystały z różnych form edukacji: 32,0% kobiet czytało profesjonalne książki i czasopisma, 37,7% poszukiwało informacji w Internecie, 18,9% badanych uczestniczyło w zajęciach szkoły rodzenia. Według respondentów badanych przez Delugę i wsp. [4] pielęgniarka/położna powinna nauczyć ojca noworodka przede wszystkim takich czynności jak: kąpiel noworodka (92,0%), przewijanie noworodka (82,0%), pielęgnowanie kikuta pępowiny (61,3%), karmienie noworodka (39,6%). Natomiast badane matki oczekiwały od personelu głównie pomocy w: przystawianiu dziecka do piersi (68,9%), kąpieli (64,4%), zmianie bielizny (28,9%), pieluszek (26,7%) i regulacji wypróżnień dziecka (17,8%). Ankietowani wiedzę na temat opieki nad noworodkiem czerpali przede wszystkim od pielęgniarki/położnej (73,9%) oraz z książek i czasopism (58,6%), Internetu (46,9%), od matek innych dzieci (46,0%), lekarza (45,1%), rodziny (39,6%), ze szkoły rodzenia (8,1%). Większość badanych (78,4%) uznała, że potrzebuje uzupełnienia wiedzy na temat opieki nad noworodkiem, 10,9% badanych podało, że chciałoby udoskonalić swoje umiejętności dotyczące pielęgnowania dziecka, natomiast tylko 5,4% ankietowanych stwierdziło, że nie widzi potrzeby, by pogłębiać swoją wiedzę.

Wnioski

Kobiety w okresie połogu prezentowały przeciętny poziom wiedzy na temat opieki i czynności pielęgnacyjnych noworodka. Istotnymi czynnikami warunkującymi wiedzę kobiet w tym zakresie były: wiek, wykształcenie oraz status ekonomiczny. Przeprowadzone badanie wskazuje, jak cenne jest podnoszenie poziomu wiedzy na temat opieki i pielęgnacji noworodka, a wiodącą rolę w edukacji rodziców powinny odgrywać pielęgniarki i położne, opierając się na aktualnych normach postępowania opiekuńczo-pielęgnacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego.

Piśmiennictwo

1. Baston H, Hall J. Podstawy położnictwa. Po porodzie. Kaleta M (red. wyd. pol.). Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011.
2. Zydorek M, Gawęda B, Michalik A et al. Opieka nad położnicą i noworodkiem w środowisku domowym w okresie połogu. Stud Med. 2009; 13: 59–67.
3. Mazurkiewicz B, Marat L, Dmoch-Gajzlerska E. Wiedza położnic na temat okresu połogu w opinii położnych. Zdr Dobr. 2014; 1: 79–101.
4. Deluga A, Olkuska E, Ślusarska B. Wiedza rodziców na temat okresu noworodkowego i ich oczekiwania wobec położnych i pielęgniarek. Med Ogólna Nauki Zdr 2012; 18(4): 281–286.
5. Augustyniuk K, Rudnicki J, Grochans E. Standard edukacji poporodowej realizowanej w Szkole Matek i Ojców na oddziale neonatologiczno-położniczym. Perinat Neonat Ginekol. 2012; 1(5): 46–50.
6. Sadowska M, Kędzierska A, Wdowiak A et al. Efektywność funkcjonowania szkół rodzenia w opinii kobiet. Eur J Medical Technol. 2013; 1(1): 39–47.
7. Kurowska K, Jończyk B. Poczucie koherencji (SOC) a stan posiadanej wiedzy u matek z zakresu pielęgnacji noworodka. Now Lek. 2009; 2(78): 123–128.
8. Szajewska H, Socha P, Horvath A et al. Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Stand Med Pediatr. 2014; 11: 321–338.
9. Lisiecki T. Wiedza matek noworodków na temat pielęgnowania i żywienia niemowlęcia i małego dziecka. Piel Pol. 2002; 2(14): 201–212.
10. Nehring-Gugulska M. Dlaczego piersią? W: Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M (red.). Karmienie piersią. Warszawa: KUKP; 2006.
11. Gebuza G, Gierszewska M, Kaźmierczak M, Michalska E, Kotzbach R. Przygotowanie kobiet do karmienia piersią. Probl Piel. 2010; 18(4): 406–412.
12. Gebuza G, Jaworska K, Kaźmierczak M, Mieczkowska E, Gierszewska M. Najczęściej występujące problemy laktacyjne w okresie poporodowym. Pol Prz Nauk Zdr. 2016; 2(47): 148–155.

Artykuł przyjęty do redakcji: 17.05.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 02.11.2017

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

Adres do korespondencji:
Marzena Kaźmierczak
ul. Ignacego Łukasiewicza 1
85-821 Bydgoszcz
tel.: 52 585 59 04, tel. kom.: 506 023 541
e-mail: marzena.kazmierczak@cm.umk.pl
Pracownia Podstaw Opieki Położniczej
Katedra Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

SKALA POSTRZEGANIA AGRESJI WOBEC PERSONELU (POAS) – DONIESIENIE WSTĘPNE

PERCEPTION OF AGGRESSION SCALE (POAS) – PRELIMINARY STUDY

Jakub Lickiewicz[1], Kinga Sałapa[2], Zofia Musiał[3], Mirosława Dzikowska[3]

[1] Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
[2] Zakład Bioinformatyki i Telemedycyny, Wydział Lekarski
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
[3] Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.10

STRESZCZENIE

Wstęp. Agresja pacjentów to problem w pracy pielęgniarek. Badania wskazują na jej duży wpływ na jakość opieki. Istnieje konieczność badania tego zjawiska w pracy personelu medycznego, brak jednak adekwatnych narzędzi.
Cel. Celem pracy było określenie psychometrycznych właściwości polskiej wersji 12-pytaniowego kwestionariusza postrzegania agresji POAS.
Materiał i metody. Wykonano tłumaczenie i tłumaczenie wsteczne oraz analizę czynnikową. W badaniu wzięło udział 150 studentek pielęgniarstwa po zakończeniu praktyk psychiatrycznych.
Wyniki. Przetłumaczona wersja wykazuje wysoką wartość psychometryczną i podobieństwa z wcześniejszymi badaniami. Analiza czynnikowa pozwoliła na wyodrębnienie trzech czynników (wymiar dysfunkcjonalny, funkcjonalny oraz ochronny). Wszystkie czynniki wyjaśniały 52,57% wariancji, a współczynnik alfa Cronbacha wynosił odpowiednio ,805; ,755 oraz ,828.
Wnioski. Polska wersja POAS jest wartościowym i rzetelnym narzędziem służącym do badania postrzegania agresji pacjentów przez pielęgniarki.

SŁOWA KLUCZOWE: postrzeganie agresji, student pielęgniarstwa, relacja pacjent – personel.

ABSTRACT

Introduction. Patient aggression is a serious problem in nursing. The research shows a large impact of aggression on the quality of care. It is necessary to study this phenomenon in work of medical staff, however no adequate measurment tools exist in Polish literature.
Aim. This study was to evaluate the psychometric properties of the Polish version of the 12-item Perception of Aggression Scale (POAS).
Material and methods. It consists of translation and back-translation as well as factor analysis. The study involved 150 nursery students after their psychiatry training.
Results. The translated version showed high psychometric properties and excellent similarities with other research. Exploratory factor analysis resulted in three components (dysfunctional, functional and protective dimensions). All factors explained 52,57% of total variance, and Cronbach's alpha was ,805; ,755 and ,828.
Conclusions. The Polish version of POAS was found to be a valid and reliable tool to examine nurses' attitudes towards patient aggression.

KEYWORDS: perception of aggression, nursing student, patient-personnel relationship.

Wprowadzenie

Agresja pacjentów wobec personelu medycznego jest problemem, który dotyka pielęgniarki na całym świecie. Statystyki wskazują, że personel medyczny najczęściej ma do czynienia z agresją werbalną [1]. Wyniki metaanaliz wykazały częstsze ataki słowne oraz agresję fizyczną w stosunku do pielęgniarek niż pielęgniarzy. Równocześnie pielęgniarki psychiatryczne stawały się prawie trzy razy częściej ofiarami agresji niż ich koleżanki pracujące na oddziałach somatycznych [2]. Pielęgniarki często postrzegają agresję jako „część swojej pracy". Jednak jej konsekwencje potrafią być poważne – od złości i poczucia niższości, aż do wypalenia zawodowego i decyzji o odejściu z pielęgniarstwa [3, 4].

Wśród czynników decydujących o zachowaniach agresywnych można wyróżnić wiele elementów. Obecnie to zjawisko postrzega się wieloaspektowo, rozpatrując interakcję wielu czynników, do których tradycyjnie zalicza się cechy pacjenta i odwiedzającego, ich emocje i stan zdrowia [5]. Z drugiej strony literatura wskazuje na cechy samego personelu, wykonywany zawód medyczny, wiek oraz doświadczenie kliniczne. Istotne są także takie czynniki jak postrzeganie agresji oraz postawy wobec niej [6].

Badanie postrzegania agresji wśród personelu medycznego wydaje się być istotnym elementem procesu prewencji zachowań agresywnych, gdyż percepcja agresji stanowi jeden z istotnych elementów wyzwalania agresywnego zachowania. Spostrzeganie społeczne, określane także jako poznanie społeczne, jest sposobem, w jaki jednostka myśli o sobie i o innych ludziach. Tym samym warunkuje sposób tworzenia wyobrażeń na temat innych oraz, co za tym idzie – skutkuje określonymi wnioskami na ich temat [7, 8]. Efektem tego procesu jest postawa oraz określony repertuar reakcji na dany bodziec. Jednostka, dążąc do zastosowania oszczędności poznawczej, często stosuje schematy, których zadaniem jest organizacja wiedzy o świecie. Mają one duży wpływ na myślenie i pamięć. Uruchamiają się często pod wpływem wcześniejszych doświadczeń [9]. Oznacza to, że spostrzeganie agresji będzie warunkować sposób postępowania z pacjentami przejawiającymi takie zachowania. Będzie on względnie stały i uwarunkowany przez szereg czynników. Badania wskazują na większą tolerancję wobec agresji ze strony doświadczonego personelu, co wiązało się z większym poczuciem zadowolenia z pracy zawodowej. Wykazano także, że pozytywne postrzeganie agresji wiąże się z mniejszym poziomem wypalenia zawodowego [10]. Postrzeganie agresji przez personel medyczny warunkuje także stosowane przez niego środki przymusu bezpośredniego [11]. Wykazano zależność pomiędzy postrzeganiem agresji jako zachowania dysfunkcjonalnego a przymusowym podawaniem leków czy stosowanym unieruchomieniem z wykorzystaniem urządzeń technicznych [12, 13]. Podobną zależność dostrzeżono w zakresie stażu pracy i wieku pielęgniarek, a także wcześniejszego bycia ofiarą agresji pacjenta [14]. Badania wskazują także na różnice międzypłciowe. Studentki pielęgniarstwa częściej niż ich koledzy postrzegają agresję jako zachowanie nieakceptowane [15]. Zjawisko to tłumaczyć można powstaniem u studentek silniejszych schematów poznawczych związanych z agresją i ich wpływem na późniejsze zachowanie wobec pacjenta.

Jak wynika z powyższych rozważań, zarówno badanie sposobów, w jaki pielęgniarki postrzegają agresję pacjenta, jak i czynników, które na nią wpływają, jest istotne dla poprawy jakości opieki [16].

Kwestionariusz POAS (ang. *Perception of Aggression Scale*) powstał, aby lepiej zrozumieć wpływ sposobu postrzegania agresji przez pielęgniarki na opiekę nad pacjentem oraz by móc ocenić konsekwencje agresji w ich pracy zawodowej. Pierwotna wersja narzędzia składała się z 60 pytań. W wyniku analizy czynnikowej udało się wyróżnić trzy podskale – agresja rozumiana jako normalne zachowanie, reakcje związane z przemocą oraz zachowanie funkcjonalne [17]. Kolejne badanie, w którym wykorzystano POAS w wersji 32-pytaniowej, pozwoliło na uzyskanie dwóch czynników – agresji jako zachowania dysfunkcjonalnego i niepożądanego oraz funkcjonalnego i zrozumiałego [18]. Kolejne badania niemieckiej wersji językowej potwierdziły istnienie dwóch czynników [19]. Podobne wyniki uzyskano, badając tureckie studentki pielęgniarstwa [20]. W badaniach na grupie szwedzkich pielęgniarek POAS został skrócony do 12 pytań, z których wyróżniono trzy czynniki [21]. Były one identyczne z uzyskanymi w badaniach niemieckich, jednak wskazano na nowy czynnik, który dotyczył postrzegania agresji jako zachowania ochronnego. Okazał się on wrażliwy na szkolenie w zakresie radzenia sobie z agresją [21, 22]. Trzy czynniki uzyskano także w badaniach francuskich oraz chińskich [23, 24].

Analiza uzyskanych w badaniach wyników wskazuje na dużą rozbieżność w postrzeganiu agresji przez pielęgniarki. Z jednej strony jest ona postrzegana jako zachowanie negatywne i nieakceptowane, zasługujące na szczególne potępienie i natychmiastowe działanie. Z drugiej strony pielęgniarki patrzą także na agresję jak na zjawisko wynikające z procesu chorobowego, będące naturalną jego częścią. Należy jednak badać postrzeganie agresji nie tylko w grupie pielęgniarek, lecz także wśród studentów pielęgniarstwa, gdyż pozwoli to na lepszą ocenę ich sposobów rozumienia agresji i – co za tym idzie – lepsze dostosowanie programu nauczania do zmieniającej się rzeczywistości społecznej [20].

W polskiej literaturze brakuje narzędzi służących do badania postrzegania agresji przez personel medyczny. Celem badania było przygotowanie polskiej wersji językowej kwestionariusza POAS (wersja z 12 pytaniami) oraz sprawdzenie jego właściwości psychometrycznych na podstawie postrzegania agresji pacjenta przez studentki psychiatrii.

Materiał i metody

Grupa badana

Badaniami objęto grupę 150 studentek pielęgniarstwa, jednak ze względu na błędy w wypełnieniu oraz tendencyjne odpowiedzi w części z kwestionariuszy (wielokrotny wybór tych samych wartości) w ostatecznych analizach uwzględniono 102 osoby (68%) III roku pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM w Krakowie. Wiek badanych zawierał się w przedziale 21–27 lat, ze średnią 22,16 (SD 1,047). Studenci pielęgniarstwa zobowiązani są do odbywania praktyk, w czasie których mają możliwość zapoznać się ze specyfiką różnych chorób. Brak doświadczenia klinicznego szczególnie uwrażliwia ich na problemy i trudności zdrowotne osób, z którymi

się spotykają. W związku z tym, że badania wskazują na narażenie na agresję ze strony pacjentów nie tylko personelu medycznego, ale również studentów, stanowią oni szczególne interesującą grupę badaną.

Kryterium kwalifikacji do badania było zakończenie praktyk na oddziale psychiatrycznym. Było to ważne ze względu na niedawne doświadczenie kontaktu z pacjentem psychiatrycznym, często przejawiającym zachowania agresywne. Badania miały charakter anonimowy, a uczestniczki były informowane o braku negatywnych konsekwencji odmowy. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (nr 122.6120.322.2016).

Narzędziem badawczym był kwestionariusz POAS. W badaniu zastosowano wersję zawierającą 12 pytań. Narzędzie ma formę stwierdzeń zaczynających się od „Agresja to...". Badany ustosunkowuje się do nich na skali od 1 do 5 – od: zdecydowanie się zgadzam (1) do: zdecydowanie się nie zgadzam (5). Narzędzie zostało przetłumaczone na język polski przez trzech niezależnych tłumaczy, a następnie ponownie przetłumaczone na angielski. Po wyeliminowaniu wszelkich rozbieżności otrzymano spójną wersję polską i angielską, która została wykorzystana w czasie badania.

W celu wyodrębnienia skal kwestionariusza POAS została wykorzystana eksploracyjna analiza czynnikowa. Adekwatność zgromadzonych danych do jej zastosowania sprawdzano za pomocą testu sferyczności Batletta, weryfikującego hipotezę zerową o braku korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi, oraz miary KMO (Kaiser-Meyer-Oklin), której akceptowalna wartość wynosi 0,6 [25]. Jako metodę ekstrakcji czynników wybrano metodę osi głównych (ang. *principal factor analysis* – PFA), bazując na macierzy korelacji. Analizę wykonywano dwukrotnie, dla różnych typów rotacji. W pierwszej kolejności została zastosowana rotacja OBLIMIN (delta = 0). W przypadku korelacji pomiędzy parami czynników nieprzekraczającymi 0,32 stosowano rotację ortogonalną VARIMAX [25]. Zgodnie z najnowszymi zaleceniami [26, 27] wybór ilości czynników oparto na kilku metodach, tj. kryterium Kaisera – liczbę czynników wyznacza ilość wartości własnych powyżej 1, wykresie osypiska, *parallel analysis* oraz interpretowalności i przejrzystej strukturze uzyskanych czynników. *Parallel analysis* została przeprowadzona z użyciem makra utworzonego przez O'Connor, które wykorzystuje analizę PCA, permutacje danych surowych oraz 2000 równoległych zbiorów danych [28]. W tej analizie wartości własne, otrzymane na podstawie zgromadzonych danych, porównywane są z losowo wyliczonymi wartościami własnymi. Liczba czynników wyznacza moment, gdy wartości własne obliczone na podstawie surowych danych przekraczają losowe wartości własne.

Minimalny akceptowany ładunek wynosił 0,32, a pytanie było uznawane za złożone, jeżeli jego ładunek przekraczał 0,32 do więcej niż jednego czynnika [25]. Wewnętrzną spójność utworzonych skal badano za pomocą współczynnika alfa Cronbacha; akceptowalny poziom tego współczynnika wynosił minimum 0,7 [29].

Analizy statystyczne zostały przeprowadzone za pomocą SPSS v. 24 (IBM).

Wyniki

Adekwatność próby mierzona testem Bartletta ($p < ,001$) oraz miarą KMO (.740) wskazuje na odpowiedni dobór próby do analizy czynnikowej. Uwagę zwraca jednak wysoka korelacja odpowiedzi na pytanie 11 i 12 ($R = ,707$, $p < ,001$), która nie maleje nawet po usunięciu wpływu wszystkich pozostałych pytań kwestionariusza ($R = -,668$). Tak wysokie powiązanie między pytaniami znajduje swoje odzwierciedlenie w wynikach analizy czynnikowej.

Kryteria Kaisera oraz *parallel analysis* wskazały trzy czynniki do wyodrębnienia. Natomiast wykres osypiska wskazał ich aż cztery. Biorąc pod uwagę, że kwestionariusz POAS obejmuje 12 pytań, rozwiązanie czteroczynnikowe wydaje się być nierzetelne, dlatego też zdecydowano się na przedstawienie rozwiązania trzyczynnikowego. Początkowe wartości własne trzech kolejnych czynników, przed wyodrębnieniem, wynoszą odpowiednio 3,87, 2,24 oraz 1,468, przenosząc odpowiednio 32,25%, 18,67% oraz 12,24% (łącznie 63,15%) całkowitej.

Wyniki analizy uzyskane na podstawie rotacji OBLIMIN wykazały niewielkie skorelowanie pomiędzy czynnikami (C1–C2: -0,254; C1–C3: 0,107; C2–C3: -0,303), dlatego też sprawdzono działanie rotacji VARIMAX. Uzyskane wyniki były zgodne, dlatego też w dalszej części przedstawiono wyniki dla rotacji ortogonalnej. W **tabeli 1** przedstawiono ładunki czynnikowe poszczególnych pytań, ich zasób zmienności wspólnej po wyodrębnieniu dla każdego pytania, procent zmienności wspólnej po rotacji dla każdego czynnika oraz wartości współczynników alfa Cronbacha.

Uwagę zwraca twierdzenie 6 „Agresja to niepokojące naruszenie w celu zdominowania innych", którego korelacja z pierwszym czynnikiem wynosi jedynie ,378. Tylko ok. 28% zmienności odpowiedzi respondentów jest przenoszone przez utworzoną strukturę czynnikową. Z drugiej jednak strony twierdzenie to nie wpływa na wewnętrzną spójność tej skali. Usunięcie zdania 6 nieznacznie zwiększa współczynnik alfa Cronbacha z ,805 do ,808. Kolejne twierdzenie, na które należy zwrócić uwagę, to sformułowanie 10 „Agresja jest formą komunikacji i jako taka nie jest destrukcyjna", które ma wysoki ładunek czynnikowy zarówno w drugim (,596), jak i w trzecim (,418) czynniku. Usunięcie tego

zdania z analizy nie zmienia struktury czynnikowej, tj. nadal wynikiem analizy jest rozwiązanie trzyczynnikowe. Współczynnik alfa Cronbacha dla drugiego czynnika po usunięciu stwierdzenia 10 spada z ,755 do ,731.

Tabela 1. Wyniki analizy czynnikowej – rozwiązanie trzyczynnikowe (N = 102)
Table 1. Three-factors solutions (N = 102)

Czynnik/ *Factor*	Twierdzenie/ *Item*	Ładunek czynnikowy*/ *Factor loadings* C1	C2	C3	Zasób zmienności** wspólnej/ *Communalities (after (extraction)*	Alfa Cronbacha/ *Cronbach's alpha*
1	1. Agresja to nieprzyjemne i odpychające zachowanie/ *Aggression is an unpleasant and repulsive behaviour*		,840		,529	
	2. Agresja jest niepotrzebna i nieakceptowalna/*Aggression is unnecessary and unacceptable*		,701		,734	
	3. Agresja to fizyczne i psychiczne krzywdzenie innych/*Aggression is hurting others mentally or physically*		,657		0,404	
	4. Agresja to rzeczywiste wykorzystanie przemocy fizycznej pacjenta przeciwko pielęgniarce/ *Aggression is an actual action of physical violence of a patient against a nurse*		,623		,398	,805
	5. Agresja jest zawsze negatywna i nieakceptowalna; uczucia powinny być wyrażane w inny sposób/*Aggression is always negative and unacceptable; feelings should be expressed in*		,601		,485	
	6. Agresja to niepokojące naruszenie w celu zdominowania innych/*Aggression is a disturbing intrusion to dominate others*		,378		,279	
	Wariancja wyjaśniona*** przez 1. czynnik/ *Variance explained by 1th factor (after extraction)*					22,07%
2	7. Agresja jest początkiem pozytywnych relacji pielęgniarki z pacjentem/*Aggression is the start of a positive nurse–patient relationship*		,743		,591	
	8. Agresja jest zdrową reakcją wyrażania uczucia gniewu/*Aggression is a healthy reaction to feelings of anger*	,669			,460	
	9. Agresja jest okazją do lepszego zrozumienia sytuacji pacjenta/*Aggression is an opportunity to get a better understanding of the patient's situation*		,612		,408	,755
	10. Agresja jest formą komunikacji i jako taka nie jest destrukcyjna/*Aggression is a form of communication and as such not destructive*		,596	,418	,538	
	Wariancja wyjaśniona*** przez 2. czynnik/ *Variance explained by 2nd factor (after extraction)*					16,59%
3	11. Agresja jest sposobem, aby chronić siebie/*Aggression is a way to protect yourself*		,877	,807		,828
	12. Agresja jest ochroną swojego terytorium/*Aggression is the protection of one's own territory*	,791		,676		
	Wariancja wyjaśniona*** przez 3. czynnik/ *Variance explained by 3nd factor (after extraction)*					13,91%
	Całkowita wyjaśniona*** wariancja/ *Total variance*					52,57%

C – czynnik/*factor*; *ładunki poniżej ,32 zostały pominięte/*charges below ,32 have been omittted*; ** po wyodrębnieniu/*after extraction*; *** po rotacji/*after rotation*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Celem badania była adaptacja polskiej wersji kwestionariusza POAS. Po uzyskaniu spójnych wersji językowych, tj. polskiej i angielskiej, przeprowadzono badanie wśród studentek pielęgniarstwa, które zakończyły praktyki na oddziale psychiatrycznym. Eksploracyjna analiza czynnikowa wykazała występowanie trzech czynników, o wysokiej wewnętrznej spójności (współczynniki alfa Cronbacha wynosiły odpowiednio: ,805; ,755 oraz ,828).

Wyniki te są spójne z wcześniejszymi badaniami wykorzystującymi POAS. Zaproponowane w początkowej fazie prac nad kwestionariuszem rozwiązanie dwuczynnikowe, wskazujące na istnienie jedynie dwóch czynników, wydaje się być zbyt ogólne. Uzyskanie trzeciego czynnika pozwala na lepszy wgląd w strukturę spostrzeżeń dotyczących agresji.

Uzyskane czynniki obejmują podobny układ stwierdzeń jak we wcześniejszych badaniach, zatem zasadnym wydaje się utrzymanie wcześniej zaproponowanych określeń czynników, które dotyczą agresji postrzeganej jako zachowanie dysfunkcjonalne i nieakceptowane, zrozumiałe i funkcjonalne oraz ochronne. Wyodrębnienie trzeciego czynnika wskazuje na zbliżone rozumienie istoty agresji pacjenta w różnych kręgach kulturowych oraz braku silnego wpływu doświadczenia zawodowego. Problem ten wymaga jednak dalszej eksploracji badawczej.

Zwracają uwagę wyniki analizy czynnikowej uzyskane w stwierdzeniu 10. Usunięcie tego zdania nie zmienia struktury czynników, powoduje natomiast wzrost znaczenia podskal dotyczących agresji rozumianej jako zachowanie ochronne („Agresja jest formą komunikacji i jako taka nie jest destrukcyjna"). Widoczne jest tu postrzeganie agresji jako zachowania normalnego i otwierającego nowe możliwości w opiece, stąd można wysunąć tezę, że badani mogą mieć trudności z zaakceptowaniem takiego postrzegania agresji. Innym wyjaśnieniem może być sama konstrukcja tego stwierdzenia. W kolejnych wer-

sjach tej skali można rozważyć jego usunięcie, jakkolwiek nie zrobiono tego w badaniach na innych populacjach.

POAS stanowi wartościowe narzędzie służące do oceny postrzegania agresji pacjentów przez pielęgniarki. Jego stosowanie umożliwi lepsze zrozumienie złożonych mechanizmów kryjących się za przemocą pacjenta wobec personelu, zwiększając tym samym poczucie bezpieczeństwa w pracy. Monitorowanie postrzegania agresji przez personel stanowi również ważny element zmierzający do lepszego zrozumienia jego zachowań wobec pacjenta, pozwala także na uzyskanie wglądu w stosowane środki przymusu bezpośredniego.

Przeprowadzone badanie ma kilka ograniczeń. Przede wszystkim w badaniu wzięły udział studentki tylko z jednego uniwersytetu, co ogranicza generalizację uzyskanych wyników. Konieczne są badania obejmujące bardziej zróżnicowane grupy, mające kontakt z agresją pacjentów. Po drugie należy wziąć pod uwagę tzw. efekt społecznych oczekiwań, który należy rozumieć jako skłonność respondenta do przedstawiania siebie w możliwie jak najlepszym świetle, co może w znaczący sposób wpłynąć na trafność uzyskanych wyników. Należy również pamiętać, że jest to badanie przekrojowe, w którym studentki były badane tylko raz, w ściśle określonym czasie, co uniemożliwia sprawdzenie wpływu upływu czasu lub innych doświadczeń na wyniki POAS. Uzyskane wyniki stanowią ostatecznie wynik eksploracyjnej analizy czynnikowej, opartej na badaniu korelacji pomiędzy poszczególnymi stwierdzeniami, a nie na określonej teorii. Oznacza to, że analizując odpowiedzi innej grupy badanej, możliwe jest uzyskanie innej struktury czynnikowej.

Niemniej jednak postrzeganie agresji stanowi ważny element decydujący o relacji terapeutycznej, dlatego też jest to zagadnienie warte dalszych badań. Mogą one dotyczyć np. tego, jak różne sposoby rozumienia agresji mogą wpływać na bezpieczeństwo pracy personelu pielęgniarskiego. Wskazane są także: poszerzenie badań na inne grupy pracowników ochrony zdrowia i ocena wpływu stażu pracy oraz doświadczenia na postrzeganie agresji. Zagadnieniem wymagającym dalszej eksploracji jest podatność czynnika dotyczącego postrzegania agresji jako zachowania ochronnego na trening zapobiegania agresji.

Wnioski

Wyniki badań wskazują na przydatność POAS zarówno w badaniach teoretycznych, jak i w praktyce. Wyróżnione podskale pozwalają na lepsze zrozumienie postaw kierujących zachowaniem pielęgniarki w relacji z pacjentem. Wymagającym dalszych badań obszarem jest modyfikacja postaw wobec zachowań agresywnych w stosunku do personelu. Stosowanie POAS umożliwiłoby mierzenie efektywności działań treningowych zmierzających do zmiany postaw wobec agresji.

Podsumowując, POAS wydaje się być interesującym narzędziem służącym ocenie postaw wobec agresji pacjentów oraz skuteczności szkoleń z tego zakresu, jednak zagadnienie to wymaga dalszej eksploracji badawczej.

Piśmiennictwo

1. Bilgin H, Tulek Z, Ozcan N. Psychometric properties of the Turkish version of the Perception of Aggression Scale. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2011; 18(10): 878–883.
2. Edward KL, Stephenson J, Ousey K, Lui S, Warelow P, Giandinoto JA. A systematic review and metaanalysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. J Clin Nurs. 2016; 25(3–4): 289–299.
3. Gascon S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. J Clin Nurs. 2013; 22(21–22): 3120–3129.
4. McLaughlin S, Gorley L, Moseley L. The prevalence of verbal aggression against nurses. Br J Nurs. 2009; 18(12): 735.
5. Winstanley S, Whittington R. Aggressive encounters between patients and general hospital staff: staff perceptions of the context and assailants' levels of cognitive processing. Aggress Behav. 2004; 30(6): 534–43.
6. Hahn S, Müller M, Needham I, Dassen T, Kok G, Halfens RJ. Measuring patient and visitor violence in general hospitals: feasibility of the SOVES-G-R, internal consistency and construct validity of the POAS-S and the POIS. J Clin Nurs. 2011; 20(17–18): 2519–2530.
7. Aronson E, Wilson TD, Akert RM. Psychologia społeczna. Poznań: Zysk i S-ka; 2006.
8. Wojciszke B. Psychologia społeczna. Warszawa: Scholar; 2013.
9. Crisp RJ, Turner RN, Kossowska M, Gocłowska M, Gruszka A, Kowalczewska J, Olszewska J. Psychologia społeczna. Warszawa: PWN; 2015.
10. Whittington R. Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero tolerance' era: associations with burnout and length of experience. J Clin Nurs. 2002; 11(6): 819–825.
11. Hui A, Middleton H, Völlm B. Coercive measures in forensic settings: findings from the literature. Int J Forensic Ment Health. 2013; 12(1): 53–67.
12. De Benedictis L, Dumais A, Sieu N, Mailhot MP, Létourneau G, Tran MAM, Lesage AD. Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. Psychiatr Serv. 2011; 62(5): 484–491.
13. Keser Özcan N, Bilgin H, Akın M, Boyacıoğlu B, Elçin N. Nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression in Turkey. J Clin Nurs. 2015; 24(19–20): 2881–2889.
14. Pazvantoğlu O, Gümüş K, Böke Ö, Yıldız İ, Şahin AR. Perception of patient aggression among nurses working in a university hospital in Turkey. Int J Nurs Pract. 2011; 17(5): 495–501.
15. Muro C, Tomas C, Moreno L, Rubio V. Perception of aggression, personality disorders and psychiatric morbidity in nursing students. Acta Psychiatr Scand. 2002; 106(s412): 118–120.
16. Nijman I, Palmstierna T, Almvik R, Stolker JJ. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. Acta Psychiatr Scand. 2005; 111(1): 12–21.

