

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



Wydział Nauk o Zdrowiu
Faculty of Health Sciences



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

KWARTALNIK / QUARTERLY

**Nr 2 (68)
6/2018**

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 Błazejczak

Korekta tekstów w j. ang./Language editor:

Agata Dolacińska-Środa

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. 8,1. Ark. druk. 12,3.

Format A4. Zam. nr 98/18.

Druk ukończono w czerwcu 2018.



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

dr hab. Grażyna Bączyk

prof. Merita Berisha

mgr Regina Bisikiewicz

prof. Antonio Cicchella

prof. Susumu Eguchi

dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska

dr Barbara Grabowska-Fudala

dr hab. Elżbieta Grochans

dr Aleksandra Gutysz-Wojnicka

prof. Lotte Kaba-Schönstein

doc. Helena Kadučáková

mag. Karin Klas

prof. Christina Koehlen

dr hab. Maria Kózka

dr Halyna Krytska

dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota

dr hab. Joanna Lewko

prof. Mária Machalová

dr hab. Ludmiła Marcinowicz

prof. dr hab. Ewa Mojs

dr Jana Nemcová

prof. dr hab. Grażyna Nowak-Starz

dr hab. Beata Pięta prof. UM

prof. Hildebrand Ptak

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk

Silvia Scelsi

prof. dr hab. Maria T. Szewczyk

prof. dr hab. Arkadii Shulhai

dr hab. Robert Ślusarz

dr Dorota Talarska

dr hab. Monika Urbaniak prof. UM

dr Frans Vergeer

dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka

dr Katarína Žiaková

LUISS Guido Carli di Roma (Włochy)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

University of Prishtina (Kosowo)

European Association of Service Providers for
Persons with Disabilities (EASPD)

University of Bologna (Włochy)

Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University
(Japonia)

Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Pomorski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (Polska)

Hochschule Esslingen (Niemcy)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)

Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, IMC FH Krems (Austria)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)

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

Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

Prešovská Univerzita (Słowacja)

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

Comenius University im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (Polska)

Vice president of Aniasi, Director of nursing and health professions department,
Children's Hospital "G. Gaslini" Genoa (Włochy)

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)

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

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Fontys Hogescholen (Holandia)

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

ADRES REDAKCJI

Pielęgniarstwo Polskie

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań

tel.: 61 861 22 67, fax: 61 861 22 66

e-mail: pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

REDAKTORZY TEMATYCZNI

mgr Katarzyna Gołębiowska
dr Katarzyna Plagens-Rotman
dr Joanna Stanisławska
mgr Renata Szpalik

REDAKTOR STATYSTYCZNY

dr inż. Renata Rasińska

LISTA RECENZENTÓW

dr Agnieszka Bańkowska
dr hab. Grażyna Bączyk
dr Benedykt Bober
prof. Antonio Cicchella
dr Justyna Cwajda-Białasik
dr Józefa Czarnecka
dr Grażyna Czerwiak
dr hab. Joanna Gotlib
dr Grażyna Iwanowicz-Palus
doc. Helena Kadučáková
Douglas Kemerer
dr Ewa Kobos
dr Halina Król
dr Urszula Kwapisz
dr Włodzimierz Łojewski
prof. Mária Machalová
prof. Anders Møller Jensen
prof. dr hab. Henryk Mruk
dr Jana Nemcová
dr inż. Iwona Nowakowska
dr Jan Nowomiejski
dr Piotr Pagórski
prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk
dr hab. Beata Pięta prof. UM
dr Wojciech Grzegorz Polak
Otilie Rung
dr Zofia Sienkiewicz
dr Beata Skokowska
dr Ewa Szykiewicz
dr Dorota Talarska
dr hab. Monika Urbaniak prof. UM
dr Aleksandra Zielińska
dr Katarína Žiaková
prof. Klaudia J. Ćwiękała-Lewis

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

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
NZOZ Nadmorskie Centrum Rehabilitacji (Polska)
University of Bologna (Włochy)
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
Katoľická Univerzita v Ružomberku (Słowacja)
Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Prešovská Univerzita (Słowacja)
VIA University College Denmark (Dania)
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu (Polska)
Comenius University in Bratislava (Słowacja)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
University Medical Center Rotterdam (Holandia)
The University of Arizona College of Nursing (USA)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Comenius University in Bratislava (Słowacja)
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING



EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Krystyna Jaracz

Vice Editor-in-Chief

Krystyna Górna
Danuta Dyk
Małgorzata Kotwicka

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Vincenzo Antonelli
Grażyna Bączyk
Merita Berisha
Regina Bisikiewicz

Antonio Cicchella
Susumu Eguchi

Aleksandra Gaworska-Krzemińska
Barbara Grabowska-Fudala
Elżbieta Grochans
Aleksandra Gutysz-Wojnicka
Lotte Kaba-Schönstein
Helena Kadučáková
Karin Klas
Christina Koehlen
Maria Kózka
Halyna Krytska
Anna Ksykiewicz-Dorota
Joanna Lewko
Mária Machalová
Ludmiła Marcinowicz
Ewa Mojs
Jana Nemcová
Grażyna Nowak-Starz
Beata Pięta
Hildebrand Ptak
Joanna Rosińczuk
Silvia Scelsi

Maria T. Szewczyk

Arkadii Shulhai
Robert Ślusarz

Dorota Talarska
Monika Urbaniak
Frans Vergeer
Ewa Wilczek-Rużyczka
Katarína Žiaková

Scientific Secretary

Barbara Grabowska-Fudala

Editorial Secretary

Barbara Grabowska-Fudala

LUISS Guido Carli di Roma (Italy)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
University of Prishtina (Kosowo)
European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (EASPD)
University of Bologna (Italy)
Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japan)
Medical University of Gdańsk (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Pomeranian Medical University in Szczecin (Poland)
University of Warmia and Mazury in Olsztyn (Poland)
Hochschule Esslingen (Germany)
Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, IMC FH Krems (Austria)
Evangelische Hochschule Berlin (Germany)
Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)
Ternopil State Medical University (Ukraine)
Medical University of Lublin (Poland)
Medical University of Białystok (Poland)
Prešovská Univerzita (Slovakia)
Medical University of Białystok (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Evangelische Hochschule Berlin (Germany)
Wrocław Medical University (Poland)
Vice president of Aniasi, Director of nursing and health professions department, Children's Hospital "G. Gaslini" Genoa (Italy)
Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)
Ternopil State Medical University (Ukraine)
Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Fontys Hogescholen (Holland)
Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)

EDITOR'S ADDRESS

Polish Nursing
The Faculty of Health Sciences
Poznan University of Medical Sciences
11 Smoluchowskiego Str., 60-179 Poznań, Poland
phone: +48 61 861 22 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 Gołębiowska
Katarzyna Plagens-Rotman
Joanna Stanisławska
Renata Szpaliak

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

STATISTICAL EDITOR

Renata Rasińska

THE LIST OF THE REVIEWERS

Agnieszka Bańkowska
Grażyna Bączyk
Benedykt Bober
Antonio Cicchella
Justyna Cwajda-Biafasik
Józefa Czarnecka
Grażyna Czerwiak
Joanna Gotlib
Grażyna Iwanowicz-Palus
Helena Kadučáková
Douglas Kemerer
Ewa Kobos
Halina Król
Urszula Kwapisz
Włodzimierz Łojewski
Mária Machalová
Anders Møller Jensen
Henryk Mruk
Jana Nemcová
Iwona Nowakowska
Jan Nowomiejski
Piotr Pagórski
Mariola Pawlaczyk
Beata Pięta
Wojciech Grzegorz Polak
Otilie Rung
Zofia Sienkiewicz
Beata Skokowska
Ewa Szykiewicz
Doroła Talarska
Monika Urbaniak
Aleksandra Zielińska
Katarína Žiaková
Klaudia J. Cwiękała-Lewis

Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Seaside Rehabilitation Centre (Poland)
University of Bologna (Italy)
Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University in Toruń
Medical University of Warsaw (Poland)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Medical University of Warsaw (Poland)
Medical University of Lublin (Poland)
Katólicka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)
Medical University of Warsaw (Poland)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Prešovská Univerzita (Slovakia)
VIA University College Denmark (Denmark)
Poznan University of Economics (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
University Medical Center Rotterdam (Holland)
The University of Arizona College of Nursing (USA)
Medical University of Warsaw (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)

■ SPIS TREŚCI

Od redaktora 139

PRACE ORYGINALNE

Mirostaw Smoleń, Edyta Monika Kędra

Motywy wyboru kształcenia na kierunku: pielęgniarstwo w opinii studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu 141

Edyta Katarzyna Cudak, Danuta Dyk, Aleksandra Gutysz-Wojnicka, Bożena Nowaczyk, Celina Glaza, Dorota Kazimierska, Sylwia Miętkiewicz

Behawioralna ocena bólu u pacjentów na oddziale intensywnej terapii – wyniki wstępne 152

Ewa Humeniuk, Katarzyna Pawlikowska-Łagód, Olga Dąbska, Paulina Mazurek

Oczekiwania pacjentów z terenu wschodniej Polski wobec lekarza podstawowej opieki zdrowotnej 158

Ewa Kupcewicz, Wojciech Szczypiński

Wpływ wybranych zmiennych społeczno-demograficznych i związanych ze środowiskiem pracy na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarzek 165

Aneta Grochowska, Iwona Bodys-Cupak, Barbara Kubik, Patrycja Starzec

Ocena poziomu stresu i lęku rodziców dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną 173

PRACE POGLĄDOWE

Marzanna Mziray, Regina Żuralska, Przemysław Domagała, Danuta Postrożny

Zastosowanie mezenchymalnych komórek macierzystych w medycynie regeneracyjnej – przegląd badań 182

Bartłomiej Strzelec, Martyna Stuła, Piotr Chmielewski, Renata Taboła

Profilaktyka i leczenie raka żołądka – aktualny problem interdyscyplinarny 188

Anna Majda, Joanna Zalewska-Puchała

Kompetencje kulturowe i inteligencja kulturowa w pielęgniarstwie 196

Margareta Błażej, Katarzyna Plagens-Rotman, Maria Połocka-Molińska

Opieka nad kobietą w ciąży obumarłej 204

Agnieszka Smelkowska

Amerykańska i radziecka opieka stomatologiczna w kontekście historycznym 212

PRACA KAZUISTYCZNA

Kinga Nalewaj, Anna Zera, Andrzej Krupienicz

Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z niedrobnokomórkowym rakiem płuca – studium przypadku 214

DONIESIENIE ZJAZDOWE

Jarostawa Belowska, Lucyna Iwanow, Izabella Uchmanowicz, Joanna Gotlib

RANCARE Rationing – Missed Nursing Care: an International and Multidimensional Problem – sprawozdanie z pierwszego szkolenia ANNUAL TRAINING SCHOOL – 2017 w Turku (Finlandia) 220

INFORMACJE

Wskazówki dla autorów 225

■ CONTENTS

Editor's note	140
ORIGINAL PAPERS	
<i>Mirosław Smoleń, Edyta Monika Kędra</i> Motivations for choosing nursing education in the opinion of students of the Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa in Opole	141
<i>Edyta Katarzyna Cudak, Danuta Dyk, Aleksandra Gutysz-Wojnicka, Bożena Nowaczyk, Celina Glaza, Dorota Kazimierska, Sylwia Miętkiewicz</i> Behavioral assessment of pain in patients in the intensive care unit – preliminary results	152
<i>Ewa Humeniuk, Katarzyna Pawlikowska-Łagód, Olga Dąbska, Paulina Mazurek</i> Expectations of patients from eastern Poland relative to the primary health care doctors	158
<i>Ewa Kupcewicz, Wojciech Szczypiński</i> Impact of selected socio-demographic and work environment factors on the level of nurses' burnout	165
<i>Aneta Grochowska, Iwona Bodys-Cupak, Barbara Kubik, Patrycja Starzec</i> Assessment of parental stress and anxiety in children with acute lymphoblastic leukemia	173
REVIEW PAPERS	
<i>Marzanna Mziray, Regina Żuralska, Przemysław Domagała, Danuta Postrożny</i> The use of mesenchymal stem cells in regenerative medicine – a review of research	182
<i>Bartłomiej Strzelec, Martyna Stuła, Piotr Chmielewski, Renata Taboła</i> Prevention and treatment of gastric cancer – a current interdisciplinary problem	188
<i>Anna Majda, Joanna Zalewska-Puchała</i> Cultural competences and cultural intelligence in nursing	196
<i>Margareta Błażej, Katarzyna Plagens-Rotman, Maria Połocka-Molińska</i> Taking care of a woman during graviditas obsoleta	204
<i>Agnieszka Smelkowska</i> American and Soviet dental care in a historical context	212
CASE STUDY	
<i>Kinga Nalewaj, Anna Zera, Andrzej Krupienicz</i> Nursing care of the patient with non-small cell lung cancer – case study	214
CONFERENCE REPORT	
<i>Jaroslawa Belowska, Lucyna Iwanow, Izabella Uchmanowicz, Joanna Gotlib</i> RANCARE Rationing – Missed Nursing Care: an International and Multidimensional Problem – report on the first training at ANNUAL TRAINING SCHOOL – 2017 in Turku (Finland)	220
INFORMATION	
Guidance for authors	225

■ OD REDAKTORA

Drodzy Czytelnicy,

z wielką przyjemnością przedstawiamy letnie wydanie „Pielęgniarstwa Polskiego” w 2018 roku. Bieżący numer czasopisma zawiera pięć artykułów oryginalnych, pięć prac poglądowych i jeden opis przypadku. Wszystkie artykuły są bardzo interesujące, ale chcemy zwrócić Państwa uwagę szczególnie na dwie prace poglądowe i jedną badawczą.

Pierwsza, autorstwa Anny Majdy i Joanny Zalewskiej-Puchały, dotyczy kompetencji kulturowych i inteligencji kulturowej w pielęgniarstwie. To ważny i stosunkowo rzadko poruszany problem w literaturze naukowej pielęgniarstwa, niezmiernie istotny, zwłaszcza w dobie społeczeństw wielokulturowych. Drugi artykuł dotyczy podobnego zagadnienia, aczkolwiek z perspektywy historycznej. Jego autorką jest Agnieszka Smelkowska z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley.

Szczególnie zachęcamy do lektury pracy badawczej dotyczącej behawioralnej oceny bólu u pacjentów na oddziale intensywnej terapii. Doniesienie pochodzi z Zakładu Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Wstępne wyniki, opisane przez Edytę Cudak i wsp., są bardzo interesujące. Czekamy na dalsze.

Pragniemy gorąco podziękować wszystkim autorom nadsyłającym swoje prace do „Pielęgniarstwa Polskiego”. Chcemy również zachęcić wszystkich autorów, którzy wysyłają prace do innych czasopism, aby cytowali artykuły opublikowane w „Pielęgniarstwie Polskim”. Jest to bardzo ważne w ocenie bibliometrycznej czasopisma. Ponadto, jak zawsze, serdecznie zachęcamy polskie i zagraniczne pielęgniarki oraz innych badaczy zainteresowanych szeroko rozumianą opieką zdrowotną do nadsyłania artykułów naukowych do naszego czasopisma.

Życzymy Wam, Drodzy Czytelnicy, przyjemnej lektury naszego czasopisma.

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

■ EDITOR'S NOTE

Dear Readers,

with great pleasure, we present you the summer issue of the 'Polish Nursing' in the year 2018. This issue contains five research papers, five reviews and one case report. All the articles are very interesting, but we would like to draw your attention particularly to two review papers and one research report.

The first one, authored by Anna Majda and Joanna Zalewska-Puchała, deals with cultural competences and cultural intelligence in nursing. This is a relatively rarely raised problem in the Polish nursing literature, although very important, especially in the era of multicultural societies. The second paper deals with a similar problem but from a historical perspective. Its author is Agnieszka Smelkowska from the University of California, Berkeley.

The research paper we would like to draw your attention to is a manuscript on behavioural assessment of pain in patients in the intensive care unit. The study comes from the Department of Anesthesiological and Intensive Care Nursing, Poznan University of Medical Sciences. The preliminary results described by Edyta Cudak and co-authors are very interesting and encouraging. We are awaiting further reports.

We would like to thank all the authors who send their work to our journal. Also, we would like to encourage all the authors who send their papers to other journals, to cite the articles published in the 'Polish Nursing'. It is very important in the bibliometric evaluation of the journal. Furthermore, as always, we encourage Polish and foreign nurses and other researchers interested in a broad area of health care to submit their manuscripts.

We wish you, Dear Readers, enjoyable reading of this issue of the journal.

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



MOTYWY WYBORU KSZTAŁCENIA NA KIERUNKU: PIELĘGNIARSTWO W OPINII STUDENTÓW PAŃSTWOWEJ MEDYCZNEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ W OPOLU

*MOTIVATIONS FOR CHOOSING NURSING EDUCATION IN THE OPINION OF STUDENTS
OF THE PAŃSTWOWA MEDYCZNA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA IN OPOLE*

Mirośław Smoleń¹, Edyta Monika Kędra²

¹ SPZOZ w Głubczycach

² Wydział Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.17>

STRESZCZENIE

Wstęp. Bardzo ważnym momentem w życiu każdego człowieka jest wybór kierunku studiów oraz zawodu. Wyborem tym najczęściej kierują motywy, które można podzielić na dwie grupy: motywy wewnętrzne (podmiotowe) i zewnętrzne (sytuacyjne).

Cel. Określenie motywów, jakimi kierują się osoby wybierające kształcenie na kierunku: pielęgniarstwo w PMWSZ w Opolu.

Materiał i metody. Badaniem objęto 181 studentów kierunku: pielęgniarstwo PMWSZ w Opolu. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z techniką ankiety, do której opracowano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. O wyborze kierunku: pielęgniarstwo w PMWSZ w Opolu przez badanych studentów decydowały: chęć niesienia pomocy ludziom (76,2%) oraz perspektywa łatwego znalezienia pracy (92,8%). Ponowny wybór tego kierunku kształcenia potwierdziło 89,8% respondentów. Wybór PMWSZ w Opolu na uczelnię, w której kształcą się respondenci, podyktowany jest bliskością miejsca zamieszkania (67,4%).

Wnioski. Wybór kierunku studiów był z reguły wyborem świadomym, a główne motywy, którymi w tym wyborze kierowali się badani studenci, nie odbiegały od oczekiwanych.

SŁOWA KLUCZOWE: pielęgniarka/pielęgniarski, motywacja, edukacja, zawód.

ABSTRACT

Introduction. A very important moment in the life of every person is the choice of the study major and profession. The most often chosen motives can be divided into two groups: internal (subjective) and external (situational) motives.

Aim. Identifying the motives of people choosing nursing education in the PMWSZ in Opole.

Material and methods. The study covered 181 undergraduate nursing students in Opole. The method of the diagnostic survey was used with the survey technique, to which the author's questionnaire was developed.

Results. The choice of nursing in PMWSZ in Opole was determined by the students surveyed: the willingness to help people (76.2%) and the prospect of finding a job easily (92.8%). 89.8% of respondents re-selected this education. The choice of PMWSZ in Opole to the institution where respondents are educated is dictated by the proximity of their place of residence (67.4%).

Conclusions. Choosing the major of study was generally a conscious choice, and the main motives for taking this decision were not different from the expected ones.

KEYWORDS: nurse/nurse, motivation, education, occupation.

Wprowadzenie

Ostatnie lata cechują się m.in. daleko idącymi przeobrażeniami społeczno-gospodarczymi, które pociągają również za sobą wzrost zapotrzebowania na profesjonalną opiekę medyczną i pielęgniarstwą. Obserwowane obecnie starzenie się społeczeństwa, wydłużenie lat życia, niski przyrost naturalny czy duża zachorowalność na choroby cywilizacyjne przekładają się na ofertę usług medycznych, wymuszając tym samym dostosowanie do potrzeb rynkowych zmiany w obszarze świadczeń zdrowotnych.

Aby móc zapewnić odpowiednią jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza pielęgniarstkich, na-

leży zwrócić uwagę na kształcenie młodych ludzi, które przygotowywałoby ich do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego. Pielęgniarstwo jest profesją, której misją wiąże się z towarzyszeniem człowiekowi choremu i wspieraniem człowieka zdrowego. Wyjątkowość tego zawodu podkreśla fakt bliskości, do której dochodzi w kontaktach interpersonalnych pomiędzy pielęgniarką/pielęgniarskim a osobą otaczaną opieką i troską [1].

Analizując dostępne dane statystyczne [2, 3] dotyczące liczby absolwentów na kierunku: pielęgniarstwo pierwszego stopnia, daje się zaobserwować systematyczny jej wzrost na przestrzeni ostatnich 10 lat. Liczba

absolwentów na studiach pierwszego stopnia w okresie od 2007 do 2015 roku zwiększyła się o ponad 80%. Potwierdzają to również dane pochodzące z Departamentu Pielęgniarek i Położnych [4]. Zestawiając te informacje ze sobą [2–4], trudno mimo wszystko nie zauważyć rozbieżności pomiędzy nimi, np.: liczba absolwentów kierunku: pielęgniarstwo pierwszego stopnia w roku akademickim 2006/2007, jak wykazuje „Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych”, wynosi 4671 [2, 3], a zgodnie z wyliczeniami Departamentu Pielęgniarek i Położnych [4] w tym samym roku akademickim absolwentów jest 2859. Rozbieżności te budzą pewnego rodzaju wątpliwości co do faktycznej liczby absolwentów.

Jednym z zasadniczych warunków, jaki musi spełnić kandydat na pielęgniarkę/pielęgniara, poza wykształceniem kierunkowym, jest uzyskanie prawa wykonywania zawodu. Na podstawie danych pochodzących z „Raportu (...)” [2, 3] daje się zauważyć, że co prawda na przestrzeni analizowanego okresu wzrasta sukcesywnie odsetek wydawanych po raz pierwszy praw wykonywania zawodu, ale patrząc na stosunek liczby absolwentów do liczby osób uzyskujących to prawo – odsetek ten sukcesywnie maleje.

Podjęcie decyzji o wykonywaniu określonej pracy wiąże się z podjęciem właściwego toku kształcenia. Młodzi ludzie w pewnym momencie swojego życia zmuszeni zostają do dokonania wyboru kierunku, w którym chcą się dalej kształcić i który nada im odpowiednie kwalifikacje i kompetencje do wykonywania wybranego zawodu. Wybór ten jest niezmiernie ważny, gdyż w większości przypadków będzie bardzo mocno rzutował na ich przyszłość, zadowolenie życiowe czy samo-realizację. Oczywiście na żadnym etapie życia nie są to łatwe wybory. W rozwoju każdej osoby pojawiają się koncepcje, plany co do jej przyszłości zawodowej. Człowiek zaczyna się zastanawiać, kim chce być, co będzie robił w życiu, układając pewnego rodzaju scenariusz swojego życia zawodowego, który przez psychologów zwany jest rozwojem zawodowym [5].

Czynniki wpływające na wybór zawodu można podzielić na dwie grupy: czynniki wewnętrzne (podmiotowe) i czynniki zewnętrzne (sytuacyjne). Czynniki wewnętrzne związane są z rozwojem ogólnym człowieka oraz jego cechami indywidualnymi (stan fizyczny, zdolności i umiejętności, temperament, zainteresowania), czynniki zewnętrzne są czynnikami sytuacyjnymi i wychowawczymi związanymi z wyborem zawodu (warunki finansowe, odległość pomiędzy domem a szkołą, rówieśnicy, rynek pracy, system kształcenia). Nie można zapominać o rodzinie, która w wielu wypadkach ma również bardzo duży wpływ na wybór zawodu [5].

Podstawą dokonywania takiego, a nie innego wyboru zawodu przez każdego człowieka jest motywacja.

Jest ona siłą aktywizującą ludzi do działania, a w wyborze tak specyficznego zawodu, jakim jest zawód pielęgniarki/pielęgniara, powinna wynikać z uwarunkowań natury wewnętrznej. Chęć niesienia pomocy, towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu i chorobie, zaspokajanie podstawowych potrzeb, gwarantowanie poczucia bezpieczeństwa są podstawą tego zawodu i właśnie te motywy powinny wysuwać się na pierwszy plan w procesie podejmowania decyzji o wyborze kształcenia się w tym zawodzie [1].

Dlatego też niezmiernie ważnym jest zwrócenie uwagi na to, czym tak naprawdę kierują się młodzi ludzie, wybierając kształcenie w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarki.

Cel pracy

Określenie motywów zewnętrznych oraz wewnętrznych, jakie warunkowały decyzję studentów o podjęciu kształcenia na kierunku: pielęgniarstwo.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w okresie 2 miesięcy 2016 roku wśród 181 studentów wszystkich roczników, studiujących na kierunku: pielęgniarstwo pierwszego stopnia w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej (PMWSZ) w Opolu. Przed rozpoczęciem badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej. Otrzymane wyniki posłużyły jednemu z autorów tego opracowania do przygotowania pracy dyplomowej magisterskiej [6]. Osoby biorące udział w badaniu były poinformowane o jego celu, dobrowolności udziału oraz anonimowości.

Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z techniką ankiety, do której przygotowano autorski kwestionariusz ankiety. W badaniu wzięło udział w sumie 209 studentów studiów licencjackich kierunku: pielęgniarstwo, którzy wyrazili zgodę na udział. Łącznie rozprawdzono 209 kwestionariuszy ankiet, z czego powróciło 181 wypełnionych i zakwalifikowanych do dalszej analizy. Analiza ilościowa otrzymanych wyników została przeprowadzona z zastosowaniem testu Fishera. Służy on do analizowania zależności pomiędzy zmiennymi o charakterze jakościowym. Przyjmuje się w nim hipotezy: zerową H_0 (zmienne są niezależne) oraz alternatywną H_1 (zmienne są zależne). Dla testu przyjęto poziom prawdopodobieństwa $p < 0,05$, co pozwala na odrzucenie hipotezy zerowej (a więc pozwala na stwierdzenie, że pomiędzy zmiennymi występuje zależność).

Najliczniejszą grupą respondentów były kobiety – 89,0% (161). Mężczyźni to zaledwie 11,0% (20 osób) wszystkich przebadanych osób. Przeważającą większość stanowili studenci pomiędzy 18. a 24. r. ż. ($n = 156$; 86,2%), następnie osoby pomiędzy 25. a 30. r.ż. ($n = 13$; 7,2%) i pomiędzy 31. a 35. r.ż. ($n = 12$; 6,6%). Studenci pierw-

szego roku studiów stanowili 45,2% (n = 80), drugiego roku studiów – 27,1% (n = 48), trzeciego roku – 27,7% (n = 49).

Wyniki

Wśród motywów wewnętrznych (**Tabela 1**), którymi najczęściej kierowali się badani w podejmowaniu decyzji o kształceniu na kierunku: pielęgniarstwo, była chęć niesienia pomocy ludziom (n = 138; 76,2%). Motywami najrzadziej przez nich wybieranymi były: brak refleksji nad powodem wyboru (n = 2; 1,1%), zdobycie zawodu, w którym można dostać pracę za granicą (n = 2; 1,1%) oraz namowy ze strony rodziny (n = 2; 1,1%).

Tabela 1. Motywy wewnętrzne w podejmowaniu decyzji o kształceniu na kierunku: pielęgniarstwo

Table 1. Internal motives in deciding on nursing education

Jakie były Pani/Pana wewnętrzne motywy podjęcia kształcenia na kierunku: pielęgniarstwo?/What were your internal motives for undertaking nursing education?	n	%
Chęć niesienia pomocy ludziom/Willingness to help people	138	76,2
Zainteresowanie zawodem, do którego przygotowuje kierunek/Interest in the profession to which he prepares the direction	75	41,4
Zdobycie wyższego wykształcenia/Gaining a higher education	69	38,1
Zaspokojenie własnych aspiracji intelektualnych/Satisfying your own intellectual aspirations	24	13,3
Zainteresowanie medycyną/Interest in medicine	96	53
Brak pomysłu na swoją przyszłość zawodową/No idea for your professional future	22	12,2
Zdobycie zawodu, w którym można dostać pracę/Getting a job where you can get a job	114	63
To był wybór w ślepo/It was a blind choice	4	2,2
Nie zastanawiałam/zastanawiałem się nad tym/I did not think about it	2	1,1
Wymóg ze strony pracodawcy/Requirement from the employer	3	1,7
Zdobycie zawodu, w którym można dostać pracę za granicą/Get a job where you can get a job abroad	2	1,1
Naciski lub namowy ze strony rodziny/Pressure or urge from the family	2	1,1
Inne/Other	4	2,2

Ankietowani mieli możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi/The respondents were given the opportunity to answer more than one answer

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Najczęściej wskazywanym motywem zewnętrznym (**Tabela 2**), jakim kierowali się badani w wyborze kierunku kształcenia, była perspektywa łatwego znalezienia pracy (n = 168; 92,8%), a najrzadziej – postrzeganie pracy jako ciekawej (n = 2; 1,1%).

Tabela 2. Motywy zewnętrzne w podejmowaniu decyzji o kształceniu na kierunku: pielęgniarstwo

Table 2. External motives in deciding on nursing education

Jakie były Pani/Pana zewnętrzne motywy podjęcia kształcenia na kierunku: pielęgniarstwo?/What were your external motives for undertaking nursing education?	n	%
Perspektywa łatwego znalezienia pracy/The prospect of easy work dependence	168	92,8
Perspektywa łatwego znalezienia pracy poza granicami RP/The prospect of finding a job easily outside of Poland	136	75,1
Perspektywa wysokich zarobków/High earnings prospects	46	25,4
Tradycje rodzinne/Family traditions	40	22,1
Zaspokojenie aspiracji rodziców/Satisfying parents' aspirations	15	8,3
Nacisk ze strony innych osób (znajomi, nauczyciele etc.)/Pressure from other people (friends, teachers, etc.)	8	4,4
Opinia o łatwości studiowania/An opinion about the ease of studying	10	5,5
Niezależność i samodzielność w pracy/Independence and self-reliance at work	94	51,9
Nie udało mi się dostać na pożądaną kierunek studiów/I was not able to get to the desired course of study	17	9,4
Chęć pomocy innym/Willingness to help others	3	1,7
Postrzeganie pracy jako ciekawej/Perception of work as interesting	2	1,1
Inne/Other	5	2,8

Ankietowani mieli możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi/The respondents were given the opportunity to answer more than one answer

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Analizując poziom znaczenia wybranych motywów zewnętrznych i wewnętrznych, jakimi kierowali się badani studenci w wyborze kierunku kształcenia (**Tabela 3**), za zdecydowanie istotny motyw zewnętrzny uznano chęć niesienia pomocy (69,1%) i zdobycie zawodu, w którym można dostać pracę (52,0%), a motywami wewnętrznymi były: perspektywa łatwego znalezienia pracy (56,6%) oraz perspektywa łatwego znalezienia pracy poza granicami RP (40,0%).

Tabela 3. Znaczenie wybranych motywów zewnętrznych i wewnętrznych w podejmowaniu decyzji o kształceniu na kierunku: pielęgniarstwo
Table 3. The importance of selected external and internal motivations in decision-making on nursing education

Rodzaj motywu podjęcia kształcenia na kierunku: pielęgniarstwo/ <i>What kind of motive to take up nursing education?</i>	Zdecydowanie nieistotne/ <i>Definitely not important</i>	Raczej nieistotne/ <i>Rather unimportant</i>	Trudno powiedzieć/ <i>Hard to say</i>	Raczej istotne/ <i>Rather important</i>	Zdecydowanie istotne/ <i>Definitely important</i>
Motyw wewnętrzny/Internal motif					
Chęć niesienia pomocy ludziom/ <i>Willingness to help people</i>	1,70%	0,00%	5,50%	23,70%	69,10%
Zainteresowanie zawodem, do którego przygotowuje kierunek/ <i>Interest in the profession to which he prepares the direction</i>	0,60%	3,40%	13,50%	39,80%	42,70%
Zdobycie wyższego wykształcenia/ <i>Gaining a higher education</i>	2,20%	7,30%	10,60%	36,30%	43,60%
Zaspokojenie własnych aspiracji intelektualnych/ <i>Satisfying your own intellectual aspirations</i>	1,10%	5,10%	22,50%	41,00%	30,30%
Zainteresowanie medycyną/ <i>Interest in medicine</i>	1,10%	4,50%	18,30%	38,30%	37,80%
Brak pomysłu na swoją przyszłość zawodową/ <i>No idea for your professional future</i>	38,00%	22,90%	19,60%	10,60%	8,90%
Zdobycie zawodu, w którym można dostać pracę/ <i>Getting a job where you can get a job</i>	3,90%	2,80%	9,50%	31,80%	52,00%
To był wybór w ślepo/ <i>It was a blind choice</i>	83,20%	8,70%	4,60%	2,30%	1,20%
Inne/ <i>Other</i>	69,20%	0,00%	7,70%	7,70%	15,40%
Motyw zewnętrzny/External motif					
Perspektywa łatwego zaleźnienia pracy/ <i>The prospect of easy work dependence</i>	1,70%	1,70%	6,70%	33,30%	56,60%
Perspektywa łatwego znalezienia pracy poza granicami RP/ <i>The prospect of finding a job easily outside of Poland</i>	8,30%	8,30%	15,00%	28,40%	40,00%
Perspektywa wysokich zarobków/ <i>High earnings prospects</i>	15,60%	19,60%	37,40%	16,80%	10,60%
Tradycje rodzinne/ <i>Family traditions</i>	45,70%	19,10%	15,60%	15,00%	4,60%
Zaspokojenie aspiracji rodziców/ <i>Satisfying parents' aspirations</i>	62,20%	19,80%	10,70%	5,60%	1,70%
Nacisk ze strony innych osób (znajomi, nauczyciele etc.)/ <i>Pressure from other people (friends, teachers, etc.)</i>	74,00%	13,30%	5,50%	4,40%	2,80%
Opinia o łatwości studiowania/ <i>An opinion about the ease of studying</i>	59,00%	18,50%	16,90%	3,90%	1,70%
Niezależność i samodzielność w pracy/ <i>Independence and self-reliance at work</i>	6,20%	10,10%	26,40%	36,00%	21,30%
Nie udało mi się dostać na pożądany kierunek studiów/ <i>I was not able to get to the desired course of study</i>	68,50%	12,90%	8,40%	5,10%	5,10%
Inne/ <i>Other</i>	80,60%	6,50%	4,80%	1,60%	6,50%

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Na pytanie: Czy stojąc przed ponownym wyborem, zdecydował/aby się Pan/Pani studiować kierunek: pielęgniarstwo? 89,9% (n = 159) badanych jeszcze raz podjęłoby taką decyzję, natomiast 10,2% (n = 18) studentów było odmiennego zdania. Najważniejszym powodem wyboru PMWSZ w Opolu jako uczelni, w której podjęli badani studenci kształcenie, była bliskość miejsca zamieszkania (n = 122; 67,4%), dobra opinia na temat uczelni (n = 121; 66,9%) oraz atrakcyjność Opolu jako miejsca do studiowania (n = 62; 34,3%).

Tabela 4. Powody wyboru PMWSZ w Opolu na miejsce nauki
Table 4. Reasons for selecting PMWSZ in Opole for the place of study

Co spowodowało, że wybrała Pani/wybrał Pan PMWSZ w Opolu na uczelnię, w której chce Pani/Pan studiować?/ <i>What made you choose Mr/Mrs PMWSZ in Opole for the university in which you want to study</i>	n	%
Prestiż, renowacja uczelni/ <i>Prestige, reputation of the university</i>	56	30,9
Dobre opinie o PMWSZ w Opolu/ <i>Good opinions about PMWSZ in Opole</i>	121	66,9
Uczelnia znajduje się blisko mojego miejsca zamieszkania/ <i>The college is close to my home</i>	122	67,4

Uczelnia znajduje się daleko od mojego miejsca zamieszkania (chęć usamodzielnienia się)/ <i>The college is far from my home (the desire to become independent)</i>	45	24,9
Atrakcyjne zajęcia/ <i>Attractive activities</i>	56	30,9
Stypendium/ <i>Scholarship</i>	27	14,9
Atrakcyjność Opola jako miejsca do studiowania/ <i>Attractiveness of Opole as a place to study</i>	62	34,3
Nie udało mi się dostać na inną uczelnię/ <i>I was not able to get to another university</i>	51	28,2

Ankietowani mieli możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi/*The respondents were given the opportunity to answer more than one answer*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Jednym z przyjętych założeń badawczych było stwierdzenie, iż łatwość znalezienia pracy oraz niezależność i samodzielność w pracy zawodowej są głównymi powodami, dla których badani podjęli decyzję o kształceniu na kierunku: pielęgniarstwo i są one niezależne od płci i wieku badanych. Przyjęte założenie miało charakter złożony, zawierało w sobie więcej niż jedną zależność. Weryfikacja tego rodzaju założenia wymagała przeprowadzenia analizy oddzielnie dla każdej zależności (pary zmiennych). Zbadanie, czy założenie w całości zostało potwierdzone, odbywa się więc przez ocenę poszczególnych założeń cząstkowych. W związku z tym założenie podzielono na cztery cząstkowe, w analizie których posłużono się dokładnym testem Fishera (test chi-kwadrat nie został zastosowany, ponieważ więcej niż 0% komórek miało liczebność oczekiwaną mniejszą od 5) z rozwinięciem umożliwiającym stosowanie w przypadku tabel większych niż 2 x 2.

1. Wskazywanie na łatwość znalezienia pracy jako powód, dla którego badani podjęli decyzję o kształceniu na kierunku: pielęgniarstwo, jest niezależne od płci osób badanych – analizie poddano dwie zmienne: nasilenie motywu dotyczącego kształcenia na tym kierunku: perspektywa łatwego zależenia pracy a płeć badanych. Uzyskany wynik ($p = 0,198$) nie pozwala na odrzucenie hipotezy zerowej. Nie stwierdzono więc występowania zależności pomiędzy zmiennymi. Oznacza to, że kobiety i mężczyźni porównywalnie oceniali czynnik dotyczący perspektywy łatwego znalezienia pracy. W związku z tym założenie cząstkowe można przyjąć.
2. Wskazywanie na łatwość znalezienia pracy jako powód, dla którego badani podjęli decyzję o kształceniu na kierunku: pielęgniarstwo, jest niezależne od wieku osób badanych – analizie podda-

no dwie zmienne: nasilenie motywu dotyczącego kształcenia na tym kierunku: perspektywa łatwego zależenia pracy a wiek. Uzyskany wynik ($p = 0,004$) pozwala na odrzucenie hipotezy zerowej. Stwierdzono więc występowanie zależności pomiędzy zmiennymi. Osoby młodsze (w wieku od 18 do 24 lat) częściej oceniali czynnik dotyczący łatwości znalezienia pracy jako istotny: 59,6% spośród nich oceniło omawiany czynnik jako zdecydowanie istotny, a jedna trzecia – jako raczej istotny. Wśród osób w wieku od 25 do 35 lat odsetek wskazujących na dany czynnik jako raczej istotny był taki sam (33,3%). Rzadziej pojawiły się natomiast wskazania na odpowiedź: zdecydowanie istotne – 37,5%. W grupie tej częściej wskazywano na odpowiedzi, według których perspektywa łatwego znalezienia pracy jest dla badanych raczej nieistotna lub zdecydowanie nieistotna. W związku z tym przyjęte założenie cząstkowe należy odrzucić.

3. Wskazywanie na niezależność i samodzielność w pracy jako powody, dla których badani podjęli decyzję o kształceniu na kierunku: pielęgniarstwo, jest niezależne od płci osób badanych – analizie poddano dwie zmienne: nasilenie motywu zewnętrznego dotyczącego kształcenia na tym kierunku: niezależność i samodzielność w pracy a płeć. Uzyskany wynik ($p = 0,174$) nie pozwala na odrzucenie hipotezy zerowej. Nie stwierdzono więc występowania zależności pomiędzy zmiennymi. Świadczy o tym wynik $p > 0,05$. Kobiety i mężczyźni w podobny sposób oceniali znaczenie czynnika dotyczącego niezależności i samodzielności w pracy. Oznacza to, że założenie cząstkowe można przyjąć – odpowiedź na omawiane pytanie nie była uzależniona od płci.
4. Wskazywanie na niezależność i samodzielność w pracy jako powody, dla których badani podjęli decyzję o kształceniu na kierunku: pielęgniarstwo, jest niezależne od wieku osób badanych – analizie poddano dwie zmienne: nasilenie motywu zewnętrznego dotyczącego kształcenia na tym kierunku: niezależność i samodzielność w pracy a wiek. Wiek nie wpływał na sposób oceny znaczenia czynnika dotyczącego niezależności i samodzielności w pracy. Świadczy o tym wynik $p = 0,346$. Oznacza to, że założenie cząstkowe można przyjąć, ponieważ nie stwierdzono zależności między wiekiem a oceną omawianego czynnika.

Tabela 5. Wyniki analizy założeń cząstkowych zależnych od płci badanych
Table 5. Results of the analysis of subgroups based on the sexes examined

		Płeć/Sex		Wynik testu/ Score test
		kobieta/woman	mężczyzna/man	
Nasilenie motywu dotyczącego kształcenia na kierunku: pielęgniarstwo – perspektywa łatwego znalezienia pracy/ <i>Strengthening the theme of nursing education – the prospect of finding a job easily</i>				
zdecydowanie nieistotne/ <i>definitely not important</i>	n	3	0	p = 0,198
	%	1,90%	0,00%	
raczej nieistotne/ <i>rather insignificant</i>	n	2	1	
	%	1,30%	5,00%	
trudno powiedzieć/ <i>hard to say</i>	n	12	0	
	%	7,50%	0,00%	
raczej istotne/ <i>rather important</i>	n	50	10	
	%	31,30%	50,00%	
zdecydowanie istotne/ <i>definitely important</i>	n	93	9	
	%	58,10%	45,00%	
ogólnie/ <i>generally</i>		n	160	20
		%	100,00%	100,00%
Nasilenie motywu zewnętrznego dotyczącego kształcenia na kierunku: pielęgniarstwo – niezależność i samodzielność w pracy/ <i>Strengthening the external theme of nursing education – independence and self-reliance at work</i>				
zdecydowanie nieistotne/ <i>definitely not important</i>	n	9	2	p = 0,174
	%	5,70%	10,50%	
raczej nieistotne/ <i>rather insignificant</i>	n	17	1	
	%	10,70%	5,30%	
trudno powiedzieć/ <i>hard to say</i>	n	39	8	
	%	24,50%	42,10%	
raczej istotne/ <i>rather important</i>	n	57	7	
	%	35,80%	36,80%	
zdecydowanie istotne/ <i>definitely important</i>	n	37	1	
	%	23,30%	5,30%	
ogólnie/ <i>generally</i>		n	159	19
		%	100,00%	100,00%

Tabela 6. Wyniki analizy założeń cząstkowych zależnych od wieku badanych
Table 6. Results of the analysis of subgroups based on age tested

		Wiek/Age		Wynik testu/ Score test
		18–24 lata/ 18–24 years	25–35 lat/ 25–35 years	
Nasilenie motywu dotyczącego kształcenia na kierunku: pielęgniarstwo – perspektywa łatwego znalezienia pracy/ <i>Strengthening the theme of nursing education – the prospect of easy employment</i>				
zdecydowanie nieistotne/ <i>definitely not important</i>	n	1	2	p = 0,004
	%	0,60%	8,30%	
raczej nieistotne/ <i>rather insignificant</i>	n	1	2	
	%	0,60%	8,30%	
trudno powiedzieć/ <i>hard to say</i>	n	9	3	
	%	5,80%	12,50%	
raczej istotne/ <i>rather important</i>	n	52	8	
	%	33,30%	33,30%	
zdecydowanie istotne/ <i>definitely important</i>	n	93	9	
	%	59,60%	37,50%	
ogólnie/ <i>generally</i>		n	156	24
		%	100,00%	100,00%

Nasilenie motywu zewnętrznego dotyczącego kształcenia na kierunku: pielęgniarstwo – niezależność i samodzielność w pracy/
Strengthening the external theme of nursing education – independence and self-reliance at work

zdecydowanie nieistotne/ <i>definitely not important</i>	n	9	2	p = 0,346
	%	5,80%	8,30%	
raczej nieistotne/ <i>rather insignificant</i>	n	16	2	
	%	10,40%	8,30%	
trudno powiedzieć/ <i>hard to say</i>	n	40	7	
	%	26,00%	29,20%	
raczej istotne/ <i>rather important</i>	n	59	5	
	%	38,30%	20,80%	
zdecydowanie istotne/ <i>definitely important</i>	n	30	8	
	%	19,50%	33,30%	
ogólnie/ <i>generally</i>	n	154	24	
	%	100,00%	100,00%	

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Weryfikacja przyjętych założeń częściowych zmusza do odrzucenia w całości przyjętego założenia (łatwość znalezienia pracy oraz niezależność i samodzielność w pracy zawodowej są głównymi powodami, dla których badani podjęli decyzję o kształceniu na kierunku: pielęgniarstwo i są one niezależne od płci i wieku badanych).

Kolejne przyjęte założenie brzmiało: prestiż uczelni oraz bliskość od miejsca zamieszkania są głównymi czynnikami wyboru PMWSZ w Opolu na uczelnię, w której badani chcą zdobyć zawód pielęgniarki/pielęgniarsza i są to czynniki zależne od wieku badanych i ich miejsca zamieszkania. Również i to założenie zostało rozbite na cztery częściowe, dla których wyliczono wartość p za pomocą testu Fishera (test chi-kwadrat nie został zastosowany, ponieważ więcej niż 0% komórek miało liczebność oczekiwaną mniejszą od 5) z rozwinięciem umożliwiającym stosowanie w przypadku tabel większych niż 2 x 2.

1. Wskazywanie na prestiż uczelni jako czynnik wyboru PMWSZ w Opolu na uczelnię, w której badani chcą zdobyć zawód pielęgniarki/pielęgniarsza, jest zależne od wieku – analizie poddano dwie zmienne: nasilenie czynnika dotyczącego kształcenia w PMWSZ w Opolu: prestiż, renowa uczelni a wiek badanych. Uzyskany wynik $p = 0,013$ pozwala na stwierdzenie występowania zależności pomiędzy zmiennymi, czyli potwierdza prawdziwość założenia. Prestiż uczelni miał większe znaczenie dla osób młodszych. W grupie badanych od 18 do 24 lat łącznie 37,2% badanych uznało prestiż za czynnik istotny. Wśród osób w wieku od 25 do 35 lat na odpowiedzi te wskazało łącznie 17,4% badanych. W grupie tej 47,8% badanych uznało, że prestiż

uczelni jest zdecydowanie nieistotny. Wśród osób młodszych odsetek ten był zdecydowanie niższy i wynosił 16,3%.

2. Wskazywanie na prestiż uczelni jako czynnik wyboru PMWSZ w Opolu na uczelnię, w której badani chcą zdobyć zawód pielęgniarki/pielęgniarsza, jest zależne od miejsca zamieszkania – analizie poddano zmienne: nasilenie czynnika dotyczącego kształcenia w PMWSZ w Opolu: prestiż, renowa uczelni a miejsce zamieszkania badanych. Uzyskany wynik $p = 0,685$ nie pozwala na przyjęcie tego założenia.
3. Wskazywanie na bliskość miejsca zamieszkania jako czynnik wyboru PMWSZ w Opolu na uczelnię, w której badani chcą zdobyć zawód pielęgniarki/pielęgniarsza, jest zależne od wieku – analizie poddano dwie zmienne: nasilenie czynnika dotyczącego kształcenia w PMWSZ w Opolu: uczelnia znajduje się blisko mojego miejsca zamieszkania a wiek badanych. Nie stwierdzono zależności pomiędzy zmiennymi ($p = 0,393$), co oznacza, że założenie należy odrzucić.
4. Wskazywanie na bliskość miejsca zamieszkania jako czynnik wyboru PMWSZ w Opolu na uczelnię, w której badani chcą zdobyć zawód pielęgniarki/pielęgniarsza, jest zależne od miejsca zamieszkania – analizowano dwie zmienne: nasilenie czynnika dotyczącego kształcenia w PMWSZ w Opolu: uczelnia znajduje się blisko mojego miejsca zamieszkania a miejsce zamieszkania badanych. Otrzymany wynik $p = 0,490$ potwierdza brak występowania zależności pomiędzy zmiennymi, co oznacza, że założenie należy odrzucić.

Tabela 7. Wyniki analizy założeń cząstkowych zależnych od płci badanych
Table 7. Results of the analysis of subgroups based on the sexes tested

		Miejsce zamieszkania/Place of residence				Wynik testu/ Score test
		wieś/village	miasto do 10 tys. mieszkańców/city up to 10 ths. residents	miasto od 10 tys. do 100 tys. mieszkańców/city from 10 ths. to 100 ths. residents	miasto powyżej 100 tys./city over 100 ths.	
Nasilenie czynnika dotyczącego kształcenia w PMWSZ w Opolu: prestiż, renowa uczelni/ <i>Strengthening of the educational factor in the PMWSZ in Opole: prestige, reputation of the university</i>						
zdecydowanie nieistotne/definitely not important	n	18	4	9	4	p = 0,685
	%	19,60%	16,70%	28,10%	14,80%	
raczej nieistotne/rather insignificant	n	14	4	9	4	
	%	15,20%	16,70%	28,10%	14,80%	
trudno powiedzieć/hard to say	n	29	7	6	6	
	%	31,50%	29,20%	18,80%	22,20%	
raczej istotne/rather important	n	23	8	7	9	
	%	25,00%	33,30%	21,90%	33,30%	
zdecydowanie istotne/definitely im- portant	n	8	1	1	4	
	%	8,70%	4,20%	3,10%	14,80%	
ogólnie/generally	n	92	24	32	27	
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
Nasilenie czynnika dotyczącego kształcenia w PMWSZ w Opolu: uczelnia znajduje się blisko mojego miejsca zamieszkania/ <i>Extension of the educational factor in the PMWSZ in Opole: the university is close to my place of residence</i>						
zdecydowanie nieistotne/definitely not important	n	19	7	9	3	p = 0,490
	%	20,40%	28,00%	27,30%	10,70%	
raczej nieistotne/rather insignificant	n	4	2	1	3	
	%	4,30%	8,00%	3,00%	10,70%	
trudno powiedzieć/hard to say	n	9	1	1	3	
	%	9,70%	4,00%	3,00%	10,70%	
raczej istotne/rather important	n	20	8	5	5	
	%	21,50%	32,00%	15,20%	17,90%	
zdecydowanie istotne/definitely im- portant	n	41	7	17	14	
	%	44,10%	28,00%	51,50%	50,00%	
ogólnie/generally	n	93	25	33	28	
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabela 8. Wyniki analizy założeń cząstkowych zależnych od wieku badanych
Table 8. Results of the analysis of subgroups based on the examined age

		Wiek/Age		Wynik testu/ Score test
		18–24 lata/ 18–24 years	25–35 lat/ 25–35 years	
Nasilenie czynnika dotyczącego kształcenia w PMWSZ w Opolu: prestiż, renowa uczelni/ <i>Strengthening of the educational factor in the PMWSZ in Opole: prestige, reputation of the university</i>				
zdecydowanie nieistotne/ <i>definitely not important</i>	n	25	11	p = 0,013
	%	16,30%	47,80%	
raczej nieistotne/ <i>rather insignificant</i>	n	28	3	
	%	18,30%	13,00%	
trudno powiedzieć/ <i>hard to say</i>	n	43	5	
	%	28,10%	21,70%	
raczej istotne/ <i>rather important</i>	n	45	2	
	%	29,40%	8,70%	
zdecydowanie istotne/ <i>definitely important</i>	n	12	2	
	%	7,80%	8,70%	
ogólnie/ <i>generally</i>	n	153	23	
	%	100,00%	100,00%	
Nasilenie czynnika dotyczącego kształcenia w PMWSZ w Opolu: uczelnia znajduje się blisko mojego miejsca zamieszkania/ <i>Extension of the educational factor in the PMWSZ in Opole: the university is close to my place of residence</i>				
zdecydowanie nieistotne/ <i>definitely not important</i>	n	36	2	p = 0,393
	%	23,20%	8,00%	
raczej nieistotne/ <i>rather insignificant</i>	n	9	1	
	%	5,80%	4,00%	
trudno powiedzieć/ <i>hard to say</i>	n	11	3	
	%	7,10%	12,00%	
raczej istotne/ <i>rather important</i>	n	33	6	
	%	21,30%	24,00%	
zdecydowanie istotne/ <i>definitely important</i>	n	66	13	
	%	42,60%	52,00%	
ogólnie/ <i>generally</i>	n	155	25	
	%	100,00%	100,00%	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Przeprowadzona weryfikacja założeń cząstkowych pokazuje, że tylko drugie założenie zostało potwierdzone, a to oznacza, że całe przyjęte założenie (prestiż uczelni oraz bliskość od miejsca zamieszkania są głównymi czynnikami wyboru PMWSZ w Opolu na uczelnię, w której badani chcą zdobyć zawód pielęgniarstwa i są to czynniki zależne od wieku badanych i ich miejsca zamieszkania) należy odrzucić.

Dyskusja

Wybór zawodu jest niełatwą decyzją dla młodego człowieka, kończącego szkołę ponadgimnazjalną. Jest wiele czynników, które wpływają na wybór przez niego danego zawodu [7]. Właściwy wybór zawodu zgodnie z własnymi oczekiwaniami, wyobrażeniami w przyszło-

ści może dać spełnienie zawodowe, satysfakcję, samo-realizację, wpływać na jakość świadczonej pracy oraz sprzyjać dążeniom do ustawicznej poprawy swoich umiejętności zawodowych [8].

Zawód pielęgniarstwa jest zawodem samodzielnym, regulowanym i usankcjonowanym prawnie. Cele zawodowe oraz misja zawodu jasno kreują role i funkcje zawodowe pielęgniarstwa, a współczesne pielęgniarstwo dąży w swoich działaniach do zapewnienia człowiekowi optymalnego stanu zdrowia [9]. Dlatego też istotnymi determinantami wyboru tego zawodu powinny być: chęć niesienia pomocy, towarzyszenie człowiekowi, zaspokajanie podstawowych potrzeb, gwarantowanie poczucia bezpieczeństwa [1].

