

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 1 (75)
3/2020**

Indeksowane w / Indexed in:
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/
Ministry of Science and Higher Education – 5,0
Index Copernicus Value (ICV) – 89,26



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

Joanna Szelańska

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

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70

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)

Zasady etyczne

„Pielęgniarstwo Polskie” stosuje zasady etyczne i procedury zalecane przez COPE (Committee on Publication Ethics), zawarte w Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers, Authors dostępne na stronie internetowej COPE: <https://publicationethics.org/resources/guidelines>

Ethical guidelines

‘Polish Nursing’ applies the ethical principles and procedures recommended by COPE (Committee on Conduct Ethics), contained in the Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers and Authors available on the COPE website: <https://publicationethics.org/resources/guidelines>



WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70

www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 7,4. Ark. druk. 10,3.

Format A4. Zam. nr 2/20.

Druk ukończono w marcu 2020.



KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor Naczelny

prof. dr hab. Krystyna Jaracz

Zastępcy Redaktora Naczelnego

dr hab. Krystyna Górna, prof. UM

dr hab. Danuta Dyk

prof. dr hab. Małgorzata Kotwicka

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 Nemcová

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 hab. Dorota Talarska

dr hab. Monika Urbaniak prof. UM

dr Frans Vergeer

dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka

dr Katarína Žiaková

Sekretarz Naukowy

dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

Sekretarz Redakcji

dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

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 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
dr Renata Wójcik

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)

LISTA RECENZENTÓW

dr Agnieszka Bańkowska
dr hab. Grażyna Bączyk
dr Benedykt Bober
prof. Antonio Cicchella
dr Justyna Cwajda-Białasiak
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 hab. Dorota Talarska
dr hab. Monika Urbaniak prof. UM
dr Aleksandra Zielińska
dr Katarína Žiaková
prof. Klaudia J. Ćwiękała-Lewis

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)
Katólická 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)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Comenius University in Bratislava (Słowacja)
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)



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 Wójcik

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

THE LIST OF THE REVIEWERS

Agnieszka Bańkowska
Grażyna Bączyk
Benedykt Bober
Antonio Cicchella
Justyna Cwajda-Biaśnik
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. Ćwiękała-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)
Katólická 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)
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)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)

■ SPIS TREŚCI

Od redaktora	9
------------------------	---

PRACE ORYGINALNE

<i>Renata Piotrkowska, Piotr Jarzynkowski, Sylwia Terech-Skóra, Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska</i> Zachowania zdrowotne pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów leczonych na oddziale ortopedii	11
--	----

<i>Joanna Owsianowska, Natalia Pyster, Renata Robaszkiewicz-Bouakaz, Anna Kędzińska, Dorota Branecka-Woźniak, Sylwia Wieder-Huszla</i> Znaczenie relacji terapeutycznej w procesie terapii pacjentów po transplantacji nerki	17
---	----

<i>Justyna Lucyna Janosz, Renata Jadwiga Łukasik</i> Wiedza i postawy rodziców wobec stosowania szczepień zalecanych i skojarzonych u dzieci do 3. roku życia w województwie małopolskim	24
--	----

<i>Anna Kurowska, Maria Kózka, Anna Majda, Agata Wojcieszek</i> Skala Wydolności Opiekuńczej (SWO) – wstępna charakterystyka psychometryczna	33
---	----

PRACE POGLĄDOWE

<i>Piotr Wojda</i> Przeciwdziałanie stygmatyzacji chorych psychicznie w praktyce pielęgniarskiej	41
---	----

<i>Łukasz Kołodziej</i> Wspólnoty samopomocowe dla osób uzależnionych i ich rodzin ogniwem wsparcia w opiece pielęgniarskiej i położniczej w Polsce	48
---	----

<i>Katarzyna Anna Majewska, Magdalena Monika Kobylińska, Magdalena Tchorzewska-Skrobich, Monika Korcz-Łżykowska, Andrzej Kędzia</i> Modyfikacje bilansu energetycznego w leczeniu otyłości u dzieci	57
--	----

<i>Sara Suchowiak, Małgorzata Kłobus, Katarzyna Plagens-Rotman</i> Poród w warunkach domowych – opieka położnej podczas porodu i w połogu	64
--	----