17. Jansen G, Dassen T, Moorer P. The perception of aggression. Scand J Caring Sci. 1997; 11(1): 51–55.
18. Abderhalden C, Needham I, Friedli TK, Poelmans J, Dassen T. Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. Acta Psychiatr Scand. 2002; 106(s412): 110–117.
19. Needham I, Abderhalden C, Dassen T, Haug HJ, Fischer JE. The perception of aggression by nurses: psychometric scale testing and derivation of a short instrument. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2004; 11(1): 36–42.
20. Bilgin H, Keser Ozcan N, Tulek Z, Kaya F, Boyacioglu NE, Erol O, Gumus K. Student nurses' perceptions of aggression: An exploratory study of defensive styles, aggression experiences, and demographic factors. Nurs Health Sci. 2016; 18(2): 216–222.
21. Palmstierna T, Barredal E. Evaluation of the Perception of Aggression Scale (POAS) in Swedish nurses. Nord J Psychiatry. 2006; 60(6): 447–451.
22. Arguvanli SC, Karatas N, Baser M. Effect of aggression management training program on knowledge and attitudes of nurses working at psychiatric clinics. Anatolian J Psychiatry. 2015; 16, 5: 323–328.
23. De Benedictis L, Dumais A, Stafford MC, Cote G, Lesage A. Factor analysis of the French version of the shorter 12-item Perception of Aggression Scale (POAS) and of a new modified version of the Overt Aggression Scale (MOAS). J Psychiatr Ment Health Nurs. 2012; 19(10): 875–880.
24. Wong WK, Chien WT. Testing psychometric properties of a Chinese version of perception of aggression scale. Asian J Psychiatry. 2017; 25: 213–217.
25. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 5th ed. New York: Harper Collins; 2006.
26. Williams B, Brown T, Onsman A. Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. Australas J Paramed. 2010; 8(3).
27. Costello AB, Osborne JW. Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. Practical Assessment, Research & Evaluation. 2005; 10(7): 1–9.
28. O'Connor BP. SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. Behavior Research Methods, Instruments & Computers. 2000; 32(3): 396–402.
29. Cronbach LJ. A case study of the split-half reliability coefficient. J Educ Psychol. 1946; 37: 473–480.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.02.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 06.11.2017

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

Dane do korespondencji:
Jakub Lickiewicz
ul. Mikołaja Kopernika 25
31-501 Kraków
tel.: 12 424 72 86
e-mail: jlickiewicz@cm-uj.krakow.pl
Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

PREDYSPOZYCJE AFEKTYWNE A OBRAZ CHOROBY PRZEWLEKŁEJ

AFFECTIVE DISPOSITION AND CHRONICLE ILLNESS PERCEPTIONS

Maciej Krzysztof Załuski

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.11

STRESZCZENIE

Wstęp. Ciągle otwarte pozostaje pytanie o sposoby podtrzymywania motywacji do leczenia u pacjenta chorego przewlekle. Pewnych informacji dostarcza pojęcie obrazu choroby i związków z poczuciem samoskuteczności. Ważnym czynnikiem kształtującym obraz choroby są indywidualne preferencje afektywne pacjenta.
Cel. Sprawdzenie powiązań występujących pomiędzy typem preferencji afektywnych pacjenta, indywidualnym obrazem choroby przewlekłej a poczuciem samoskuteczności.
Materiał i metody. Badanie dotyczyło 40 pacjentów leczonych z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS). Obraz choroby poznano za pomocą autorskiego kwestionariusza powstałego w zgodzie z koncepcją Leventhala. Do zbadania preferencji afektywnych użyto kwestionariusza: Skala Uczuć Pozytywnych i Negatywnych – SUPIN – wersja C-30, natomiast poczucie skuteczności sprawdzono za pomocą Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES.
Wyniki i wnioski. W badanej grupie przeważały osoby ze skłonnością do afektywności negatywnej o wysokim nasileniu oraz afektywności pozytywnej o niskim nasileniu. Zaobserwowano różnice w sposobach spostrzegania choroby przez pacjentów o odmiennych predyspozycjach afektywnych. Poczucie samoskuteczności różni się ze względu na obecny u pacjenta rodzaj afektywności pozytywnej.

SŁOWA KLUCZOWE: obraz choroby, zaburzenia afektywne, skuteczność własna, reumatoidalne zapalenie stawów.

ABSTRACT

Introduction. The question about ways of supporting motivation chronically ill patients still remains open. The illness perception construct and its connections with self-efficacy provide some information. Patient's individual affective disposition is an important factor of illness perception.
Aim. Checking connections between the type of affective disposition, individual illness perception, and self-efficacy.
Material and methods. 40 patients with rheumatoid arthritis (RA) participated in the survey. The author's questionnaire form in accordance with the Levental's model of illness was used. For examining affective disposition a SUPIN C-30 version questionnaire was used, the level of self-efficacy was checked with the GSES scale.
Results and conclusions. The group was dominated by persons with negative affective disposition with the high escalation, and by persons with positive affective disposition with the low escalations. Differences in the ways of illness perception by patients differing in affective disposition were observed. The account of self-efficacy is diversified by the patient's positive affective disposition type.

KEYWORDS: illness perception, affective disorders, self-efficacy, rheumatoid arthritis.

Wstęp

W latach 60.–70. XX w. Leventhal prowadził badania nad zależnościami pomiędzy uzyskaniem przez człowieka informacji dotyczących zagrożenia zdrowia i życia a podjęciem zachowań prozdrowotnych. Wykorzystując zdobytą wiedzę w leczeniu pacjentów przewlekle chorych, zespół Leventhala skonstruował hierarchicznie zorganizowany model adaptacji człowieka do choroby. Celem było zwiększanie zaangażowania pacjenta w przebieg leczenia. Założono, iż ludzie mają wyobrażenia oraz wiedzę pojęciową na temat choroby własnej, jej przyczyn i następstw, a także możliwych do podjęcia działań zaradczych. Koncepcja nazwana samoregulacyjnym modelem choroby i zdrowia połączyła w sobie elementy o charakterze informacyjnym, proceduralnym, kompetencyjnym i kontrolnym [1, 2], w sposób istotny kształtujące zachowania prozdrowotne człowieka. Wspomniane elementy tworzą: przekonania na temat osobistej podatność na zachorowanie, umysłowe strategie radzenia sobie z zagrożeniami ze strony choroby, a także własnymi reakcjami emocjonalnymi towarzyszącymi leczeniu, zdolność do podejmowania realistycznych działań prozdrowotnych i unikania zachowań ryzykownych, umiejętność bieżącej oceny skuteczności

podejmowanych działań. Jak zauważają Cameron i Leventhal, funkcją samoregulacji jest formułowanie celów prozdrowotnych, planowanie odpowiednich sposobów ich osiągnięcia oraz ocena podejmowanych działań wraz z ewentualną rewizją celów i sposobów. Koncepcja podkreśla zasadniczą rolę poznawczej oraz emocjonalnej reprezentacji zdrowia i groźby choroby w umyśle człowieka, jako podstawy dla podejmowania zachowań prozdrowotnych. Autorzy zauważają, że ważna jest zarówno wiedza pacjenta na temat zagrożenia zdrowia oraz sposobów zabezpieczenia się, jak i obecne w nim emocje i sposoby polepszania samopoczucia. Leventhal zaproponował opis rozumienia choroby przez pacjenta za pomocą pięciu wymiarów dotyczących wyobrażeń i samowiedzy na temat: 1) tożsamości choroby, 2) czasu jej trwania, 3) przyczyny wystąpienia, 4) przewidywanych konsekwencji oraz 5) kontroli leczenia choroby [1]. Tożsamość choroby to inaczej jej etykieta, powstała na bazie oznak i objawów występujących z różnym nasileniem. Za jej pomocą pacjent wyraża poglądy na temat schorzenia. Czas trwania dotyczy przekonania o przewidywanym przebiegu choroby, o tym, czy jest chorobą postępującą ostro, a zarazem krótkotrwale, czy też chroniczną, nawracającą lub nieuleczalną. Przyczyny choroby to założenia o domniemanych źródłach zachorowania, wpływie genów, środowiska naturalnego lub własnych zachowań. To również znajomość mechanizmów odpowiedzialnych za utrzymywanie się schorzenia. Następstwa to sądy o zmianach w życiu pacjenta wywołanych faktem zachorowania, a dotyczących: sprawności fizycznej i psychicznej, możliwości wypełniania różnorakich ról życiowych. Kontrola wyraża założenia pacjenta na temat wpływu na przebieg leczenia oraz jego skuteczność.

Obraz choroby pozostaje pod wpływem szeregu czynników, do których należą cechy emocjonalne. Są wśród nich, ukształtowane na podłożu dziedzicznym i środowiskowym, predyspozycje do powtarzającego się przeżywania pozytywnych i negatywnych emocji o określonym natężeniu [3]. Emocje silnie oddziałują na procesy poznawcze i jakość czynności podejmowanych przez osobę chorą. Wyniki badań naukowych ukazują powiązania pomiędzy negatywną afektywnością a większym uwrażliwieniem pacjenta na obecność objawów somatycznych oraz tendencją do każdorazowego spostrzegania objawów w kategoriach poważnego zagrożenia zdrowia [4]. Indywidualnie zróżnicowana skłonność afektywna to zarówno typowe dla danego człowieka emocje wywołane sytuacją, jak i względnie stała cecha osobnicza. Z literatury wiadomo, iż niektórym chorobom somatycznym towarzyszą objawy przejściowych zaburzeń nastroju. W przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) zaburzenia psychiczne rozpoznawane są u 63% pacjentów [5, 6]. Objawy depresyjno-lękowe mogą być wywołane działaniem czynników biologicznych. Ich występowanie tłumaczy się obecnością długo utrzymującego się wysokiego stężenia cytokin prozapalnych. Inną przyczyną obecności wspomnianych objawów są zaburzenia funkcji osi neuroendokrynnych (np. niedoczynność tarczycy), które mają działanie anksjogenne. Do najczęściej rozpoznawanych objawów szeroko rozumianych zaburzeń emocjonalnych w chorobach autoimmunologicznych, do jakich należy RZS, zalicza się: zaburzenia nastroju, poczucie nieustannego zmęczenia, zaburzenia snu oraz zaburzenia nerwicowe [7].

Reakcje afektywne rozpatrywać można jako względnie stałą w czasie i stabilną preferencję osobniczą powiązaną z innymi cechami osobowymi i temperamentalnymi [8]. Stałe preferencje afektywne cechują się wzajemną niezależnością przeżywanych uczuć. Człowiek doświadczać może jednocześnie emocji należących do przeciwstawnych wymiarów afektywnych. Obecność smutku lub lęku nie wyklucza równoczesnego przeżywania nadziei lub oczekiwania. Jest to szczególnie istotne w przypadku, gdy człowiek zmaga się z sytuacją wywołującą naprzemiennie nadzieję i rozczarowanie, jak dzieje się w trakcie chorób przewlekłych. Podtrzymaniu motywacji do leczenia służyć może wzbudzanie w sobie emocji pozytywnych pomimo obecności rozczarowania, żalu i zmęczenia [9, 10].

Cel pracy

Przedstawione w artykule wyniki badań dotyczą zależności pomiędzy wiedzą o chorobie i osobowymi predyspozycjami afektywnymi. Wiedza psychologiczna pokazuje, że przeżywane przez człowieka nastroje, emocje i afekty modyfikują procesy myślenia i zachowanie w sposób ze sobą zgodny, uruchamiając wzorce reagowania odpowiadające sytuacji i doświadczanym emocjom [11]. Od obrazu choroby i leżących u jego podłoża emocji zależeć mogą podejmowane przez pacjentów zachowania prozdrowotne. Pierwsze z pytań badawczych postawionych w pracy dotyczyło współzależności pomiędzy predyspozycją osobniczą do częstego i intensywnego doświadczania pozytywnych i negatywnych emocji a obrazem choroby przewlekłej. Celem kolejnego było uzyskanie odpowiedzi, które ze składowych obrazu choroby są szczególnie wrażliwe na wpływ dominującego nastroju pacjenta. Ostatnią kwestią było sprawdzenie założenia o związku obrazu choroby z poczuciem własnej skuteczności [12].

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w roku 2016 w grupie 40 pacjentów z rozpoznaniem RZS leczonych w placów-

kach medycznych na terenie Krakowa [13]. Kryterium doboru do grupy był wiek życia i płeć pacjentów. Większość, tj. 58% osób zbadanych, stanowiły kobiety, 42% to mężczyźni. W grupie przeważały osoby w wieku 46 lat i powyżej (50%). Liczebność pozostałych grup wiekowych przedstawiała się następująco: 20% badanych było wieku 18–25 lat, 18% – w wieku 26–35 lat i 12% – w wieku 36–45 lat. Procedura badawcza uzyskała akceptację Komisji Bioetyki, dyrekcji szpitali oraz zgodę każdego pacjenta.

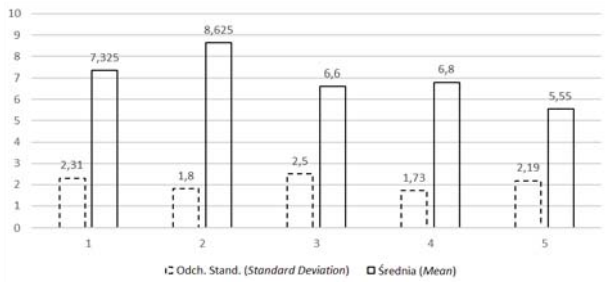
W celu poznania obrazu choroby zgodnego z założeniami modelu Levethala zbudowano kwestionariusz zawierający pięć pytań na temat: 1) wielości doświadczanych objawów i stopnia ich nasilenia, 2) zakładanego czasu trwania leczenia, 3) stopnia zrozumienia przyczyn choroby, 4) siły konsekwencji zachorowania oraz 5) poczucia kontroli nad chorobą. Osoba badana odpowiadała, posługując się 10-punktową skalą typu Likerta o opisanych końcach. Niski wynik na skali oznaczał: brak objawów choroby, przewidywany krótki czas leczenia, brak zrozumienia przyczyn choroby, brak oddziaływania choroby na życie oraz brak kontroli nad chorobą. Teoretyczny zakres wyników zawiera się pomiędzy 0 a 10 pkt dla każdej z pięciu badanych składowych obrazu choroby. Konstruując narzędzie, wzorowano się na *Brierf Illness Perception Questionnaire* [14]. Do zbadania cech afektywnych zastosowano Skalę Uczuć Pozytywnych i Negatywnych – SUPIN – wersja C-30 [3]. Narzędzie tworzy lista 30 przymiotników – 15 związanych z emocjami pozytywnymi i 15 – z negatywnymi. Zadaniem badanego jest oszacowanie nasilenia zazwyczaj doświadczanych emocji poprzez ocenę każdego przymiotnika na 5-punktowej skali o opisanych końcach. Niski wynik wskazuje na brak emocji lub nieznaczne nasilenie. Teoretyczny zakres wyników każdego z dwóch wymiarów afektywnych mieści się pomiędzy 15 a 75 pkt. W celu pomiaru poczucia skuteczności zastosowano Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES [12]. Osoba badana ocenia 10 stwierdzeń, używając w tym celu skali 4-punktowej. Niski wynik sumaryczny jest wskaźnikiem poczucia małej samoskuteczności. Zakres teoretyczny GSES: 10–40 pkt.

W badaniu użyto procedury korelacyjnej służącej analizie zmiennych i łączących je relacji [15]. Opracowując statystycznie wyniki, skorzystano z: współczynnika korelacji rang rho Spearmana, testu istotności różnic międzygrupowych U Manna-Whitneya, wskaźnika siły różnicy średnich d-Cohena. Analizy statystyczne wykonano za pomocą oprogramowania komputerowego Statistica 10,0. Istotność statystyczną przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki

Wstępem do omówienia wyników jest charakterystyka grupy ze względu na posiadane predyspozycje emocjonalne. Średnie wartości preferencji afektywnych zadeklarowane przez osoby badane wyniosły: afektywność pozytywna 36,35 pkt (SD = 8,02), negatywna 38,70 pkt (SD = 10,53). Są to wyniki na poziomie 3–4 stena (niski) w przypadku afektywności pozytywnej i 6–7 stena (średni i wysoki) w przypadku negatywnej. Minimalny wynik pomiaru afektywności pozytywnej przyjął wartość 18 pkt (1 sten), maksymalny 55 pkt (8 sten). Minimalny wynik pomiaru afektywności negatywnej osiągnął wartość 16 pkt (1–2 sten) natomiast maksymalny wartość 65 pkt (10 sten). Wyniki pomiaru afektywności pozytywnej i negatywnej nie korelowały ze sobą (rho = 0,025). Porównując wyniki znormalizowane, należy stwierdzić, że w badanej grupie obecne były osoby ze zdecydowanie większym nasileniem afektywności negatywnej w stosunku do pozytywnej (test $Z = 4,93$; $p < 0,000$). Jedynie 17,5% zbadanych osób uzyskało w skali pozytywnego afektu wyniki wysokie (7 sten i wyżej), podczas gdy 57,5% osób – wyniki wysokie w skali negatywnego afektu. Z kolei 65% zbadanych uzyskało niskie (na poziomie 1–4 stena) wyniki afektywności pozytywnej. Dane różniły się ze względu na płeć osób badanych, ale wyłącznie w przypadku emocji negatywnych. Średnia dla kobiet wyniosła 39,13 pkt (SD = 11,57), dla mężczyzn – 38,11 pkt (SD = 9,25); $Z = 2,11$, $p < 0,03$ (test serii Walda-Wolfowitza). Jednak ze względu na mało liczną grupę badawczą w dalszej analizie nie uwzględniono zmiennej płci.

Zmienną zależną w przeprowadzonym badaniu był obraz choroby wyrażony w postaci charakterystyki liczbowej pięciu składowych. Uzyskane dane przedstawiono na **rycinie 1**. Pacjenci spostrzegali chorobę raczej realistycznie, jako schorzenie „na zawsze", któremu towarzyszy nagromadzenie silnych objawów. Największe różnice wewnątrzgrupowe ujawniły się w ocenie nasilenia objawów choroby (zakres rzeczywisty: 2–10 pkt) i stopnia zrozumienia jej przyczyn (zakres rzeczywisty: 1–10 pkt) oraz w oszacowaniu siły kontroli nad chorobą i leczeniem (zakres rzeczywisty: 0–10 pkt). Pacjenci najbardziej zgodni byli w przekonaniu, że choroba ciężko oddziałuje na ich życie i wymaga długotrwałego leczenia. Jeśli chodzi o współzależności pomiędzy elementami obrazu choroby, zaobserwowano, iż osoby deklarujące wyższe poczucie kontroli choroby zgłaszały wyższy stopień zrozumienia jej przyczyn (rho = 0,31; $p < 0,05$) oraz obecność mniej nasilonych objawów (rho = -0,32; $p < 0,05$). Pacjenci przekonani co do znajomości przyczyn choroby i jej mechanizmów byli skłonni w większym stopniu traktować ją jako schorzenie przewlekłe (rho = 0,30, $p < 0,05$).

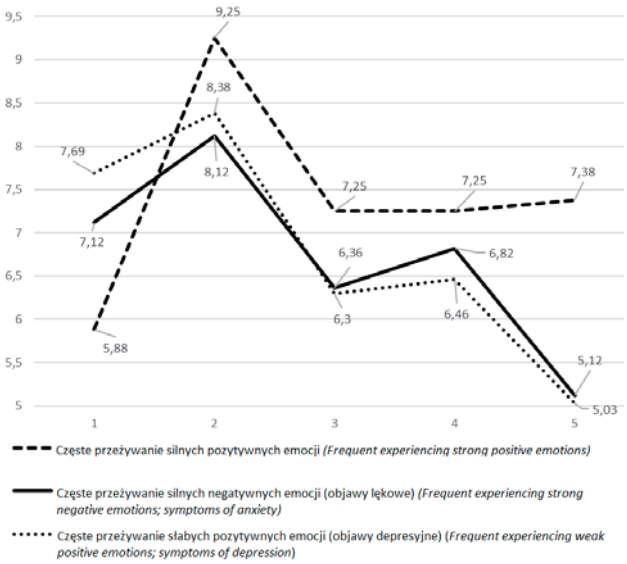


1 – nasilenie objawów choroby/ (tożsamość choroby)/*intensity of the illness symptoms (identity of disease)*; 2 – szacunkowy czas leczenia/ *timeline;* 3 – stopień zrozumienia przyczyn choroby/*meaning of the illness cause*; 4 – stopień oddziaływania choroby na życie/*consequences of the illness*; 5 – poczucie kontroli nad chorobą i leczeniem/*illness and treatment control*. Teoretyczny zakres wyników od 0 do 10 pkt/*Theoretical range of test results from 0 to 10 points*

Rycina 1. Charakterystyka opisowa składowych obrazu choroby w badanej grupie
Figure 1. Descriptive statistics of illness perception elements
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Chcąc poznać zależności występujące pomiędzy preferowaną postacią afektywności a obrazem choroby, wyodrębniono z grupy badanych wyniki pochodzące od osób deklarujących skrajne nasilenie na dwóch wymiarach afektywnych. Powstały trzy podgrupy: 1) utworzona przez osoby z predyspozycją do przeżywania emocji pozytywnych o dużym nasileniu (powyżej 7 stena), 2) osoby z predyspozycją do intensywnego przeżywania emocji negatywnych (powyżej 7 stena), 3) osoby przeżywające emocje pozytywne z najmniejszym nasileniem (poniżej 3 stena). Średnia siła emocji pozytywnych w pierwszej podgrupie wyniosła 47,63 pkt (SD = 4,24, zakres rzeczywisty: 43–54 pkt), emocji negatywnych w drugiej podgrupie – 44,00 pkt (SD = 8,80, zakres rzeczywisty: 35–65 pkt). Średnie nasilenie emocji pozytywnych w trzeciej podgrupie przyjęło wartość 32 pkt (SD = 5,61; zakres rzeczywisty: 18–48 pkt). Grupy były rozłączne, osoby zgłaszające wysoki poziom afektywności pozytywnej nie deklarowały wysokiego nasilenia emocji negatywnych i *vice versa*.

Na **rycinie 2** przedstawiono profile trzech obrazów choroby, utworzonych przez: 1) pacjentów doświadczających pozytywnych emocji z dużym nasileniem, 2) pacjentów doświadczających pozytywnych emocji z małym nasileniem oraz 3) pacjentów doświadczających negatywnych emocji z dużym nasileniem. Porównując wyniki z zachowaniem kolejności składowych obrazu choroby, stwierdzić należy, iż najwyższy poziom nasilenia objawów oraz najsłabsze poczucie kontroli nad chorobą i leczeniem zadeklarowali pacjenci z preferencją do doświadczania afektów pozytywnych o najniższym nasileniu. O najdłuższym leczeniu choroby, najlepszym rozumieniu jej przyczyn i mechanizmów oraz najsilniejszym poczuciu kontroli myślały osoby z preferencją do afektywności pozytywnej o wysokim nasileniu. Natomiast pacjentów ze skłonnością do doświadczania emocji negatywnych z dużym nasileniem różniło od pozostałych oczekiwanie relatywnie najkrótszego czasu trwania leczenia. Wyliczone współczynniki d-Cohena wykazały występowanie dużego i średniego efektu różnicy między badanymi podgrupami. Największa różnica dotyczyła oceny poczucia kontroli nad chorobą, nasilenia objawów choroby oraz stopnia jej oddziaływania na życie u osób ze skłonnością do przeżywania emocji pozytywnych o wysokim i niskim nasileniu (d-Cohena odpowiednio: 1,26 i 0,77, 0,42).



1 – nasilenie objawów choroby (tożsamość choroby)/*intensity of the illness symptoms (identity of disease)*; 2 – szacunkowy czas leczenia/*timeline*; 3 – stopień zrozumienia przyczyn choroby/ *meaning of the illness cause*; 4 – stopień oddziaływania choroby na życie/ *consequences of the illness*; 5 – poczucie kontroli nad chorobą i leczeniem/*illness and treatment control*. Teoretyczny zakres wyników od 0 do 10 pkt/*Theoretical range of test results from 0 to 10 points*

Rycina 2. Profil obrazu choroby u pacjentów różniących się predyspozycjami emocjonalnymi
Figure 2. Profile of illness perception patients with different affect disposition
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Uśredniony wynik pomiaru poczucia skuteczności własnej w badanej grupie wyniósł 27,32 pkt (SD = 5,77). Jest to wartość średnia, zarówno w przypadku kobiet (M = 27,47; SD = 5,38; zakres rzeczywisty: 16–37 pkt),

jak i mężczyzn (M = 27,11; SD = 6,42; zakres rzeczywisty: 15–39 pkt). Jeśli wyliczyć wartość omawianej zmiennej, uwzględniając rodzaj preferencji emocjonalnych, można zaobserwować istotne różnice międzygrupowe. Badani z afektywnością pozytywną o wysokim nasileniu uzyskali w GSES 31,33 pkt (SD = 6,02), natomiast osoby z dużym nasileniem afektywności negatywnej uzyskały 26,95 pkt (SD = 6,34). Osoby z afektywnością pozytywną o niskim nasileniu uzyskały wynik najniższy, to jest 26,42 pkt (SD = 5,81). Siła różnicy pomiędzy wynikami skrajnymi była duża (d-Cohena = 0,83).

Dyskusja

Jak przedstawia się charakterystyka preferencji afektywnych osób z badanej grupy w porównaniu do innych badanych? Czy można założyć, iż osoby chorujące na RZS cechuje specyficzna skłonność afektywna? Wyniki pomiaru cech emocjonalnych porównano z uzyskanymi w trakcie badań walidacyjnych kwestionariusza SUPIN przeprowadzonych na grupie 365 losowo dobranych Polaków [3]. W badaniach populacyjnych uzyskano następujące wartości: średni wynik afektywności pozytywnej Polaków wyniósł 43,02 pkt (SD = 9,10), natomiast negatywnej – 33,78 pkt (SD = 12,67). Wyniki pacjentów z RZS różniły się znacznie zarówno pod względem wartości bezwzględnych, jak i stosunku emocji pozytywnych do negatywnych. U osób z RZS dominowała afektywność negatywna, na poziomie wyższym niż w populacji, natomiast afektywność pozytywna osiągnęła poziom niższy niż w populacji. Siła różnicy w wynikach okazała się szczególnie duża w zakresie emocji pozytywnych (d-Cohena = 0,78), w przypadku emocji negatywnych – bliska przeciętnej (d-Cohena = 0,42). A zatem wyniki badania sugerują, iż pacjentów leczonych z powodu RZS cechowała skłonność do dominacji afektu negatywnego nad pozytywnym oraz przeżywania emocji negatywnych z większym, a pozytywnych z mniejszym nasileniem niż losowo dobranych Polaków.

Z literatury wiadomo, iż niski poziom afektywności pozytywnej wiązać się może z występowaniem u człowieka oznak senności i powolności. Obecność wysokiego poziomu emocji pozytywnych uzewnętrznia się pod postacią wigoru, entuzjazmu, podekscytowania. Niska afektywność pozytywna współwystępuje z takimi objawami zaburzeń nastroju (zwłaszcza depresji), jak: ograniczenie lub brak zainteresowań, anhedonia i wycofanie społeczne. W przypadku afektywności negatywnej jej wysoki poziom wiąże się z nerwowością, napięciem i dystresem, a niski – z poczuciem spokoju i relaksu [16]. Negatywna afektywność o wysokim nasileniu współwystępuje m.in. z takimi cechami osobowymi, jak: lękliwość, brak akceptacji siebie, brak zaradności życiowej i pesymistyczne myślenie o przyszłości [3, 16].

Uzyskane wyniki porównano z wynikami badania grupy 72 Amerykanów leczonych z powodu RZS. Zaobserwowano wyraźne różnice. Amerykanie byli bardziej zgodni w ocenie, a przede wszystkim zgłosili przewagę pozytywnego afektu o dużym nasileniu nad negatywnym ($M_{pozyt.}$ = 29,6; $SD_{pozyt.}$ = 7,4; $M_{negat.}$ = 15,5; $SD_{negat.}$ = 5,8) (niższe wartości w porównaniu do badań polskich były efektem zastosowania krótszego – 20-elementowego – wariantu kwestionariusza SUPIN, w oryginalnej wersji nazywającego się *The Positive and Negative Affect Schedule* – PANAS [16]). Również 100 pacjentów skandynawskich leczonych z powodu chronicznego bólu pleców i kolan zgłosiło przewagę afektywności pozytywnej o dużym nasileniu (M = 28,22; SD = 7,86) wobec negatywnej (M = 19,76; SD = 7,82; d-Cohena = 1,08) (także i w tym badaniu zastosowano 20-itemowy wariant kwestionariusza SUPIN) [17]. Stwierdzić zatem należy, iż zbadani pacjenci polscy ujawnili preferencje emocjonalne odmienne zarówno od losowo dobranych Polaków, jak i pacjentów leczonych z powodu tej samej choroby w USA i krajach skandynawskich. Pacjenci polscy byli natomiast podobni do grupy 60 Brytyjczyków leczonych ambulatoryjnie z rozpoznaniem RZS, których wyniki pomiaru cech afektywnych również ujawniały wyraźną przewagę negatywnych emocji ($M_{pozyt.}$ = 17,16, SD = 6,56; $M_{negat.}$ = 29,81, SD = 9,48; SUPIN wariant 20-itemowy) [18]. Charakteryzując psychologicznie omawiane grupy, stwierdzić można, iż zdominowały je osoby lękliwe, pełne napięcia wewnętrznego oraz raczej wycofujące się z życia i kontaktów społecznych. Należy jednak zauważyć, iż w żadnym z badań nie uwzględniono interakcji takich zmiennych, jak: upływ czasu od momentu rozpoznania choroby, wiek metrykalny i nasilenie objawów. Można przypuszczać, iż mogą one tłumaczyć występowanie opisanych różnic.