Prezentowane wyniki badań pokazują, iż studenci, podając swoje wewnętrzne motywy podjęcia kształcenia na kierunku: pielęgniarstwo, wskazywali najczęściej chęć niesienia pomocy ludziom (n = 138; 76,2%), z czego 69,1% (n = 125) wskazało ten czynnik jako zdecydowanie istotny. Kolejnym istotnym motywem była możliwość zdobycia zawodu, w którym można dostać pracę (n = 114; 63,0%), przy czym dla 52,0% (n = 93) czynnik ten był zdecydowanie istotny. Natomiast najrzadziej wskazywanymi motywami wewnętrznymi były: brak refleksji nad powodem wyboru kierunku (n = 2; 1,1%), zdobycie zawodu, w którym można dostać pracę za granicą (n = 2; 1,1%) oraz namowy ze strony rodziny (n = 2; 1,1%). Otrzymane wyniki badań własnych znalazły potwierdzenie w badaniach E. Smoleń [10].

Zbliżony odsetek badanych (75,5%) deklarował chęć niesienia pomocy jako wewnętrzny motyw wyboru kształcenia na kierunku: pielęgniarstwo, a tym samym motyw ten uznano za dominujący [10]. Natomiast w badaniach A. Cisińskiej i G. Cisińskiej [11] chęć niesienia pomocy wskazało 51,1% respondentów, przy czym dominującym motywem była przydatność wiedzy i umiejętności w życiu codziennym (52,0%) [11].

Najistotniejszym motywem zewnętrznym dla studentów kierunku: pielęgniarstwo PMWSZ w Opolu była perspektywa łatwego znalezienia pracy (n = 168; 92,8%), z czego 56,7% (n = 102) respondentów określiło ten właśnie motyw jako zdecydowanie istotny. Drugim istotnym motywem była perspektywa łatwego znalezienia pracy poza granicami RP (n = 136; 75,1%), z czego dla 40,0% (n = 72) respondentów motyw ten był zdecydowanie istotny. Najrzadziej wybieranym motywem zewnętrznym było postrzeganie pracy jako ciekawej (n = 2; 1,1%).

Wskazywane przez badanych studentów motywy zewnętrzne znajdują potwierdzenie w przeprowadzonych przez A. Cisińską i G. Cisińską badaniach, gdzie motywacja w postaci perspektywy łatwego zatrudnienia jest także mocno akcentowana przez ankietowanych (94,8%), natomiast na możliwość znalezienia pracy poza granicami RP wskazało 88,0% ankietowanych [11]. Wyniki kolejnych badań, przeprowadzonych przez E. Kropiwnicką i wsp., również wskazują na już opisywane motywy, ale ich odsetek jest znacznie mniejszy: motywacja w postaci perspektywy łatwego zatrudnienia jest istotna dla 47,5% ankietowanych, a na możliwość znalezienia pracy poza granicami RP wskazało 37,5% ankietowanych [12].

Rynek pracy, możliwość zatrudnienia się zaczyna być istotnym elementem w wyborze kształcenia na określonym kierunku studiów. W kontekście dokonujących się zmian demograficznych zawodów pielęgniarki/pielęgniarsza zaczyna być pod tym względem atrakcyjny i stanowi swego rodzaju gwarant znalezienia pracy [13]. Ma

to też potwierdzenie w wypowiedziach respondentów. Przeważająca większość badanych studentów (n = 159; 89,8%) ponownie wybrałaby kierunek: pielęgniarstwo. Podobne wyniki uzyskali w swoich badaniach E. Kropiwnicka i wsp., którzy stwierdzili, że spośród studentów kierunku: pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku 66,9% respondentów deklarowało ponowny wybór kształcenia na tym kierunku [12]. Świadczyć to może o fakcie świadomego wyboru kierunku studiów.

Wnioski

Studenci przy wyborze pielęgniarstwa w PMWSZ w Opolu kierowali się przede wszystkim chęcią niesienia pomocy ludziom oraz perspektywą łatwego znalezienia pracy.

Wybór kierunku studiów był z reguły w pełni świadomym wyborem.

Decydującym czynnikiem wyboru PMWSZ w Opolu na uczelnię, w której badani chcą zdobyć zawód pielęgniarki/pielęgniarsza, jest bliskość miejsca zamieszkania w stosunku do uczelni.

Należy zwiększyć nacisk na działalność promocyjną ukierunkowaną na przekazywanie informacji dotyczących specyfiki zawodu i jego wymagań.

Piśmiennictwo

1. Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I. Założenia teoretyczne. Warszawa: PZWL; 2013.
2. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; 2015.
3. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; 2017.
4. Cholewka B, Zinkowska D, Macieszko E. Projekt „Rozwój kompetencji pielęgniarskich” – stan realizacji. W: Departament Pielęgniarek i Położnych. Konferencja informacyjna upowszechniająca wdrożone zmiany systemowe w ramach realizacji projektu pozakonkursowego „Rozwój kompetencji pielęgniarskich” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków EFS w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Warszawa 2016.
5. Turska E. Kapitał kariery ludzi młodych. Uwarunkowania i konsekwencje. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2014.
6. Smoleń M. Motywy podjęcia kształcenia na kierunku pielęgniarstwo i plany zawodowe studentów PMWSZ w Opolu w świetle prowadzonych badań. Niepublikowana praca magisterska na kierunku pielęgniarstwo studia II stopnia. Opole: PMWSZ w Opolu, 2017.
7. Fraś M, Turbiarz A, Kolonko J, Kadłubowska M, Kudłacik B. Pielęgniarskie studia licencjackie – wyobrażenia i rzeczywistość. *Piel XXI w.* 2012; 4(41): 11–15.

8. Kudłacik B, Fraś M, Ilczak T, Ćwiertnia M, Ryś B. Uwarunkowania wyboru zawodu ratownika medycznego. *Piel Zdr Publ.* 2016; 6(2): 137–142.
9. Pawłowska K, Doboszyńska A. Oczekiwania środowiska pielęgniarskiego wobec procesu kształcenia. *Piel XXI w.* 2012; 1(38): 15–18.
10. Smoleń E. Motywy wyboru kierunku pielęgniarstwo w opinii studentów. *Piel XXI w.* 2014; 3(48): 31–36.
11. Cisińska A, Cisińska G. Motywy wyboru studiów pielęgniarskich na przykładzie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. *Probl Piel.* 2014; 22(4): 433–438.
12. Kropiwnicka E, Orzechowska A, Cholewska M, Krajewska-Kułak E. Determinanty wyboru zawodu pielęgniarki, poziom aspiracji oraz plany na przyszłość studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Probl Piel.* 2011; 19(1): 70–80.
13. Aleksiejczuk A. Motywy wyboru studiów medycznych w województwie podlaskim. *Med Og Nauki Zdr.* 2015; 21(4): 428–434.

Artykuł przyjęty do redakcji: 06.07.2017
Artykuł przyjęty do publikacji: 09.01.2018

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

Adres do korespondencji:

Edyta Monika Kędra
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
tel. kom.: 601 385 966
e-mail: edyta.kedra@wp.pl
Wydział Pielęgniarstwa
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa
w Opolu



BEHAVIORALNA OCENA BÓLU U PACJENTÓW NA ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII – WYNIKI WSTĘPNE

BEHAVIORAL ASSESSMENT OF PAIN IN PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT – PRELIMINARY RESULTS

Edyta Katarzyna Cudak¹, Danuta Dyk¹, Aleksandra Gutysz-Wojnicka², Bożena Nowaczyk¹,
Celina Glaza¹, Dorota Kazimierska¹, Sylwia Miętkiewicz¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.18>

STRESZCZENIE

Wstęp. Zgodnie z definicją ból jest subiektywnym odczuciem, którego intensywność może być opisana przez osobę ten ból odczuwającą. Jest wiele grup pacjentów, którzy z różnych powodów nie są w stanie zwerbalizować odczuwanego bólu. Ocena bólu odczuwanego przez pacjentów oddziałów intensywnej terapii jest związana z sedacją tych pacjentów, zaburzeniami komunikacji werbalnej oraz prowadzeniem sztucznej wentylacji.

Cel. Celem opracowania była dokonana u krytycznie chorych pacjentów ocena bólu z użyciem behawioralnych wskaźników, oparta na polskiej wersji skali *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT).

Materiał i metody. W opracowaniu użyto metody prospektywnej dla oceny poziomu bólu – polskiej wersji skali *Critical Care Pain Observation Tool*. Grupa badana składała się z pacjentów dwóch oddziałów intensywnej terapii – ogólnego i neurochirurgicznego, którzy byli wentylowani mechanicznie, zaintubowani lub z tracheostomią.

Wyniki. Badaniem objęto 72 ciężko chorych, wentylowanych mechanicznie pacjentów. Ból był oceniany podczas procedur nocycceptywnych. Mediana poziomu bólu ocenianego zgodnie ze skalą CPOT wynosiła 1, z maksymalną wartością 8 punktów i minimalną 0 punktów. Wyniki wskazują na dobre zabezpieczenie przeciwbólowe pacjentów.

Wnioski. Poziom bólu w całej ocenianej grupie pacjentów był niski. W większości przypadków nie obserwowano behawioralnych zmian w odpowiedzi na ból. Istnieje korelacja pomiędzy fizjologicznymi i behawioralnymi wskaźnikami w odpowiedzi na ból.

SŁOWA KLUCZOWE: ból, intensywna terapia, skala CPOT.

ABSTRACT

Introduction. According to the definition, pain is a subjective phenomenon whose intensity can be subjectively described by the person feeling the pain. There are many groups of patients who, for various reasons, are unable to verbalize the pain they feel. Assessing the pain felt by patients treated in intensive care units is a challenge due to sedation, verbal communication disorders or artificial respiration.

Aim. The aim of the study was assessing pain using behavioral pain indicators based on the Polish version of Critical Care Pain Observation Tool (CPOT).

Material and methods. The study used the prospective method, and for assessing the level of pain – Polish version of pain assessment scales Critical Care Pain Observation Tool (CPOT). The research group consisted of two intensive care units – general and neurosurgical one, who are mechanically ventilated, intubated or with tracheotomy.

Results. The study included 72 severely ill, mechanically ventilated patients; pain was assessed during nociceptive procedure. In the study group the median of pain level according to CPOT was 1 point, with the maximum value of 8 points and the minimum of 0. The results indicate good analgesic protection of patients.

Conclusions. The level of pain for the whole group of patients was low. In majority of observation no behavioural response to pain was noted. There is a correlation between physiological and behavioural factors in response to pain.

KEYWORDS: pain, critical care, CPOT scale.

Wprowadzenie

Ból definiowany jest jako subiektywne, negatywne odczucie mające podłoże tak zmysłowe, jak i emocjonalne, które powstaje pod wpływem czynników, które doprowadzają do uszkodzenia tkanek bądź zagrażają ich uszkodzeniem [1]. Zjawisko bólu u pacjenta towarzyszy wielu sytuacjom klinicznym i zważywszy na negatywne

dobrze poznane skutki bólu, powinno ono być oceniane i niwelowane. Ból może powodować szereg zaburzeń na poziomie narządów i tkanek, przyczyniając się do zwiększenia poziomu endogennych katecholamin, co z kolei doprowadza do przyspieszenia czynności serca, liczby oddechów, wzrostu ciśnienia tętniczego, skutkując zwiększonym zapotrzebowaniem na tlen, zwiększonym

szonym jego zużyciem, a w konsekwencji pogorszeniem przepływu narządowego i tkankowego, z hipoksją i nasileniem reakcji katabolicznej włącznie [2–4]. Istnieją wyniki potwierdzające wpływ bólu na zwiększoną zachorowalność i śmiertelność [5].

Zgodnie z definicją ból jest zjawiskiem subiektywnym, czyli jego natężenie może określić subiektywnie osoba doznająca bólu, jednakże jest wiele grup pacjentów, którzy z różnych przyczyn nie są w stanie bólu werbalizować. Tą szczególną grupą pacjentów są chorzy leczeni na oddziale intensywnej terapii, często poddani sedacji, z zaburzeniami komunikacji werbalnej wynikającymi albo z ograniczeń świadomości i przytomności, albo z konieczności wytworzenia sztucznej drogi oddechowej. U pacjentów ciężko chorych powinno się oceniać ból na podstawie objawów podmiotowych, ale również na podstawie zachowania się chorego: wyrazu i ekspresji twarzy, grymasu twarzy, wokalizacji, napięcia mięśniowego [5]. Doznania bólowe związane z procedurami inwazyjnymi, jak również wynikające ze stanu klinicznego w świetle danych literatury przedmiotu dotyczą ponad 50% pacjentów ciężko chorych i są oceniane jako ból o natężeniu od średniego po ciężki [6]. Badania wskazują, że ci pacjenci najczęściej odczuwają ból związany z inwazyjnym monitorowaniem funkcji życiowych, inwazyjnymi procedurami diagnostycznymi, wentylacją mechaniczną, czynnościami pielęgnacyjnymi, takimi jak: zmiana ułożenia, oczyszczanie dróg oddechowych i bolesna zmiana opatrunków [6–8].

Celem badań była ocena bólu w oparciu o wskaźniki behawioralne bólu na podstawie polskiej wersji skali *Critical Pain Observation Tool* (CPOT).

Cele szczegółowe:

1. Ocena częstotliwości obserwowanych behawioralnych objawów bólu podczas wykonywania procedur nocyceptywnych.
2. Ocena zależności pomiędzy fizjologicznymi a behawioralnymi wskaźnikami bólu podczas wykonywania procedur nocyceptywnych.

Materiał i metody

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Autorzy zostali zwolnieni z obowiązku uzyskania pisemnej zgody osób badanych.

W badaniach zastosowano metodę prospektywną, z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi do oceny poziomu bólu, sedacji, stanu ciężkości i stanu świadomości. Technikami badań były obserwacja zachowania pacjentów w odpowiedzi na bodźce nocyceptywne związane z mechanicznym oczyszczaniem dróg oddechowych i zmianą ułożenia chorego oraz analiza dokumentacji medycznej badanych.

W celu oceny poziomu bólu posłużono się polską wersją skali oceny bólu CPOT [9]. Skala CPOT została opracowana w Kanadzie, gdzie była poddana procesowi standaryzacji w grupie 105 pacjentów kardiochirurgicznych nieprzytomnych i zaintubowanych oraz przytomnych i zaintubowanych; uzyskano zadowalające parametry psychometryczne. Według skali CPOT oceniane są cztery behawioralne wskaźniki bólu: wyraz twarzy, ruchy ciała, dostosowanie się do respiratora oraz wokalizacja (w przypadku pacjentów oddychających samodzielnie), a także napięcie mięśniowe. Każdy z tych wskaźników jest punktowany od 0 do 2, gdzie 0 oznacza brak reakcji w odpowiedzi na bodziec bólowy, 1 oznacza umiarkowaną reakcję na bodziec i 2 oznacza silną odpowiedź pacjenta na ból.

Dodatkowo oceniano wartości parametrów życiowych, takich jak SBP, DBP i MAP, tętno, RR oraz SpO₂. Do oceny stopnia sedacji wykorzystano skalę Ramsaya [10], stan ciężkości badanych oceniano na podstawie skali APACHE II [11].

Pacjenci byli obserwowani przez pielęgniarki anestezyjologiczne, które wyraziły zgodę na udział w badaniu. Przed zbieraniem danych pielęgniarki otrzymały teoretyczny i praktyczny instruktaż oceny bólu i zastosowania skali CPOT.

Ocenę bólu prowadzono u 72 pacjentów podczas wykonywania czynności pielęgniarstwa określanych jako nocyceptywne, takich jak: mechaniczne oczyszczanie drzewa oskrzelowego, zmiana pozycji i zmiana opatrunków. Łącznie przeprowadzono 72 obserwacje zachowania się pacjenta podczas ww. procedur. Każdego pacjenta obserwowano jeden raz.

Grupę badanych stanowili pacjenci leczeni na dwóch oddziałach intensywnej terapii ogólnym i neurochirurgicznym, wentylowani mechanicznie, zaintubowani lub z tracheostomią. Kryterium włączenia do badań stanowili pacjenci, którzy prezentowali problemy z werbalizacją bólu, bez ubytków neurologicznych w postaci porażień lub niedowładów oraz pełnoletni, którzy nie byli pod wpływem alkoholu czy środków odurzających. W badanej grupie wyodrębniono cztery podgrupy pacjentów: otrzymujących leki przeciwbólowe, nieotrzymujących leków przeciwbólowych, otrzymujących leki sedatywne, nieotrzymujących leków sedatywnych.

W analizie statystycznej wykorzystano statystyki opisowe adekwatne do uzyskanych danych. Dla zmiennych interwałowych wykorzystano średnią arytmetyczną oraz odchylenie standardowe, dla zmiennych porządkowych natomiast wykorzystano medianę, wartości minimalne i maksymalne oraz wartości kwartyli dolnego i górnego. Dla zmiennych nominalnych określono liczbę (n) oraz procentową wartość udziału danej zmiennej. W celu oceny korelacji pomiędzy zmiennymi obliczono współ-

czynnik korelacji rangowej r_s Spearmana, natomiast różnice pomiędzy zmiennymi oszacowano za pomocą testu nieparametrycznego Manna-Withneya. Poziom istotności statystycznej przyjęto $p < \alpha$. Analizy statystycznej dokonano w programie Statistica 10,0.

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 72 pacjentów: 33 kobiety (45,8%) i 39 mężczyzn (54,1%). Średnia wieku badanych wyniosła 58,1 roku ($\pm 15,3$ roku). Wszyscy pacjenci byli poddani inwazyjnej wentylacji mechanicznej, zaintubowani lub z tracheostomią. Spośród badanych 37,5% pacjentów otrzymywało leki przeciwbólowe, natomiast u 62,5% pacjentów nie zastosowano osłony przeciwbólowej. Lekii uspokajające otrzymywało 68% pacjentów, natomiast 32% pacjentów nie podawano sedacji. Mediana punktacji stopnia sedacji dla całej grupy badanej według skali Ramseya wyniosła 4 punkty (minimum 1 i maksimum 6 punktów) przy wartościach kwartyli 2 i 6. Kliniczny stan ciężkości oceniany w skali APACHE II wynosił dla ogółu badanych 24 punkty (minimum 9 i maksimum 87 punktów), wartości kwartyli dolnego i górnego odpowiednio 14 i 36. Stan świadomości według skali Glasgow w badanej grupie wynosił 7 punktów (3 i maks. 15 punktów) oraz kwartyli 3 i 11 (**Tabela 1**).

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna badanych
Table 1. Demographic characteristics of the study group

Zmienna/Variable	n (%)
Płeć/Sex	
kobiety/women	33 (45,8)
mężczyźni/men	39 (54,1)
Pacjenci otrzymujący leki przeciwbólowe/ Patients receiving painkillers	27 (37,5)
Pacjenci nieotrzymujący leków przeciwbólowych/ Patients not receiving painkillers	45 (62,5)
Pacjenci pod wpływem leków uspokajających/ Patients receiving sedatives	49 (68,5)
Pacjenci bez leków uspokajających/ Patients not receiving sedatives	23 (31,9)
APACHE II (mediana/min.-maks.)/ APACHE II (median/min.-max.)	24/9 – 87
Skala Ramseya/Ramsey Scale	4 /1–6
Skala Glasgow/Glasgow Scale	7/3–15

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Poziom bólu mierzony za pomocą skali oceny bólu CPOT dla ogółu badanych wynosił 1 punkt (0–8) przy

wartościach kwartyli 0 i 3. Dla osób, które otrzymywały leki przeciwbólowe, poziom sedacji wyniósł 4 punkty (1–6), stan świadomości wyniósł 8 (3–15), zaś poziom bólu w skali CPOT równał się 2 punkty (0–8) przy wartościach kwartyli 0 i 3. Dla badanych nieotrzymujących leku przeciwbólowego poziom bólu na podstawie skali CPOT wyniósł 0 punktów (0–8) przy wartościach kwartyli 0 i 2. Dla badanych, którzy byli pod wpływem leków uspokajających, poziom bólu wyniósł 0 punktów (0–8), a wartości kwartyli równały się odpowiednio 0 i 3, zaś dla pacjentów, którzy nie byli pod wpływem leków uspokajających, wynosił 2 punkty (0–4) przy wartościach kwartyli 0–3 (**Tabela 2**).

Mediana punktacji wskaźnika „wyras twarzy” dla ogółu badanych wynosiła 0 (0–2), co oznacza, że pacjent był zrelaksowany i nie prezentował reakcji bólowej. Mediana punktacji wskaźnika „ruchy ciała” wynosiła 0 (0–2), wskaźnika „dostosowanie do respiratora” – 0 (0–2), wskaźnika „napięcie mięśniowe” – również 0 (0–2). W większości ocen zanotowano brak odpowiedzi podczas procedury nocyceptywnej. Zakres punktacji statystyk opisowych poszczególnych wskaźników zachowania w odpowiedzi na bodziec bólowy zaszeregowanych w skali CPOT w poszczególnych podgrupach badanych przedstawiono w **tabeli 2**.

Tabela 2. Statystyki opisowe dla wskaźników bólu skali CPOT
Table 2. Descriptive statistics for CPOT Scale pain indicators

Grupy pacjentów/ Groups of patients	Wskaźniki bólu/ Pain indicators	Mediana/ Median	Wartości minimalne/ Minimal values	Wartości maksymalne/ Maximal values	Dolny kwartyl/ Lower quartile	Górny kwartyl/ Upper quartile
Pacjenci z analgezą/ Patients with analgesia	Wyras twarzy/ Facial expression	1	0	2	0	1
	Ruchy ciała/ Body movements	0	0	2	0	1
	Dostosowanie do respiratora/ Compliance with ventilator	0	0	0	0	1
Pacjenci bez leków przeciwbólowych/ Patients not receiving painkillers	Napięcie mięśniowe/ Muscular tension	0	0	2	0	1
	Wyras twarzy/ Facial expression	0	0	2	0	1
	Ruchy ciała/ Body movements	0	0	2	0	0
Pacjenci poddani działaniu leków uspokajających/ Patients receiving sedatives	Dostosowanie do respiratora/ Compliance with ventilator	0	0	2	0	0
	Napięcie mięśniowe/ Muscular tension	0	0	1	0	0
	Wyras twarzy/ Facial expression	0	0	2	0	1
Pacjenci poddani działaniu leków uspokajających/ Patients receiving sedatives	Ruchy ciała/ Body movements	0	0	2	0	1
	Dostosowanie do respiratora/ Compliance with ventilator	0	0	2	0	1
	Napięcie mięśniowe/ Muscular tension	0	0	1	0	0

Pacjenci bez sedacji/ <i>Patients not receiving sedatives</i>	Wyraz twarzy/ <i>Facial expression</i>	1	0	1	0	1
	Ruchy ciała/ <i>Body movements</i>	0	0	2	0	1
	Dostosowanie do respiratora/ <i>Compliance with ventilator</i>	0	0	2	0	1
	Napięcie mięśniowe/ <i>Muscular tension</i>	0	0	1	0	0

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Podczas oceny bólu obserwowano z różną częstotliwością poszczególne zachowania pacjentów, które stanowią parametry skali oceny bólu CPOT. U większości badanych nie obserwowano oznak bólu w zakresie ocenianych zmiennych. Poziom wynosił 0 punktów, zdecydowanie rzadziej obserwowane były oznaki bólu oceniane na 1 punkt w zakresie ocenianych zmiennych, natomiast najrzadziej punktowano zmienne maksymalnie (Tabela 3).

Tabela 3. Częstotliwość występowania behawioralnych wskaźników bólu
Table 3. Frequency of incidence of behavioral pain indicators

Grupy pacjentów/ Groups of patients N (%)	Behawioralne wskaźniki bólu wg skali CPOT/ <i>Behavioral pain indicators according to CPOT Scale</i>	n (%)
Pacjenci otrzymujący leki przeciwbólowe/ <i>Patients receiving painkillers</i> 27(62,9)	Wyraz twarzy/ <i>Facial expression</i>	
	0	11 (40,7)
	1	12 (44,4)
	2	4(14,8)
	Ruchy ciała/ <i>Body movements</i>	
	0	19 (70,3)
	1	5 (18,5)
	2	3 (11,1)
	Dostosowanie do respiratora/ <i>Compliance with ventilator</i>	
	0	16 (59,2)
	1	8 (29,6)
	2	2 (7,4)
Napięcie mięśniowe/ <i>Muscular tension</i>		
0	16 (59,2)	
1	10 (37,0)	
2	1 (3,7)	
Pacjenci nieotrzymujący leków przeciwbólowych/ <i>Patients not receiving painkillers</i> 45 (71,1)	Wyraz twarzy/ <i>Facial expression</i>	
	0	31 (68,9)
	1	13 (28,9)
	2	1 (2,2)
	Ruchy ciała/ <i>Body movements</i>	
	0	34 (75,5)
	1	6 (13,3)
	2	5 (11,1)
	Dostosowanie do respiratora/ <i>Compliance with ventilator</i>	
	0	35 (77,8)
	1	7 (15,5)
	2	3 (6,7)
Napięcie mięśniowe/ <i>Muscular tension</i>		
0	40 (88,9)	
1	5 (11,1)	
2	-	

Pacjenci otrzymujący leki sedatywne/ <i>Patients receiving sedatives</i> 49 (68,5)	Wyraz twarzy/ <i>Facial expression</i>	
	0	32 (65,3)
	1	12 (24,4)
	2	5 (10,2)
	Ruchy ciała/ <i>Body movements</i>	
	0	32 (65,3)
	1	12 (24,9)
	2	5 (10,2)
	Dostosowanie do respiratora/ <i>Compliance with ventilator</i>	
	0	36 (73,5)
	1	8 (16,3)
	2	4 (8,1)
Napięcie mięśniowe/ <i>Muscular tension</i>		
0	39 (79,6)	
1	8 (16,3)	
2	2 (4,08)	
Pacjenci nieotrzymujący leków sedatywnych/ <i>Patients not receiving sedatives</i> 23 (31,9)	Wyraz twarzy/ <i>Facial expression</i>	
	0	10 (43,6)
	1	13 (56,5)
	2	-
	Ruchy ciała/ <i>Body movements</i>	
	0	16 (69,6)
	1	4 (17,3)
	2	3 (13,04)
	Dostosowanie do respiratora/ <i>Compliance with ventilator</i>	
	0	15 (30,4)
	1	7 (30,4)
	2	1 (4,3)
Napięcie mięśniowe/ <i>Muscular tension</i>		
0	18 (78,2)	
1	5 (21,7)	
2	-	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Średnie wartości tętna podczas bodźcowania w całej grupie badanej wynosiły 82,6/minutę ($\pm 18,6$), średnie wartości ciśnienia tętniczego (MAP) wynosiły dla ogółu badanych 71,3 ($\pm 30,7$), średnia liczba oddechów (RR) wynosiła 19,9/minutę ($\pm 3,6$), natomiast średnie saturacji krwi tętniczej (SpO_2) równały się 97,4% ($\pm 2,1$). Nie wykazano różnic w wartościach MAP u osób, które otrzymywały lek przeciwbólowy i nie otrzymywały analgezji ($p > 0,05$), natomiast zanotowano istotną różnicę statystyczną w RR ($p = 0,01$). W podgrupie pacjentów otrzymujących leki sedatywne różnice istotne statystycznie dotyczyły jedynie wartości MAP ($p = 0,00$). MAP było wyższe podczas wykonywania procedury bólowej w grupie pacjentów, którzy nie otrzymywali leków uspokajających. Mediana poziomu sedacji ocenianej wg skali Ramsey'a wynosiła 4 (1–6).

W celu oceny zależności pomiędzy klinicznym stanem ciężkości wyrażonym punktacją w skali APACHE II a poziomem bólu wyrażonym punktacją w skali CPOT wykorzystano test korelacji rang Spearmana. Analiza nie wykazała zależności tak w całej grupie badanych, jak i w grupie badanych kobiet i mężczyzn. Natomiast wykazano istotnie statystyczną zależność

między stanem klinicznym a poziomem bólu w grupie pacjentów, którzy otrzymywali leki przeciwbólowe ($r_s = 0,3$, $p = 0,04$). Wykazano także istotną statystycznie zależność pomiędzy stanem ciężkości a poziomem bólu u pacjentów, którzy nie otrzymywali terapii przeciwbólowej ($r_s = -0,3$, $p = 0,02$). Nie wykazano natomiast zależności pomiędzy poziomem bólu a poziomem sedacji wyrażonej punktacją w skali Ramsaya. W celu oceny zależności pomiędzy wskaźnikami fizjologicznymi i poziomem bólu wykorzystano test korelacji rang Spearmana. Wykazano silną zależność istotną statystycznie pomiędzy badanymi zmiennymi ($r_s = ,8$, $p = 0,00$) zarówno w całej grupie badanej, jak i w podgrupach mężczyzn i kobiet oraz w podgrupach pacjentów otrzymujących leki przeciwbólowe i nieotrzymujących leków przeciwbólowych, poddanych sedacji i nieotrzymujących sedacji.

Ocenie statystycznej poddano również zależność pomiędzy stopniem sedacji a poziomem odczuwanego bólu. Wykazano w całej grupie oraz wśród kobiet i mężczyzn istotną statystycznie zależność, gdzie $r_s > 0$ i $p = 0,05$, a także w podgrupie pacjentów, którzy nie otrzymywali leku przeciwbólowego, a byli sedowani ($r_s = -0,5$, $p = 0,00$).

Dyskusja

Ból, będąc zjawiskiem subiektywnym, zawsze stanowił element trudny do oceny. Tym większej trudności dostarcza jego rozpoznanie u pacjentów ciężko i krytycznie chorych. Niemożność werbalizacji u większości tych pacjentów skłania do poszukiwania i oceny pozawerbalnych wskaźników dostarczających informacji o poziomie bólu w tej grupie chorych w celu lepszej jego oceny i lepszego monitorowania leczenia. Dlatego też w opracowaniach Polskiego Towarzystwa Badania Bólu znalazły się rekomendacje dotyczące także oceny behawioralnej bólu w różnych grupach chorych, którzy mają problemy, na różnym poziomie, z komunikacją i wyrażaniem tym samym swoich odczuć dotyczących dolegliwości bólowych [12].

Celem badań własnych była ocena behawioralna bólu w oparciu o formularz skali CPOT. Badania prowadzono w grupie 72 ciężko chorych, wentylowanych mechanicznie pacjentów, a ból oceniano w trakcie procedury nocyceptywnej. W badanej grupie mediana poziomu bólu wg CPOT wynosiła 1 punkt, przy wartości maksymalnej 8 punktów, a minimalnej 0. Wynik wskazuje na dobre zabezpieczenie przeciwbólowe pacjentów. Są to wartości porównywalne z innymi badaniami prowadzonymi w oparciu o wskaźniki behawioralne skali CPOT [13]. Nieco różniły się wyniki otrzymane przez badaczy z Korei. Badali oni poziom bólu związany

z procedurą oczyszczania dróg oddechowych u pacjentów po uszkodzeniu mózgu ($n = 31$). Obserwowano ból w większości na poziomie 1, jeszcze przed zadziałaniem bodźca, zaś podczas bodźcowania poziom bólu wynosił średnio 2,58–3,26 i był istotnie statystycznie większy od poziomu przed odsysaniem drzewa oskrzelowego [14]. Tendencje wzrostu poziomu bólu, medianę 2 pkt wartości skali CPOT zanotowali także Echegaray-Benites i wsp., którzy oceniali w grupie pacjentów neurochirurgicznych zachowanie w odpowiedzi na bodziec bólowy związany ze zmianą ułożenia chorego [15]. Bardzo zbliżona odpowiedź bólowa była zanotowana podczas badań prowadzonych przez Rijkenberg i wsp., którzy uzyskali medianę równą 0 wartości skali CPOT w czasie spoczynku i wzrost do 2 w czasie wykonywania procedury nocyceptywnej [16]. Takie wyniki wskazują na dość dobre zabezpieczenie przeciwbólowe pacjentów.

Głównym punktem analizy w prezentowanych badaniach własnych było oszacowanie częstości zachowań pacjenta podczas bólu. Pacjenci otrzymujący leki przeciwbólowe nie prezentowali w większości żadnej odpowiedzi na ból. Osiągane wyniki można tłumaczyć zabezpieczeniem przeciwbólowym za pomocą środków opioidowych, podawanych w ciągłych infuzjach. Bardzo podobne wyniki otrzymali Echegaray-Benites i wsp. – w większości nie było odpowiedzi widocznej w zachowaniu poszczególnych wskaźników bólu zarezerwowanych w skali CPOT [15]. Żaden wskaźnik bólu wchodzący w skład skali CPOT w badaniach własnych nie osiągnął maksymalnych wartości mediany, w przeciwieństwie do przywołanych wyżej badań, w których zanotowano wartość najwyższą mediany poziomu bólu, świadcząca o silnie odczuwanym bólu podczas zmiany pozycji pacjentów [15].

W przeprowadzonych badaniach własnych zanotowano również typowe zachowanie się parametrów życiowych pacjentów, które w czasie bodźcowania wykazywały tendencje wzrostowe, sugerujące nieadekwatne uspokojenie pacjenta. Jednakże wiele badań wskazuje, że wskaźniki fizjologiczne nie zawsze są oznaką bólu towarzyszącego pewnym procedurom, również prezentują tendencje wzrostowe przy procedurach niegenerujących doznań bólowych [17, 18].

Ograniczenia przytaczanych badań własnych wynikają przede wszystkim z homogenicznej i zbyt małej grupy pacjentów oraz z braku oceny bólu w spoczynku, po bodźcowaniu i 20 minut po procedurze. Skala CPOT wymaga zastosowania w dalszych badaniach pacjentów ciężko chorych, niezdolnych do werbalizowania bólu, przebywających na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii i określenia trafności i rzetelności jej polskiej wersji.

Wnioski

1. Poziom bólu dla ogółu badanych w ocenie behawioralnej był niski.
2. W większości obserwacji nie notowano żadnej odpowiedzi behawioralnej na ból.
3. Istnieje zależność pomiędzy wskaźnikami fizjologicznymi i behawioralnymi w odpowiedzi na ból.

Piśmiennictwo

1. Marskey H, Bogduk N (red.). International Association for the Study of Pain IASP Task Force on Taxonomy. Part III: Pain terms, a current list with definitions and notes on Osage. Classification of chronic Pain. Seattle: IASP Press; 1994.
2. Puntillo K, Morris A, Thomson C, Stanik-Hutt J, White C, Wilg L. Pain behaviours observed during six common procedures: results from the Tunder Project II. *Crit Care Med.* 2004; 32: 421–427.
3. de Jong A, Molinari N, de Lattre S et al. Decreasing severe pain and serious adverse events while moving intensive care unit patients: a prospective interventional study (the NURSE – DO project). *Crit Care.* 2013; 17: 74.
4. Page D, Blakley W, Ben-Eliyahu S. Evidence that postoperative pain is a mediator of the tumor promoting effects of surgery in rats. *Pain.* 2001; 90: 191–199.
5. Shannon K, Bucknall T. Pain assessment in critical care: what we have learnt from research. *Intensive Crit Care Nurs.* 2003; 19: 154–162.
6. Chanques G, Sebbane M, Barbotte E et al. A prospective study of pain at rest: incidence and characteristics of an unrecognised symptom in surgical and trauma versus medical intensive care unit patients. *Anesthesiology.* 2007; 107: 858–860.
7. Marmo L, Fowler S. Pain Assessment tool in the Critically ill post open heart surgery patient population. *Pain Manage Nurs.* 2010; 11: 134–140.
8. Puntillo KA, Max A, Timsit JF et al. Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The Europain (R) study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014; 189: 39–47.
9. Gelinac C, Fillion L, Puntillo KA et al. Validation of the Critical Care Pain Observation Tool in adult patients. *Am J Crit Care.* 2006; 15: 420–427.
10. Ramsay MAE, Savege TM, Simpson BRJ & Goodwin R. Controlled sedation with alpraxalone-alphadolone. *Brit Med J.* 1974; 2: 656–659.
11. Knaus WA, Dreper E, Wagner DP. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med.* 1985; 13: 818–829.
12. Misiófek H, Cettler M, Woroń J et al. Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym Ad 2014. *Ból.* 2014; 14: 19–47.
13. Linde S, Badger J, Machan JT. Reevaluation of the critical-care pain observation tool in intubated adults after cardiac surgery. *Am J Crit Care.* 2013; 6: 491–497.
14. Lee K, Ob H, Sub Y, Seo W. Patterns and clinical correlates of pain among brain injury patients in critical care assessed with Critical Care Pain Observation Tool. *Pain Manag Nurs.* 2013; 14: 259–267.
15. Echegaray-Benites Ch, Kapoustina O, Gelinac C. Validation of the use of the Critical Care Observation Tool (CPOT) with brain surgery patients in the neurosurgical intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2014; 30: 257–265.
16. Rijkenberg S, Stilma W, Endeman H et al. Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical Care Pain Observation Tool. *J Crit Care.* 2015; 30: 167–172.
17. Marmo L, Fowler S. Pain assessment tool in the critically ill post open heart surgery patient population. *Pain Manag Nurs.* 2010; 11(3): 134–140.
18. Young J, Siffleet Jo, Nikoletti S et al. Use of Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive Crit Care Nurs.* 2006; 22(1): 32–39.

Artykuł przyjęty do redakcji: 17.09.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 24.01.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Edyta Cudak

ul. Mariana Smoluchowskiego 11

60-179 Poznań

tel.: 61 861 22 39

fax: 61 861 22 66

e-mail: edytacud@ump.edu.pl

Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



OCZEKIWANIA PACJENTÓW Z TERENU WSCHODNIEJ POLSKI WOBEC LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

EXPECTATIONS OF PATIENTS FROM EASTERN POLAND RELATIVE TO THE PRIMARY HEALTH CARE DOCTORS

Ewa Humeniuk¹, Katarzyna Pawlikowska-Łagód², Olga Dąbska¹, Paulina Mazurek¹

¹ Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.19>

STRESZCZENIE

Wstęp. Oczekiwania wobec świadczeniodawców usług medycznych na przestrzeni lat znacząco się zmieniły. Wraz z większą dostępnością świadczeń opieki zdrowotnej pacjenci stali się bardziej roszczeniowi i częściej zwracają uwagę na jakość udzielanych porad. Rosnące oczekiwania pacjentów zauważyć można zwłaszcza względem realizatorów podstawowej opieki zdrowotnej.

Cel. Celem niniejszej pracy było poznanie oczekiwań pacjentów makroregionu lubelskiego wobec lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono na grupie 100 pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. Narzędzie badawcze stanowił standaryzowany kwestionariusz: Lista Oczekiwań Pacjenta (PRF). Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu programu IBM SPSS Statistics.

Wyniki. Uzyskano istotną statystycznie zależność między zmiennymi socjodemograficznymi a chęcią otrzymania otuchy w trudnej chwili. Niezależnie od zmiennych socjodemograficznych badani wykazywali znaczącą potrzebę otrzymania od lekarza POZ porad na temat działań, które w pozytywny sposób wpłynęłyby na stan ich zdrowia i wykazywali średni stopień zaciekania prawdziwymi problemami zdrowotnymi, z jakimi, być może, będą się zmagać w przyszłości.

Wnioski. Poziom satysfakcji i spełnienia oczekiwań pacjentów rozpatrywany jest jako najlepsze źródło informacji o jakości usług medycznych. W znaczącej większości respondenci domagają się od lekarza POZ omówienia wyników badań, uzyskania informacji o prawdopodobnym przebiegu choroby, jej objawach i skutkach ubocznych, sposobie przyjmowania leków, podejmowanym leczeniu czy wypisania skierowania do lekarza specjalisty.

SŁOWA KLUCZOWE: pacjent, lekarz POZ, oczekiwania.

ABSTRACT

Introduction. Expectations relative to providers of medical services over the years have changed significantly. Along with the greater availability of health care services, patients have become more demanding and pay attention to the quality of the advice provided. The increasing expectations of patients can be observed especially relative to the implementers of primary health care.

Aim. The aim of the research was to assess the expectations of patients from Eastern Poland relative to the primary health care doctors.

Material and methods. The surveyed group consisted of 100 patients from facilities providing primary health care services. The research tool was a standardized questionnaire Patient Request Form (PRF). Analysis of the gathered data was done using IBM SPSS Statistics software.

Results. A statistically significant relationship between socio-demographic variables and the willing to receive support in difficult moments. Regardless of the socio-demographic variables, respondents demonstrated a significant need to obtain advice about the activities that had a positive effect on their health from the primary health care doctors, and demonstrated the average degree of curiosity in probable health problems which they are likely to face in the future.

Conclusions. The level of satisfaction and fulfillment of patient expectations are considered the best source of information about the quality of medical services. Most respondents demand from primary health care doctors to discuss the results of research, obtain information about the probable course of the illness, symptoms and side effects of the disease, pharmacotherapy, undertaken treatment or referrals to specialists.

KEYWORDS: patient, primary health care doctor, expectations.

Wprowadzenie

Od dłuższego czasu w Polsce trwa publiczna debata dotycząca jakości funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej. Za główne wyzwanie stojące przed systemem ochrony zdrowia uważa się kształtowanie na

odpowiednio wysokim poziomie relacji lekarz – pacjent tak, aby opierały się one na równoważności i poszanowaniu potrzeb obu stron [1]. Zdaniem Małeckiej i Marcinkowskiego to „(...) świadczeniobiorca usług medycznych kształtuje współczesny rynek tych usług na

płaszczyźnie subiektywnej poprzez wyrażanie swoich opinii i oczekiwań” [2]. Stopień spełnienia oczekiwań pacjentów rozpatrywany jest jako najlepsze źródło informacji o jakości usług medycznych z perspektywy pacjenta. Palczewska donosi, iż pacjenci oczekują przede wszystkim od przedstawicieli służby zdrowia ciągłości procesu terapeutycznego, komfortu psychicznego, dobrej relacji z personelem [3].

Rosnące oczekiwania pacjentów zauważyć można zwłaszcza względem realizatorów podstawowej opieki zdrowotnej. Na lekarzu rodzinnym ciąży nie tylko obowiązek diagnozowania i leczenia, ale i pełnienia funkcji opiekuna rodziny [4]. Lekarz POZ uważany jest za „(...) kluczowy element systemu opieki zdrowotnej. Jest nie tylko podstawowym źródłem kontaktu między pacjentem a lekarzem, ale również w wielu przypadkach inicjuje indywidualne środki zapobiegawcze i lecznicze” [5]. Sprawowana przez niego opieka „(...) powinna być opieką wszechstronną, zintegrowaną i ciągłą, a jej zakres powinien być na tyle szeroki, by odpowiadała ona na większość problemów zdrowotnych, a przede wszystkim gwarantowała takie usługi, jak: promocja zdrowia, profilaktyka, wczesna diagnostyka, leczenie, rehabilitacja, opieka paliatywna oraz wsparcie w zarządzaniu samą opieką” [6]. Dlatego też spełnianie oczekiwań pacjentów odnośnie świadczeń lekarza POZ jest niezwykle istotne.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było poznanie oczekiwań pacjentów makroregionu lubelskiego wobec lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów placówek udzielających świadczeń o charakterze podstawowej opieki zdrowotnej: NZOZ Ośrodek Zdrowia w Czemiernikach (n = 50) i Przychodnia 1 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Lublinie (n = 50). Ponad połowę (54%) ankietowanych stanowiły kobiety. Najmłodszy respondent miał 19, a najstarszy – 76 lat, przy czym średnia wieku ankietowanych wyniosła 58 lat. Wśród ankietowanych dominowały osoby z wykształceniem średnim (36%) i wyższym (35%). Mieszkańców wsi i miasta było po 50%.

Przeprowadzając badania, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym był standaryzowany kwestionariusz: Lista Oczekiwań Pacjenta (PRF) autorstwa Petera Salmona i Johna Quine'a w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego. Jest to narzędzie samoopisu, składające się z 18 stwierdzeń dotyczących odczuć pacjenta po konkretnej wizycie lekarskiej, związanych m.in.

z zaangażowaniem lekarza w wyjaśnienie choroby, uzyskaniem wsparcia czy informacji o badaniach, sposobie stosowania leków, przebiegu ewentualnego leczenia. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu programu IBM SPSS Statistics. Posłużono się testami χ^2 ($p < 0,01$), U Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wal-lisa ($p < 0,05$).

Wyniki

Przeprowadzona analiza wykazała brak istotnej statystycznie zależności między płcią (test $\chi^2 = 1,256$, $p = 0,986$), miejscem zamieszkania (test $\chi^2 = 5,161$, $p = 0,076$), wykształceniem (test $\chi^2 = 4,523$, $p = 0,340$) i wiekiem (test $\chi^2 = 2,793$, $p = 0,593$) a chęcią otrzymania od lekarza POZ porad na temat działań, które w pozytywny sposób wpłynęłyby na stan zdrowia pacjenta. Niemalże wszystkie kobiety (96,3%) i mężczyźni (93,3%), mieszkańcy miast (98%) i wsi (91,8%), badani niezależnie do poziomu wykształcenia i przynależności do poszczególnych grup wiekowych wykazywali chęć uzyskania takich informacji od lekarza rodzinnego.

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między płcią (test $\chi^2 = 2,241$, $p = 0,326$), miejscem zamieszkania (test $\chi^2 = 4,480$, $p = 0,106$), wykształceniem (test $\chi^2 = 2,999$, $p = 0,558$) i wiekiem (test $\chi^2 = 5,766$, $p = 0,217$) a chęcią posiadania wiedzy na temat prawdopodobnych przyszłych problemów zdrowotnych. Badani bez względu na poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania czy płeć wykazywali średni stopień zaciekania prawdziwymi problemami zdrowotnymi, z jakimi, być może, będą się zmagać w przyszłości. Zaobserwowano, iż nieznacznie wraz z wiekiem badani rzadziej niż młodsi ankietowani wolli być świadomi przyszłych zaburzeń w stanie zdrowia.

Uzyskano istotną statystycznie zależność między płcią (test $\chi^2 = 7,608$, $p = 0,022$), wiekiem (test $\chi^2 = 10,496$, $p = 0,033$) a chęcią poznania przez pacjentów wyników swoich badań. Zdecydowanie więcej kobiet (73,6%) niż mężczyzn (48,9%) chciało zapoznać się z efektami badań (**Tabela 1**).

Tabela 1. Chęć poznania wyników przeprowadzonych badań w zależności od płci

Table 1. The desire to know the results of the research conducted on the basis of sex

Chcę poznać wyniki przeprowadzonych badań/I want to know the results of the research	Tak/Yes	Nie/No	Odchylenie standardowe/Standard deviation
Kobiety/Women	73,6%	24,5%	0,27
Mężczyźni/Men	48,9%	40,0%	0,16

Źródło: opracowanie własne
Source: authors own analysis

Wraz z wiekiem badanych rośnie chęć zaznajomienia się z wynikami przeprowadzonych badań (**Tabela 2**).

Tabela 2. Wiek a chęć poznania wyników przeprowadzonych badań
Table 2. Age and willingness to know the results of the research

Chcę poznać wyniki przeprowadzonych badań/ <i>I want to know the results of the research</i>	Tak/Yes	Nie/No
18–35 lat/ <i>age</i>	57,1%	42,9%
36–45 lat/ <i>age</i>	60,7%	35,7%
46–76 lat/ <i>age</i>	68,6%	17,1%

Źródło: opracowanie własne
Source: authors own analysis

Brak istotnej statystycznie zależności między miejscem zamieszkania (test $\chi^2 = 1,950$, $p = 0,377$) i wykształceniem (test $\chi^2 = 5,475$, $p = 0,242$) a chęcią poznania rezultatów badań.

Wystąpiła istotna statystycznie zależność między miejscem zamieszkania (test $\chi^2 = 14,131$, $p = 0,001$) i wiekiem badanych (test $\chi^2 = 10,381$, $p = 0,034$) a chęcią omówienia z lekarzem POZ wyników badań. Blisko połowa mieszkańców miast (49%) i znaczna większość mieszkańców wsi (81,6%) chciałyby, aby lekarz przedyskutował z nimi rezultaty badań (**Tabela 3**).

Tabela 3. Chęć omówienia z lekarzem wyników badań w zależności od miejsca zamieszkania
Table 3. Will want to discuss with the doctor the results of the study depending on the place of residence

Chcę, aby lekarz omówił wyniki moich badań/ <i>I want the doctor to discuss the results of my research</i>	Tak/Yes	Nie/No	Odchylenie standardowe/ <i>Standard deviation</i>
Miasto/ <i>City</i>	49,0%	43,1%	0,18
Wieś/ <i>Village</i>	81,6%	10,2%	0,34

Źródło: opracowanie własne
Source: authors own analysis

Wraz z wiekiem badanych rośnie odsetek osób, które chciałyby omówić z lekarzem wyniki badania (**Tabela 4**).

Tabela 4. Chęć omówienia z lekarzem wyników badań w zależności od wieku
Table 4. Desire to discuss with the doctor the results of the study, depending on age

Chcę, aby lekarz omówił wyniki moich badań/ <i>I want the doctor to discuss the results of my research</i>	Tak/Yes	Nie/No
18–35 lat/ <i>age</i>	50,0%	44,4%
36–45 lat/ <i>age</i>	67,9%	25,0%
46–76 lat/ <i>age</i>	77,8%	11,1%

Źródło: opracowanie własne
Source: authors own analysis

Nie zaobserwowano, aby płeć ankietowanych (test $\chi^2 = 2,811$, $p = 0,245$) i poziom wykształcenia (test

$\chi^2 = 5,629$, $p = 0,229$) wpływały na potrzebę omówienia przez lekarza wyników badań.

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między płcią (test $\chi^2 = 1,087$, $p = 0,581$), miejscem zamieszkania (test $\chi^2 = 2,496$, $p = 0,272$), wykształceniem (test $\chi^2 = 2,038$, $p = 0,729$) i wiekiem (test $\chi^2 = 2,807$, $p = 0,591$) a chęcią uzyskania od lekarza informacji o prawdopodobnym przebiegu choroby. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety, badani bez względu na poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania i reprezentowaną grupę wiekową w zdecydowanej większości chcieliby, aby lekarz POZ zapoznał ich z takimi informacjami.

Przeprowadzona analiza wykazała, że płeć (test $\chi^2 = 1,791$, $p = 0,408$) i poziom wykształcenia (test $\chi^2 = 9,369$, $p = 0,053$) nie wpływały na chęć uzyskania od lekarza POZ skierowania do lekarza specjalisty. Na możliwość skonsultowania stanu swojego zdrowia ze specjalistą rzutowały znacząco wiek (test $\chi^2 = 12,468$, $p = 0,014$) i miejsce zamieszkania (test $\chi^2 = 17,967$, $p = 0,000$). Skierowanie do specjalisty najczęściej pragnęli uzyskać mieszkańcy wsi (71,4%) (**Tabela 5**) oraz najstarsi badani (**Tabela 6**).

Tabela 5. Chęć uzyskania skierowania do specjalisty w zależności od miejsca zamieszkania
Table 5. Willingness to get referrals to a specialist depending on where you live

Chcę być kierowany do lekarza specjalisty/ <i>I want to be referred to a specialist</i>	Tak/Yes	Nie/No	Odchylenie standardowe/ <i>Standard deviation</i>
Miasto/ <i>City</i>	29,4%	54,9%	0,16
Wieś/ <i>Village</i>	71,4%	24,5%	0,28

Źródło: opracowanie własne
Source: authors own analysis

Tabela 6. Chęć uzyskania skierowania do specjalisty w zależności od wieku
Table 6. Willingness to refer to a specialist according to age

Chcę być kierowany do lekarza specjalisty/ <i>I want to be referred to a specialist</i>	Tak/Yes	Nie/No
18–35 lat/ <i>age</i>	27,8%	61,1%
36–45 lat/ <i>age</i>	57,1%	32,1%
46–76 lat/ <i>age</i>	66,7%	25,0%

Źródło: opracowanie własne
Source: authors own analysis

Wystąpiła istotna statystycznie zależność między wiekiem a chęcią otrzymania od lekarza POZ porad na temat przyjmowanych leków (test $\chi^2 = 14,653$, $p = 0,005$). Zaobserwowano, iż wraz z wiekiem rośnie potrzeba uzyskania informacji o stosowaniu leków (**Tabela 7**).

Tabela 7. Chęć otrzymania porady na temat przyjmowanych leków w zależności od wieku

Table 7. Willingness to receive advice on medications taken depending on age

Chcę porady na temat leków, które przyjmuję// want advice on the medications that it takes	Tak/Yes	Nie/No
18–35 lat/age	38,9%	44,4%
36–45 lat/age	60,7%	25,0%
46–76 lat/age	80,6%	8,3%

Źródło: opracowanie własne
Source: authors own analysis

Na potrzebę skonsultowania z lekarzem POZ kwestii zażywania leków nie wpływały poziom wykształcenia (test $\chi^2 = 5,227$, $p = 0,265$), miejsce zamieszkania (test $\chi^2 = 5,233$, $p = 0,073$) i płeć (test $\chi^2 = 0,872$, $p = 0,647$).

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między wiekiem (test $\chi^2 = 4,668$, $p = 0,323$), wykształceniem (test $\chi^2 = 0,482$, $p = 0,975$), miejscem zamieszkania (test $\chi^2 = 5,304$, $p = 0,071$), płcią (test $\chi^2 = 1,581$, $p = 0,454$) a chęcią otrzymania od lekarza informacji na temat objawów chorobowych. Badani bez względu na zmienne socjodemograficzne w znaczącej większości chcieli uzyskać od lekarza informacje na temat symptomów choroby. Zdecydowana większość badanych niezależnie od wieku (test $\chi^2 = 2,902$, $p = 0,574$), płci (test $\chi^2 = 0,923$, $p = 0,630$), miejsca zamieszkania (test $\chi^2 = 1,670$, $p = 0,434$) i wykształcenia (test $\chi^2 = 1,355$, $p = 0,852$) oczekiwała od lekarza wyjaśnień na temat stosowanego leczenia. Ponadto brak istotnej statystycznie zależności między wiekiem (test $\chi^2 = 8,107$, $p = 0,088$), wykształceniem (test $\chi^2 = 2,973$, $p = 0,562$), miejscem zamieszkania (test $\chi^2 = 4,838$, $p = 0,089$) i płcią (test $\chi^2 = 0,022$, $p = 0,989$) a chęcią posiadania wiedzy na temat możliwych skutków ubocznych swojej choroby. Zaobserwowano, iż chęć posiadania takiej wiedzy była odwrotnie proporcjonalna do wieku i wprost proporcjonalna do poziomu wykształcenia. Niezależnie od płci i miejsca zamieszkania zdecydowana większość badanych chciała być świadoma możliwych efektów ubocznych choroby.