<i>Beata Dziedzic, Zofia Sienkiewicz, Tomasz Kryczka, Dorota Koper</i> Hanna Chrzanowska prekursorka polskiego pielęgniarstwa rodzinnego – świadectwo jej życia	72
--	----

INFORMACJE

Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2019	78
Wskazówki dla autorów	79

■ CONTENTS

Editor's note	10
ORIGINAL PAPERS	
<i>Renata Piotrkowska, Piotr Jarzynkowski, Sylwia Terech-Skóra, Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska</i> Health behaviors of patients with osteoarthritis treated at the orthopedic department	11
<i>Joanna Owsianowska, Natalia Pyster, Renata Robaszkiewicz-Bouakaz, Anna Kędzińska, Dorota Branecka-Woźniak, Sylwia Wieder-Husza</i> The importance of therapeutic relationships in therapy of patients after kidney transplantation	17
<i>Justyna Lucyna Janosz, Renata Jadwiga Łukasik</i> Parents' knowledge of recommended and combined vaccinations for children up to the third year of age as well as their attitudes towards the vaccinations in the małopolskie province	24
<i>Anna Kurowska, Maria Kózka, Anna Majda, Agata Wojcieszek</i> Scale Efficiency of Care (SEC) – initial psychometric characteristics	33
REVIEW PAPERS	
<i>Piotr Wojda</i> Anti-stigmatizing activities of mentally ill patients in nursery practice	41
<i>Łukasz Kołodziej</i> Mutual-help groups for addicted patients and their families as a partner in nursing and midwifery in Poland	48
<i>Katarzyna Anna Majewska, Magdalena Monika Kobylińska, Magdalena Tchorzewska-Skrobich, Monika Korcz-Iżykowska, Andrzej Kędzia</i> Modifications of energy balance in the treatment of childhood obesity	57
<i>Sara Suchowiak, Małgorzata Kłobus, Katarzyna Plagens-Rotman</i> Home birth – midwives' care during childbirth and postpartum	64
<i>Beata Dziedzic, Zofia Sienkiewicz, Tomasz Kryczka, Dorota Koper,</i> Hanna Chrzanowska precursor of polish family nursing – a testimony of her life	72
INFORMATION	
Reviewers of "Polish Nursing" in 2019	78
Guidance for authors	79

■ OD REDAKTORA

Drodzy Czytelnicy,

mamy przyjemność zaprezentować Państwu pierwszy w 2020 roku numer „Pielęgniarstwa Polskiego”, zawierający cztery doniesienia oryginalne i pięć prac poglądowych.

Serię artykułów rozpoczyna praca Renaty Piotrowskiej i wsp. poświęcona zachowaniom zdrowotnym pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów, leczonych na oddziale ortopedii. Kolejna praca powiązana w pewien sposób z zachowaniami zdrowotnymi to artykuł autorstwa Justyny Lucyny Jarosz i wsp. na temat wiedzy i postaw rodziców wobec stosowania szczepień zalecanych i skojarzonych u dzieci do 3. roku życia w województwie małopolskim.

Szczególną Państwa uwagę chcielibyśmy zwrócić na artykuł Beaty Dziezic i wsp. poświęcony Hannie Chrzanowskiej (1902–1973), niezwyklej pielęgnowaniej i wielkiej prekursorce pielęgniarstwa rodzinnego w Polsce, beatyfikowanej w kwietniu 2018.

Mamy nadzieję, że wszystkie prace zamieszczone w bieżącym numerze „Pielęgniarstwa Polskiego” będą interesujące i inspirujące. Ponieważ jest to pierwszy numer naszego czasopisma w nowym roku, życzymy Państwu wszystkiego dobrego przez cały rok 2020.

Jednocześnie serdecznie zapraszamy do nadsyłania prac oryginalnych, poglądowych i opisów przypadków w celu ich publikacji w naszym czasopiśmie. Prace mogą być napisane w języku polskim i angielskim. Prosimy je przesyłać drogą elektroniczną poprzez oficjalną stronę internetową czasopisma: <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl>.