Znana jest rola, jaką w podejmowaniu i podtrzymywaniu aktywności przez człowieka odgrywa sposób interpretowania sytuacji, w jakiej się znajduje. Od procesów oceny poznawczej zależy poziom odczuwanego stresu oraz wybór zastosowanych działań zaradczych. Obraz choroby wyraża sposób oceny sytuacji chorobowej przez pacjenta. Zindywidualizowany zbiór informacji, przekonań, wyobrażeń i oczekiwań dotyczących choroby warunkuje postawę, jaką przyjmuje pacjent wobec dolegliwości i jej leczenia. Tworzą ją myśli na temat choroby, przeżywane emocje i podejmowane działania prozdrowotne. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, iż jednym z czynników osobowych warunkujących postać obrazu choroby może być względnie stała preferencja afektywna pacjenta. Dotyczy to

zwłaszcza tych składowych wizerunku choroby, które są najbardziej wrażliwe na działanie emocji. Preferencje afektywne zróżnicowały wyniki oceny: poczucia kontroli nad postępami leczenia, nagromadzenia i nasilenia doświadczanych objawów, a także długości oczekiwanego czasu leczenia. Pacjenci z niskim poziomem energii życiowej i radości, przejaw względnie trwałych predyspozycji afektywnych, rozpoznawali większe nagromadzenie objawów, deklarowali niższy wpływ na chorobę oraz – podobnie jak osoby lękliwe – wyrażali niższy stopień zrozumienia przyczyn choroby i jej patomechanizmów. Podobnie myślą osoby z zaburzeniami depresyjnymi, nastawieniem hipochondrycznym i tzw. syndromem wyuczonej bezradności. Pacjenci z predyspozycjami do występowania silnych negatywnych emocji, a zarazem przeciętnego i niskiego nasilenia emocji pozytywnych również deklarowali słabsze poczucie kontroli choroby i mniejsze jej rozumienie. Z literatury wiadomo, iż wspomniany rodzaj afektywności występuje u osób często doświadczających napięcia wewnętrznego i lęku [3]. Obecność wysokiego poziomu napięcia i niepokoju skłania osoby chore do koncentracji na szybkim usunięciu jego źródeł z wykorzystaniem mechanizmów obronnych zaprzeczania. Pacjent unika myślenia o przyczynach i następstwach dolegliwości, osłabiając w ten sposób lęk i napięcie. W efekcie jego poziom zrozumienia choroby jest relatywnie niski, a czas leczenia – przesadnie skrócony. Z drugiej strony ze stałym występowaniem negatywnych emocji u człowieka wiąże się skłonność do rozpoznawania większej liczby poważnych objawów somatycznych, spostrzegania silniejszego, negatywnego wpływu objawów na codzienne funkcjonowanie. Negatywne emocje ogniskują uwagę człowieka na informacjach je potwierdzających nawet drogą ich zniekształcania. W wyniku kumulującego się stresu u wspomnianych osób zauważa się predyspozycję do zapadania na choroby przewlekłe. Tymczasem afektywność pozytywna ma moderujący wpływ na doznania bólowe i objawy depresyjne [19, 20]. Zbadani pacjenci z predyspozycją do doświadczania afektywności pozytywnej z wysokim nasileniem (najmniej liczebna podgrupa) deklarowali najbardziej realistyczny obraz choroby: wyższy stopień zrozumienia źródła schorzenia (bez względu na obiektywną prawdę), dostrzegali jej przewlekłość i długotrwałość leczenia, zgłaszali mniej objawów i o mniejszym nasileniu, zauważali u siebie silne poczucie kontroli objawów choroby i wpływu na jej leczenie.

W jaki sposób obraz choroby może przekładać się na podejmowane przez człowieka działania, a w ich następstwie zmiany poczucia samoskuteczności? Leventhal w samoregulacyjnym modelu choroby i zdrowia przekonuje, iż obecny u pacjenta obraz choroby bezpośrednio oddziałuje na poziom poczucia samokontroli w obszarze zachowań prozdrowotnych. Jeśli pacjent kontroluje objawy choroby i przebieg leczenia, a zwłaszcza gdy czyni to w sposób skuteczny, rośnie u niego poczucie sprawstwa i nadzieja na wyzdrowienie [4]. Badania przeprowadzone wśród diabetyków podkreślają rolę, jaką w aktywności zdrowotnej odgrywa kontrola choroby związana z posiadaną wiedzą na temat schorzenia. Ponad połowa – 52% – wariancji wyjaśniającej wypełnianie zaleceń lekarskich przez młodocianych pacjentów związana jest z posiadanymi przekonaniami prozdrowotnymi [21]. Od nich zależy kontrola stężenia glukozy, przestrzeganie diety i aktywność fizyczna. Ujawniony w badaniu średni poziom poczucia skuteczności własnej pacjentów z RZS był zdecydowanie niższy niż uzyskany w badaniach innych osób leczonych przewlekle. Wyniki badań własnych (M = 27,32 pkt; SD = 5,77) są zbliżone do uzyskanych od pacjentów dializowanych (M = 27,16; SD = 4,91) oraz nieznacznie niższe od wyników pacjentów z cukrzycą (M = 28,43; SD = 5,35) [11]. Co istotne, wyniki pacjentów z RZS są niemal identyczne z uzyskanymi w badaniach normalizacyjnych GSES (M = 27,32; SD = 5,31). Widać zatem, iż w odróżnieniu od innych grup pacjentów obecność przewlekłej choroby nie wywołuje u osoby chorej zintensyfikowania zachowań prozdrowotnych, inaczej niż np. w wypadku kobiet w trakcie leczenia choroby onkologicznej (M = 32,46; SD = 4,96) [22]. Prawdopodobne przyczyny leżą w specyfice RZS i wynikających z niej procedurach leczniczych. Wiadomo, iż poczucie samoskuteczności tworzy się u człowieka wraz ze wzrostem kontroli podejmowanych działań, które w przypadku osoby chorującej na RZS służą nie tyle całkowitemu i trwałemu wyleczeniu, ile spowolnieniu przebiegu choroby, zabezpieczaniu przed powikłaniami i ograniczaniu wpływu objawów na codzienne funkcjonowanie pacjenta. Niemniej jednak uzyskane dane wskazują, iż przekonanie na temat kontroli pozostaje w związku z dominującym nastrojem pacjenta i jest niższe u osób o niskim poziomie afektywności pozytywnej. Wartość współczynnika d-Cohena = 0,83 wyliczona dla poziomu samoskuteczności osób z wysokim i niskim nasileniem afektywności pozytywnej ukazuje silny efekt różnicy. Należy zatem stwierdzić, że względnie stałe cechy emocjonalne, jakimi są pozytywna i negatywna afektywność, mogą kształtować poczucie kontroli zachowań prozdrowotnych, a tym samym doświadczenia samoskuteczności również u osób chorych przewlekle.

Jak wskazują wyniki badań innych pacjentów chorujących na RZS, ocena ich nastroju z wykorzystaniem dwuwymiarowego modelu pozytywnej i negatywnej afektywności lepiej opisuje doświadczenia emocjonalne niż model jednowymiarowy, w którym zmienną wyja-

śniającą jest poziom depresji lub w przypadku, gdy pozytywna i negatywna afektywność traktowane są jako przeciwległe pozycje na jednowymiarowym kontinuum [23]. W jednym z badań nad preferencjami afektywnymi u pacjentów z RZS zmienną niezależną był rodzaj stosowanych sposobów radzenia sobie z chorobą. Korzystanie przez osoby badane z mało adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem choroby (np. dopominanie się większej dawki leków przeciwbólowych) współwystępowało z wysokim poziomem afektywności negatywnej i niskim pozytywnej. Stosowanie strategii bardziej adaptacyjnych (np. wykonywanie ćwiczeń rehabilitacyjnych) charakterystyczne było wyłącznie dla osób z wysokim poziomem pozytywnego afektu. Wyniki pokazują odmienne cele, jakie stawiają sobie pacjenci w zależności od reprezentowanego poziomu afektywności. Osoby z wyższym poziomem lęku widzą w objawach choroby oznaki poważnego zagrożenia zdrowia i stąd podejmują działania służące ich usunięciu. Oczekują w ten sposób ulgi w napięciu wewnętrznym, którego obecność jest charakterystyczna dla wspomnianego rodzaju afektywności. Osoby z wysokim poziomem pozytywnego afektu, a zarazem poczuciem kontroli nad chorobą, skupiają się na działaniach osadzonych w realności, podtrzymujących sprawność. Szukają okazji do zwiększenia poczucia kontroli, co podtrzymuje w nich pozytywne emocje. Osoby z niskim poziomem pozytywnego afektu, z uwagi na niski poziom energii i brak radości, są w mniejszym stopniu zainteresowane podejmowaniem wspomnianych działań.

Wnioski

Życie pacjenta z reumatoidalnym zapaleniem stawów wymaga umiejętności radzenia sobie z nawrotami choroby i okresami remisji, pojawianiem się szeregu zmian pozastawowych, lękiem przed całkowitą utratą samodzielności ruchowej, utratą pracy, a nawet ryzykiem przedwczesnej śmierci. Możliwości zmiany przebiegu choroby lub zatrzymania jej progresji są ograniczone w czasie do tzw. okna terapeutycznego. Leczenie, zwłaszcza wcześnie podjęte, zatrzymuje postępy choroby w procesie niszczenia stawów, a także może prowadzić do remisji lub spowolnienia zmian degeneracyjnych. Aby jednak tak się stało, pacjent powinien podtrzymywać w sobie motywację do leczenia, starając się postrzegać chorobę w realistycznym świetle. Pomaga umiejętność wzbudzania w sobie nadziei, zaangażowania, radości, niezależnie od przeżywanych emocji negatywnych. Wydaje się, iż jest to równie ważne, jak zdolność do kontrolowania lęku i napięcia.

1. Indywidualne skłonności afektywne mają odbicie w sposobach postrzegania przez pacjenta choroby przewlekłej.
2. Pacjenci z niskim nasileniem pozytywnej afektywności zgłaszają więcej objawów o dużej intensywności, niski poziom zrozumienia przyczyn i mechanizmów choroby oraz słabe poczucie kontroli nad schorzeniem i jego leczeniem.
3. Poziom afektywności pozytywnej różnicuje pacjentów ze względu na deklarowane poczucie skuteczności własnej.

Piśmiennictwo

1. Nerenz D, Leventhal H. Self-regulation theory in chronic illness. W: Burish T, Bradley L (red.). Coping with Chronic Disease Research and Applications. New York: Academic Press; 1983. 13–37.
2. Singh R. Psychological Model of Illness. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing; 2011. 16–20.
3. Brzozowski P. Skala uczuć pozytywnych i negatywnych SUPIN. Polska adaptacja skali PANAS Davida Watsona i Lee Anny Clark. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2010.
4. Cameron L, Leventhal H, Love R. Trait anxiety, symptom perceptions, and illness-related responses among women with breast cancer in remission during a tamoxifen clinical trial. Health Psychol. 1998; 17: 459–469.
5. Jasiewicz A, Samochowiec J. Zaburzenia psychiczne w chorobach tkanki łącznej. Psychiatria. 2011; 8: 39–45.
6. Kwiatkowska B, Przygodzka M, Konopińska E, Dąbrowska J, Sikorska-Siudek K. Depresja u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Reumatologia. 2011; 49: 138–141.
7. Celińska-Löwenhoff M, Musiał J. Zaburzenia psychiczne w chorobach autoimmunologicznych – problemy diagnostyczno-terapeutyczne. Psychiatria Pol. 2012; 66: 1029–1042.
8. Fajkowska M, Marszał-Wiśniewska M. Właściwości psychometryczne Skali Pozytywnego i Negatywnego Afektu – Wersja Rozszerzona (SUPIN-X). Wstępne wyniki badań w polskiej próbie. Prz Psychol. 2009; 52: 355–387.
9. Heszen I. Pozytywne emocje w negatywnych sytuacjach: skąd się biorą i jak zmieniają radzenie sobie. W: Heszen I, Życińska J (red.). Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica"; 2008. 139–150.
10. Lazarus R. Toward better research on stress and coping. Am Psychol. 2000; 55: 665–673.
11. Łukaszewski W, Doliński D. Mechanizmy leżące u podstaw motywacji. W: Strelau J (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2. Gdańsk: GWP; 2000. 441–456.
12. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001.
13. Idec A. Obraz siebie i choroby własnej u pacjenta chorego na reumatoidalne zapalenie stawów. Nieopublikowana praca magisterska. Kraków: Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum; 2016.
14. Broadbent E, Petrie K, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. J Psychosom Res. 2006; 60: 631–637.
15. Feruson G, Takane Y. Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice. Warszawa: PWN; 2009. 33.
16. Smith T, Christensen A. Positive and negative affect in rheumatoid arthritis: increased specificity in the assessment of emotional adjustment. Ann Behav Med. 1996; 18: 75–78.

17. Thong I, Jensen M. The buffering role of positive affect on the association between intensity and pain related outcomes. Scand J Pain. 2017; 14: 91–97.
18. Barlow J, Cullen L, Rowe I. Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. Patient Educ Couns. 2002; 46: 11–19.
19. McAndrew LM, Mora PA, Quigley KS et al. Using the Common Sense Model of Self-Regulation to Understand the Relationship Between Symptom Reporting and Trait Negative Affect. Int J Behav Med. 2014; 21: 989–994.
20. Matcham F, Hotopf S, Chalder T. Psychological correlates of fatigue in rheumatoid arthritis: A systematic review. Clin Psychol Rev. 2015; 39: 16–29.
21. Starowicz-Filip A. Rola poznawczego obrazu własnej choroby w adaptacji do cukrzycy – charakterystyka zagadnienia i przegląd badań. Diabetol Prakt. 2009; 10: 92–100.
22. Rogala D, Mazur A, Maślińska M, Koper K, Wysocka J. Poczucie własnej skuteczności i strategie przystosowania do choroby u pacjentek z nowotworem narządu rodnego. Curr Gynecol Oncol. 2015; 13(3): 154–164.
23. Sturgeon J, Finan P, Zautra A. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. Nat Rev Rheumatol. 2016; 12: 532–542.

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

Adres do korespondencji:
Maciej Krzysztof Załuski
ul. Mikołaja Kopernika 25
31-501 Kraków
tel.: 12 424 72 86
e-mail: maciej.zaluski@uj.edu.pl
Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

REALIZACJA KONTAKTU „SKÓRA DO SKÓRY" W KONTEKŚCIE WYTYCZNYCH STANDARDU OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ W WYBRANYCH SZPITALACH WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

IMPLEMENTATION OF THE 'SKIN TO SKIN' CONTACT IN ACCORDANCE WITH PERINATAL CARE STANDARD RECOMMENDATIONS IN CHOSEN HOSPITALS OF ZACHODNIOPOMORSKIE PROVINCE

Marta Stanisz[1], Dorota Ćwiek[2], Joanna Preś[3], Dorota Branecka-Woźniak[1]

[1] Katedra i Zakład Ginekologii i Zdrowia Prokreacyjnego, Wydział Nauk o Zdrowiu
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
[2] Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Wydział Nauk o Zdrowiu
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
[3] Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej, Klinika i Katedra Psychiatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.12

STRESZCZENIE

Wstęp. Standard Opieki Okołoporodowej jest aktem prawnym, którego przepisy obowiązują w Polsce już od kilku lat. Rozporządzenie zostało opracowane na podstawie EBM [3]. Wczesny kontakt „skóra do skóry", rekomendowany w Standardzie, ma na celu nie tylko skolonizowanie ciała dziecka fizjologiczną florą bakteryjną matki, lecz także budowanie trwałych relacji. Zgodnie z rozporządzeniem kontakt taki powinien trwać nieprzerwanie minimum 2 godziny po porodzie.
Cel. Głównym celem pracy była dokonana w kontekście praw pacjenta wynikających z „Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. (...)" ocena realizacji kontaktu „skóra do skóry" w szpitalach województwa zachodniopomorskiego.
Materiał i metody. Badaniem objęto 154 kobiety po porodzie drogami natury, hospitalizowane w trzech szpitalach województwa zachodniopomorskiego. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od 11 lipca 2014 r. do 6 lutego 2015 r.; wykorzystano autorską ankietę opracowaną na podstawie Standardu Opieki Okołoporodowej. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego.
Wyniki. Większość pacjentek miała możliwość bezpośredniego kontaktu „skóra do skóry" po porodzie. Część kobiet – aż 75,5% w szpitalu w Szczecinku oraz mniej więcej jedna trzecia pacjentek SPSK1 i SPSK2 – nie miała możliwości przedłużenia tego kontaktu do 60 minut po porodzie. Najczęściej zaopatrzenie noworodka wykonywano w kąciku noworodka. Tak działo się w 90,5% przypadków w SPSK1. Z kolei dla SPSK2 i szpitala w Szczecinku odsetek ten wynosi odpowiednio 78,9% oraz 75,5%.
Wnioski. Realizacja kontaktu „skóra do skóry" nie odbywa się na dostatecznym poziomie, co może zaburzać rozwój prawidłowej relacji pomiędzy matką a noworodkiem. Konieczne jest podjęcie działań naprawczych w tym zakresie. Pierwsze badanie dziecka najczęściej wykonywane jest w kąciku noworodka. Ma to negatywny wpływ na realizację kontaktu „skóra do skóry".

SŁOWA KLUCZOWE: opieka okołoporodowa, prawa pacjenta, poród, standard opieki, kontakt „skóra do skóry".

ABSTRACT

Introduction. Perinatal Care Standard is a law act, which has been implemented in Poland for the few years. This Regulation was based on EBM [3]. The recommendation of the early 'skin to skin' contact has a purpose to colonise the newborn's skin by physiological bacterial flora and also to develop a proper relationship between the mother and her child. In accordance with the regulation, the 'skin to skin' contact should last at least two hours after delivery.
Aim. The main aim of the study was to evaluate the implementation of the 'skin to skin' contact towards patient's rights resulting from the Minister of Health Regulation of 20th September 2012 in case of the Perinatal Care Standard in chosen hospitals of Zachodniopomorskie province.
Material and methods. The study included 154 women after natural birth that were hospitalized in the period from 11th July 2014 to 6th February 2015, based on the author's questionnaire, developed on the Standard of Perinatal Care 20th September 2012. There was used a diagnostic survey method.
Results. The vast majority of patients had the possibility of the close 'skin to skin' contact after labour. Unfortunately, 75.5% of women who gave birth in hospital in Szczecinek and about 1/3 of patients from SPSK1 and SPSK2 had no possibility to extend this contact up to 60 minutes after labour. All activities related to supplying the newborn were performed in the newborn corner mostly in every chosen hospitals – in 90.5% cases of SPSK1, 78.9% cases of SPSK2 and 75.5% cases of hospital in Szczecinek.
Conclusions. The implementation of the 'skin to skin' contact is not performed on a sufficient level, which can ensure development of a proper relation between the mother and her newborn. It is necessary to change the medical staff attitude. All activities related to supplying the newborn were performed in the newborn corner mostly. This has a negative influence on the 'skin to skin' contact.

KEYWORDS: perinatal care, patient's rights, parturition, care standard, 'skin to skin' contact.

Wprowadzenie

Na przełomie dziesięcioleci doszło do radykalnych zmian w podejściu do ciąży, porodu i połogu zarówno w Polsce, jak i na świecie. W ubiegłym stuleciu poród traktowany był wyłącznie jako wydarzenie medyczne, zgodnie z panującą ideą *active management of labour* [1], a pacjentki traktowane były przedmiotowo [2]. Na wielu polskich oddziałach dominował system kohorty, w którym matka miała kontakt z dzieckiem wyłącznie w porze karmienia. Wraz z przekształcaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce i organizacji pracy na oddziałach położniczych pojawiła się potrzeba zmian w ustawodawstwie.

Nowelizacja „Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. (...)" (Dz.U. Nr 187, poz. 1259) poskutkowała stworzeniem najnowszego Standardu Opieki Okołoporodowej (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100), obowiązującego już od kilku lat. Rozporządzenie zostało opracowane na podstawie EBM, w oparciu o wytyczne WHO „Bezpieczne macierzyństwo", prawa pacjenta oraz doświadczenia polskich praktyków w opiece nad matką i noworodkiem [3]. Nowe zasady postępowania budziły obawy i wątpliwości wśród personelu medycznego. Standard miał być obligatoryjnym źródłem wytycznych dla wszystkich placówek, unieważniając wewnętrznie obowiązujące procedury szpitalne [4].

Założenia Standardu Opieki Okołoporodowej dotyczą także nawiązywania kontaktu „skóra do skóry" tuż po narodzinach i utrzymywaniu go w III i IV okresie porodu, jeśli stan matki i dziecka jest dobry. Wczesny kontakt „skóra do skóry", rekomendowany w Standardzie, ma na celu nie tylko skolonizowanie ciała dziecka fizjologiczną florą bakteryjną matki, lecz także budowanie trwałych relacji. Zgodnie z rozporządzeniem kontakt taki powinien trwać nieprzerwanie minimum 2 godziny po porodzie.

Cel pracy

Głównym celem pracy była dokonana w odniesieniu do praw pacjenta wynikających z „Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem" (w skrócie: Standard Opieki Okołoporodowej; Dz.U. z 2012 r., poz. 1100) ocena realizacji kontaktu „skóra do skóry" w wybranych szpitalach województwa zachodniopomorskiego.

Materiał i metody

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 (Grupa 1),
- w Klinice Położnictwa i Ginekologii PUM w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 2 w Szczecinie (Grupa 2),
- na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym w Szpitalu w Szczecinku sp. z o.o. (Grupa 3).

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od 11 lipca 2014 r. do 6 lutego 2015 r. Przed rozpoczęciem badań 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.

W badaniach wykorzystano autorską ankietę opracowaną na podstawie Standardu Opieki Okołoporodowej z dnia 20 września 2012 r. (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100). Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. 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^2 Pearsona. W przypadku braku spełnienia podstawowych założeń testu (liczności oczekiwane mniejsze od 5) stosowano poprawkę Yatesa na ciągłość testu chi^2. Wyniki zaprezentowano za pomocą tabel dwudzielczych. Przyjęto poziom istotności równy 0,05, co w praktyce oznacza następujący układ hipotez:

- H0 – brak statystycznie istotnych zależności między badanymi zmiennymi ($p > 0,05$),
- H1 – występuje statystycznie istotna różnica między badanymi zmiennymi ($p < 0,05$).

Wyniki

Cechy różnicujące pacjentki biorące udział w badaniu to liczba posiadanego potomstwa, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz poziom wykształcenia. Ogólną charakterystykę badanej populacji przedstawiono w **tabeli 1**. Ponad połowa respondentek rodziła swoje drugie lub kolejne dziecko, natomiast dla 40,3% kobiet był to pierwszy poród. 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 bada-

nych aż 78,6% stanowiły mieszkanki miast. Jedynie 21,4% kobiet zamieszkiwało wsie. Większość kobiet z omawianej grupy była osobami niezamężnymi – 59,7%. Pozostałe 40,3% pacjentek to mężatki. Połowa (50,0%) badanej populacji miała wykształcenie wyższe, 34,4% respondentek miało wykształcenie średnie. Najmniej liczną grupę stanowiły kobiety z wykształceniem podstawowym lub zawodowym – 15,6%.

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

Charakterystyka grupy/ *Characteristic of 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
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
Miejsce zamieszkania/ *Current residence*	miasto/ *city*	121	78,6
	wieś/ *village*	33	21,4
Stan cywilny/ *Marital status*	mężatki/ *married*	62	40,3
	niezamężne/ *single*	92	59,7
Poziom wykształcenia/ *Education*	podstawowe, zawodowe/ *basic, vocational education*	24	15,6
	średnie/ *secondary education*	53	34,4
	wyższe/ *higher education*	77	50,0

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Zmienną, która miała najistotniejsze znaczenie w kontekście realizacji kontaktu „skóra do skóry", zgodnego z założeniami Standardu Opieki Okołoporodowej, 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 Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Policach PUM; 34,4% badanej populacji stanowiły pacjentki rodzące w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym Szpitala w Szczecinku sp. z o.o., zaś najmniejsza grupa – jedynie 24,7% – to kobiety rodzące w Klinice Położnictwa i Ginekologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 w Szczecinie PUM.

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

Szpital/*Hospital*	N	%
Grupa 1/*1st group*	63	40,9
Grupa 2/*2nd group*	38	24,7
Grupa 3/*3rd group*	53	34,4
Ogółem/*Altogether*	154	100,0

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W **tabeli 3** przedstawiono realizację kontaktu „skóra do skóry" tuż po porodzie w poszczególnych szpitalach. Na poziomie istotności 0,05 nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej mówiącej o braku statystycznie istotnej (p = 0,915) zależności między kontaktem „skóra do skóry" po porodzie a szpitalem. Zdecydowana większość pacjentek każdego ze szpitali miała możliwość bezpośredniego kontaktu „skóra do skóry" z noworodkiem tuż po porodzie.

Tabela 3. Kontakt „skóra do skóry" matki i dziecka tuż po porodzie w poszczególnych szpitalach
Table 3. 'Skin to skin' contact of the mother and baby just after the birth in particular hospitals

Kontakt „skóra do skóry"/*'Skin to skin' contact*	Szpital/*Hospital* Grupa 1/*1st group* N	%	Grupa 2/*2nd group* N	%	Grupa 3/*3rd group* N	%
Tak/*Yes*	37	97,4	63	100,0	52	98,1
Nie/*No*	1	2,6	0	0,0	1	1,9
	chi^2		Df		P	
chi^2 Yatesa	0,2		df=2		p=0,915	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W **tabeli 4** zaprezentowano możliwość utrzymania kontaktu „skóra do skóry" przez matkę i noworodka ponad 60 minut po porodzie w poszczególnych szpitalach. Na poziomie istotności 0,05 zaobserwowano statystycznie istotną (p = 0,000) zależność między prezentowanymi aspektami.

Ponad dwie trzecie kobiet rodzących w SPSK1 i SPSK2 miało możliwość utrzymania bezpośredniego kontaktu „skóra do skóry" ze swoim dzieckiem ponad 60 minut po porodzie. W szpitalu w Szczecinku jedynie nieco ponad jedna czwarta (24,5%) matek mogła po porodzie trzymać swoje dziecko na brzuchu ponad 60 minut. Wobec powyższego część kobiet – aż 75,5% rodzących w szpitalu w Szczecinku oraz mniej więcej jedna trzecia pacjentek SPSK1 i SPSK2 – nie miała tej możliwości.

Tabela 4. Możliwość utrzymywania kontaktu „skóra do skóry" przez matkę i noworodka ponad 60 minut po porodzie w poszczególnych szpitalach
Table 4. Possibility to maintain 'skin to skin' contact between the mother and newborn over 60 minutes after delivery in particular hospitals

Kontakt „skóra do skóry" ponad 60 minut/*'Skin to skin' contact over 60 minutes*	Szpital/*Hospital*					
	Grupa 1/*1st group*		Grupa 2/*2nd group*		Grupa 3/*3rd group*	
	N	%	N	%	N	%
Tak/*Yes*	25	65,8	44	69,8	13	24,5
Nie/*No*	13	34,2	19	30,2	40	75,5
	chi^2		Df		P	
chi^2 Pearsona	26,9		df=2		p=0,000	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W **tabeli 5** przedstawiono podejście personelu medycznego do miejsca zaopatrzenia noworodka po porodzie w poszczególnych szpitalach. Na poziomie istotności 0,05 nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej mówiącej o braku statystycznie istotnej (p = 0,086) zależności między zaopatrzeniem dziecka a szpitalem.

Zaopatrzenie noworodka na brzuchu mamy najczęściej wykonywane było w szpitalu w Szczecinku (24,5%) wobec 21,1% przypadków w SPSK2 i zaledwie 9,5% przypadków w SPSK1.

We wszystkich omawianych szpitalach najczęściej zaopatrzenie noworodka wykonywano w kąciku noworodka. Tak działo się w 90,5% przypadków w SPSK1. Z kolei dla SPSK2 i szpitala w Szczecinku odsetek ten wynosi odpowiednio 78,9% oraz 75,5%.

Tabela 5. Podejście personelu medycznego do miejsca zaopatrzenia noworodka po porodzie w poszczególnych szpitalach
Table 5. Approach of medical staff to the place of first newborn examination after delivery in particular hospitals

Miejsce zaopatrzenia noworodka/*Place of first newborn examination*	Szpital/*Hospital*					
	Grupa 1/*1st group*		Grupa 2/*2nd group*		Grupa 3/*3rd group*	
	N	%	N	%	N	%
Kącik noworodka/*First aid place for newborns*	30	78,9	57	90,5	40	75,5
Brzuch matki/*Mother's abdomen*	8	21,1	6	9,5	13	24,5
	chi^2		df		P	
chi^2 Pearsona	4,9		df=2		p=0,086	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Opieka zarówno w trakcie porodu, jak i w pierwszych chwilach po narodzeniu dziecka stanowi ważny moment, rzutujący na dalszy rozwój więzi pomiędzy matką a noworodkiem. Wczesny kontakt „skóra do skóry", rekomendowany w Standardzie, ma na celu nie tylko skolonizowanie ciała dziecka fizjologiczną florą bakteryjną matki, lecz także budowanie trwałych relacji i podjęcie próby karmienia piersią już w warunkach sali porodowej. Zgodnie z rozporządzeniem kontakt taki powinien trwać nieprzerwanie minimum 2 godziny po porodzie, co jest niezwykle rzadko realizowane, głównie ze względu na specyfikę organizacji pracy położnych i lekarzy [5, 6]. Istnieje niewielka baza publikacji dotyczących realizacji Standardów Opieki Okołoporodowej, stąd też trudno znaleźć odniesienie do doniesień innych autorów.

W badaniach własnych wykazano, iż w niemalże 100,0% przypadków kontakt „skóra do skóry" realizowany był w każdym z omawianych szpitali województwa zachodniopomorskiego. Niestety, możliwość trzymania swojego dziecka na brzuchu ponad 60 minut zadeklarowało znacznie mniej pacjentek, szczególnie w szpitalu w Szczecinku. Ponad trzy czwarte kobiet rodzących w tamtejszej placówce nie mogło przedłużyć czasu kontaktu „skóra do skóry", który zgodnie z badaniami innych autorów najczęściej trwa jedynie kilka do kilkunastu minut [5]. Podobna, choć nieznacznie lepsza sytuacja jest w SPSK1 i SPSK2, gdzie ponad jedna trzecia pacjentek zadeklarowała brak możliwości utrzymywania bliskiego kontaktu z noworodkiem ponad 60 minut.