Uzyskano istotną statystycznie zależność między płcią ($p = 0,001$) i miejscem zamieszkania respondentów ($p = 0,010$) a poprawą samopoczucia w wyniku podzielenia się z kimś swoimi odczuciami. Taką potrzebę wskazały najczęściej kobiety (61,1%) i mieszkańcy wsi (53,1%). Brak istotnej statystycznie zależności między wiekiem (test $\chi^2 = 3,950$, $p = 0,413$) i wykształceniem (test $\chi^2 = 6,766$, $p = 0,149$) a omawianą kwestią.

Wystąpiła istotna statystycznie zależność między płcią ($p = 0,000$), miejscem zamieszkania ($p = 0,010$), wykształceniem ($p = 0,025$), wiekiem (test $\chi^2 = 10,691$,

$p = 0,030$) a chęcią otrzymania otuchy w trudnej chwili. Zdecydowanie więcej kobiet (55,6%) niż mężczyzn (21,7%) oraz mieszkańców wsi (55,1%) niż miast (25,5%) wskazało na potrzebę pocieszenia w ciężkiej sytuacji. Potrzeba uzyskania pocieszenia i pocieszenia była wprost proporcjonalna do wieku (**Tabela 8**) i odwrotnie proporcjonalna do poziomu wykształcenia.

Tabela 8. Chęć otrzymania otuchy w trudnej chwili w zależności od wieku

Table 8. Wishing to receive reassurance at a difficult time depending on age

Chcę, aby ktoś dodał mi otuchy w trudnej chwili// want somebody to cheer me up in a difficult moment	Tak/Yes	Nie/No
18–35 lat/age	22,2%	44,4%
36–45 lat/age	50,0%	39,3%
46–76 lat/age	50,0%	38,9%

Źródło: opracowanie własne
Source: authors own analysis

Dyskusja

Zagadnienie dotyczące oczekiwań pacjentów względem lekarzy ma bardzo złożoną naturę. Fakt podjęcia roli pacjenta zależy w dużej mierze od dobrych lub złych doświadczeń, powstałych podczas wcześniejszych kontaktów z przedstawicielami służby zdrowia. Doświadczenia te dotyczą nie tylko skuteczności przeprowadzanej terapii, ale i „(...) empatii, wsparcia, zrozumienia, zapewnienia poczucia bezpieczeństwa, właściwej komunikacji, a także rozległej wiedzy medycznej, rozsądku, taktu, kultury osobistej” pracowników medycznych [7]. Zdaniem Wrońskiego i wsp. to w gestii chorego leży decydowanie o własnym procesie terapeutycznym, a zadaniem świadczeniodawcy jest zapewnienie usługi odpowiadającej wymaganiom beneficjenta [8].

Jednym z głównych oczekiwań pacjentów jest uzyskanie wsparcia emocjonalnego podczas wizyty lekarskiej. Rotter i wsp. donoszą, iż istotnie wyższy poziom oczekiwań odnośnie wsparcia emocjonalnego otrzymywanego od lekarzy POZ wykazują pacjenci starsi, samotni, słabiej wykształceni, nieaktywni zawodowo. Badacze są zdania, że lekarze POZ powinni więcej uwagi poświęcić sytuacji życiowej swoich pacjentów. Wskazali także na istotną statystycznie zależność między płcią a chęcią otrzymania otuchy od lekarza POZ ($p = 0,000$), którą znacznie częściej pragnęły uzyskać kobiety [7]. Odmienne wyniki uzyskali Wołosewicz i wsp. Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego u lekarza różnicują według badaczy zmienne, jak płeć, wiek, status społeczno-zawodowy, stan cywilny, wykształcenie, wskaźnik BMI. Zdaniem badaczy mężczyźni, osoby do 39. r.ż.,

pobierające rentę lub emeryturę, owdowiałe, z wyższym wykształceniem posiadają istotnie wyższy wskaźnik poszukiwania wsparcia emocjonalnego u lekarza [6]. Xhulia i wsp. zaobserwowali, iż na potrzebę wsparcia i otrzymanie wskazówek od personelu medycznego istotnie wpływają wiek i miejsce zamieszkania pacjentów [9]. Z kolei Marcinowicz i wsp. donoszą, iż pacjenci oczekują od lekarza pierwszego kontaktu skuteczności ekspresywnej, na którą składają się wsparcie emocjonalne, uspokojenie i dodawanie otuchy świadczeniobiorcom [10]. Robaszkiewicz-Bouakaz i wsp. badali poziom oczekiwań wobec opieki medycznej wśród pozbawionych wolności mężczyzn. Ponad 80% badanych chciało uzyskać informacje o stosowanym leczeniu, posiadanych objawach i przyczynach ich stanu zdrowia. Niewiele ponad połowa respondentów (58%) liczyła na wsparcie emocjonalne, przy czym byli to głównie starsi respondenci [11]. Badania własne wykazały, że ogólny poziom oczekiwań pacjentów dotyczący otrzymania otuchy jest dość wysoki. Wystąpiła istotna statystycznie zależność między wszystkimi analizowanymi zmiennymi socjodemograficznymi a chęcią otrzymania wsparcia w trudnej chwili. Potrzeba uzyskania pocieszenia była wprost proporcjonalna do wieku i odwrotnie proporcjonalna do poziomu wykształcenia. Wskazali na nią głównie kobiety i mieszkańcy wsi. Uzyskano także istotną statystycznie zależność między płcią i miejscem zamieszkania respondentów a poprawą samopoczucia w wyniku podzielenia się z kimś swoimi odczuciami, na co wskazali znacznie częściej kobiety oraz mieszkańcy wsi.

Strzelecka i wsp. analizowali opinie pacjentów powyżej 65. r.ż. na temat wymagań wobec lekarzy POZ z województwa świętokrzyskiego. Zespół dowiódł, iż wraz z wiekiem rosną oczekiwania pacjentów odnośnie uzyskiwanych informacji. Ponadto starsi świadczeniobiorcy wykazywali większą potrzebę wsparcia emocjonalnego niż młodsi ankietowani [12]. Odmiennie wyniki uzyskały Andruszkiewicz i Basińska. Wskazują na istotne statystycznie różnice między wiekiem respondentów a ogólnym poziomem oczekiwań wobec lekarza oraz potrzebą wyjaśnienia charakteru choroby i uzyskania wsparcia. Im młodsi byli pacjenci, tym mieli większe oczekiwania względem lekarza, wymagały głębszego wytłumaczenia spektrum choroby i wsparcia emocjonalnego [13]. Wang i wsp. donoszą, że im młodsi pacjenci i gorszy jest stan ich zdrowia, tym oczekują od lekarza jakościowo lepszej komunikacji [14]. Podobnego zdania są Łukomska i wsp., którzy donoszą, że osoby starsze wykazują mniejsze oczekiwania wobec lekarzy oraz otrzymywanych usług medycznych [15]. Autorska analiza wykazała, że badani bez względu na grupę wiekową w średnim stopniu byli zaciekawieni prawdopodobnymi problema-

mi zdrowotnymi, z jakimi, być może, będą się zmagać w przyszłości. Zaś wraz z wiekiem respondentów rosła chęć zapoznania się z wynikami przeprowadzonych badań i wzrastał odsetek osób, które chciałyby omówić je z lekarzem, a także rosła potrzeba uzyskania informacji o stosowaniu medykamentów.

Zadania lekarza w procesie komunikowania się z pacjentem to uzyskanie porozumienia i aktywizacja osoby objętej leczeniem. Niezbędne jest zatem nawiązanie odpowiedniej współpracy i kooperacji oraz udzielanie różnych form wsparcia beneficjentom świadczeń zdrowotnych. Vural i wsp. donoszą, iż umiejętności komunikacyjne pracowników służby zdrowia uznaje się za podstawowe czynniki skutecznie wpływające na stan zdrowia pacjenta i jego ogólne zadowolenie z podjętych metod leczenia [16]. Williams uważa, iż personel medyczny powinien realizować styl komunikowania się skoncentrowany na pacjencie. Ponadto sądzi, że empatia, współczucie płynące od lekarza podczas wizyty pozytywnie rzutują na poziom satysfakcji pacjentów [17]. Z kolei Ostrowska zwraca uwagę na obserwowane w relacjach pacjent – lekarz dysproporcje między społecznymi oczekiwaniami a praktyką społeczną [18].

W opinii Gill i wsp. pacjenci w głównej mierze oczekują od swojego lekarza odpowiednich kompetencji zawodowych i zrozumienia ich potrzeb zdrowotnych [19]. Podobne rezultaty uzyskano w badaniach własnych. Bez względu na zmienne socjodemograficzne badani chcieli uzyskać od lekarza POZ porady na temat działań, które w pozytywny sposób wpłynęłyby na stan ich zdrowia.

Wierzbińska-Karakuła i wsp. wykazali, iż większość pacjentów z terenu Polski południowo-wschodniej postrzega opiekę lekarza POZ jako zapewniającą godność i respektującą prawa pacjenta. Kobiety były bardziej zadowolone z informacji uzyskanych od lekarza niż mężczyźni [5]. Także w badaniach własnych to kobiety wykazywały wyższy niż panowie stopień zaciekawienia efektami badań i uzyskiwaniem pomocy i wsparcia od lekarza POZ.

W badaniach Marcinowicz i wsp. zdecydowana większość respondentów (79,2%) wskazała na spełnienie ich oczekiwań podczas ostatniej wizyty lekarskiej. Ankietowani wśród głównych oczekiwań stawianych przed lekarzem rodzinnym wymieniali skuteczność instrumentalną (skuteczność leczenia, trafna diagnoza, poprawa stanu zdrowia, badanie fizykalne), informowanie pacjenta, relację pacjenta z lekarzem (słuchanie, zainteresowanie, zachowanie lekarza, poświęcony czas), kierowanie na badania diagnostyczne, wypisanie recepty, kierowanie do specjalisty, skuteczność ekspresywną (emocjonalne wsparcie), organizację wizyty i wypowiedzi ogólne [10]. Kolejne badania Marcinowicz i wsp. dotyczyły ustalenia przyczyn niezadowolenia pacjentów z opieki lekarza POZ.

Badani wyróżnili trzy główne grupy przyczyn niezadowolenia ze świadczeń lekarza rodzinnego: niedociągnięcia w systemie POZ, w tym szczególnie trudności z uzyskaniem skierowania do specjalisty i na dodatkowe badania; w organizacji opieki i jakości świadczeń – niedostateczny wymiar czasu poświęcanego pacjentowi podczas wizyty lekarskiej, zbyt długie kolejki do lekarza; w postawach, umiejętnościach oraz pracy zwrócono uwagę na brak zainteresowania pacjentem, ciepła, serdeczności, obojętność, rutynowe traktowanie i lekceważenie, opieszałość, lenistwo, przedmiotowe traktowanie. Ankietowani wskazali także na udzielanie niewystarczających informacji o stanie zdrowia, chorobie, jej skutkach, wynikach badań. Badacze na podstawie rezultatów z przeprowadzonej analizy wnioskowali, aby w procesie edukacji studentów medycyny zwracano większą uwagę na kształtowanie umiejętności interpersonalnych, indywidualnego traktowania pacjenta, właściwego przekazywania informacji, aktywnego słuchania i budowania zaufania [20].

„(...) pacjenci są coraz bardziej krytycznie nastawieni na proces leczenia i coraz częściej wymagają od profesjonalistów medycznych pełnego (i najlepiej, gdy zrozumiałego dla nich samych – pacjentów) zaangażowania ich wiedzy i dostępnych środków materialnych w proces leczenia (...)” [6]. Mykowska wśród głównych oczekiwań pacjentów wobec pracowników medycznych wymieniła potrzebę informacji, bezpieczeństwa, kontroli sytuacji, wsparcia społecznego, zainteresowania, szacunku, akceptacji, poufności, intymności i przyjaznej atmosfery [21]. W badaniach Moczydłowskiej i wsp. respondenci wśród najbardziej pożądanых cech charakteru u lekarzy wyróżnili zaufanie, bezinteresowność, odpowiedzialność, poszanowanie godności. Ponad połowa darzyła ich zaufaniem, stosowała się do ich rad, traktowała jako ekspertów, wierzyła w ich prawdomówność i umiejętność dotrzymania tajemnicy zawodowej [22].

Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na wysunięcie kilku znaczących wniosków:

1. Niemalże wszyscy badani wskazali na chęć uzyskania wsparcia od lekarza POZ w ciężkiej sytuacji.
2. W znaczącej większości respondenci domagali się od lekarza POZ omówienia wyników badań, uzyskania informacji o prawdopodobnym przebiegu choroby, jej objawach i skutkach ubocznych, przyjmowaniu lekarstw, podejmowanym leczeniu czy skierowaniu do lekarza specjalisty.
3. Niezależnie od zmiennych socjodemograficznych badani wykazywali znaczącą potrzebę otrzymania od lekarza POZ porad na temat

działań, które w pozytywny sposób wpłynęłyby na stan ich zdrowia.

4. Badani bez względu na poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, płeć i wiek wykazywali średni stopień zaciekania prawdopodobnymi problemami zdrowotnymi, z jakimi, być może, będą się zmagać w przyszłości.
5. Na chęć poznania przez pacjentów wyników swoich badań istotny wpływ miały wiek i płeć badanych. Kobiety i najstarsi ankietowani wykazywali największą potrzebę zaznajomienia się z efektami badań.

Piśmiennictwo

1. van Marle HJ. The patient rules: the power of transference in the doctor-patient relationship. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2016; 160: D1219.
2. Małecka B, Marcinkowski JT. Satisfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych. *Probl Hig Epidemiol*. 2007; 88(1): 17–19.
3. Palczewska A. Jakość usług medycznych w opiece paliatywnej. *Probl Piel*. 2008; 16: 186–191.
4. Kurpas D, Wojtal M, Steciwko A, Drobnik J. Jakość usług medycznych świadczonych w opiece podstawowej w opinii pacjentów. *Fam Med Prim Care Rev*. 2008; 10(3): 483–485.
5. Wierzińska-Karakuła S, Binkowska-Bury M, Burzyńska J, Januszewicz P. Respektowanie oczekiwań i praw pacjentów w podkarpackich jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej jako element jakości usług zdrowotnych. *Prz Med Univ Rzesz*. 2015; 1: 19–30.
6. Wołosewicz I, Kupcewicz E, Szypulska A, Fischer B. Oczekiwanie pacjentów wobec lekarza i pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*. 2013; XIV(10): 293–322.
7. Rotter I, Stańczak K, Laszczyńska M, Kemicer-Chmielewska E, Żułtak-Bączkowska K, Jasińska M et al. Oczekiwanie wsparcia emocjonalnego pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w zależności od wybranych czynników demograficznych. *Fam Med Prim Care Rev*. 2013; 15(3): 381–383.
8. Wroński K, Bocian R. Dlaczego zakłady opieki zdrowotnej powinny badać satysfakcję pacjentów z oferowanych przez siebie usług medycznych? *Piel Chir Angiol*. 2009; 4: 127–130.
9. Xhulia D, Gerta J, Dajana Z, Koutelekos I, Vasilopoulou C, Skopelitou M et al. Needs of Hemodialysis Patients and Factors Affecting Them. *Global J Health Sci*. 2015; 8(6): 109–120.
10. Marciniowicz L, Grębowski R, Fiedorczyk I, Chlabicz S. Oczekiwanie pacjentów związane z wizytą u lekarza rodzinnego: analiza treści i próba typologii. *Fam Med Prim Care Rev*. 2010; 12(1): 30–35.
11. Robaszkiewicz-Bouakaz R, Gawrońska K, Jurczak A, Wieder-Huszla S, Szkup M, Starczewska M et al. Oczekiwanie wobec ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wśród osób pozbawionych wolności. *Med Health Sci Rev*. 2015; 1(1): 27–33.
12. Strzelecka A, Nowak-Staż G, Karakiewicz B. Expectations of patients towards a primary care physician, related to the reason for the current visit, with particular emphasis on patients aged 65+. *Fam Med Prim Care Rev*. 2015; 3: 215–218.

13. Andruszkiewicz A, Basińska A. Stan psychiczny pacjentów na etapie wczesnej i późnej starości a ich oczekiwania wobec lekarza. *Psychiatria Pol.* 2016; 50(5): 1001–1014.
14. Wang G, Xie J, Hu Y. Doctor-outpatient communications in Chinese public hospitals: a cross-sectional survey. *Lancet.* 2016; DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31965-1.
15. Łukomska A, Szrajda J, Nowakowska I. Satysfakcja osób starszych z usług świadczonych przez lekarza rodzinnego. *Gerontol Pol.* 2012; 20(2): 68–72.
16. Vural F, Ciftci S, Cakiroglu Y, Vural B. Patient satisfaction with outpatient health care services: evaluation of the components of this service using regression analysis. *North Clin Istanbul.* 2014; 1(2): 71–77.
17. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract.* 1998; 15: 480.
18. Ostrowska A. Relacja pacjent-lekarz: nowa jakość? *Prom Zdr.* 2001; (21): 109–121.
19. Gill V, Bridges S, McNaughton Nicholls C. The standards expected of doctors. Patient & public attitudes. Final report. National Centre for Social Research; 2012.
20. Marcinowicz L, Górská A, Chłabcz S. Przyczyny niezadowolonia pacjentów z opieki lekarza rodzinnego w świetle badań ankietowych – analiza odpowiedzi na pytania otwarte. *Prz Lek.* 2007; 64(9): 559–562.
21. Mykowska A. Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej. *Zdr Publ Zarządz.* 2002; 4: 69–73.
22. Moczydłowska A, Krajewska-Kułak E, Kózka M, Bielski K. Oczekiwania chorych wobec personelu lekarskiego. *Hygeia Public Health.* 2014; 49(1): 142–151.

Artykuł przyjęty do redakcji: 05.06.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 23.01.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Pawlikowska-Łagód

ul. Stanisława Staszica 4–6

20-081 Lublin

tel.: 81 448 68 50

e-mail: katarzyna.pawlikowska21@gmail.com

Zakład Etyki i Filozofii Człowieka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie



WPŁYW WYBRANYCH ZMIENNYCH SPOŁECZNO- -DEMOGRAFICZNYCH I ZWIĄZANYCH ZE ŚRODOWISKIEM PRACY NA POZIOM WYPALENIA ZAWODOWEGO PIEŁĘGNIAREK

IMPACT OF SELECTED SOCIO-DEMOGRAPHIC AND WORK ENVIRONMENT FACTORS ON THE LEVEL OF NURSES' BURNOUT

Ewa Kupcewicz, Wojciech Szczypiński

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.20>

STRESZCZENIE

Wstęp. Praca na stanowisku pielęgniarki wymaga zaangażowania w sprawy innych ludzi. Problemy pacjentów niejednokrotnie powodują u pielęgniarek obciążenia psychiczne i emocjonalne. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek postrzegane jest jako problem zawodowy, który wymaga działań prewencyjnych, skoncentrowanych na zmianach organizacyjnych i strukturalnych.

Cel. Analiza wpływu wybranych czynników społeczno-demograficznych i związanych ze środowiskiem pracy na poziom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, satysfakcji zawodowej i ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek.

Materiał i metody. Grupa badana liczyła 110 pielęgniarek. Do pomiaru wypalenia zawodowego użyto Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego Maslach (MBI), który pozwala określić trzy obszary wypalenia zawodowego: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz obniżone poczucie dokonania osobistych (satysfakcję zawodową). Materiał empiryczny poddano analizie statystycznej. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki. Średnia ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego w badanej grupie wynosiła $30,6 \pm 20,2$. Na poziom wyczerpania emocjonalnego mają wpływ: wykształcenie ($p < 0,004$), staż pracy ($p < 0,01$), sytuacja finansowa ($p < 0,001$), relacje ze współpracownikami ($p < 0,002$) i przełożonymi ($p < 0,005$). Na poziom depersonalizacji wpływają: sytuacja finansowa ($p < 0,04$), wyposażenie stanowiska pracy ($p < 0,02$), relacje ze współpracownikami ($p < 0,004$) i przełożonymi ($p < 0,02$). Poziom satysfakcji zawodowej determinują m.in. sytuacja finansowa ($p < 0,008$) i wyposażenie stanowiska pracy ($p < 0,02$).

Wnioski. Relacje ze współpracownikami i przełożonymi, wyposażenie stanowiska pracy, sytuacja finansowa, staż pracy w zawodzie oraz wykształcenie badanych różnicują poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. Wraz ze wzrostem liczby lat pracy na stanowisku pielęgniarki wzrasta poziom wyczerpania emocjonalnego.

SŁOWA KLUCZOWE: wypalenie zawodowe, satysfakcja zawodowa, wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja.

ABSTRACT

Introduction. Working as a nurse requires a commitment to other people. Patient's problems often result in mental and emotional burden for nurses. Nurses' burnout is perceived as a professional problem which requires preventive measures, focusing on organizational and structural changes.

Aim. The aim of the study was to analyze the influence of selected socio-demographic and work environment factors on the level of emotional exhaustion, depersonalization, job satisfaction, and the overall rate of burnout among nurses.

Material and methods. The studied group consisted of 110 nurses. For the measurement of burnout a Maslach (MBI) questionnaire was used, which allows to define three areas of burnout: emotional exhaustion, depersonalization, and reduced sense of personal accomplishment (job satisfaction). The empirical material was analyzed statistically. The level of significance was $p < 0.05$.

Results. The average overall rate of burnout in the studied group was 30.6 ± 20.2 . Following factors have an impact on the level of emotional exhaustion: education ($p < 0.004$), work experience ($p < 0.01$), financial situation ($p < 0.001$), relationships with colleagues ($p < 0.002$) and superiors ($p < 0.005$). The level of depersonalization is influenced by: financial situation ($p < 0.04$), work station equipment ($p < 0.02$), relationships with colleagues ($p < 0.004$) and superiors ($p < 0.02$). The level of job satisfaction is determined by: among other things, financial situation ($p < 0.008$) and work station equipment ($p < 0.02$).

Conclusions. Relationships with co-workers and supervisors, work equipment and financial situation of the respondents determine the level of professional burnout among nurses. The more years spent in the nursing profession, the higher the level of emotional exhaustion.

KEYWORDS: burnout, job satisfaction, emotional exhaustion, depersonalization.

Wprowadzenie

Syndrom wypalenia zawodowego jest zjawiskiem opisywanym od lat 70. ubiegłego wieku [1, 2]. Na początku uważano, że dotyczy jedynie osób niosących pomoc i wsparcie potrzebującym, obecnie wiadomo, że dotyczy wielu grup zawodowych wymagających dużego zaangażowania emocjonalnego, poznawczego i społecznego [2]. Amerykański psychiatra Herbert Freudenberger, pracując w Nowym Jorku w ośrodku dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zaobserwował u wielu wolontariuszy stopniową utratę energii, motywacji i zaangażowania w podjętą działalność charytatywną oraz obecność wielu objawów psychosomatycznych [2, 3]. Na podstawie własnych obserwacji w 1974 roku jako pierwszy opisał „syndrom wypalenia charakteryzujący się poczuciem psychicznego i fizycznego wyczerpania, niecierpliwością, nadmierną skłonnością do irytacji, połączoną z cynizmem i poczuciem chronicznego znudzenia, skłonnością do izolowania się i tłumienia emocji” [4]. Christina Maslach wraz z zespołem badaczy z Uniwersytetu Berkeley także prowadziła badania z udziałem osób pracujących w zawodach narażonych na stres, który jest częścią pełnionej roli zawodowej (m.in. w grupie pracowników opieki społecznej, pielęgniarek psychiatrycznych, prawników udzielających porad i pomocy prawnej ludzi ubogim, psychologów klinicznych, psychiatrów, pracowników więzień) [5, 6]. Podjęła próbę ustalenia, jak radzą sobie oni z emocjonalnym napięciem doświadczanym w środowisku pracy. Christina Maslach, niezależnie od Freudenbergera, opisała zespół wypalenia zawodowego [1, 5, 6]. Jak podaje Bartkowiak, według Maslach „wypalenie jest zespołem wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonania osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” [6]. W oparciu o koncepcję Christiny Maslach wypalenie zawodowe może być zdefiniowane jako psychologiczna odpowiedź na długotrwały stres zawodowy występujący w środowisku pracy. Jest zjawiskiem istotnym w wymiarze zarówno indywidualnym, jak i społecznym [6]. Do najczęściej omawianych objawów zalicza się objawy behawioralne i problemy emocjonalne (m.in. uczucie rozpaczy i izolacji, nudy, cynizmu, niepokoju, wycofania, drażliwości, a także depresji i myśli samobójcze), różne dolegliwości fizyczne (tj. problemy żołądkowe, bezsenność, bóle głowy i nadciśnienie, utrata wagi i zaburzenia apetytu, obniżenie potrzeb seksualnych, nadużywanie leków, alkoholu), rodzinne i społeczne (obniżenie zainteresowania członkami rodziny, spędzanie większej ilości czasu poza domem) oraz związane z pracą (obawy i opór przed codziennym wyjściem do

pracy, narastające niezadowolenie z pracy, utrzymująca się złość i pielęgnowanie urazów do przełożonych, kolegów i współpracowników) [2, 7–9]. Przedstawione symptomy wiążą się z trójwymiarowym podejściem do zagadnienia wypalenia zawodowego przedstawionego przez Christinę Maslach jako: wyczerpanie fizyczne i psychiczne, depersonalizacja oraz poczucie niskich osiągnięć osobistych [9–11].

Praca na stanowisku pielęgniarki wymaga zaangażowania w sprawy innych ludzi, bezpośredniego kontaktu z pacjentami, przez co pielęgniarki są narażone na stresujące sytuacje. Problemy pacjentów niejednokrotnie powodują u pielęgniarek obciążenia psychiczne i emocjonalne. W ciągu ostatnich 40 lat prowadzono liczne badania dotyczące wypalenia zawodowego [12–17]. Na podstawie dokonanego przeglądu piśmiennictwa można wyróżnić różne źródła stresu w środowisku pracy [12–17]. Podstawowe zagrożenia to niższy w stosunku do nakładów pracy i wysiłków prestiż społeczny zawodu pielęgniarki oraz niskie płace. Konflikty w środowisku pracy stanowią czynniki powodujące rozczarowanie, narastanie frustracji, a także negatywnych emocji. Do tych obciążeń zawodowych często dołączają się: błędy organizacyjne, trudne warunki pracy, które w efekcie mogą z czasem powodować zespół objawów charakterystycznych dla syndromu wypalenia zawodowego [12–17].

Cel pracy

Analiza wpływu wybranych czynników społeczno-demograficznych i związanych ze środowiskiem pracy na poziom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, satysfakcji zawodowej i ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek.

Materiał

Badanie przeprowadzono w pierwszej połowie 2016 roku w trzech szpitalach na terenie Olsztyna. Respondenci zostali poinformowani o celu badania, mieli możliwość zadawania pytań i uzyskania wyjaśnień. Jako kryterium włączenia do badania przyjęto minimum rok pracy w zawodzie pielęgniarki. Badaniem objęto 110 respondentów w przedziale wiekowym od 22 do 62 lat, ze średnią wieku $41,8 \pm 10,2$ roku, z medianą 43,5. Najbardziej liczną grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 41–50 lat ($n = 45$; 40,91%). Ponad jedna trzecia badanych ukończyła studia II stopnia i posiadała dyplom magistra pielęgniarstwa. W większości respondenci pracowali w systemie zmianowym ($n = 94$; 85,45%). Ponad połowa badanych – 63,64% ($n = 70$) – twierdziła, że ich relacje z przełożonymi układają się dobrze. W większości badani pochodzili z miasta ($n = 74$; 67,27%), pozostawali w związku małżeńskim ($n = 70$; 63,64%), pracowali

w zawodzie od 21 do 30 lat ($n = 43$; 39,09%) i byli zatrudnieni na umowę o pracę na czas nieokreślony ($n = 85$; 77,27%). Prawie jedna trzecia badanych własną sytuację materialną oceniła na poziomie dostatecznym, a 55,45% ($n = 61$) uważa, że ich sytuacja materialna jest dobra.

Metody

Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a do pomiaru zmiennych wykorzystano kwestionariusz własnej konstrukcji zawierający pytania o dane społeczno-demograficzne i związane ze środowiskiem pracy oraz Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach (MBI, w polskiej adaptacji T. Pasikowskiego), który pozwala określić trzy obszary wypalenia zawodowego: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz obniżone poczucie dokonań osobistych (satisfakcję zawodową). Kwestionariusz składa się z 22 pozycji podzielonych na trzy grupy (podskala wyczerpania emocjonalnego zawiera 9 pozycji; depersonalizacji – 5; poczucia osiągnięć osobistych – 8). Wyniki oblicza się oddzielnie dla każdej z podskal. O poziomie wypalenia świadczą twierdzące wyniki w strukturach wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji oraz negujące w strukturze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Rzeczność i trafność tego narzędzia potwierdzona w badaniach polskich jest satysfakcjonująca (α Cronbacha powyżej 0,70) [18].

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej, wykorzystując program komputerowy Statistica 12 PL. Do oceny różnicowania wartości median zastosowano test ANOVA rang Kruskala-Wallisa (H). Wielkości efektu istotnych wpływów zmiennych niezależnych na poziom wypalenia zawodowego przedstawiono jako wskaźnik epsilon-kwadrat (E^2) z przedziałem wartości siły związku $<0,1>$. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

W celu przybliżenia problematyki związanej z wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek zapytano respondentów o znajomość definicji wypalenia zawodowego. Jak się okazało, wśród ankietowanych tylko 59,09% ($n = 60$) uważało, że wypalenie jest zespołem wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych, które może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób, co stanowiło prawidłową odpowiedź. Średnia ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego w badanej grupie wynosiła $30,6 \pm 20,2$ (mediana 28,9), co świadczy o niskim poziomie wypalenia zawodowego. Dla poszczególnych wymiarów wypalenia zawodowego uzyskano następujące wartości: osiągnięć osobistych – $39,1 \pm 29,9$ (mediana 33,3), wyczerpania emocjonal-

nego – $28,4 \pm 24,3$ (mediana 22,2) i depersonalizacji – $24,2 \pm 23,2$ (mediana 20,0). Szczegółowe dane zawiera **tabela 1**.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla ogólnego wskaźnika i poszczególnych wymiarów wypalenia zawodowego

Table 1. Descriptive statistics for the overall index and individual professional burnout dimensions

Zmienne/ Variables	N	M	Przedział ufności - 95%/ Confidence interval	Przedział ufności + 95%/ Confidence interval	M	Min.	Maks.	Q1	Q3	SD
Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego/ Overall index of professional burnout	110	30,6	26,7	34,4	28,9	0,0	89,6	13,0	43,0	20,2
Wymiary wypalenia zawodowego/ Professional burnout dimensions										
Wyczerpanie emocjonalne/ Emotional exhaustion	110	28,4	23,8	33,0	22,2	0,0	88,9	11,1	44,4	24,3
Depersonalizacja/ Depersonalization	110	24,2	19,8	28,6	20,0	0,0	100,0	0,0	40,0	23,2
Brak poczucia osiągnięć osobistych/ Lack of sense of personal accomplishment	110	39,1	33,4	44,7	33,3	0,0	100,0	16,7	66,7	29,9

N – liczebność/number, M – średnia arytmetyczna/average, SD – odchylenie standardowe/standard deviation, Me – mediana/median, Min. – minimum, Maks. – maksimum/maximum, Q1 – kwartył dolny/bottom quartile, Q3 – kwartył górny/top quartile

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Kolejnym etapem w badaniach była ocena wpływu wybranych czynników społeczno-demograficznych i związanych ze środowiskiem pracy, takich jak: wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, forma zatrudnienia, liczba lat pracy, system pracy i sytuacja finansowa, na poziom wypalenia zawodowego z uwzględnieniem poszczególnych wymiarów wypalenia (**Tabela 2**). W wyniku analizy stwierdzono, że zmienna związana z wykształceniem pielęgniarek ma istotny statystycznie ($p < 0,004$) wpływ na aspekt wypalenia zawodowego, określony jako wyczerpanie emocjonalne. Osoby posiadające tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa wskazały na niższy poziom wyczerpania emocjonalnego niż te, które ukończyły liceum medyczne/policealne studium lub też wyższe stu-

dia II stopnia, ale innej specjalności. Także staż pracy w zawodzie istotnie statystycznie ($p < 0,01$) wpływa na poziom wskaźnika wyczerpania emocjonalnego, który rośnie wraz ze wzrostem liczby lat pracy. Natomiast sytuacja finansowa badanych ma istotny statystycznie wpływ na poziom wypalenia zawodowego w szerokim zakresie i obejmuje ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego ($p < 0,001$) oraz wszystkie trzy wymiary: wyczer-

panie emocjonalne ($p < 0,001$), depersonalizację ($p < 0,04$) i brak poczucia osiągnięć osobistych ($p < 0,001$). Analizowane zmienne, takie jak: wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, forma zatrudnienia, system pracy, w żadnym zakresie nie miały wpływu na poziom wypalenia zawodowego w grupie badanej (**Tabela 2, 3**).

Tabela 2. Istotność wpływu zmiennych społeczno-demograficznych na poziom wypalenia zawodowego oraz wielkość efektu wpływu
Table 2. Significance of the impact of socio-demographic variables on the level of professional burnout and impact effect size

Zmienne/Variables	N	Wyczerpanie emocjonalne/ Emotional exhaustion		Depersonalizacja/ Depersonalization		Brak poczucia osiągnięć osobistych/ Lack of sense of personal accomplishment		Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego/ Overall index of professional burnout	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Wiek/Age		H=7,46; p<0,06		H1,69; p<0,63		H=1,15; p<0,76		H=2,01; p<0,56	
21–30 lat/21–30 years	23	17,9	17,6	26,1	22,9	33,3	23,6	25,8	15,7
31–40 lat/31–40 years	19	23,4	22,8	21,1	26,2	40,4	30,1	28,3	22,7
41–50 lat/41–50 years	45	32,6	23,3	25,8	22,8	42,6	33,1	33,7	20,2
51 lat i powyżej/51 years and above	23	34,8	29,8	21,7	22,5	37,0	29,7	31,2	22,1
Stan cywilny/Marital status		H=6,29; p<0,09		H=1,97; p<0,57		H=3,17; p<0,36		H=3,53; p<0,31	
panna/kawaler/single	23	17,4	18,3	24,3	24,1	33,3	27,1	25,0	17,0
zamężna/zonaty/married	70	29,5	24,6	22,9	23,2	40,0	30,6	30,8	20,6
rozwiedziona/rozwiedziony/divorced	15	40,0	25,1	28,0	22,4	46,7	31,0	38,2	21,4
wdowa/wdowiec/widowed	2	27,8	39,3	40,0	28,3	16,7	23,6	28,1	30,4
Miejsce zamieszkania/Place of residence		H=0,94; p<0,32		H=2,47; p<0,11		H=0,15; p<0,69		H=0,02; p<0,88	
miasto/city	74	29,6	23,8	21,4	21,0	38,3	29,8	29,7	18,2
wieś/country	36	25,9	25,5	30,0	26,4	40,7	30,5	32,2	24,0
Wykształcenie/Education		H=13,0; p<0,004*** E ² =0,12		H=2,66; p<0,44		H=2,91; p<0,40		H=6,34; p<0,09	
liceum medyczne/policealne studium/ post-secondary medical	22	39,4	26,9	25,5	27,0	37,1	35,2	34,0	22,0
wyższe I stopnia – licencjat pielęgniarstwa/ first degree (bachelor) higher nursing education	41	31,4	25,4	25,9	22,5	43,5	29,6	33,6	21,0
wyższe II stopnia – magisterskie/ pielęgniarstwo/second degree (master) higher nursing education	41	18,2	18,6	21,0	22,8	34,1	26,1	24,4	18,2
inne wyższe mające zastosowanie w ochronie zdrowia/other higher education applicable in healthcare	6	37,0	18,1	30,0	16,7	50,0	36,5	39,0	13,6

Istotne statystycznie /Statistically significant – $p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$; $p < 0,001^{***}$

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Tabela 3. Istotność wpływu zmiennych zawodowych na poziom wypalenia zawodowego oraz wielkość efektu wpływu
Table 3. Significance of the impact of professional variables on the level of professional burnout and impact effect size

Zmienne/Variables	N	Wyczerpanie emocjonalne/Emotional exhaustion		Depersonalizacja/Depersonalization		Brak poczucia osiągnięć osobistych/Lack of sense of personal accomplishment		Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego/Overall index of professional burnout	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Forma zatrudnienia/Form of employment		H=2,75; p<0,25		H=1,32; p<0,51		H=2,62; p<0,26		H=3,94; p<0,13	
umowa o pracę na czas nieokreślony/ contract for an indefinite period of time	85	30,5	25,4	25,6	24,2	41,6	31,0	32,6	21,1
umowa o pracę na czas określony/ contract for a set period of time	14	18,3	17,8	18,6	21,4	27,4	20,3	21,4	16,6
umowa cywilno-prawna, tzw. kontraktowa/civil law contract	11	25,3	20,5	20,0	15,5	34,8	29,3	26,7	13,9
Liczba lat pracy/Years in the profession		H=11,09; p<0,01** E ² =0,10		H=0,35; p<0,94		H=4,13; p<0,24		H=3,58; p<0,30	
10 lat i poniżej/10 years or less	27	15,2	13,1	23,0	22,7	32,7	22,9	23,6	15,2
11–20 lat/11–20 years	19	25,7	22,2	21,1	19,4	43,0	33,5	29,9	19,0
21–30 lat/21–30 years	43	33,3	24,8	25,1	24,7	45,0	31,2	34,5	21,5
31 lat i powyżej/31 years or more	21	37,6	29,5	26,7	24,8	31,7	30,7	32,0	23,0
System pracy/System of work		H=0,99; p<0,31		H=1,38; p<0,23		H=0,68; p<0,40		H=0,12; p<0,72	
jednozmianowy/single shift	16	33,3	24,3	20,0	26,3	34,4	34,7	29,2	22,1
zmianowy/shift system	94	27,5	24,3	24,9	22,7	39,9	29,1	30,8	20,0
Sytuacja finansowa/Financial situation		H=13,43; p<0,001*** E ² =0,12		H=6,13; p<0,04* E ² =0,06		H=9,74; p<0,001*** E ² =0,09		H=13,60; p<0,001*** E ² =0,12	
dobra/bardzo dobra/good/very good	64	21,7	22,3	20,9	23,2	31,5	26,7	24,7	18,7
dostateczna/sufficient	36	35,5	23,1	26,1	21,3	49,5	32,0	37,0	18,4
słaba/bardzo słaba/poor/very poor	10	45,6	27,4	38,0	25,7	50,0	29,4	44,5	23,2

Istotnie statystycznie/Statistically significant – p< 0,05*; p< 0,01**; p< 0,001***

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

W dalszych analizach okazało się, że stopień wyposażenia stanowiska pracy wpływa na ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego na poziomie istotności p < 0,01

oraz dwa aspekty: depersonalizację (p < 0,02) i brak poczucia osiągnięć osobistych (p < 0,02) (**Tabela 4**).

Tabela 4. Istotność wpływu zmiennej związanej z wyposażeniem stanowiska pracy na poziom wypalenia zawodowego oraz wielkość efektu wpływu
Table 4. Significance of the impact of workstation equipment variable on the level of professional burnout and impact effect size

Wyposażenie stanowiska pracy/Workstation equipment	N	Wyczerpanie emocjonalne/Emotional exhaustion		Depersonalizacja/Depersonalization		Brak poczucia osiągnięć osobistych/Lack of sense of personal accomplishment		Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego/Overall index of professional burnout	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
		H=5,89; p<0,11		H=9,61; p<0,02* E ² =0,09		H=9,70; p<0,02* E ² =0,09		H=11,17; p<0,01** E ² =0,10	
Bardzo dobre/Very good	8	16,7	18,8	17,5	27,1	16,7	21,8	16,9	14,9
Dobre/Good	57	25,9	23,9	20,0	22,7	35,7	30,1	27,2	19,5
Dostateczne/Sufficient	39	32,2	25,2	30,3	23,3	47,0	29,1	36,5	20,8
Słabe/Poor	6	42,6	22,7	33,3	10,3	50,0	25,8	42,0	13,0

Istotnie statystycznie/Statistically significant – p< 0,05*; p< 0,01**; p< 0,001***

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Jak wynika z danych zamieszczonych w **tabeli 5**, ocena relacji ze współpracownikami ma istotny statystycznie wpływ na ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego ($p < 0,001$) oraz wszystkie jego wymiary: wyczerpanie emocjonalne ($p < 0,006$), depersonalizację ($p < 0,01$)

i brak poczucia osiągnięć osobistych ($p < 0,006$). Bardzo dobre relacje ze współpracownikami tworzą korzystną atmosferę w pracy, co przekłada się na niski poziom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i wysoki poziom poczucia osiągnięć osobistych.

Tabela 5. Istotność wpływu zmiennej związanej z relacjami interpersonalnymi na poziom wypalenia zawodowego oraz wielkość efektu wpływu
Table 5. Significance of the impact of interpersonal relationships variables on the level of professional burnout and impact effect size

Ocena relacji ze współpracownikami/ <i>Evaluation of relationships with co-workers</i>	N	Wyczerpanie emocjonalne/ <i>Emotional exhaustion</i>		Depersonalizacja/ <i>Depersonalization</i>		Brak poczucia osiągnięć osobistych/ <i>Lack of sense of personal accomplishment</i>		Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego/ <i>Overall index of professional burnout</i>	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
		H=12,07, p<0,006*** E ² =0,11		H=11,17, p<0,01*** E ² =0,10		H=12,34, p<0,006*** E ² =0,11		H=16,2, p<0,001*** E ² =0,15	
Bardzo dobre/ <i>Very good</i>	31	17,2	17,9	20,6	26,1	25,8	23,5	21,2	16,2
Dobre/ <i>Good</i>	65	30,4	24,8	21,8	19,9	41,3	30,1	31,2	19,4
Dostateczne/stabe/ <i>Sufficient/poor</i>	14	43,7	24,8	42,9	23,3	58,3	30,5	48,3	20,6

Istotnie statystycznie/*Statistically significant* – $p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$; $p < 0,001^{***}$

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Ocena relacji zawodowych z przełożonymi ma istotny wpływ na ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego ($p < 0,009$) oraz na wyczerpanie emocjonalne ($p < 0,04$) i depersonalizację ($p < 0,03$). Bardzo dobre relacje zawo-

dowe z przełożonymi wpływają na niski poziom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i niski poziom ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego wśród respondentów (**Tabela 6**).

Tabela 6. Istotność wpływu zmiennej związanej z relacjami pracownik – przełożony na poziom wypalenia zawodowego oraz wielkość efektu wpływu
Table 6. Significance of the impact of employee – supervisor relation variable on the level of professional burnout and impact effect size

Ocena relacji z przełożonymi/ <i>Evaluation of relationships with supervisors</i>	N	Wyczerpanie emocjonalne/ <i>Emotional exhaustion</i>		Depersonalizacja/ <i>Depersonalization</i>		Brak poczucia osiągnięć osobistych/ <i>Lack of sense of personal accomplishment</i>		Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego/ <i>Overall index of professional burnout</i>	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
		H=10,46; p<0,04*** E ² =0,07		H=8,57; p<0,03* E ² =0,08		H=5,67; p<0,06		H=10,95; p<0,009*** E ² =0,11	
Bardzo dobre/ <i>Very good</i>	19	17,5	21,4	20,0	26,7	26,3	25,0	21,3	18,1
Dobre/ <i>Good</i>	70	27,6	24,1	22,0	22,1	39,5	29,4	29,7	19,3
Dostateczne/stabe/ <i>Sufficient/poor</i>	21	40,7	23,1	35,2	20,9	49,2	32,7	41,7	20,6

Istotnie statystycznie/*Statistically significant* – $p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$; $p < 0,001^{***}$

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że osoby biorące udział w prezentowanym badaniu wykazują niski poziom nasilenia objawów wypalenia zawodowego. Wilczek-Rużyczka i Zaczek dokonały analizy dotychczasowych badań nad wypaleniem za-

wodowym polskich pielęgniarek w latach 2004–2014 przeprowadzonych za pomocą *Maslach Burnout Inventory* i stwierdziły, iż „polskie pielęgniarki są wypalone w średnim stopniu. Wskazuje na to średni poziom nasilenia wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji

oraz średni lub nawet wysoki poziom w zakresie obniżonego poczucia dokonania osobistych” [19]. Warto zwrócić uwagę, że w Polsce do tej pory prowadzono wiele badań dotyczących zespołu wypalenia zawodowego, także w innych grupach zawodowych narażonych, podobnie jak pielęgniarki, na stres w pracy. Badania dotyczą m.in. takich grup zawodowych, jak: strażacy, policjanci, pracownicy socjalni, nauczyciele, terapeuci zajęciowi. Wyniki badań są zróżnicowane [20–24]. Z kolei z badań prowadzonych przez Li Calzi i wsp. wynika, że włoscy fizjoterapeuci doświadczają wypalenia zawodowego częściej niż pielęgniarki [25]. Walkiewicz i wsp. po dokonaniu przeglądu literatury na temat wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego wskazują, że wyniki badań są jednoznaczne [12]. Osoby uzyskujące wyższe dochody charakteryzuje niższy poziom wypalenia zawodowego, a zwłaszcza mniejsze wyczerpanie emocjonalne i wyższe poczucie osobistych osiągnięć [26, 27]. Wielu badaczy wskazuje, że przeciążenie obowiązkami i brak czasu na odpoczynek mogą powodować utratę energii, chroniczne zmęczenie i prowadzić do emocjonalnego i fizycznego wyczerpania. Ze wskazanych badań wysnuto wnioski, że obciążenie pracą jest bardzo silnym predyktorem występowania wypalenia zawodowego [28–30]. W badaniach własnych relacje ze współpracownikami mają istotny statystycznie wpływ nie tylko na ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego, ale na wszystkie jego wymiary. Z doniesień badawczych wynika, że czynniki socjodemograficzne mają wpływ na wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego. Zaobserwowano, że wraz z wiekiem rośnie poziom wypalenia zawodowego [31, 32]. Podobna sytuacja jest ze stanem cywilnym, wyniki badań są jednak niejednoznaczne. Część doniesień podkreśla, że osoby będące w stałych związkach uzyskują wyższe wyniki w aspekcie wyczerpania emocjonalnego [33, 34]. W badaniach własnych staż pracy w zawodzie istotnie statystycznie ($p < 0,01$) wpływa na poziom wskaźnika wyczerpania emocjonalnego, który rośnie wraz ze wzrostem liczby lat pracy. Wyniki badań innych badaczy wskazują na brak związku pomiędzy stażem pracy a wypaleniem zawodowym [35–37]. Demir i wsp. przeprowadzili badanie w grupie 333 pielęgniarek i stwierdzili, że doświadczenie zawodowe ma dodatni związek z poczuciem osobistych osiągnięć, natomiast wykazano brak związku z poziomem wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji [38]. Cipora i wsp. analizowali poziom wypalenia w grupie 128 pielęgniarek województwa podkarpackiego, wykorzystując Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach. Wykazali, że staż pracy miał istotny wpływ na poziom wypalenia zawodowego [39]. Gotlib i wsp. wskazują, że zjawisko wypalenia zawodowego występuje w wielu krajach eu-

ropejskich: najniższy poziom jest w Holandii, najwyższy – w grupie pielęgniarek pracujących we Francji i na Słowacji. Średni poziom wypalenia zawodowego w badaniach międzynarodowych zaobserwowano u pielęgniarek pracujących w Belgii, we Włoszech, w Niemczech i w Polsce [40]. Podsumowując, należy stwierdzić, że jest potrzeba pogłębiania wiedzy na temat czynników mających wpływ na występowanie syndromu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. Wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia należy postrzegać jako problem zawodowy, który wymaga działań prewencyjnych, skoncentrowanych na zmianach organizacyjnych i strukturalnych.

Wnioski

1. Osoby biorące udział w badaniu wykazują niski poziom nasilenia objawów wypalenia zawodowego.
2. Relacje ze współpracownikami i przełożonymi, wyposażenie stanowiska pracy i sytuacja finansowa badanych determinują wskaźnik ogólnego poziomu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek, a także w poszczególnych wymiarach: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i poczucia własnych osiągnięć.
3. Wraz ze wzrostem liczby lat pracy na stanowisku pielęgniarki wzrasta poziom wyczerpania emocjonalnego.
4. Osoby z tytułem zawodowym magistra pielęgniarstwa charakteryzują się niższym poziomem wyczerpania emocjonalnego wśród pielęgniarek.
5. Zasadne jest prowadzenie działań prewencyjnych w środowisku pracy, aby chronić pielęgniarki przed wypaleniem zawodowym.

Piśmiennictwo

1. Tucholska S. Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju. *Prz Psychol.* 2001; 44(3): 301–317.
2. Janowska Z, Cewińska J, Wojtaszczyk K (red.). *Dysfunkcje zarządzania zasobami ludzkimi.* Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego; 2005.
3. Kuc BR, Moczydłowska JM. *Zachowania organizacyjne.* Warszawa: Difin; 2009.
4. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues.* 1974; 30: 159–165.
5. Maslach Ch. Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej. W: Sęk H (red.). *Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie.* Warszawa: PWN; 2000. 13–31.
6. Bartkowiak G. *Psychologia zarządzania.* Poznań: Wyd. Akademii Ekonomicznej; 1999. 102–107.
7. Farber BA. Burnout in psychotherapists: Incidence, types, and trends. *Psychother Priv Pract.* 1990; 8(1): 35–44.
8. Pines AM, Aronson E. *Burnout: From tedium to personal growth.* New York: Free Press; 1981.
9. Rosenberg T, Pace M. Burnout among mental health professionals: Special considerations for the marriage and family therapist. *J Marital Fam Ther.* 2006; 32(1): 87–99.

10. Maslach Ch. The client role in staff burnout. *J Soc Issues*. 1978; 34: 111–24.
11. Maslach Ch, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52: 397–422.
12. Walkiewicz M, Sowińska K, Tartas M. Wypalenie zawodowe wśród personelu medycznego – przegląd literatury. *Prz Lek*. 2014; 71(5): 263–269.
13. Kushnir T, Cohen AH. Job structure and burnout among primary care paediatricians. *Work*. 2006; 27: 67–74.
14. Van Bogaert P, Meulemans H, Clarke S et al. Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of structural equation model. *J Adv Nurs*. 2009; 65: 2175–2185.
15. Hanrahan NP, Aiken LH, McClaine L et al. Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals. *Issues Ment Health Nurs*. 2010; 31: 198–207.
16. Lin F, St John W, McVeigh C. Burnout among hospital nurses in China. *J Nurs Manag*. 2009; 17: 294–301.
17. Lewandowska A, Litwin B. Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki. *Ann Acad Med Stein*. 2009; 55(3): 86–89.
18. Pasikowski T. Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory. W: Sęk H (red.). Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Warszawa: PWN; 2009. 135–149.
19. Wilczek-Rużyczka E, Zaczek I. Wypalenie zawodowe polskich pielęgniarek – metaanaliza badań. *Hygeia Public Health*. 2015; 1: 9–13.
20. Ogińska-Bulik N, Kaflik-Pieróg M. Stres w pracy, poczucie własnej skuteczności a zespół wypalenia zawodowego u strażaków. *Acta UL Fol Psychol*. 2003; 7: 37–47.
21. Ogińska-Bulik N. Wpływ spostrzeganego stresu w pracy i radzenia sobie na poziom wypalenia zawodowego w grupie funkcjonariuszy policji. *Czas Psychol*. 2003; 1: 111–118.
22. Korlak-Łukasiewicz A. Problem wypalenia zawodowego u pracowników socjalnych: jak mu zaradzić? *Pr Soc*. 2001; 4: 3–21.
23. Miłczarek J. Poziom wypalenia zawodowego nauczycieli przedszkoli. *Ruch Pedagog*. 2005; 3–4: 47–54.
24. Pisula E, Piętka M. Wypalenie zawodowe u terapeutów zajęciowych pracujących z osobami z autyzmem. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*. 2005; 1: 139–151.
25. Li Calzi S, Farinelli M, Alianti L et al. Physical rehabilitation and burnout: different aspect of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2006; 42: 27–36.
26. Gueritault-Chalvin V, Kalichman SC, Demi A et al. Work-related and occupational burnout in AIDS caregivers: test of a coping model with nurses providing AIDS care. *AIDS Care*. 2000; 12: 149–161.
27. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM*. 2006; 99: 161–169.
28. Schmitz N, Neumann W, Oppermann R. Stress, burnout and locus of control in German nurses. *Int J Nurs Stud*. 2000; 37: 95–99.
29. Bruce SM, Conaglen HM, Conaglen JV. Burnout in physicians: a case for peer-support. *Intern Med J*. 2005; 35: 272–278.
30. Kapucu SS, Akkus Y, Akdemir N et al. The burnout and exhaustion levels of nurses working in haemodialysis units. *J Ren Care*. 2009; 35: 134–140.
31. Tunc T, Kutanis RO. Role conflict, role ambiguity and burnout in nurses and physicians of university hospital in Turkey. *Nurs Health Sci*. 2009; 11: 410–416.
32. Meeusen V, Van Dam K, Brown-Mahoney C et al. Burnout, psychosomatic symptoms and job satisfaction among Dutch anaesthetists: a survey. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2010; 54: 616–621.
33. Shirom A, Nirel N, Vinokur AD. Work hours and caseload as predictors of physician burnout: the mediating effects by perceived workload and by autonomy. *Appl Psychol*. 2010; 59: 539–565.
34. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet*. 2002; 359: 2089–2090.
35. Kowalski C, Ommen O, Driller E et al. Burnout in nurses – the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *J Clin Nurs*. 2009; 19: 1654–1663.
36. Ramuszewicz M, Krajewska-Kułak E, Rolka H et al. Problem of occupational burnout syndrome in surgery nurses. *Chir Pol*. 2005; 7: 244–251.
37. Kapucu SS, Akkus Y, Akdemir N et al. The burnout and exhaustion levels of nurses working in haemodialysis units. *J Ren Care*. 2009; 35: 134–140.
38. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing levels in the professional and private lives of nurses. *Int J Nurs Stud*. 2003; 40: 807–827.
39. Cipora E, Smoleń E, Gazdowicz L et al. Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – badania wstępne. *Probl Piel*. 2014; 3(22): 252–257.
40. Gotlib J, Panczyk M, Zarzeka A et al. Wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek – przegląd aktualnego polskiego piśmiennictwa naukowego. *Piel Pol*. 2017; 1(63): 125–130.