*Prof. dr hab. Krystyna Jaracz
Redaktor Naczelna*

*Dr Barbara Grabowska-Fudala
Sekretarz Naukowy*

■ EDITOR'S NOTE

Dear Readers,

we are pleased to present you the first 2020 issue of the 'Polish Nursing', containing four original papers and five review articles. It begins with a paper by Renata Piotrowska et al., discussing health behaviours of patients treated at the orthopaedic department. The next work connected in some way with health behaviours is a paper by Justyna Lucyna Jarosz et al. It deals with parents' knowledge of recommended and combined vaccinations for children up to the third year of age as well as their attitudes towards the vaccinations in the Małopolska province.

We would like to draw your special attention to a paper by Beata Dziedzic et al. devoted to Hanna Chrzanowska (1902 – 1973), an unusual nurse and a great precursor of community nursing in Poland who was beatified in April 2018.

We hope that all papers included in the current issue of the 'Polish Nursing' will be interesting and inspiring. Since it is a first issue of the journal in 2020, we wish you all the best for the entire year.

Simultaneously, we would like to strongly encourage you to submit original papers, reviews and case reports for publication in our journal. Articles are published in Polish and English. Manuscripts can be submitted online, through the editorial system available at the journal official website: <http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl>.

*Professor Krystyna Jaracz
Editor in Chief*

*Barbara Grabowska-Fudala, PhD
Scientific Secretary*



ZACHOWANIA ZDROWOTNE PACJENTÓW Z CHOROBA ZWYRODNIENIOWĄ STAWÓW LECZONYCH NA ODDZIALE ORTOPEDII

HEALTH BEHAVIORS OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS TREATED AT THE ORTHOPEDIC DEPARTMENT

Renata Piotrkowska^{1, a}, Piotr Jarzynkowski^{1, b}, Sylwia Terech-Skóra^{1, c}, Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska^{2, d}

¹ Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

² Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

^a <https://orcid.org/0000-0001-6512-255X>

^b <https://orcid.org/0000-0003-0546-6195>

^c <https://orcid.org/0000-0002-7099-4739>

^d <https://orcid.org/0000-0001-8377-4893>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.1>

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroba zwyrodnieniowa stawów (osteoartroza; ang. osteoarthritis – OA) to najczęstsza przewlekła choroba stawów i główna przyczyna dolegliwości bólowych w układzie mięśniowo-szkieletowym wśród populacji w krajach rozwiniętych. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization) uznała, iż jest to jedno z ważniejszych zagrożeń cywilizacyjnych. Obecnie ocenia się, że w Polsce choruje na osteoartrozę około 2 miliony osób.

Cel. Celem pracy była ocena poziomu zachowań zdrowotnych wśród pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą zwyrodnieniową stawów leczonych na oddziale ortopedii.

Materiał i metody. Badaną grupę stanowiło 58 pacjentów z klinicznie zdiagnozowaną chorobą zwyrodnieniową stawów, zaplanowanych do leczenia operacyjnego na oddziale ortopedii w szpitalu w Gdańsku. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz kwestionariusz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygryda Juczyńskiego.

Wyniki. Średni uzyskany wynik dla badanej populacji to 91,28 pkt. Najniższy uzyskany wynik w grupie badanych wynosił 65 pkt.

Wnioski. Osoby ze zdiagnozowaną chorobą zwyrodnieniową stawów leczone na oddziale ortopedii prezentują wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Czynniki społeczno-demograficzne oraz kliniczne nie wpływają istotnie na poziom zachowań zdrowotnych.

SŁOWA KLUCZOWE: zachowania zdrowotne, choroba zwyrodnieniowa, pacjent.

ABSTRACT

Introduction. Osteoarthritis is the most common chronic disease of the joints and the main cause of pain in the musculoskeletal system among populations in developed countries. The World Health Organization recognized it is one of the most important civilizational threats. Currently, about 2 million people are estimated to suffer from osteoarthritis in Poland.

Aim. The aim of the study was to assess the level of health behaviors among patients diagnosed with osteoarthritis treated at the orthopedic department.

Material and methods. The study group consisted of 58 patients with clinically diagnosed osteoarthritis, planned for surgical treatment at the orthopedic department in hospital in Gdansk. The method of a diagnostic survey was used in the study. The research tool was the author's own questionnaire and the Inventory of Health Behaviors questionnaire by Zygryd Juczyński.

Results. The average result obtained for the studied population is 91.28 points. The lowest result obtained in the group of respondents was 65 points.

Conclusions. People diagnosed with osteoarthritis treated at the orthopedic department present a high level of health behaviors. Socio-demographic and clinical factors do not significantly influence the level of health behaviors.