Bez wątpienia próby wdrażania wczesnego kontaktu „skóra do skóry" tłamsi wybór miejsca zaopatrzenia noworodka – w każdym z omawianych szpitali czynności związane z badaniem dziecka najczęściej wykonywano w kąciku noworodka. Jedynie w przypadku około jednej czwartej pacjentek SPSK2 i szpitala w Szczecinku noworodek zaopatrzony został na brzuchu mamy.

Na podstawie zestawienia wyników własnych z badaniami innych autorów należy stwierdzić, iż istnieje wiele uchybień ze strony personelu medycznego w procesie realizacji Standardu Opieki Okołoporodowej w szpitalach województwa zachodniopomorskiego.

Wnioski

1. Realizacja kontaktu „skóra do skóry" nie odbywa się na dostatecznym poziomie, zapewniającym rozwój pozytywnej relacji pomiędzy matką a dzieckiem. Przypuszczalnie może świadczyć to o niewiedzy i braku kompetencji ze strony personelu w zakresie obowiązujących ustaw i innych przepisów prawa. Konieczna jest zatem zmiana podejścia personelu do czasu utrzymywania bliskiego kontaktu noworodka i matki. Należy wdrożyć obligatoryjne szkolenia z zakresu przestrzegania praw pacjenta.
2. Czynności związane z zaopatrzeniem noworodka najczęściej wykonywane są w kąciku noworodka, co negatywnie wpływa na kontakt „skóra do skóry", dlatego należy zachęcać personel do badania noworodka i wykonywania na brzuchu matki innych zabiegów po porodzie.

3. Organ Ministerstwa Zdrowia powinien sprawować większą kontrolę nad wdrażaniem Standardu Opieki Okołoporodowej w szpitalach, gdyż w wielu placówkach obowiązuje on jedynie w wybranych, wygodnych dla kierownictwa aspektach.

Piśmiennictwo

1. Kitzinger S. Rediscovering Birth. London: Little Brown; 2000.
2. Podgórska J. Betonowe położnictwo. Polityka. 2005; 43: 4–11.
3. Jędrzejewska L. Standardy opieki okołoporodowej. Nowe wyzwania dla położnych. Położ Nauka Prakt. 2011; 1(13): 8–11.
4. Nowakowska L. W stronę humanizacji porodu. Projekt standardu opieki okołoporodowej w Polsce. Zdr Publ. 2010; 120(4): 432.
5. Kubicka-Kraszyńska U (red.). Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego. Raport. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2013. 27.
6. 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.

Artykuł przyjęty do redakcji: 18.09.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 10.12.2017

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

Adres do korespondencji:
Marta Stanisz
ul. Żołnierska 48, bud. 8
71-210 Szczecin
tel.: 91 480 09 20
e-mail: martastanisz@gmail.com
Katedra i Zakład Ginekologii i Zdrowia Prokreacyjnego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

OPINIA CIĘŻARNYCH NA TEMAT KOMPETENCJI POŁOŻNYCH W ASPEKCIE PROWADZENIA CIĄŻY FIZJOLOGICZNEJ

OPINION OF PREGNANT WOMEN ABOUT THE COMPETENCE OF MIDWIVES IN THE ASPECT OF THE PHYSIOLOGICAL PREGNANCY CARE

Anna Leja-Szpak[1], Katarzyna Bulanda[2], Jolanta Jaworek[1]

[1] Zakład Fizjologii Medycznej, Instytut Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
[2] absolwentka kierunku: położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.13

STRESZCZENIE

Wstęp. Od zarania dziejów ciężarnymi i rodzącymi opiekowały się inne kobiety. Początkowo te mające doświadczenie i powszechny szacunek w plemieniu, z czasem – wykształcone akuszerki. Do końca XIX w. był to zawód samodzielny z uwagi na postrzeganie ciąży jako procesu fizjologicznego. W konsekwencji nadmiernej medykalizacji społeczeństwo zaczęło postrzegać ją jako proces wymagający interwencji medycznej. Położne utraciły samodzielność zawodową, natomiast opiekę nad ciężarną i rodzącą przejęli lekarze. Zgodnie z „Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. (...)" położne mają zagwarantowaną możliwość prowadzenia ciąży fizjologicznej.

Cel. Poznanie opinii ciężarnych na temat kompetencji zawodowych położnych, głównie w aspekcie prowadzenia przez nie ciąży fizjologicznej.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród ciężarnych hospitalizowanych w jednym ze szpitali krakowskich. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, za narzędzie badawcze posłużył autorski kwestionariusz ankiety. Analizie poddano 105 ankiet.

Wyniki. Badania wykazały, że aż 61% respondentek nie było świadomych, że położna może prowadzić ciążę fizjologiczną. Nawet po otrzymaniu tej informacji zaznaczyły one, iż nie zrezygnowałyby z prowadzenia ciąży przez ginekologa na rzecz położnej (67%). Argumentowały to przekonaniem o niewystarczającej wiedzy położnych dotyczącej ciąży, porodu, połogu (41,6%) oraz ich nieodpowiednim przygotowaniem do opieki nad ciężarną (36,1%). Ankietowane, które wiedziały o tej możliwości (39%), czerpały wiedzę głównie z nieprofesjonalnych źródeł informacji.

Wnioski. Pomimo istnienia regulacji prawnych w zakresie kompetencji położnych, zwłaszcza w aspekcie prowadzenia ciąży fizjologicznej, do rozwiązania pozostaje problem niekorzystnego postrzegania tego zawodu przez społeczeństwo i wynikających z tego ograniczeń w samodzielności zawodowej.

SŁOWA KLUCZOWE: ciąża fizjologiczna, kompetencje zawodowe położnych, standard opieki położniczej.

ABSTRACT

Introduction. Pregnant and parturient women have been carried for other women since the dawn. Initially, these having experience and widespread respect in the tribe, later educated in that direction midwife. By the end of the nineteenth century, the profession of midwery was independent because of the perception of pregnancy as a physiological process. Later, the society have come to the conclusion, that this process that requires medical intervention. It was a consequence of excessive medicalization of patients care. Midwives have lost their professional independence, and doctors took care on the pregnant and parturient women. According to the 'Minister of Health of 23 September 2010 on standards of conduct and medical procedures (...) in the field of perinatal care (...)' midwives are guaranteed the ability to conduct physiological pregnancy.

Aim. To recognize the opinion of pregnant on the professional competence of midwives, mainly in terms of the conduct of their physiological pregnancy.

Material and methods. The study was conducted among pregnant women hospitalized in a one of hospital of Krakow. The research tool was the original questionnaire. 105 questionnaires have been analyzed.

Results. The study showed that 61% of respondents were not aware that a professional midwife can conduct physiological pregnancy. Even after receiving this information, they have indicated that they do not resigned of the pregnancy conduction by the gynecologist (67%). Argued that the conviction of insufficient knowledge of midwives on pregnancy, childbirth, postpartum (41.6%) and their inadequate preparation for the care of pregnant women (36.1%). The interviewee who were aware of this possibility (39%) drew their knowledge mainly from non-professional sources of information such as the Internet or familiar.

Conclusions. Despite the existence of relevant legal regulations in the competence of midwives, especially in the context of the pregnancy physiological, to solve the problem remains unfavorable perception of the profession by the public and the resulting restrictions on self-employment.

KEYWORDS: physiological pregnancy, professional competence of midwives, maternity care standard.

Wprowadzenie

Rola położnej na przestrzeni wieków

Pierwsze działania medyczne (30 tys. lat p.n.e.) związane były z przyjmowaniem porodu, a potrzeba udzielania pomocy rodzącej wynikała samoistnie, na podstawie doświadczenia [1, 2]. Opieka nad ciężarną i rodzącą sprawowana była przez kobiety. Do porodów wzywano te cieszące się powszechnym szacunkiem w plemieniu, a położnictwo opierało się głównie na mistycyzmie, przesądach i zabobonach. Wszelkich niepowodzeń w tym zakresie dopatrywano się w siłach nadprzyrodzonych [3]. Również w starożytności położnictwem zajmowały się kobiety. W Egipcie czy Mezopotamii położne potrafiły wykonywać rękoczyny w przypadku nieprawidłowego ułożenia płodu oraz chronić krocze przed pęknięciem. W przypadku śmierci płodu wykonywały tzw. zabiegi pomniejszające umożliwiające jego wydobycie. Zajmowały się także leczeniem chorób kobiecych [2–4]. W kulturze słowiańskiej położne określano jako „mądre baby" lub „baby". Z kolei w rzymsko-germańskiej nazywano je *feminae sapientes* (łac.) i *weise Frauen* (germ.), czyli „mądre kobiety". Dopiero w połowie XV w. pojawiło się określenie: akuszerka [1, 3]. Średniowiecze było okresem regresu dla położnych. Odstąpiono od dotychczasowych metod na rzecz ziołolecznictwa i alchemii [2–4]. W XVI w., oprócz opieki nad ciężarną, rodzącą i położnicą, z uwagi na panujące w tym czasie liczne zarazy, położne udzielały się jako edukatorki w zakresie przeciwdziałania zakażeniom. Ponadto miały za zadanie rozpoznawanie, czy znaleziony martwy noworodek zmarł w trakcie porodu, czy w łonie matki lub czy kobieta była w ciąży w przypadku podejrzenia o aborcję lub dzieciobójstwo. Położna mogła także w razie konieczności wykonać cięcie cesarskie u umierającej lub zmarłej kobiety celem ratowania dziecka [5]. Od połowy XVII w. już nie tylko kobieta mogła sprawować opiekę nad rodzącą, ale i mężczyzna miał taką możliwość. Wynikało to z dominacji mężczyzn w medycynie i wsparcia ze strony Kościoła. Zaczęły powstawać placówki, w których mogły kształcić się położne. Mimo uprawnień nie posiadały one narzędzi położniczych, którymi dysponował lekarz lub mężczyzna – położny. Z tego powodu położne odsunięto od przyjmowania porodów patologicznych. Od tamtej pory zaczęły zajmować się wyłącznie fizjologiczną ciążą i porodem [5, 6]. Na przełomie XIX i XX w. w większości krajów zaczęto wydawać rozporządzenia określające prawa i obowiązki położnych, a równocześnie lekarze domagali się przekazania im opieki nad kobietą rodzącą. Mimo to położne nadal przyjmowały porody, a medyków wzywano tylko w razie komplikacji. W 1884 r. w Berlinie powstał pierwszy w Europie związek zawodowy położnych, a 2 lata później zaczęto wydawać pierwsze czasopismo dla położnych [3].

Rola i kształcenie położnych w Polsce

Pierwsze doniesienia na temat opieki nad kobietą w okresie okołoporodowym w Polsce pochodzą z XIII w., kiedy to biskup Pełka (Fulko) sprowadził do Krakowa wiedeńskich zakonników – „braci szpitalnych". Idąc jego śladem, biskup krakowski Jan Prandota wybudował szpital z kościołem Świętego Ducha, powierzając braciom opiekę nad kalekami, ciężarnymi, położnicami i dziećmi. Szpital spełniał funkcję dobroczynną i religijną, nie prowadził natomiast kształcenia lekarzy ani akuszerek [6]. Do końca XVIII w. opieka nad ciężarną, rodzącą i położnicą spoczywała na zakonnikach w szpitalach oraz wspomnianych już „babkach" lub „mądrych". To od tych ostatnich adeptki uczyły się zawodu. „Babki" nie potrafiły pisać ani czytać, dlatego nie mogły korzystać z pojawiających się ksiąg o tematyce położniczej [6, 7]. W okresie porozbiorowym zaczęły powstawać szkoły dla położnych. Początkowo nie był to zawód prestiżowy. Kandydatki na położne pochodziły z ubogich rodzin, nie potrafiły czytać ani pisać. Z upływem czasu podjęto działania mające na celu poprawę procesu edukacji i poziomu nauczania. Przyszłe położne musiały spełniać określone wymagania oraz zdawać egzaminy teoretyczne i praktyczne. Bardzo ważne były także ich postawa moralna, poświęcenie i oddanie pracy oraz zdrowie fizyczne i inteligencja [7, 8]. Po zakończeniu II wojny światowej ranga zawodu położnych wzrosła. W trakcie rekrutacji do szkół położniczych, prócz wyników z egzaminów wstępnych, zwracano uwagę na pochodzenie i status majątkowy przyszłych adeptek [7, 8]. W drugiej połowie XX w. wprowadzono nowe nazewnictwo i podział szkół położnych – wydziały położnych w medycznych studiach zawodowych. Miały one własne statuty działalności. Cykl kształcenia podzielono na semestry, określono liczbę słuchaczek oraz prowadzenie ćwiczeń i zajęć praktycznych w niewielkich grupach [8]. Na początku XXI w. (lata 2000–2003), zgodnie z założeniami Deklaracji Bolońskiej, zmienił się system kształcenia położnych w Polsce. Wprowadzono trzy poziomy kształcenia: ukończone uzyskaniem tytułu licencjata, magistra, doktora. Obecnie położne są kształcone na poziomie akademickim, a ich dyplom uznawany jest w krajach Unii Europejskiej [6, 8]

Cele pracy

Celem badań było poznanie opinii ciężarnych na temat kompetencji zawodowych położnych, szczególnie w aspekcie prowadzenia przez nie ciąży fizjologicznej. Do celów szczegółowych należały:

- określenie świadomości ankietowanych o możliwości prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położną oraz ustalenie źródeł informacji na badany temat,
- określenie odsetka kobiet korzystających z usług położnych w zakresie prowadzenia ciąży fizjologicznej,
- poznanie opinii badanych na temat zalet i wad prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położną,
- określenie roli personelu medycznego i placówek medycznych w informowaniu ciężarnych o możliwości prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położną.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród ciężarnych hospitalizowanych w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie na przełomie 2015/2016 r. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a za narzędzie badawcze posłużył autorski kwestionariusz ankiety. Analizie poddano 105 kwestionariuszy. Dane zebrano w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel 2003 oraz dokonano analizy jakościowej.

Wyniki

Najliczniejszą grupę wiekową (62,9%) spośród badanych stanowiły ciężarne między 26. a 35. r.ż. W przedziale od 19 do 25 lat znalazło się 21,9% ankietowanych, powyżej 35. r.ż. – 14,3% ciężarnych, natomiast w przedziale 18 lat i mniej – 0,9%. W 70,5% badane miały wykształcenie wyższe, w 22,8% – wykształcenie średnie, a w 6,7% – zawodowe. Najwięcej ankietowanych, tj. 55%, było w pierwszej ciąży. Dla 21% była to druga ciąża, a dla 20% – trzecia. Jako osobę prowadzącą ciążę 78,1% ankietowanych wskazało lekarza ze specjalizacją z ginekologii i położnictwa, a 21% kobiet – lekarza ginekologa (I stopień specjalizacji). Ciążę 1 ankietowanej nadzorowała położna. Analiza procentowa jednoznacznie wskazuje, że w badanej grupie ciąże były prowadzone przez osoby inne niż położna.

Ważnym czynnikiem determinującym wybór osoby do prowadzenia ciąży może być jej przebieg, jak również przebieg wcześniejszych ciąż i porodów. Z tego względu zapytano ciężarne o występowanie u nich choroby/chorób przewlekłych i tak 81,9% respondentek zadeklarowało brak takiej choroby, a spośród pozostałych: 52,6% cierpiało na niedoczynność tarczycy, 15,8% – na chorobę Hashimoto oraz po 10,5% – na nadciśnienie tętnicze i cukrzycę. Większość (88,6%) ankietowanych odpowiedziała, że obecna ciąża przebiega prawidłowo.

U 21% ankietowanych pojawiły się w trakcie ciąży komplikacje (pytanie wielokrotnego wyboru), a były to: infekcje grypopodobne (31,7%), plamienie/krwawienie z pochwy, infekcje dróg moczowych (22,7%), cukrzyca ciężarnych (18,2%), niedokrwistość, cholestaza ciążowa, infekcje dróg rodnych (po 9,1%) i inne. Również 70% ciężarnych uznało, że poprzednie ciąże przebiegały prawidłowo. Wśród pozostałych 30% odpowiedzi wskazujących na powikłany przebieg poprzedniej/poprzednich ciąż najwięcej dotyczyło poronienia. Inne osoby wskazywały na plamienie/krwawienie z pochwy (20%), anemię ciężarnych (15%), nadciśnienie indukowane ciążą (5%) i inne. Ponadto 85% badanych ciężarnych nie doświadczyło powikłań w trakcie poprzedniego/poprzednich porodów i/lub w okresie poporodowym.

Zasadnicza część ankiety dotyczyła zagadnień związanych z kompetencjami położnych. Większość ankietowanych (62%) wskazała studia pierwszego stopnia (licencjat) jako szkołę nadającą uprawnienia do wykonywania zawodu położnej. Pięćdziesiąt procent pytanych zaznaczyło odpowiedź: studia drugiego stopnia (magisterskie), a 40% – szkołę medyczną (studium medyczne). Kurs położniczy wskazało 19% respondentek (pytanie wielokrotnego wyboru).

Sześćdziesiąt jeden procent ankietowanych było świadomych faktu, że zawód położnej jest zawodem samodzielnym, z kolei 39% uznało, że położna w swoich działaniach w pełni zależy od lekarza.

Ankietowane poproszono o wskazanie, które spośród wymienionych kompetencji w zakresie prowadzenia ciąży, porodu i opieki w połogu należą do położnej (pytanie wielokrotnego wyboru). W odpowiedzi 90,5% osób wskazało na wykonanie badania kardiotokograficznego płodu, 77,1% – na prowadzenie porodu fizjologicznego, a 71,4% – na przyjmowanie porodu fizjologicznego. Respondentki zaznaczyły także odpowiedzi nienależące do kompetencji położnej, takie jak przebicie pęcherza płodowego, wykonywanie badania USG płodu, prowadzenie ciąży powikłanej, wykonywanie badań prenatalnych i wykonanie cięcia cesarskiego.

Znajomość podstawowych kompetencji położnych miało potwierdzić kolejne pytanie dotyczące tylko jednej z tych kompetencji, tj. możliwości prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położną w Polsce. Najwięcej ankietowanych (61%) udzieliło w tym zakresie odpowiedzi przeczącej. Tylko 39% kobiet wiedziało, że położna może prowadzić ciążę fizjologiczną.

Ankietowane, które były świadome, że położne mają możliwość prowadzenia ciąży fizjologicznej, wskazały także źródła informacji (**Tabela 1**). Opierając się na wynikach analizy procentowej, można założyć, że były to głównie źródła internetowe (56,1%) oraz w mniejszym stopniu szkoły rodzenia (29,3%), telewizja i czasopisma dla kobiet (po 26,8%).

Tabela 1. Źródła wiedzy ankietowanych o możliwości prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położną (dane nie sumują się do 100%, ponieważ było to pytanie wielokrotnego wyboru)
Table 1. Sources of participant's knowledge regarding the possibility of conducting normal pregnancy by a midwife (the data does not add up to 100% since it was a multiple choice question)

Odpowiedzi ankietowanych/*Respondents' answers*	n	%
Internet (strony internetowe, blogi, social media)/*Internet (websites, blogs, social media)*	23	56,1
Szkoły rodzenia/*Antenatal classes*	12	29,3
Telewizja/*TV*	11	26,8
Pisma dla kobiet/*Journals for women*	11	26,8
Poradnia K (ginekologiczna)/*Gynecological clinic*	9	21,9
Szpital/*Hospital*	9	21,9
Pisma medyczne/*Medical journals*	6	14,6
Inne: wiedziałam od zawsze/*Other: I've always known*	1	2,4
Inne: nie pamiętam/*Other: I do not remember*	1	2,4
Inne: dowiedziałam się na studiach/*Other: I learned in college*	1	2,4
Inne: dowiedziałam z ankiety/*Other: I learned from the survey*	1	2,4

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 2. Osoby będące źródłem wiedzy ankietowanych o możliwości prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położną (pytanie wielokrotnego wyboru)
Table 2. Participants who responded regarding the possibility of conducting a normal pregnancy by a midwife (the multiple choice question)

Odpowiedzi ankietowanych/*Respondents' answers*	n	%
Znajome/*Familiar*	17	41,5
Położna/*Midwife*	15	36,6
Rodzina/*Family*	8	19,5
Lekarz ginekolog/*Gynecologist*	5	12,2
Inne: nie pamiętam/*Other: I do not remember*	1	2,4
Inne: własne doświadczenie/*Other: own experience*	1	2,4

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Kolejnym ważnym aspektem dotyczącym źródeł badanych informacji było wskazanie przez ciężarne osoby informującej. Najwięcej razy padała odpowiedź: znajome (41,5%), nieco mniej, gdyż 36,6%, ankietowanych wskazało położną, a 12,2% – lekarza ginekologa (**Tabela 2**).

Tylko 2 respondentki zdeklarowały, że ich aktualną i/lub poprzednią/poprzednie ciąże prowadziła położna. Ciężarne nie podjęły tej decyzji same, lecz po wskazaniu im takiej możliwości przez położną czy znajomych. Obydwie ciężarne wyraziły zadowolenie z podjętej decyzji.

Analizując deklarowane przez respondentki preferencje odnośnie ewentualnej rezygnacji z prowadzenia ciąży przez lekarza na rzecz prowadzenia ciąży przez położną (pod warunkiem, że ciąża przebiegałaby fizjologicznie), wykazano, że aż 69% kobiet nie zdecydowałoby się na taką zmianę. Spośród tych ankietowanych najwięcej (41,6%) uzasadnia swoje stanowisko niewystarczającą wiedzą położnej dotyczącą ciąży, porodu, połogu, a 36,1% kobiet wskazuje na brak odpowiedniego przygotowania położnej (**Tabela 3**).

Tabela 3. Argumenty przeciwko rezygnacji z prowadzenia ciąży przez lekarza na rzecz położnej (pytanie wielokrotnego wyboru)
Table 3. Arguments against having the midwife conduct the pregnancy as opposed to the doctor (the multiple choice question)

Odpowiedzi ankietowanych/*Respondents' answers*	n	%
Położna nie ma wystarczającej wiedzy dotyczącej ciąży, porodu, połogu/*The midwife does not have enough knowledge about pregnancy, childbirth, puerperium*	30	41,6
Położna nie jest osobą odpowiednio przygotowaną do opieki nad ciężarną/*The midwife is not adequately educated for the care of the pregnant woman*	26	36,1
Położna nie ma możliwości wystawiania zwolnień z pracy i skierowań na bezpłatne badania laboratoryjne (badania trzeba wykonać odpłatnie)/*The midwife is not allowed to issue layoffs and referrals for free laboratory tests (tests must be made for a fee)*	21	29,2
Nie mam zaufania do położnych/*I do not trust the midwives*	9	12,5
Położna prowadzi wizyty odpłatnie (nie są finansowane przez NFZ)/*The midwife visits consideration runs (not funded by the National Health Fund)*	5	6,9
Inne: położna nie ma odpowiedniej wiedzy w przypadku wystąpienia powikłań/*Other: midwife does not have adequate knowledge in case of complications*	5	6,9
Inne: przyzwyczaiłam się, że ciążę prowadzi lekarz (po co zmieniać coś, co jest dobre)/*Other: I got used to being carried out by a doctor (why change something that is good)*	3	4,2

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 4. Argumenty za rezygnacją z prowadzenia ciąży przez lekarza na rzecz położnej (pytanie wielokrotnego wyboru)
Table 4. Arguments for having the midwife conduct the pregnancy as opposed to the doctor (the multiple choice question)

Odpowiedzi ankietowanych/*Respondents' answers*	n	%
Położna jest osobą odpowiednio przygotowaną do opieki nad ciężarną/*A midwife is a person adequately prepared to care for the pregnant*	26	78,8
Położna ma niezbędną wiedzę dotyczącą ciąży, porodu, połogu/*Midwives have the necessary knowledge about pregnancy, childbirth, puerperium*	21	63,6
Mam zaufanie do położnych/*I trust the midwives*	15	45,5

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wśród 31% respondentek, które zrezygnowałyby z prowadzenia ciąży fizjologicznej przez lekarza na rzecz prowadzenia ciąży przez położną, 78,8% uważa, że położna jest osobą odpowiednio przygotowaną do opieki nad ciężarną, a 63,6% jest zdania, że położna ma niezbędną wiedzę dotyczącą ciąży, porodu, połogu (**Tabela 4**). Do innych argumentów należały: tańsze

prowadzenie ciąży przez położną, zaangażowanie i indywidualne podejście położnej do ciężarnej, brak tendencji medykalizacji porodu oraz deklaracja zmiany lekarza prowadzącego ciążę na położną pod warunkiem finansowania wizyt u położnej przez NFZ i możliwości skierowań na bezpłatne badania. Pomimo powyższej argumentacji 59% badanych nie dostrzega korzyści związanych z prowadzeniem ciąży fizjologicznej.

Tabela 5. Korzyści z prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położną (pytanie wielokrotnego wyboru)
Table 5. Benefits of conducting a normal pregnancy by a midwife (the multiple choice question)

Odpowiedzi ankietowanych/*Respondents' answers*	n	%
Możliwość zdobycia wiedzy na temat karmienia piersią/ *Opportunity to gain knowledge about breastfeeding*	39	90,1
Możliwość zdobycia wiedzy na temat opieki nad noworodkiem/ *Opportunity to gain knowledge about infant care*	39	90,1
Możliwość zdobycia wiedzy na temat ciąży, porodu, połogu/ *Opportunity to gain knowledge about pregnancy, childbirth, postpartum*	33	76,7
Nauka zachowania w trakcie porodu/*Learning to behave during labor*	31	72,1
Zmniejszenie lęku związanego z porodem/*Reducing the anxiety associated with childbirth*	31	72,1
Poczucie bezpieczeństwa i komfort psychiczny/*Sense of security and mental comfort*	20	46,5
Pewność i ciągłość opieki w ciąży, podczas porodu, w połogu/*Certainty and continuity of care during pregnancy, childbirth, postpartum*	15	34,9
Brak konieczności uczęszczania do szkoły rodzenia/*No need to attend antenatal*	12	27,9

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Jak wynika z **tabeli 5**, najwięcej ankietowanych (90,1%) dostrzegających korzyści związane z prowadzeniem ciąży fizjologicznej przez położną zaznaczyło odpowiedź: możliwość zdobycia wiedzy na temat karmienia piersią oraz opieki nad noworodkiem. Ciężarne wskazywały także na możliwość zdobycia wiedzy na temat ciąży, porodu, połogu (76,7%), naukę zachowania w trakcie porodu oraz zmniejszenie lęku związanego z porodem (po 72,1% ankietowanych).

Wśród odpowiedzi 30% kobiet dostrzegających wady wynikające z prowadzenia ciąży fizjologicznej padały: niewystarczająca wiedza i przygotowanie medyczne w razie wystąpienia powikłań ciąży (45,16%), brak wystarczających kwalifikacji do prowadzenia ciąży fizjologicznej (19,35%), brak umiejętności do wykrywania wad płodu (9,67%), lecz także: niemożność wykonywania USG przez położną, wystawiania skierowań na bezpłatne badania oraz wypisywania recept, wypisywania przez położną zwolnienia z pracy czy nawet niemożność wykonania przez położną cięcia cesarskiego (**Tabela 6**).

Tabela 6. Wady wynikające z prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położną (pytanie wielokrotnego wyboru)
Table 6. Disadvantages of conducting a normal pregnancy by a midwife (the multiple choice question)

Odpowiedzi ankietowanych/*Respondents' answers*	n	%
Niewystarczająca wiedza i przygotowanie medyczne w razie wystąpienia powikłań ciąży/*Insufficient knowledge and preparation in the event of medical complications of pregnancy*	14	45,16
Brak wystarczających kwalifikacji do prowadzenia ciąży fizjologicznej/*Inadequate qualification for physiological pregnancy conducting*	6	19,35
Niemożność wykrycia wad płodu w badaniu USG/*Inability to detect fetal defects in ultrasound*	3	9,67
Obawa przed nierozpoznaniem przez położną ewentualnych nieprawidłowości/*Fear of not being diagnosed by the midwife*	3	9,67
Niemożność wykonywania USG/*Inability to perform ultrasound*	2	6,45
Niemożność wystawiania skierowań na bezpłatne badania/*The inability to issue free referrals*	2	6,45
Niemożność wypisywania recept przez położną/*Inability prescription by a midwife*	2	6,45
Niemożność wypisywania zwolnienia z pracy/*Inability to issue dismissal*	1	3,22
Niemożność wykonania przez położną cięcia cesarskiego/ *Impossibility of caesarean section by the midwife*	1	3,22

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Brak dostrzegania korzyści przez ciężarne z prowadzenia ciąży przez położną oraz wskazywanie przez nie licznych wad mogących wynikać z tego stanu znalazły potwierdzenie w negatywnej opinii (71%) odnośnie zwiększenia zakresu kompetencji zawodowych położnych, tzn. wykonywania przez nie zadań, które w Polsce należą wyłącznie do lekarza.

Tabela 7. Czynniki mogące mieć wpływ na częstsze korzystanie przez ciężarne w Polsce z usług położnych w prowadzeniu ciąży fizjologicznej (pytanie wielokrotnego wyboru)
Table 7. Factors that may affect the frequent use of the midwife services to conduct a normal pregnancy among the pregnant in Poland (the multiple choice question)

Odpowiedzi ankietowanych/*Respondents' answers*	n	%
Kampanie informacyjne w mediach na temat możliwości prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położną/*Information campaigns in the media about the possibility of carrying out physiological gestation by the midwife*	52	85,2
Gabinety położnych w okolicy umożliwiające korzystanie z ich usług/ *Offices of midwives in the area allow you to use their services*	43	70,5
Większa świadomość kobiet w ciąży o prawach położnych/ *Increased awareness of pregnant women about the rights of midwives*	36	59
Większa świadomość położnych dotycząca przysługujących im praw/ *Increased awareness of midwives regarding their rights*	16	26,2
Inne: przekazywanie informacji przez lekarza/kierowanie ciężarnej do położnej/*Other: information transfer by a doctor/directing a pregnant woman to a midwife*	1	1,6
Inne: możliwość uzyskanie informacji na ten temat w szpitalach i przychodniach/*Other: information on this in hospitals and outpatient clinics*	1	1,6

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Brak konieczności zwiększania kompetencji zawodowych położnych wskazało 71% ankietowanych, jednakże pozostałe respondentki zaznaczyły, że istnieją czynniki, które wpłynęłyby na częstsze korzystanie przez ciężarne w Polsce z usług położnych w zakresie prowadzenia ciąży fizjologicznej. Mogłoby to być organizowanie kampanii informacyjnych w mediach na ten temat (85,2%) oraz lokalnego reklamowania gabinetów położnych z uwzględnieniem zakresu ich kompetencji (70,5%). Ankietowane wskazywały także na konieczność budowania większej świadomości kobiet w ciąży o prawach położnych, możliwości uzyskiwania informacji na ten temat w szpitalach i przychodniach czy od lekarza.