Artykuł przyjęty do redakcji: 09.07.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 06.02.2018

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

Adres do korespondencji:

Ewa Kupcewicz
ul. Żołnierska 14C
10-561 Olsztyn
tel.: 89 524 61 54
e-mail: ekupcewicz@wp.pl
Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego
w Olsztynie

OCENA POZIOMU STRESU I LĘKU RODZICÓW DZIECI Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ LIMFOBLASTYCZNĄ

ASSESSMENT OF PARENTAL STRESS AND ANXIETY IN CHILDREN WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA

Aneta Grochowska¹, Iwona Bodys-Cupak², Barbara Kubik¹, Patrycja Starzec³

¹Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

²Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

³Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.21>

STRESZCZENIE

Wstęp. Schorzenia nowotworowe wśród zachorowań u dzieci stanowią grupę ponad 200 różnych jednostek nowotworowych. Najliczniejszą grupę stanowią białaczki, wśród których ostra białaczka limfoblastyczna występuje najczęściej. Towarzystwo na co dzień choremu dziecku jest dla rodziców bardzo ciężkim przeżyciem, wykazują się przy tym ogromnym zrozumieniem, wrażliwością i empatią, pomimo że do samego końca nie można przewidzieć rezultatów leczenia. Poczucie stresu i lęk rodziców dotkniętych chorobą ich dziecka towarzyszą im przez cały etap leczenia oraz zwykle do końca życia.

Cel. Celem pracy było określenie poziomu stresu i lęku rodziców dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną.

Materiał i metody. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym był anonimowy kwestionariusz ankiety oraz Kwestionariusz Oceny Stresu. Badaniem objęto 100 rodziców (75 matek i 25 ojców) dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną leczących się w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. Władysława Buszkowskiego w Kielcach na Oddziale Onkologii i Hematologii Dziecięcej.

Wyniki. Poczucie zagrożenia było nieznacznie wyższe wśród mężczyzn niż wśród kobiet oraz wśród rodziców młodszych. Z powodu choroby dziecka z pracy rezygnowały częściej kobiety niż mężczyźni. Z porady psychologa podczas choroby dziecka korzystało 22% rodziców. Najbardziej na pogłębienie się lęku o dziecko wpłynęła chemioterapia (60%). Z pracy z powodu choroby dziecka rezygnowali częściej rodzice, którzy odczuwali silny lęk o życie dziecka (61,1%).

Wnioski. Rodzice postrzegają zachorowanie ich dziecka najczęściej jako wyzwanie oraz jako zagrożenie. Zachorowanie dziecka na nowotwór wywołuje wśród rodziców ogromne poczucie lęku. Rodzice dzieci onkologicznych w różny sposób próbują radzić sobie ze stresem.

SŁOWA KLUCZOWE: stres, lęk, rodzice, dzieci, białaczka.

ABSTRACT

Introduction. Cancerous diseases constitute a group of over 200 various cancerous morbid entities. The most plentiful group are cases of leukaemia, where acute lymphoblastic leukaemia occur most frequently. Attending an ailing child on an every-day basis is an extremely hard experience for the parents who at the same time show enormous understanding, sensitivity and empathy, even though results of treatment cannot be foreseen up to the very end. A feeling of stress and fear which the sick child's parents experience accompanies them throughout the entire process of treatment, and usually till their dying day.

Aim. The aim of the research was to define the level of stress and fear accompanying parents of children suffering from acute lymphoblastic leukaemia.

Material and methods. A diagnostic survey was a research method. The research instrument consisted in an anonymous survey questionnaire and a standardised questionnaire – Stress Assessment Questionnaire developed by K. Wrześniewski, A. Jakubowska-Winecka and D. Włodarczyk. 100 parents were covered by the study, including 75 mothers and 25 fathers of children suffering from acute lymphoblastic leukaemia, treated at the Children's Oncology and Haematology Ward at the Władysław Buszkowski Regional Specialist Children's Hospital in Kielce.

Results. The feeling of danger was slightly higher among men than among women and younger parents. More frequently women than men resigned from work due to the child's illness. 22% of parents used the advice of a psychologist during a child's illness. The most aggravated fear of the child was chemotherapy (60%). Parents who experienced a strong fear of their child's life (61.1%) were more likely to resign from work.

Conclusions. The parents perceive their child's illness as a challenge-activity and threat. The child's cancerous disease make the parents feel enormous fear. Parents of children suffering from cancer endeavour to manage the stress in many various ways, women more often choose prayers, relaxation at home and passiveness, while men prefer other forms. Other people's support is of indisputable importance to the parents.

KEYWORDS: stress, anxiety, parents, children, leukemia.

Wprowadzenie

Choroba nowotworowa – dwa słowa, które dla każdego człowieka, zarówno młodszego, jak i starszego, po usłyszeniu diagnozy stają się powodem zachwiania dotychczasowego życia. Poczucie stresu i lęk rodziców dotkniętych chorobą ich dziecka towarzyszą im przez cały etap leczenia oraz zwykle trwają do końca życia.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż w Polsce rocznie odnotowuje się od 1100 do 1200 nowych zachorowań na nowotwory u dzieci do 18. roku życia [1–4]. Najczęstszym typem nowotworu występującego w Polsce u dzieci są białaczki i stanowią około 30% wszystkich nowotworów [5–9]. W Polsce rocznie rozpoznaje się około 350 białaczek [7]. Ostra białaczka limfoblastyczna (ang. *acute lymphoblastic leukemia* – ALL) jest najliczniejszą grupą, ponieważ stanowi około 80% wszystkich białaczek wieku dziecięcego. Najczęstszy wzrost zachorowalności dotyka dzieci w przedziale wiekowym od 2. do 5. roku życia [5, 6, 10].

Stres i lęk pojmujemy jako emocje negatywne, zwykle kojarzone z sytuacją trudną, która zaburza dotychczasowy spokój. Choroba nowotworowa, która dotyka dzieci, budzi wśród rodziców ogromne poczucie przerażenia, krzywdy, lęku, smutku, żalu oraz uczucia niesprawiedliwości [11–14]. Rodzice często zadają sobie pytanie: dlaczego ta choroba dotknęła moje dziecko? Na to pytanie nikt nie umie niestety odpowiedzieć. Do niedawna uważano, że nowotwór to wyrok – śmierć, teraz uważa się jednak, że jest to choroba, która zagraża życiu i zdrowiu dziecka [1, 11, 14]. Aktualnie poprzez zastosowanie intensywnej i wielolekowej terapii chemioterapeutykami u około 90% dzieci udaje się uzyskać całkowitą remisję choroby [2, 6, 14]. Stosuje się także przeszczep szpiku, który niesie ze sobą duże szanse na całkowite przezwyciężenie choroby [14]. Postawiona diagnoza zwykle dla rodziców jest ciężka do przyjęcia. Borykają się oni z różnymi myślami, przeżywają kryzysy emocjonalne, co nawet może prowadzić do wystąpienia zaburzeń psychicznych czy depresji [2, 9, 11].

Choroba nowotworowa dla całej rodziny jest doświadczeniem, które niesie ze sobą ryzyko ogromnego przeciążenia emocjonalnego o charakterze traumatycznym [4, 15]. Trudności związane z chorobą dziecka zagrażają dalszemu funkcjonowaniu rodziny, potęgują negatywne emocje, mogą wywoływać poczucie winy. Rodzice często oskarżają się, tworząc napięcie i konflikty, co skutkuje pogorszeniem się więzi emocjonalnych [16, 17]. Następnym utrudnieniem, z którym borykają się rodzice, jest pogorszenie się statusu ekonomicznego na skutek utraty pracy przez jednego współmałżonka lub przez oboje małżonków, ponieważ bardzo ciężko jest pogodzić opiekę nad chorym dzieckiem, które przecho-

dzi intensywne leczenie wymagające obecności rodzica, z utrzymaniem pracy [11, 17].

U rodziców dzieci leczonych onkologicznie występuje często zmęczenie fizyczne i psychiczne na skutek długich i ciężkich pobytów na oddziale onkologicznym, intensywnego leczenia, niosącego duże ryzyko wystąpienia skutków ubocznych, wypełniania wielu obowiązków oraz dawania ogromnego wsparcia swoim najbliższym [11, 15, 17].

Cel pracy

Celem pracy było określenie poziomu stresu i lęku rodziców dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną.

Materiał i metody

Do przeprowadzenia badań posłużono się metodą badawczą sondażu diagnostycznego, szacowania, a techniką badawczą była ankieta. Jako narzędzia badawcze zastosowano: autorski kwestionariusz ankiety oraz Kwestionariusz Oceny Stresu. Pytania umieszczone w kwestionariuszu miały charakter pytań zamkniętych i półotwartych, dotyczyły m.in. danych socjodemograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wiek dziecka, liczba posiadanych dzieci, podejmowanie pracy zawodowej, samoocena statusu materialnego rodziny). Kwestionariusz Oceny Stresu opracowany został przez Wrześniewskiego, Jakubowską-Winecką, Włodarczyk [18]. Kwestionariusz zawierał 35 określeń pozytywnych, negatywnych i neutralnych związanych z sytuacją stresową. Osoby badane przy każdej pozycji miały udzielić odpowiedzi na podstawie 4-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, 2 – raczej nie, 3 – raczej tak, 4 – zdecydowanie tak. Określenia te zostały przydzielone do 4 głównych czynników: zagrożenie, wyzwanie – aktywność, wyzwanie – pasywność, krzywda/strata.

Badania przeprowadzono w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. Władysława Buszkowskiego w Kielcach na Oddziale Onkologii i Hematologii Dziecięcej za zgodą dyrektora ds. leczenia oraz ordynatora oddziału w okresie od października 2016 do marca 2017 roku. Badaniami objęto rodziców dzieci chorujących na ostrą białaczkę limfoblastyczną, leczonych na Oddziale Onkologii i Hematologii Dziecięcej. Rodzice biorący udział w badaniach zostali poinformowani o anonimowości, celu badań, prawie do odmowy udziału w badaniu lub do wycofania zgody na udział w badaniu w dowolnym czasie, bez żadnych konsekwencji. Po wyrażeniu świadomej zgody rodzice samodzielnie wypełniali kwestionariusze ankiet.

Zebrany materiał poddano analizie ilościowej i jakościowej. Dokonano oceny kompletności ankiet, dane zakodowano i poddano analizie statystycznej. Aby oce-

nić poszczególne różnice zachodzące pomiędzy zależnościami, wykorzystano testy Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallisa. Ponadto wykorzystano testy niezależności χ^2 . Obliczenia przeprowadzono za pomocą programu SPSS 2010. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Łącznie przebadano 100 rodziców, 75 matek oraz 25 ojców, w przedziale wiekowym od 25 do powyżej 50 lat, zamieszkujących wieś, małe miasta oraz miasta powyżej 60 tys. mieszkańców. Najliczniejszą grupą wiekową były osoby między 31. a 39. rokiem życia (41%). Posiadanie większej liczby dzieci wskazało 74% rodziców. Najczęściej było to 2 dzieci, rzadziej 3 dzieci lub 4 dzieci; 26% ankietowanych miało 1 dziecko. W początkowym okresie choroby było 15% dzieci. W połowie leczenia znajdowało się 35% dzieci, natomiast podtrzymywanie remisji dotyczyło 23% dzieci. Wznowa choroby wystąpiła wśród 15% dzieci, a 12% osób zakończyło leczenie.

Grupa 41% rodziców stwierdziła, że oboje są aktywnymi zawodowo. W przypadku 49% badanych w rodzinie pracował tylko ojciec. Wykonywanie pracy zawodowej wyłącznie przez matkę wskazało 10% badanych. W związku z chorobą dziecka do rezygnacji z pracy zmuszonych było 36% rodziców. Przez pewien okres musiało zrezygnować z pracy 42% badanych, a w ogóle nie musiało tego robić 22% osób.

Tylko 1 dziecko zachorowało na białaczkę limfoblastyczną poniżej 1. roku życia. Najczęściej choroba u dzieci pojawiała się między 2. a 6. rokiem życia (62%). Pomiedzy 7. a 15. rokiem życia zapadło na białaczkę limfoblastyczną 33% dzieci, natomiast powyżej 16. roku życia – 4% dzieci. W czasie przeprowadzania badań wśród dzieci 1 dziecko miało poniżej 1. roku życia (1%), 37% stanowiły dzieci w przedziale wiekowym od 2 do 5 lat, a 6–10 lat miało 25% dzieci. W wieku 11–15 lat było 27% dzieci, a powyżej 16 lat miało 10% dzieci. Dzieci chorujące na białaczkę limfoblastyczną to nieznacznie częściej chłopcy (52%). Dziewczynki stanowiły 48% chorych.

Reakcje emocjonalne rodziców na chorobę dziecka

Najczęstszą reakcją rodziców dzieci w przedziale wiekowym od 2. do 6. roku życia były szok i zaskoczenie (39,7%). Lęk przed nieznaną chorobą odczuwali również częściej (33,3%) rodzice dzieci w wieku do 6 lat. Najrzadziej (3,2%) rodzice reagowali rezygnacją i wycofaniem – różnice nie były istotne statystycznie.

Wiek, w którym zachorowało dziecko, oraz etap leczenia dziecka nie różnicowały istotnie oceny lęku o jego życie. Nie stwierdzono również, by etap leczenia

dziecka istotnie różnicował postrzeganie przez rodziców sytuacji związanej z jego chorobą.

Najczęstszą reakcją rodziców na diagnozę były szok i zaskoczenie (34%). Lękiem przed nieznaną chorobą zareagowało 29% badanych, a 21% osób wskazało inny rodzaj reakcji, w tym: strach o życie dziecka, lęk przed śmiercią bądź poczucie winy. Bunt, gniew czuło 10% rodziców, a rezygnację i wycofanie odczuwało 6% badanych. Kobiety częściej reagowały szokiem i zaskoczeniem (37,3%), mężczyźni natomiast częściej rezygnacją i wycofaniem (20,0%). Różnice były istotne statystycznie ($p < 0,0095$).

Rodzice dzieci do 5 lat (39,5%) lub w wieku 6–10 lat (36,0%) na diagnozę u dziecka częściej reagowali lękiem przed nieznaną chorobą w porównaniu do rodziców starszych dzieci. Natomiast rodzice dzieci powyżej 16. roku życia reagowali częściej buntem i gniewem (40,0%). Różnice były istotne statystycznie (**Tabela 1**).

Tabela 1. Reakcja rodziców na diagnozę a wiek dziecka

Table 1. Parents' reactions to the diagnosis and the age of the child

Reakcja na diagnozę u dziecka/ Reaction to a child's diagnosis	Wiek dziecka/ Child's age							
	2–5 lat/ poniżej 1 roku/ 2–5 years/ less than 1 year		6–10 lat/ 6–10 years		11–15 lat/ 11–15 years		powyżej 16 lat/ above 16 years	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lęk przed nieznaną chorobą/ Fear of unknown disease	15	39,5%	9	36,0%	5	18,5%	0	0,0%
Szok i zaskoczenie/ Shock and surprise	12	31,6%	8	32,0%	12	44,4%	2	20,0%
Bunt, gniew/ Revolt, anger	1	2,6%	2	8,0%	3	11,1%	4	40,0%
Rezygnacja i wycofanie/ Resignation and withdrawal	1	2,6%	2	8,0%	3	11,1%	0	0,0%
Inne/ Other	9	23,7%	4	16,0%	4	14,8%	4	40,0%
p	0,0215							

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Rodzice w wieku 25–30 lat częściej (44,4%) na chorobę dziecka reagowali szokiem i zaskoczeniem. Osoby w wieku 31–39 lat – częściej (39,0%) lękiem przed nieznaną chorobą. Wśród rodziców w przedziale wiekowym od 40 do 49 lat najczęstszą reakcją (31,4%) były szok i zaskoczenie. Natomiast rodzice po 50. roku życia reagowali na równym poziomie (33,3%) szokiem i zaskoczeniem, buntem i gniewem oraz podawali inne reakcje na rozpoznanie choroby u dziecka. Różnice nie były istotne statystycznie.

Bardzo silny lęk o życie dziecka odczuwały częściej osoby młodsze, w wieku 25–30 lat (27,8%). Silny lęk od-

czuwali częściej rodzice w wieku 31–39 lat (68,3%). Lęk odczuwały częściej osoby w wieku 40–49 lat (40,0%), a strach – częściej osoby powyżej 50. roku życia (33,3%). Różnice były istotne statystycznie (**Tabela 2**).

Tabela 2. Ocena poziomu lęku o życie dziecka a wiek rodziców
Table 2. Assessing the level of anxiety about the child's life and the age of parents

Ocena poziomu lęku o życie dziecka/ <i>Assessing the level of anxiety about the child's life</i>	25–30		31–39		40–49		powyżej 50/ <i>above 50</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Strach/ <i>Fear</i>	0	0,0%	3	7,3%	3	8,6%	2	33,3%
Lęk/ <i>Anxiety</i>	4	22,2%	5	12,2%	14	40,0%	1	16,7%
Silny lęk/ <i>Strong anxiety</i>	9	50,0%	28	68,3%	11	31,4%	3	50,0%
Bardzo silny lęk/ <i>Very strong anxiety</i>	5	27,8%	5	12,2%	7	20,0%	0	0,0%
p	0,0146							

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Strach o życie dziecka odczuwało 8% rodziców. Lęk czuło 24% badanych, a silny lęk – 51% osób. Bardzo silny lęk o życie dziecka odczuwało 17% badanych.

Grupa 40% rodziców nie ujawniała swojego lęku, tłumiąc emocje. Nie mówiło nic o swoich emocjach 25% badanych. Tylko 5% rodziców pokazywało swoje uczucia, a 30% badanych mówiło o swoich lękach.

Ponad połowa rodziców (55%) nie reagowała płaczem, gdy pogarszał się stan zdrowia dziecka. Reagowało płaczem w takiej sytuacji 30% rodziców. Grupa 15% osób nie wiedziała, jaka była ich reakcja, gdy stan zdrowia dziecka pogarszał się. Reagowanie płaczem przy pogarszaniu się stanu zdrowia dziecka nie było istotnie związane z postrzeganiem przez rodziców choroby dziecka i wywołanej nią sytuacji. Reagowanie przez rodziców płaczem na pogarszanie się stanu zdrowia dziecka nie było istotnie związane z płcią dzieci ($p < 0,9713$).

Najbardziej na pogłębienie się lęku o dziecko wpłynęła chemioterapia (60%). W mniejszym stopniu obawy wzrosły w przypadku steroidoterapii (25%) lub przeszczepu komórek macierzystych (15%). Mężczyźni częściej (76%) martwili się o dziecko na etapie chemioterapii, kobiety natomiast częściej martwiły się w przypadku steroidoterapii (28%). Różnice nie były istotne statystycznie.

Największe wsparcie podczas choroby dziecka rodzice uzyskali od współmałżonka (53%). Wsparcia od rodziny doznało 30% rodziców, a wsparcia od przyjaciół – 15% osób. Brak otrzymanego wsparcia wskazało 2% rodziców.

Reakcje społeczne i zawodowe rodziców na chorobę dziecka

Najczęściej (41%) rodzice chorych dzieci izolowali się od rodziny, skupiając się tylko na chorobie dziecka. Umocnienie więzi rodzinnych podało 36% osób. Brak zmiany relacji rodzinnych z powodu choroby dziecka zadeklarowało 23% badanych. Większość rodziców (59%) ograniczyła kontakty towarzyskie. Poprawę kontaktów towarzyskich, poznanie nowych ludzi, częstsze wychodzenie z domu wskazało 19% badanych. Grupa 22% osób nie potrafiła jednoznacznie stwierdzić, jak zmieniły się ich kontakty towarzyskie po zachorowaniu dziecka.

Pozytywny wpływ choroby dziecka na kontakty towarzyskie wskazywali częściej rodzice, w których rodzinie pracowała tylko matka (50%). Ograniczenie kontaktów towarzyskich wskazywali częściej badani, w rodzinie których obie osoby pracowały (68,3%). W przypadku gdy pracował tylko ojciec, badany ciężko było cenić tę kwestię (26,5%). Różnice były istotne statystycznie (**Tabela 3**).

Tabela 3. Wpływ choroby dziecka na kontakty towarzyskie a osoba pracująca w rodzinie
Table 3. Influence of a child's illness on social contacts and a person working in a family

Wpływ choroby dziecka na kontakty towarzyskie/ <i>Influence of a child's illness on social contacts</i>	Osoba pracująca w rodzinie/ <i>A person working in a family</i>					
	oboje pracujemy/ <i>we both work</i>		tylko ojciec pracuje/ <i>only father works</i>		tylko matka pracuje/ <i>only mother works</i>	
	N	%	N	%	N	%
Pozytywnie, poznaliśmy dużo nowych ludzi, częściej wychodzimy z domu/ <i>Positively, we met a lot of new people, more often we leave the house</i>	7	17,1%	7	14,3%	5	50,0%
Ograniczyliśmy kontakty do szpitalnych relacji/ <i>We restricted contacts to hospital relationships</i>	28	68,3%	29	59,2%	2	20,0%
Ciężko powiedzieć/ <i>Hard to say</i>	6	14,6%	13	26,5%	3	30,0%
p	0,0308					

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Z pracy z powodu choroby dziecka rezygnowali częściej rodzice, którzy odczuwali silny lęk o życie dziecka (61,1%). Osoby te również częściej (52,4%) decydowały się na tymczasową rezygnację z pracy. Nie rezygnowali z pracy rodzice, którzy odczuwali lęk o życie dziecka (45,5%). Różnice były istotne statystycznie (**Tabela 4**).

Tabela 4. Ocena poziomu lęku o życie dziecka a rezygnacja z pracy z powodu choroby dziecka

Table 4. The assessment of the level of anxiety about the child's life and the resignation from work due to a child's illness

Ocena poziomu lęku o życie dziecka/ Assessing the level of anxiety about the child's life	Rezygnacja z pracy z powodu choroby dziecka/ Resignation from work due to a child's illness					
	tak/ yes		tak, przez pewien okres/ yes, for a period of time		nie/ no	
	N	%	N	%	N	%
Strach/ Fear	0	0,0%	4	9,5%	4	18,2%
Lęk/ Anxiety	7	19,4%	7	16,7%	10	45,5%
Silny lęk/ Strong anxiety	22	61,1%	22	52,4%	7	31,8%
Bardzo silny lęk/ Very strong anxiety	7	19,4%	9	21,4%	1	4,5%
p						0,0124

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Z powodu choroby dziecka z pracy zrezygnowały częściej kobiety (45,3%) niż mężczyźni (56,0%). Różnice były istotne statystycznie ($p < 0,0001$).

Najczęściej rodzice twierdzili, że choroba dziecka doprowadziła do tego, że potrzeby dziecka w ich życiu stały się najważniejsze (37%). Bezsenność z powodu choroby dziecka odczuwało 22% badanych, a niechęć do kontaktów z otoczeniem – 20% osób. Osłabiony lub nadmierny apetyt pojawił się u 16% rodziców. Brak znaczących zmian w życiu z powodu choroby dziecka wskazało 5% rodziców.

Strach, jaki towarzyszył zmianom w życiu z powodu choroby dziecka, a przejawiał się bezsennością lub nadmierną sennością, dotyczył 37,5% badanych. Natomiast niechęć do kontaktów z otoczeniem z powodu strachu opisywało 37,5% respondentów. Nie stwierdzono, by występowanie istotnych zmian w życiu z powodu choroby dziecka wpływało istotnie na poziom lęku o życie dziecka ($p < 0,3226$).

Sposoby radzenia sobie z trudną sytuacją

Z porady psychologa podczas choroby dziecka korzystało 22% rodziców, a 12% badanych – z porady kapelana szpitalnego. Potrzebę uzyskania porady od innych osób (rodziny, rzadziej przyjaciół, siostry zakonnej) wskazało 53% rodziców. Nie potrzebowało takiego wsparcia 13% rodziców. Z porad psychologa (28%), a także innych osób (56%) korzystały częściej kobiety (28%). Mężczyźni natomiast częściej nie korzystali z porad osób trzecich (44%). Różnice były istotne statystycznie (Tabela 5).

Tabela 5. Korzystanie z porad osób trzecich podczas choroby dziecka a płeć badanych

Table 5. Using the advice of third parties during the child's illness and the sex of the respondents

Korzystanie z porad osób trzecich podczas choroby dziecka/ Using third party advice when your child is ill	Płeć/ Sex			
	kobieta/ female		mężczyzna/ male	
	N	%	N	%
Tak, z psychologa/ Yes, with a psychologist	21	28,0%	1	4,0%
Tak, z kapelana szpitalnego/ Yes, with a hospital chaplain	10	13,3%	2	8,0%
Nie, nie korzystałem/ No, I did not use it	2	2,7%	11	44,0%
Innej osoby/ Other person	42	56,0%	11	44,0%
p	<0,0001			

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wsparcie ze strony współmałżonka wskazywali częściej rodzice dzieci, które zachorowały, mając nie więcej niż 6 lat (61,9%) lub powyżej 16 lat (75%). Rodzice dzieci, które zachorowały w wieku 7–15 lat, częściej wskazywali na pomoc ze strony rodziny (39,4%) oraz przyjaciół (27,3%). Różnice były istotne statystycznie ($p = 0,0010$).

Najczęściej badani radzili sobie ze stresem poprzez zwrot ku religii (27%) lub odpoczynek i relaks w domu (24%). Pozytywne nastawienie do świata wybierało 15% osób, a aktywne spędzanie czasu – 8% badanych. Inne formy radzenia sobie ze stresem wybierało 26% rodziców, w tym najczęściej: poświęcanie się pracy, farmakoterapię, zakupy.

Kobiety częściej radziły sobie ze stresem poprzez zwrot ku religii (33,3%), pozytywne nastawienie do świata (17,3%), odpoczynek i relaks w domu (26,7%). Mężczyźni częściej preferowali inne metody radzenia sobie ze stresem (60%). Różnice były istotne statystycznie (Tabela 6).

Tabela 6. Sposoby radzenia sobie ze stresem a płeć rodziców

Sposoby radzenia sobie ze stresem/ Ways to deal with stress	Płeć/ Sex			
	kobieta/ female		mężczyzna/ male	
	N	%	N	%
Zwrot ku religii/ Return to religion	25	33,3%	2	8,0%
Pozytywne nastawienie do świata/ Positive attitude to the world	13	17,3%	2	8,0%
Odpoczynek i relaks w domu/ Rest and relaxation at home	20	26,7%	4	16,0%
Aktywne spędzanie czasu/ Active leisure time	6	8,0%	2	8,0%
Inna forma radzenia sobie ze stresem/ Another form of coping with stress	11	14,7%	15	60,0%
P	0,0003			

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Osoby, które radziły sobie ze stresem poprzez zwrot ku religii, częściej (80,0%) ujawniały swoje odczucia lękowe. Osoby wybierające inne formy radzenia sobie ze stresem rzadziej mówiły o swoich uczuciach (44%) lub tłumiły je w sobie (27%). Różnice były istotne statystycznie ($p = 0,0333$).

Ocena stresu u rodziców

Na podstawie KOS oceniono poziom stresu/zachowanie się rodziców. Wyniki pokazano w 4 podskalach, z których każda mieściła się w przedziale 1–4 pkt. Wyższym wynikiem odpowiadało wyższe nasilenie danych zachowań.

Wykazano, że rodzice dzieci chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną najczęściej postrzegali całą sytuację jako wyzwanie – aktywność ($M = 3,17$; $SD = 0,48$). Niemal na tym samym poziomie ($M = 3,16$; $SD = 0,42$) wskazywali poczucie zagrożenia istniejącą sytuacją. W mniejszym stopniu ($M = 2,91$; $SD = 0,61$) rodzice odczuwali zaistniałą sytuację jako krzywdę/stratę. W najmniejszym stopniu mieli poczucie wyzwania – pasywności ($M = 2,05$; $SD = 0,42$) (Tabela 7).

Tabela 7. Wyniki Kwestionariusza Oceny Stresu badanych rodziców
Table 7. Results of the Stress Assessment Questionnaire of the examined parents

	Średnia/ Average	SD	Min.	Maks.	Q1	Q2	Q3
Zagrożenie/ Danger	3,16	0,42	1,4	4,0	3,0	3,2	3,4
Wyzwanie – aktywność/ Challenge – activity	3,17	0,48	2,0	4,0	2,8	3,2	3,6
Wyzwanie – pasywność/ Challenge – passivity	2,05	0,42	1,2	3,0	1,8	2,0	2,2
Krzywdą/strata/ Wrong/loss	2,91	0,61	1,0	4,0	2,5	3,0	3,3

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Poczucie zagrożenia było nieznacznie wyższe wśród mężczyzn ($M = 3,27$) niż wśród kobiet ($M = 3,12$). Nie wielkie różnice sugerowały, że poczucie zagrożenia ($M = 3,26$) oraz poczucie krzywdy/straty ($M = 3,13$) było wyższe wśród rodziców w wieku 25–30 lat w porównaniu do pozostałych badanych. Różnice nie były istotne statystycznie. Wyższe poczucie krzywdy/straty w związku z chorobą dziecka mieli rodzice oceniający status materialny rodziny jako niedostateczny ($M = 3,25$), niższe poczucie krzywdy/straty towarzyszyło osobom o lepszym statusie materialnym. Różnice były istotne statystycznie (Tabela 8).

Tabela 8. Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS) a status materialny badanych

Table 8. Stress Assessment Questionnaire (KOS) and material status of the respondents

Status materialny/ Material status	Bardzo dobry/ Very good		Dobry/ Good		Dostateczny/ Sufficient		Niedostateczny/ Insufficient		P
	Średnia/ Average	SD	Średnia/ Average	SD	Średnia/ Average	SD	Średnia/ Average	SD	
Zagrożenie/ Danger	3,16	0,54	3,21	0,31	3,10	0,50	3,24	0,20	0,8516
Wyzwanie – aktywność/ Challenge – activity	3,20	0,52	3,16	0,54	3,16	0,45	3,20	0,36	0,9859
Wyzwanie – pasywność/ Challenge – passivity	2,22	0,56	2,03	0,42	2,02	0,38	2,10	0,41	0,7190
Krzywdą/strata/ Wrong/loss	2,88	0,87	3,06	0,58	2,73	0,55	3,25	0,45	0,0402

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Nieznacznie wyższe wyniki na skali wyzwanie – pasywność posiadali rodzice, którzy nie zrezygnowali z powodu choroby dziecka z pracy ($M = 2,20$) w porównaniu do rodziców, którzy częściowo ($M = 2,00$) lub całkowicie ($M = 2,02$) musieli zrezygnować z pracy. Wiek, w którym zachorowało dziecko, obecny wiek dziecka, płeć i etap leczenia dziecka nie wpływały istotnie na postrzeganie przez rodziców sytuacji związanej z jego chorobą.

Wyższy poziom zagrożenia odczuwali rodzice, których dziecko reagowało dobrze ($M = 3,28$) lub raczej dobrze ($M = 3,24$) na leczenie w porównaniu do rodziców dzieci reagujących raczej źle ($M = 2,84$) lub źle ($M = 3,13$). Podobna relacja, ale nieistotna statystycznie, dotyczyła podskali wyzwanie – aktywność (Tabela 9).

Tabela 9. Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS) a reakcja dziecka na leczenie
Table 9. Stress Assessment Questionnaire (KOS) and child's response to treatment

Reakcja dziecka na leczenie/ The child's reaction to treatment	Dobrze/ Well		Raczej dobrze/ Rather good		Raczej źle/ Rather bad		Źle/ Wrong		P
	Średnia/ Average	SD	Średnia/ Average	SD	Średnia/ Average	SD	Średnia/ Average	SD	
Zagrożenie/ Danger	3,28	0,35	3,24	0,36	2,89	0,56	3,13	0,29	0,0390
Wyzwanie – aktywność/ Challenge – activity	3,37	0,43	3,20	0,45	3,00	0,50	2,98	0,53	0,0517
Wyzwanie – pasywność/ Challenge – passivity	2,06	0,45	2,03	0,39	2,13	0,44	1,94	0,42	0,5644
Krzywdą/strata/ Wrong/loss	3,01	0,58	2,95	0,63	2,78	0,63	2,79	0,56	0,5940

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Istotnie wyższe wyniki na skali wyzwania – aktywność mieli rodzice, których dzieci zachowywały się tak samo, jak przed chorobą ($M = 3,41$) lub były za matę, by zrozumieć sytuację ($M = 3,26$) ($p < 0,0078$).

Dyskusja

Do najczęstszych nowotworów złośliwych w wieku dziecięcym możemy zaliczyć białaczki. Stanowią one około 30% wszystkich nowotworów, wśród których dominującą postacią jest ostra białaczka limfoblastyczna – ALL [19]. Jest to choroba układu krwiotwórczego powodująca niekontrolowane mnożenie niedojrzałych komórek krwi (blastów białaczkowych) w szpiku kostnym. Objawia się m.in.: błądzącością powłok skórnych, apatią, nadmiernym osłabieniem, siniakami i wybroczynami [20].

Wystąpienie choroby nowotworowej u dziecka jest ogromnym stresem dla całej rodziny, powoduje nagromadzenie zazwyczaj negatywnych emocji już od pierwszych chwil spędzonych na oddziale onkologicznym [14]. To, w jaki sposób dziecko będzie radzić sobie z chorobą, w dużej mierze zależy od zachowań rodziców, od ich postaw i nastawienia do leczenia.

Na ostrą białaczkę limfoblastyczną częściej chorują chłopcy niż dziewczynki. W badaniach własnych wykazano, że większość pacjentów (52%) stanowili chłopcy. Wyniki te potwierdzają badania przeprowadzone w 2011 roku przez Wieczerzak i Krzyżanowskiego [21].

Na pytanie, kto najczęściej sprawuje opiekę nad dzieckiem podczas leczenia w szpitalu, 45% badanych odparło, iż jest to matka. Jedna czwarta respondentów stwierdziła, że oboje opiekują się dzieckiem. Natomiast 13% wskazało, iż jest to ojciec. Niewielka część badanych wskazała, że dziecko pozostawało samo lub opiekowała się nim pozostała rodzina. Badania przeprowadzone w 2011 roku przez Mastalerz-Migas i wsp. [1] wykazały podobnie, że najczęściej osobą opiekującą się dzieckiem w szpitalu była matka (49%), znaczna część respondentów (43%) przyznała, że oboje rodzice na zmianę. Niewielka część wskazała na ojca lub rodzinę jako głównych opiekunów. Również badania Kędzierskiej i wsp. [15] wskazały, że głównym opiekunem sprawującym opiekę nad dzieckiem była matka, rzadziej byli to oboje rodzice czy inny członek rodziny. Ojcowie, którzy opiekowali się dzieckiem podczas pobytów w szpitalu, zdaniem Pilarczyk i wsp. [22] wykazali się większą dyspozycyjnością wynikającą z rodzaju wykonywanej pracy, mieli większe zasoby radzenia sobie ze stresem oraz odczuwali silniejszą więź z dzieckiem niż matka. Z badań własnych wynika, że mężczyźni częściej (60%) preferowali inne metody radzenia sobie ze stresem, takie jak praca czy farmakoterapia.

Podobnie badania innych autorów zwracają uwagę na oddziaływanie choroby nowotworowej na rodziców

dzieci chorych onkologicznie. W badaniach Cepuch i wsp. [23] stwierdzono bardzo wysoki poziom stresu wśród matek. Wśród kobiet dominującą strategią radzenia sobie ze stresem były zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego.

Zdaniem Bargiel-Matusiewicz i Ziółkowskiej [5] matki częściej skupiają swoją uwagę na koncentracji własnych emocji niż ojcowie. Z badań własnych możemy wywnioskować, że kobiety, aby poradzić sobie ze stresem, częściej wybierały takie strategie, jak: zwrot ku religii, pozytywne nastawienie do świata oraz odpoczynek w domu.

Należy również zwrócić uwagę na fakt, iż kobiety częściej (45,3%) podejmowały decyzję o rezygnacji z pracy na rzecz opieki nad dzieckiem w trakcie leczenia. Ponad połowa (56%) mężczyzn nie musiała rezygnować z pracy. Wyniki badań własnych potwierdzają wyniki badań z 2012 roku prowadzonych przez Pilarczyk i wsp. [22].

Zdaniem Chrapek [11] rozpoznanie nowotworu u dziecka stanowi dla rodziców ogromne wyzwanie, zmusza do radzenia sobie z wieloma trudnościami. Jednym z problemów jest pogorszenie się sytuacji materialnej rodziny na skutek rezygnacji z pracy. Z badań własnych wynika, że w związku z zachorowaniem dziecka zmuszonych do rezygnacji z pracy było 36% rodziców. Decyzję o czasowej rezygnacji z pracy podjęło 42% respondentów, natomiast 22% osób nie dokonywało takich zmian.

Według Pawełczak-Szastok i wsp. [25] etap leczenia wpływał istotnie na pogłębienie lęku wśród rodziców. Okres początkowego intensywnego leczenia, zakończenie leczenia, a także wznowa choroby oraz konieczność przeprowadzenia transplantacji szpiku kostnego wywierały na matkach największe poczucie lęku i stresu. Wyniki badań własnych wykazały, iż bardzo silny lęk towarzyszył rodzicom podczas pierwszego miesiąca od rozpoznania i rozpoczęcia leczenia, natomiast z silnym lękiem zmagali się rodzice w trakcie terapii, podtrzymywania remisji, wznowy choroby i zakończenia leczenia. Należy również wskazać, że mężczyźni odczuwali większy lęk o życie dziecka podczas chemioterapii, kobiety natomiast – podczas etapu steroidoterapii.

Badania własne ukazują także różne reakcje rodziców na diagnozę u dziecka, zależne od wieku badanych. Rodzice młodszy częściej reagowali na wieść o chorobie ich dziecka szokiem i zaskoczeniem, starsi zaś – lękiem przed nieznaną chorobą. Z badań Dąbkowskiej i wsp. z 2008 roku [26] wynika, że predyspozycją do wystąpienia zachowań depresyjnych jest starszy wiek rodziców dzieci leczonych onkologicznie.

Okres wystąpienia choroby nowotworowej dziecka doprowadzała do istotnych zmian w życiu każdego rodzica, nasila pojawienie się niepokoju o zdrowie i życie

dziecka, zmusza do podejmowania często niełatwych decyzji, doprowadza do bólu i cierpienia, pojawiają się uczucie niepewności i brak kontroli nad losem. Dymecka [27] w swoich badaniach wykazała, że u 60% respondentów choroba nowotworowa doprowadziła do nieznacznego pogorszenia się ich zdrowia, część badanych (12%) uważała, że ich zdrowie uległo znacznemu pogorszeniu, natomiast pozostała część badanych (28%) twierdziła, że choroba dziecka nie wpłynęła istotnie na ich stan zdrowia. Z badań własnych wynika, że najwięcej rodziców (37%) uważało, iż potrzeby dziecka są najważniejsze, 22% badanych deklaroowało bezsenność lub nadmierną senność, część badanych (20%) ograniczyła kontakty z otoczeniem, 16% respondentów wymieniło osłabiony lub nadmierny apetyt.

Niezmiernie istotne w zmaganiu się z chorobą dziecka jest wsparcie społeczne uzyskiwane od bliskich osób. Wyniki przeprowadzonych badań własnych pokazują, iż 61,9% respondentów, których dzieci zachorowały w wieku do 6 lat oraz powyżej 16. roku życia, mogli przede wszystkim liczyć na wsparcie współmałżonka. Rodzice dzieci od 7 do 15 lat uzyskiwali wsparcie od rodziny (39,4%) oraz swoich bliskich przyjaciół (27,3%). Spośród całej grupy badanej tylko 2 respondentów stwierdziło, że podczas leczenia nie było osoby, na której pomoc mogliby liczyć. Badania przeprowadzone w 2014 roku przez Cepuch i wsp. [12] wskazują, że największym wsparciem (92,16%) była rodzina, w tym współmałżonek, przyjaciele (50%), znajomi z pracy (7,45%) oraz inni rodzice, których dzieci chorowały (36,27%).

Badania własne wykazały, że ponad połowa rodziców (59%) ograniczyła kontakty towarzyskie tylko do szpitalnych relacji. Podobnie Cepuch i wsp. [12] w swoich badaniach zwrócili uwagę na wycofanie się rodziców z życia społecznego. Ponadto wykazano, że rodzice chorych dzieci ujawniali swój lęk i dzielili się nim z otoczeniem (47,06%), zazwyczaj mówili jawnie o swoich lękach (39,22%) lub tłumili strach w sobie (35,29%). W badaniach własnych większość ankietowanych (40%) tłumiała swoje emocje, 30% pytanych mówiło o swoich uczuciach, 25% rodziców nie mówiło o swoich lękach, natomiast tylko 5% uzewnętrzniało to, co czuje.

Z badań Wieczerzak i Krzyżanowskiego [21] wynika, że dzieci były nastawione pozytywnie do swojej choroby, traktowały ją z humorem i uśmiechem na ustach, co niewątpliwie wpływa na lepsze radzenie sobie z leczeniem. Dla tych dzieci choroba to przeszkoda, którą należy pokonać. Z badań własnych wynika, że najwięcej rodziców (37%) uważało, że dziecko pod wpływem leczenia stało się smutne, apatyczne, natomiast 20% badanych stwierdziło, że dziecko izoluje się od rodziców i rówieśników. Pozostali (29%) twierdzili, że dziecko

zachowuje się tak jak przed chorobą lub jest zbyt małe, by zrozumieć sytuację.

Podsumowując, można stwierdzić, że pojawienie się choroby onkologicznej u dziecka wpływa na codzienne funkcjonowanie rodziny. Wsparcie, poczucie zaangażowania i okazanie miłości może pomóc przetrwać trudny czas.

Wnioski

1. Rodzice postrzegają zachorowanie ich dziecka najczęściej jako wyzwanie oraz jako zagrożenie. Ojcowie w nieznacznie większym stopniu odczuwają poczucie zagrożenia niż matki. Młodszy rodzice oraz osoby oceniające swój status materialny jako niski częściej doświadczają poczucia zagrożenia oraz krzywdy/straty niż pozostali.
2. Zachorowanie dziecka na nowotwór wywołuje wśród rodziców ogromne poczucie lęku. Osoby młodsze najczęściej odczuwają bardzo silny lęk. Poziom lęku zmniejsza się wraz z wiekiem rodziców.
3. Rodzice w różny sposób próbują radzić sobie ze stresem. Kobiety częściej wybierają zwrot ku religii, odpoczynek i relaks w domu, a także pozytywne nastawienie do świata, mężczyźni natomiast preferują inne formy, np. pracę.
4. Matki częściej niż ojcowie korzystają z porad psychologa, kapelana szpitalnego oraz rodziny, przyjaciół czy siostry zakonnej.

Piśmiennictwo

1. Mastalerz-Migas A, Koczy M et al. Jak funkcjonuje rodzina z dzieckiem chorym na nowotwór – doniesienie wstępne. *Fam Med Prim Care Rev.* 2011; 13(2): 185–188.
2. Samardakiewicz M, Kowalczyk J. Opieka psychoonkologiczna nad pacjentem leczonym hematologicznie w okresie nastoletnim i wczesnej dorosłości. *Hematologia.* 2011; 2(1): 51–56.
3. Muczyń A, Sterczyński R, Samardakiewicz M, Zauche JM. PedsQL^{FM} Family Impact Module jako metoda badania wpływu choroby nowotworowej dziecka na rodzinę. *Adaptacja językowa i badania pilotażowe. Psychoonkol.* 2014; 4: 128–135.
4. Baruch A. Choroba nowotworowa dziecka jako czynnik powodujący zmiany w funkcjonowaniu rodziny – wybrane aspekty. *Prz Pedagog.* 2013; 2(12): 133–148.
5. Bargiel-Matusiewicz K, Ziółkowska N. Style radzenia sobie ze stresem oraz poziom lęku u matek oraz ojców dzieci chorych onkologicznie. *Ann Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica.* 2015; 8: 24–33.
6. Mały E, Przyborska M et al. Zmiany cytogenetyczne a pozostałe czynniki prognostyczne u dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną – badanie jednośrodkowe. *Acta Haemat Polonica.* 2011; 42(3): 507–512.
7. Jatczak-Gaca A, Styczyński J et al. Analiza współczynników prognostycznych w ostrej białaczce limfoblastycznej u dzieci leczonych w regionie kujawsko-pomorskim w latach 1976–2010. *Post Nauk Med.* 2013; 9: 627–633.

8. Cepuch G, Dębska G, Foryś Z. Dziecko z białaczką – wybrane elementy modelu opieki. W: Pasek M, Dębska G (red.). Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM; 2010. 47–56.
9. Kichler K, Hnatyszyn M. Rodzina z dzieckiem z chorobą nowotworową układu krwiotwórczego – perspektywa matki. *Psychoonkol.* 2015; 4: 169–174.
10. Stachowicz-Stencel T, Krawczyk M, Balcerska A. Wczesna diagnostyka choroby nowotworowej u dzieci. *Forum Med Rodz.* 2010; 4(6): 431–437.
11. Chrapek E. Psychologiczne trudności, wsparcie społeczne oraz radzenie sobie ze stresem u rodziców dzieci z chorobą nowotworową. *Psychiatr Psychol Klin.* 2016; 16(1): 27–32.
12. Cepuch G, Wojnar-Gruszka K, Gdańska K. Kontrola emocji a lęk, agresja i zaburzenia o charakterze depresyjnym u rodziców dzieci chorych onkologicznie. *Psychoonkol.* 2014; 1: 35–41.
13. Mess E et al. Postawy rodzicielskie wobec dzieci z chorobą nowotworową i alergiczną a ból odczuwalny przez dzieci. *Psychoonkol.* 2014; 4: 153–159.
14. Pilarczyk J. Rola psychoonkologii w leczeniu chorób nowotworowych u dzieci. W: Cybulski M, Strzelecki W (red.). *Psychologia w naukach medycznych.* Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego; 2010, 44–56.
15. Kędzierska B, Kol P, Wiktorowicz J. Wskaźniki stresu po-traumatycznego u rodziców dzieci kończących leczenie onkologiczne – rola oceny opieki medycznej, wsparcia społecznego oraz prężności osobowej. *Psychoonkol.* 2016; 20(1): 9–16.
16. Deręgowska J. Rodzina w zmaganiach z chorobą nowotworową dziecka. Szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń? *Piel Pol.* 2013; 3(49): 197–205.
17. Dębska G, Goździalska A, Jaśkiewicz J (red.). Rodzina w sytuacji wyznaczonej chorobą zagrażającą życiu dziecka. Rodzina w zdrowiu i w chorobie: wybrane aspekty opieki nad przewlekle chorym. Kraków: Oficyna Wydawnicza; 2012. 9–16.
18. Włodarczyk D, Wrześniewski K. Kwestionariusz Oceny Stresu. *Prz Psychol.* 2010; 53(4): 479–496.
19. Kantmann J, Mazur B, Szczepański T. Charakterystyka i częstość występowania koekspresji w ostrej białaczce limfoblastycznej u dzieci. *Ann Academiae Medicave Silesiensis.* 2012; 66(3): 20–26.
20. Radwańska U. Białaczki u dzieci. Wrocław: Volumed; 1998.
21. Wiececzak K, Krzyżanowski D. Wybrane aspekty psychologiczne jakości życia dzieci chorych na nowotwory krwi. *Piel Zdr Publ.* 2011;1(2): 129–134.
22. Pilarczyk J et al. Analiza funkcjonowania psychospołecznego ojców opiekujących się w szpitalu dziećmi z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkol.* 2012; 2: 37–42.
23. Cepuch G, Citko J, Wojtas K. The level of perceived stress of parents of children with cancerous disease — mechanisms of dealing with stress and social support. *Folia Medica Cracoviensia.* 2013; 3(2): 87–97.
24. Tsitsi T, Raftopoulos V, Papastavrou E, Charalambous A. Complementary and alternative medical interventions for the management of anxiety in parents of children who are hospitalized and suffer from malignancy: A systematic review of RCTs. *Eur J Integrative Med.* 6, 2014: 112–124.
25. Pawełczak-Szastok et al. Lęk w rodzinach dzieci chorujących na nowotwory. *Psychoonkol.* 2012; 2(29): 29–36.
26. Dąbkowska M, Kurylak A, Wyskocki M. Poziom lęku rodziców dzieci z chorobą nowotworową – doniesienie wstępne. *Pediatr Pol.* 2008; 83(3): 246–251.
27. Dymecka J. Poczucie koherencji a stan zdrowia rodziców zmagających się z chorobą onkologiczną dziecka. *Psychoonkol.* 2013, 1: 16–22.

Artykuł przyjęty do redakcji: 04.09.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 06.02.2018

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

Adres do korespondencji:

Aneta Grochowska
ul. Adama Mickiewicza 8
33-100 Tarnów
tel.: 14 631 07 51
e-mail: grochowskaaneta@o2.pl
Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie



ZASTOSOWANIE MEZENCHYMALNYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH W MEDYCYNIE REGENERACYJNEJ – PRZEGLĄD BADAŃ

THE USE OF MESENCHYMAL STEM CELLS IN REGENERATIVE MEDICINE – A REVIEW OF RESEARCH

Marzanna Mziray¹, Regina Żuralska¹, Przemysław Domagała², Danuta Postrożny¹

¹ Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia
Gdański Uniwersytet Medyczny

² Zakład Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego
Gdański Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.22>

STRESZCZENIE

Mezenchymalne komórki macierzyste dzięki swym wyjątkowym właściwościom do odnawiania się i różnicowania w różne linie komórkowe budzą wielkie nadzieje co do zastosowania w medycynie regeneracyjnej. W niniejszej pracy w oparciu o przegląd literatury przedstawiano dane dotyczące komórek macierzystych i ich możliwego zastosowania w leczeniu lub niwelowaniu skutków takich przypadłości, jak choroby tkanki chrzęstnej, układu sercowo-naczyniowego, układu nerwowego, wątroby, cukrzyca typu 1 oraz rany przewlekłe. Przedstawione badania wskazują jednak na to, iż aby terapia z udziałem MSC stała się podstawową opcją w leczeniu klinicznym, konieczne są dalsze prace nad tymi komórkami i dokładniejsze zrozumienie interakcji między związanymi z nimi procesami a chorobami do tej pory nieuleczalnymi.

SŁOWA KLUCZOWE: komórki macierzyste, choroby układu nerwowego, rany przewlekłe, terapia komórkowa i tkankowa.

ABSTRACT

Mesenchymal stem cells (MSC) through their unique properties to renew and differentiate into various cell lines are great expectation for use in regenerative medicine. In this paper based on a literature review, data on cells and their potential use in treatment or minimizing complications of diseases such as cartilage disorders, cardiovascular diseases, nervous system diseases, liver diseases, diabetes type 1 and chronic wounds were presented. However, the studies indicate that to make therapy involving the MSC a primary option for clinical treatment further research on these cells and more accurate understanding of the interaction between the related processes and diseases so far incurable are necessary.

KEYWORDS: multipotent stem cells, cardiovascular diseases, chronic wounds, cell- and tissue-based therapy.

Mezenchymalne komórki macierzyste

Mezenchymalne komórki macierzyste (ang. *mesenchymal stem cells* – MSC) są multipotencjalnymi, samoodnawiającymi się komórkami niehematopoetycznymi obecnymi w wielu tkankach organizmu [1, 2]. Mezenchyma jest rozwijającą się tkanką łączną zarodka, wywodzącą się głównie z mezodermy. U kręgowców mezoderma powstająca w procesie gastrulacji daje początek tkance łącznej, chrząstce, kościom, ścięgnom, mięśniom, strunie grzbietowej, krwi, szpikowi kostnemu, limfie, nabłonkowi naczyń krwionośnych i limfatycznych, pokrywającemu jamy ciała, wyściełającemu nerki, moczowody, gonady, przewody płciowe, korę nadnerczy i innym tkankom. Wiele tkanek mezenchymalnych zawiera komórki prekursorowe ukierunkowane na różnicowanie w określony sposób, które mogą uczestniczyć w miej-

scowej regeneracji tkanek, np. prekursorzy chondrocytów w chrząstkach, prekursorzy osteocytów w kościach czy prekursorzy adipocytów w tkance tłuszczowej. W mezenchymie znajdują się również komórki, które nie są ukierunkowane na konkretne potomne linie komórkowe, np. komórki kości, chrząstki, mięśni i komórki tłuszczowe. Mezenchymalne komórki macierzyste stanowią populację komórek prekursorowych, które charakteryzują się jak inne komórki macierzyste zdolnością do samoodnawiania, czyli posiadają skłonność wytwarzania komórki potomnej podobnej do komórki macierzystej. Pojedyncza komórka ma zdolność różnicowania się w wiele linii komórkowych, a *in vivo* komórki te są zdolne do odtwarzania tkanek, w które mogą się różnicować [3].