KEYWORDS: health behaviors, osteoarthritis, patient.

Wprowadzenie

Choroba zwyrodnieniowa stawów (osteoartroza; ang. osteoarthritis – OA) to najczęstsza przewlekła choroba stawów i główna przyczyna dolegliwości bólowych w układzie mięśniowo-szkieletowym wśród populacji w krajach rozwiniętych. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization) uznała, iż jest to jedno z ważniejszych zagrożeń cywilizacyjnych. Obecnie ocenia się, że około 2 miliony Polaków choruje na osteoartrozę [1].

Pojawienie się objawów klinicznych oraz przebieg zmian zwyrodnieniowych jest zależne od konstelacji czynników ryzyka OA. Występowanie OA wzrasta wraz z wiekiem, a zmiany zwyrodnieniowe najczęściej dotyczą kobiet. Otyłość to czynnik mający istotny wpływ na zmiany zwyrodnieniowe stawów biodrowych, kolanowych i zwyrodnień stawów rąk. Kolejnymi czynnikami ryzyka są: czynniki genetyczne (guzki Boucharda i Heberdena), które prowadzą do zaburzeń struktury kolagenu typu II, wysoka wartość BMD (Bone Mineral Density). Czynniki mechaniczne, które są związane z mikrourazami, zmierzają do zmian degeneracyjnych [2]. Elementy ryzyka związane z wtórną chorobą zwyrodnieniową stawów to: neuropatia – uszkodzenia rdzenia kręgowego, cukrzyca, mechaniczne – zmiany wywołane makrourazami i mikrourazami również po ingerencji chirurgicznej, zaburzenia składu krwi doprowadzające do hemartrozy, choroby zapalne – stawy objęte procesem zapalnym w zakażeniu lub przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów oraz czynniki metaboliczne – choroba Wilsona, ochronoza, krystalopatie, zespół Cushinga [3]. Objawy kliniczne ukazują się około 40. roku życia. Głównym objawem jest ból o swoistym charakterze mechanicznym. Ma on związek z wykonywanym ruchem (ból stawowy). W miarę postępowania choroby ujawnia się objaw sztywności po tzw. okresie unieruchomienia, który przeważnie nie przekracza 30 minut. Utrudnienie ruchomości w stawie zazwyczaj prowadzi do zaników mięśniowych. Objawami dotyczącymi najczęściej zaawansowanej postaci OA są: trzeszczenia podczas ruchów, tkliwość stawu w badaniu palpacyjnym, zniekształcenie oraz poszerzenie obrysów stawu i występowanie wysięku w jamie stawowej. Częste objawy kliniczne choroby zwyrodnieniowej stawów obejmują stawy kolanowe, biodrowe, drobne stawy rąk i stawy kręgosłupa [4].

Zachowania zdrowotne to konkretne działania człowieka podejmowane przez niego w związku z własnym stanem psychofizycznym. Czynności takie dzieli się na sprzyjające zdrowiu, czyli prozdrowotne, oraz szkodliwe dla zdrowia – antyzdrowotne. W skład tych pierwszych wchodzi: właściwe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne, takie jak np.:

podejmowanie aktywności fizycznej, oraz pozytywne nastawienie psychiczne. O działaniach szkodliwych dla zdrowia świadczyć może palenie tytoniu czy picie alkoholu [5]. Jednym z najważniejszych elementów zachowań zdrowotnych u chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów jest aktywność fizyczna. Stosowanie różnego rodzaju ćwiczeń fizycznych wiąże się ze zmniejszeniem natężenia bólu oraz poprawą sprawności motorycznej. Wykonywanie ćwiczeń wzmacniających, rozciągających i aerobowych, w porównaniu z innymi rodzajami ćwiczeń, może być u tych chorych najskuteczniejsze. Według T. Kostki zasadniczą rolę odgrywa aktywność ruchowa i prawidłowe odżywianie. Głównym korzystnym oddziaływaniem podejmowanej aktywności ruchowej jest wydłużenie okresu niezależności i sprawności fizycznej, a zatem i poprawa jakości życia [6].