Dyskusja

Do końca XIX w. zawód położnej był zawodem całkowicie samodzielnym. Uważano ciążę i poród u zdrowej kobiety za proces całkowicie naturalny. Zachodzący w drugiej połowie XX w. proces nadmiernej medykalizacji porodu niekorzystnie wpłynął na pozycję zawodową położnych, ograniczając ich dotychczasową samodzielną działalność. Położne stały się „średnim personelem" medycznym, a kobiety rodzące przestały cenić ich umiejętności [1–3, 9].

W ostatnich latach w Polsce podjęto próby przywrócenia położnym samodzielności i poprawienia ich pozycji zawodowej. Odbywa się to m.in. dzięki wsparciu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Położnych, Fundacji Rodzić po Ludzku oraz samych położnych, które rozumieją konieczność promowania swojego zawodu. Ponadto modyfikacja polskiego prawa daje położnym dostęp do szkolnictwa wyższego, przeprowadzania badań naukowych oraz informacji pozwalających im poszerzać swoją wiedzę i umiejętności [9, 10].

Obowiązująca aktualnie „Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej" zawiera informacje na temat wykształcenia, jakie powinna posiadać osoba na tym stanowisku, zapewnia położnym samodzielność oraz szczegółowo określa ich prawa i obowiązki [9]. Na podstawie uzyskanych wyników badań można stwierdzić, że badane ciężarne są zorientowane, jakie wykształcenie powinna mieć położna, aby wykonywać swój zawód. Ponadto większość z nich, tj. 61%, wie, że jest to zawód samodzielny, czyli niezależny od lekarza w zakresie posiadanych uprawnień zawodowych. Zgodnie z obowiązującym prawem położna uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły położnych, prowadzącej aktualnie kształcenie na poziomie studiów licencjackich (pierwszego stopnia) i magisterskich (drugiego stopnia). Zawód mogą wykonywać także osoby, które wcześniej ukończyły szkołę policealną lub pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej [9]. Jak wykazała analiza kwestionariuszy, studia pierwszego stopnia wskazało 62% ciężarnych, studia drugiego stopnia – 50%, a szkołę medyczną (studium medyczne) – 40%. Do kompetencji położnych należą promocja zdrowia oraz udzielanie samodzielnych świadczeń zapobiegawczych, pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych względem ciężarnych, rodzących, położnic i kobiet w różnych okresach życia, a także noworodków. Wykonywanie zawodu obejmuje także pracę dydaktyczną, naukowo-badawczą w zakresie położnictwa oraz pracę na stanowiskach kierowniczych [9–11].

Jak wykazano w badaniach, ankietowane potrafią wskazać kompetencje zawodowe położnych w zakresie prowadzenia porodu i opieki w połogu. Niestety większość z respondentek (61%) uważa, że położna w Polsce nie może prowadzić ciąży fizjologicznej. Co więcej – równie znaczący statystycznie odsetek badanych (69%) nie zrezygnowałby z prowadzenia ciąży przez lekarza na rzecz prowadzenia jej przez położną, nawet pod warunkiem fizjologicznego przebiegu ciąży. Ciężarne argumentowały swą decyzję brakiem wystarczającej wiedzy położnych na temat ciąży, porodu, połogu (41,6%) oraz niewystarczającym przygotowaniem medycznym (36,1%). Nieco mniejszy, choć równie ważny problem stanowiła także kwestia ekonomiczna: niemożność wystawiania zwolnień z pracy i skierowań na bezpłatne badania (29,2%) oraz brak finansowania wizyt u położnej przez NFZ (6,9%).

Tymczasem od 23 września 2010 roku, zgodnie z „Rozporządzeniem Ministra Zdrowia (...) w sprawie standardu postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem", położna ma prawo prowadzić ciążę fizjologiczną i oznacza to, że w tym zakresie posiada kompetencje na równi z lekarzem [12].

Według standardu położna „zajmuje się" wyłącznie ciążą fizjologiczną, czyli taką, która przebiega w sposób prawidłowy [12]. W trakcie ciąży kobieta jest kierowana średnio trzy razy do lekarza ginekologa celem przeprowadzenia badań ultrasonograficznych (USG) płodu. Położna może także zlecić wykonanie dodatkowych badań profilaktycznych lub diagnostycznych w przypadku, gdy stan zdrowia ciężarnej lub poprzednie wyniki wskazują na możliwość wystąpienia powikłań w ciąży, podczas porodu i połogu. W przypadku wystąpienia któregoś z czynników ryzyka, określonych w standardzie, położna ma obowiązek skierowania ciężarnej do szpitala o odpowiednim do jej stanu zdrowia stopniu referencyjności [12]. Niniejsze stanowisko otrzymało silne poparcie organizacji międzynarodowych. Na początku grudnia 2014 r. niezależna brytyjska

instytucja NICE (ang. National Institute for Health and Care Excellence), tworząca standardy w zapobieganiu i leczeniu chorób [13], zaleciła, by ciąże i porody niskiego ryzyka były prowadzone wyłącznie przez położne [14]. Z kolei badania przeprowadzone w University of Minnesota School of Public Heath i opublikowane w lutym 2015 r. w „Maternal and Child Journal" pokazują, że opieka położnej nad kobietą w ciąży fizjologicznej prowadzi do lepszej komunikacji między ciężarną i rodzącą a personelem medycznym, co stanowi fundament prawidłowej opieki nad ciężarną i rodzącą [15]. Stąd można wnioskować, że obawy respondentek odnośnie jakości prowadzenia opieki przez położną, ich wiedzy i kwalifikacji nie są słuszne. Najprawdopodobniej wynikają z niewiedzy w zakresie tego tematu oraz powszechnego problemu nadmiernej medykalizacji – zjawiska występującego w każdej dziedzinie medycyny, zwłaszcza w ginekologii i położnictwie. Naturalne zdarzenia z życia ludzkiego, takie jak np. ciąża czy poród, postrzegane są jako nieprawidłowości, wymagające diagnozy i szczególnej kontroli lekarskiej [16, 17]. Świadczy o tym fakt, że najwięcej ankietowanych (78,1%) wskazało jako osobę prowadzącą ich ciążę lekarza ze specjalizacją z ginekologii i położnictwa. Tylko 2 respondentki zadeklarowały, że ich aktualną i/lub poprzednią ciążę prowadziła położna.

Spośród respondentek świadomych możliwości prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położne ponad połowa (56,1%) jako źródło tej wiedzy wskazała Internet. Znacznie rzadziej dowiadywały się o takiej możliwości ze szkoły rodzenia (29,3%), szpitala czy poradni K (po 21,9% kobiet). Natomiast osobami stanowiącymi źródło badanej wiedzy respondentek były przede wszystkim znajome (41,5%), następnie położne (36,6%), rodzina (19,5%) czy lekarz ginekolog (12,2%). Wyniki jasno pokazują, że to nie placówki medyczne i personel medyczny stanowią źródło wiedzy o możliwości prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położną, ale przede wszystkim Internet i znajome. Może być to przyczyną zdobywania nierzetelnej wiedzy oraz kształtowania się niewłaściwych opinii i postaw względem położnych.

Pomimo istnienia ustaw określających kompetencje położnych i gwarantujących im samodzielność lekarze oraz społeczeństwo nie zawsze postrzegają je jako członków jednego zespołu terapeutycznego. Często uważa się, że są one podwładnymi lekarzy, podczas gdy w rzeczywistości powinny być partnerami i współpracownikami. Wieloletnie ograniczenie samodzielności zawodowej położnych wpłynęło negatywnie na postrzeganie ich przez społeczeństwo oraz przez nie same. Wiele położnych przyzwyczaiło się do wykonywania wyłącznie „poleceń" lekarzy i nie korzysta z obecnie gwarantowanej samodzielności i możliwości dalszego kształcenia [9]. Grychtoł i Leszczyńska poruszają ten problem w swoim artykule „Stereotypy a pozycja zawodowa". [18]. Na przykładzie grupy zawodowej pielęgniarek przedstawiają przypisane im „łatki" od czasu II wojny światowej. Określenie: pomocnice lekarza, czyli personel pomocniczy, wyraźnie pokazuje ich podporządkowanie oraz zależność i bynajmniej nie kojarzy się z podejmowaniem samodzielnych decyzji czy możliwością samorozwoju. Ich rola sprowadzana jest do wykonywania zleceń lekarskich, a profesjonalizm oceniany jest przez pryzmat umiejętności technicznych [18].

Obecnie polskie położne mają praktycznie te same kompetencje zawodowe, co ich koleżanki w większości krajów europejskich, ale tam zawód ten cieszy się powszechnym szacunkiem i prestiżem, a prowadzenie przez nie ciąż fizjologicznych jest ogólnie przyjętą normą. Ponadto położne w niektórych krajach posiadają więcej kompetencji zawodowych – być może przez to ich samodzielność jest bardziej zauważalna niż w Polsce. Np. we Francji położne wykonują badania USG [19]. Podobnie jest w Danii, gdzie położne prowadzą wraz z lekarzem specjalistą ciąże wysokiego ryzyka (np. ciąże bliźniacze lub ciąże kobiet uzależnionych) [20, 21]. Niestety badane ciężarne nie widzą potrzeby zwiększania kompetencji zawodowych położnych.

Zgodnie z „Ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw" położne i pielęgniarki od 1 stycznia 2016 r. mogą „ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty" [22], a także „ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty (…) po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta" [22]. Uprawnione do tego będą położne i pielęgniarki, które posiadają dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku: pielęgniarstwo/położnictwo lub posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa. Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego dotyczy osób, które w ramach kształcenia nie nabyły wiedzy objętej takim kursem [22]. Ponadto ustawa daje pielęgniarkom i położnym prawo do wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne, w tym diagnostyki laboratoryjnej, „z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta" [22].

Prawo w Polsce zmienia się na korzyść położnych. Możliwość prowadzenia przez nie ciąż fizjologicznych jest dużą szansą na podniesienie prestiżu własnego zawodu. To zwiększenie ich samodzielności, a tym sa-

mym zadowolenia z wykonywanego zawodu mogłoby prowadzić do lepszego i efektywniejszego wykonywania pracy i być może zmniejszenia przypadków wypalenia zawodowego.

Wszystkie te zmiany bez wątpienia wpłynęłyby korzystnie na społeczeństwo, zwłaszcza na kobiety ciężarne i te, których ciąże przebiegają z powikłaniami – pacjentki. Taki „podział obowiązków" między położną i lekarzem, będący zarazem współpracą, a nie rywalizacją, gwarantowałby najlepszą opiekę dla ich podopiecznych, zgodną z najwyższymi standardami, profesjonalną i bezpieczną, powszechną i sprawdzoną już w wielu krajach.

W działania zmierzające do zmiany świadomości ciężarnych i społeczeństwa o kompetencjach położnych, zwłaszcza w zakresie prowadzenia ciąży fizjologicznej, powinno zaangażować się w jeszcze większym stopniu media. Reportaże i wywiady z położnymi, które w Polsce podjęły się otwarcia własnych gabinetów, oraz z ich podopiecznymi, opinie autorytetów w dziedzinie położnictwa, dokumenty nakręcone na podstawie opieki położniczej w innych państwach i tym podobne mogłyby przynieść niewątpliwe korzyści. Ponadto może warto, by w placówkach medycznych znalazły się ulotki promujące zawód i kompetencje położnych, a na tablicach ogłoszeń, oprócz praw pacjenta, zaczęły pojawiać się informacje na ten temat: szczegółowe wytyczne, badania naukowe potwierdzające najlepsze przygotowanie położnych do opieki nad ciężarną, system opieki w innych krajach itp.

Najważniejsze jednak jest to, by same położne znowu zaczęły wierzyć w siebie, swoją wartość, wiedzę, umiejętności i doświadczenie. By nauczyły się korzystać z przysługujących im praw i potrafiły sprzeciwić się w sytuacjach ich łamania. Wszak to właśnie położne przed wielu laty uważane były za specjalistki w dziedzinie fizjologii ciąży i porodu.

Wnioski

1. Ankietowane nie korzystają z usług położnych w zakresie prowadzenia ciąży fizjologicznej, a nawet nie wiedzą, że zgodnie z prawem polskim położne mogą prowadzić taką ciążę.
2. Ciężarne, które wiedzą o możliwości prowadzenia ciąży fizjologicznej przez położną, czerpią wiedzę z nieprofesjonalnych źródeł.
3. Respondentki nie zrezygnowałyby z prowadzenia ciąży przez lekarza na rzecz prowadzenia jej przez położną, nawet gdyby ciąża przebiegała fizjologicznie, ponieważ uważają, że położna nie ma wystarczającej wiedzy dotyczącej ciąży, porodu i połogu oraz nie jest odpowiednio przygotowana do prowadzenia ciąży.
4. Ciężarne, które zrezygnowałyby z prowadzenia ciąży przez lekarza na rzecz prowadzenia jej przez położną, zrobiłyby to, ponieważ uważają, że położna jest osobą odpowiednio przygotowaną do opieki nad ciężarną; istotną korzyścią związaną z prowadzeniem ciąży fizjologicznej przez położną jest dla ciężarnej możliwość zdobycia wiedzy na temat karmienia piersią oraz opieki nad noworodkiem.

Piśmiennictwo

1. Waszyński E. Rozwój położnictwa i ginekologii na świecie. W: tegoż, Historia położnictwa i ginekologii w Polsce. Wyd. II. Wrocław: Cornetis; 2012. 1–9.
2. Chwierot N, Leśniczak B, Krasomski G. Od prostej empatii do fachowej opieki położniczej. Położ Nauka Prakt. 2014; 1(25): 56–60.
3. Ćwiek D, Dzióbek I, Szymoniak K. Historia zawodu położnej na świecie. Położ Nauka Prakt. 2009; 4(8): 56–59.
4. Sznajder K, Mazurkiewicz B. Córki Ewy, czyli z historii zawodu położnej. Część 1. Położ Nauka Prakt. 2012; 2(18): 58–60.
5. Sznajder K, Mazurkiewicz B. Córki Ewy, czyli z historii zawodu położnej. Część 2. Rozwój położnictwa w czasach nowożytnych. Położ Nauka Prakt. 2012; 3(19): 60–63.
6. Ćwiek D, Daszkiewicz A, Branicka-Woźniak D. Historia kształcenia położnych i zdobywania samodzielności zawodowej w Polsce. Położ Nauka Prakt. 2010; 2(10): 62–66.
7. Sznajder K, Mazurkiewicz B. Córki Ewy, czyli z historii zawodu położnej. Część 3. Historia położnictwa w Polsce. Położ Nauka Prakt. 2012; 4(20): 46–50.
8. Felcenloben M. Szkoły położnych na ziemiach polskich w ujęciu historycznym. Położ Nauka Prakt. 2010; 4(12): 56–60.
9. Kuś M, Bączek G. Położna powinna znać swoje miejsce. Mag Piel Położ. 2011; 5: 30–31.
10. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039.
11. Pilucik B, Dzierżak-Postek E, Grzybowska K. Położna – zawód samodzielny? Mag Piel Położ. 2011; 12: 28–29.
12. Załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych 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 2010 r. Nr 187, poz. 1259.
13. Agrawal P. Wytyczne NICE. Mag Piel Położ. 2011; 9: 30–31.
14. NICE confirms midwife – led care during labour is safest for women with straightforward pregnancies, http://www.nice.org.uk/news/press-and-media/midwife-care-during-labour-safest-womenstraightforward-pregnancies (data dostępu: 23.05.2016).
15. University of Minnesota: Greater access to midwifery care may improve communication between pregnant women and their health care providers finds University of Minnesota study, http://www.health.umn.edu/news-releases/greater-access-midwifery-care-may-improve-communication-between-pregnant-women-and (data dostępu: 23.05.2016).
16. Bilińska E, Bączek G, Dmoch-Gajzlerska E. Medykalizacja porodu – przegląd piśmiennictwa. Położ Nauka Prakt. 2013; 2(22): 8–13.
17. Wieczorkowska M. Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej. Prz Socjolog. 2012; 61(2): 34.

18. Grychtoł S, Leszczyńska K. Stereotypy a pozycja zawodowa. Mag Piel Położ. 2012; 10: 4–5.
19. Emons JK, Luiten MIJ. Opieka położnicza w Europie: raport z piętnastu krajów członkowskich Unii Europejskiej. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2002. 61.
20. Petersem J. Samodzielność zawodowa położnych w Królestwie Duńskim. Mag Piel Położ. 2011; 1–2: 66–67.
21. Dudzińska-Petersem J. Kto doceni położną? Mag Piel Położ. 2013; 4: 22–23.
22. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. z 2014 r., poz. 1136, http://isap.sejm.gov.pl (data dostępu: 23.05.2016).

Artykuł przyjęty do redakcji: 12.05.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 27.12.2017

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

Adres do korespondencji:
Anna Leja-Szpak
ul. Piotra Michałowskiego 12
31-126 Kraków
tel.: 12 633 34 97 w. 33
e-mail: a.leja-szpak@uj.edu.pl
Zakład Fizjologii Medycznej, Instytut Fizjoterapii
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

UPODMIOTOWIENIE – ANALIZA KONCEPCJI I JEJ ZASTOSOWANIE W PRAKTYCE PIELĘGNIARSKIEJ

EMPOWERMENT – ANALYSIS OF THE CONCEPT AND ITS APPLICATION IN NURSING

Agnieszka Orłowska, Mariola Łaguna

Instytut Psychologii, Wydział Nauk Społecznych, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.14

STRESZCZENIE

Pielęgniarki stanowią grupę zawodową, bez której system opieki zdrowotnej nie jest w stanie sprawnie funkcjonować. W związku z tym ważne jest, aby kierownictwo szpitala zapewniło pielęgniarkom takie warunki pracy, które pozwolą im wykonywać swoją pracę z maksymalną dokładnością i satysfakcją. W artykule prezentujemy koncepcję upodmiotowienia, które jest określane jako wielowymiarowy proces przekazywania prawa do podejmowania decyzji w ręce pracowników, wzmacniania ich samodzielności i autonomii oraz entuzjazmu i zaangażowania. Koncepcja ta może zostać wykorzystana w organizacji pracy zawodowej pielęgniarek. Prezentujemy model teoretyczny opracowany przez Laschinger i wsp., który obrazuje wzajemne relacje zachodzące pomiędzy cechami szpitala jako organizacji, cechami pielęgniarek oraz cechami pacjenta, które powstają dzięki stosowaniu strategii upodmiotowienia. Omawiamy także implikacje tego modelu dla funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej oraz dla funkcjonowania pacjentów. Wzajemna współpraca pomiędzy przełożonymi, pielęgniarkami i ich pacjentami może przynosić korzyści zarówno dla szpitala jako organizacji, jak i dla samych pielęgniarek i ich pacjentów.

SŁOWA KLUCZOWE: upodmiotowienie psychologiczne, upodmiotowienie strukturalne, upodmiotowienie pacjentów, pielęgniarki, zarządzanie w opiece zdrowotnej.

ABSTRACT

Nursing as a profession is indispensable to the smooth running of the health care system. Hence, nurses should be provided with conditions which allow them to do their job with maximum precision and satisfaction. The article presents the concept of empowerment which is defined as a multidimensional process of giving the employees opportunities for decision-making, encouraging autonomy, enthusiasm and engagement. The theory of empowerment may be used for managing the work of nurses. We present the theoretical model proposed by Laschinger and colleagues which shows mutual relationships between the hospital as an organization, nurses as well as patients, which is the effect of employing empowerment in the workplace. Practical implications for the system of health care as well as for functioning of the patients are discussed. Cooperation between supervisors, nurses, and their patients can benefit the hospital as an organization, as well as nurses and their patients.

KEYWORDS: psychological empowerment, structural empowerment, patients' empowerment, nurses, health care management.

Wprowadzenie

System opieki zdrowotnej jest jednym z fundamentów współczesnego państwa [1, 2]. Rosnące potrzeby zdrowotne starzejących się społeczeństw i związana z tymi potrzebami presja na wzrost wydatków na opiekę zdrowotną to podstawowe wyzwania stojące dzisiaj przed rządami wielu państw, a skuteczne wykorzystanie zasobów sektora zdrowia może powstrzymać nadmierny wzrost kosztów, przy jednocześnie większych korzyściach zdrowotnych [3]. Najważniejszym czynnikiem decydującym o jakości i efektywności systemu opieki zdrowotnej są zasoby ludzkie: zdrowie i życie pacjentów, a także jakość świadczonych usług medycznych, zależna od kompetencji personelu i jakości zarządzania [4]. W literaturze od dawna wskazuje się, że aby poprawić stan opieki zdrowotnej, potrzebne są zmiany w zarządzaniu organizacjami systemu opieki zdrowotnej [4, 5]. Zmian wymaga m.in. sposób zarządzania pracą pielęgniarek i pielęgniarzy (ponieważ zawód ten wykonują głównie kobiety, w dalszej części tekstu, dla uproszczenia, posługujemy się terminem: pielęgniarki), tak aby wykonywali swoją pracę z satysfakcją [6]. Wykonywanie tego odpowiedzialnego zawodu, związanego z opieką nad innymi ludźmi, niesie bowiem wiele sytuacji trudnych, wymagań i obciążeń psychofizycznych [7, 8]. Zapewnienie odpowiednich warunków pracy stwarza szanse na efektywną opiekę nad pacjentami. Właściwy system zarządzania organizacją może przyczyniać się do redukcji stresu związanego z pracą, zwiększać przywiązanie pracownika do organizacji i poziom odczuwa-

nego zadowolenia z pracy, przez co korzyści czerpią nie tylko pracownicy ochrony zdrowia, ale także ich pacjenci [7, 8].

Celem artykułu jest prezentacja koncepcji upodmiotowienia (ang. *empowerment*) oraz jej zastosowania w zarządzaniu personelem medycznym. Została ona zaczerpnięta z obszaru badań nad organizacjami i z powodzeniem zaadoptowana do zarządzania w placówkach opieki zdrowotnej, przede wszystkim w pracy pielęgniarek.

Ogólna charakterystyka upodmiotowienia

Zanim przejdziemy do analizy strategii zarządzania określanej angielskim terminem: *empowerment*, proponujemy najpierw przyjrzeć się jego tłumaczeniom na język polski, gdyż, podobnie jak w przypadku innych pokrewnych pojęć [9], panuje tu pewne zamieszanie terminologiczne. W literaturze polskojęzycznej można odnaleźć takie określenia jak: upodmiotowienie [10, 11], upełnomocnienie [12–14], uwłasnowolnienie [15], uprawnienie [16] czy też uprawomocnienie [17]. Ponadto część badaczy posługuje się po prostu pojęciem anglojęzycznym: *empowerment* bez jego tłumaczenia [10, 17]. W niniejszej publikacji przyjmujemy tłumaczenie tego terminu jako: upodmiotowienie i nim posługujemy się w całym artykule. Strategia upodmiotowienia opiera się bowiem na wdrażaniu w organizacji systemowych i konsekwentnych działań z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi, które wzmocnią podmiotowe zaangażowanie pracowników, tworząc atmosferę otwartości i zaufania [10].

Upodmiotowienie w organizacji jest konstruktem złożonym i wielowymiarowym [13]. Może swoim zasięgiem obejmować praktycznie wszystkie sfery funkcjonowania organizacji. Ujęcia upodmiotowienia obecne w literaturze przedmiotu [10, 18] zwracają uwagę na kilka jego istotnych charakterystyk, takich jak: uczestnictwo pracownika w podejmowaniu decyzji, wspieranie pracowników przez przełożonych, zwiększanie ich niezależności i autonomii, co prowadzi do redukcji ich bezsilności i do wzrostu motywacji [19]. Upodmiotowienie jest procesem umożliwiającym pracownikom kreatywne działanie i podjęcie własnej inicjatywy poprzez przekazanie im możliwości podejmowania decyzji, a także odpowiedniego stopnia swobody działań przy zachowaniu pełnej odpowiedzialności za ich realizację [20]. Dzięki temu pracownicy uzyskują coraz większą kontrolę nad własnym działaniem i coraz częściej chcą uczestniczyć w podejmowaniu decyzji, które ich dotyczą [21].

Zagadnieniem upodmiotowienia zajmowano się z punktu widzenia różnych perspektyw [22], zwracając uwagę przede wszystkim na aspekt pracowniczy i stopień wpływu klientów wewnętrznych na funkcjonowanie organizacji [17, 23]. Nie sposób jednak pominąć kwestii zasadniczej, a wręcz fundamentalnej przy zarządzaniu organizacjami usługowymi, a więc pozycji zewnętrznego klienta, który współtworzy system i kulturę danej organizacji (w przypadku usług medycznych będą to oczywiście pacjenci) [23]. Niniejszy artykuł odnosi się do upodmiotowienia w ujęciach Kanter i Spreitzer [18, 24–26]. Pierwsza koncepcja odnosi się do płaszczyzny organizacyjnej, określanej jako upodmiotowienie strukturalne (ang. *structural empowerment*), druga określa płaszczyznę psychologiczną, indywidualną dla każdego pracownika, określaną jako upodmiotowienie psychologiczne (ang. *psychological empowerment*) [27]. W tej publikacji poszerzamy te dwa ujęcia o dodatkowy wymiar, jakim jest upodmiotowienie pacjenta [24].

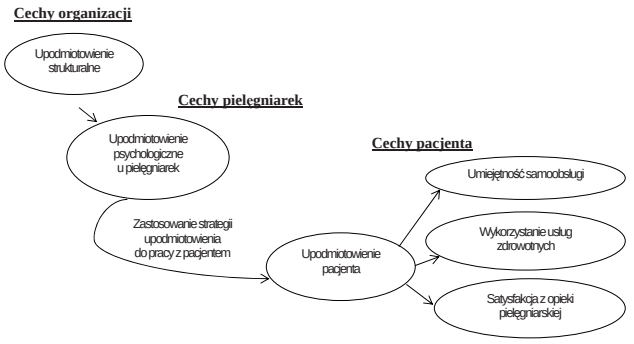
Teoria upodmiotowienia strukturalnego opisana przez Kanter oraz teoria upodmiotowienia psychologicznego opisana przez Spreitzer znalazły zastosowanie w analizach pracy zawodowej pielęgniarek [18, 24–26]. Skupiając się na funkcjonowaniu tej grupy zawodowej, przedstawimy aplikację koncepcji upodmiotowienia do zarządzania organizacjami opieki medycznej, przede wszystkim w odniesieniu do pracy pielęgniarek.

Zastosowania strategii upodmiotowienia w pracy pielęgniarek

Współcześnie wskazuje się, iż tradycyjne podejście do opieki medycznej jest niewystarczające, w związku z tym proponuje się wprowadzenie w szpitalach modelu upodmiotowienia, w którym pielęgniarki współpracują z pacjentami, aby wspólnie stworzyć optymalny poziom opieki zdrowotnej [24]. Model upodmiotowienia jest użyteczny w badaniach nad środowiskiem pracy pielęgniarek [28]. Wdrożenie strategii upodmiotowienia jest szansą na stworzenie silnego i efektywnego sektora opieki zdrowotnej [29]. Upodmiotowienie to wyzwalanie władzy drzemiącej w pielęgniarkach: ich wiedzy, doświadczenia i motywacji oraz ukierunkowanie tej siły na osiągnięcie celu, jakim jest nie tylko zdrowie i życie pacjenta, ale także obustronne poczucie komfortu i bezpieczeństwa. Pielęgniarki, kierując się własną rozwagą i roztropnością, mogą przekraczać zwyczajowe wymogi wchodzące w zakres ich obowiązków po to, by w sposób możliwie doskonały zaspokajać potrzeby pacjentów [12].

Model zaproponowany przez Laschinger i wsp. [24] przedstawia wzajemne relacje zachodzące pomiędzy cechami organizacji, cechami pielęgniarek i cechami pacjenta, które powstają dzięki stosowaniu strategii upodmiotowienia (**Rycina 1**). Był on weryfikowany empirycznie w ramach różnych badań, które testowały poszczególne opisywane w nim zależności głównie w środowisku zawodowym pielęgniarek. Laschinger wraz ze wsp. przeprowadziła liczne badania, które pokazały ist-

nienie dodatnich zależności między upodmiotowieniem a satysfakcją z pracy u pielęgniarek oraz ujemnych zależności pomiędzy upodmiotowieniem a stresem i wypaleniem zawodowym w pracy pielęgniarek [26, 30, 31]. Polskie badania pokazały, że upodmiotowienie strukturalne w szpitalach sprzyja godzeniu sfery zawodowej i rodzinnej przez pielęgniarki oraz niższemu poziomowi odczuwanego konfliktu między pracą a rodziną [32].



Rycina 1. Zastosowanie koncepcji upodmiotowienia w opiece zdrowotnej [24]
Figure 1. Application of the concept of empowerment in health care [24]

Z modelu opracowanego przez Laschinger i wsp. [24] wynika, iż wprowadzenie w szpitalu strategii upodmiotowienia strukturalnego, a więc wprowadzenie struktury społecznej uprawniającej do konstruktywnego wypełniania powierzonych obowiązków, wiąże się z wykształceniem się upodmiotowienia psychologicznego u pielęgniarek. Pielęgniarki, doświadczając wsparcia ze strony przełożonych, czują się kompetentne, są przekonane, że ich praca ma dużą wartość w procesie opieki nad pacjentem. Upodmiotowienie psychologiczne u pielęgniarek powstaje, gdy ich przełożeni wspierają niezależność, autonomię w podejmowaniu decyzji i wyrażają zaufanie do kompetencji swoich pracownic. Dzięki temu z kolei pielęgniarki wykorzystują nabyte zaufanie, umiejętności i doświadczenia w kontaktach z pacjentami, co prowadzi do upodmiotowienia pacjenta. Pacjenci dostrzegają, że mają większy dostęp do informacji, wsparcia i zasobów, a także mają możliwość uczenia się, jak dbać o własne zdrowie. Czują się więc psychologicznie upodmiotowieni, mają większe poczucie własnej wartości oraz odczuwają satysfakcję z opieki zdrowotnej, której doświadczyli. Upodmiotowienie strukturalne wprowadzone w szpitalu prowadzi więc ostatecznie do zapewnienia należytej opieki pacjentom, jest zatem wypełnieniem misji, jaką mają do spełnienia pracownicy służby zdrowia.