Udowodniono istnienie wielu źródeł, z których można wyizolować MSC. Pierwszym, najczęściej wyko-

rzystywanym jest szpik kostny. Kolejnym dostępnym miejscem rezydowania MSC jest tkanka tłuszczowa, której komórki mogą być pobierane w trakcie liposukcji. Mezenchymalne komórki macierzyste zostały odkryte także w pępowinie (tkance łącznej zwanej galareta Whartona), krwi pępowinowej, łożysku, miazdze zębów mlecznych, płynie maziowym, więzadła przyzębowym, migdałkach, przytarczycy, mięśniach szkieletowych [4], oponie twardej, chrząstce, skórze, cebulce włosa [5], a nawet we krwi menstruacyjnej [6].

Medycyna regeneracyjna jest nową rozwijającą się gałęzią medycyny, która dzięki nowoczesnym technologiom wykorzystuje komórki macierzyste do odtwarzania prawidłowej funkcji tkanki bądź narządu. Uzyskane wyniki badań przeprowadzonych na całym świecie niosą nadzieje na leczenie wielu schorzeń ortopedycznych, kardiologicznych, związanych z funkcją wątroby, trzustki czy OUN [7, 8].

MSC w regeneracji układu chrzęstno-kostnego i leczeniu wrodzonych zaburzeń biosyntezy kolagenu

Mezenchymalne komórki macierzyste szpiku mają potwierdzony badaniami *in vitro* potencjał chondro- i osteogeny [9]. Wakitani i wsp. [10] uzyskane w hodowli mezenchymalne komórki macierzyste szpiku zaaplikowali królikom w miejsce sztucznie wytworzonego ubytku chrząstko-kostnego na powierzchni nośnej stawu kolanowego. W miejscu podania zawiesiny komórek mezenchymalnych zaobserwowano stopniowe formowanie chrząstki szklistej i pochrzęstnej tkanki kostnej. Nowo formowana chrząstka uzyskała właściwości histologiczne i mechaniczne zbliżone do zdrowej chrząstki stawu kolanowego badanych zwierząt.

Obiecujące wyniki uzyskano w badaniu klinicznym, w którym uczestniczyli chorzy z *osteoarthritis* (OA) poddani leczniczej osteotomii kości piszczelowej z powodu zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego. Autologiczne mezenchymalne komórki macierzyste szpiku transplantowano w okolice ubytków chrzęstnych powierzchni stawowej kolana. W 42. tygodniu po implantacji mezenchymalnych komórek ubytki w chrząstce stawowej operowanych pacjentów wypełnione były częściowo tkanką zbliżoną histologicznie do chrząstki szklistej [11].

Z kolei Gillot i wsp. transplantowali mezenchymalne komórki macierzyste myszom chorym na *osteogenesis imperfecta* (OI). Badania te wykazały, że transplantologia MSC znacznie obniżyła u myszy częstość występowania złamań i nieprawidłowości w budowie szkieletu [12].

Opierając się na opublikowanych uprzednio obiecujących pracach doświadczalnych prowadzonych na modelu zwierzęcym u myszy z *osteogenesis imper-*

fecta [12, 13], Horwitz i wsp. [14] przeprowadzili allogeniczne przeszczepianie szpiku kostnego u trojga dzieci z ciężką postacią OI. W tym przypadku przeszczepiony szpik kostny był źródłem komórek macierzystych dających początek osteoblastom syntetyzującym prawidłowy kolagen i regulującym w sposób fizjologiczny metabolizm kości. U pacjentów poddanych transplantacji uzyskano małą, lecz znamioną statystycznie poprawę w zawartości składników mineralnych kości. Zaobserwowano również zwiększenie liczby osteoblastów przy spadku liczby osteoklastów i zmniejszeniu szybkości obrotu kostnego oraz normalizację struktury histologicznej kości. Klinicznie u dzieci poddanych transplantologii szpiku podczas kilkumiesięcznej obserwacji po przeszczepie wykazano lepszy przyrost długości ciała oraz spadek złamań patologicznych kości.

Badania nad zastosowaniem komórek macierzystych w *osteogenesis imperfecta* prowadzili także Le Blanc i wsp. Transportowali oni przez żyłą pępowinową allogeniczne MSC otrzymane z wątroby do 32-tygodniowego płodu z OI. Komórki macierzyste wykazywały różnicowanie w kierunku komórek kostnych, które zachowywały swój fenotyp przez dłuższy czas [15].

MSC w regeneracji układu sercowo-naczyniowego

Mezenchymalne komórki macierzyste są także obiecującym kandydatem do zastosowania w regeneracji mięśnia sercowego. Pojawiło się wiele badań udowadniających, że możliwe jest wyizolowanie linii komórek kardiomiogennych wywodzących się z komórek macierzystych szpiku kostnego czy krwi pępowinowej. W warunkach hodowli z dodatkiem czynnika demetylującego – 5-azacytydyny – komórki macierzyste zarówno szpiku kostnego, jak i krwi pępowinowej różnicują się w komórki o morfologii zbliżonej do fibroblasta, a w kolejnych pasażach – w kardiomiocyta [16–18]. Autologiczna transplantacja komórek macierzystych szpiku w miejsce blizny pozawałowej prowadzi do poprawy funkcji uszkodzonego w skutek niedokrwienia mięśnia sercowego. Badania na modelach zwierzęcych wykazały, że mezenchymalne komórki macierzyste szpiku implantowane w okolicę blizny pozawałowej różnicują się w kardiomiocyty oraz promują neoangiogenezę w strefie niedokrwienia.

Inne badania udowodniły, iż jednojądrzaste komórki macierzyste mogą różnicować się w komórki śródbłonna i brać udział w formowaniu struktur naczyniowych, co może być efektywnie wykorzystane dla neowaskularyzacji niedokrwionych tkanek. Miejscowe podanie jednojądrzastych komórek wyizolowanych ze szpiku kostnego do mięśni niedokrwionej kończyny królika skutkowało nowotworzeniem naczyń i powstaniem

funkcjonalnego krążenia obocznego [19–21]. Po dośrobowym podaniu progenitorowych komórek śródbłonna (ang. *endothelial progenitor cells* – EPC) wyizolowanych z krwi obwodowej uzyskano znaczną poprawę przepływu krwi i wzrost gęstości kapilarów w kończynach myszy z wrodzonym upośledzeniem procesu angiogenezy [22]. Podane dożylnie EPC różnicują się w dojrzałe komórki śródbłonna i uczestniczą w nowotworzeniu naczyń w strefie zawału mięśnia sercowego u szczurów [23]. Neoangiogeneza w niedokrwionym obszarze mięśnia sercowego hamuje apoptozę kardiomiocytów i niekorzystną przebudowę strukturalną żywej tkanki sercowej oraz poprawia funkcje hemodynamiczne serca [24].

Korzystny efekt implantacji komórek macierzystych szpiku kostnego w obręb tkanki serca objętej zawałem wykazali w badaniach przedklinicznych na zwierzętach Shake i wsp. [25]. Transplantacja MSC zapobiegła niekorzystnej przebudowie *myocardium* i zmniejszyła stopień pozawałowej dysfunkcji skurczowej mięśnia sercowego.

Badania kliniczne nad wykorzystaniem komórek macierzystych w leczeniu zawału serca po raz pierwszy przeprowadzili Strauer i wsp. [26]. Uprzednio wyizolowane ze szpiku kostnego chorych BMC (ang. *bone marrow mononuclear cells*) zostały wprowadzone do obszaru martwicy mięśnia sercowego metodą przezskórnej wewnętrznej angioplastyki wieńcowej (ang. *percutaneous transluminal coronary angioplasty* – PTCA) przez naczynie wieńcowe, którego zamknięcie spowodowało zawał mięśnia sercowego. Obserwacji poddano dwie 10-osobowe grupy chorych po przebytych zawałach mięśnia sercowego. Pierwsza grupa została poddana tylko PTCA, a druga grupa dodatkowo otrzymała BMC. Po 3 miesiącach w grupie, która otrzymała BMC, w badaniu hemodynamicznym stwierdzono znaczną poprawę dynamiki lewej komory, a także istotne zwiększenie perfuzji mięśnia sercowego potwierdzone scyntyografią serca z użyciem izotopu talu (Tl^{207}).

Wyraźną poprawę krążenia wieńcowego widoczną w scyntygrafii pooperacyjnej wykazano w badaniu klinicznym przeprowadzonym w Japonii, w którym uczestniczyło 5 chorych. Zostali oni poddani operacyjnemu pomostowaniu naczyń wieńcowych, łącznie z autologiczną transplantacją komórek szpiku kostnego w obszar mięśnia sercowego nieobjętego pomostowaniem. Badania obrazowe i laboratoryjne nie wykazały niekorzystnych następstw w terapii u chorych uczestniczących w tym badaniu [27].

MSC w regeneracji układu nerwowego

Współczesne technologie pozwalają podejmować działania zmierzające do wypracowania nowych strategii terapii komórkowej w chorobach neurodegeneracyjnych w modelu ksenograficznym, czyli u zwierząt, ale z za-

stosowaniem ludzkich komórek jednojądrzastych. Osiągnięto już pewne sukcesy w leczeniu takich schorzeń, jak parkinsonizm [28], choroba Huntingtona [29] czy stwardnienie zanikowe boczne [30]. Pewnym optymizmem napawają także wyniki badania w zakresie terapii komórkowej udaru niedokrwionego mózgu przeprowadzone na modelach zwierzęcych. Interesujące efekty uzyskano w badaniach, w których wywoływano przejściowe godzinne niedokrwienie OUN u szczurów przez chirurgiczne zamknięcie tętnicy środkowej mózgu. Po 48 godzinach od chwili wystąpienia udaru podawano zwierzętom dożylnie komórki ludzkiej krwi pępowinowej wzbogacone we frakcję niehematopoetycznych komórek macierzystych (CD45–, CD34–). W badaniu histologicznym uwidoczniło się obecność ludzkich komórek w obszarze niedokrwienia oraz znaczną gęstość włókien nerwowych penetrujących strefę uszkodzenia, pochodzących z nieuszkodzonych struktur. Zaobserwowano również około 50-procentowe zmniejszenie obszaru martwicy w stosunku do grupy kontrolnej szczurów. W przeprowadzonych czynnościowych testach behawioralnych zwierzęta leczone komórkami ludzkiej krwi pępowinowej wykazywały znaczącą poprawę stanu ruchowego w porównaniu z grupą kontrolną [31].

Podjęto też próby kliniczne mające na celu leczenie pacjentów z udarem niedokrwionym mózgu z użyciem komórek macierzystych zawartych we frakcji komórek jednojądrzastych. Mimo osiągnięcia spektakularnych efektów takiej terapii w modelach zwierzęcych, u ludzi na razie uzyskuje się – porównując z pacjentami leczonymi w sposób konwencjonalny – tylko częściową poprawę stanu neurologicznego [32].

Szczególną grupę stanowią osoby młode z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, najczęściej w wyniku urazu. Także w tych przypadkach odnotowano zauważalną różnicę efektu terapeutycznego osiąganego w modelach zwierzęcym i ludzkim. W przeprowadzonych pierwszych próbach klinicznych stwierdzono ograniczoną poprawę czuciową i ruchową po podaniu komórek macierzystych. Wyniki tych pionierskich jeszcze badań wskazują, że pełna rekonstrukcja połączeń nerwowych i odbudowa uszkodzonej tkanki nerwowej wymagają dalszych prac nad optymalizacją protokołów badawczych, ukierunkowanych na zastosowanie właściwej frakcji lub mieszaniny, wyizolowanych z organizmu pacjenta, komórek macierzystych i/lub progenitorowych [33, 34].

MSC w regeneracji wątroby

Przeprowadzone w wielu ośrodkach badania wskazują, iż mezenchymalne komórki macierzyste są zdolne do różnicowania w kierunku komórek wytwarzających albuminę, podobnych do hepatocytów. Mogą one być

hodowane *in vitro* przez dłuższy okres bez właściwości różnicujących, w odróżnieniu od hematopoetycznych komórek macierzystych. Ponieważ są podatne na modyfikacje genetyczne, mogą więc być pozyskane od pacjenta z wrodzonym defektem wątroby, a następnie poddane procedurom inżynierii genetycznej w celu poprawienia występujących zmian. Komórki te mogą być następnie namnażane i wykorzystane do wykonania przeszczepu. Udowodniono także, że MSC są zdolne do wytwarzania czynników stymulujących endogenne komórki parenchymalne, co może mieć ważne znaczenie w regeneracji tkanek. Podczas innych badań *in vitro* wykazano, że w odpowiednich warunkach środowiskowych MSC są zdolne do różnicowania w komórki podobne do hepatocytów. W eksperymentach na modelach zwierzęcych wykazano także, że MSC zwiększają degradację matrycy włóknistej, prawdopodobnie poprzez zwiększenie ekspresji metaloproteinaz. Badania te wskazują na możliwość zastosowania MSC w przypadku zwłóknienia wątroby [35].

Mizuguchi i wsp., prowadząc hodowlę mezenchymalnych komórek macierzystych szpiku kostnego razem z pierwotnymi hepatocytami, otrzymali długoterminowy funkcjonalny model wątroby *in vitro*. Powstało kilka teorii na temat mechanizmu tego procesu. Białka Jagged1 i Notch były uważane za niezbędne podczas procesu różnicowania, jednak ostatnie doniesienia wskazują na to, że samo zastosowanie kokultury z komórkami wątrobowymi indukuje powstawanie hepatocytów z komórek wątrobowych [36].

MSC w terapii cukrzycy typu 1 i jej powikłań

Naukowcy prowadzący badania [37–39] mające na celu otrzymanie komórek beta wysp trzustkowych przydatnych w terapii komórkowej cukrzycy typu 1 uwzględniają embrionalne komórki macierzyste (ang. *embryonic stem cells* – ESC). W warunkach *in vitro* otrzymano z nich komórki o wysokiej ekspresji insuliny. Proces ten nie jest jednak efektywny, ponieważ spontanicznie z ESC powstaje tylko 1–3% komórek beta wysp trzustkowych wykazujących wrażliwość na wzrost stężenia glukozy w medium. Uzyskanie większej liczby komórek beta tą drogą jest złożone [40].

Chen i wsp. [41] zróżnicowali MSC pochodzące ze szpiku kostnego do komórek, które w warunkach *in vitro* indukowały wydzielanie insuliny zależne od stężenia glukozy. Powstałe komórki po wszczepieniu szczurom z wywołaną cukrzycą streptozotocynową obniżyły stężenie glukozy [42]. Dalsze badania na myszach dowiodły, że endometrialne MSC mają potencjał do różnicowania się w kierunku komórek wydzielających insulinę, a dodatkowo mogą współuczestniczyć w sekrecji insuliny i efektywnie kontrolować stężenie glukozy we krwi.

Fiotina i wsp. zauważyli natomiast, że allogeniczne MSC są zdolne do projekcji komórek wyspowych, opóźniając początek choroby u myszy w stanie przedcukrzycowym oraz wyrównując hiperglikemię w jej początkowym stadium [40].

Duży potencjał w regeneracji komórek wyspowych wykazują komórki macierzyste krwi pępowinowej. W doświadczeniu na myszach komórki te pozwalały obniżyć stężenie glukozy we krwi, zwiększając przeżywalność w cukrzycy zarówno typu 1, jak i typu 2, a także powodowały cofanie się wywołanych cukrzycą zmian w nerkach (działanie regeneracyjne w miększu nerek i ich nerwach) [43].

Wykorzystanie komórek macierzystych może obejmować nie tylko ustabilizowanie glikemii, ale leczenie przewlekłych powikłań narządowych. W doświadczeniu na szczurach z kardiomiopatią cukrzycową podane dożylnie MSC szpiku kostnego, zróżnicowane do kardiomiocytów, potrafiły indukować miogenezę i angiogenezę poprzez uwalnianie różnych czynników angiogenicznych, mitogennych czy antyapoptozowych, co poprawiało funkcjonowanie serca [44]. Uwalnianie przez MSC czynników angiogenicznych może być także wykorzystane w leczeniu niedokrwienia kończyn dolnych w przebiegu cukrzycy [45]. Skuteczność MSC potwierdzono również w leczeniu i prewencji nefropatii cukrzycowej. Wszczepienie ich myszom z cukrzycą NOD spowodowało zróżnicowanie się MSC do komórek nerkowych oraz ograniczenie odpowiedzi immunologicznej, poprawę funkcjonowania nerek i przesączania kłębuszkowego. Mechanizm tego zjawiska jest niejasny, choć można je tłumaczyć różnicowaniem się MSC do wytwarzających insulinę komórek beta oraz wtórnym obniżeniem stężenia glukozy w surowicy i w efekcie zmniejszeniem glikozurii [46, 47]. Zdolność MSC do wytwarzania zasadowego czynnika wzrostu fibroblastów (ang. *basic fibroblast growth factor* – bFGF) oraz czynnika wzrostu śródbłonna naczyniowego (ang. *vascular endothelial growth factor* – VEGF) może być przydatna w nowej strategii leczenia polineuropatii cukrzycowej [48]. Wszczepienie domięśniowe MSC u szczurów zwiększyło produkcję bFGF oraz VEGF, co spowodowało poprawę współczynnika kapilar w stosunku do włókien mięśniowych.

MSC w leczeniu ran

Zastosowanie komórek macierzystych okazało się także skuteczne podczas leczenia przewlekłych ran. Wu i wsp. wykazali, że iniekcja MSC ze szpiku kostnego w okolicy rany znacznie przyspiesza proces gojenia rany zarówno u myszy zdrowej, jak i u myszy z cukrzycą. Wykazano, że MSC potrafią różnicować się w kierunku różnych typów komórek skóry m.in. w ke-

ratynocyty, pericyty czy komórki endotelialne. Ponadto wydzielają one czynniki parakryne, które pobudzają leczenie ran, takie jak VEGF, IGF-1, EGF, czynnik wzrostu keratynocytów, angiopoetyna, erytropoetyna. Prowadzone badania na komórkach macierzystych z tkanki tłuszczowej wykazały, że wydzielają one podobne związki co komórki pochodzące ze szpiku kostnego. Kim i wsp. wykazali, że komórki macierzyste izolowane z tkanki tłuszczowej stymulują migrację fibroblastów skóry po utworzeniu rany w pierwotnej hodowli fibroblastów. Komórki te wydzielają czynniki wzrostu: FGF, KGF, TGF, HGF oraz VEGF. Badania *in vitro* zostały zweryfikowane na modelu zwierzęcym, ukazując znaczne zmniejszenie rozmiaru rany oraz przyspieszenie regeneracji komórek na obrzeżach rany. Podczas badań zespół ten także udowodnił, że hipoksja zwiększa wytwarzanie czynników wzrostu, a co za tym idzie – przyczynia się do zmniejszania obszaru rany, oraz że MSC wykazują działanie chroniące przed uszkadzającym wpływem promieniowania UVB [49].

Sheng i wsp. ponadto wykazali zdolność MSC do odtwarzania prawidłowej funkcji gruczołów potowych u 5 pacjentów z głębokimi ranami oparzeniowymi. Po 2–12 miesiącach od procedury obserwowali polepszenie funkcji perspiracji we wszystkich obszarach, gdzie zostały wszczepione komórki macierzyste, co wskazuje na to, że komórki te były zaangażowane w proces rekonstrukcji gruczołów potowych [15].

Podsumowanie

Jednym z najbardziej obiecujących kierunków badań w naukach medycznych jest medycyna regeneracyjna, której głównym narzędziem są izolowane komórki macierzyste. Możliwości samoodnawiania się i różnicowania mezenchymalnych komórek macierzystych w różne linie komórkowe sprawia, iż ich wykorzystanie rozważane jest jako atrakcyjne źródło do regeneracji narządów i tkanek. Przedstawione badania wskazują jednak na to, iż aby terapia z udziałem MSC stała się podstawową opcją w leczeniu klinicznym, konieczne są dalsze prace nad tymi komórkami i dokładniejsze zrozumienie interakcji między związanymi z nimi procesami a chorobami do tej pory nieuleczalnymi.

Piśmiennictwo

1. Song L, Tuan RS. Transdifferentiation potential of human mesenchymal stem cells derived from bone marrow. *FASEB J*. 2004; 18(9): 980–982.
2. Bianco P, Robey PG, Simmons PJ. Mesenchymal stem cells; revisiting history, concepts, and assay. *Cell Stem Cell*. 2008; 2(4): 313–319.
3. Rousfosse CA, Dirckx NC, Wright NA. Circulating mesenchymal stem cells. *Int J Biochem Cell Biol*. 2004; 36(4): 585–597.
4. Jackson WM, Nesti L, Tuan S. Potential therapeutic applications of muscle-derived mesenchymal stem and progenitor cells. *Expert Opin Biol Ther*. 2010; 10(4): 505–517.
5. Aronin CEP, Tuan RS. Therapeutic potential of the immunomodulatory activities of adult mesenchymal stem cells. *Birth Def Res. (Part C)* 2010; 90: 67–74.
6. Allickson JG, Sanchez A, Yefimenko N et al. Recent studies assessing the proliferative capability of a novel adult cell identified in menstrual blood. *Open Stem Cell J*. 2011; 3: 4–10.
7. Kanemura Y. Development of cell-processing systems for human stem cells (neural stem cells, mesenchymal stem cells, and IPS cells) for regenerative medicine. *Keio J Med*. 2010; 59 (20): 35–45.
8. Arien-Zakay H, Lazarovici P, Nagler A. Tissue regeneration potential in human umbilical cord blood. *Best Pract Res Clin Haematol*. 2010; 23: 291–303.
9. Pittenger MR, Mackay AM, Beck SC et al. Multilineage potential of adult human mesenchymal stem cells. *Science*. 1999; 284: 143–147.
10. Wakitani S, Goto T, Pineda SJ, Young RG et al. Mesenchymal cell – based repair of large, full – thickness defects of articular cartilage. *J Bone Joint Surg Am*. 1994; 76: 579–592.
11. Wakitani S, Imoto K, Yamamoto T et al. Human autologous culture expanded bone marrow mesenchymal cell transplantation for repair of cartilage defects in osteoarthritic knees. *Osteoarthritis Cartilage*. 2002; 10: 199–206 (abst.).
12. Chanda D, Kumar S, Ponnazhagan S. Therapeutic potential of adult one marrow-derived mesenchymal stem cells in diseases of the skeleton. *J Cell Biochem*. 2010; 111: 249–257.
13. Pereira RF, O'Hara MD, Lapter AV et al. Marrow stromal cells as a source of progenitor cells for nonhematopoietic tissues in transgenic mice with a phenotype of osteogenesis imperfecta. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1998; 95: 1142–1147.
14. Horwitz EM, Prockop DJ, Fitzpatrick LA et al. Transplantability and therapeutic effects of bone marrow – derived mesenchymal cells in children with osteogenesis imperfecta. *Nat Med*. 1999; 5: 309–313.
15. Si YL, Zhao YL, Hao HJ et al. MSCs: Biological characteristics, clinical applications and their outstanding concerns. *Aging Res Rev*. 2011; 10: 93–103.
16. Leiden JM. Beating the odds: a cardiomyocyte cell line at last. *J Clin Invest*. 1999; 103: 591–592.
17. Fukuda K. Use of adult marrow mesenchymal stem cell for regeneration of cardiomyocytes. *Bone Marrow Transplant*. 2003; 32: S25–S27.
18. Martinez EC, Kofidis T. Adult stem cells for cardiac tissue engineering. *J Mol Cell Cardiol*. 2011; 50: 312–319.
19. Asahara T, Murohara T, Sullivan A et al. Isolation of putative progenitor endothelial cells for angiogenesis. *Science*. 1997; 278: 964–967.
20. Bhattacharya V, Mc Sweeney PA, Shi Q et al. Enhanced endothelialization and microvessel formation in polyester grafts seeded with CD34+ bone marrow cells. *Blood*. 2000; 95: 581–585.
21. Shintani S, Murohara T, Ikeda H et al. Augmentation of postnatal neovascularization with autologous bone marrow transplantation. *Circulation*. 2001; 103: 897–903.
22. Kalka C, Masuda H, Takahashi T et al. Transplantation of ex vivo expanded endothelial progenitor cells for therapeutic neovascularization. *Proc Nat Sci USA*. 2000; 97: 3422–3427.
23. Kawamoto A, Gwon H-C, Iwaguro H et al. Therapeutic neuronal antigens generated in vivo from bone marrow. *Science*. 2000; 290: 1779–1982.

24. Kocher AA, Schuster MD, Szaboles MJ et al. Neovascularization of ischemic myocardium by human bone-marrow-derived angioblasts prevents cardiomyocyte apoptosis, reduces remodeling and improves cardiac function. *Net Med.* 2001; 7: 430–436.
25. Shake JG, Gruber PJ, Baumgartner WA et al. Mesenchymal stem cell model: engraftment and functional effects. *Ann Thorac Surg.* 2002; 73: 1919–1926.
26. Strauer BE, Brehm M, Zeus T et al. Repair of infarcted myocardium by autologous intracoronary mononuclear bone marrow cell transplantation in humans. *Circulation.* 2002; 106: 1913–1918.
27. Hamano K, Nishida M, Hirata K et al. Local implantation of autologous bone marrow cell for therapeutic angiogenesis in patient with ischemic heart disease: clinical trial and preliminary results. *Jpn Circ J.* 2001; 65: 845–847.
28. Suon S, Yang M, Iacovitti L. Adult human bone marrow stromal spheres express neuronal traits in vitro and in a rat model of Parkinson's disease. *Brain Res.* 2006; 23: 46–51.
29. Lescaudron L, Unni D, Dunbar GL. Autologous adult bone marrow stem cell transplantation in an animal model of Huntington's disease: behavioral and morphological outcomes. *Int J Neurosci.* 2003; 113: 945–956.
30. Garbuzova-Davis S, Willing AE, Zigova T et al. Intravenous administration of human umbilical cord blood cells in a mouse model of amyotrophic lateral sclerosis: distribution, migration, and differentiation. *J Hematother Stem Cell Res.* 2003; 12: 255–270.
31. Ratajczak MZ, Machalinski B, Wojakowski W et al. A hypothesis for an embryonic origin of pluripotent Oct-4(+) stem cells in adult bone marrow and other tissues. *Leukemia.* 2007; 21(5): 860–867.
32. Mendonça ML, Freitas GR, Silva SA et al. Safety of intra-arterial autologous bone marrow mononuclear cell transplantation for acute ischemic stroke. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 86: 52–55.
33. Kang KS, Kim SW, Oh YH et al. A 37-year-old spinal cord-injured female patient, transplanted of multipotent stem cells from human UC blood, with improved sensory perception and mobility, both functionally and morphologically: a case study. *Cytotherapy.* 2005; 7: 368–373.
34. Moviglia GA, Fernandez Vina R, Brizuela JA et al. Combined protocol of cell therapy for chronic spinal cord injury. Report on the electrical and functional recovery of two patients. *Cytotherapy.* 2006; 8: 202–209.
35. Almeida-Porada G, Zanjani ED, Porada CD. Bone marrow stem cells and liver regeneration. *Exp Hematol.* 2010; 38: 574–580.
36. Snykers S, De Kock J, Rogiers V et al. In vitro differentiation of embryonic and adult stem cells into hepatocytes: state of the art. *Stem Cells.* 2009; 27: 577–605.
37. Gallo R, Gombelli F, Gava B et al. Generation and expansion of multipotent mesenchymal progenitor cells from cultured human pancreatic islets. *Cell Death Different.* 2007; 14: 1860–1871.
38. Alison MR, Poulson R, Forbes S et al. An introduction to stem cells. *J Pathol.* 2002; 197: 419–423.
39. Lee DD, Grossman E, Chong AS et al. Cellular therapies for type 1 diabetes. *Horm Metab Res.* 2008; 40: 147–154.
40. Liew CG, Shah NN, Briston SJ et al. Pax4 enhances beta cell differentiation of human embryonic stem cells. *PLoS ONE.* 2008; 12: e1783.
41. Chen LB, Jiang XB, Yang L. Differentiation of rat marrow mesenchymal stem cells into pancreatic islet beta-cells. *World J Gastroenterol.* 2004; 10: 3016–20.
42. Lee RH, Seo MJ, Reger RL. Multipotent stromal cells from human marrow home to promote repair of pancreatic islets and renal glomeruli in diabetic Nod/scid mice. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2006; 103: 17438–17443.
43. Ende N, Chen R, Reddi AS. Transplantation of human umbilical cord blood cells improves glycemia and glomerular hypertrophy in type 2 diabetic mice. *Biochem Biophys Res Commun.* 2004; 321: 168–171.
44. Poornima G, Parikh P, Shannon RP. Diabetic cardiomyopathy. The search for a unifying hypothesis. *Circ Res.* 2006; 98: 596–605.
45. Liao YH, Verchere CB, Warnock GL. Adult stem or progenitor cells in treatment for type I diabetes: current progress. *Can J Surg.* 2007; 50: 137–142.
46. Wegner M, Pietrucha T, Pioruńska-Stolzmann M. Terapia komórkowa w leczeniu cukrzycy typu 1 – czy będzie możliwa? *Diabet Prakt.* 2009; 10(4): 157–161.
47. Liew CG. Generation of insulin-producing cells from pluripotent stem cells: from the selection of cell sources to the optimization of protocols. *Rev Diabet Stud.* 2010; 7(2): 82–92.
48. Shibata T, Naruse K, Kamiya H. Transplantation of bone marrow-derived mesenchymal stem cells improves diabetic polyneuropathy in rats. *Diabetes.* 2008; 57: 3099–3107.
49. Kim WS, Park BS, Sung JH. The wound-healing and antioxidant effects of adiposederived stem cells. *Expert Opin Biol Ther.* 2009; 9(7): 879–887.
50. Undale AH, Westendorf JJ, Yaszemski MJ et al. Mesenchymal stem cells for bone repair and metabolic bone diseases. *Mayo Clin Proc.* 2009; 84(10): 893–902.
51. Bajek A, Olkowska J, Drewa T. Mezenchymalne komórki macierzyste narzędnem terapeutycznym w regeneracji tkanek i narządów. *Post Hig Med Dosw.* 2011; 65: 124–132.
52. Opala J. Mezenchymalne komórki macierzyste w transplantologii. *Wiadomości Zootechniczne, R.L.* 2012, 3: 37–43.
53. De Bari C, Kurth TB, Augello A. Mesenchymal stem cells from development to postnatal joint homeostasis, aging and disease. *Birth Def Res. (Part C)* 2010; 23: 257–271.
54. Scharsuhl A, Schewe B, Benz K et al. Chondrogenic potential of human adult mesenchymal stem cells is independent of age of osteoarthritis etiology. *Stem Cells.* 2007; 25: 3244–3251.
55. Khan WS, Johnson DS, Hardingham TE. The potential of stem cells in the treatment of knee cartilage defects. *The Knee.* 2010; 17: 369–374.

Artykuł przyjęty do redakcji: 20.04.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 19.07.2017

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

Adres do korespondencji:

Przemysław Domagała
ul. Dębinki 7
80-211 Gdańsk
tel.: 58 349 12 92
e-mail: coxbrikasta@gumed.edu.pl
Zakład Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego
Gdański Uniwersytet Medyczny



PROFILAKTYKA I LECZENIE RAKA ŻOŁĄDKA – AKTUALNY PROBLEM INTERDYSCYPLINARNY

PREVENTION AND TREATMENT OF GASTRIC CANCER – A CURRENT INTERDISCIPLINARY PROBLEM

Bartłomiej Strzelec¹, Martyna Stuła¹, Piotr Chmielewski², Renata Taboła¹

¹ Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

² Zakład Anatomii Prawidłowej, Katedra Morfologii i Embriologii Człowieka
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.23>

STRESZCZENIE

Rak żołądka stanowi bardzo duże wyzwanie dla służby zdrowia i wymaga wielodyscyplinarnego podejścia, gdyż wczesna diagnoza i szybka interwencja chirurgiczna odgrywają ważną rolę w zmniejszeniu śmiertelności. Nowotwór ten jest piątym najczęstszym rakiem na świecie i zajmuje trzecie miejsce pod względem przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe. Obecnie radykalna resekcja z limfadenektomią jest najważniejszym i jedynym potencjalnie skutecznym sposobem leczenia, podczas gdy chemioterapia i radioterapia mają znaczenie w terapii wspomagającej. Zakres resekcji żołądka i limfadenektomii zależy przede wszystkim od zaawansowania miejscowego nowotworu, ale także od jego typu histologicznego. Operację wykonuje się metodą laparoskopową z użyciem 4 lub 5 trokarów albo metodą klasyczną. W obu przypadkach ciążość przewodu pokarmowego odtwarzana jest najczęściej metodą z użyciem pętli Roux en Y, natomiast metoda Bilroth II jest rzadziej stosowana, a tylko w niektórych przypadkach wykorzystuje się metodę Bilroth I. Wraz ze wzrostem doświadczenia i poprawą jakości sprzętu liczba operacji metodą laparoskopową znacznie wzrosła. Zainteresowanie laparoskopią jest coraz większe, ponieważ zabiegi te cechują się mniejszą inwazyjnością niż metoda klasyczna. Ponadto metoda laparoskopowa zapewnia wystarczające bezpieczeństwo onkologiczne i wiąże się z mniejszą liczbą powikłań pooperacyjnych i śródoperacyjnych, szczególnie u pacjentów obciążonych i starszych. Należy podkreślić, że wybór metody klasycznej, która jest standardem postępowania leczniczego w wielu krajach, nie jest błędem, lecz właściwą formą leczenia, zwłaszcza u pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym.

SŁOWA KLUCZOWE: nowotwory żołądka, chirurgia ogólna, przegląd piśmiennictwa.

ABSTRACT

The multidisciplinary management of gastric cancer remains a major challenge to the healthcare system as early diagnosis and timely surgical treatment are crucial for reducing the mortality rate. Gastric cancer is the fifth most common type of cancer and the third cause of cancer deaths worldwide. Currently, gastrectomy with lymphadenectomy is the most important and the only potentially effective form of treatment, while chemotherapy and radiotherapy are used as adjunct methods. The range of stomach resection and lymphadenectomy depends on the histological type of cancer and the local progression of the disease. An operation is performed using a laparoscopic method with 4 or 5 trocars, or using a classical method. In both cases, the continuity of the alimentary tract is restored using Roux en Y, whereas the Bilroth I method is less common, and the Bilroth II method is used only in some cases. With the increase in experience and improvement in equipment quality, the number of laparoscopic gastrectomies performed for gastric cancer has increased significantly. Therefore, there has been an increasing focus on this method as being less invasive compared to open gastrectomy. Moreover, the oncological safety of the laparoscopic approach has been confirmed and this method has also been shown to be associated with lower risk of complications during and following surgery, especially in older patients and individuals who are at greater risk of negative outcomes. It should be stressed that the use of the classical method, which remains a standard of treatment in many countries, is justified in patients with advanced cancer.

KEYWORDS: stomach neoplasms, general surgery, review.

Wprowadzenie

Rak żołądka jest piątym najczęstszym rakiem na świecie i stanowi bardzo duże wyzwanie dla służby zdrowia, gdyż wymaga wielodyscyplinarnego leczenia, w którym chirurgia odgrywa nadrzędną rolę [1]. Mimo że

zapadalność na ten nowotwór maleje, nadal stanowi on stosunkowo częstą przyczynę zgonów, nawet w krajach wysoko rozwiniętych, takich jak USA i Japonia [2, 3], w których zarówno świadomość społeczna dotycząca znaczenia zdrowego stylu życia i profilaktyki chorób

nowotworowych, jak i metody wykrywania wczesnych form raka są na znacznie wyższym poziomie niż w naszym kraju. Szacuje się, że każdego roku w USA na ten rodzaj nowotworu zapada ponad 21 tysięcy osób, z czego 12 tysięcy umiera. Polskie analizy epidemiologiczne wskazują, iż w XX wieku dwie najistotniejsze lokalizacje, które w największym stopniu decydowały o zagrożeniu nowotworami złośliwymi w Polsce, to płuca i żołądek, zwłaszcza w przypadku mężczyzn, tak więc historycznie rak żołądka był częstym nowotworem w populacji polskiej i jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na raka. W XXI wieku na 100 tysięcy mężczyzn 23 osoby chorują na raka żołądka w ciągu roku, podczas gdy u kobiet ten współczynnik zachorowań wynosi 8/100 tys./rok. Zapadalność na raka żołądka, jak na wiele innych rodzajów nowotworów, rośnie istotnie z wiekiem. Ryzyko tej choroby jest znacznie większe u osób starszych, zwłaszcza po 50. roku życia i ponad 75% chorych ma co najmniej 50 lat. Wczesne postawienie trafnej diagnozy i szybka interwencja chirurgiczna są najważniejsze z punktu widzenia sukcesu terapeutycznego, lecz niezwykle trudne ze względu na nieznaczące i nieswoiste wczesne objawy choroby, które są albo lekceważone przez chorych, albo uznawane za objawy choroby wrzodowej, przez co rak rozpoznawany jest często w późnych etapach zaawansowania. W konsekwencji operacja przeprowadzana jest w późnym stadium, przez co szansa na 5-letnie przeżycie po operacji jest mała [4]. Zabieg operacyjny to jedyny potencjalnie skuteczny sposób leczenia, natomiast radioterapia i chemioterapia zwiększają szansę na wyleczenie i mają znaczenie w terapii wspomagającej [5–11]. Tak więc chirurgia jest niewątpliwie najważniejszym elementem leczenia raka żołądka, a jej aspekty zasługują na szczególną uwagę i zostaną bardziej szczegółowo przedyskutowane w dalszej części artykułu. Po przedstawieniu najważniejszych informacji dotyczących profilaktyki i etiologii skoncentrujemy się na omówieniu wybranych technik chirurgicznych oraz krótkiej charakterystyce porównawczej metody laparoskopowej i klasycznej na podstawie przeglądu aktualnego piśmiennictwa z zakresu chirurgii raka żołądka.

Etiologia, patofizjologia i profilaktyka raka żołądka

Etiologia raka żołądka jest wieloczynnikowa, aczkolwiek za karcynogen pierwszego rzędu powszechnie uważa się *Helicobacter pylori*. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przewlekłe zakażenie tą gram-ujemną proteobakterią dotyczy co najmniej 50% osób w krajach rozwijających się (lub nawet 80%) i około 30% w krajach rozwiniętych. Do innych ważnych czynników ryzyka należy zaliczyć przede wszystkim:

autoimmunologiczne zanikowe zapalenie żołądka, różne czynniki genetyczne, polipy gruczolakowate, rodziną polipowatość żołądka, chorobę Menetriera, czynniki ryzyka związane z wykonywanym zawodem (m.in. sadze, smoły, różne rakotwórcze produkty spalania, dioksyny), używki (alkohol, palenie tytoniu) oraz niewłaściwą dietę i sposób odżywiania się, m.in. zbyt duże spożycie soli kuchennej, spożycie pokarmów głęboko przetworzonych, solonych, wędzonych, grillowanych, peklowanych, konserwowanych, zawierających groźne substancje toksyczne i rakotwórcze, takie jak aflatoksyny, dioksyny, benzopireny, azotany, lub potencjalnie rakotwórcze, takie jak akroleina, która powstaje podczas podgrzewania tłuszczów, a także zbyt mała ilość świeżych warzyw i owoców zawierających naturalne witaminy i przeciwutleniacze (**Tabela 1**). Warto pamiętać, że choć stosowanie wielu sztucznych konserwantów chroni żywność przed zepsuciem, to jednak ze spożytych azotanów w środowisku żołądka i na skutek działania występujących w nim bakterii powstają rakotwórcze N-nitrozozwiązki. Smażenie, pieczenie, wędzenie czy grillowanie mięsa i innych produktów wiąże się z powstawaniem dużych ilości potencjalnie rakotwórczych związków (m.in.: akroleina, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne i inne). Również środki ochrony roślin, takie jak pestycydy, zawierają te szkodliwe i niebezpieczne związki. Częste ich występowanie w diecie, zwłaszcza jeśli towarzyszy temu spożywanie alkoholu, który choć jest słabym mutagenem, to może wielokrotnie zwiększać ryzyko mutacji, jeśli jest przyjmowany wraz z innymi silnymi mutagenami (np. pochodzącymi z dymu tytoniowego) na zasadzie synergii. Należy więc stosować zrównoważoną, urozmaiconą i zdrową dietę, bogatą w błonnik i naturalne witaminy i przeciwutleniacze, a unikać tych czynników ryzyka, co jest jednak trudnym wyzwaniem we współczesnych czasach. Bardzo liczne produkty spożywcze, sztuczne i naturalne, zawierają duże ilości konserwantów i innych środków chemicznych. Warto uświadomić sobie, że zwykłe jabłko, które wydaje się produktem zdrowym i bezpiecznym (w języku angielskim istnieje nawet powiedzenie: *An apple a day keeps the doctor away*), jest wielokrotnie opryskiwane trującymi i szkodliwymi środkami chemicznymi ochrony roślin, zanim trafi do sprzedaży. Nie należy z tego powodu rezygnować ze spożywania świeżych warzyw i owoców, ale dobrze jest pamiętać, że konieczne jest jak największe urozmaicenie diety i niespożywanie jednego rodzaju pokarmu, a także spożywanie dużych ilości naturalnego błonnika, witamin czy przeciwutleniaczy. Wielu autorów zauważa, że zdrowa, naturalna i mająca duży potencjał ochronny dieta, która stanowi też jeden z podstawowych elementów profilaktyki przeciwnowotworowej, jest w praktyce trudna do realizacji, ale konieczna, gdyż może zapewniać skuteczną ochronę przed chorobami nowotworowymi.

Tabela 1. Czynniki ryzyka związane z rozwojem raka żołądka
Table 1. Risk factors associated with the development of gastric cancer

Czynniki ryzyka/ <i>Risk factors</i>
Przewlekłe zakażenie <i>Helicobacter pylori</i> / <i>Chronic Helicobacter pylori infection</i>
Narażenia zawodowe i związane ze stylem życia/ <i>Occupational and lifestyle-related exposures</i>
Palenie papierosów/ <i>Cigarette smoking</i>
Dieta bogata w sól i czerwone, smażone mięso, a uboga w warzywa i owoce/ <i>Diets that have large amounts of salt, red and fried meat, and not enough fresh fruit and vegetables</i>
Głęboko przetworzone, nienaturalne pokarmy (np. peklowanie, wędzenie, grillowanie)/ <i>Deeply processed foods (e.g. pickled, smoked, or grilled foods)</i>
Niedokrwistość złośliwa/ <i>Pernicious anemia</i>
Przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka/ <i>Chronic gastritis</i>
Choroba Menetriera/ <i>Ménétrier's disease</i>
Cukrzyca/ <i>Diabetes</i>
Stan po resekcji żołądka z powodu raka lub innych przyczyn, np. wrzodów/ <i>Condition after gastric resection for cancer or non-cancerous causes, e.g. ulcers</i>
Czynniki genetyczne (np. mutacja genu <i>CDH1</i>)/ <i>Genetic factors (e.g. mutation in the CDH1 gene)</i>
Inne czynniki (np. płeć męska, starszy wiek, grupa krwi A itp.)/ <i>Other factors (e.g. male sex, older age, blood type A, etc.)</i>

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Obecnie uważa się, że istnieje też wiele niepoznanych jeszcze czynników predysponujących do rozwoju raka żołądka. Rola czynników genetycznych jest niepodważalna, gdyż w piśmiennictwie naukowym opisano całe rodziny chore na ten rodzaj nowotworu, w których rozlane zmiany nowotworowe wiązano z mutacjami genu dla E-kadherine. Ryzyko raka jest też podwyższone w przypadku krewnych pierwszego stopnia osób chorych.

Jednak zdecydowanie najlepiej udokumentowana i naukowo potwierdzona jest rola przewlekłego zakażenia *Helicobacter pylori*. Bakteria ta dzięki mechanizmom przystosowawczym do życia w niskim pH może przebywać w nieprzyjnym środowisku żołądka przez kilka dekad. W tym czasie wpływa m.in. na funkcjonowanie błony śluzowej. Stopniowo zmienia się przyleganie do siebie komórek śluzówki żołądka, ich polarność oraz organizacja i funkcjonowanie cytoszkieletu. Ponadto dochodzi do wydzielania wielu cytokin prozapalnych i czynników stymulujących proliferację komórek żołądka. W efekcie tych zmian rozwija się stan zapalny, który prowadzi do uszkodzeń strukturalnych i funkcjonalnych błony śluzowej i innych warstw ściany żołądka oraz zmian mikrośrodowiska pod względem profilu hormo-

nalnego i enzymatycznego. Zakażenie początkowo powoduje powierzchowne zapalenie błony śluzowej, które poprzez zapalenie zanikowe doprowadza do zniszczenia śluzówki. W dalszej kolejności obserwuje się zmiany o charakterze metaplazji, a następnie dysplazji. Końcowym efektem tych przemian jest rak żołądka. Ze względu na istotną rolę tej bakterii w etiopatogenezie raka żołądka, jeśli jest to możliwe, zaleca się jej eradykację przed operacją.

W profilaktyce raka żołądka decydujące znaczenie mają zdrowa dieta, właściwe odżywianie się i styl życia (m.in. duża ilość świeżych warzyw i owoców oraz unikanie wszystkich wymienionych powyżej czynników ryzyka), a przede wszystkim „czujność onkologiczna” i nadzór u osób o podwyższonym ryzyku (np. zakażonych *Helicobacter pylori*, krewnych pierwszego stopnia osób chorych, pacjentów, u których występują pewne objawy sugerujące chorobę wrzodową, ze względu na niespecyficzną objawów raka).

Pierwsze objawy są nieznaczne i niecharakterystyczne lub nawet choroba rozwija się bezobjawowo. Początkowo objawy są bardzo podobne do choroby wrzodowej, a więc są to dyskomfort, niestrawność, niewielki ból w nadbrzuszu (u większości chorych), nieznaczna utrata masy ciała i osłabienie, nudności, wzdęcia czy w końcu dysfagia (jako objaw zamknięcia przejścia przełykowo-żołądkowego). W późnych etapach choroby objawy stają się nieco bardziej charakterystyczne i obejmują uczucie wczesnej sytości i brak apetytu (szczególnie wstręt do pokarmów mięsnych), wymioty, smoliste stolce, wyniszczenie, dalszą utratę masy ciała oraz objawy wynikające z przerzutów, jak np. wodobrzusze, żółtaczkę czy złamania kości.

W tej sytuacji rolą lekarza jest zebranie bardzo szczegółowego wywiadu w kierunku obciążenia rodzinnego, narażeń zawodowych oraz wynikających z diety, odżywiania się i stylu życia. Należy zauważyć, że u chorych z rakiem żołądka, szczególnie w przypadku niezawansowanego jeszcze nowotworu, objawy zgłaszane przez pacjenta będą wydawały się lekarzowi błahe, co jest jednym z tych problemów, który poważnie utrudnia wczesne postawienie trafnej diagnozy i podjęcie skutecznego leczenia, a jest to jedyna szansa na ocalenie życia chorego, gdyż rak żołądka to choroba podstępna i wyjątkowo agresywna, w której nawet wczesne wykrycie i szybka interwencja chirurgiczna nie gwarantują wyleczenia.

Kliniczna i histologiczna klasyfikacja raka żołądka

Współcześnie dostępnym jest wiele możliwości terapeutycznych i sposobów leczenia raka żołądka [12–20], a kluczowa sprawa to wykonanie radykalnego zabiegu

usunięcia nowotworu we wczesnych etapach choroby. Metoda leczenia zależy przede wszystkim od zaawansowania choroby i wybierana jest w oparciu o aktualnie obowiązujące w danym kraju wytyczne i standardy dotyczące postępowania leczniczego.

Pod względem anatomicznym żołądek jest podprzeponowo i wewnątrzotrzewnowo położonym narządem jamy brzusznej o dobrym unaczynieniu, które pochodzi z czterech głównych tętnic przebiegających wzdłuż krzywizny mniejszej i większej oraz licznych mniejszych naczyń zaopatrujących dno i wpust. Tętnice unaczyniające żołądek pochodzą od pnia trzewnego i jego gałęzi i są to m.in. tętnice żołądkowe lewa (bezpośrednia gałąź pnia trzewnego) i prawa (gałąź t. wątrobowej właściwej) oraz tętnice żołądkowo-sieciowe lewa (gałąź t. śledzionowej) i prawa (gałąź t. żołądkowo-dwunastniczej). Węzły chłonne drenujące chłonkę z żołądka zostały przyporządkowane do trzech głównych grup (N1–N3) według JGCA (Japanese Gastric Cancer Association). Węzły chłonne okołowpustowe, przyoddźwiernikowe oraz położone wzdłuż krzywizny większej i mniejszej należą do grupy N1. Wzdłuż tętnicy żołądkowej lewej, wątrobowej wspólnej, śledzionowej, wątrobowej właściwej i w okolicy pnia trzewnego położone są węzły grupy N2. Grupa N3 zlokalizowana jest zaotrzewnowo w okolicy wielkich naczyń jamy brzusznej.

Istnieje wiele różnych klasyfikacji dotyczących raka żołądka. Pod względem klinicznym wyróżnia się raka wczesnego (ang. *early gastric cancer* – EGC) i zaawansowanego (ang. *advanced gastric cancer* – AGC). EGC jest zmianą ograniczoną do błony śluzowej i warstwy podśluzowej, niezależnie od obecności przerzutów w węzłach chłonnych [21]. AGC jest zmianą, która przekracza warstwę podśluzową, naciekając dalsze warstwy (błonę mięśniową i surowiczą), a w kolejnym etapie sąsiednie narządy. EGC na skutek płytszego naciekania wiąże się z lepszym rokowaniem.

Natomiast spośród histologicznych klasyfikacji najbardziej przydatny w praktyce jest podział zaproponowany przez Laurena, w którym wyróżnia się dwa typy: Lauren 1 i Lauren 2. Histologiczny typ nowotworu ma znaczenie dla rokowania, a jego określenie jest przydatne przy podejmowaniu decyzji pod względem zakresu resekcji i limfadenektomii. Typ 1, morfologicznie podobny do błony śluzowej jelita, wiąże się z lepszym rokowaniem niż typ 2, tj. rozlany o małej kohezji komórek nowotworowych i niezaznaczonych granicach nacieku. Oprócz tych dwóch znanych od wielu lat typów wyróżniono niedawno jeszcze jeden, tj. rak mieszany żołądka [22]. Jest on nowo zdefiniowanym histologicznym typem raka, który w klasyfikacji WHO pojawił się w 2010 roku. Składa się on z komórek o morfologii charakterystycznej dla raka gruczolowego (Lauren 1) i raka

rozlanego (Lauren 2). W stawianiu diagnozy i ocenie rokowania dla raka żołądka przydatne może być określenie stężenia markerów nowotworowych. CA 19-9 jest związany z przerzutami do węzłów chłonnych, a jego wartość zazwyczaj zwiększa się wraz z liczbą zajętych węzłów chłonnych. Ponadto przedoperacyjna wartość tego wskaźnika może być wykorzystana do określenia ryzyka wystąpienia mikroprzerzutów, a zatem także hematogenego rozsiewu nowotworu u pacjentów z niezajętymi węzłami chłonnymi [23]. Należy pamiętać o ograniczonej czułości i swoistości tego testu i o tym, że wysokie stężenia CA 19-9 zazwyczaj świadczą o dużym zaawansowaniu choroby, jednak jego niskie stężenia nie gwarantują braku zaawansowania. Nawrót choroby po nieradykalnej operacji występuje zazwyczaj w ciągu 2 lat i najczęściej szybko prowadzi do śmierci [2].

Podstawy techniki operacyjnej i krótki rys historyczny

Pierwsza subtotalna resekcja żołądka metodą Billrotha została wykonana w 1881 roku. Zapoczątkowała ona erę chirurgii tego narządu. George Schlatter w 1897 roku jako pierwszy na świecie wykonał gastrektomię u pacjenta z rakiem żołądka, co można uznać za kamień milowy w chirurgii tego narządu [24]. W USA jako pierwszy dokonał tego Brigham w 1898 roku [15]. Od tego czasu technika klasycznej gastrektomii (ang. *classic gastrectomy*, *open gastrectomy* – OG) rozwijała się i była stopniowo udoskonalana, a obecnie jest jedną z podstawowych metod leczenia.