Zachowania zdrowotne w doświadczaniu choroby charakteryzują się świadomością poczucia choroby. Towarzyszą zarówno bezobjawowemu przebiegowi choroby oraz obiektywnie stwierdzanym dolegliwościom. Podczas doświadczania choroby mogą wystąpić następujące zachowania: podejmowanie postawy biernej wobec choroby, oczekiwanie, że dolegliwości ustąpią same, samoleczenie, wycofanie się z pełnionych ról społecznych. Trzecim z kolei stanem są zachowania zdrowotne w roli chorego. Odnoszą się do sytuacji, gdy jednostka doświadczająca jednoznacznych objawów choroby stara się o ich usunięcie. Tu wyróżnia się kilka zachowań: współdziałanie z personelem medycznym w procesie leczenia, poszukiwanie pomocy medycznej, niewykonywanie lub wykonanie otrzymanych zaleceń [7–8].

Cel pracy

Celem pracy była ocena poziomu zachowań zdrowotnych wśród pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą zwyrodnieniową stawów leczonych na oddziale ortopedii.

Materiał i metody

Badaną grupę stanowiło 58 pacjentów z klinicznie zdiagnozowaną chorobą zwyrodnieniową stawów, zaplanowanych do leczenia operacyjnego na oddziale ortopedii w szpitalu w Gdańsku. Badania miały charakter dobrowolny i anonimowy. Wszystkie osoby wyraziły zgodę na udział w badaniu oraz zostały zapoznane z celem i procedurą badania. Na ich przeprowadzenie uzyskano zgodę Niezależnej Komisji Bioetycznej ds. Badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym (NKBB/121/2018). Okres prowadzenia badań trwał od lutego do maja 2018 r.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji pozwalający na zebranie

danych społeczno-demograficznych oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygryda Juczyńskiego. W IZZ chorzy mówili, jak często realizują jedną z 24 czynności związanych ze zdrowiem. Do oceny użyto pięciostopniową skalę, w której 1 oznacza „prawie nigdy”, 2 – „rzadko”, 3 – „od czasu do czasu”, 4 – „często”, 5 – „prawie zawsze”. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych jest testem przeznaczonym dla osób dorosłych i pozwala określić poziom zachowań zdrowotnych. Uzyskane odpowiedzi ukazują ogólne nasilenia zachowań zdrowotnych. Następnie można określić poziom nasilenia 4 kategorii zachowań zdrowotnych: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne oraz pozytywne nastawienie psychiczne. Odczytanie wyników polega na zliczeniu wartości liczbowych wszystkich pytań. Wylicza się ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych, przedstawiając wartości od 24 do 120 punktów. Im wyższa liczba punktów, tym większy poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych. Następnie wskaźnik jest przeliczony na jednostki standaryzowane (steny). Skala stenowa to liczby naturalne od 1 do 10, z czego steny od 7–10 to wyniki wysokie, 5–6 to wyniki przeciętne, a steny od 1–4 to wartości niskie. Wskaźnik uzyskany w każdej z czterech wyżej wymienionych kategorii to średnia liczba punktów, którą otrzymuje się na podstawie pytań odpowiadających każdej z kategorii zachowań zdrowotnych.

Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS 23 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2013. Zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą liczności oraz wartości procentowych. Zmienne ilościowe zostały scharakteryzowane za pomocą średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego. Istotność różnic pomiędzy dwiema grupami sprawdzono testem U Manna-Whitneya i testem t-Studenta, a pomiędzy więcej niż dwiema grupami testem Kruskala-Wallisa. W celu stwierdzenia powiązania siły oraz kierunku między zmiennymi zastosowano analizę korelacji, obliczając współczynniki korelacji Spearmana. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Badaną grupę stanowiło 58 pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą zwyrodnieniową stawów. W badaniu wzięło udział 55,2% (N = 32) kobiet i 44,8% (N = 26) mężczyzn. Wiek badanych wahał się od 24. do 91. roku życia. Najliczniejszą grupę stanowili chorzy w przedziale wiekowym od 55. do 70. roku życia. Średnia wieku badanych wyniosła 67,60 lat (SD = 11,31). Większość stanowili mieszkańcy dużych miast 62,1%, osoby pozostające w związku małżeńskim (69%). Największą grupę stanowili respondenci z wykształceniem średnim 34,5%.