Upodmiatawiające środowisko pracy jest wsparciem dla pielęgniarek w pozytywnym postrzeganiu własnej pracy oraz źródłem ogólnego zadowolenia pacjentów z opieki zdrowotnej. Strategia upodmiotowienia zakłada, iż pacjenci zostają upoważnieni i jednocześnie zobowiązani do podjęcia aktywnego uczestnictwa w dochodzeniu do zdrowia. Nie są oni biernymi odbiorcami oddziaływań medycznych, lecz wykorzystują swój własny potencjał, dzięki czemu szybciej wracają do zdrowia. Pielęgniarki w swojej pracy współpracują z pacjentami, aby przekazać im niezbędne informacje, zasoby, a także wsparcie, którego pacjenci od nich oczekują. Istotną rolę w tym procesie odgrywają relacje pomiędzy pielęgniarkami i pacjentami oparte na zasadzie wzajemnego zaufania i szacunku. Placówki, w których zostały wdrożone programy oparte na strategii upodmiotowienia, mogą pochwalić się wysoką jakością opieki nad pacjentem oraz dążeniem do perfekcji, innowacyjności i pełnej fachowości ze strony pielęgniarek. Także pacjenci dostrzegają, że opieka zdrowotna w tych placówkach świadczona jest na bardzo wysokim poziomie [28].

Trzy obszary zastosowania strategii upodmiotowienia

Strategia upodmiotowienia może zostać zastosowana w trzech obszarach funkcjonowania instytucji służby zdrowia – może odnosić się do pracy przełożonych, pielęgniarek oraz do pacjentów. Wskażemy poniżej na specyfikę każdego z tych obszarów.

Upodmiotowienie strukturalne w szpitalu

Zakłady opieki zdrowotnej należą do organizacji, dla których zapewnienie jak najwyższej jakości świadczeń jest wartością priorytetową, bowiem dobra jakość przekłada się na zdrowie, zaufanie, bezpieczeństwo, a przede wszystkim życie pacjenta [33]. Troska o jakość usług powinna być priorytetem całego personelu zakładu, a zwłaszcza dyrekcji i całej kadry zarządzającej. Upodmiotowienie jest traktowane jako metoda zarządzania organizacją, która odnosi się także do kadry kierowniczej [34]. W ujęciu Kanter upodmiotowienie strukturalne to zdolność do mobilizacji wszelkich dostępnych możliwości, informacji, zasobów i wsparcia, aby zrealizować określony cel [24]. Kanter opisuje dwie podstawowe struktury w organizacji: strukturę możliwości (ang. *structure of opportunity*) i strukturę mocy (ang. *structure of power*). Struktura możliwości odnosi się do warunków pracy, które będą w pełni wykorzystywały umiejętności i wiedzę pracownika w sposób efektywny. Struktura możliwości zapewnia pracownikom możliwość doskonalenia zawodowego oraz awansu.

Natomiast na strukturę mocy składa się dostęp do: informacji, zasobów i wsparcia [24]. Posiadane przez pracownika informacje to nie tylko wiedza techniczna i doświadczenie zawodowe, ale także znajomość

wartości cenionych w organizacji oraz celów i polityki kadry kierowniczej. Wiedza ta powinna być wykorzystana przez pracownika w sposób efektywny. Zasoby gwarantują pracownikowi dostęp do odpowiedniego sprzętu, materiałów, wyposażenia i środków, będących warunkiem koniecznym wykonywania powierzonych obowiązków, to także czas niezbędny pracownikowi na wykonanie obowiązków służbowych. Z kolei na wsparcie składają się przede wszystkim informacje zwrotne od przełożonych i współpracowników oraz wskazówki i informacje pomocne w rozwiązywaniu problemów.

Dostęp do powyższych struktur jest łatwiejszy, gdy w organizacji występuje upodmiotowienie formalne (ang. *formal power*) i upodmiotowienie nieformalne (ang. *informal power*) [24]. Upodmiotowienie formalne dotyczy tych aktywności pracownika, które umożliwiają mu elastyczność oraz autonomię i swobodę w podejmowaniu decyzji. Swoboda ta ma swoje źródło w prawidłowych relacjach i sojuszach pomiędzy pracownikami oraz ich przełożonymi. Natomiast upodmiotowienie nieformalne odnosi się do atmosfery, jaka panuje w organizacji. Ułatwieniu dostępu do struktur możliwości i mocy sprzyja atmosfera otwartości, wzajemnego zaufania, koleżeństwa oraz wsparcia społecznego.

Wprowadzeniu strategii upodmiotowienia w szpitalu muszą towarzyszyć zmiany w zakresie sprawowania władzy w organizacji, dostępu do informacji i wiedzy oraz przekształcenia w systemach motywacyjnych. Wymaga to nie tylko zmiany sposobu postrzegania pracy, ale przede wszystkim zmniejszenia kontroli przez przełożonych oraz woli autonomicznego działania i większego angażowania się w pracę wykonawców zadań [35]. Może to jednak nieść szereg korzyści zarówno dla organizacji, jak i dla zatrudnionych w niej pielęgniarek, co pokazują wyniki badań, prowadzonych także w Polsce [22].

Upodmiotowienie psychologiczne pielęgniarek

Omawiany model postuluje zastosowanie strategii upodmiotowienia strukturalnego w pracy pielęgniarek, dzięki czemu dochodzi do upodmiotowienia psychologicznego pielęgniarek [24]. Pielęgniarkom, poprzez fakt najczęstszego kontaktu z pacjentami i ich rodzinami, przypisuje się fundamentalne znaczenie w tworzeniu pozytywnej atmosfery hospitalizacji i w kreowaniu wizerunku placówki [33]. Wyzwania, jakie stoją w związku z tym przed każdą pielęgniarką, to zrozumienie roli i poczucie sensu oraz świadome współuczestnictwo w procesach umacniania zdrowia, leczenia, pielęgnowania i ratowania życia. Dbałość o prestiż zawodu pielęgniarki powinna być wsparta ciągłym rozwojem pielęgniarek i kształtowaniem ich świadomości co do celów działania placówki, podnoszeniem poziomu profesjonalizmu oraz formowaniem prawidłowych postaw poprzez odpowiednie zmotywowanie i zintegrowanie personelu pielęgniarskiego [33]. Zadania te mogą zostać wykonane dzięki strategii upodmiotowienia.

Upodmiotowienie psychologiczne to proces motywacyjny, w wyniku którego pracownik kształtuje osobiste przekonania o znaczeniu roli, jaką odgrywa w organizacji [18]. Proces ten może zachodzić w środowisku pracy, w którym kładzie się szczególny nacisk na motywowanie pracowników. Upodmiotowienie psychologiczne, jako rodzaj indywidualnej motywacji, obejmuje cztery wymiary: nadanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy (ang. *meaning*), znajomość własnych kompetencji (ang. *competence*), przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów (ang. *self-determination*) i przekonanie o wartości pracy własnej (ang. *impact*) [27, 36, 37]. Upodmiotowiony psychologiczne pracownik wykonuje swoją pracę z ochotą, chęcią i poczuciem, że ma wpływ na to, co robi.

Nadanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy, poczucie, że jest ona ważna, wynika z relacji pomiędzy wymaganiami stawianymi w miejscu pracy a przekonaniami, wartościami i ideałami uznawanymi przez pracowników [38]. Znajomość własnych kompetencji odnosi się do możliwości efektywnego wykonywania powierzonych obowiązków [27]. Ten wymiar upodmiotowienia psychologicznego zawiera w sobie przekonanie i wiarę pracownika w możliwość wykonywania obowiązków z należytą biegłością i profesjonalizmem. Trzeci z wymiarów, przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów, wiąże się z poczuciem autonomii i niezależności oraz przekonaniem pracownika, że ma on wpływ na wykonywaną pracę [38]. Natomiast przekonanie o wartości własnej pracy nawiązuje do poczucia pracownika, że ma on możliwość samodzielnego wpływu i oddziaływania na miejsce pracy, przekonanie, że jego własne działania mogą mieć wpływ na istotne cele organizacji [27].

Pielęgniarki o wyższym poziomie psychologicznego upodmiotowienia przejmują większą inicjatywę w działaniu i rozwiązywaniu problemów, mają także świadomość, że pracują dla pacjenta, a nie dla przełożonych, lepiej i szybciej dostrzegają potencjał pacjentów, który starają się wykorzystać w celu wzmocnienia udziału pacjenta w powrocie do stanu równowagi zdrowotnej [35]. Zgodnie z założeniami koncepcji upodmiotowienia pielęgniarki mogą promować zdrowie pacjentów poprzez stwarzanie i zapewnianie pacjentom dostępu do warunków upodmiatawiającego środowiska szpitalnego [24].

W strategii upodmiotowienia nie ma miejsca na apodyktyczne zachowania pielęgniarek, które jako eksperci kierują procesem leczenia pacjenta i oczekują, że pacjenci będą jedynie wykonywali ich polecenia [24]. Wręcz przeciwnie, pielęgniarki powinny współpracować z pa-

cjentami w dążeniu do optymalizacji ich stanu zdrowia. Owa współpraca powinna opierać się na wzajemnym zaufaniu i wsparciu oraz wspólnym określaniu informacji i czynników niezbędnych do powrotu do zdrowia. W interakcji pielęgniarka – pacjent dąży się do stworzenia optymalnych warunków zdrowotnych, które to warunki pacjent jest w stanie samodzielnie podtrzymać w sytuacjach życia codziennego. Tak więc upodmiotowione pielęgniarki przekazują swym pacjentom swoją wiedzę i umiejętności, dają im poczucie zrozumienia i wsparcia, dzięki czemu pacjenci także stają się upodmiotowieni.

Laschinger wraz ze wsp. [24], opracowując model teoretyczny, zaproponowali kilka przykładów praktycznych odnoszących się działań pielęgniarek. Przykłady te odwołują się do wymiarów upodmiotowienia strukturalnego w ujęciu Kanter, tj. dostępu do informacji, dostępu do wsparcia, dostępu do zasobów, dostępu do możliwości uczenia się i rozwoju oraz upodmiotowienia formalnego i nieformalnego. Zgodnie z założeniami opisywanego modelu pielęgniarki, dając swoim pacjentom dostęp do informacji, powinny dostarczać im wszystkich niezbędnych informacji i udzielać wyczerpujących odpowiedzi na zadawane pytania [24]. Ponadto pielęgniarki powinny wykonywać wszelkie czynności dopiero po uprzednim wytłumaczeniu celu i specyfiki swojego działania. Także dozowanie leków oraz poddawanie zabiegom powinny być poprzedzone poinformowaniem pacjenta o istocie i skutkach danego środka lub zabiegu. W upodmiatawiających pacjenta warunkach szpitalnych warto także zadbać, aby pielęgniarki wprowadzały pacjenta w specyfikę funkcjonowania szpitala oraz zapoznawały go z nowym otoczeniem szpitalnym.

Dawanie poczucia wsparcia i zrozumienia jest zadaniem trudnym, ale koniecznym z punktu widzenia strategii upodmiotowienia. Okazując wsparcie, pielęgniarki powinny dążyć do poznania uczuć, przekonań i myśli pacjenta, które mogą mieć wpływ na ich dalszą współpracę. Ponadto pacjent powinien czuć, że jego oczekiwania i nadzieje są szanowane, a także że ma prawo wyboru drogi dojścia do zdrowia. Wsparcie wiąże się również z gwarancją, że prawa pacjenta nie zostaną w żadnym wypadku naruszone. Relacja pacjent – pielęgniarka powinna więc opierać się na zasadzie partnerstwa i wzajemnego szacunku [24]. Tworząc atmosferę wsparcia, pielęgniarki poprzez niezwłoczne reagowanie na skargi i zażalenia pacjentów oraz szanowanie wyborów pacjenta mogą dążyć do utrzymania w ich szpitalu klimatu spokoju i zaufania.

Poprzez dostarczanie zasobów gwarantuje się pacjentom ułatwienie im dostępu do zasobów zarówno klinicznych, jak i społecznych. Pacjent powinien mieć możliwość kontaktu ze wszystkimi członkami zespołu interdyscyplinarnego. Powinien mieć także zapewniony czas niezbędny do zrealizowania czynności osobistych (np. higiena osobista, posiłki, odpoczynek). Dostarczanie zasobów to także niesienie pomocy pacjentom w identyfikacji ich osobistych zasobów [39], zdolności samoopieki i własnych mocnych stron [24], a więc także uczenie pacjenta samodzielnego dbania o własne zdrowie. Pielęgniarki powinny dostarczać swoim pacjentom także możliwości uczenia się i rozwoju. Umiejętności te wiążą się głównie z uświadamianiem pacjentom istoty i specyfiki ich własnych problemów zdrowotnych. Jest to możliwe m.in. dzięki zapoznawaniu pacjentów z nowoczesną technologią. Poinformowanego i uświadomionego pacjenta należy jeszcze wesprzeć w stosowaniu nabytej wiedzy i umiejętności w praktyce życia codziennego.

Upodmiotowienie pacjenta nie może pomijać roli rodziny i przyjaciół w procesie optymalizacji zdrowia. Pielęgniarki powinny tworzyć i promować atmosferę silnych sojuszy z pacjentami i wszystkimi członkami zespołu interdyscyplinarnego. Powinny także współpracować z pacjentami i ich rodzinami w celu rozwoju sojuszy wspierających pacjenta w szpitalu i po jego opuszczeniu [24]. Natomiast z punktu widzenia upodmiotowienia formalnego pielęgniarki powinny wspierać i dążyć do rozwoju samodzielności pacjenta. Wszystkie te działania opierają się na zasadach wzajemnej dobrej komunikacji. Pielęgniarki powinny unikać przyjmowania postawy dominującej i narzucania własnego zdania pacjentom. Pacjenci powinni być wręcz namawiani do samodzielnego podejmowania decyzji o własnej opiece zdrowotnej [24].

Upodmiotowienie pacjentów

Trzeci obszar upodmiotowienia dotyczy pacjentów. Współcześnie zwraca się szczególną uwagę na pacjenta, który jest aktualnym lub potencjalnym świadczeniobiorcą usług medycznych i kształtuje rynek usług medycznych poprzez wyrażanie własnych opinii i oczekiwań. Wymusza to na świadczeniodawcach konieczność dostosowywania się do potrzeb i oczekiwań pacjentów. Koncepcja zabiegania o wysoki standard usług występuje od dawna w założeniach, gorzej natomiast bywa z jej realizacją [40]. Coraz popularniejsza staje się idea dbałości o ofertę zgodną z oczekiwaniami pacjenta i jednocześnie na odpowiednim poziomie profesjonalizmu. Jest to zadanie dosyć trudne w realizacji, gdyż obejmuje swoim zasięgiem całą organizację: kierownictwo i przełożonych, pielęgniarki, a także pacjentów. Konieczne jest monitorowanie jakości usług medycznych nie tylko przez świadczeniodawców, czyli pielęgniarki i ich przełożonych, ale także przez pacjentów. Opinia tych ostatnich ma bowiem duże znacze-

nie marketingowe, gdyż coraz częściej pacjent, a nie świadczeniodawca, decyduje, w którym zakładzie opieki zdrowotnej będzie się leczył [40].

Placówki opieki zdrowotnej chcące wzmacniać swą pozycję i budować przewagę konkurencyjną w sektorze usług medycznych muszą traktować dobro pacjenta jako wartość podstawową. Wyrazem ich sukcesu będzie właśnie pacjent, który opuszczając placówkę, jest w pełni usatysfakcjonowany ze świadczonych usług i jest przekonany o tym, że gdy zajdzie potrzeba dalszego leczenia lub kolejnej hospitalizacji, usługa znowu będzie wykonana na wysokim poziomie [33]. Współcześnie chory postrzegany jest jako pełnoprawny, czynny współuczestnik procesu pielęgnowania, a realizowane czynności pielęgnacyjne są wynikiem wzajemnej współpracy zespołu medycznego z pacjentem. W dużej jednak mierze to od pielęgniarki zależy, jak pacjent hospitalizowany będzie radził sobie w chorobie, jak zniesie uciążliwości związane z procesem diagnozowania i leczenia, jak zostanie przygotowany do powrotu do środowiska domowego. Zgodnie z koncepcją upodmiotowienia [24] upodmiotowiony pacjent to człowiek, który jest przekonany, że ma dostęp do informacji, wsparcia, zasobów oraz możliwości uczenia się i rozwoju. Owo przekonanie umożliwia optymalizację zdrowia pacjenta, daje poczucie zadowolenia z opieki pielęgniarskiej oraz wzmacnia poczucie kompetencji i możliwości wpływu na własne życie [24]. Wyniki badań wskazują, że satysfakcja z opieki pielęgniarskiej jest najważniejszym wskaźnikiem zadowolenia pacjenta z całościowej opieki świadczonej w szpitalu [33]. Przekonanie pacjenta, że ma większy dostęp do informacji, wparcia, zasobów i możliwości uczenia się, sprawia, że pacjent jest w stanie przenieść nabyte doświadczenia także do sytuacji życia codziennego. Upodmiotowiony pacjent jest więc w stanie dbać o siebie i promować własne zdrowie także po opuszczeniu szpitala. Dodatkowo może także doświadczyć większego poczucia sensu życia oraz większej wiary we własne możliwości i kompetencje [24].

Konkluzje

Kompleksowa opieka, wzmacnianie pozycji pacjentów i upodmiotowienie ich są przewodnikami w tworzeniu wysokiej jakości opieki, gwarantują pozytywne wyniki zarówno pielęgniarkom, ich przełożonym, jak i ich pacjentom [33]. Model upodmiotowienia zaproponowany przez Laschinger i wsp. [24] opisuje wzajemne relacje zachodzące pomiędzy pielęgniarkami, ich przełożonymi oraz pacjentami oparte na zasadach wynikających ze strategii upodmiotowienia strukturalnego oraz psychologicznego. Wskazuje on także na ważny obszar, jakim jest upodmiotowienie pacjenta. Wzajemna współpraca na tych trzech szczeblach może mieć pozytywny wpływ zarówno na szpital jako organizację, jak i na jego pracowników i oczywiście pacjentów.

Jak to zostało wskazane, strategia upodmiotowienia może być skutecznie stosowana w organizacjach ochrony zdrowia. Choć budowanie otwartości i zaufania nie jest prostym zadaniem, a zaufanie w organizacji jest zależne od wielu czynników [41], to wdrażanie systemowych i konsekwentnych działań, które promują upodmiotowienie, przynosi korzyści organizacji [10]. Podmiotowe zaangażowanie pracowników opieki zdrowotnej, a zwłaszcza pielęgniarek, może przełożyć się na sposób ich podejścia do pacjentów, a w konsekwencji wpływać na postawy samych pacjentów [24]. Opieka pielęgniarska stanowi jeden z ważniejszych i najczęściej ocenianych obszarów działalności zakładu opieki zdrowotnej, a ocena ta uzależniona jest nie tylko od cech osobowościowych reprezentantów personelu pielęgniarskiego, jego merytorycznego przygotowania, poziomu profesjonalizmu, właściwej postawy wobec pacjenta i jego problemów, ale od rozwiązań organizacyjnych leżących w kompetencjach kierownika pionu pielęgniarskiego. Propozycja wdrożenia strategii upodmiotowienia w pracy pielęgniarek może mieć znaczenie dla usprawnienia funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Kolwitz M. Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów opieki zdrowia innych państw Unii Europejskiej. Ann Acad Medicae Stetin. Rocz Pomor Akad Med w Szczecinie. 2010; 56(3): 131–43.
2. Janowski M, Rasińska R. Wybrane zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia. Piel Pol. 2015; 2(56): 164–169.
3. Balicki M. Problemy służby zdrowia – diagnoza i recepty. Warszawa: Friedrich-Ebert-Stiftung. Przedstawicielstwo w Polsce wspólnie z Fundacją Międzynarodowe Centrum Badań i Analiz (ICRA); 2013.
4. Wyszkowska Z. Współczesne tendencje w zarządzaniu kadrami w zakładach opieki zdrowotnej. Współ Zarządz. 2013; 2: 90–99.
5. Bugdol M, Bugaj J, Stańczyk I. Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2012.
6. WHO. The world health report – health systems fi nancing: The path to universal coverage. Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia; 2010.
7. Perek M, Kózka M, Twarduś K. Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi. Probl Piel. 2007; 15(4): 223–228.
8. Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M, Felsmann M, Marzec A, Kiełbatrowska B, Kocięcka A. Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. Probl Piel. 2011; 19(2): 143–147.
9. Łaguna M, Mielniczuk E, Żaliński A, Wałachowska K. Przywiązanie do organizacji i zaangażowanie w pracę – koncepcje teoretyczne i problemy terminologiczne. Med Pracy. 2015; 66(2): 84–99.

10. Krawczyk-Bryłka B. Empowerment – strategia zarządzania oparta na zaufaniu. Zarządzanie Finanse. 2012; 4(1): 313–330.
11. Moczydłowska JM. Empowerment – upodmiotowienie we wspólnocie. Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa. 2013; 11: 15–23.
12. Bombała B. Zagadnienie upełnomocniania pracowników w koncepcji przywództwa personalistycznego i służebnego. Ann Etyka w Życiu Gospod. 2010; 13(1): 123–32.
13. Marzec I. Motywowanie przez upełnomocnienie. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi. 2005; 3–4: 41–52.
14. Męczyńska A, Kmieciak R. Czy upełnomocnienie pracowników sprzyja innowacjom w małych i średnich przedsiębiorstwach? Podstawy teoretyczne badań. Zesz Nauk Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie. 2011; 57(1847).
15. Teutsch A. Empowerment – Słownik – Równość.info. 2016, http://rownosc.info/dictionary/empowerment/ (data dostępu: 4.04.2016).
16. Deszczyński B. CRM. Strategia. System. Zarządzanie zmianą: Jak uniknąć błędów i odnieść sukces wdrożenia. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2011.
17. Bugdol M. Wartości organizacyjne. Szkice z teorii organizacji i zarządzania. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
18. Ahmad N, Oranye O. Empowerment, job satisfaction and organizational commitment: A comparative analysis of nurses working in Malaysia and England. J Nurs Manag. 2010; 18: 582–591.
19. Saramiento TP, Laschinger H, Iwasiw C. Nurse educator`s workplace empowerment, burnout and job satisfaction: Testing Kanter`s theory. J Adv Nurs. 2004; 46(2): 134–143.
20. Rzeźnik B. Empowerment i jego wpływ na zaangażowanie pracowników w przedsiębiorstwie. Prace i Materiały Wydzialu Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego. 2009; 3(2): 343–352.
21. Larkin ME, Cierpial CL, Stack JM, Morrison VJ, Griffith CA. Empowerment Theory in Action: The Wisdom of Collaborative Governance. Online J Issues Nurs. 2008; 13(2): 2–12.
22. Orłowska A, Łaguna M, Celińska-Miszczuk A. Pracownik jako podmiot. Upodmiotowienie w organizacji. (W druku).
23. Dobska M. Empowerment uslugobiorców jako uprawomocnienie dowartościowania się pacjentów. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. 2014; 355: 129–140.
24. Laschinger H, Gilbert S, Smith LM, Lesile K. Toward`s a comprehensove theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter`s empowerment theory to patient care. J Nurs Manag. 2010; 18: 4–13.
25. Steward JG, McNulty R, Griffin MTQ, Fitzpatrick JJ. Psychological empowerment and structural empowerment among nurse practitiones. J Am Acad Nurse Pract. 2010; 22: 27–34.
26. Wong CA, Laschinger HKS. Authentic leadership, performance, and job satisfaction: The mediating role of empowerment. J Adv Nurs. 2013; 69(4): 947–959.
27. Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement and validation. Acad Manage J. 1995; 38(5): 1442–1465.
28. Laschinger HKS, Nosko A, Wilk P, Finegan JE. Effects of unit empowerment and perceived support for professional nursing practice on unit effectiveness and individual nurse well-being: A time-lagged study. Int J Nurs Stud. 2014; 51(12): 1615–1623.
29. Wagner J, Cummings G, Smith DL, Olsen J, Anderson L, Warren S. The relationship between structural empowerment and psychological empowerment for nurses: A systematic review. J Nurs Manag. 2010; 18(4): 448–462.
30. Laschinger HKS, Wong CA, Grau AL. Authentic leadership, empowerment and burnout: A comparison in new graduates and experienced nurses. J Nurs Manag. 2013; 21: 541–552.
31. Lautizi M, Laschinger HKS, Ravazzolo S. Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among Italian mental health nurses: An exploratory study. J Nurs Manag. 2009; 17(4): 446–452.
32. Orłowska A, Łaguna M. Upodmiotowienie strukturalne a dopasowanie sfery rodzinnej i zawodowej wśród pielęgniarek. Med Pracy. 2016; 6(67): 787–800.
33. Juszczak K, Rykowska I. Rola Naczelnej Pielęgniarki w podnoszeniu jakości usług pielęgniarskich. Piel Pol. 2013; 3: 219–229.
34. Lee M, Koh J. Is empowerment really a new concept? Int J Hum Resour Manag. 2001; 12(4): 684–695.
35. Brajer-Marczak R. Empowerment pracowników w przedsiębiorstwie zorientowanym w zarządzaniu na procesy. Zesz Nauk Wyższej Szkoły Bankowej we Wroclawiu. 2013; 4: 23–35.
36. Gkorezis P, Hatzithomas L, Petridou E. Impact of leader`s humor on emploees` psychological empowerment: The moderating role of tenure. J Manag Issues. 2011; 23(1): 83–95.
37. Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing settings. J Nurs Adm. 2001; 31(5): 260–272.
38. Spreitzer GM. Social structural characteristics of psychological empowerment. Acad Manage J. 1996; 39(2): 483–504.
39. Łaguna M. Zasoby osobiste jako potencjał w realizacji celów. Pol Forum Psychol. 2015; 20(1): 47–61.
40. Małecka B, Marcinkowski J. Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych. Probl Hig Epidemiol. 2007; 88(1): 17–19.
41. Jaklik A, Łaguna M. Zaufanie w organizacji: Analiza sposobów ujęcia i modeli teoretycznych. Psychologia Społ. 2015; 4(35): 369–382.

Artykuł przyjęty do redakcji: 19.12.2016
Artykuł przyjęty do publikacji: 14.06.2017

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

Adres do korespondencji:
Agnieszka Orłowska, Mariola Łaguna
Al. Racławickie 14
20-950 Lublin
e-mail: a_orlowska@onet.pl; laguna@kul.pl
Instytut Psychologii, Wydział Nauk Społecznych
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

PLANOWANIE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM GERIATRYCZNYM PO ZABIEGU ENDOPROTEZOPLASTYKI PRZEBYWAJĄCYM W ŚRODOWISKU DOMOWYM – STUDIUM PRZYPADKU

PLANNING NURSING CARE OF THE GERIATRIC PATIENT AFTER ENDOPROTHESOPLASTIC SURGERY WHO LIVES IN A HOME ENVIRONMENT – CASE STUDY

Lucyna Monika Sochocka, Edyta Kędra, Patryk Gawlik

Wydział Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.15

STRESZCZENIE

Założenia. Celem pracy jest zaprezentowanie przykładowego planu opieki pielęgniarskiej nad przebywającym w środowisku domowym pacjentem geriatrycznym po zabiegu endoprotezoplastyki. Proponowany plan opieki oparty został na klasyfikacji ICNP, będącej międzynarodowym standardem dla terminologii pielęgniarstwa, rekomendowanym przez ICN, a w Polsce przez PTP oraz Akredytowane Centrum Badania i Rozwoju ICNP®. Klasyfikacja ta porządkuje terminologię specjalistyczną poprzez stworzenie słownika referencyjnego terminów wykorzystywanych do stawiania diagnozy pielęgniarskiej, planowania działań i oceniania wyników, którym przypisane są odpowiednie kody numeryczne. Dzięki temu staje się ona uniwersalnym narzędziem do porozumiewania się pielęgniarek na całym świecie i do zapewniania odpowiedniej jakości tej opieki.

Prezentacja przypadku. J.S., lat 94, po zabiegu endoprotezoplastyki eliptycznej połowiczej stawu biodrowego prawego wykonanym z powodu złamania szyjki kości udowej. Po leczeniu na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej wypisana w stanie dobrym do domu z zaleceniem przyjmowania leków oraz rehabilitacji. Opiekę nad Panią J.S. sprawują członkowie najbliższej rodziny, pielęgniarka opieki długoterminowej oraz fizjoterapeuta. Według skali Katza (ADL) pacjentkę charakteryzuje się jako znacznie niesprawną; ocena wg skali Lawtona (IADL) wskazuje na stan określany jako umiarkowanie zależny.

Wyniki. U pacjentów w wieku geriatrycznym upadki są poważnym problemem społecznym z uwagi na ich powszechność i częstość powikłań. Opiekę pielęgniarską nad pacjentem należy zaplanować, opierając się na analizie dostępnej dokumentacji medycznej, wnikliwej obserwacji stanu zdrowia i potrzeb pacjenta oraz wywiadzie z podopiecznym i członkami najbliższej rodziny. Zgodnie z obowiązującymi standardami opieka ta to zindywidualizowany proces pielęgnowania przygotowany z wykorzystaniem klasyfikacji ICNP stanowiącej uniwersalny język komunikacji między personelem pielęgniarskim na całym świecie; proces ten pozwala na zapewnienie ciągłości opieki i wysokiej jej jakości.

SŁOWA KLUCZOWE: złamanie, endoprotezoplastyka, pacjent geriatryczny, proces pielęgnowania.

ABSTRACT

Assumptions. The aim of the research is to present an exemplary plan of the geriatric patient care after endoprothesoplastic surgery in home environment. The proposed care plan is based on the classification of the ICNP, which is the international standard for nursing terminology, recommended by the ICN, and in Poland by the PTP and the Accredited Center for Research and Development of the ICNP®. This classification organizes specialized terminology, by creating a reference dictionary of terms used in the diagnosis of nursing, action planning and performance evaluation, which are assigned to the corresponding numeric codes. As a result, it becomes a universal tool to communicate with nurses around the world and to provide adequate quality of care.

Presentation of the case. J.S., a 94-year-old woman, after endoprosthetics with partial hip replacement made due to the hip fracture. After having been treated at the Trauma and Ortopaedic Surgery Ward, the patient was discharged from the hospital in a good condition. She was prescribed with pharmacotherapy and rehabilitation. The family members, district nurse and physical therapist have been taking care of Mrs J.S. The Katz's Index (ADL) signifies the patient as very dependent; according to Lawton's Scale (IADL) the patient is mildly dependent.