Resekcja żołądka metodą laparoskopową jest techniką znacznie nowszą od klasycznej. Pierwsze operacje tą metodą przeprowadzono we wczesnych latach 90. XX wieku. Interesujące jest, że wielu chirurgów w krajach wschodniej Azji, takich jak Japonia i Korea Południowa, preferuje właśnie tę metodę leczenia [25, 26]. W przypadku raka typu Lauren 2 (*linitis plastica*), w związku z jego agresywnym przebiegiem i niekorzystnym rokowaniem, a także rozległością naciekanych tkanek, niezbędne jest usunięcie całego żołądka, podczas gdy w przypadku typu Lauren 1, w zależności od zaawansowania klinicznego i położenia guza, można zdecydować się na gastrektomię lub prawie całkowitą resekcję. W przypadku raków typu Lauren 1 położonych w okolicy wpustu lub trzonu żołądka niezbędne jest wykonanie gastrektomii, podczas gdy w guzach okolicy odźwiernika (dystalny rak żołądka) zalecana jest resekcja 4/5 dystalnej części narządu z co najmniej 5–6-centymetrowym marginesem tkanek zdrowych [27, 28]. W przypadku raka typu Lauren 2 ze względu na jego bardzo agresywny i szybki rozwój oraz rozlany charakter zawsze niezbędne jest całkowite usunięcie żołądka. Mnogość występowania węzłów chłonnych w okolicy żołądka po-

woduje, że w momencie rozpoznania raka najczęściej obserwuje się także przerzuty drogą naczyń chłonnych, przez co kluczowe w terapii jest również usunięcie węzłów chłonnych. Limfadenektomia D2, polegająca na usunięciu grup węzłów N1 i N2, od wielu lat jest standardem leczenia zarówno wczesnego, jak i zaawansowanego raka żołądka [29]. Powinna być ona rutynowo przeprowadzana w leczeniu raka żołądka, podczas gdy bardziej rozległa limfadenektomia D3, w której usuwane są wszystkie grupy węzłów chłonnych N1–N3, powinna być wykonywana u pacjentów z podejrzeniem zajęcia licznych, dalszych węzłów chłonnych [27]. W przypadku nacieku guza na ogon trzustki lub śledzionę należy oprócz limfadenektomii D2 usunąć także nacieczone tkanki w jednym bloku tkankowym. Powyżej przytoczone standardy leczenia odnoszą się zarówno do metody otwartej, jak i laparoskopowej. Niezależnie od wybranej techniki preparacja powinna być przeprowadzona ostrożnie i starannie [27], aby uniknąć nieumyślnego pozostawienia lub uszkodzenia potencjalnie zajętych węzłów chłonnych. W miarę możliwości wszystkie tkanki powinny być usunięte *en bloc*. Ciągłość przewodu pokarmowego odtwarzana jest najczęściej metodą z użyciem pętli Roux en Y, rzadziej metodą Bilroth II i tylko w niektórych przypadkach Bilroth I. Aby zapobiec nawrotowi choroby i zwiększyć przeżywalność pacjentów z rakiem żołądka, oprócz radykalnej operacji w wybranych przypadkach należy zastosować także terapię adiuwantową [4]. W Europie standardem bazującym na wynikach Medical Research Council Adjuvant Gastric Infusional Chemotherapy (MAGIC) trial jest okołoooperacyjna chemioterapia, natomiast w USA podstawą jest chemioterapia pooperacyjna (standardowa terapia bazująca na Southwest Oncology Group 9008/Intergroup 0116 trial). Dzięki dobremu systemowi badań przesiewowych coraz więcej raków żołądka wykrywanych jest w stadium wczesnym. W Japonii ponad 50% guzów żołądka to raki wczesne (EGC) o dobrym rokowaniu. W takich przypadkach, jeżeli chory spełnia kryteria kwalifikacji, można podjąć się leczenia endoskopowego [30]. Wskazaniami bezwzględnie do takiego leczenia są raki gruczołowe wysoko zróżnicowane, bez cech owrzodzenia, z głębokością nacieku nieprzekraczającą błony śluzowej i o wymiarze poprzecznym < 2 cm. Wskazaniami względnymi są guzy nieprzekraczające błony śluzowej, o małym prawdopodobieństwie przerzutów do węzłów chłonnych, o typie wysoko zróżnicowanym bez cech owrzodzenia i średnicy > 2 cm lub o typie wysoko zróżnicowanym z cechami owrzodzenia i o średnicy < 3 cm, lub o typie nisko zróżnicowanym bez cech owrzodzenia i o średnicy < 2 cm. Obowiązkowo przeprowadza się badanie histopatologiczne preparatu. Po zabiegu zaleca się gastroskopię po 3 i 9 miesiącach,

a potem co 5 lat. Jeżeli przed zabiegiem nie przeprowadzono eradykacji *H. pylori*, należy to zrobić po leczeniu.

Porównanie metody klasycznej i laparoskopowej

Jak wspomniano wcześniej, leczenie raka żołądka jest wyjątkowo trudne i wymaga dużego doświadczenia. Mimo ustalonych wytycznych czasami ze względu na trudność jednoznacznej oceny zaawansowania procesu nie tylko wybór metody operacji i terapii uzupełniającej, ale także zakres resekcji i limfadenektomii jest niejasny. Istotne jest, by ten zakres gwarantował jednocześnie radykalność onkologiczną i minimalizację powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych, co zapewni najlepszą przeżywalność pacjentów [26]. Niezależnie od wybranej metody leczenia należy zawsze pamiętać, że tylko radykalna resekcja daje szansę na wyleczenie. Oczywiście nie należy bagatelizować przydatności terapii uzupełniającej, która zastosowana zgodnie z aktualnymi wytycznymi poprawia rokowanie i zwiększa szansę na wyzdrowienie. Przykładowo neoadiuwantowa chemioterapia okazuje się skutecznym uzupełniającym leczeniem guzów pierwotnie nieoperacyjnych [4]. Pacjenci z nieresekcyjnymi rakami żołądka w badaniach Kim i wsp. [4] wykazali w 44,8% przypadków pozytywną odpowiedź na chemioterapię już w pierwszym miesiącu leczenia, a po zakończonym cyklu 69% chorych zostało zakwalifikowanych do operacji jako pacjenci z rakiem resekcyjnym, u których gastrektomia z limfadenektomią D2 okazała się radykalna w 94,4%. Jest to doskonały przykład interdyscyplinarnego leczenia zaawansowanego raka żołądka, pokazujący, że skojarzenie chemioterapii i chirurgii pozwala osiągnąć w wielu przypadkach pozytywne wyniki, co nie byłoby możliwe w przypadku zastosowania tylko jednej metody leczenia. Nie bez znaczenia pozostaje problem wyboru odpowiedniego zakresu limfadenektomii. Wspomniany wcześniej złoty standard leczenia polegający na rutynowym przeprowadzaniu limfadenektomii D2 pozwala uzyskać pomyślne wyniki leczenia w większości przypadków. Jednak badania Hartgrink i wsp. [31] na grupie 711 pacjentów pokazują, że korzyści z tak rozległego zabiegu jak limfadenektomia D2 mogą czerpać tylko chorzy z przerzutami do węzłów N1 i N2. Wyniki badań wskazują, że śmiertelność chorych z grupy, w której przeprowadzano limfadenektomię D1, w stosunku do grupy D2 jest znacznie mniejsza (25% vs 43%; $p < 0,001$), podczas gdy w przeżyciu odległym, 11-letnim, różnice te są nieistotne statystycznie (30% vs 35%; $p = 0,53$) [31]. Jednak przedoperacyjna lub nawet śródoperacyjna ocena stopnia zajęcia poszczególnych grup węzłowych jest bardzo trudna, co praktycznie uniemożliwia podział pacjentów na tych z przerzutami do węzłów N1 i tych

z zajętej węzłami N1 i N2. Wobec tego nie da się jednoznacznie ocenić, który chory powinien mieć przeprowadzoną limfadenektomię D2, a który – D1. Biorąc pod uwagę najnowsze zalecenia i fakt, że w Polsce większość diagnozowanych raków żołądka jest w zaawansowanym stadium, wykonywanie tylko limfadenektomii D1 jest bardzo ryzykowne, a limfadenektomia D2 zgodnie z wytycznymi powinna być standardem postępowania. Wraz ze wzrostem doświadczenia i poprawą jakości sprzętu liczba operacji przeprowadzanych metodą laparoskopową znacznie wzrosła [32–36]. Jest ona często wybierana jako metoda mniej inwazyjna od klasycznej, szczególnie w przypadkach raków wczesnych. W Japonii dzięki dobremu systemowi badań profilaktycznych częstość występowania raka w stadium wczesnym to ponad 50% [34]. Nie dziwi zatem fakt, że Japończycy dominują w chirurgii laparoskopowej, a liczba operacji tego typu wzrosła u nich dziesięciokrotnie w roku 2009 w porównaniu do poprzedniej dekady. Hur i wsp. [25] pokazują w swoich badaniach, że oprócz leczenia wczesnych raków żołądka laparoscopia jest przydatna także w leczeniu guzów w stanie zaawansowanym. Duże, wieloośrodkowe i randomizowane badania porównujące przeżywalność pacjentów z przedoperacyjnie zdiagnozowanym AGC, leczonych chirurgicznie metodą laparoskopową i klasyczną z uwzględnieniem limfadenektomii D2, nie wykazały różnic w przeżyciu 3-letnim [25]. Pacjenci operowani laparoskopowo cechowali się jednak szybszym powrotem do zdrowia po zabiegu niż pacjenci operowani w sposób klasyczny [37, 38]. Co ciekawe, niektórzy badacze [15] utrzymują, że śmiertelność jest istotnie mniejsza u pacjentów operowanych metodą laparoskopową, a u chorych operowanych metodą klasyczną częściej obserwuje się powikłania pooperacyjne. Badania Zhang i wsp. [37] przeprowadzone na dwóch równolicznych grupach pacjentów (N = 86), z których jedna była operowana klasycznie, a druga – laparoskopowo, nie wykazały istotnych różnic w przeżyciu 5-letnim (56% vs 59%), natomiast w przypadku metody laparoskopowej w porównaniu do klasycznej wykazano istotnie statystycznie mniejszą utratę krwi śródoperacyjnie (200 vs 260 ml; p = 0,003). Również czas hospitalizacji okazał się znacznie krótszy po zastosowaniu metody laparoskopowej.

Przytoczone powyżej wyniki badań faworyzują metodę laparoskopową. Należy zauważyć, że w większości są to badania naukowców japońskich, którzy ze względu na dużą częstość występowania raka żołądka w swoim kraju stali się cenionymi na świecie specjalistami od chirurgii tego narządu. Bardzo dobre wyniki leczenia laparoskopowego badacze japońskich najpewniej uzyskali dzięki ich ogromnemu i wieloletniemu doświadczeniu w chirurgii laparoskopowej żołądka. Do

powyższych badań należy podchodzić z ostrożnością, a w pozostałych krajach, gdzie ta metoda nadal nie jest rutynowo stosowana, leczenie powinno opierać się na najnowszych wytycznych obowiązujących w kraju, tym bardziej że wybór metody klasycznej nie jest błędem, tylko standardowym postępowaniem w wielu przypadkach pacjentów z zaawansowanym rakiem.

Niektóre badania wykazują wyższość metody laparoskopowej nad metodą klasyczną, szczególnie w przypadku gastrektomii wykonywanej u starszych pacjentów [39]. Tacy chorzy zazwyczaj obciążeni są licznymi chorobami współistniejącymi, co powoduje znacznie wyższą śmiertelność i wydłuża okres hospitalizacji w porównaniu z osobami młodszymi. U pacjentów w tej grupie wiekowej operacja laparoskopowa wydaje się bezpieczniejsza, gdyż jest związana z mniejszą utratą krwi i szybszym powrotem do zdrowia po operacji [39]. Nie dotyczy to oczywiście pacjentów starszych z niewydolnością krążeniowo-oddechową, u których zabiegi laparoskopowe są bezwzględnie przeciwwskazane. Metaanaliza wykonana na podstawie licznych badań opublikowanych w okresie od 1990 do 2013 roku wykazuje, że pacjenci operowani laparoskopowo cechują się również mniejszym bólem pooperacyjnym; następuje u nich także szybszy powrót perystaltyki jelit [40], co jest typowe dla laparoskopii i związane z jej mniejszą inwazyjnością. Wadą metody laparoskopowej jest dłuższy czas operacji, co wiąże się ze wzrostem kosztów leczenia, jednak krótszy czas hospitalizacji z pewnością przynajmniej częściowo rekompensuje te koszty. Powyższa metaanaliza wykazuje, że laparoscopia cechuje się takim samym bezpieczeństwem onkologicznym jak w przypadku laparotomii, więc może być ona wykorzystywana w wybranych przypadkach przez doświadczonych chirurgów w ośrodkach o wysokiej referencyjności jako alternatywa dla metody klasycznej. Podsumowując, metoda laparoskopowa zapewnia wystarczające bezpieczeństwo onkologiczne. Ponadto według przytoczonych badań wiąże się z mniejszą liczbą powikłań pooperacyjnych i śródoperacyjnych, szczególnie u pacjentów obciążonych i starszych. Należy jednak zaznaczyć, że wybór metody klasycznej to nie błąd, ale standard postępowania w wielu krajach, gdzie metoda laparoskopowa nie jest jeszcze szeroko rozpowszechniona. Ponadto metoda otwarta w niektórych przypadkach znacznego zaawansowania choroby jest jedyną racjonalną formą leczenia, która oprócz możliwości lepszej oceny wzrokowej daje chirurgowi możliwość palpacji zajętych tkanek i przeprowadzenia radykalnego zabiegu, co byłoby bardzo trudne lub niemożliwe przy użyciu laparoskopii. W naszych rozważaniach skoncentrowaliśmy się głównie na aspekcie leczenia raka typu Lauren 1, w przypadku którego w niektórych sytuacjach

można wykonać resekcje subtotalne. Należy jednak zaznaczyć, że takie postępowanie w leczeniu raka typu Lauren 2 jest błędne i tylko gastrektomia daje choremu szansę na wyzdrowienie. W aktualnym piśmiennictwie brakuje prac oceniających skuteczność leczenia laparoskopowego w przypadku raka typu Lauren 2. Należy więc przyjąć, że z powodu niewystarczających danych tego typu nowotwory powinny być operowane w sposób klasyczny w ośrodkach wysoce wyspecjalizowanych w leczeniu raka żołądka.

Wnioski

1. Wczesna diagnoza raka żołądka jest jednym z najważniejszych czynników zwiększających szansę na przeżycie, tak więc nie należy bagatelizować nawet pozornie błahych objawów nieswoistych i w przypadku podejrzenia choroby żołądka wykonywać badania pozwalające wykluczyć raka.
2. Gastrektomia lub prawie całkowita resekcja z limfadenektomią D2 lub D3 są jedynym leczeniem dającym szansę na długoletnie przeżycie. Radioterapia i chemioterapia mają znaczenie jako terapia wspomagająca, która jednak w wielu przypadkach umożliwia wyleczenie pacjentów, u których nie byłoby to możliwe, jeśli wykorzystano by tylko jedną metodę leczenia; takie postępowanie wynika z konieczności interdyscyplinarnego leczenia raka żołądka.
3. Metoda laparoskopowa leczenia raka żołądka cechuje się taką samą radykalnością onkologiczną i 5-letnim przeżyciem pacjentów jak metoda klasyczna. Ponadto charakteryzuje się mniejszą śródoperacyjną utratą krwi, niższym nasileniem bólu pooperacyjnego i krótszym czasem hospitalizacji.
4. Przy wyborze chirurgicznej metody leczenia należy kierować się aktualnymi wytycznymi krajowymi. Metody mało inwazyjne sprawdzają się w przypadkach małego zaawansowania choroby, podczas gdy w zaawansowanym stadium metodą z wyboru jest operacja klasyczna.

Piśmiennictwo

1. Desiderio J, Jiang Z, Nguyen N et al. Robotic, laparoscopic and open surgery for gastric cancer compared on surgical, clinical and oncological outcomes: a multi-institutional chart review. A study protocol of the International study group on Minimally Invasive surgery for GASTRIC Cancer – IMIGAS-TRIC. *BMJ Open*. 2015; 5.
2. D'Angelica M, Gonen M, Brennan M et al. Patterns of Initial Recurrence in Completely Resected Gastric Adenocarcinoma. *Ann Surg*. 2004; 5: 240.
3. Yamada N, Akai A, Nomura Y et al. The impact and optimal indication of non-curative gastric resection for stage IV advanced gastric cancer diagnosed during surgery: 10 years of experience at a single institute. *World J Surg Oncol*. 2016; 14: 79.
4. Kim M, Lim J, Hyung W et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy followed by D2 gastrectomy in locally advanced gastric cancer. *World J Gastroenterol*. 2015; 21(9): 2711–2718.
5. Choi Y, An J, Hyung W et al. Comments to young surgeons concerning laparoscopic spleen-preserving D2 lymph node dissection for advanced gastric cancer on the upper body. *Chin J Cancer Res*. 2014; 26(3): 231–233.
6. Fang F, Gao J, Bi X et al. Effect and clinical significance of fast-track surgery combined with laparoscopic radical gastrectomy on the plasma level of vascular endothelial growth factor in gastric antrum cancer. *Springerplus*. 2016; 5: 50.
7. Ma Z, Bao X, Gu J. Effects of laparoscopic radical gastrectomy and the influence on immune function and inflammatory factors. *Exp Ther Med*. 2016; 12: 983–986.
8. Kim K, Kim M, Jung G et al. Long-Term Outcomes and Feasibility with Laparoscopy-Assisted Gastrectomy for Gastric Cancer. *J Gastric Cancer*. 2010; 12(1): 18–25.
9. Chen X, Wen L, Rui Y et al. Long-term Survival Outcomes of Laparoscopic Versus Open Gastrectomy for Gastric Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Medicine*. 2015; 94(4).
10. Zou Z, Zhao L, Mou T et al. Laparoscopic vs open D2 gastrectomy for locally advanced gastric cancer: A meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2014; 20(44): 16750–16764.
11. Caruso S, Patrii A, Roviello F et al. Laparoscopic and robot-assisted gastrectomy for gastric cancer: Current considerations. *World J Gastroenterol*. 2016; 22(25): 5694–5717.
12. Brenkman H, Haverkamp L, Ruurda J et al. Worldwide practice in gastric cancer surgery. *World J Gastroenterol*. 2016; 22(15): 4041–4048.
13. Im W, Kim M, Ha T et al. Tumor Size as a Prognostic Factor in Gastric Cancer Patient. *J Gastric Cancer*. 2012; 12(3): 164–172.
14. Kang S, Lee S, Kim C et al. Comparison of Learning Curves and Clinical Outcomes between Laparoscopy-assisted Distal Gastrectomy and Open Distal Gastrectomy. *J Gastric Cancer*. 2010; 10(4): 247–253.
15. Higgins R, Kubasiak J, Jacobson R et al. Outcomes and Use of Laparoscopic Versus Open Gastric Resection. *JSL*. 2015; 4: 19.
16. Burdan F, Zinkiewicz K, Szumilo J et al. Anatomical classification of the shape and topography of the operated stomach. *Folia Morphol*. 2012; 71(3): 129–135.
17. Tanizawa Y, Terashima M. Lymph node dissection in the resection of gastric cancer: review of existing evidence. *Gastric Cancer*. 2010; 13: 137–148.
18. Schubert M. Functional anatomy and physiology of gastric secretion. *Curr Opin Gastroenterol*. 2015; 31(6): 479–485.
19. Hunt R, Camilleri M, Crowe S et al. The stomach in health and disease. *Gut*. 2016; 64: 1650–1668.
20. Mihmanli M, Ilhan E, Idiz U et al. Recent developments and innovations in gastric cancer. *World J Gastroenterol*. 2016; 22(17): 4307–4320.
21. Zheng Z, Zhang Y, Zhang L et al. A nomogram for predicting the likelihood of lymph node metastasis in early gastric patients. *BMC Cancer*. 2016; 16: 92.
22. Park H, Lee K, Yoo M et al. Mixed Carcinoma as an Independent Prognostic Factor in Submucosal Invasive Gastric Carcinoma. *J Korean Med Sci*. 2016; 31: 866–872.
23. Jagric T, Potrc S, Mis K et al. CA19-9 serum levels predict micrometastases in patients with gastric cancer. *Radiol Oncol*. 2016; 50(2): 204–211.

24. Tang H, Hu J. A comparison of surgical procedures and postoperative cares for minimally invasive laparoscopic gastrectomy and open gastrectomy in gastric cancer. *Int J Clin Exp Med.* 2015; 8(7): 10321–10329.
25. Hur H, Lee H, Lee H et al. Efficacy of laparoscopic subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for locally advanced gastric cancer: the protocol of the KLASS-02 multicenter randomized controlled clinical trial. *BMC Cancer.* 2015; 15: 355.
26. Lee C, Jee Y, Lee J et al. Length of negative resection margin does not affect local recurrence and survival in the patients with gastric cancer. *World J Gastroenterol.* 2014; 20(30): 10518–10524.
27. Huscher C, Mingoli A, Sgarzini G et al. Laparoscopic Versus Open Subtotal Gastrectomy for Distal Gastric Cancer: Five-Year Results of a Randomized Prospective Trial. *Ann Surg.* 2005; 241(2): 232–237.
28. Straatman J, Wielen N, Cuesta M et al. Surgical techniques, open versus minimally invasive gastrectomy after chemotherapy (STOMACH trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2015; 16: 123.
29. Degiuli M, Manzoni G, Leo A et al. Gastric cancer: Current status of lymph node dissection. *World J Gastroenterol.* 2016; 22(10): 2875–2893.
30. Biątek A, Wiechowska-Kozłowska A, Pertkiewicz J et al. Endoscopic submucosal dissection for the treatment of neoplastic lesions in the gastrointestinal tract. *World J Gastroenterol.* 2013; 19(12): 1953–1961.
31. Hartgrink H, Velde C, Putter H et al. Extended Lymph Node Dissection for Gastric Cancer: Who May Benefit? Final Results of the Randomized Dutch Gastric Cancer Group Trial. *J Clin Oncol.* 2004; 22(11).
32. Kawamura Y, Satoh S, Umeki Y et al. Evaluation of the recurrence pattern of gastric cancer after laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy. *Springerplus.* 2016; 5: 812.
33. Song J, Choi Y, An J et al. Short-Term Outcomes of Laparoscopic Total Gastrectomy Performed by a Single Surgeon Experienced in Open Gastrectomy: Review of Initial Experience. *J Gastric Cancer.* 2015; 15(3): 159–166.
34. Son S, Kim H. Minimally invasive surgery in gastric cancer. *World J Gastroenterol.* 2014; 20(39): 14132–14141.
35. Kataoka K, Katai H, Mizusawa J et al. Non-Randomized Confirmatory Trial of Laparoscopy-Assisted Total Gastrectomy and Proximal Gastrectomy with Nodal Dissection for Clinical Stage I Gastric Cancer: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG1401. *J Gastric Cancer.* 2016; 16(2): 93–97.
36. Suda K, Nakauchi M, Inaba K et al. Minimally invasive surgery for upper gastrointestinal cancer: Our experience and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2016; 22(19): 4626–4637.
37. Zhang Y, Qi F, Jiang Y et al. Long-term follow-up after laparoscopic versus open distal gastrectomy for advanced gastric cancer. *Int J Clin Exp Med.* 2015; 8(8): 13564–13570.
38. Sumer F, Kayaalp C, Karagul S. Laparoscopic Gastrectomy and Transvaginal Specimen Extraction in a Morbidly Obese Patient with Gastric Cancer. *J Gastric Cancer.* 2016; 16(1): 51–53.
39. Wang J, Zhang S, Zhang N et al. Laparoscopic gastrectomy versus open gastrectomy for elderly patients with gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *World J Surg Oncol.* 2016; 14: 90.
40. Wang W, Zhang X, Shen C et al. Laparoscopic versus Open Total Gastrectomy for Gastric Cancer: An Updated Meta-Analysis. *PLoS One.* 2014; 9(2).

Artykuł przyjęty do redakcji: 10.07.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 03.11.2017

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Piotr Chmielewski

ul. Tytusa Chałubińskiego 6a

50-368 Wrocław

tel. kom.: 693 546 294

e-mail: piotr.chmielewski@umed.wroc.pl

Zakład Anatomii Prawidłowej, Katedra Morfologii i Embriologii Człowieka

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu



KOMPETENCJE KULTUROWE I INTELIGENCJA KULTUROWA W PIELĘGNIARSTWIE

CULTURAL COMPETENCES AND CULTURAL INTELLIGENCE IN NURSING

Anna Majda, Joanna Zalewska-Puchała

Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.24>

STRESZCZENIE

Wstęp. Współcześnie kompetencje kulturowe i inteligencja kulturowa są niezbędne w kontekście międzynarodowych interakcji naukowych, edukacyjnych, współpracy transgranicznej, zwiększających się możliwości i zmieniających się form zatrudnienia na rynku pracy, uchodźstwa, zarządzania różnorodnością w międzynarodowych zespołach projektowych, misji wojennych czy wreszcie turystyki medycznej. Nie bez znaczenia są zachodzące w świecie zmiany ekonomiczne, polityczne, społeczne, technologiczne, generacyjne (pokoleniowe). W Polsce pojawia się coraz więcej cudzoziemców, którzy stają się klientami polskiej ochrony zdrowia.

Cel. Przedstawienie komponentów kompetencji kulturowych i inteligencji kulturowej osób udzielających świadczeń zdrowotnych, głównie pielęgniarek, oraz ich roli. Artykuł stanowi wynik krytycznej analizy źródeł wtórnych w literaturze przedmiotu, tj. publikacji książkowych i artykułowych, oraz doświadczeń własnych autorek.

Wyniki. Kompetencje kulturowe to świadomość (wrażliwość) własnego systemu wartości i wynikających z tego faktu ograniczeń, punktu widzenia pacjenta, istnienia różnych perspektyw, hierarchii wartości, norm i wzorów zachowań; wiedza – dostarczająca informacji specyficznych kulturowo; umiejętności – obejmujące wielokulturowe strategie interwencyjne.

Inteligencja kulturowa jest specyficzną formą inteligencji, skoncentrowanej na zdolności jednostki do rozumienia, poprawnego wnioskowania, funkcjonowania, zarządzania, radzenia sobie w sytuacjach charakterystycznych dla zróżnicowania kulturowego. Składa się z czterech komponent: poznawczej, metapoznawczej, motywacyjnej, behawioralnej.

Wnioski. Posiadanie kompetencji kulturowych w pielęgniarstwie jest konieczne, pozwala na zmniejszanie potencjalnych negatywnych skutków różnic kulturowych, dotyczących artefaktów, wartości, norm, zachowań. Rozwijanie i doskonalenie inteligencji kulturowej w pielęgniarstwie jest niezbędnym procesem rozciągniętym w czasie, trudnym, ale mogącym przynosić satysfakcję, ułatwiającym przełamywanie stereotypów, które utrudniają relacje między przedstawicielami różnych kultur.

SŁOWA KLUCZOWE: inteligencja kulturowa, kompetencje kulturowe, pielęgniarstwo.

ABSTRACT

Introduction. Contemporary cultural competences and cultural intelligence are essential in the context of international interactions in science, education, cross-border cooperation, increasing opportunities and changing employment patterns in the labor market, refugee management, diversity management in international project teams, war missions, and medical tourism. Noteworthy are the economic, political, social, technological, generational changes in the world. In Poland, there are more and more foreigners who become clients of Polish health care.

Aim. Presentation of the components of cultural competences and cultural intelligence of health care providers, mainly nurses, and their role. This article is the result of a critical analysis of secondary sources in the literature of the subject, i.e. book and article publications, and the author's own experiences.

Results. Cultural competence is the awareness of one's own system of values and the resulting limitations, the patient's perspective, the existence of different perspectives, the hierarchy of values, norms and patterns of behavior; knowledge – providing information that is culturally specific; skills – covering multicultural intervention strategies.

Cultural intelligence is a specific form of intelligence, focused on the individual's ability to understand, correctly reason, function, manage, deal with situations that are characteristic of cultural diversity. It consists of four components: cognitive, metaphorical, motivational, and behavioral.

Conclusions. Having cultural competence in nursing is necessary to reduce the potential negative effects of cultural differences in artefacts, values, norms, behaviors. Developing and improving cultural intelligence in nursing is an indispensable, time-stretching, difficult but rewarding process that facilitates breaking stereotypes that hinder relations between representatives of different cultures.

KEYWORDS: cultural intelligence, cultural competence, nursing.

Wprowadzenie

Współcześnie kompetencje kulturowe i inteligencja kulturowa są niezbędne w kontekście międzynarodowych interakcji naukowych, edukacyjnych, współpracy transgranicznej, zwiększających się możliwości i zmieniających się form zatrudnienia na rynku pracy, uchodźstwa, zarządzania różnorodnością w międzynarodowych zespołach projektowych, misji wojennych czy wreszcie turystyki medycznej. Nie bez znaczenia są zachodzące w świecie zmiany ekonomiczne, polityczne, społeczne, technologiczne, generacyjne (pokoleniowe) [1–5].

W Polsce pojawia się coraz więcej cudzoziemców, którzy stają się klientami polskiej ochrony zdrowia. Z badań wynika, że personel medyczny, ze względu na barierę językową i brak kompetencji kulturowych, napotyka na trudności o charakterze kulturowym w opiece nad obcokrajowcami. Wynikają one z niskiego poziomu kompetencji kulturowych zarówno klientów zagranicznych, jak i udzielających świadczeń zdrowotnych [6].

Przed zespołami interdyscyplinarnymi podmiotów leczniczych, w tym pielęgniarek sprawujących funkcję liderów tych zespołów czy zarządzających opieką nad pacjentami pochodzącymi z różnych kręgów kulturowych, pojawia się nowe wyzwanie – przygotowanie (treściowe, metodologiczne) do zdobywania kompetencji kulturowych i rozwijania inteligencji kulturowej. Konieczne jest odpowiednie kształcenie pielęgniarek zarówno przed-, jak i podyplomowe, profesjonalnie przygotowujące do udzielania świadczeń zdrowotnych dostosowanych kulturowo do każdego pacjenta, niezależnie od jego narodowości, pochodzenia społecznego, kulturowego, przynależności do grupy etnicznej czy religijnej. Kształtowanie kompetencji kulturowych jest potrzebne do poprawy dialogu międzykulturowego, obejmującego umiejętności językowe i społeczne, otwartość i wrażliwość na inne kultury oraz świadomość własnego dziedzictwa kulturowego oraz ich wpływu na komunikowanie międzykulturowe. Jest niezbędne do zapewnienia wysokiej jakości opieki i zadowolenia pacjentów pochodzących z odmiennych kręgów kulturowych, unikania nieporozumień czy błędnego diagnozowania, leczenia, pielęgnowania, edukowania, wspierania, komunikowania się [7–14]. Rolę kompetencji międzykulturowych we współczesnej medycynie podkreślają też autorzy spoza branży [4, 15, 16]. O kompetencjach kulturowych piszą pracownicy naukowo-dydaktyczni uczelni kształcących kadry medyczne, głównie pielęgniarki o dużym dorobku naukowym w zakresie ochrony zdrowia, bogatym doświadczeniu zawodowym, dydaktycznym, kulturowym – zdobytym podczas różnego rodzaju form kształcenia podyplomowego w obszarze kultury, religii, antropologii. Często też wspólnie z osobami wywodzącymi się ze środowisk reprezentujących różne religie i kultury

czy z pracownikami naukowymi reprezentującymi pokrewne dziedziny, np. psychologię, pedagogikę, socjologię, religioznawstwo, filozofię, teologię, medycynę. Pielęgniarki, w tym autorki artykułu, dzielą się swym doświadczeniem w zdobywaniu kompetencji kulturowych przez studentów pielęgniarstwa, przedstawiając nowoczesne metody i formy pracy w edukacji międzykulturowej pielęgniarek w czasie konferencji krajowych i międzynarodowych [17–28], należą do międzynarodowych organizacji, np. European Transcultural Nursing Association (ETNA). Wśród pracowników ochrony zdrowia prowadzą badania na temat oceny kompetencji kulturowych. Z badań tych wynika, że pielęgniarki są grupą zawodową, którą cechuje najwyższa zdolność do rozumienia uczuć osób odmiennych kulturowo [10]. Zaś wśród studentów pielęgniarstwa prowadzą badania na temat postaw wobec osób odmiennych kulturowo [29–30], co wydaje się być ważnym problemem, gdyż stanowi o afektywnej składowej kompetencji kulturowych. Należy zauważyć, że są autorzy czy organizacje, np. Helsińska Fundacja Praw Człowieka, którzy zauważają dobre praktyki na rzecz poprawy jakości usług medycznych świadczonych migrantom – środowisko medyczne wydaje np. publikacje poświęcone zagadnieniom perspektywy międzykulturowej w medycynie [31]. Warto zauważyć też, że są autorzy, którzy kontestują potrzebę zdobywania kompetencji kulturowych przez studentów pielęgniarstwa [32], gdy tymczasem, jak wspomniano powyżej, jest to temat ważny i często poruszany w literaturze rodzimej i zagranicznej z zakresu pielęgniarstwa i zdrowia publicznego [33, 38]. Poza tym kształtowanie kompetencji kulturowych jest istotnym zadaniem rozwojowym dla każdego współczesnego człowieka, w przestrzeni którego znajdują się cudzoziemcy.

Cel pracy

Prezentowanie komponentów kompetencji kulturowych i inteligencji kulturowej osób udzielających świadczeń zdrowotnych, głównie pielęgniarek, oraz ich roli. Artykuł stanowi wynik krytycznej analizy źródeł wtórnych w literaturze przedmiotu, tj. publikacji książkowych i artykułowych, oraz doświadczeń własnych autorek.

Omówienie

Kompetencje kulturowe

W literaturze naukowej można znaleźć wiele definicji terminu „kompetencje”, mogą być one na poziomie indywidualnym i organizacyjnym. W najprostszym ujęciu to dyspozycje w zakresie wiedzy, umiejętności i postaw, które pozwalają realizować zadania zawodowe na odpowiednim poziomie [39].

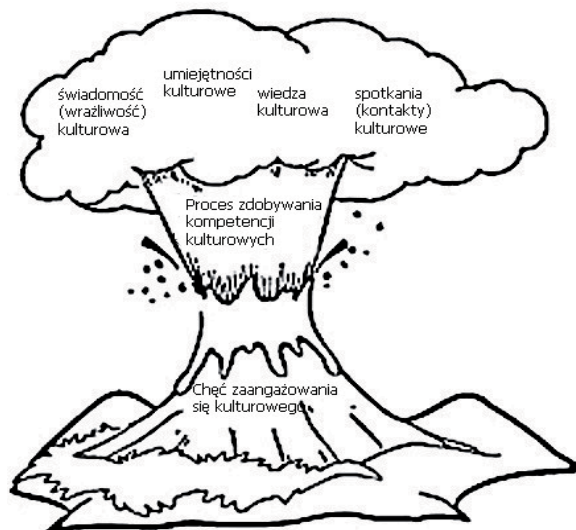
Kompetencje kulturowe czasami zamiennie określane jako kompetencje międzykulturowe [4, 11, 40], stanowią „wypadkową czterech wymiarów: wiedzy o odmienności kulturowej, reakcji na sytuacje związane z obecnością odmienności kulturowej, pozycji na kontinuum etnocentryzm-relatywizm oraz samooceny postaw wobec odmienności kulturowej” [40, s. 59]. Według innych autorów kompetencje kulturowe to świadomość (wrażliwość) własnego systemu wartości i wynikających z tego faktu ograniczeń, punktu widzenia pacjenta, istnienia różnych perspektyw, hierarchii wartości, norm i wzorów zachowań; wiedza – dostarczająca informacji specyficznych kulturowo; umiejętności – obejmujące wielokulturowe strategie interwencyjne [41].

Campinha-Bacote definiuje kompetencje kulturowe jako proces, w którym pielęgniarka ciągle stara się i dąży do skutecznej pracy z pacjentem, uwzględniając kontekst kulturowy pacjenta, jego rodziny i społeczności, w której żyje, rozumiejąc kulturowy kontekst wielu przekazów werbalnych i pozawerbalnych. Kompetencje obejmują kulturową świadomość (wrażliwość), wiedzę, umiejętności i doświadczenie kulturowych spotkań. Metaforą jest wulkan, z którego krateru po gwałtownym wybuchu/gwałtownej erupcji wydobywa się spokojnie lava, symbolizując proces budowania kompetencji kulturowych. Jeśli „eksploduje” chęć zaangażowania się kulturowego, to rozpoczyna się proces pokornego, powolnego stawania się kulturowo fachowym profesjonalistą. Skuteczne nabywanie kompetencji kulturowych jest wynikiem „chęci” i własnych aspiracji, a nie konieczności i desperacji [42].

Posiadanie kompetencji kulturowych to wg autorkę artykułu umiejętności komunikowania międzykulturowego, zrozumienia kulturowego wymiaru postrzegania i przekonań dotyczących siebie i innych. Bowiem kultura, w której wzrastamy, wpływa na nasze zachowania, wyznawane wartości i normy, a te w kontakcie międzykulturowym, w sytuacji konfrontacji z innością mogą być podważane, co może być źródłem frustracji, zniechęcenia do podtrzymywania kontaktu, a także utrzymywania stereotypów i uprzedzeń.

Wśród pielęgniarek pojawia się konieczność zrozumienia, że różnice kulturowe występują w stosunku do zdrowia, w zachowaniach zdrowotnych, w sposobach reagowania na narodziny, chorobę, śmierć. Przedstawiciele różnych religii i kręgów kulturowych mają często te same potrzeby podczas choroby czy pobytu w szpitalu (np. jedzenia, czystości, wydalania, okazywania uczuć), tylko sposób ich ekspresji może być różny, często tylko subtelnie różny, niezauważalny dla osoby mało wrażliwej kulturowo. Mogą mieć również różne oczekiwania wobec opieki medycznej: diagnozowania, leczenia, pielęgnowania, edukowania, komunikowania, wsparcia. Różnice kulturowe, znajdujące odzwierciedlenie w od-

miennym sposobie komunikowania, podejściu do czasu, przestrzeganiu terminów, rozwiązywaniu problemów, podejmowaniu decyzji, nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji, to pułapki, na które pielęgniarki powinny zwracać uwagę. „Zaprogramowanie kulturowe” sprawia, że trudno jest kontrolować każdy gest, mimikę, ton głosu, kiedy trzeba koncentrować się też na treści przekazu.



świadomość (wrażliwość kulturowa)/*cultural awareness*; umiejętności kulturowe/*cultural skills*; wiedza kulturowa/*cultural knowledge*; spotkania (kontakty) kulturowe/*cultural encounters*; proces zdobywania kompetencji kulturowych/*the process of cultural competences*; proces zaangażowania się kulturowego/*cultural desire*

Rycina 1. Proces rozwoju kompetencji kulturowych [Campinha-Bacote J. *Many Faces: Addressing Diversity in Health Care*. The Online Journal of Issues in Nursing. 2003; 8(1), <http://www.nursingworld.org>]

Figure 1. The development process of cultural competences [Campinha-Bacote J. *Many Faces: Addressing Diversity in Health Care*. The Online Journal of Issues in Nursing. 2003; 8(1), <http://www.nursingworld.org>]

Autorki artykułu uważają, że wrażliwość kulturowa to bardzo ważny element składowy kompetencji kulturowych [9]. Wrażliwość kulturowa to świadomość różnic międzykulturowych i wycucie ich w sytuacjach, gdy się ma z nimi do czynienia. To postawa zrozumienia, empatii, otwartości, ciekawości, elastyczności i braku uprzedzeń w relacjach międzykulturowych [35]. Milton Bennett [43] stworzył model rozwoju wrażliwości międzykulturowej, który ma charakter procesu przechodzącego przez dwa etapy, od etnocentryzmu do etnorelatywizmu. Opiera się na założeniu, że w miarę doświadczania różnicy kulturowej przez jednostkę jej kompetencja w stosunkach międzykulturowych rośnie. Opierając się na psychologii poznawczej i konstruktywizmie, Bennett zorganizował swoje obserwacje w sześć stadiów rosnącej wrażliwości na różnice międzykulturowe (zaprzeczenie, obrona, minimalizacja, akceptacja, adaptacja, integracja). Każde stadium wskazuje na szczególną strukturę poznawczą, która wyraża się

przez pewne rodzaje postaw i zachowań, od radykalnych – odrzucających, do liberalnych – akceptujących różnorodność. Model ten jest swego rodzaju ścieżką indywidualnego rozwoju jednostki, stanowiącą o wzrastającej świadomości kulturowej.

Na złoty standard w kontaktach międzykulturowych zwraca uwagę Gesteland [44], mówiąc, że „w biznesie międzynarodowym oczekuje się, że sprzedawca dostosuje się kulturowo do nabywcy”, czyli nauczy się kultury partnera i dostosuje do niej swoje zachowania. Autorki artykułu stoją na stanowisku, że relacja pielęgniarka – pacjent z odmiennego kręgu kulturowego powinna dotyczyć dostosowania się kulturowego dwóch stron kontaktu, tzw. gospodarzy i gości – przedstawicieli kultury większościowej i mniejszościowej, bo za dobre/skuteczne porozumienie odpowiedzialne są obie strony relacji. Powinno być to spotkanie „w połowie drogi”, powinny przygotować się do niego obie strony, powinien być to wysiłek obustronny, aby był satysfakcjonujący. W relacji pacjent – pielęgniarka ważnym jest, aby obie strony wzajemnie szanowały odmienne wartości, normy i zachowania wynikające z odrębnych doświadczeń kulturowych.

Zapewnienie kompetentnej kulturowo opieki pielęgniarskiej oznacza, że opieka jest zaplanowana w sposób biorący pod uwagę potrzeby jednostki, rodziny i różnych grup w społeczeństwie. W opiece kompetentnej kulturowo należy kierować się zasadą: nie musimy mieć wspólnych z pacjentem „korzeni” kulturowych czy systemu wartości, aby sprawować nad nim kompetentną opiekę, musimy mieć natomiast skuteczne narzędzia w postaci procedur, wiedzy kulturowej oraz chęci pomocy. Kompetencja w zakresie opieki zdrowotnej uwarunkowanej kulturowo to szanowanie odrębności kulturowej pacjenta, to otwartość na jego odmienny system wartości, wyznanie, język, tradycję, historię, to opieranie relacji nie tylko na podobieństwach, ale dostrzeganie także różnic.

Elementami kulturowej kompetencji wg Purnella [45, 46] są:

- rozwój świadomości (wrażliwości), aby pacjent nie odczuwał nadmiernego wpływu osób z innej kultury;
- demonstracja wiedzy i zrozumienia dla kultury pacjenta, potrzeb związanych ze zdrowiem oraz znaczenia zdrowia oraz choroby dla jego kultury;
- akceptacja i respektowanie różnic kulturowych, aby pacjent i jego rodzina mieli możliwość podejmowania decyzji zgodnie ze swoimi potrzebami i przekonaniem;
- założenie, że przekonania i wartości pacjenta i osoby zapewniającej opiekę są różne;
- odrzucenie postaw typu „inne nie jest dobre”;
- bycie otwartym na inne kultury;

- akceptacja odpowiedzialności za własną edukację w zakresie kompetencji kulturowej (literatura, kursy, konferencje).

Powyższe elementy sugerują, że kulturowa kompetencja to wyzwanie na całe życie. Pielęgniarki, które respektują i umieją rozpoznać różnice kulturowe, są lepiej przygotowane do niesienia pomocy pacjentom. Model kulturowej kompetencji Larry'ego Purnella składa się z czterech poziomów – przechodzenia od nieświadomej niekompetencji (pielęgniarka błędnie interpretuje zachowania innych i nie jest tego świadoma), poprzez świadomą niekompetencję (pielęgniarka wie, że błędnie interpretuje zachowania innych, ale nic z tym nie robi) i świadomą kompetencję (pielęgniarka myśli nieustannie o komunikacji międzykulturowej i stara się zmieniać swoje zachowania, aby osiągnąć większą skuteczność), do nieświadomej kompetencji (pielęgniarka rozwinęła umiejętność komunikowania międzykulturowego w takim stopniu, że nie musi myśleć o tym, jak się zachowuje). Model ten obejmuje:

Rozwój kulturowej samoświadomości: zanim pielęgniarka będzie w stanie zapewnić pacjentowi opiekę kulturowo kompetentną, musi uświadomić sobie, w jaki sposób czynniki kulturowe wpływają na jej życie. Obiektywnie zbadać/ocenić własne praktyki, wierzenia, przekonania, wartości na podstawie doświadczenia swojego oraz swojej rodziny. Taka analiza pozwoli jej lepiej opiekować się pacjentami.

Rozwój wiedzy o kulturze: pielęgniarka powinna nauczyć się tak dużo, jak to możliwe, o systemie wiary i praktyk osób ze swojej społeczności i społeczności, którą opiekuje się placówka medyczna, w której pracuje. Powinna obserwować i wprowadzać w życie swoje spostrzeżenia. Rozmawiać ostrożnie na te tematy z pacjentami. Pamiętać, że jeśli jej motywacją będzie troska o pacjenta, szacunek do niego, większość pacjentów będzie miała pozytywne nastawienie. W przypadku gdy kierować będzie się ciekawością, może spotkać się z negatywnym odbiorem.

Uwzględnianie praktyk kulturowych w ochronie zdrowia: pielęgniarka powinna zaimplementować elementy kultury pacjenta do jego leczenia i pielęgnowania, jeśli tylko jest to możliwe bez szkody dla niego oraz procesu leczenia i pielęgnowania. Ignorowanie lub negacja kultury pacjenta może prowadzić z jego strony nawet do odmowy leczenia czy pielęgnacji. Powinna modyfikować pielęgnowanie tak, aby jego częścią stały się praktyki ważne dla pacjenta, bronić praw pacjenta przed naciskami z innych kultur, przestrzegać kulturowych preferencji żywieniowych pacjenta. W szpitalach powinna być możliwość korekty diet/posiłków, aby sprostać oczekiwaniom pacjenta w tym zakresie.

Szacunek dla mających korzenie w kulturze podziału ról w rodzinie: pielęgniarka powinna dowiedzieć się, kto podejmuje najważniejsze decyzje w rodzinie pacjenta. Czasem będzie to mąż lub inny mężczyzna, czasem ktoś starszy, czasem babcia, matka. Zignorowanie tej osoby w trakcie opieki pielęgniarskiej może prowadzić do konfliktu z rodziną lub z samym pacjentem.

Unikanie zmuszania pacjenta do zmiany: pielęgniarka powinna pamiętać, że praktyki lecznicze to duża część kultury pacjenta i ich zmiana może mieć znaczny wpływ na niego. Powinna zapewnić pacjentowi wsparcie i wyjaśnienie, jeśli zajdzie konieczność zmiany leczenia, pielęgnowania. Nie powinna zmuszać pacjenta, aby był częścią leczenia, pielęgnowania, które są niezgodne z jego wartościami. Jeśli pacjent zostaje zmuszany do takiego leczenia czy pielęgnowania, jest bardzo prawdopodobne, że poczucie winy i niepokój z tego powodu negatywnie wpłyną na jego samopoczucie

Szukanie wsparcia kulturowego: pielęgniarka powinna szukać wsparcia u szanowanego członka rodziny, ludowego uzdrowiciela, członka wspólnoty religijnej, aby pacjent chętniej akceptował plan leczenia i pielęgnowania. Poszanowanie roli ludowego uzdrowiciela może mieć duży pozytywny wpływ na budowanie zaufania pacjenta, promować wspólne zrozumienie, szacunek i współpracę.

Do prostej samooceny kulturowych kompetencji pielęgniarek i ich rozwoju może posłużyć model Campinha-Bacote [42] czy *Cross-Cultural Competence Inventory* [10]. O innych narzędziach do oceny kompetencji kulturowych mówią Matsumoto i Hwang [47].

Personel medyczny, w tym pielęgniarki, powinien znać kulturowe zasady obsługi pacjentów – cudzoziemców. Dotyczyć powinny one m.in. kwestii związanych z oczekiwaniami pacjentów z odmiennych kultur wobec świadczenia usług medycznych, znajomości terminologii i procesów chorobowych w różnych kulturach, różnic kulturowych w żywieniu, diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnowaniu. Personel powinien znać sposoby przekazywania złych wieści w poszczególnych kulturach, daty ważnych świąt w krajach pacjentów i uwzględniać je w planowaniu zabiegów, możliwe sposoby płatności za usługi medyczne, odmienności w systemach podatkowych i ubezpieczeniowych, wymowę imion, nazwisk i kolejność ich używania w poszczególnych kulturach, język lub mieć możliwość skorzystania z pomocy doradcy/pośrednika międzykulturowego [4]. Trudno jest osobom sprawującym opiekę zdrowotną przekazać w artykule charakterystyczne właściwości wszystkich kultur, ale autorki postanowiły zwrócić uwagę na najważniejsze cechy w kilku wybranych kulturach [4, 12, 48].

Dla przykładu Amerykanie jako pacjenci oczekują od personelu punktualności, podczas witania i pożegna-

nia lubią mocny uścisk dłoni i patrzenie prosto w oczy. Oczekują szczegółowego przedstawienia im ich stanu zdrowia, radykalnych zabiegów, ale też przedstawienia metod medycyny alternatywnej, nie tylko opieki *stricte* medycznej, ale też wsparcia psychicznego. Decyzje w sprawach zdrowia podejmują osobiście, cenią prywatność. Z reguły spokojnie reagują na ból, ale oczekują propozycji podania im leków przeciwbólowych.

Dla pacjentów pochodzących z Bliskiego Wschodu ważne jest praktykowanie religii i przestrzeganie diety bez wieprzowiny. Zalecane jest przeprowadzanie zabiegów przez personel tej samej płci, w przypadku kobiet często w obecności męża lub brata. Niejednokrotnie w nietypowy dla nas sposób komunikują się, np. mówiąc podniesionym głosem, wyrażając w bardzo sugestywny sposób dolegliwości bólowe. Ważne dla nich jest nawiązanie relacji, np. opowiadając coś o sobie. Kontakt bezpośredni wzrokowy z osobą przeciwnej płci, zwłaszcza kobiety z obcym mężczyzną, może być uznany za przejaw seksualnego zainteresowania.

Niemcy i Skandynawowie cenią profesjonalizm, punktualność, perfekcyjność, małomówność (nie mylić z brakiem zainteresowania). Są bezpośredni, nie lubią chwalić, mimo że są zadowoleni z opieki. Bardziej istotne dla nich są ustalenia pisemne niż ustne.

Rosjanie jako pacjenci preferują relacje osobiste. Należy być uważnym, aby ich nie urazić, gdyż przywiązują dużą wagę do tego, co się o nich myśli i mówi. Oczekują od personelu informacji o stanie zdrowia (można je przekazywać rodzinie), profesjonalizmu i współczucia. Mają wysoki próg bólu, wstydzą się do niego przyznać, nie tolerują zażywania dużych ilości leków, mówią donośnie i gestykują.

Wśród Europejczyków ceniona jest rodzina dwupokoleniowa, dopuszczalne jest, aby starsi członkowie rodziny mieszkali w domach opieki, jeśli nie są w stanie zaopiekować się sobą. Często sami stawiają sobie rozpoznanie choroby, nader często korzystają z leków dostępnych bez recepty, szczególnie witamin, bywają stosunkowo często na okresowych dietach, zwłaszcza odchudzających, korzystają (szczególnie młodzi) z różnych zorganizowanych form aktywności fizycznej.

Dla osób pochodzących z Afryki ważne są więzi w rodzinie oraz bliskie stosunki z osobami, np. należącymi do tego samego kościoła czy organizacji społecznych. Często korzystają w ramach opieki z pomocy zielarzy, spirytystów, uzdrowicieli, osób starszych z rodziny, ludowych i domowych praktyk leczniczych, rzadko z pomocy instytucjonalnej. Dużą wartość dla nich stanowi religia, w codziennym życiu nastawieni są na teraźniejszość.

Azjaci, np. Wietnamczycy, Chińczycy, cenią duże rodziny i sami z takich rodzin pochodzą, dobro rodzi-

ny jest ważniejsze dla nich niż dobro jednostki, szanują osoby starsze i swoich przodków, przywiązują wagę do dzielenia się dobrami w rodzinie, jeśli któryś z jej członków jest w potrzebie. Choroby i jedzenie dzielą na ciepłe i zimne, uważają, że balans między nimi zapewnia powodzenie (np. na zimną chorobę skuteczne jest ciepłe, pełne ostrych przypraw jedzenie). Korzystają z ziół, diety, terapii ciepłem/zimnem. Wierzą, że istnieją na ciele punkty, przez które biegą ścieżki energii. Jeżeli przepływ energii jest zaburzony, korzystają z akumasażu (technika manipulacji punktów), akupresury (technika ucisku punktów), akupunktury (technika wbijania igły w punkty). Mają silne poczucie samokontroli, duży szacunek do siebie, autorytetów, osób starszych i ciężkiej pracy. Chwalenie siebie i innych w ich mniemaniu nie jest dobrą manierą. Zwracają dużą uwagę na harmonię, unikanie konfliktów i silnych emocji. Niektórzy mogą być niezadowoleni z powodu pobierania krwi do badań, mogą odmówić udziału w badaniach, gdyż uważają krew za ich siłę życiową i nie wierzą w jej regenerację. Nieliczni wierzą, że najlepiej umrzeć z nienaruszonym ciałem, więc nie będą zgadzać się na operację, za wyjątkiem sytuacji zagrażających życiu. Duża część Azjatów rzadko narzeka na swoje dolegliwości, dlatego ważna jest obserwacja przez pielęgniarkę pacjenta cierpiącego i diagnoza na podstawie znaków niewerbalnych. Niektórzy uważają za uprzejme udzielenie takiej odpowiedzi, jakiej oczekuje pytający (lekarz, pielęgniarka), aby go nie urazić, co może prowadzić do pomyłek, przedawkowania leków, mylenia objawów. Niektórym może być trudno zrozumieć ważność systematycznego zażywania leków, ponieważ wiele metod leczniczych ludowych polega na jednorazowym podaniu ziół, mikstur. Czasami może być potrzebna konsultacja dietetyczna, jeśli pacjent powinien być np. na diecie niskosodowej, gdyż azjatyckie posiłki zawierają dużo soli, np. w sosie sojowym.