Ponad połowę chorych (66%) zakwalifikowano do alloplastyki stawu biodrowego, a 34% do alloplastyki stawu kolanowego. Duża część badanych (44,8%) miała nadwagę, 43,1% – prawidłową masę ciała, 10,3% – niedowagę, a tylko 1,7% – chorych otyłość.

Na pytanie, czy zachowania zdrowotne mogą przyczynić się do zmniejszenia ryzyka wystąpienia choroby zwyrodnieniowej stawów, zdecydowana większość pacjentów (58,9%) odpowiedziała twierdząco. Pozostała część respondentów zaprzeczyła lub nie wyraziła zdania. Prawie połowa badanych (44,8%) odpowiedziała, że wykonywana praca powoduje u nich obciążenie stawów. Ponad połowa chorych (55,2%) odczuwa ból często, a 36,2% czuje ból zawsze. Częściowo ograniczony zakres ruchów w stawach ma aż 58,6% badanych, tylko 10,3% pacjentów twierdzi, że posiada pełny zakres ruchu.

Większość ankietowanych na chorobę zwyrodnieniową stawów zachorowała między 40. a 60. rokiem życia. Najwięcej ankietowanych deklaroowało, że choruje powyżej 10 lat (46,6%), 22,4% badanych choruje około 5 lat.

Suma wszystkich punktów ze skali IZZ mieści się w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Ogólny wskaźnik po przekształceniu na jednostki standaryzowane podlega interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wyniki w granicach 1–4 stena przyjęto traktować jako wyniki niskie, 5–6 stena traktuje się jako przeciętne, a 7–10 stena jako wysokie, co odpowiada obszarowi ok. 33% wyników najniższych. Średni uzyskany wynik dla badanej populacji to 91,28 pkt. Najniższy uzyskany wynik w grupie badanych wynosił 65 punktów, najwyższy 120.

Prawidłowe nawyki żywieniowe to przede wszystkim rodzaj i jakość spożywanej żywności, np.: owoce, warzywa, pełnoziarniste pieczywo. 37,4% respondentów deklaruje prawidłowe nawyki żywieniowe jako często spełniane, a „prawie zawsze” prawidłowe nawyki żywieniowe stosuje 26,7% osób. Prawidłowe nawyki żywieniowe „od czasu do czasu” stosuje 23,3 % badanych (**Tabela 1**).

Tabela 1. Prawidłowe nawyki żywieniowe
Table 1. Correct eating habits

Prawidłowe nawyki żywieniowe/ <i>Correct eating habits</i>	N	%
Prawie nigdy/ <i>Almost never</i>	1	2,0
Rzadko/ <i>Rarely</i>	6	10,6
Od czasu do czasu/ <i>Occasionally</i>	13	23,3
Często/ <i>Often</i>	22	37,4
Prawie zawsze/ <i>Almost always</i>	16	26,7
Razem/ <i>Total</i>	58	100

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Pozyskiwanie informacji dotyczących choroby i zdrowia oraz przestrzeganie zaleceń lekarskich to zachowania profilaktyczne. Tylko 35,9% często stosuje zachowania profilaktyczne, „prawie zawsze” 32,2% a „prawie nigdy” 2,3% respondentów (**Tabela 2**).

Tabela 2. Zachowania profilaktyczne
Table 2. Preventive behaviours

Zachowania profilaktyczne/ <i>Preventive behavior</i>	N	%
Prawie nigdy/ <i>Almost never</i>	1	2,3
Rzadko/ <i>Rarely</i>	7	11,5
Od czasu do czasu/ <i>Occasionally</i>	10	18,1
Często/ <i>Often</i>	21	35,9
Prawie zawsze/ <i>Almost always</i>	19	32,2
Razem/ <i>Total</i>	58	100

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Pozytywne nastawienie psychiczne włącza czynniki psychologiczne, takie jak: unikanie sytuacji wpływających stresogennie i przygnębiająco, długotrwałych stresów i napięć oraz silnych emocji. Pozytywne nastawienie psychiczne często ma 34,8% badanych, a „prawie zawsze” – 30,2% (**Tabela 3**).