Conclusions. Falls in older adults are a significant social problem due to their commonness and frequency of complications. Nursing care of the patient should be planned by making a right diagnosis based on analysis of the available medical documentation, careful observation of patient's condition and his/her needs, as well as interviewing his/her immediate family. According to the current standards, it is based on the individualized process of nurturing prepared using the ICNP classification which constitutes a universal language of communication between the nursing staff around the world, allowing to provide continuity of care and high quality.

KEYWORDS: fracture, endoprothesoplastic surgery, geriatric patient, nursing care.

Wprowadzenie

U osób w podeszłym wieku złamania szyjki kości udowej są powszechnymi uszkodzeniami układu ruchu. Stanowią poważne zagrożenie życia z powodu powikłań, do których dochodzi często wskutek trwałego unieruchomienia pacjentów w łóżku. Złamania bliższego końca kości udowej wynikają z osłabienia siły mięśniowej, zrzeszotnienia kości, zmniejszenia sprawności fizycznej oraz z postępujących zmian miażdżycowych naczyń krwionośnych mózgu. Do objawów świadczących o złamaniu zalicza się przede wszystkim zgłaszany przez pacjenta ból w okolicy biodra i pachwiny; chory nie jest w stanie ustać o własnych siłach, choć przy złamaniach zaklinowanych często możliwe jest chodzenie. Złamana kończyna ustawia się w rotacji zewnętrznej i przywiedzeniu, w przypadku znacznych przemieszczeń kończyna może ulec skróceniu [1].

Obecnie standardem w leczeniu złamań szyjki kości udowej jest zastosowanie endoprotezy połowiczej bipolarnej. Metoda ta polega na umocowaniu w kości udowej cementowego lub bezcementowego trzpienia, na którym następnie osadzana jest głowa. Łączy się ona z drugą, nieco większą głową, wprowadzaną do panewki własnej pacjenta. Ten typ endoprotezy powinno stosować się w złamaniach osteoporotycznych szyjki kości udowej u starszych pacjentów [2].

Wskazania do wykonania endoprotezoplastyki stawu biodrowego to m.in. niepoddająca się leczeniu zachowawczemu choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego wraz z towarzyszącymi jej dolegliwościami bólowymi, ograniczeniem ruchomości oraz przykurczami, a także złamania szyjki kości udowej wymagające nagłej interwencji.

Przeciwwskazaniami do zastosowania tej metody leczenia są: zakażenia stawu oraz skóry w najbliższej okolicy planowanego zabiegu, artropatia neurogenna, znaczna osteoporoza, zaburzenia zakrzepowo-zatorowe, schorzenia ogólnoustrojowe, znaczna otyłość, a także młody wiek [3].

Pielęgniarska opieka długoterminowa jest świadczona osobom, które nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, a ich stan zdrowia wymaga systematycznej i zwiększonej opieki pielęgniarskiej [4]. Sprawowanie czynności pielęgnacyjnych nad pacjentem powinno odbywać się zgodnie z etapami procesu pielęgnowania, dlatego podjęcie opieki należy rozpocząć od zgromadzenia danych na temat podopiecznego oraz postawienia diagnozy pielęgniarskiej.

Na podstawie diagnozy rodziny i społeczności lokalnej pielęgniarka opieki długoterminowej jest w stanie wskazać możliwości włączenia systemu wsparcia społecznego, który można podzielić na pierwotny i wtórny. Pierwotny system wsparcia społecznego to najbliższe osoby z otoczenia pacjenta: sąsiedzi, dalsza rodzina, przyjaciele i znajomi. Wtórny system wsparcia społecznego, zwany również instytucjonalnym, to grupy udzielające samopomocy oraz instytucje świadczące pomoc osobom znajdującym się w trudnych sytuacjach życiowych [4].

Celem pracy jest zaprezentowanie przykładowego planu opieki nad przebywającym w środowisku domowym pacjentem geriatrycznym po zabiegu endoprotezoplastyki. W tworzeniu planu wykorzystano międzynarodowy standard ICNP (ang. *International Classification Nursing Practice*). Jest to klasyfikacja rekomendowana przez ICN, do praktycznego zastosowania w pielęgniarstwie światowym, oparta na ujednoliconej klasyfikacji nazewnictwa wraz z przypisanymi im kodami dla poszczególnych etapów procesu pielęgnowania, który jest procesem 3-etapowym (diagnoza pielęgniarska, działania, wyniki) [5].

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku; dominującą techniką była technika analizy dokumentacji, pozwalająca na przygotowanie opisu przypadku. W ramach wiodącej metody zastosowano również technikę wywiadu, pozwalającą doprecyzować zebrane informacje na potrzeby przygotowywanego opisu. Równolegle skorzystano również z metody obserwacji [6, 7].

Opis przypadku

J.S., lat 94, po zabiegu endoprotezoplastyki eliptycznej połowiczej stawu biodrowego prawego wykonanym z powodu złamania szyjki kości udowej. Złamanie było skutkiem upadku, do którego doszło w mieszkaniu chorej, w godzinach nocnych, w drodze do toalety. Po 15 dniach pobytu na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej Pani J.S. została wypisana do domu z zaleceniem usunięcia szwów chirurgicznych oraz kontroli w poradni urazowo-ortopedycznej. Ponadto zalecono przyjmowanie leków: Clexane 40 1x1 *s.c.* oraz Proxacin 250 2x1 *p.o.* Kobiecie wystawiono także skierowanie do szpitala na oddział rehabilitacji oraz zlecenie dalszej rehabilitacji w domu polegającej na wykonywaniu ćwiczeń usprawniających staw biodrowy prawy oraz na nauce chodzenia z wykorzystaniem balkonika z pełnym obciążeniem operowanej kończyny.

Od 10 lat (od śmierci męża) kobieta samotnie zamieszkuje parterowy dom jednorodzinny. W sąsiedztwie J.S. mieszka jej syn wraz z rodziną, który codziennie odwiedza matkę. Częstym gościem Pani J. jest również jej córka. Syn z żoną oraz córka kobiety wyrazili gotowość włączenia się do opieki po powrocie J.S. ze szpitala. W sprawowaniu opieki nad Panią J. pomagają także pielęgniarka opieki długoterminowej Diecezjalnej Stacji Opieki Caritas oraz fizjoterapeuta.

J.S. ma 167 cm wzrostu, waży 60 kg. Na podstawie obserwacji stwierdzić można widoczny obrzęk okolicy podudzia kończyny operowanej; skóra jest sucha, w okolicy kości krzyżowej, stawu skokowego prawego oraz obu pięt wyraźnie zaczerwieniona. Okolica rany pooperacyjnej sucha, czysta, bez oznak stanu zapalnego.

Pani J. nie potrafi samodzielnie wstać z łóżka, korzysta z wózka inwalidzkiego, na którym jest w stanie poruszać się po mieszkaniu, nie potrafi jednak samodzielnie przemieszczać się z łóżka na wózek. Kobieta ma do swojej dyspozycji balkonik, z którego korzysta niechętnie. Za jego pomocą jest w stanie przejść kilka metrów, czynność ta wymaga jednak asysty. Pani J. nie wyraziła zgody na pobyt na oddziale rehabilitacji pobliskiego szpitala, argumentując swoją decyzję chęcią rehabilitacji w domu. J.S. korzysta z pieluchomajtek z powodu przygodnego nietrzymania moczu i stolca. Syn kobiety przyznaje, że pieluchomajtki są zanieczyszczone najczęściej w godzinach rannych. Kobieta nie potrafi samodzielnie korzystać z toalety; wymaga pomocy przy wykonywaniu toalety całego ciała. Posiłki spożywa samodzielnie, są one jednak wcześniej przygotowywane przez któregoś z członków rodziny. Pani J. samodzielnie gospodaruje pieniędzmi, potrafi korzystać z telefonu. Kobieta pamięta o przyjmowaniu leków, nie potrafi jednak samodzielnie ich przygotować. Pani J. nie została wyedukowana w zakresie podawania iniekcji podskórnych leku przeciwzakrzepowego. Zabieg ten wykonywany jest zazwyczaj przez pielęgniarkę opieki długoterminowej.

Pani J. jest zorientowana co do miejsca, czasu i własnej osoby, zachowuje kontakt logiczny z otoczeniem. J.S. mówi półszeptem, rzadko się uśmiecha. Jest wyraźnie niezadowolona ze swej obecnej sytuacji życiowej. Skarży się na fakt okresowego nietrzymania moczu i stolca oraz uzależnienia od innych podczas zaspokajania podstawowych potrzeb. Jest zaniepokojona brakiem możliwości swobodnego przemieszczania się po swoim domu. Przyznaje, że z powodu dolegliwości bólowych kończyny operowanej i w obawie przed ponownym upadkiem niechętnie korzysta z balkonika. Więcej czasu w ciągu dnia spędza w łóżku z założonymi barierkami, co skutkuje problemami ze snem w nocy. Pani J. często prowadzi rozważania nad śmiercią i umieraniem.

Według skali Katza (ADL) pacjentkę charakteryzuje się jako znacznie niesprawną (suma pkt 1), zależną w następujących czynnościach: samodzielne kąpanie się, ubieranie, korzystanie z toalety, przemieszczanie się oraz kontrolowanie wydalania moczu i stolca [8]. Ocena wg skali Lawtona (IADL) – 11 pkt – pozwala natomiast określić stan pacjentki jako umiarkowanie zależny: w zakresie gospodarowania pieniędzmi, korzystania z telefonu, przygotowywania i przyjmowania leków Pani J. wymaga niewielkiej pomocy. Przemieszczać się na większe odległości, wychodzić na zakupy po artykuły spożywcze, przygotować sobie posiłki, wykonywać prace domowe (np. sprzątanie), majsterkować i wyprać swoje rzeczy – tych czynności kobieta nie jest w stanie wykonać samodzielnie. W zakresie żadnej z ww. czynności kobieta nie jest całkowicie niezależna [9].

Tabela 1. Ocena podstawowych czynności dnia codziennego wg skali ADL
Table 1. Evaluation of daily living basic activities according to ADL scale

Czynności/*Actions*	Samodzielność pacjenta/ *Patient's independence*
Kąpanie się/*Bathing*	0
Ubieranie i rozbieranie się/*Dressing and undressing*	0
Korzystanie z toalety/*Using the toilet*	0
Wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel/*Getting up out of bed and moving on the chair*	0
Samodzielne jedzenie/*Independent eating*	1
Kontrolowanie wydalanie moczu i stolca/*Controlling the excretion of urine and stool*	0
Suma punktów/*Total points*	1

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 2. Ocena złożonych czynności życia codziennego wg skali IADL
Table 2. Evaluation of daily living complex activities by IADL scale

Czynności/*Actions*	Liczba punktów/*Number of points*
Czy potrafisz korzystać z telefonu:/*Can you use the phone*: 3 – bez pomocy/*without help* 2 – z niewielką pomocą/*with a little help* 1 – zupełnie nie jesteś w stanie/*you cannot*	2
Czy jesteś w stanie przemieszczać się na większe odległości:/ *Are you able to move over greater distances*: 3 – bez pomocy/*without help* 2 – z niewielką pomocą/*with a little help* 1 – zupełnie nie jesteś w stanie/*you cannot*	1
Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze:/*Do you go out shopping for groceries*: 3 – bez pomocy/*without help* 2 – z niewielką pomocą/*with a little help* 1 – zupełnie nie jesteś w stanie robić jakichkolwiek zakupów/ *you are not able to do any shopping at all*	1
Czy możesz samodzielnie przygotować sobie posiłki:/*Can you prepare your meals*: 3 – bez pomocy/*without help* 2 – z niewielką pomocą/*with a little help* 1 – nie jesteś w stanie/*you cannot*	1
Czy możesz samodzielnie wykonywać prace domowe (np. sprzątanie:)/*Can you carry out the chores (eg. cleaning)*: 3 – bez pomocy/*without help* 2 – z niewielką pomocą/*with a little help* 1 – zupełnie nie jesteś w stanie/*you cannot*	1
Czy możesz samodzielnie majsterkować i wyprać swoje rzeczy:/*Can you tinker yourself and wash your stuff*: 3 – bez pomocy/*without help* 2 – z niewielką pomocą/*with a little help* 1 – nie jesteś w stanie/*you cannot*	1

Czy samodzielnie przygotowujesz i przyjmujesz leki:/*Do you prepar yourself and tak drugs*: 3 – bez pomocy/*without help* 2 – z niewielką pomocą/*with a little help* 1 – nie jesteś w stanie/*you cannot*	2
Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi:/*Do you manage your money yourself*: 3 – bez pomocy/*without help* 2 – z niewielką pomocą/*with a little help* 1 – nie jesteś w stanie/*you cannot*	2
Suma punktów/*Total points*	11

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Plan opieki pielęgniarskiej z zastosowaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP)

Diagnoza pielęgniarska: zaburzona zdolność przemieszczania [10001005] osoby starszej [10006604].

Przedmiot: zdolność do przemieszczania się [10000204] – zdolność: poruszanie się i zmiana położenia ciała np. między jedną a drugą lokalizacją.

Interwencje:

- ewaluacja stanu domu przed rozpoczęciem opieki domowej [10041038] w trakcie wizyty domowej [10009082] przez pielęgniarkę [10013156] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie zdolności chodzenia [10038917] dokonywana przez pielęgniarkę [10013156] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie możliwości [10026040] rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013156] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie gotowości do uczenia się [10002781] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] dokonywane przez pielęgniarkę [10013156];
- ocenianie wiedzy [10033882] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- nauczanie o technikach przemieszczania się [10041489] z zastosowaniem materiału instruktażowego [10010395] ukierunkowane na osobę starszą [10006604] i rodzinę [10007554] prowadzone przez pielęgniarkę [10013156] i fizjoterapeutę [10024003];
- nauczanie o technice chodzenia [10037461] przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- wzmacnianie osiągnięć [10026427] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554];
- promowanie zdolności do samodzielnego przemieszczania się [10041157] osoby starszej [10006604] przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- transportowanie pacjenta [10020095] przez pielęgniarkę [10013156] i rodzinę [10007554] za pomocą urządzenia do transportu [10020082] z zapewnieniem dostępu do środków transportu [10041306];
- ocenianie ryzyka urazu podczas transportu [10030723] dokonywane przez pielęgniarkę [10013156] i dokumentowanie [10006173].

Diagnoza wynikowa: efektywna zdolność przemieszczania się [10028322].

Diagnoza pielęgniarska: ryzyko upadku [10015122] osoby starszej [10006604].

Przedmiot: upadek [10007512] – zdarzenie lub epizod.

Interwencje:

- ocenianie zdolności chodzenia [10038917] dokonywana przez pielęgniarkę [10013156] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie ryzyka upadku [10037442] dokonywane przez pielęgniarkę [10013156] z zastosowaniem skali oceny bezpieczeństwa (upadek [10007512]) i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie [10002673] wiedzy o środkach bezpieczeństwa [10021973] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527] dla osoby starszej [10006604] przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- zastosowanie urządzenia zabezpieczającego [10002472] przez osobę starszą [10006604];
- asystowanie w chodzeniu z wykorzystaniem urządzenia [10036520] przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- wzmacnianie umiejętności [10026188] nabytych przez osobę starszą [10006604] i rodzinę [10007554] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- promowanie chodzenia z wykorzystaniem urządzenia [10037636] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156].

Diagnoza wynikowa: bez upadku [10034704].

Diagnoza pielęgniarska: brak wiedzy o prewencji upadków [10040230] u osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554].

Przedmiot: wiedza o prewencji upadków [10039779] – wiedza.

Interwencje:

- ocenianie [10002673] wiedzy o prewencji upadków [10039779] dokonywane przez pielęgniarkę [10013156];
- ocenianie możliwości [10026040] dokonywane przez pielęgniarkę [10013156] i fizjoterapeutę [10024003];
- ocenianie gotowości do uczenia się [10002781] dokonywane przez pielęgniarkę [10013156];
- nauczanie profilaktyki upadków [10023406] prowadzone przez pielęgniarkę [10013156] i fizjoterapeutę [10024003] z dostarczaniem materiału instruktażowego [10024493];
- nauczanie opiekuna [10033086] prewencji upadków [10040187] przez pielęgniarkę [10013156] i fizjoterapeutę [10024003];
- nauczanie pacjenta [10033126] prewencji upadków [10040187] przez pielęgniarkę [10013156] i fizjoterapeutę [10024003];
- demonstrowanie prewencji upadków [100224710] przez pielęgniarkę [10013156] i fizjoterapeutę [10024003];
- dostarczenie wytycznych nt. zapobiegania [10026375] przez pielęgniarkę [10013156] i fizjoterapeutę [10024003];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] dokonywane przez pielęgniarkę [10013156] i fizjoterapeutę [10024003] oraz jej dokumentowanie [10006173];
- wzmacnianie osiągnięć [10026427] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] dokonywane przez pielęgniarkę [10013156] i fizjoterapeutę [10024003];
- wzmacnianie umiejętności [10026188] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] dokonywane przez pielęgniarkę [10013156] i fizjoterapeutę [10024003].

Diagnoza wynikowa: wiedza adekwatna [10027112].

Diagnoza pielęgniarska: ryzyko nietolerancji aktywności [10015011] przez osobę starszą [10006604].

Przedmiot: nietolerancja aktywności ruchowej [10000408] – zaburzony status: brak zdolności lub energii do kontynuowania lub zakończenia działań.

Interwencje:

- ocenianie tolerancji aktywności ruchowej [10037945] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156] oraz dokumentowanie [10006173];
- ocenianie możliwości [10026040] osoby starszej [10006604] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156] i dokumentowanie [10006173];
- monitorowanie tolerancji aktywności ruchowej [10036622] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156] oraz dokumentowanie [10006173];
- ocenianie gotowości do uczenia się [10002781] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] dokonywane przez pielęgniarkę [10013156];
- nauczanie o sposobie zwiększania tolerancji aktywności ruchowej [10024660] kierowane do rodziny [10007554] i prowadzone przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- nauczanie o ćwiczeniach [10024602] prowadzone przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- nauczanie o rehabilitacji [10033017] kierowane do osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] prowadzone przez fizjoterapeutę [10024003];
- nauczanie o ćwiczeniach [10040125] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] prowadzone przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- dostarczanie materiału instruktażowego [10024493] i materiału dydaktycznego [10011251] przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- ocenianie wiedzy [10033882] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- wzmacnianie osiągnięć [10026427] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- wzmacnianie umiejętności [10026188] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156];
- zarządzanie reżimem ćwiczeń [10023890] osoby starszej [10006604] dokonywane przez fizjoterapeutę [10024003] i pielęgniarkę [10013156].

Diagnoza wynikowa: tolerancja aktywności ruchowej [10024878].

Diagnoza pielęgniarska: ryzyko odleżyny [10027337] u osoby starszej [10006604].

Przedmiot: odleżyna [10015612] – wrzód: uszkodzenie, stan zapalny oraz bolesność skóry lub tkanki podskórnej, wywołana uciskiem na tkanki i niedostatecznym ukrwieniem.

Interwencje:

- ocenianie ryzyka odleżyny [10030710] przez pielęgniarkę [10013156] z zastosowaniem skali oceny bezpieczeństwa (odleżyna [10015612]) i jej dokumentowanie [10006173];
- prewencja odleżyn [10040224] z zastosowaniem materaca przeciwodleżynowego [10041560] i środków pomocniczych [10019157] u osoby starszej [10006604];
- uruchamianie [10012120] osoby starszej [10006604] przez zastosowanie urządzenia uruchamiającego [10012131] z zastosowaniem wiedzy o środkach bezpieczeństwa [10021973];
- higiena [10009285] osoby starszej [10006604] oraz zdolność do wykonywania czynności higienicznych [10000184] i samodzielnego utrzymywania higieny [10017769] przez osobę starszą [10006604];
- ocenianie [10002673] wzorca higieny [10009292] u osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013156];
- ocenianie [10002673] mycia się [10017846] i wzorca higieny [10009292] u osoby starszej [10006604];
- pielęgnacja skóry [10032757] osoby starszej [10006604] poprzez względną ocenę stanu [10026750] dokonywaną przez pielęgniarkę [10013156];
- ocenianie skóry [10041126] przez pielęgniarkę [10013156] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie gotowości do uczenia się [10002781] rodziny [10007554] dokonywane przez pielęgniarkę [10013156];
- ocenianie możliwości [10026040] rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013156] i dokumentowanie [10006173];
- nauczanie o prewencji odleżyn [10036861] rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013156] z zastosowaniem materiału dydaktycznego [10011251] i wiedzy o pielęgnowaniu rany [10011026];
- dostarczanie materiału instruktażowego [10024493] i materiału dydaktycznego [10011251] przez pielęgniarkę [10013156];
- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] rodziny [10007554] dokonywane przez pielęgniarkę [10013156] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie wiedzy [10033882] rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013156];
- wzmacnianie osiągnięć [10026427] rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013156];
- wzmacnianie umiejętności [10026188] rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013156].

Diagnoza wynikowa: bez odleżyny [10029065].

Diagnoza pielęgniarska: zaburzona zdolność do wykonywania czynności higienicznych [10000987] przez osobę starszą [10006604].

Przedmiot: zdolność do wykonywania czynności higienicznych [10000184] – zdolność: dbałość o utrzymanie estetycznego wyglądu i czystości ciała.

Interwencje:

- ewaluacja stanu domu przed rozpoczęciem opieki domowej [10041038] w trakcie wizyty domowej [10009082] przez pielęgniarkę [10013156] i dokumentowanie [10006173];
- ocenianie możliwości [10026040] przez pielęgniarkę [10013156] poprzez względną ocenę stanu [10026750];
- asystowanie przy czynnościach higienicznych [10023531] osoby starszej [10006604] zgodnie z wzorcem higieny [10009292] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013156];
- asystowanie w toalecie [10023531] osobie starszej [10006604] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013156];
- mycie [10020935] osoby starszej [10006604] zgodnie z wzorcem higieny [10009292] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013156];
- czesanie [10004640] osoby starszej [10006604] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013156];
- dbanie o estetyczny wygląd [10008528] osoby starszej [10006604] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013156];
- promowanie higieny [10032477] osoby starszej [10006604] przez pielęgniarkę [10013156];
- pielęgnacja jamy ustnej [10032184] zgodnie z wzorcem higieny jamy ustnej [10032204] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013156];
- pielęgnacja skóry [10032757] zgodnie z wzorcem higieny jamy ustnej [10032204] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013156];
- dostarczanie materiału instruktażowego [10024493] przez pielęgniarkę [10013156];
- ocenianie gotowości do uczenia się [10002781] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013156];
- nauczanie rodziny o wzorcu utrzymywania higieny [10038131] z wykorzystaniem materiałów dydaktycznych [10011251] przez pielęgniarkę [10013156];

- ocenianie reakcji na nauczanie [10024279] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013156];
- ocenianie wiedzy [10033882] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013156];
- wzmacnianie osiągnięć [10026427] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013156];
- wzmacnianie umiejętności [10026188] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013156].

Diagnoza wynikowa: zaburzona zdolność do wykonywania czynności higienicznych [10000987].

Diagnoza pielęgniarska: strach przed byciem ciężarem dla innych [10041671] ze strony osoby starszej [10006604].

Przedmiot: strach przed byciem ciężarem dla innych [10026594].

Interwencje:

- ocenianie strachu przed byciem ciężarem dla innych [10026254] przez pielęgniarkę [10013156];
- poradnictwo dotyczące strachu [10026208] przez pielęgniarkę [10013156];
- zapewnienie wsparcia duchowego [10027067] osobie starszej [10006604] adekwatnie do względnej oceny stanu [10026750] w postaci usługi religijnej [10016737];
- zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013156];
- zapewnienie wsparcia społecznego [10027046] przez dalszą rodzinę [10007410] i społeczność [10004733];
- promowanie wsparcia rodziny [10036078] przez pielęgniarkę [10013156] i społeczność [10004733];
- promowanie poczucia własnej wartości [10024455] u osoby starszej [10006604] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013156];
- ułatwianie możliwości wypełniania roli [10026277] członka rodziny [10007596] osobie starszej [10006604] przez rodzinę [10007554] i pielęgniarkę [10013156];
- promowanie samoopieki [10026347] u osoby starszej [10006604] przez pielęgniarkę [10013156] i rodzinę [10007554].

Diagnoza wynikowa: zmniejszający się strach [10027889].

Diagnoza pielęgniarska: ryzyko negatywnej jakości życia [10040945] osoby starszej [10006604].

Przedmiot: jakość życia [10040643] – status.

Interwencje:

- ocenianie jakości życia [10040658] osoby starszej [10006604] przez pielęgniarkę [10013156] za pomocą skal funkcjonalnych (ADL i IADL) i dokumentowanie [10006173];
- dostarczenie wsparcia duchowego [10027067] osobie starszej [10006604] adekwatnie do względnej oceny stanu [10026750] w postaci usługi religijnej [10016737];
- dostarczenie wsparcia emocjonalnego [10027051] osoby starszej [10006604] i rodzinie [10007554] adekwatnie do względnej oceny stanu [10026750] przez pielęgniarkę [10013156];
- dostarczenie wsparcia społecznego [10027046] przez społeczność lokalną [10004733], dalszą rodzinę [10007410] adekwatnie do względnej oceny stanu [10026750] przez pielęgniarkę [10013156];
- ocenianie wiedzy [10033882] osoby starszej [10006604] i rodziny [10007554] przez pielęgniarkę [10013156] i pracownika socjalnego [10024088] na temat roli pracownika socjalnego [10018468] i usługi pracownika socjalnego [10018475];
- nauczanie rodziny o pomocy społecznej [10036130] przez pracownika socjalnego [10024088].

Diagnoza wynikowa: pozytywna diagnoza i wynik [10016479].

Dyskusja

Przeprowadzenie zabiegu endoprotezowania jest jednym ze sposobów leczenia złamań szyjki kości udowej, do których dochodzi często wskutek upadków osób starszych.

Zdaniem Maciejuk-Płońskiej [10] złamania szyjki kości udowej niosą za sobą konsekwencje psychologiczne i społeczne. Osoby doświadczające urazu tracą swą niezależność, trudno jest im odnaleźć się w nowej rzeczywistości, często charakteryzują się obniżonym nastrojem i podwyższonym poziomem lęku. Podobne problemy wystąpiły u chorej będącej podmiotem studium przypadku prezentowanego w pracy. Lęk przed wystąpieniem ponownego upadku i obniżony nastrój spowodowany sytuacją życiową chorej były czynnikami ryzyka w procesie jej usprawniania. By nie opóźnić procesu rekonwalescencji, zastosowano szereg interwencji pielęgniarskich, mających na celu zmniejszenie lęku oraz poprawę nastroju.

Puzio i wsp. [9] podają, że przeprowadzenie zabiegu endoprotezoplastyki niesie ze sobą konsekwencje w postaci czasowego ograniczenia w wykonywaniu

czynności dnia codziennego. W pierwszym miesiącu po zabiegu pacjenci mają największe problemy w zakresie kontrolowania moczu i stolca, a także w wykonywaniu takiej czynności jak kąpanie się. Właśnie dlatego należy zwracać szczególną uwagę na konieczność włączania reedukacji podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego do programu usprawniania chorych po zabiegu endoprotezoplastyki.

Wnioski

Szczegółowa analiza przytoczonego powyżej opisu przypadku pozwala autorom stwierdzić, iż:

- u pacjentów w wieku geriatrycznym upadki są poważnym problemem społecznym z uwagi na ich powszechność i częstość powikłań;
- złamania szyjki kości udowej, jako jedno z powikłań upadków, znacznie upośledzają funkcjonowanie osób starszych;
- okres do miesiąca od przeprowadzenia zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego niesie za sobą szereg problemów natury fizycznej i psychicznej u pacjentów w wieku geriatrycznym;
- opiekę pielęgniarską nad pacjentem należy zaplanować poprzez sformułowanie odpowiednich diagnoz pielęgniarskich, opierając się na analizie dostępnej dokumentacji medycznej, wnikliwej obserwacji stanu zdrowia i potrzeb pacjenta oraz wywiadzie z podopiecznym i członkami najbliższej rodziny;
- w opiece pooperacyjnej nad pacjentem w środowisku domowym należy podjąć działania mające na celu zapobieganie wystąpieniu powikłań pooperacyjnych, niwelowanie zaistniałych problemów natury fizycznej i psychicznej oraz przygotowanie do samoopieki;
- przygotowanie do samoopieki obejmuje edukację podopiecznych i członków najbliższej rodziny w zakresie zachowań zdrowotnych mających na celu utrzymanie zdrowia i szybki powrót do aktywności życiowej.

Piśmiennictwo

1. Słowiński K. Złamania kości. W: Noszczyk W (red.). Chirurgia. T. 1. Warszawa: PZWL; 2005. 5–12.
2. Pozowski A. Alloplastyka stawu biodrowego. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne; 2011. 13–19.
3. Bączyk G, Kapała W. Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed- i pooperacyjnym w chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2012. 37–49.
4. Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M, Skolmowska E. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Warszawa: PZWL; 2015. 46–48.
5. Kilańska D. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) – aktualny stan na świecie i etap prac przygotowawczych do wdrożenia w Polsce. Probl Piel. 2009; 17(3): 235–245.
6. Lenartowicz H, Kózka M. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Warszawa: PZWL; 2010. 34–41.
7. Lesińska-Sawicka M. Metoda Case Study w pielęgniarstwie. Warszawa: Borgis Wydawnictwo Medyczne; 2009. 23–29.
8. Borowiak E, Kostka T. Analiza sprawności funkcjonalnej osoby w starszym wieku. Rola pielęgniarki w zespole terapeutycznym. W: Wieczorowska-Tobis K, Talarska D (red.). Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Warszawa: PZWL; 2014. 99–115.
9. Puzio G, Stopa A, Szczygielska-Babiuch A et al. Ocena podstawowych i złożonych czynności życia codziennego pacjentów geriatrycznych po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Post Rehabil. 2014; 28(4): 13–20.
10. Maciejuk-Płońska A, Nasiłowska-Barud A, Kostecka P et al. Psychologiczne aspekty rehabilitacji osób starszych po złamaniu szyjki kości udowej. Pol Merk Lek. 2012; 32(187): 79–81.