Inteligencja kulturowa

Koncepcja inteligencji kulturowej jest stosunkowo nowym konstruktem, pochodzącym z początków XXI wieku [49, 50], będącym odpowiedzią na wyzwania, które niesie globalizacja. Odnosi się do jednostki, podobnie jak inteligencja ogólna, emocjonalna czy społeczna. Jest terminem dobrze opisanym w literaturze anglojęzycznej, znanym w biznesie międzynarodowym, w piśmiennictwie rodzimym natomiast stosowanym rzadko. Jest pojęciem składającym się z czterech komponent: poznawczej, metapoznawczej, motywacyjnej, behawioralnej, i jedenastu subkomponent [5, 51, 52]. W ramach kompetencji poznawczych wyróżniono trzy: przygotowanie planu postępowania przed kontaktem z przedstawicielem innej kultury; uświadomienie sobie własnych

uwarunkowań kulturowych i możliwości ich wpływu na komunikowanie międzykulturowe; monitorowanie swojej wiedzy kulturowej podczas relacji z przedstawicielem innej społeczności kulturowej. W ramach kompetencji poznawczych wymieniono dwie: wiedzę kulturową dotyczącą różnic kulturowych i ich wpływu na zachowania, komunikowanie, postrzeganie świata; specyficzną wiedzę kulturową, uwarunkowaną np. zarządzaniem opieką nad pacjentem pochodzącym z odmiennego kręgu kulturowego. W ramach kompetencji motywacyjnych trzy: interes wewnętrzny jednostki – odczuwanie zadowolenia z kontaktu międzykulturowego; interes zewnętrzny – odczuwanie satysfakcji ze statusu profesjonalisty, osoby znającej język obcy, umiejącej współpracować np. z pacjentem z innej kultury; poczucie sprawstwa i skuteczności funkcjonowania w odmiennych warunkach kulturowych, które można określić stwierdzeniem „czuję się jak w domu w obu kulturach”. W ramach kompetencji behawioralnych trzy: sposoby wyrażania emocji, myśli, opinii, próśb, poleceń; zachowania werbalne i pozawerbalne (treść słów, gesty, mimika twarzy, pozy, ruchy rąk, odległość do rozmówcy, poruszanie się, dotyk i kontakt wzrokowy lub ich brak, wykorzystanie ciszy) w sposób typowy dla danej kultury czy społeczności. Autorki artykułu uznały, że termin „inteligencja kulturowa” jest wart przeniesienia na grunt pielęgniarstwa i zarządzania zespołem opiekującym się pacjentem pochodzącym z różnych kręgów kulturowych, koniecznym do rozwijania w procesie kształcenia akademickiego studentów pielęgniarstwa, a nie tylko studentów związanych z biznesem międzynarodowym [53]. Jak pisze Starosta [2], inteligencja kulturowa jest specyficzną formą inteligencji, skoncentrowanej na zdolności jednostki do rozumienia, poprawnego wnioskowania, funkcjonowania, zarządzania, radzenia sobie w sytuacjach charakterystycznych dla zróżnicowania kulturowego. Zdaniem Piwowarczyk [53] jest to pewien potencjał ludzki, który da się aktywować w procesie kształcenia uniwersyteckiego. Składnik motywacyjny kładzie nacisk na autentyczne zainteresowanie innymi kulturami i interakcjami z ich reprezentantami. Składowa poznawcza obejmuje znajomość norm, wartości, systemów – np. ekonomicznych, prawnych, ochrony zdrowia, edukacji – funkcjonujących w innych kulturach, zachowań nienaruszających ich norm społecznych. Komponent metapoznawczy odpowiada za świadomość istnienia różnic między kulturami i postrzegania przekonań innych osób pryzmat ich kultury, a nie swojej, rodzimej. Składnik behawioralny odnosi się do umiejętności zachowywania zgodnie z normami innych kultur, choćby niektórymi. Inteligencję kulturową można badać z użyciem standaryzowanych narzędzi badawczych [52, 54], jednakże autorki nie dotarły do takich badań prowadzonych na terenie Polski.

Podsumowanie/wnioski

Lubowiecki-Vikuk i Gnusowski [4] podkreślają, że posiadanie kompetencji kulturowych pozwala na zmniejszenie potencjalnych negatywnych skutków różnic kulturowych, dotyczących artefaktów, wartości, norm, zachowań (np. związanych z brakiem żywności), do których są przyzwyczajeni cudzoziemcy, innych standardów czystości, odejścia od nawyków, które obowiązywały w rodzimym kraju (godziny wstawania i udawania się na spoczynek nocny, czas posiłków), społecznej alienacji (brak tematów do rozmowy, niezajomość tematów tabu). Skutkuje unikaniem stereotypowego podejścia do obrazu różnych środowisk, z których pochodzi pacjent i jego rodzina. Redukuje objawy stresu akulturacyjnego. Zdaniem Simpson [5] rozwijanie i doskonalenie inteligencji kulturowej jest procesem rozciągniętym w czasie, trudnym, ale mogącym przynosić satysfakcję, ułatwiającym przełamywanie stereotypów, które utrudniają relacje między przedstawicielami różnych kultur.

Autorki artykułu rekomendują przydatność opisanych zagadnień w pielęgniarstwie w związku z coraz częstszym kontaktem pielęgniarek z pacjentem – cudzoziemcem, w ramach rodzącej się w Polsce mozaiki kultur. Postulują, aby rozwijać kompetencje kulturowe i inteligencję kulturową pielęgniarek w kształceniu, zarówno przed-, jak i podyplomowym. Artykuł stanowi pierwszą część serii artykułów poświęconych sposobom kształcenia kompetencji kulturowych i inteligencji kulturowej wśród pielęgniarek oraz doniesień empirycznych na ten temat.

Piśmiennictwo

1. Thornson CA. Development and validation of the Cross-cultural Competence Inventory. Electronic Theses and Dissertations Paper 1685. University of Central Florida Libraries; 2010, <http://library.ucf.edu>.
2. Starosta A. Inteligencja kulturowa jako niezbędny element zarządzania różnorodnością. *Management*. 2012; 16(1): 402–412.
3. Nikitorowicz J. Kompetencje do komunikacji międzykulturowej w aspekcie tradycyjnej wielokulturowości regionu i procesów migracyjnych. W: Nikitorowicz J, Sadowski A, Sobiecki M (red.). *Pogranicze. Studia Społeczne*. Tom XXI. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku; 2013. 9–26.
4. Lubowiecki-Vikuk A, Gnusowski M. Rola kompetencji międzykulturowych na rynku turystyki medycznej w Polsce. *Hyg Publ Health*. 2016; 51(3): 255–261.
5. Simpson D. Znaczenie inteligencji kulturowej w zarządzaniu międzynarodowymi zespołami projektowymi. *Horyzonty Polityki*. 2017; 8(23): 163–182 (Open Access).
6. Jabłeczka B. Migranci i zdrowie – wyzwania wielokulturowości w praktyce medycznej w Polsce. Główne wnioski z badania. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych; 2012.
7. Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K (red.). *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: PZWL; 2010.
8. Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Tęcza B (red.). *Pielęgniarstwo transkulturowe*. Warszawa: PZWL; 2010.
9. Majda A, Zalewska-Puchała J. Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarstwie. *Probl Piel*. 2011; 19(2): 253–258.
10. Szkup-Jabłońska M, Schneider-Matyka D, Kubiak J, Grzywacz A, Jurczak A, Augustyniak K, Grochans E. Ocena kompetencji kulturowych pracowników ochrony zdrowia. *Fam Med Primary Care Rev*. 2013; 15: 394–396.
11. Zdziebło K, Nowak-Starz G, Makiela E, Stępień R, Wiraszka G. Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie. *Probl Piel*. 2014; 22(2): 367–372.
12. Zalewska-Puchała J, Majda A (red.). *Różnorodność kulturowa w opiece pielęgniarstwie*. Kraków: Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im. Hanny Chrzanowskiej; 2014.
13. Krajewska-Kułak E, Guzowski A, Bejda G, Lankau A (red.). *Pacjent „Inny” wyzwaniem opieki medycznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM; 2016.
14. Majda A, Zalewska-Puchała J. Kulturowo kompetentna opieka pielęgniarstwa. W: Zarzycka D, Ślusarska B (red.). *Podstawy pielęgniarstwa. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarstwie*. Tom 1. Warszawa: PZWL; 2017.
15. Chmielecka A (red.). *Od migracji do integracji*. *Vademecum*. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka; 2012.
16. Lubowiecki-Vikuk A, Rab-Przybyłowicz J. Wybrane aspekty funkcjonowania rynku turystyki medycznej w Polsce. *Folia Turistica*. 2015; 34: 85–107.
17. Zalewska-Puchała J, Majda A. Kompetencje kulturowe w kontaktach z imigrantami pochodzącymi z Wietnamu. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Człowiek w zdrowiu i chorobie. Promocja zdrowia, leczenie i rehabilitacja”. Tarnów, 17–18.09.2010.
18. Majda A, Zalewska-Puchała J. Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarstwie. Międzynarodowa Konferencja Dydaktyczno-Szkoleniowa „Stulecie pielęgniarstwa w Polsce. Teoria i praktyka pielęgniarstwa XXI wieku”. Kraków, 2–3.06.2011.
19. Zalewska-Puchała J, Majda A. Wrażliwość międzykulturowa w opiece położniczej. Międzynarodowy Kongres Położnych „Położna gwarantem sprawnej opieki położniczej i ginekologicznej. Realizacja standardów w opiece położniczo-ginekologicznej”. Mierki, 17–19.11.2011.
20. Zalewska-Puchała J, Majda A. Pielęgniarstwo transkulturowe we współczesnym świecie. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Współczesne pielęgnowanie a dobrostan pacjenta”. Bielsko-Biała, 15.06.2012.
21. Zalewska-Puchała J. Kompetencje międzykulturowe w położnictwie. I Krakowska Konferencja Studentów „Różne kierunki wspólny cel”. Kraków, 20.04.2012.
22. Zalewska-Puchała J, Majda A. Kompetencje międzykulturowe pielęgniarek. Uroczyste Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Dnia Położnych. Ostrołęka, 24.04.2013.
23. Zalewska-Puchała J, Majda A. Różnorodność kulturowa w opiece pielęgniarstwie. Uroczyste Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Dnia Położnych. Wrocław, 20.05.2015.
24. Majda A, Zalewska-Puchała J, Bodys-Cupak I, Kamińska A. Intercultural education of nurses. International Conference on New Horizons in Education. Barcelona, Spain, June 10–12, 2015.
25. Majda A, Zalewska-Puchała J, Bodys-Cupak I, Kamińska A. Shaping cultural competence of nursing students. W: Lazorova I, Kober L (red.). *E-zbornik abstraktov vedeckych a odborných prac. Osetrovateľstvo A Porodna Asistencia V Procese Zmien. Vzdelávanie Kompetencie Prax*. Vysoké Tatry, Słowacja, 23–24.09.2016.

26. Zalewska-Puchała J. Niewerbalna komunikacja międzykulturowa. Sympozjum Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Urologicznych w Krakowie. Kraków, 8.04.2016.
27. Zalewska-Puchała J, Majda A, Kamińska A, Boudys-Cupak I. Wybrane aspekty komunikowania międzykulturowego. I Małopolska Konferencja dla Pielęgniarek „Wielowymiarowość współczesnego pielęgniarstwa”. Niepołomice, 9–10.06.2017.
28. Majda A, Zalewska-Puchała J. Rozwijanie kompetencji kulturowych pielęgniarek. Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Jedność w różnorodności. Edukacja międzykulturowa na wspólnym obszarze polsko-słowackiego pogranicza”. W ramach mikroprojektu nr INT/EK/PO/3/I/B/0097. Jarosław, 27–29.11.2017.
29. Majda A, Zalewska-Puchała J, Barczyk E. Postawy studentów pielęgniarstwa wobec osób odmiennych kulturowo. *Probl Piel.* 2013, 21(3): 327–334.
30. Majda A, Zalewska-Puchała J, Barczyk E. Stereotypy i uprzedzenia wobec osób odmiennych kulturowo w świadomości studentów pielęgniarstwa. *Probl Piel.* 2013, 21(2): 187–194.
31. Szczepanik M. Dobre praktyki. Doświadczenia polskie oraz innych państw przyjmujących obywateli państw trzecich. W: Chmielecka A (red.). *Od migracji do integracji.* Vademecum. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka; 2012. 171–208.
32. Jeznach A, Ruszkowska M. Kompetencje do komunikacji międzykulturowej wśród studentów kierunku pielęgniarstwo – rzeczywistość czy iluzja? W: Bajkowski T, Sawicki K, Namiołko U (red.). *Diagnostyka i metodyka psychopedagogiczna w warunkach wielokulturowości.* Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2014.
33. Milne A, Cowie J. Promoting culturally competent care: the Erasmus exchange programme. *Nurs Stand.* 2013; 27(30): 42–46.
34. Neiterman E, Bourgeault IL. Cultural competence of internationally educated nurses: assessing problems and finding solutions. *Can J Nurs Res.* 2013; 45(4): 88–107.
35. Andrews MM. *Theoretical Foundations of Transcultural Nursing.* W: Andrews MM, Boyle JS. *Transcultural Concepts in Nursing Care.* Ed. 3rd. Philadelphia: Lippincott; 1999.
36. Andrews MM, Boyle JS. *Transcultural concepts in nursing care.* Ed. 6th. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2012.
37. Giger JN, Davidhizar R. *Transcultural nursing: Assessment and intervention.* Ed. 4th. St. Louis: Mosby; 2004.
38. Leininger MM. *Culture care diversity and universality: A theory of nursing.* New York: John Wiley&Sons; 1991.
39. Filipowicz G. *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi.* Warszawa: PWE; 2004.
40. Bajkowski T. Uwarunkowania rodzinne kompetencji do komunikacji międzykulturowej współczesnej młodzieży. W: Nikitorowicz J, Sadowski A, Sobiecki M (red.). *Pogranicze. Studia Społeczne.* Tom XXI. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku; 2013. 59–71.
41. Arredondo P, Toporek R, Brown S, Jones J, Locke DC, Sanchez J, Stadler H. Operationalization of the Multicultural Counseling Competencies. www.counseling.org/Counselors/2006.
42. Campinha-Bacote J. Many Faces: Addressing Diversity in Health Care. *The Online Journal of Issues in Nursing.* 2003; 8(1), <http://www.nursingworld.org>.
43. Bennett MJ. Towards Ethnorelativism: A Developmental Model of Intercultural Sensivity. W: Paige RM (red.). *Education for the Intercultural Experience.* Yarmouth, ME: Intercultural Press; 1993. 21–71.
44. Gesteland RN. *Różnice kulturowe a zachowania w biznesie.* Warszawa: PWN; 2000.
45. Purnell L. The Purnell Model for Cultural Competence. *J Transcult Nurs.* 2002; 13(3): 193–196.
46. Purnell LD, Paulanka BJ. *Guide to culturally competent health care.* Ed. 2nd. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2009.
47. Matsumoto D, Hwang HC. Assessing cross-cultural competence: A review of available tests. *J Cross-Cult Psychol.* 2013; 44(6): 849–873.
48. Taylor C, Lillis C, Lynn P, LeMone P. *Fundamentals of Nursing. The Art and Science of Person-Centered Nursing Care.* Wolters Kluwer; 2015.
49. Earley PC. Redefining Interactions Across Cultures and Organizations. *Moving Forward with Cultural Intelligence.* Research in Organizational Behavior. 2002; 24: 271–299.
50. Earley PC, Ang S. *Cultural Intelligence. Individual interactions across cultures.* Palo Alto: Stanford University Press; 2003.
51. Ang S, Van Dyne L, Koh C. Personality correlates of the four-factor model of cultural intelligence. *Group & Organization Management.* 2006; 31(1): 100–123, <http://dx.doi.org/10.1177/1059601105275267>.
52. Van Dyne L, Ang S, Ng KY, Rockstuhl T, Tan ML, Kok C. Sub-Dimensions of the Four Factor Model of Cultural Intelligence: Expanding the Conceptualization and Measurement. *of Cultural Intelligence. Social and Personality Psychology Compass.* 2012; 6(4): 295–313.
53. Piwowarczyk AJ. Istota i znaczenie inteligencji kulturowej w kontekście kształcenia uniwersyteckiego. *E-mentor.* 2016; 1(63), <http://www.e-mentor.edu.pl/artukul/index/numer/63>.
54. Ang S, Van Dyne L, Koh, Ng KY, Templer KJ, Tay C, Chandrasekar NA. Cultural intelligence: Its measurement and effects on cultural judgment and decision making, cultural adaptation and task performance. *Management and Organization Review.* 2007; 3: 335–371.

Artykuł przyjęty do redakcji: 29.08.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 17.01.2018

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

Adres do korespondencji:

Anna Majda
ul. Piotra Michałowskiego 12
31-126 Kraków
tel. kom.: 506 267 170
e-mail: anna.majda@uj.edu.pl
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum



OPIEKA NAD KOBIECĄ W CIĄŻY OBUMARŁEJ

TAKING CARE OF A WOMAN DURING GRAVIDITAS OBSOLETA

Margareta Błażej¹, Katarzyna Plagens-Rotman², Maria Połocka-Molińska²

¹ absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.25>

STRESZCZENIE

Ciąża obumarła jest jednym z najtragiczniejszych i najbardziej traumatycznych przeżyć, jakie mogą doświadczyć rodzice. Można ją zdefiniować jako zgon płodu w organizmie matki bez względu na czas trwania ciąży, a przyczyny tego niepowodzenia mają podłoże wieloczynnikowe.

Rolą personelu medycznego jest wdrożenie właściwego postępowania diagnostyczno-leczniczego oraz udzielenie kobiecie wsparcia na najwcześniejszym etapie żałoby. Oprócz powikłań medycznych ciąża obumarła pozostawia również trwałe ślady w psychice osieroconej matki. Bardzo łatwo jest zranić niedoszłych rodziców, dlatego niezwykle istotną rolę odgrywa właściwe dobieranie słów i zindywidualizowanie podejścia do pacjentki po stracie dziecka – biorąc pod uwagę jej potrzeby i stan emocjonalny. Traktowanie niedoszłej matki i jej zmarłego dziecka z szacunkiem, wyrażenie chęci rozmowy, zapewnienie jej kontaktu z psychologiem oraz umożliwienie kontaktu ze zmarłym dzieckiem dają kobiecie poczucie bezpieczeństwa, a także zmniejszają lęk i poczucie żalu po stracie dziecka.

SŁOWA KLUCZOWE: ciąża obumarła, śmierć dziecka, obumarcie płodu, strata.

ABSTRACT

Graviditas obsoleta is the most tragic and traumatic experience that parents can live through. You can define it as death of the fetus in the mother's organism without regard to duration of pregnancy and its causes might be multifactorial.

The staff's role is to implement the appropriate way of diagnosis and to support the woman in the time of mourning. Besides the medical complications, the graviditas obsoleta leaves permanent marks in the mother's psyche. It is very easy to hurt the would-be parents and it is crucial to choose words wisely and to individualize the treatment of the patient on her needs and emotional state. Treating the would-be mother and her dead child with respect, expressing the will to talk, supporting her with the psychological assistance and permitting the patient to contact the dead body assure a sense of security and what is more, decrease the anxiety and the sense of regret after the loss of the child.

KEYWORDS: graviditas obsoleta, death of the child, fetal death, loss.

Wprowadzenie

Ciąża obumarła jest jednym z najtragiczniejszych przypadków współczesnego położnictwa. Rodzice nienarodzonego jeszcze dziecka z niecierpliwością wyczekują jego przyjścia na świat. Z radością uczęszczają na rutynowe wizyty, aby choć przez chwilę móc nacieszyć się widokiem swojego maleństwa, posłuchać bicia jego serca, które jest najwspanialszą melodią dla uszu kochających rodziców. Mają możliwość podziwiać, jak ich dziecko się rozwija, przyzwyczajają się do myśli, że już niedługo przyjdzie im sprawdzić się w najpiękniejszej roli na świecie – roli rodzica. Tworzą swój wspaniały świat, pełen miłości i szczęścia, oczekując na najwspanialszy dzień w ich życiu, dzień, w którym wszystko ma ulec zmianie, a całe ich życie się przewartościuje.

Ciąża obumarła jest problemem niezwykle delikatnym oraz złożonym, w przebiegu którego mamy do czy-

nienia nie tylko z powikłaniami natury medycznej, ale również psychicznej – jedne i drugie stanowią obecnie ważny problem w położnictwie [1–3]. Istotą tego problemu są trudności wynikające z ustalenia jednej wyraźnej przyczyny, gdyż posiadają one wieloczynnikowe podłoże [4]. Częściej jednak można spotkać się z bagatelizowaniem tych drugich. Obecnie wiadomo, iż ból po stracie dziecka nie jest wprost proporcjonalny do czasu trwania ciąży, lecz zależy od rodzaju więzi, która wytwarza się między matką a dzieckiem od chwili poczęcia [5], zatem niedoszli rodzice wymagają wsparcia psychologicznego [1].

Obumarciem płodu określamy zgon płodu, następujący przed jego całkowitym wydaleniem bądź wydobyciem z organizmu matki, bez względu na długość trwania ciąży [6], przy czym ciąża, której koniec nastąpił przed 22. tygodniem, nosi miano poronienia. Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu dzieli się na:

- wczesne – obumarcie płodu poniżej 20. tygodnia ciąży,
- pośrednie – obumarcie płodu między 20. a 27. tygodniem ciąży,
- późne – obumarcie płodu powyżej 27. tygodnia ciąży [7].

O bólu po stracie dziecka nie decydują jednak tylko liczby – dla niedoszłych rodziców nie ma znaczenia, czy dziecko obumarło w 12. czy 32. tygodniu ciąży, przeżywają oni stratę zawsze tak samo mocno, lecz każdy na swój sposób. Z punktu widzenia personelu medycznego najważniejsze jest dostosowanie postępowania do zindywidualizowanych potrzeb każdego z rodziców i wsparcie na każdym etapie wewnątrzmacicznego obumarcia płodu [1].

Rodzice po stracie dziecka wymagają opieki wyjątkowej, która powinna zostać udzielona już w początkowym etapie tego tragicznego zdarzenia – począwszy od zdiagnozowania ciąży obumarłej, przez poprowadzenie porodu, aż do odzyskania przez osieroconych rodziców zdolności do ponownego funkcjonowania w codziennym życiu. Taka tragedia na zawsze pozostawi w ich pamięci trwałe ślady, dlatego jakość opieki sprawowanej nad kobietą w ciąży obumarłej jest niezwykle istotna dla jej zdrowia fizycznego oraz psychicznego. Nikt nie potrafi sobie wyobrazić, co czują rodzice po stracie dziecka oprócz nich samych. Często ich ból wpływa na zachowanie innych ludzi, którzy nie wiedzą, jak w takiej sytuacji postępować i jak udzielić im wsparcia, aby ich nie urazić. Właśnie dlatego temat ten jest tak poważny, istotny i delikatny. Co mogą czuć rodzice po największej tragedii, jaka mogła im się przydarzyć? Jak powinna wyglądać opieka nad kobietą w ciąży obumarłej? W jaki sposób udzielić wsparcia osieroconym rodzicom, aby nie sprawić im jeszcze większego bólu? „... W jaki sposób opiekować się kobietą po poronieniu, aby zapobiec późniejszym konsekwencjom w życiu i funkcjonowaniu samych kobiet (...)?” [8].

Rola położnej w opiece nad ciężarną w ciąży obumarłej

Personel medyczny powinien zapewnić pacjentce będącej w ciąży obumarłej udzielenie szczególnej pomocy. W procesie pielęgnowania niezwykle ważną rolę odgrywa położna, która wspiera osieroconych rodziców na bardzo wczesnym etapie żałoby. Rodzicami w tym czasie często targają takie emocje jak złość, poczucie winy, zaprzeczenie. Ważne jest, aby personel medyczny w tej sytuacji nie odpowiadał również złością, a wykazał wrażliwość na zaistniałą sytuację i odnosił się z szacunkiem zarówno do matki, jak i do jej zmarłego dziecka [1].

Zachowanie personelu medycznego w obliczu śmierci dziecka oraz sposób przekazywania informacji bardzo wpływają na dalsze funkcjonowanie matki – tak psychiczne, jak i fizyczne. Okazanie rodzicom wsparcia w tym okresie, rozmowa, umożliwienie im pożegnania się z dzieckiem, a nawet zwykły dotyk mówiący „jestem tu, by Cię wspierać”, działają na rodziców w sposób terapeutyczny i pomagają im przejść przez żałobę. Należy pamiętać, że zachowanie pracowników szpitala, każdy gest, a nawet poszczególne słowa w obliczu takiej tragedii dla rodziców bardzo zyskują na sile i są przez nich doskonale zapamiętywane na bardzo długi czas i wspominane przez wiele lat. Jakość opieki nad kobietą w ciąży obumarłej może wpływać na jej stan psychiczny nawet kilka lat po porodzie martwego dziecka, dlatego ważne jest przestrzeganie określonych zasad postępowania wobec takiej pacjentki i opiekowanie się nią w sposób szczególny [9].

Kluczowym aspektem opieki nad ciężarną w ciąży obumarłej jest nawiązanie z nią dobrego kontaktu i wzbudzenie jej zaufania. W tym celu należy przy pierwszym kontakcie przedstawić się pacjentce i wyjaśnić swoją rolę w opiece nad nią, udzielać odpowiedzi na wszelkie zadawane pytania oraz szczegółowo informować o stanie jej zdrowia, pamiętając, aby zachować odpowiedni ton rozmowy, a także uwzględnić jej potrzeby i oczekiwania. Pacjentce należy uświadomić, iż ma ona prawo do podejmowania własnych, świadomych decyzji w zakresie niezbędnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Wszelkie zabiegi bądź badania należy wykonywać z poszanowaniem intymności i godności kobiety, uprzednio każdorazowo uzyskując zgodę na ich wykonanie [10].

Opieka położnej podczas porodu martwego dziecka

Rodzica, która ma urodzić martwe dziecko, jest bardzo rozchwiana psychicznie i na każdy bodziec z zewnątrz może reagować bardzo emocjonalnie, dlatego na oddziale szpitalnym absolutnie nie powinna ona znajdować się w sali z innymi kobietami ciężarnymi bądź położnicami z dziećmi. Kontakt z takim środowiskiem jeszcze bardziej potęguje w kobiecie smutek i ból po stracie dziecka [10]. Oprócz umożliwienia kobiecie leżenia w odosobnieniu, położna powinna również zwrócić uwagę na odizolowanie jej od dźwięków wydawanych przez inne rodzące oraz płaczące, żywo urodzone noworodki [11]. Podczas porodu oraz bezpośrednio przed nim w trakcie hospitalizacji pacjentki z postawioną diagnozą ciąży obumarłej monitorowanie czynności serca płodu jest zbędne, gdyż nieustannie przypomina kobiecie o niezującym już maleństwie, którego serce dawno już przestało bić [1].

W trakcie porodu martwego dziecka niezmiernie istotne jest zastosowanie środków znieczulających i to w większych ilościach niż podawane kobietom rodzącym żywe dziecko, mając jednak na uwadze, iż każda kobieta odczuwa ból inaczej – należy zatem dostosować ilość podawanych leków przeciwbólowych do subiektywnych odczuć poszczególnych pacjentek. Dolegliwości bólowe oraz zmęczenie fizyczne może również potęgować brak sprężystości martwego płodu, co powoduje znaczne spowolnienie porodu, o czym rodzice powinni zostać poinformowani. Jeszcze przed urodzeniem dziecka położna powinna ustalić z matką, jak ma wyglądać jej pierwsze spotkanie z dzieckiem. Kobieta powinna świadomie zdecydować, czy zechce dostać je tuż po porodzie, czy nieco później, a być może będzie to dla niej zbyt trudne i w ogóle się na to nie zdecyduje [1].

Wybór rodziców należy uszanować i postąpić według ich woli – jeśli nie wyrażą chęci zobaczenia dziecka, nie należy ich do tego zmuszać, gdyż może to wpłynąć niekorzystnie na ich psychikę [11].

Poród martwego dziecka jest dla jego rodziców bardzo traumatycznym przeżyciem, dlatego wymagają oni w tym czasie specjalnej troski oraz wsparcia położnej i pozostałego personelu medycznego. Rodzice utraconego dziecka powinni przeżywać ten czas razem i wzajemnie się wspierać – ojciec przeżywa śmierć tak samo mocno jak matka, dlatego należy umożliwić im wspólne przejście przez to tragiczne wydarzenie. Zadaniem położnej jest prowadzenie porodu delikatnie, w intymnej atmosferze, z ciągłym wsparciem cierpiących rodziców, którzy powinni być przygotowani na to, że ich obumarłe dziecko mogło już ulec procesowi maceracji. Położna przyjmująca poród nie powinna się spieszyć. Narodziny tak wyjątkowego dziecka powinny być owiane aurą ciszy i spokoju, aby w ten sposób okazać szacunek jemu i jego rodzicom. Personel medyczny powinien postępować bardzo ostrożnie, aby dodatkowo nie uszkodzić skóry dziecka. Prawidłowa postawa położnej i lekarza wobec rodziców podczas porodu może złagodzić ich bolesne odczucia i pozostawić w ich pamięci pozytywny obraz tych tragicznych zdarzeń [1].

Pierwsze chwile po porodzie. Kontakt matki z obumarłym dzieckiem

Moment pierwszego kontaktu ze zmarłym dzieckiem oraz jego pożegnanie mogą wywołać w rodzicach silną traumę. W medycynie pojęcie to oznacza upośledzenie tkanek, w psychologii jednak trauma funkcjonuje jako metafora, pozwalająca zrozumieć, że tak samo jak i tkanki, uszkodzony i zraniony zostać może również umysł człowieka [9]. Śmierć dziecka bezsprzecznie predysponuje do wywołania takiego stanu zarówno u matki, jak i u ojca obumarłego dziecka, dlatego tak

ważne jest ich zdanie w kwestii ich najważniejszego spotkania w życiu – spotkania z dopiero co wydany na świat zmarłym już dzieckiem. Rodzice powinni mieć możliwość zobaczenia swojego dziecka, na które tak długo czekali, jeśli tylko tego chcą, jednak jeśli nie wyrażają takich chęci, nie powinno się ich do tego zmuszać. Ci jednak, którzy zdecydowali się spędzić czas ze swoim maleństwem, nie powinni czuć się ponaglani. Czas dla nich zatrzymał się, dlatego na pożegnanie z dzieckiem powinni mieć go tyle, aż sami uznają, że są gotowi na rozstanie z dzieckiem na zawsze [1].

Wyniki badań nie potwierdzają jednoznacznie pozytywnego wpływu możliwości spotkania matki ze zmarłym dzieckiem po porodzie. Zespół naukowców ze Szwecji [12] udowodnił, iż kobiety, które mogły spędzić z dzieckiem tyle czasu, ile potrzebowały, miały mniejsze predyspozycje do depresji niż te, które tego czasu nie otrzymały wystarczająco dużo. Jednakże badanie przeprowadzone na kobietach z Wielkiej Brytanii pokazuje, że najmniej objawów depresji wykazują kobiety, które po porodzie nie miały kontaktu ze zmarłym dzieckiem, a najwięcej – te, które nie tylko je widziały, ale również dotykały [13]. Wniosek zatem nasuwa się sam – każdą kobietę należy traktować indywidualnie i poprzez umiejętność obserwacji oraz szczerej rozmowy dostosowywać się do jej potrzeb i oczekiwań w tym smutnym i traumatycznym dla niej czasie [1].

Dla rodziców bardzo bolesny jest fakt, iż nie dane im było poznać istoty, której sami dali życie, a na przyjście której przygotowywali się psychicznie i emocjonalnie przez cały czas trwania ciąży. Dlatego też istotnym elementem procesu żałoby jest zachowanie pamiątki po dziecku – namacalnej rzeczy, która da rodzicom możliwość powrócenia do wspomnień o ich zmarłym dziecku w każdej chwili oraz będzie realnym dowodem na istnienie ich maleństwa. Obecnie w szpitalach i klinikach osieroceni rodzice mają sposobność stworzenia dla siebie takiej pamiątki. Wiele placówek posiada specjalne pamiątniki, w których można umieścić dane swojego zmarłego maleństwa, uwzględniając wybrane dla niego imię, masę urodzeniową i długość ciała, a nawet pukiel włosów dziecka. Rodzice posiadają również prawo do zrobienia dziecku zdjęcia bądź nakręcenia filmu i jeśli taka jest ich wola, nie należy się jej przeciwstawiać. W czasie, który rodzice otrzymali, aby pożegnać się z małą istotką, mają oni również okazję do tego, aby ją wykąpać oraz ubrać tak, jak sobie tego życzą. Dobrym rodzajem pamiątki jest zachowanie zapachu kojarzącego się rodzicom ze zmarłym dzieckiem. Taki zapach nie tylko doskonale przywołuje wspomnienia dzięki temu, że przechowywany jest w pamięci długotrwałej, ale również wywołuje silne emocje. Dzieje się tak za sprawą umiejscowienia w mózgu układu węchowego, któ-

ry bezpośrednio graniczy z układem limbicznym oraz hipokampem, odpowiedzialnymi właśnie za emocje, a także ich umiejscowienie w pamięci. Takie sąsiedowanie powoduje natychmiastową odpowiedź człowieka na określony zapach, pozwalając powrócić do wspomnień oraz towarzyszących im emocji [1].

Pozostawienie śladu po dziecku może okazać się bardzo pomocne w przeżywaniu poszczególnych etapów żałoby. Może zdarzyć się, że rodzice są w ogromnym dołku emocjonalnym i nie chcą mieć pamiątki po zmarłym dziecku, gdyż boją się, że przez to odczucia związane ze stratą dziecka będą do nich wracać jak buimerang. Oczywiście nie należy zmuszać ich do tego, jednak powinno się im wytłumaczyć, że takie postępowanie pozwoli im pogodzić się ze śmiercią dziecka, nawet jeśli w tej chwili nie są na to jeszcze gotowi. Rodzice, którzy nie zdecydowali się na pozostawienie upominku po maleństwie, bardzo często żałują tego dopiero później, gdy nie ma już możliwości, aby taki drobiazg stworzyć [1].

Pielęgnacja kobiety w połogu

Po pożegnaniu się niedoszłej matki z jej dzieckiem najważniejszym aspektem jest zadbanie o jej zdrowie psychiczne. W tym celu najlepiej byłoby umieścić ją na oddziale w sali jednoosobowej, tak aby miała możliwość w spokoju wraz z ojcem dziecka opłakiwać ich ogromną stratę. Główną zasadą jednak jest położenie jej z dala od kobiet w ciąży bądź szczęśliwych matek leżących w obecności dopiero co urodzonych płaczących pociech. W pierwszych dniach po porodzie fakt ten może pogłębić depresję kobiety oraz jej wielki smutek i jest to naturalna reakcja wywołana spotkaniem przez nią nieszczęściem, dlatego personel medyczny powinien okazywać jej szczególne wsparcie [1].

Z chwilą wypisania osieroconej matki ze szpitala należy poinformować ją o przebiegu połogu. Prawdopodobnie będzie ona borykać się z problemem nawału mlecznego, a następnie z samą laktacją, która również będzie oddziaływać negatywnie na jej psychikę – jej ciało wydziela mleko, aby nakarmić dziecko, którego nie miała szczęścia poznać – taka myśl jest bardzo przygnębiająca. Aby pomóc kobiecie przez to przejść, należy poinformować ją o metodach radzenia sobie z nawałem pokarmu oraz wyjaśnić, co można zrobić, aby zmniejszyć uczucie pełności w piersiach [1].

Mechanizm zdrowienia polega na umiejętności radzenia sobie z traumatycznymi wydarzeniami w codziennym życiu oraz stopniowym zanikaniu objawów depresji. Szacuje się, iż w odniesieniu do urodzenia martwego dziecka proces ten może trwać około 2 lat. Powinno się mieć ten czas na uwadze w momencie, gdy pacjentka zada pytanie o ewentualną możliwość

zajścia w kolejną ciążę [9]. Należy niedoszłym rodzicom bardzo delikatnie wytłumaczyć, iż szybkie zajście w ponowną ciążę nie zagłuszy ich smutku, a może jedynie pogorszyć ich sytuację emocjonalną – bywa, że nowo narodzone dziecko przypomina o tym zmarłym i potęguje jeszcze ich smutek. Kolejne dziecko nigdy nie będzie w stanie zastąpić tego utraconego, dlatego warto, aby rodzice dali sobie czas na opłakanie ich zmarłego maleństwa i nauczyli się żyć z żalem po jego odejściu [1].

Pacjentka w sytuacji utraty dziecka powinna otrzymać od personelu medycznego informacje na temat działających grup wsparcia pomagających przejść trudny okres w ich życiu, a także informacje odnośnie pomocy psychologicznej [10]. Taka wiadomość powinna być przekazana w formie pisemnej, a umieszczenie imienia i nazwiska danej pacjentki w widocznym miejscu zwiększa skuteczność przekazu [8]. Rodziców należy także poinformować o przysługujących im prawach określonych przez ustawodawcę [10]. „Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania” definiuje martwe urodzenie jako wewnątrzmaciczne obumarcie płodu przed jego wydobyciem z ustroju matki lub samoistnym wydalaniem po skończonym 22. tygodniu ciąży. Urodzenie takiego dziecka rodzice powinni zgłosić do urzędu stanu cywilnego w ciągu 3 dni, zgodnie z „Ustawą z dnia 29 września 1986 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego”. W takiej sytuacji nie sporządza się aktu zgonu, a jedynie zamieszcza się w rubryce „Uwagi” informację o tym, iż dziecko urodziło się martwe. Lekarz, położna lub zakład opieki sporządzają pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka, co stanowi podstawę aktu urodzenia – na jego bazie wystawia się skrócony akt urodzenia dziecka, który jest jednocześnie aktem jego zgonu [2, 14].

Rodzice mogą dokonać pochówku dziecka bez względu na to, ile czasu trwała ciąża, co zostało określone w „Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi” [15]. Pogrzeb dziecka jest dla rodziców szczególnie ważnym wydarzeniem. Należy im zaproponować spotkanie z osobą duchowną, z którą rozmowa może dać rodzicom oczyszczenie i pozwolić im podjąć dalsze decyzje. Poza tym osoba taka może ochrzcić dziecko i nadać mu imię, czego rodzice zmarłego przeważnie sobie życzą. Ukojenie znajdują również w słowach pożegnania wypowiadanych o zmarłym maleństwie przez kapłana [1].

Kobietę należy również poinformować o tym, iż zgodnie z kodeksem pracy przysługuje jej urlop macierzyński, którego czas trwania może wynosić od 7 dni do 8 tygodni po porodzie. Podstawą udzielenia urlopu ma-

cierzyńskiego przez pracodawcę jest okazanie przez pacjentkę aktu urodzenia. Prawo daje również ubezpieczonej kobiecie możliwość do pobierania zasiłku macierzyńskiego przez okres 8 tygodni za okazaniem skróconego odpisu aktu urodzenia dziecka. Ponadto ma ona również prawo starać się o uzyskanie zasiłku pogrzebowego, lecz tylko jeśli miałby on pokryć koszty pochówku zmarłego dziecka [2, 14].

Połów jest to także czas, w którym lekarze mogą dokładnie przyjrzeć się przyczynie wewnątrzmacicznego obumarcia płodu. W tym celu należy z kobietą przeprowadzić ponownie wywiad rodzinny, z uwzględnieniem jej przeszłości położniczej oraz przebytych lub istniejących chorób. Taka rozmowa może być dla niej bardzo trudna, zwłaszcza że nadal znajduje się ona w szoku po porodzie, jednak szczegółowe przeprowadzenie wywiadu jest bardzo ważnym elementem ustalenia przyczyny śmierci dziecka i stanowi podstawę dla dalszego planowania rodziny. W zgłębieniu źródła śmierci płodu należy również bliżej przyjrzeć się przebiegowi obecnej ciąży: istotne mogą okazać się wiek matki, stosowanie używek w trakcie trwania ciąży czy też urazy brzucha [3]. Jednym z najskuteczniejszych sposobów ustalenia powodu zgonu dziecka jest wykonanie jego sekcji zwłok. Rodzicom może być ciężko zdecydować się na takie posunięcie i muszą oni zdawać sobie sprawę z tego, iż mimo autopsji przyczyna może nadal pozostać nieznana. Ważne jest, aby zaproponować im tę metodę diagnostyczną bardzo delikatnie, z wyjaśnieniem wszystkich nurtujących ich w tej kwestii zagadnień [1]. Ponieważ jedna z najczęstszych przyczyn wewnątrzmacicznego obumarcia płodu ma podłoże genetyczne, zasadniczym punktem odniesienia jest ustalenie jego kariotypu. Oprócz oceny pośmiertnej ciała dziecka patolog powinien także przyjrzeć się łożysku i zwrócić uwagę na ewentualne anomalie w jego budowie [3]. Położna może bardzo ułatwić patologowi pracę i okazać się bardzo pomocna w ustaleniu przyczyny śmierci dziecka. W tym celu powinna ona dokumentować wszelkie objawy, które zauważyła po urodzeniu się martwego niemowlęcia – zarówno w obrębie jego ciała, jak i na powierzchni łożyska czy pępowiny. Niewielkie zmiany mogą zostać przeoczone przez patologa, dlatego wszelkie obserwacje położnej mogą okazać się przydatne [1].

Aspekt psychologiczny

Zgłębiając tematykę ciąży obumarłej, należy bliżej przyjrzeć się aspektowi psychologicznemu, który jest nieodłącznym elementem tego przypadku. Rodzice z radością wyczekują przyjścia na świat istoty, której sami dali życie, zwiążają się z nią emocjonalnie, przewartościowują swoje życie całkowicie, by przygotować

się na powitanie swojego maleństwa. Ich miłość do dziecka jest większa niż do siebie samych, ponieważ w tym małym ciałku, które matka nosi pod sercem, zawarta jest częśćka ich samych. Informacja o śmierci dziecka jest dla rodziców wstrząsająca – zarówno dla ojca, jak i dla matki. Każdy człowiek inaczej przeżywa ból i pustkę po stracie bliskiej osoby. Różny jest też rodzaj tych emocji w odniesieniu do poszczególnych osób – inaczej przeżyjemy śmierć rodzica, inaczej dziecka, a jeszcze inaczej przyjaciela. Jednak ze wszystkich możliwych strat śmierć dziecka daje największe spustoszenie w umyśle i pozostawia po sobie trwałe blizny [16].

W umyśle kobiety po incydencie obumarcia ciąży kłębią się myśli, że to ona jest winna zaistniałej sytuacji oraz że taka sytuacja może się powtórzyć przy kolejnej ciąży. Matka po stracie dziecka może wpaść w syndrom „niedowartościowania” – skoro nie może donosić ciąży i urodzić zdrowego dziecka, to znaczy, że jest „gorsza biologicznie” i tak też się czuje [5]. Kobieta po takim przeżyciu zmienia postrzeganie samej siebie – traci wiarę w siebie, czuje się bezwartościowa, jej postawa względem otaczającego świata jest bierna, tak jakby czas się dla niej zatrzymał. Podczas gdy kobiety po urodzeniu zdrowego dziecka odczuwają głównie pozytywne emocje, radość, dumę, podniesienie wartości kobiety jako matki, która dała życie nowemu człowiekowi – osierocone matki zmagają się głównie z gniewem, żalem, poczuciem winy oraz bezradnością, a nawet wizją samobójstwa [17].

Obumarcie płodu w tonie matki jest sytuacją, do której rodzice nie są w stanie się przygotować i zawsze odczuwają rozczarowanie i zawiedzenie. Czują się oni odsunięci od społeczeństwa, gdyż mają wrażenie, że nie spełnili roli rodzicielskiej. Dominuje w nich poczucie winy za śmierć własnego dziecka. Zastanawiają się „dlaczego?”. Dlaczego to spotkało właśnie ich? [17].

Utrata najcenniejszego dla rodziców skarbu wymaga czasu. Muszą oni pożegnać się ze swoim dzieckiem i pozwolić mu odejść, jednocześnie dając sobie czas na przeżycie żałoby. Spoteczeństwo często bagatelizuje problem, jakim jest ciąża obumarła, nie dając osieroconym rodzicom możliwości opłakiwania swojego maleństwa. Bliscy bardzo często nie potrafią udzielić należytego wsparcia, a do pocieszenia używają nietaktownych zwrotów. Ludzie postronni często uważają, że skoro dziecko nie zdążyło się narodzić, to smutek po jego stracie nie jest tak silny jak po śmierci żyjącego człowieka. Tymczasem żałoba jest procesem niezbędnym do odnowy stanu psychicznego zarówno matki, jak i ojca. Należy pozwolić im opłakiwać stratę, gdyż lekceważenie ich odczuć może przyczynić się do pogłębienia bólu, a nawet powstania trwałego uszkodzenia psychicznego. Żałoba jest procesem długotrwałym, na

który składa się wiele czynników, m.in. sposób reagowania na stres i radzenia sobie z nim, osobowość, chęć posiadania dzieci, a nawet wiara w Boga. Składa się na nią wiele następujących po sobie przeżyć, takich jak osamotnienie, poczucie winy, smutek lub niepokój [16].

Bardzo ważne jest, aby pamiętać o tym, iż oprócz matki żałobę po stracie dziecka nosi również ojciec, mimo iż to nie on nosił dziecko pod swoim sercem. Cierpi on równie mocno jak matka, tylko w inny sposób. Dlatego w tym trudnym dla partnerów okresie powinni oni być dla siebie wsparciem. Fundamentalną zasadą jest słuchanie siebie nawzajem oraz mówienie o swoich uczuciach i oczekiwaniach, gdyż bez tego mogą oni oddalić się od siebie, a rozpad związku jeszcze bardziej pogłębi ich ból po stracie dziecka [18].

Położna z racji wykonywanego zawodu jest pierwszą osobą pełniącą funkcję psychoterapeutyczną w sytuacji ciąży obumarłej. Pomoc taka opiera się na udzielaniu wsparcia psychicznego osieroconym rodzicom. Opieka położnicza to nie tylko wykonywanie procedur medycznych, ale również budowanie zaufania i więzi z pacjentką oraz dodawanie jej otuchy w trudnych chwilach. To położna jako kobieta najlepiej powinna rozumieć sytuację pacjentki oraz jej oczekiwania względem personelu medycznego i zdawać sobie sprawę z jej bezradności i bezbronności [19]. Udziela ona wsparcia na bardzo wczesnym etapie żałoby i wszystko, co powie lub zrobi, ma ogromne znaczenie dla rodziców, którzy bardzo dobrze zapamiętują chwile spędzone w szpitalu i udzieloną im w tym czasie pomoc [1].

Psychoterapeutyczna rola położnej w łagodzeniu bólu po stracie dziecka

Położna wykonuje wyjątkowy i piękny zawód. To osoba będąca przy kobiecie w najważniejszych momentach jej życia. Jednym z takich momentów jest powitanie na świecie nowego człowieka. Okres wyczekiwania na pojawienie się dziecka obfituje w wiele lęków i obaw, jednak to radosny czas dla rodziców. Nie wszystkim jednak jest dane, aby przeżyć to szczęście. Śmierć dziecka to szczególnie trudne i traumatyczne wydarzenie, w którym położna również bierze udział i ma okazję jako pierwsza udzielić rodzicom niezbędnej pomocy i wsparcia w tym dla nich pełnym bólu okresie [19].

Bardzo często obserwuje się zjawisko bagatelizowania przez personel medyczny psychologicznego aspektu śmierci dziecka. Głównym powodem takiego zachowania jest nadmiar obowiązków ciąży na położnych oraz zbyt wiele pacjentek pod ich opieką. Taka specyfika pracy nie pozwala im na poświęcenie każdej pacjentce tyle czasu, ile ona potrzebuje, również pacjentce po stracie dziecka, która wymaga specjalistycznej opieki. W tak wstrząsającej sytuacji, jaką jest

śmierć dziecka, również sam personel medyczny zostaje narażony na traumę, odbierając to wydarzenie jako osobiste niepowodzenie zawodowe. W celu ułatwienia pracownikom służby zdrowia radzenia sobie w takich sytuacjach dyrekcja szpitala powinna zapewnić im odbycie specjalnego szkolenia uczącego współpracy z pacjentem po stracie dziecka oraz umiejętności indywidualnego podejścia do pacjenta z racji tego, iż każda kobieta przeżywa śmierć swojego maleństwa inaczej. Bardzo ważne jest również organizowanie spotkań, w trakcie których położne miałyby możliwość wyrażenia własnych odczuć i emocji związanych z opieką nad taką pacjentką – dzięki takiej rozmowie położne miałyby możliwość zrzucenia z własnych barków ciężącego na nich balastu psychicznego przeżytego niepowodzenia [16]. Mimo jednak cennego wsparcia, jakiego udzielają im w tym czasie współpracownicy, istotną okazuje się być także rozmowa z psychologiem, która może być dla nich oczyszczająca. Bardzo ciężko jest przejść od pacjentki, która dopiero co urodziła martwe dziecko, do takiej, która z niecierpliwością i radością oczekuje przyjścia na świat zdrowego dziecka. Dlatego ważne jest, aby podczas takiej właśnie rozmowy z psychologiem dać upust własnym emocjom i nabrać sił przed podjęciem opieki nad kolejną pacjentką [1].

Sposób podejścia do pacjentki po stracie dziecka ma swoje długofalowe skutki, dlatego też niezwykle istotne jest zachowanie personelu medycznego w takich sytuacjach, gdyż wpływa on na długość oraz poziom nasilenia żałoby [8]. Rozmowa o śmierci dziecka jest niewątpliwie jedną z trudniejszych do przeprowadzenia, jednak położna powinna stworzyć kobiecie warunki do wyrażenia swoich uczuć. Bardzo ważne jest wyrażenie chęci rozmowy na ten temat oraz wyrażenie własnego zrozumienia i wsparcia w tym trudnym dla osieroconej matki czasie. Rozmowa o zmarłym dziecku bardzo często okazuje się być kojąca dla rodziców, dlatego warto poświęcić im czas i pozwolić dać upust emocjom [16].

Momentem, w którym mamy do czynienia z wystąpieniem u rodziców największego szoku, jest poinformowanie o śmierci dziecka [9]. Lekarz diagnozujący powinien również udzielić wyczerpujących odpowiedzi na wszystkie nurtujące rodziców obawy, co zmniejszy ich lęk i niepokój [1]. Położna pełni funkcję pewnego rodzaju łącznika między osieroconą matką a lekarzem. Jako osoba posiadająca wiedzę medyczną również powinna ona wytłumaczyć matce istotę tego wydarzenia, upewniając się, że kobieta rozumie. Położna powinna postugiwać się przede wszystkim językiem prostym, niebudzącym wątpliwości, unikając przy tym niezrozumiałej dla pacjentki terminologii medycznej oraz żargonu medycznego. W przypadku tak strasznego zdarzenia, jakim jest śmierć dziecka, niewiele rzeczy może

pocieszyć pogrążoną w żałobie kobietę. Jednak istnieją zachowania, które dają jej ukojenie. W tym celu należy zachęcać niedoszłą matkę do opowiadania o swoich uczuciach i lękach. Gdy płacze, to najwidoczniej czuje, że tak trzeba – położna powinna jej na to pozwolić, gdyż jest to niezbędne, aby przejść pomyślnie proces żałoby. Bardzo pomocne może się okazać wyrażenie współczucia dla tego, co się stało – kobieta czuje wtedy, że położna solidaryzuje się z jej smutkiem [16].

Rozmowa jest jednym ze sposobów przyniesienia ulgi. Personel medyczny nie powinien unikać kobiet, które straciły dziecko, gdyż naraża je tym samym na poczucie odrzucenia czy nawet poniżenia. Nie wolno ze śmierci dziecka robić tematu tabu – prawdopodobnie jest to jedyna rzecz, o jakiej niedoszli rodzice są w stanie rozmawiać, gdyż wobec takiej tragedii nie mogą oni myśleć o niczym innym. Gdy kobieta traci dziecko, otoczenie często nie wie, jak zareagować na taką tragedię. Osoby te nie wiedzą, co powiedzieć, często urywają rozmowę i szybko zmieniają temat, nie dając kobiecie szans na opowiedzenie o tym, co się stało. Czym różni się matka, która straciła swoje dziecko, od matki, która urodziła zdrowego, szczęśliwego malucha? Dlaczego kobiecie odbiera się prawo mówienia o swoim zmarłym dziecku, jakby zakładając, że ono nie istniało? Ta kobieta właśnie tego potrzebuje – potrzebuje rozmowy o swoim dziecku, chce je wspominać, opowiadać o tym, co się stało, jakie wybrała imię dla swojego nienarodzonego dziecka i jak teraz by wyglądało – może miałyby kręcone włosy po ojcu, a może zielone oczy po matce? Należy pozwolić kobiecie mówić o jej uczuciach, gdyż przynosi jej to ukojenie i daje poczucia wsparcia [7].

Mimo chęci rozmowy bardzo często personel medyczny nie potrafi dobrać odpowiednich słów, aby właściwie pocieszyć kobietę, tak aby nie zranić jej uczuć. Źle na jej samopoczucie wpływa także postawa personelu medycznego, który ma zbyt wiele obowiązków, by poświęcić jej odpowiednią ilość czasu, przez co czuje się ona odrzucona i osamotniona w swoim bólu. Najczęstszym błędem, z jakim możemy mieć do czynienia na oddziale położniczym, jest proces odhumanizowania, gdzie odczucia i stan emocjonalny pacjentki jest spychany na dalszy plan – liczą się tylko objawy kliniczne. Zamiast podejść do tematu z sercem i solidaryzować się z pogrążoną w smutku matką, personel medyczny często odcina się od tego, odgradzając się od tematu, budując mur z takich słów jak „obumarcie płodu”, „zarodek”, „embrion”, zamiast mówić o zmarłej istotce po prostu „dziecko”. Kolejnym błędem popełnianym przez pracowników szpitala jest używanie nieodpowiednich zwrotów. „Jesteście młodzi, jeszcze będziecie mieli dziecko” albo „nie martwcie się, to zdarza się wielu rodzicom” lub „niech się Pani postara zapomnieć” – takie

i wiele innych zwrotów mają okazję usłyszeć osieroceni rodzice [16]. Dziecka nie da się zastąpić, zawsze będzie ono tkwiło w sercu rodziców. Nie da się także o nim zapomnieć. Gdy umierają rodzice, zawsze będziemy o nich pamiętać, gdyż rodziców ma się jedynych w swoim rodzaju, nie da się ich ot tak wyrzucić z pamięci lub zastąpić kimś innym. Tak samo jest z dzieckiem – nie da się po prostu zapomnieć o jego istnieniu, dla rodziców ono zawsze będzie ich dzieckiem – jedynym, niepowtarzalnym i niezastąpionym, nawet jeśli nie mieli oni okazji go poznać, a czas nie uleczy powstałych ran [18]. Położna jako kobieta powinna najlepiej rozumieć niedoszłą matkę i jej ból spowodowany śmiercią dziecka. Dlatego zadaniem położnej jest również pocieszenie kobiety w taki sposób, by nie spowodować jej większego cierpienia. Nikt nie jest w stanie sobie wyobrazić, co czuje kobieta po stracie dziecka – tylko ona. Dlatego położna powinna być wobec niej szczerą. Wystarczy powiedzieć „mogę tylko sobie wyobrazić, co teraz Pani czuje” albo „bardzo mi przykro z powodu Pani dziecka”. Takie szczerze wyznanie może i nie sprawi, że kobieta poczuje się lepiej, ale na pewno da jej poczucie wsparcia i troski ze strony położnej, co w tym tragicznym przypadku jest bardzo ważne w procesie zdrowienia [16].

Położna jako pracownik szpitala powinna także postarać się o to, aby niedoszłym rodzicom została udzielona fachowa pomoc psychologiczna. Rozmowa z fachowcem pomoże im zrozumieć proces żałoby oraz pomóc im w walce z poczuciem winy [16]. Pomocne może się także okazać skierowanie do grupy wsparcia zrzeszającej osieroconych rodziców. Kontakt z osobami, które również doświadczyły straty dziecka, jest bardzo pomocny w procesie przeżywania żałoby. Dzielenie się przeżyciami oraz emocjami towarzyszącymi stracie dziecka w takiej grupie zmniejsza poczucie odizolowania od społeczeństwa oraz wstydu związanego z poczuciem winy, a także świadomością niespełnionej roli rodzicielskiej [1].

Podsumowanie

Temat ciąży obumarłej pomimo wielu publikacji oraz badań naukowych nadal jest jednym z najtrudniejszych i najmniej poznanych zagadnień położnictwa, wokół którego wciąż krąży wiele pytań bez odpowiedzi. Problematyka tego zdarzenia polega nie tylko na aspekcie medycznym zagadnienia związanym z jego licznymi i nie do końca poznanymi przyczynami. Mówiąc o ciąży obumarłej, trzeba przede wszystkim wziąć pod uwagę psychologiczne podłoże tego problemu, które jest znacznie trudniejszym aspektem tej komplikacji położniczej i wymaga nie tylko wiedzy medycznej z tego zakresu, ale również wielu cech społecznych, którymi musi charakteryzować się personel medyczny. W tej sy-

tuacji nie tyle liczą się wyuczone regułki i standardy postępowania, ile umiejętność współczucia, empatii, postawienia się w sytuacji drugiej osoby oraz przeżywanie z nią jej smutku, a także okazanie serca i zrozumienia rodzicom, którzy stracili swój największy skarb [8, 20].

Piśmiennictwo

1. Charles C, Kavanagh B. Poród martwego płodu i śmierć noworodka. W: Chapman V, Charles C (red.). Iwanowicz-Palkus GJ (red. wyd. pol.). Biblioteka położnej. Prowadzenie porodu. Warszawa: PZWL; 2011. 381–401.
 2. Bień A, Gdańska P, Piechowska J, Stadnicka SK. Poronienie i ciąża obumarła w aspekcie prawa – udział położnej w opiece nad pacjentką w sytuacji utraty ciąży. *J Educ Health Sport*. 2016; 6: 379–390.
 3. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Zgon wewnątrzmaciczny oraz doświadczenie straty ciąży – wytyczne postępowania. *Med Prakt Ginekologia Położnictwo*. 2007; 4: 42–48.
 4. Fiegler P, Kamiński K, Kaźmierczak W, Radzioch J, Węgrzyn P. Przyczyny, etiologia oraz współczesne metody diagnostyki i leczenia poronień. *Ginekol Prakt*. 2004; 12: 26–29.
 5. Barczak A. Przebrane narodziny – czyli rzecz o poronieniach. *Życie i Płodność*. 2008; 4: 85–94.
 6. Ahmed S, Czajkowski K, Malinowska-Polubiec A, Romejko-Wolniewicz E, Zaręba-Szczudlik J. Analiza czynników ryzyka zgonów wewnątrzmacicznych płodu. *Perinatol Neonatol Ginekol*. 2009; 2: 203–207.
 7. Jaworski S. Ciąża obumarła. W: Bręborowicz GH (red.). Położnictwo i ginekologia. Tom 1. Położnictwo. Warszawa: PZWL; 2007. 146–151.
 8. Łuczak-Wawrzyniak J, Czarnaek-Iwańczuk M, Bukowska A, Konofalska N. Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży. *Ginekol Pol*. 2010; 81: 374–377.
 9. Chrzan-Dętko M. Utrata dziecka w okresie okołoporodowym – dobre praktyki szpitalne w opiece nad matką. *Ginekol Prakt*. 2010; 2(105): 27–30.
 10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych. *Dz.U.* 2015, poz. 2007.
 11. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists, Guideline No. 55, 2010, https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_55.pdf (data dostępu: 05.12.2016).
 12. Forrest GC, Standish E, Baum JD. Support after perinatal death: A study of support and counseling after perinatal bereavement. *BMJ*. 1982; 25: 1475.
 13. Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CHD. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study. *Lancet*. 2002; 360: 114.
 14. Lewicka M, Pyć M, Stawarz B, Sulima M. Charakterystyka poronień i prawa przysługujące kobiecie po stracie ciąży. *Rocz Pomor Akad Med w Szczecinie*. 2013; 59: 123–129.
 15. Bielani Z, Machaj A, Stankowska I. Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu. *Seksuolog Pol*. 2010; 8: 41–46.
 16. Bartnicki J, Bubiak A, Knihinicka-Mercik Z. Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalny. *Piel Zdr Publ*. 2014; 4: 69–78.
 17. Guzewicz M. Psychologiczne i społeczne konsekwencje utraty dziecka w wyniku poronienia. *Civitas et Lex*. 2014; 1: 15–27.
 18. Zwolenkiewicz K. W otchłani śmierci, czyli jak radzić sobie po stracie dziecka. Gliwice: Wydawnictwo Złote Myśli; 2007.
 19. Baranowska B, Dmoch-Gajzlarska E, Wełna AT. Psychoterapeutyczna rola położnej w wybranych sytuacjach trudnych w okresie okołoporodowym. *Położ Nauka Prakt*. 2010; 2: 26–30.
- Oleszczuk J, Kanadys K, Pilewska-Kozak A. Krwawienia w okresie ciąży. W: Bień A (red.). *Opieka nad kobietą ciężarną*. Warszawa: PZWL; 2009. 271–284.

Artykuł przyjęty do redakcji: 21.10.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 12.02.2018

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

Adres do korespondencji:

Katarzyna Plagens-Rotman
ul. Maksymiliana Jackowskiego 41
60-512 Poznań
tel.: 61 854 72 25
e-mail: plagens.rotman@gmail.com
Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



AMERICAN AND SOVIET DENTAL CARE IN A HISTORICAL CONTEXT

AMERYKAŃSKA I RADZIECKA OPIEKA STOMATOLOGICZNA W KONTEKŚCIE HISTORYCZNYM

Agnieszka Smelkowska

Humboldt University History Department in Berlin

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.26>

ABSTRACT

By using the example of a charity dental clinic for immigrants from Russia organized by American dental students in 1990, the article briefly examines the history of dental care in the Soviet Union. Largely run by state, the dental care was widely available but suffered from low quality, leading to a population characterized by poor dental health. The article hints at the opposite issue developing in the United States, where despite high quality dental care, many individuals could not and still cannot afford necessary dental procedures.

KEYWORDS: dental care, historical context.

STRESZCZENIE

W artykule omówiono historię opieki stomatologicznej w Związku Radzieckim na przykładzie charytatywnej kliniki dentystrycznej dla imigrantów z Rosji zorganizowanej przez amerykańskich studentów stomatologii w 1990 roku. W dużej mierze opieka dentystryczna prowadzona przez państwo była szeroko dostępna, ale miała niską jakość. To prowadziło do złego stanu uzębienia w społeczeństwie. Artykuł porusza także temat nieco innej sytuacji rozwijającej się w Stanach Zjednoczonych, gdzie pomimo wysokiej jakości opieki stomatologicznej wiele osób nie mogło i nadal nie może pozwolić sobie na niezbędne zabiegi dentystryczne.

SŁOWA KLUCZOWE: opieka stomatologiczna, kontekst historyczny.

In the summer of 1990, a group of dental students from prominent American universities, Tufts and Boston University, organized a free dental clinic for children of Russian emigres who had arrived in the United States. After the fall of communism, a wave of former Soviet citizens abandoned their crumbling homeland for what they hoped would be a better future abroad. In addition to Israel or Europe, many chose the United States as their destination, searching for their own version of an American dream. Leaving former Soviet Union and many of its now independent republics, these emigrants were able to take only a few carefully chosen possessions. But as the charitable dental students soon realized, the new emigrants also carried bodily mementos of their former lives—particularly in their mouths.

While delivering some impressive scientific innovations, like the space program and nuclear energy, Soviet Union largely failed to increase standards of living, and by 1980s, fell considerably behind the more developed and increasingly comfortable West. However, the state continued to provide universal healthcare system largely free of charge to its citizenry. Unfortunately, its quality was often uncertain and its dental care could only be described as questionable. Upon examining their little patients, the students were forced to divide them into

distinct groups based on the urgency of cases—from the few children who only needed some routine work to these who required an immediate and extensive treatment. The idea that a child may need serious dental work, including tooth extraction, seems shocking in a country where approximately 14% of adults, thanks to the culture of prevention, experience the first cavity only in their mid-thirties [1].

If the physical legacy of communism could be measured in terms of damage it inflicted on human bodies, then Vladimir Sadovsky, vice president of the Russian Dental Association, said it best. In an interview, Sadovsky stated that in 1991, an average person in mid-thirties had between 12 to 14 teeth that required dental work or removal [2]. Ironically, even with this discouraging record, Soviet Union did accomplish some important improvements when it came to dental health of their citizens. According to historical studies, on the eve of the Russian Revolution, the troubled Romanov Empire had only 4,900 trained dentists, mostly concentrated in the European part [3]. The post-revolutionary regime attempted to address the colossal need by training a large number of so called “three-year dentists.” Deployed throughout the country, these often-undertrained technicians could perform only rudimentary procedures.

Nevertheless, between 1918 and 1936, they managed to provide the first form of dental care and a considerable relief to countless Soviet citizens.

After the WWII, the three-year dentists were replaced by dental professionals, expected to finish a full course of study before receiving their diplomas. All medical professionals worked under the state patronage, receiving work assignments, and necessary supplies from directly from the state. For this reason, as the recently declassified report on the state of the Soviet dental system in early 1960s indicates, the quality of equipment and materials was generally poor even if the training seemed adequate [4]. Like most professionals employed in planned economy, Soviet dentists had little incentive to perform well and forced to rely on obsolete technologies, often did not even had a chance to do so. Pain management was virtually nonexistent and most procedures were performed without Novocain. Without access to radiography, dentists operated on assumptions about the nature of the problem and their patients' feedback. Because of the shortage of supplies, natural material such as gold was often used, resulting in a cliché golden tooth, well known throughout Eastern Europe, Russia and Central Asia. The outcome of these policies was a generation of Soviet citizens with an acute dental phobia, coping privately with their issues and showing up at a local dental clinic only when the pain became unbearable.

In this situation, one could consider the immigrant children lucky. The Tufts and Boston University students treated their little patients with due care and diligence, observing all of the principles of pediatric stomatology that mandated pain management and sensitive attitude to prevent the formation of adverse attitudes. However, already victimized by the shortcomings of the Soviet system, these newcomers were about fall victim to another medical bureaucracy. The free dental clinic that provided treatment constituted a temporary, charity-based solution to the twin problem of the lack of dental insurance and a high cost of dental treatment. While in Soviet Union, the low-quality dental care was widely accessible, being essentially seen as a right of

every citizen, in the United States, the high quality dental care was increasingly becoming a luxury for those without solid, middle-class jobs. With time, this issue became only more acute with recent studies suggesting that approximately 40% adults needing dental care tend to forgo appointments due to high cost [5].

The volunteers' attempt to impress the importance of prevention went beyond teaching better dental habits. Giving away pamphlets, free toothbrushes, and unknown in the Soviet Union, dental floss, the future dentists were trying to equip the new immigrants with cost-effective substitutes for the comprehensive dental care lacking in their new homeland.

References

1. Dental Caries (Tooth Decay) in Adults (Age 20 to 64). National Institute for Dental and Craniofacial Research (NIH), <https://www.nidcr.nih.gov/research/data-statistics/dental-caries/adults> (accessed 01.03. 2017).
2. Niedowski E. Dentistry in Russia is finally leaving the Dark Ages behind. Chicago Tribune March 04, 2007, http://articles.chicagotribune.com/2007-03-04/news/0703040477_1_oral-hygiene-toothbrushes-and-rembrandt-toothpaste-anti-plaque-rinses (accessed 01.03. 2017).
3. McDonald RE. Observation on dental education and dental care in the Soviet Union. *The Journal of the American Dental Association*. 1972; 3: 565–570.
4. Comments on Dental Research in the USSR, 1961, Central Intelligence Agency Library, <https://www.cia.gov/library/readingroom/docs/CIA-RDP80T00246A014800310001-3.pdf> (accessed 27.02. 2017).
5. Yarbrough C, Nasseh K, Vujic M. Why adults forgo dental care: evidence from a new national survey. November 2014, Health Policy Institute, American Dental Association, https://www.ada.org/~media/ADA/Science%20and%20Research/HPI/Files/HPIBrief_1114_1.ashx (accessed 25.02. 2017).

The manuscript accepted for editing: 17.01.2018

The manuscript accepted for publication: 29.03.2018

Funding Sources: This study was not supported.

Conflict of interest: The authors have no conflict of interest to declare.

Address for correspondence:

Agnieszka Smelkowska

e-mail: agnessmelkowska@berkeley.edu

Humboldt University History Department in Berlin



■ OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM Z NIEDROBNOKOMÓRKOWYM RAKIEM PŁUCA – STUDIUM PRZYPADKU

NURSING CARE OF THE PATIENT WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER – CASE STUDY

Kinga Nalewaj¹, Anna Zera², Andrzej Krupienicz²

¹ absolwentka studiów licencjackich, Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Podstaw Pielęgniarstwa
Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.27>

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Główną przyczyną rozwoju raka płuca jest palenie papierosów. Dym tytoniowy składa się z prawie kilku tysięcy substancji chemicznych, z czego kilkadziesiąt to substancje rakotwórcze. Na raka płuca mogą zachorować osoby, które nigdy nie paliły, a były narażone na wdychanie dymu tytoniowego. Nowotwory złośliwe płuca, zwłaszcza rak niedrobnokomórkowy, rozwijają się bardzo wolno, charakterystyczne objawy występują przeważnie wtedy, gdy obecne są zmiany metastatyczne, czyli przerzutowe. Rokowanie chorych na pierwotne nowotwory płuca jest złe, dlatego należy dążyć do tego, aby ograniczyć ekspozycję na działanie dymu tytoniowego i innych szkodliwych czynników.

Cel. Celem pracy była ocena sytuacji zdrowotnej, określenie problemów pielęgnacyjnych oraz zaplanowanie opieki nad pacjentem chorującym na niedrobnokomórkowego raka płuca.

Opis przypadku. W pracy przedstawiono 46-letniego pacjenta chorującego na niedrobnokomórkowego raka płuca w zaawansowanym stadium, z przerzutami w obu płucach, wątrobie, nadnerczach, kościach i mózgu oraz chorobami współistniejącymi: schizofrenią paranoidalną i toczeniem rumieniowatym układowym. Uwzględniono funkcjonowanie chorego w sferze biologicznej, psychicznej oraz społecznej, które stanowią integralną całość.

Wnioski. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z niedrobnokomórkowym rakiem płuca o niepomyślnym rokowaniu powinna być całościowa i uwzględniać sferę biologiczną, społeczną, psychiczną i duchową.

SŁOWA KLUCZOWE: niedrobnokomórkowy rak płuca, opieka pielęgniarska.

ABSTRACT

Introduction. The main cause of the lung cancer evolution is smoking cigarettes. Nicotine smoke is composed of almost a few thousand chemical substances, out of which a few hundred are carcinogenic. People who have never smoked but have been exposed to nicotine also can suffer from the lung cancer. Malignant tumours especially non-small cell lung cancer are developing very slowly, characteristic symptoms appear mostly when metastatic lesions are present. Prognoses are very bad, therefore it is necessary to limit exposure to nicotine and other harmful factors.

Aim. The aim of the study was to assess of the health situation, identify care problems and plan the nursing care of the patient with non-small cell lung cancer.

Case description. In this case study a 46-year old patient who suffered from non-small cell lung cancer at the advanced stage with metastatic in both lungs, liver, adrenals, bones, cerebellum and other diseases: paranoid schizophrenia and systemic lupus erythematosus was presented. Moreover, the patient functioning in biological, psychical and social spheres as a whole was included in the study.

Conclusions. Nursing care of the patient with non-small cell lung cancer with the unsuccessful prognosis should be holistic and take into account the biological, social, mental and spiritual spheres.

KEYWORDS: non-small cell cancer lungs, nursing care.

Wprowadzenie

Układ oddechowy odgrywa istotną rolę w życiu człowieka. Umożliwia pobieranie tlenu z otoczenia, który drogami oddechowymi transportowany jest do krwi, a wraz z krwią do całego ciała, a także wydalanie dwutlenku węgla – produktu przemiany materii. Układ oddechowy umożliwia także utrzymanie równowagi kwasowo-zaso-

dowej, a dzięki makrofagom, rzęskom obecnym w nabłonku, a także immunoglobulinom działa jako obrona przed czynnikami szkodliwymi, poprzez usuwanie ich na zewnątrz. Z wdychanym powietrzem dostają się do układu oddechowego substancje toksyczne, szkodliwe dla ludzkiego organizmu, co powoduje często rozwój chorób nowotworowych, takich jak rak jamy ustnej, prze-

tyku, krtani, płuca. Od wielu lat to właśnie raki oskrzela i płuca są na pierwszym miejscu pod względem występowania nowotworów, a same nowotwory znajdują się na drugim miejscu przyczyn zgonu wśród Polaków. Głównym czynnikiem rozwoju raka płuca jest palenie papierosów. Dym tytoniowy składa się z prawie kilku tysięcy substancji chemicznych, z czego kilkadziesiąt to substancje rakotwórcze. Najważniejsze z nich to policykliczne węglowodory aromatyczne, N-nitrozoaminy, aminy aromatyczne, polon 210. Niestety, na raka płuca mogą zachorować osoby, które nigdy nie paliły, a były narażone na wdychanie dymu tytoniowego. Palenie bierne równe jest paleniu czynnemu pod względem ryzyka zachorowania na raka płuca [3–5].

Innymi czynnikami rakotwórczymi, oprócz palenia papierosów, mogą być nieprawidłowe nawyki żywieniowe, obecność szkodliwych substancji w środowisku, spaliny samochodowe, zanieczyszczenia pochodzące z fabryk, metale radioaktywne i gazowe produkty ich rozpadu, a także czynniki genetyczne. Większość palaczy ignoruje pierwsze objawy choroby, które są mało specyficzne. Choroba we wczesnym stadium wykrywana jest przypadkowo, zazwyczaj podczas badania rentgenowskiego, które najczęściej wykazuje cień we wnętrzu płuca. Często cień na zdjęciu RTG mylony jest z wadą kliszy, dlatego też objaw ten jest ignorowany. Rak płuca jest diagnozowany w takim stadium, w którym jedyne leczenie, jakie można zastosować, to leczenie paliatywne poprawiające komfort życia. Nowotwory złośliwe płuca, zwłaszcza rak niedrobnokomórkowy, rozwijają się bardzo wolno, charakterystyczne objawy występują przeważnie wtedy, gdy obecne są zmiany metastatyczne, czyli przerzutowe. Rokowanie chorych na pierwotne nowotwory płuca jest złe, dlatego należy dążyć do tego, aby ograniczyć ekspozycję na działanie dymu tytoniowego i innych szkodliwych czynników [6].

Nowotwory płuca są największym zagrożeniem zdrowia zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Społeczeństwo zdaje sobie sprawę z negatywnych skutków palenia papierosów, jednak uzależnienie jest tak silne, że niemożliwe staje się zwalczenie nałogu, zwłaszcza gdy palenie papierosów trwa od wieku młodzieńczego. Układ oddechowy jest bardzo ważny dla życia człowieka, dlatego należy dbać o jego prawidłowe funkcjonowanie, chociażby poprzez zaprzestanie palenia [7].

Planując opiekę nad chorym z niedrobnokomórkowym rakiem płuca, uwzględniono funkcjonowanie pacjenta w sferze biologicznej, psychicznej oraz społecznej, które stanowią integralną całość. Wiedza na temat postępowania z pacjentem onkologicznym jest bardzo ważna, gdyż pielęgniarka może się spotkać na każdym oddziale z pacjentem z chorobą nowotworową, niekoniernie płuca [8, 9].

Opis przypadku

Czterdziestosześcioletni chory, z wykształceniem średnim, od 18 lat był na rencie. Przed przejściem na rentę inwalidzką pełnił służbę w instytucji państwowej. Pacjent od 30 lat palił jedną paczkę papierosów dziennie, skarżył się na częste bóle głowy i stawów. Miał problemy ze snem, często pił kawę, także w nocy, nie spożywał alkoholu. Nigdy nie narzekał na swoje życie. Podczas wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej 3 lata temu otrzymał skierowanie na dalszą diagnostykę z powodu podwyższonej leukocytozy, OB i CRP. Chory zbagatelizował problem, stwierdził, że jest zdrowy i nie potrzebuje leczenia. Po 3 latach od pierwszych podejrzeń choroby mężczyzna zaczął opadać z sił, większość czasu spędzał w łóżku, każdy ruch powodował u niego dolegliwości bólowe, pojawiły się także: uporczywy kaszel, odkrztuszanie krwistej wydzieliny, bóle w klatce piersiowej i silne poty, także w nocy. Chory miał obniżony apetyt. Pojawiły się niechęć do życia, częste wahania nastroju, płacz. Waga spadła do 83 kg, a wzrost obniżył się o 10 cm. BMI wynosiło 27,4, co wskazywało na nadwagę. Chory zaobserwował tworzenie się ran na łokciach po długim opieraniu łokcia na twardej powierzchni. Cały czas chory był samodzielny i sprawny.

Mężczyzna z wywiadem nikotynowym, leczony dotąd na schizofrenię paranoidalną i toczeń rumieniowaty układowy, został przyjęty do Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych w celu diagnostyki silnych bóli mięśni i stawów z parestezjami, chudnięcia (około 10 kg w ciągu 3 miesięcy), obniżenia wzrostu o 10 cm, duszności, osłabienia. W badaniach laboratoryjnych nadal utrzymywała się podwyższona leukocytoza, OB oraz CRP. Ciśnienie tętnicze wynosiło 120/80 mmHg. Badanie EKG nie wykazało żadnych zaburzeń. Zdjęcie RTG klatki piersiowej wykazało zmiany guzkowe i pasmowate zagęszczenia szerzące się odwnękowo ku górze do obwodu z poszerzeniem wnęki prawej i w mniejszym stopniu lewej (**Rycina 1**). Sylwetka serca o zaakcentowanej lewej komorze, przepona wolna. Badanie RTG kręgosłupa lędźwiowego wykazało zanik kostny (**Rycina 2**). Wynik badania densytometrycznego kośćca osiowego spełnił kryteria osteoporozy wg WHO. Zostało wykonane badanie USG jamy brzusznej, które ujawniło powiększenie wątroby i torbiele korowe w obu nerkach. W toku przeprowadzonej diagnostyki na podstawie tomografii komputerowej klatki piersiowej i brzucha, bronchoskopii i badań dodatkowych rozpoznano guz wnęki płuca prawego z licznymi zmianami ogniskowymi o charakterze metastatycznym w obu płucach, wątrobie, nadnerczach i kościach. Chory był po konsultacji pulmonologicznej i onkologicznej. W porozumieniu z onkologiem ustalono, że chory zgłosił się do Poradni Onkologicznej z wynikami

badania histopatologicznego celem ustalenia dalszego postępowania. Do leczenia zastosowano plastry Durogesic w dawce 25 µg – 1 plaster przyklejany na skórę raz na 3 dni, Tramal retard 150 mg 2 x 1 tabl., Medrol 16 mg 1/2 tabl. rano, Prazol 20 mg 1 x 1 tabl., Torecan czopki – 1 w razie nudności. Zalecono dietę lekkostrawną. Chory w stanie optymalnym został wypisany do domu.

Dwa tygodnie po zdiagnozowaniu choroby pacjent trafił do szpitala na Oddział Neurologiczny z powodu silnych zaburzeń świadomości, bełkotliwej mowy, wymiotów, zawrotów głowy i oblewających potów. Ciśnienie przy przyjęciu wyniosło 140/80 mmHg, badania laboratoryjne wykazały podwyższone OB, leukocytozę i hiponatremię. Badanie EKG wykazało tachykardię zatokową 102 u/min, pośrednią oś serca i niespecyficzne zmiany ST-T. W badaniu CT ośrodkowego układu nerwowego uwidoczniono w zakresie obu płatów mózdzku dość liczne hyperdensyjne, okrągławe zmiany z dyskretnym, obrączkowatym wzmocnieniem po kontraście, co wskazuje na meta do mózdzku. Struktury mózgu bez zmian ogniskowych. Chory w stanie dość dobrym z zaleceniami jak do tej pory został wypisany do domu.

Pacjent następnie został przyjęty do Kliniki Onkologii w trybie planowym celem kwalifikacji i rozpoczęcia leczenia chemioterapią o charakterze paliatywnym. Chory hospitalizowany przed 4 tygodniami w Klinice Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, gdzie stwierdzono guz oskrzela górnopłatowego prawego oraz liczne zmiany przerzutowe w obu płucach, wątrobie, nadnerczach i kościach. Wykonano badanie bronchoskopowe, w którym uwidoczniono powyższy guz i pobrano wycinki. Wynik badania histopatologicznego: *Carcinoma non microcellulare probabiliter adenocarcinoma* – rak niedrobnokomórkowy prawdopodobnie gruczołowy. Tydzień później chory został napromieniony paliatywnie na obszar kręgosłupa Th11–L4 jednorazową dawką 800 cGy/t. W chwili przyjęcia do Kliniki stan chorego był dość dobry. W badaniu przedmiotowym wykryto ciastowate obrzęki podudzi, a także dyskretnie powiększoną wątrobę, poza tym bez istotnych zmian. Pacjent po kontroli badań otrzymał pierwszą część I kursu chemioterapii – schemat PG (cisplatyna 80 mg/m², gemcytabina 1250 mg/m²) w skojarzeniu z Avastinem 7,5 mg/kg m.c. 2 h po zakończonej chemioterapii (lek z daru firmy farmaceutycznej). Wystąpiono do Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o refundację dalszego leczenia bewacizumabem. Wczesna tolerancja zastosowanego leczenia była dość dobra. Pod koniec wlewu gemcytabiny pojawiła się umiarkowana duszność, która ustąpi-

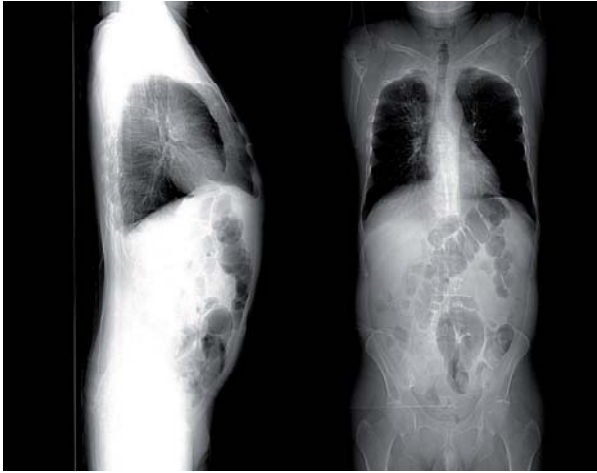
ła po podanych lekach. Po zastosowaniu leków diuretycznych ustąpiły również całkowicie obrzęki podudzi. W stanie ogólnym zadowolającym pacjenta wypisano do domu z zaleceniami: oszczędzający tryb życia, spożywanie 1,5–2 l płynów na dobę, leki: Durogesic 50 µg/h, zmiana plastra co 72 h, MST Cont 10 mg 2 x 1 tabl./dobę, Dexamethason 1 mg 2 x 2 tabl./dobę, Prazol 20 mg 1 tabl. rano, Kalipoz 2 x 1 tabl./dobę, Tritace 5 mg p.o./dobę, Relanium 5 mg 2 x 1 tabl./dobę, Sulpiryd 50 mg 2 x 1 tabl./dobę, Atarax 25 mg 2 tabl. na noc, Nystatyna do płukania jamy ustnej 2 x na dobę, w razie nudności bądź wymiotów Zofran 8 mg 2 x 1 tabl./dobę, w razie biegunki Loperamid 2 tabl. + 1 tabl. po każdym luźnym stolcu (maks. 8 tabl./dobę), Spironol 25 2 x 1 tabl./dobę.

Półtora tygodnia po zastosowanym leczeniu paliatywnym chory został przywieziony przez Zespół Ratownictwa Medycznego do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z powodu wysokiej gorączki, oblewających potów, kaszlu, duszności i zawrotów głowy. Wykonano podstawowe badania, według których zdiagnozowano zapalenie płuc. Pacjent trafił na Oddział Chorób Wewnętrznych, w następnej dobie zmarł. Przyczyną bezpośrednią zgonu było zatrzymanie krążenia. Przyczyną wtórną zgonu był obrzęk płuc w przebiegu zapalenia płuc, przyczyną wyjściową – nowotwór złośliwy płuca prawego.



Rycina 1. Zdjęcie RTG klatki piersiowej, na którym widoczne są zmiany guzkowe i zagęszczenia pasmowate szerzące się odwnękowo ku górze do obwodu z poszerzeniem wnęki prawej i w mniejszym stopniu lewej (zdjęcie oryginalne)

Figure 1. X-ray image of chest showing nodular lesions and strand densities spreading from recess upwardly to the perimeter with widening the right and less left recess (original image)



Rycina 2. Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej i klatki piersiowej wykonane w projekcji bocznej i przednio-tylnej, wyraźne zaniki kostne (zdjęcie oryginalne)

Figure 2. X-ray image of abdominal cavity and chest done in the lateral and anteroposterior projection. Visible bone atrophy (original image)

Problemy pielęgnacyjne [9–13]

1. Dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, okolicy lędźwiowej, bóle mięśni i stawów w przebiegu niedrobnokomórkowego raka płuca

Cel opieki: zmniejszenie dolegliwości bólowych, poprawa komfortu życia chorego.

Planowane działania:

- Monitorowanie i ocena natężenia bólu przy wykorzystaniu VAS lub skali numerycznej.
- Ocena objawów towarzyszących, które mogą nasilać ból.
- Podanie leków wg zleceń lekarskich, ocena skuteczności i obserwacja w kierunku wystąpienia objawów niepożądanych.
- Usunięcie bodźców narażających chorego na dodatkowy ból.
- Zapewnienie bezpieczeństwa.
- Zastosowanie technik relaksacyjnych.

2. Ryzyko wystąpienia powikłań z powodu zapalenia płuc

Cel opieki: złagodzenie objawów, poprawa samopoczucia.

Planowane działania:

- Obserwacja chorego, jego potrzeb i ich realizacja.
- Zapewnienie bezpieczeństwa choremu i obecności przy nim.
- Podanie leków wg zleceń lekarskich.
- Kontrola objawów i dolegliwości bólowych.
- Zastosowanie drenażu łożeniowego.

3. Obniżenie apetytu i ryzyko wystąpienia niedożywienia

Cel opieki: poprawa łaknienia, zapobieganie wystąpieniu niedożywienia.

Planowane działania:

- Ocena stanu odżywienia chorego.
- Ustalenie zapotrzebowania na składniki odżywcze i witaminy.
- Wprowadzenie odpowiedniej do stanu zdrowia diety uwzględniającej niezbędne składniki odżywcze, błonnik i witaminy, a także preferencje żywieniowe chorego.
- Doprawianie potraw do smaku.
- Jedzenie przez chorego 4–5 posiłków dziennie co 3–4 godziny, możliwie o tych samych porach.
- Uwzględnienie odpowiedniej podaży płynów.
- Mobilizacja chorego do przestrzegania pory posiłków i zjadania całych porcji.
- Przedstawienie zalet i wad regularnego spożycia posiłków.

4. Ryzyko wystąpienia niedotlenienia w związku z dusznością spowodowaną zablokowaniem dróg oddechowych w przebiegu NDRP

Cel opieki: zlikwidowanie duszności. Zapewnienie bezpieczeństwa. Zmniejszenie ryzyka niedotlenienia.

Planowane działania:

- Ocena rodzaju duszności.
- Ułożenie wysokiego chorego, poluzowanie odzieży pod szyją.
- Pomiar wysycenia krwi tlenem za pomocą pulsoksymetru.
- W razie potrzeby podanie tlenu.
- Zapewnienie dostępu do świeżego powietrza, przewietrzenie sali chorego.

5. Nieefektywne odkrztuszanie spowodowane nadmierną produkcją śluzu, obecnością wydzieliny zapalnej i krwi w drogach oddechowych

Cel opieki: zmniejszenie nasilenia i częstotliwości kaszlu. Nauka efektywnego odkrztuszania.

Planowane działania:

- Nauka ćwiczeń oddechowych i efektywnego odkrztuszania.
- W miarę możliwości zapewnienie choremu ruchu.
- Zastosowanie inhalacji, nawilżenie powietrza.
- Podanie leków wg zleceń.
- Zapewnienie bezpieczeństwa, zmniejszenie lęku.

6. Zaleganie krwistej wydzieliny w drogach oddechowych. Krwioplucie

Cel opieki: oczyszczenie drzewa oskrzelowego z zalegającej wydzieliny. Zapobieganie powikłaniom.

Planowane działania:

- Ułożenie pacjenta tak, aby nie doszło do aspiracji wydzieliny do dalszych części drzewa oskrzelowego i pęcherzyków płucnych.
- Nauka efektywnego odkrztuszania i usuwania wydzieliny z drzewa oskrzelowego.
- Zmniejszenie lęku.

7. Zagrożenie odwodnieniem z powodu nadmiernej potliwości, uderzeń gorąca i gorączki

Cel opieki: obniżenie temperatury ciała do poziomu 36,6–36,8°C, zmniejszenie ryzyka odwodnienia chorego. Zapewnienie komfortu i bezpieczeństwa.

Planowane działania:

- Regularna kontrola temperatury ciała.
- Zastosowanie lekkiego okrycia, przewiewnego ubrania i podawanie chłodnych, ale nie zimnych napojów.
- Wymiana bielizny osobistej i pościelowej na suchą bawełnianą.
- Obniżenie temperatury w pomieszczeniu, zmiana mikroklimatu.
- Zastosowanie chłodnych kąpieeli, dokładne osuszanie skóry.
- Podanie leków przeciwgorączkowych i innych wg zleceń lekarskich.
- Obserwacja i kontrola stanu nawodnienia chorego.

8. Ryzyko złamania kości w związku z zanikami kostnymi i osteoporozą w chorobie nowotworowej

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka złamania kości.

Planowane działania:

- Wyjaśnienie choremu, na czym polega osteoporozą, jakie są jej objawy i co może nasilać demineralizację kości.
- Wprowadzenie diety zawierającej właściwą do wieku i stanu zdrowia ilość witaminy D i wapnia.
- Farmakoterapia zgodnie ze zleceniami.
- Edukacja w zakresie wpływu używek, takich jak: kawa i papierosy na stan kości.
- Eliminacja ryzyka upadków i urazów poprzez zapewnienie bezpieczeństwa podczas wykonywania danych czynności.
- Wykonywanie ćwiczeń ruchowych wzmacniających układ kostno-stawowy.

9. Ryzyko wystąpienia odczynu popromiennego na skórze w wyniku stosowanej radioterapii

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka wystąpienia odczynu popromiennego.

Planowane działania:

- Ocena ryzyka wystąpienia odczynu popromiennego.
- Obserwacja skóry.
- Edukacja chorego w zakresie higieny miejsc napromienianych.
- Unikanie zbyt długiego przebywania w wodzie, mycie chorego letnią wodą pod prysznicem, stosowanie środków neutralnych dla skóry bez substancji zapachowych.
- Delikatne osuszanie i nawilżanie miejsc napromienianych, unikanie silnego tarcia.
- Unikanie długiego przebywania na słońcu.

10. Obniżenie nastroju, depresja, zmęczenie

Cel opieki: poprawa nastroju.

Planowane działania:

- Nawiazanie kontaktu z chorym, poprowadzenie rozmowy, zachęcanie do mówienia o tym, co pacjent przeżywa, co go dręczy.
- Podkreślanie pozytywnych cech chorego.
- Pomoc w rozwijaniu zainteresowań.
- Podanie leków uspokajających wg zlecenia.

Dyskusja

Zaprezentowano przypadek mężczyzny – rencisty w wieku produkcyjnym, chorującego na niedrobnokomórkowego raka płuca, który od najmłodszych lat palił dużą liczbę papierosów dziennie. Poza tym jako mieszkaniec dużego miasta, a zwłaszcza dawnej dzielnicy robotniczej – Woli, narażony był na obecność szkodliwych substancji, zanieczyszczeń pochodzących z dawnych fabryk oraz spalin samochodowych. Niewątpliwie wpływ na rozwój choroby miały czynniki genetyczne, schorzenia współistniejące: toczeń rumieniowaty układowy i schizofrenia paranoidalna.

Główną substancją szkodliwą w papierosach jest nikotyna – alkaloid przyswajalny przez człowieka, metabolizowany w szybkim tempie i wydalany przez nerki. Nikotyna powoduje biologiczne uzależnienie palacza. Dochodzi do zwiększenia głębokości i częstości oddechów, a dużo większe jej dawki porażają ośrodek oddechowy w rdzeniu przedłużonym. Ponadto dym tytoniowy zawiera substancje powodujące zwężenie oskrzeli, kaszel, osłabienie ruchu rzęsek, przez co upośledza funkcje wydalania obcych substancji z układu oddechowego i przyczynia się do częstych infekcji [2].

NDRP w początkowym stadium nie daje żadnych charakterystycznych objawów. Na podstawie badania krwi, które wykazało podwyższoną leukocytozę, OB oraz białko C-reaktywne, lekarz zlecił dalszą diagnostykę w kierunku potencjalnego nowotworu. Bagatelizacja problemu przez chorego doprowadziła do poważnego rozwoju choroby w ciągu 3 lat od pierwszych podejrzeń i pojawienia się konkretnych objawów: suchego, męczącego kaszlu, odkrztuszania krwistej wydzieliny, duszności, bólu w klatce piersiowej, chrypki, znacznej utraty masy ciała, bóli mięśni i stawów. Pojawiły się też objawy świadczące o wystąpieniu przerzutów do obu płuc, wątroby, nadnerczy, kości i mózdzku. Kliniczny obraz choroby nie dał możliwości zastosowania innego leczenia u chorego niż leczenie paliatywne, mające na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych, złagodzenie objawów choroby i poprawę komfortu życia. W leczeniu objawowym zastosowano napromienianie paliatywne i pierwszą część I kursu chemioterapii wg schematu (cisplatyna + gemcytabina) w skojarzeniu z bewacizumabem. Ponadto chory przyjmował szereg leków m.in. z grupy: opioidów, glikokortykosteroidów, leki przeciwydmotne, potas, lek z grupy przeciwpasychotycznych I generacji.

Podczas planowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem onkologicznym uwzględniono najważniejsze problemy pielęgnacyjne w każdej sferze jego funkcjonowania. Zaproponowano działania mogące ulżyć choremu oraz zapewnić mu godne życie w ostatnich chwilach. Bardzo ważna jest znajomość sposobu prowadzenia opieki pielęgniarskiej nad pacjentem onkologicznym i jego rodziną, ponieważ na każdym oddziale znajdzie się pacjent, który ma nowotwór, niekoniecznie płuca [7].

Problem palenia papierosów, a także wdychania dymu tytoniowego dotyczy każdej grupy wiekowej, nawet najmłodszy zaczynają sięgać po tę używkę, co może przynieść bardzo niekorzystne skutki w przyszłości. Ciężka droga, jaką przebył pacjent w chorobie od momentu jej wykrycia do śmierci, nie jest warta żadnego wypalonego papierosa, dlatego należy zastanowić się, czy warto po niego sięgać.

Piśmiennictwo

1. Gilligan D, Rintoul R. Rak płuc. Tłum. S. Janeczek. Warszawa: PZWL; 2010.
2. Kołodziej J, Marciniak M (red.). Rak płuca. Poznań: Termina Wydawnictwa Medyczne; 2010.
3. Didkowska J, Wojciechowska U. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, <http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/> (data dostępu: 11.11.2016).
4. Krzakowski M, Potemski P, Warzocha K, Wysocki P (red.). Onkologia kliniczna. Tom I. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica; 2015.
5. Potemski P. Rak płuca. W: Kordek R (red.). Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica; 2013: 134–145.
6. Frączak M (red.). Podstawy diagnostyki i terapii nowotworów. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Alfa Medica; 2008.
7. Koper A (red.). Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2011.
8. De Walden-Gatuszko K, Kaptacz A (red.). Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. Warszawa: PZWL; 2017.
9. Kózka M, Płaszewska-Żywko L (red.). Diagnostyka i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2008.
10. De Walden-Gatuszko K, Ciałkowska-Rysz A (red.). Medycyna paliatywna. Warszawa: PZWL; 2015.
11. Ślusarska B, Zahradniczek K, Zarzycka D (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I. Założenia teoretyczne. Warszawa: PZWL; 2014.
12. Ślusarska B, Zahradniczek K, Zarzycka D (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Tom II. Wybrane działania pielęgniarskie. Warszawa: PZWL; 2015.

Artykuł przyjęty do redakcji: 06.07.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 16.01.2018

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

Adres do korespondencji:

Anna Zera
ul. Erazma Ciołka 27
01-445 Warszawa
tel./fax: 22 836 09 71
e-mail: azera@wum.edu.pl
Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny

■ *RANCARE RATIONING – MISSED NURSING CARE: AN INTERNATIONAL AND MULTIDIMENSIONAL PROBLEM – SPRAWOZDANIE Z PIERWSZEGO SZKOLENIA ANNUAL TRAINING SCHOOL – 2017 W TURKU (FINLANDIA)*

RANCARE RATIONING – MISSED NURSING CARE: AN INTERNATIONAL AND MULTIDIMENSIONAL PROBLEM – REPORT ON THE FIRST TRAINING AT ANNUAL TRAINING SCHOOL – 2017 IN TURKU (FINLAND)

Jarosława Belowska¹, Lucyna Iwanow¹, Izabella Uchmanowicz², Joanna Gotlib¹

¹ Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.28>

W dniach 18–22 września 2017 roku w Turku w Finlandii odbyło się pierwsze z serii szkolenie *ANNUAL TRAINING SCHOOL – 2017*, organizowane w ramach projektu badawczego *RANCARE Rationing – Missed Nursing Care: an International and Multidimensional Problem* współfinansowanego przez Unię Europejską i realizowanego w ramach Europejskiego Programu Współpracy w dziedzinie badań naukowo-technicznych – Akcja COST CA15208 – *Cooperation in Science and Technology*

w Programie Ramowym Horyzont 2020. W pilotażowym szkoleniu w Turku brały udział doktorantki mgr Jarosława Belowska i mgr Lucyna Iwanow, reprezentantki Zakładu Dydaktyki i Efektów Kształcenia Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, oraz dr Beata Jankowska-Polańska, dr Anna Chudiak, dr Anna Rozensztrauch, mgr Katarzyna Lomper, mgr Magdalena Lisiak oraz mgr Marta Wleklak z Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.



Rycina 1. Uczestnicy szkolenia *RANCARE Rationing – Missed Nursing Care* wraz z nauczycielami
Źródło: fotografia autorstwa jednej z uczestniczek szkolenia

RANCARE Rationing – Missed Nursing Care

Pojęcie utraty opieki pielęgniarskiej (ang. *missed nursing care*) zostało po raz pierwszy zastosowane w 2006 roku przez amerykańską pielęgniarkę Beatrice J. Kalisch [1]. *Missed nursing care* jest błędem pominięcia i odnosi się do każdego aspektu wymaganej opieki nad pacjentem, która została pominięta, w części lub w całości. Oznacza to, że niektóre elementy opieki pielęgniarskiej są wykonywane z opóźnieniem, a tylko część udaje się sukcesywnie zakończyć [2]. Uważa się, że problem ten występuje na całym świecie i bezpośrednio zagraża bezpieczeństwu pacjenta we wszystkich krajach i kulturach [1, 2]. Ponadto Kalisch i wsp. opracowali koncepcyjny model zaniedbanej opieki pielęgniarskiej. Zgodnie z jego założeniami czynniki strukturalne przyczyniające się do opuszczenia opieki obejmują: zasoby pracy, zasoby materialne oraz pracę zespołową i komunikację. Jeśli brakuje któregokolwiek z tych zasobów, pielęgniarki są zobowiązane do priorytetowego traktowania swoich zadań i obowiązków, a w danej chwili opieka pielęgniarska może zostać opóźniona lub pominięta. Obecnie najważniejszymi czynnikami predykcyjnymi utraty opieki pielęgniarskiej są poziom zatrudnienia i praca zespołowa [1]. Mając na uwadze zmagania systemu ochrony zdrowia z globalnym brakiem pielęgniarek, brak opieki lub jej pominięcie jest powszechnym zagrożeniem, mogącym prowadzić do niebezpiecznych błędów medycznych [1].

W 3-letnim projekcie *RANCARE* (planowana data zakończenia: wrzesień 2019 roku) udział bierze 84 przedstawicieli z 27 krajów [3]. Przedstawicielami Polski w projekcie *RANCARE* są dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib reprezentująca Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz dr hab. n. o zdr. Izabella Uchmanowicz z Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Głównym celem projektu jest podjęcie dyskusji na temat wpływu niewystarczającej, w większości krajów świata, obsady pielęgniarskiej na praktykę pielęgniarską: jakość opieki i bezpieczeństwo pacjenta, jak również konsekwencji braku wystarczającej opieki pielęgniarskiej dla rozwoju zawodowego pielęgniarek. Poprawa obecnej sytuacji ma zostać osiągnięta poprzez pogłębianie współpracy pomiędzy pochodzącymi z różnych krajów przedstawicielami reprezentującymi różne dziedziny wiedzy: pielęgniarkami, lekarzami, specjalistami zdrowia publicznego, ale również etykami oraz specjalistami w obszarze badań naukowych w naukach o zdrowiu [3].

W projekcie *RANCARE Rationing – Missed Nursing Care* ujęto osiem obszarów, w których prowadzone będą badania i analizy:

- 1) wypracowanie wspólnej definicji pojęcia racjonowania opieki pielęgniarskiej;
- 2) wskazanie najważniejszych czynników związanych z systemem racjonowania opieki pielęgniarskiej oraz wskazanie nowych kierunków badań w tym obszarze;
- 3) wskazanie obszarów do dyskusji na temat bezpieczeństwa pacjentów oraz jego miejsca w programach kształcenia na kierunku: pielęgniarstwo;
- 4) wskazanie obszarów do dyskusji na temat etycznego wymiaru racjonowania opieki pielęgniarskiej;
- 5) analiza i wskazanie najważniejszych kompetencji wymaganych do kształcenia w zakresie podejmowania decyzji i ustalania priorytetów w opiece pielęgniarskiej;
- 6) analiza i wskazanie metod oceny i sposobów badania racjonowanej opieki pielęgniarskiej;
- 7) wskazanie interwencji pielęgniarskich opartych na dowodach naukowych;
- 8) rozpowszechnienie wyników badań w grupie interesariuszy zewnętrznych reprezentujących różne kraje: pielęgniarskich organizacji zawodowych i naukowych, stowarzyszeń pacjentów, kadry zarządzającej szpitalami i innymi placówkami ochrony zdrowia [3].

Missed Nursing Care – ANNUAL TRAINING SCHOOL 2017

Celem pierwszego szkolenia z projektu *RANCARE* było wzmocnienie wspólnej świadomości w zakresie pojęcia utraty opieki pielęgniarskiej oraz zapoczątkowanie tworzenia sieci kontaktów wspierających wymianę wiedzy oraz rozpowszechniania dobrych praktyk pielęgniarskich na szczeblu zarówno europejskim, jak i światowym.

Uczestnikami projektu były pielęgniarki i specjaliści nauk pokrewnych, posiadający stopień naukowy doktora bądź będący na studiach doktoranckich, reprezentujący trzynaście państw (Bośnia i Hercegowinę, Cypr, Czechy, Finlandię, Grecję, Irlandię, Litwę, Niemcy, Norwegię, Polskę, Szwajcarię, Wielką Brytanię oraz Włochy). Uczestnicy podzieleni zostali na dwie grupy. Grupa pierwsza zajmowała się aspektem etycznym racjonowania opieki pielęgniarskiej, natomiast grupa druga – aspektem teoretycznym tego zagadnienia. Opiekunami grupy etycznej byli prof. Helena Leino-Kilpi oraz prof. Riitta Suhonen z Uniwersytetu w Turku (Finlandia), a także prof. Anne Scott z Uniwersytetu

w Galway (Irlandia). Grupę teoretyczną prowadzili dr Anat Drach-Zahawy, psycholog z Uniwersytetu w Hajfie (Izrael), prof. Terry L. Jones, pielęgniarka z Uniwersytetu w Virginii (USA), oraz prof. Walter Sermeus z Uniwersytetu w Leuven (Belgia).

Każdy dzień szkolenia podzielony był na cztery bloki zajęciowe, naprzemiennie dwa wykłady dla wszystkich uczestników projektu oraz dwa seminaria do pracy w grupach.

Na wykładach poruszano zagadnienia teoretyczne, które wprowadzały do pojęć, wokół których oscylował cały kurs i pozwalały je dokładniej zrozumieć. Zajęcia seminaryjne z kolei były rozwinięciem zagadnień poruszanych na wykładach. Dodatkowo omawiano tematykę związaną z prowadzeniem projektów badawczych. Podczas tych zajęć każdy uczestnik grupy teoretycznej mógł opowiedzieć o swoim projekcie naukowym oraz zastanowić się, jak wpisuje się on w cele *RANCARE*.

Poza zajęciami merytorycznymi organizatorzy przewidzieli też część integracyjną. Pierwszego dnia, po zajęciach, odbyło się spotkanie zapoznawcze uczestników wraz z organizatorami i liderami szkolenia. Następnego dnia przewidziano spacer i zwiedzanie miasta

Turku. Najciekawszą atrakcją okazało się jednak zwiedzanie szpitala uniwersyteckiego w Turku. Po szpitalu oprowadzał pracownik działu logistycznego, a na szczególnych oddziałach rolę przewodnika przejmował personel pielęgniarski. Przedostatniego dnia szkolenia odbyła się uroczysta kolacja w muzeum w Turku Aboa Vetus. Spotkanie rozpoczęło się zwiedzaniem pozostałości po średniowiecznym mieście i oficjalnym toastem lokalnych władz rządzących.

Szkolenie zorganizowane w ramach projektu *RANCARE* dało możliwość wymiany doświadczeń na polu międzynarodowym. Uczestnicy projektu chętnie omawiali rozwiązania, jakie zostały zastosowane w ich państwach, ale też mówili o problemach i dylematach, jakie stoją przez pielęgniarkami na całym świecie w związku z globalną niedokończoną opieką pielęgniarską.

Piśmiennictwo

1. Uchmanowicz I. Missed nursing care – what went wrong? *Centr Eur J Nurs Midwifery*. 2017; 8 (2): 609.
2. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* 65 (7): 1509–1517.
3. (Dostępne w Internecie:) <https://www.rancare-action.eu/>.



**XIV Kongres
Pielęgniarek Polskich
Kielce 2018**

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
oraz
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
zapraszają do uczestnictwa
w XIV Kongresie Pielęgniarek Polskich

WSPÓŁCZESNE PIEŁĘGNIARSTWO - DYNAMIKA ZMIAN I WEZWANIE DO DZIAŁANIA

Kielce, 13-15 września 2018 roku

MIEJSCE KONGRESU

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Al. IX Wieków Kielc 19 A, 25-317 Kielce

TEMATY SESJI

1. Pielęgniarskie zasoby ludzkie i środowisko pracy
2. Pielęgniarstwo w perspektywie globalnej
3. Opieka kliniczna i bezpieczeństwo pacjenta
4. Rozwój kompetencji i roli zawodowej pielęgniarek
5. Etyka i historia pielęgniarstwa
6. *Varia*

TEMATYCZNE WARSZTATY EDUKACYJNE

W ofercie edukacyjnej m.in.: Żywnienie kliniczne; Leczenie ran przewlekłych; Obszary ryzyka w terapii infuzyjnej, Toaleta drzewa oskrzelowego; Techniki radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym.

REJESTRACJA UCZESTNIKÓW

Rejestracja Uczestników i szczegółowe informacje o Kongresie pod adresem:
<http://konferencja.wlinoz.ujk.edu.pl/kongres>

KOSZTY UCZESTNICTWA

KATEGORIA UCZESTNICTWA	OPLATA WCZESNA do 30 kwietnia	OPLATA PODSTAWOWA do 31 sierpnia
Członek PTP	350,00 zł	420,00 zł
Uczestnik	430,00 zł	500,00 zł
Student/doktorant	150,00 zł	200,00 zł
Przedstawiciel firmy medycznej	Opłaty ustalane indywidualnie	
Publikacja prac	Według stawek czasopisma	
Publikacja w monografii	150,00 zł	
Oplata za uczestnictwo w drugim i kolejnym warsztacie edukacyjnym	50,00	



Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” 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 Postulszna-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)



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.pielęgniarstwo.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 twardej spacji, znaków końca linii, przy użyciu tzw. miękkich enterów. Powinien być wyrównany (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.pielęgniarstwo.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-**



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 POGŁĄDOWA

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**).



PODSUMOWANIA ZJAZDÓW I INNE TEKSTY INFORMACYJNE (por. Wstęp)

Artykuły w tej kategorii nie powinny przekraczać 1–1,5 tys. słów (2 strony).

PIŚMIENICTWO

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.



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, założeniach, 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 przesać 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.