Artykuł przyjęty do redakcji: 12.01.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 09.06.2017

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

Adres do korespondencji:
Lucyna Sochocka
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
tel.: 77 442 35 40
e-mail: l-sochocka@wp.pl
Wydział Pielęgniarstwa
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

RECENZJA KSIĄŻKI „A NIECH SIĘ BRUDZĄ! NOWY SPOSÓB NA ZDROWIE TWOJEGO DZIECKA" (AUTORZY: R. BRETT FINLAY, MARIE-CLAIRE ARRIETA)

THE REVIEW OF THE BOOK 'LET THEM EAT DIRT: SAVING YOUR CHILD FROM AN OVERSANITIZED WORLD' (AUTHORS: R. BRETT FINLAY, MARIE-CLAIRE ARRIETA)

Dorota Irena Prędkiewicz

studia doktoranckie z pedagogiki, Wydział Nauk Pedagogicznych
Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.16

Kiedy przychodzi na świat dziecko, następuje totalna reorganizacja naszego życia, zmieniają się priorytety i sposób myślenia. Chcemy zapewnić maluchowi wszystko to, co najlepsze, aby jego rozwój przebiegał harmonijnie, bez zakłóceń i zbędnych niespodzianek. Młodzi rodzice zasypywani są poradnikami odnośnie pielęgnacji, rozwoju i wychowywania. Dobrą radą służą dziadkowie (czy zawsze najlepszą?), przyjaciele, znajomi. Często my – rodzice – poddajemy się ślepo panującym trendom, popadając ze skrajności w skrajność. Przykład: życie ekologiczne oczywiście w granicach rozsądku jest dobre, ale z chwilą, kiedy ekologia „decyduje" o życiu i zdrowiu malucha (odmowa podania dziecku witaminy K po porodzie, szczepień czy niedostarczanie właściwych witamin, mikroelementów w pożywieniu zgodnie z obowiązującym kalendarzem żywienia), jest wręcz zagrożeniem dla dziecka. Kolejną kroplą w morzu i kwestią sporną jest nasz stosunek do czystości. Pozwalać do woli brudzić się naszym dzieciom? Co zrobić ze smoczkiem, który upadł na ziemię? Czy kontakt ze zwierzętami jest dobry? No i kwestia wszechobecnych mikrobów: pomagają nam czy szkodzą? Na te pytania stara się odpowiedzieć wielu naukowców na całym świecie. Co ustalono? Odkrycia Pasteura, Listera, Cohna czy Kocha dowiodły, że chorób można uniknąć przez niedopuszczanie do kontaktu z mikrobami i masowe ich zabijanie. Jednak 200 lat później odkryto, że dążąc do nadmiernej czystości, zabijamy więcej mikrobów, niż jest to konieczne. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje pojęcie higieny jako „warunki i praktyki, które sprzyjają zachowaniu zdrowia i zapobiegają rozprzestrzenianiu się chorób" [1]. Jednak współczesne społeczeństwa zachodnie doprowadziły dbałość o higienę do całkowitej skrajności. Czystość stała się bardziej obrzędem kulturowym niż potrzebą. Natomiast jej nadużywanie paradoksalnie doprowadziło do większej podatności na choroby cywilizacyjne (alergie, astma, zespół nadwrażliwości jelita grubego, autyzm, ADHD). Dr David Strachan (epidemiolog z Londynu) wysunął hipotezę, iż brak kontaktu z bakteriami i pasożytami w dzieciństwie hamuje prawidłowy rozwój układu odpornościowego i powoduje alergie (tzw. hipoteza higieniczna).

Naukowcy dr Brett Finlay, mikrobiolog i badacz mikrobiomu University of British Columbia w Kanadzie, oraz dr Marie-Claire Arrieta, mikrobiolog University of Clgary w Kanadzie, prowadzą badania nad rolą mikroflory w infekcjach, astmie czy niedożywieniu. Napisali wiele publikacji i artykułów w najważniejszych czasopismach naukowych (np.: „Gastroenterology", „Proceedings of the National Academy of Sciences"). Finlay i Arrieta są także autorami książki „A niech się brudzą! Nowy sposób na zdrowie twojego dziecka". Autorzy w swojej monografii w sposób zadziwiający, lecz poparty badaniami naukowymi udzielają porad, w jaki sposób dbać o odporność, zdrowie i rozwój psychomotoryczny naszych pociech. Całość podzielona jest na trzy zasadnicze części – pierwsza: „Mamy w sobie więcej z mikrobów niż z ludzi", druga: „Dbanie o dzieci i ich mikroby", trzecia: „Szkody uboczne". Pomimo takiego podziału treść jest spójna, jedno wynika z drugiego. Na szczególną uwagę zasługuje druga część monografii. Nie sposób mieć odmienne zdanie niż autorzy na temat nadużywania antybiotyków (w czasie ciąży, podczas porodu lub tuż przed nim – profilaktycznie! – w czasie zakażeń wirusowych). Oczywiście nie można odbierać antybiotykom ich zasług. Wynalezienie antybiotyków to ogromny przełom dla ludzkości. Choroby, które zbierały śmiertelne żniwo, dzięki antybiotykom stały się uleczalne, poprawiły stan zdrowia, ale również przyczyniły się do długowieczności społeczeństw. Jednak jak we wszystkim obowiązuje umiar. Przykład: sprawą dyskusyjną jest stosowanie antybiotyków u dzieci z zapale-

niem ucha. Holenderscy uczeni przeprowadzili badania, z których wynika, że na siedmioro dzieci przechodzących zapalenie ucha środkowego (leczonych antybiotykiem) tylko jedno odnosi korzyść z takiego postępowania. Zapalenie ucha poprzedza zazwyczaj zakażenie górnych dróg oddechowych (najczęściej wirusowe). Obecnie większość organizacji pediatrycznych opracowała wytyczne w postępowaniu w zapaleniu ucha środkowego, zalecając ostrożność w stosowaniu antybiotyków. Autorzy przestrzegają przed nadmiernym stosowaniem antybiotyków, które bezlitośnie zabijają nie tylko złe mikroby, ale i te dobroczynne (z greckiego: *anti* – „przeciw", *bioticos* – „związany z życiem", dosłownie „przeciw życiu"). Niewątpliwie z całą pewnością można się zgodzić z autorami w wielu kwestiach. Dotyczy to samego porodu (różnice w mikrobiocie noworodka urodzonego w sposób naturalny a urodzonego przez cięcie cesarskie), nadużywania antybiotyków, co w konsekwencji powoduje wiele skutków ubocznych, konieczności szczepienia dzieci, podawania witaminy D, która stanowi element regulujący mikrobiotę dziecka itd. Jednak w sposób bardzo krytyczny odnoszę się do kilku opisywanych przez Finlaya i Arrietę kwestii. Po pierwsze: „zaszczepianie" (proceder coraz bardziej popularny na całym świecie, także w Polsce) dziecka urodzonego przez cięcie cesarskie wydzielinami pochwowymi mamy zaraz po porodzie. Rzecz polega na tym, że kawałek sterylnej gazy wkładany jest do pochwy matki, następnie chowany do sterylnego naczynia, a zaraz po porodzie wnętrze jamy ustnej i skóra dziecka zostają nim wytarte. Sposób zaiste wielce niekonwencjonalny i budzący wręcz uczucie obrzydzenia (dobrze, że maluch tego nie pamięta). Dr Maria Dominguez-Bello z Uniwersytetu Nowojorskiego dowodzi skuteczności powyższej metody. Należy jednak zadać zasadnicze pytanie: czy „zaszczepianie" mikrobiotą pochwową matki jest bezpieczne dla dziecka? Po drugie: autorzy rozważają sytuację, w której dziecko opuszcza na ziemię smoczek. Co lepsze? Umycie brudnego smoczka w czystej, przegotowanej wodzie czy oblizanie go przez rodzica? Finlay i Arrieta popierają tę drugą opcję. Powołują się na szwedzkich naukowców, którzy na podstawie swoich badań doszli do wniosku, że dzieląc się z dzieckiem mikrobami z własnej jamy ustnej, rodzice wzmacniają układ odpornościowy dziecka (mniejsze ryzyko alergii). Właściwie to można przyjąć taką argumentację, ale czy pewnych obaw nie powinno budzić ryzyko przekazania dziecku przez rodziców bakterii wywołujących próchnicę? Po trzecie: obcowanie z naturą, ze zwierzętami jest wielce dobroczynne dla dziecka (wzmacnia układ odpornościowy, znacznie obniża ryzyko alergii, astmy – zgoda), ale istnieją jakieś granice rozsądku! Opis (za pełną aprobatą autorów) 5-letniego dziecka, które umorusane po czubek głowy tym wszystkim, co można znaleźć na farmie, i konsumującego odchody kurze (prawdopodobnie w celach poznawczych), nie wywołuje u racjonalnie myślącego czytelnika uśmiechu, lecz obawę o zdrowie tego dziecka.

Książka napisana jest prostym, zrozumiałym językiem (pomimo trudnych zagadnień z dziedziny mikrobiologii). Dużym plusem monografii są prawdziwe historie rodzin, które borykają się z problemami zdrowotnymi dzieci (kolki, alergie, astma, autyzm itp.), dzieląc się swoimi doświadczeniami. To opowieść o świecie mikrobów, którego jesteśmy nierozłączną częścią. Walka z nimi nie wróży nic dobrego, „...a nasze dążenie do wybicia w pień mikrobów może mieć poważne konsekwencje dla przyszłych pokoleń. Kto by pomyślał, że być może będziemy musieli wpisać bakcyle na listę gatunków zagrożonych?" (dr Martin Blaser) [2].

Lektura książki daje nowe, wręcz zadziwiająco rewolucyjne spojrzenie na problem czystości i higieny, wzmacniania naturalnej odporności i zdrowia oraz wspierania prawidłowego rozwoju dziecka od chwili poczęcia, poprzez okres ciąży i porodu, aż po pierwsze lata życia dziecka. Uważam, że publikacja, dostarczając nowych treści, wzbogaconych o dane z badań własnych autorów oraz ich obserwacji, stanowi cenny wkład w dziedzinę.

Piśmiennictwo

1. Finlay RB, Arrieta MC. A niech się brudzą! Nowy sposób na zdrowie twojego dziecka. Łódź: Feeria; 2017. 168–334.
2. Finlay RB, Arrieta MC. A niech się brudzą! Nowy sposób na zdrowie twojego dziecka. Łódź: Feeria; 2017. 144–334.

Adres do korespondencji:
Dorota Irena Prędkiewicz
ul. Strzegomska 55
53-611 Wrocław
tel. kom.: 668 485 278
e-mail: stado5predki@op.pl
studia doktoranckie z pedagogiki, Wydział Nauk Pedagogicznych
Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Katedra Żywienia Klinicznego GUMed
Zakład Propedeutyki Onkologii GUMed
Oddział Chirurgii Onkologicznej
Gdyńskiego Centrum Onkologii,
Szpital Morski w Gdyni

zapraszają na

X Jubileuszową Konferencję Naukowo-Szkoleniową
„Nowe trendy żywienia w chorobach przewlekłych"

Konferencja odbędzie się 21 kwietnia 2018 r. w Gdyni

Rejestracja i szczegółowy program są dostępne na stronie:
http://konferencjagdynia.pl

Już po raz dziesiąty serdecznie zapraszamy wszystkich zainteresowanych problemami współczesnej terapii żywieniowej do Gdyni. W 2018 roku spotkanie będzie dotyczyć problemów terapii żywieniowej w chorobach przewlekłych, roli mikrobiomu oraz nowych zaleceń w żywieniu klinicznym

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

II Międzynarodowa
Konferencja Naukowa
Tarnów, 26–27 października 2018 r.

CZŁOWIEK W ZDROWIU I CHOROBIE – PROMOCJA ZDROWIA, PIELĘGNOWANIE I REHABILITACJA

Szanowni Państwo,

Instytut Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie zaprasza do udziału w II Międzynarodowej Konferencji Naukowej pod hasłem „Człowiek w zdrowiu i chorobie – promocja zdrowia, pielęgnowanie i rehabilitacja". Zaproszenie kierujemy do wszystkich, którym leży na sercu dbałość o zdrowie i kondycję fizyczną dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych.
Celem Konferencji jest wymiana poglądów oraz doświadczeń na temat profesjonalnej opieki nad człowiekiem zdrowym i chorym

Planowane sesje tematyczne obejmą zagadnienia związane z:

I. **Edukacją prozdrowotną w trosce o poprawę jakości życia pacjenta**
II. **Wsparciem osób z obniżoną sprawnością w dążeniu do niezależności życiowej**
III. **Pielęgnowaniem i rehabilitacją w chorobach wieku rozwojowego**
IV. **Aktywnością fizyczną, jako niezbędnym elementem prawidłowego rozwoju i zdrowia**
V. Varia

Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółowymi informacjami na stronie:
www.pwsztar.edu.pl/konferencja_ioz

Komitet organizacyjny

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Recenzenci Piel. Pol. w roku 2017

dr hab. Agnieszka Bień, Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
dr Aleksandra Gutysz-Wojnicka, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (Polska)
dr Tomasz Guzel, Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Renata Jabłońska, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu (Polska)
dr Mariusz Jaworski, Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Bożena Kulesza-Brończyk, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)
dr Anna Majda, Uniwersytet Jagielloński (Polska)
dr Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska, Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Mariusz Panczyk, Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Małgorzata Posłuszna-Lamperska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Dorota Rębak, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
dr Bogusław Stelcer, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Magda Strugała, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Barbara Tamowicz, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Joanna Zdanowska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Jakub Żurawski, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW

WSTĘP

Informacje dla autorów
„Pielęgniarstwo Polskie" jest kwartalnikiem. Zamieszcza recenzowane prace oryginalne, poglądowe i kazuistyczne oraz recenzje książek, sprawozdania ze zjazdów naukowych, notatki kronikarskie, wspomnienia pośmiertne itp. napisane w języku polskim oraz angielskim. Czasopismo ukazuje się w papierowej wersji pierwotnej oraz w wersji elektronicznej w systemie open-access na stronie internetowej http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl/. Siedziba redakcji czasopisma mieści się w Katedrze Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, ul. Mariana Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań.

Zgłoszenia prac
Prace należy przesyłać drogą elektroniczną poprzez internetowy system redakcyjny przetwarzania prac „Open Journal Systems" (OJS), dostępny w zakładce „zgłaszanie manuskryptów on-line". Pracę należy wprowadzić do systemu zgodnie z instrukcją, po uprzednim zalogowaniu się lub zarejestrowaniu – w przypadku braku swojego konta w systemie. W procesie zgłaszania pracy w systemie OJS należy pamiętać o wprowadzeniu danych:
– imię i nazwisko wszystkich autorów z afiliacją (skorzystać z opcji „dodać autora"),
– skan wypełnionego druku **Oświadczenia autorów** w pliku pomocniczym systemu edytorskiego. Wzór oświadczenia dostępny jest na: oswiadczenie.doc,
– adres autora, do którego będzie kierowana korespondencja. Adres należy wpisać wyłącznie w biogramie pod afiliacją wybranego autora. Należy podać: imię i nazwisko, pełny adres (ulica, kod, miejscowość), numer telefonu (służbowy), e-mail, afiliację autora.

Przygotowanie manuskryptu
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 sformatowania, tj. bez twardych spacji, znaków końca linii, przy użyciu tzw. miękkich enterów. Powinien być wyjustowany (wyrównany do lewego i prawego marginesu). Należy pisać zwykłą czcionką w kolorze jednolicie czarnym (dopuszcza się wytłuszczenie tytułów i podtytułów), bez wyróżnień dużymi literami, bez rozstrzelania, podkreśleń linią ciągłą itp. W liczbach miejsca dziesiętne należy oddzielać przecinkami (nie kropkami). Akapity należy rozpoczynać wcięciem przy użyciu odpowiedniego polecenia w edytorze tekstu (bez używania tzw. enterów). Przed zapisem z tekstu należy usunąć wszystkie zaznaczenia używane podczas redagowania tekstu w edytorze. Prace w języku angielskim powinny być napisane poprawną angielszczyzną. Plik należy zapisać w formacie: DOC lub DOCX. Kolejne strony należy ponumerować, zaczynając od strony tytułowej.
Praca powinna zawierać, w kolejności:
– stronę tytułową,
– streszczenie w języku polskim i angielskim,
– słowa kluczowe w języku polskim i angielskim,
– manuskrypt wraz z tabelami, rycinami, fotografiami,
– piśmiennictwo wg stylu Vancouver,
– informację o źródłach finansowania i konflikcie interesów.

Strona tytułowa
Zawiera tytuł pracy w języku polskim i angielskim. W tytule nie należy zamieszczać skrótów. Prosimy o niepodawanie danych dotyczących nazwisk autorów i ich afiliacji ze względu na anonimowość recenzji.

Strona druga
Zawiera streszczenie w języku polskim i angielskim. **Streszczenie** w pracach oryginalnych powinno mieć charakter struk-

GUIDANCE FOR AUTHORS

INTRODUCTION

Information for authors
'Pielęgniarstwo Polskie' ('Polish Nursing') is a quarterly. It prints reviewed original research, opinion articles and case studies, book reviews, conference reports, notes on events, obituaries, etc. in both Polish and English. 'Pielęgniarstwo Polskie' ('Polish Nursing') is published in the open-access on the following website: http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl/. The editorial office is located in the Chair of Nursing, Poznan University of Medical Sciences, Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznan.

Paper submission
Papers should be submitted electronically via the editorial journal processing system 'Open Journal Systems' (OJS), available in 'submission of manuscripts on-line'. The paper should be entered into the system in accordance with the instructions, after logging in or registering if you are new to the system. When submitting papers in the OJS be sure to enter the following data:
– all authors' first names and surnames with affiliation (use the option 'add the author'),
– the completed scanned form of **Authors' declarations** in the auxiliary file of the editorial system. The model declaration is available on: oswiadczenie.doc,
– the corresponding author's address. The address should be entered only in the biographical note under the affiliation of the author in question. Please provide: name, full address (street, post code, town), office telephone number, e-mail address, author's affiliation.

Manuscript preparation
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). It should be justified (balanced to the left and right-hand margins). One should write with an ordinary font in black exclusively (greased titles and subtitles are possible), without upper case distinctions, spacing out or underlining with the solid line, etc. In numbers, decimals should be separated by commas (not dots). Paragraphs should begin indented using the appropriate commands in a text editor (without using the so-called breaks between). Before saving, one must remove all selections used when editing the text. Papers in English should be written in the correct English language. The file should be saved in the format: DOC or DOCX. Pages should be numbered, starting with the title page.
The paper should include, in order:
– title page,
– abstract in Polish and English,
– key words in Polish and English,
– manuscript with tables, figures and photographs,
– literature prepared in accordance with the Vancouver style,
– information on sources of funding and conflict of interest.

Title page
It includes the paper title in Polish and in English. The title should not contain abbreviations. Please, do not include authors' names and affiliations due to review anonymity.

Second page:
It contains abstracts in Polish and in English. **The abstract** of original papers should be structural – it should contain: **Intro-**

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

turalny – zawierać: **Wstęp**, **Cel**, **Materiał i metody**, **Wyniki**, **Wnioski**; w przypadku prac kazuistycznych – **Wprowadzenie**, **Cel**, **Opis przypadku**, **Wnioski**; w przypadku prac poglądowych – **Wstęp**, **Podsumowanie kolejnych rozdziałów**, **Podsumowanie/Wnioski**. Streszczenie (w języku polskim oraz angielskim) powinno zawierać nie więcej niż 250 słów.
Należy unikać skrótów, a w przypadku ich użycia podać wyjaśnienie przy pierwszym zastosowaniu.
Pod streszczeniem należy umieścić słowa kluczowe – nie więcej niż pięć w języku polskim i angielskim, spośród wymienionych w Medical Subject Headings (MeSH).

Strona trzecia i kolejne
Powinny zawierać zasadniczy tekst pracy.

PRACA ORYGINALNA

Praca w tej kategorii przedstawia wyniki oryginalnych badań przeprowadzonych w dziedzinach zgodnych z obszarem zainteresowań czasopisma (zob. Wstęp). Konstrukcja tekstu powinna być następująca:
Wprowadzenie powinno zawierać syntetycznie ujętą podstawę teoretyczną i empiryczną badania wraz z jego uzasadnieniem, bez szczegółowego, obszernego przeglądu literatury i wcześniejszych badań.
Cel pracy powinien być jasno określony i nawiązywać do informacji podanych we **Wprowadzeniu**.
Materiał – opis powinien być na tyle szczegółowy, aby możliwa była replikacja badania.
Metody – opis powinien być na tyle szczegółowy, aby możliwa była replikacja badania. W przypadku stosowania wcześniej opublikowanych metod i narzędzi badawczych należy podać stosowne przypisy bibliograficzne.
Wyniki powinny być przedstawione w sposób jasny i zwięzły, bez szczegółowego powtarzania informacji zawartych w tabelach i rycinach.
Dyskusja powinna podkreślać znacznie wyników badań własnych w kontekście literatury przedmiotu. Nie powinna powtarzać wyników ani zastępować przeglądu piśmiennictwa.
Wnioski powinny mieć uzasadnienie w przeprowadzonym badaniu.

Tekst pracy nie powinien przekraczać 6 tys. słów, tj. ok. 12–15 stron (łącznie z tabelami, rycinami i **Piśmiennictwem**). **Piśmiennictwo** nie powinno przekraczać 25 pozycji. Należy podać informację o zgodzie właściwej komisji bioetycznej na przeprowadzenie badania (w części **Materiał** lub **Metody**).

PRACA POGLĄDOWA

Prace w tej kategorii dotyczą przeglądu wiedzy na temat ważnych zagadnień, istotnych odkryć w zakresie pielęgniarstwa i dziedzinach pokrewnych. Układ publikacji poglądowej różni się od publikacji oryginalnej brakiem opisu przeprowadzonych badań, a zamiast dyskusji wyników zawiera kolejne rozdziały stanowiące główną część pracy (np. zestawione z sobą wnioski z innych publikacji). Zalecany jest podział tekstu na rozdziały opatrzone zwięzłymi tytułami i/lub śródtytułami. **Podsumowanie/Wnioski** zawierają własne przemyślenia wynikające z przeprowadzonego przeglądu piśmiennictwa opisanego w poszczególnych rozdziałach pracy. Objętość pracy nie może przekraczać 6 tys. słów, tj. ok. 12–15 stron (łącznie z **Piśmiennictwem**). **Piśmiennictwo** nie powinno przekraczać 40 pozycji.

PRACA KAZUISTYCZNA

Praca kazuistyczna opisuje jeden lub więcej interesujących, rzadkich przypadków. Praca powinna mieć następujący układ: **Wprowadzenie**, **Opis przypadku**, **Dyskusja**. Objętość nie może przekraczać 2,5 tys. słów, tj. ok. 3–4 stron (łącznie z **Piśmiennictwem**).

duction, **Aim**, **Material and methods**, **Results and conclusions**; in case studies – **Introduction**, **Aim**, **Case**, **Conclusions**; in review papers – **Introduction**, **Summary of each chapter**, **Summary/Conclusions**. The abstract (in Polish and English) should contain no more than 250 words.
Abbreviations should be avoided, and when used, the explanation of the first application should be given.
Under the abstract key words should be included – not more than 5 in Polish and English, from among those listed in the Medical Subject Headings (MeSH).

Third and next pages
They should contain the main text of the paper.

ORIGINAL PAPER

The original paper presents results of original investigations conducted in the field of nursery and medicine in general (see Introduction). The paper should be divided into:
Introduction – it should contain a synthetically recognized theoretical and empirical framework of the research along with its justification, without a detailed, comprehensive literature review and previous studies.
Aim – it should be clearly defined and should refer to the information included in the Introduction
Material – the description should be sufficiently detailed to allow for the study replication
Methods – the description should be sufficiently detailed to allow for the study replication. When using previously published methods and research tools, provide the appropriate bibliographical references.
Results – they should be presented in a clear and concise way, without a detailed repetition of the information contained in tables and figures.
Discussion – it should emphasize the importance of one's own research results in the context of literature. It should not repeat results or replace the literature review.
Conclusions – they should be justified in the research carried out.

The text should not exceed 6000 words, i.e. about 12–15 pages (including tables, figures and **References**). **References** should not exceed 25 items. Please provide information on the approval of conducting the research by the relevant bioethics committee (in Material or Methods).

OPINION ARTICLE

Opinion articles concern fundamental findings in the field of nursery and medicine in general. The opinion article structure is different from the original paper in the lack of the conducted study description and, instead of Discussion, it contains subsequent chapters constituting the main part of the paper (e.g. summarized conclusions from other publications). It is recommended to divide the text into chapters with concise titles and/or subtitles. **Summary/Conclusions** contain authors' own reflections resulting from the literature review, as described in separate chapters of the paper. The text should not exceed 6000 words, i.e. about 15–20 pages (including **References**).

CASE STUDY

The case study presents one or more interesting rare cases or clinical conditions. The paper should be divided into: **Introduction**, **Case description** and **Discussion**. The text should not exceed 2500 words, i.e. about 3–4 pages (including **References**).

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

PODSUMOWANIA ZJAZDÓW I INNE TEKSTY INFORMACYJNE (por. Wstęp)

Artykuły w tej kategorii nie powinny przekraczać 1–1,5 tys. słów (2 strony).

PIŚMIENNICTWO

Piśmiennictwo powinno być napisane na oddzielnej stronie, wg standardu Vancouver. Należy podawać tylko pozycje związane z tematem pracy i uwzględnione w tekście manuskryptu. Cytowania powinny być numerowane w kolejności ich występowania w tekście i powinny być oznaczane cyframi arabskimi w nawiasach kwadratowych. W spisie piśmiennictwa każda kolejna pozycja powinna być pisana od nowego wiersza i poprzedzona numerem. Należy przestrzegać jednolitej interpunkcji wg wzorów:

W przypadku źródeł 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, numer strony pierwszej i ostatniej. Nie należy podawać źródeł: „w druku", „w przygotowaniu", „informacja ustna".
Przykład:
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, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej.
Przykład:
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.
Przykład:
3. Pawlak P. Życie i umieranie. W: Malinowski A (red.). Gerontologia. Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania materiału elektronicznego (Internetu) należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, pełny adres strony internetowej oraz datę dostępu (datę wejścia).

TABELE

Tabele należy wykonać w programie Word dla Windows. Powinny być w formie edytowalnej, z ograniczeniem linii wertykalnych. Tabele powinny być oznaczone numerami arabskimi, z użyciem pełnego wyrazu **Tabela**, a nie skrótu tab. (np. Tabela 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny znajdować się nad tabelami. Tekst w tabeli powinien być napisany czcionką Arial Narrow CE wielkości 10 pkt. Szerokość tabeli nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm. Wnętrze tabeli powinno zawierać również wersję angielską. Liczba tabel powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

RYCINY

Wykresy należy wykonać w programie Word dla Windows lub Excel. Ilustracje należy zapisać w formacie TIF lub JPG . Ryciny należy podpisywać w języku polskim i angielskim z użyciem numeracji arabskiej, bez używania skrótu ryc. (czyli np. Rycina 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny być napisane w programie Word, edytowalne i powinny znajdować się pod rycinami. Liczba rycin powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

CONFERENCE REPORTS AND OTHER INFORMATION TEXTS (compare Introduction)

The text should not exceed 1000–1500 words (2 pages).

REFERENCES

Literature should be presented on a separate sheet of paper using the Vancouver style. Only references related to the topic of the paper should be included in the text of the manuscript. Quotations should be numbered according to their appearance in the text and marked using Arabic numerals in square brackets. Each new item in the list of references should be written in a new line, preceded by a number. Homogeneous punctuation should be respected as follows:

The sequence for a journal article should be the following: authors' names and first names, paper title, journal title abbreviated as in the MedLine database (always ended up with a dot), year of publication, volume number, first and last page numbers. One should not include references: 'in print', 'to appear soon', 'oral information'.
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: authors' names and first letters of their first names, book title, place and edition of publication, year of publication, first and last page numbers.
Example:
2. Pawlak P. Życie i umieranie. Warszawa: PWN; 2007.12–32.

The sequence for the book chapters should be as follows: chapter authors' names and first letters of their first names, chapter title, book title, book authors, place and edition of publication, year of publication, chapter first and last page numbers.
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: authors' names and first letters of their first names, paper title, full address of the website, access date.

TABLES

Tables should be prepared in Word for Windows. They should be in the editable form, limiting vertical lines. All tables should be numbered using Arabic numerals and a full word 'TABLE', not an abbreviation 'tab.' (e.g. Table 5). The titles in both Polish and English should be placed above tables. The text in the table should be written in 10-point *Arial Narrow CE* font. The width of the table should not exceed 8 cm or 16 cm. The interior of the table should also include the English version. The number of tables should be limited to the necessary minimum.

FIGURES

Charts should be prepared in Word for Windows or Excel. Illustrations must be saved in JPG or TIF format. Figures should be provided with Polish and English captions and numbered using Arabic numerals, with no abbreviation 'fig.' (e.g. Figure 5). Titles in Polish and English should be written in Word, they should be editable and should be placed under figures. The number of figures should be limited to the necessary minimum.

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

OŚWIADCZENIE AUTORÓW

Do każdej pracy należy dołączyć oświadczenie autorów, że praca nie była drukowana wcześniej w innym czasopiśmie. 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 polegał na opracowaniu koncepcji, założeń, metod, protokołu itp. Autorzy są także proszeni o podanie źródeł finansowania badań, których wyniki są prezentowane w nadsyłanej pracy. Załączone do pracy oświadczenie powinno być podpisane przez wszystkich autorów zgłaszanej pracy.

SKRÓTY

Skróty należy objaśniać przy pierwszym wystąpieniu, umieszczając je w nawiasie po pełnym tekście. Należy sprawdzić poprawność użytych skrótów. 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 przesłać ją do recenzji zewnętrznej. Podwójnie anonimowy system recenzowania 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 się do recenzji w ciągu 30 dni**. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawienia usterek 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.

AUTHORS' DECLARATIONS

Each manuscript should be accompanied by authors' declarations that the paper has never before been published in any other journal. 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 to manuscript preparation. The information has to be qualitative in character, i.e. the authors should state whether their work included preparation of the 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. The declaration, attached to the manuscript, should be signed by all authors of a submitted paper.

ABBREVIATIONS

Abbreviations must be defined in full along with their first appearance in the text. They should be placed in brackets after a full 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 Chief Editor or a member of the Academic Council. The manuscripts may be turned down or reviewed further by two reviewers who do not know authors' names or the name of authors' institutions. On receiving the reviews, the Chief Editor decides whether the manuscript should be published, published after slight corrections, published after essential corrections or rejected. Authors receive remarks on the paper regardless of the decision made. If the manuscript is to be published after corrections, **authors are required to express their opinion on reviews 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.