Tabela 3. Pozytywne nastawienie psychiczne
Table 3. Positive mental attitude

Pozytywne nastawienie psychiczne/ <i>Positive mental attitude</i>	N	%
Prawie nigdy/ <i>Almost never</i>	1	2,0
Rzadko/ <i>Rarely</i>	5	9,5
Od czasu do czasu/ <i>Occasionally</i>	14	23,6
Często/ <i>Often</i>	20	34,8
Prawie zawsze/ <i>Almost always</i>	18	30,2
Razem/ <i>Total</i>	58	100

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Praktyki zdrowotne zawierają codzienne nawyki związane z rekreacją, aktywnością fizyczną oraz snem. 34,5% badanych praktykuje je często, 31% chorych prawie zawsze. Tylko 3,2% udzieliła odpowiedzi „prawie nigdy”, 12,9% zaznaczyło odpowiedź „rzadko”, a 17,5% osób „od czasu do czasu” (**Tabela 4**).

Tabela 4. Praktyki zdrowotne
Table 4. Health practices

Praktyki zdrowotne/ <i>Health practices</i>	N	%
Prawie nigdy/ <i>Almost never</i>	2	3,2
Rzadko/ <i>Rarely</i>	7	12,9
Od czasu do czasu/ <i>Occasionally</i>	10	17,5
Często/ <i>Often</i>	20	34,5
Prawie zawsze/ <i>Almost always</i>	19	31,9
Razem/ <i>Total</i>	58	100

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wnioskowania o zgodności wewnętrznej skal kwestionariusza dokonano, obliczając współczynnik zgodności Alfa Cronbacha. Jest to miara określająca spójność pozycji wchodzących w skład danej skali. Wynik wskazywał na zadowalający $\alpha = 0,86$. Oznacza to, że jest duże podobieństwo pomiędzy poszczególnymi odpowiedziami, ponieważ osoby badane podobnie udzielają odpowiedzi na poszczególne pytania.

Płeć badanych nie różnicuje ich zachowań zdrowotnych. Wśród kobiet średnia uzyskanych punktów wyniosła $M = 92,97$ pkt, a u mężczyzn $M = 90,73$ pkt. Wykształcenie nie ma wpływu na zachowania zdrowotne wśród badanych. Średnia wyników dla osób z wykształceniem podstawowym wyniosła $M = 94,33$ pkt, zawodowym $M = 90,43$ pkt, średnim $M = 90,7$ pkt oraz dla osób z wykształceniem wyższym $M = 94,15$ pkt. Wiek respondentów nie ma związku z zachowaniami zdrowotnymi $rHO = 0,27$; $p < 0,05$. Miejsce zamieszkania nie ma wpływu na zachowania zdrowotne wśród badanych. Mieszkańcy wsi zdobyli średnio $M = 93,8$ punktów, miast do 50 tysięcy mieszkańców $M = 89,67$ pkt. Natomiast mieszkańcy miast powyżej 50 tysięcy $M = 92,22$ pkt.

Palenie tytoniu nie ma wpływu na zachowania zdrowotne wśród badanych. Badani niepalący tytoniu otrzymali średnio $M = 92,72$ pkt, a palący $M = 82,75$ pkt. Bierni palacze uzyskali średnio $M = 91,33$ pkt.

Czas trwania choroby nie ma wpływu na zachowania zdrowotne wśród badanych. Pacjenci chorujący do 5 lat otrzymali średnio $M = 92,05$ pkt. Badani chorujący w przedziale od 5 do 10 lat uzyskali $M = 94,76$ pkt. Grupa chorująca powyżej 10 lat zdobyła $M = 90,55$ pkt.

Rodzaj zabiegu operacyjnego nie ma wpływu na zachowania zdrowotne wśród badanych. Chorzy zakwalifikowani do alloplastyki stawu biodrowego uzyskali $M = 91,97$ pkt, natomiast grupa chorych zakwalifikowana do alloplastyki stawu kolanowego $M = 91,95$ pkt.

Dyskusja

Badania dotyczyły oceny poziomu zachowań zdrowotnych u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów przyjętych do oddziału ortopedii celem leczenia operacyjnego. Pacjenci byli poddani badaniu w dniu przyjęcia do oddziału i uzyskali wyniki IZZ na poziomie wysokim. Z przeprowadzonych badań wynika, iż wysoki poziom zachowań zdrowotnych prezentuje 44,8% respondentów, przeciętny – 39,7%, natomiast niski poziom – 13,8% chorych. Średnia poziomu pozytywnych zachowań zdrowotnych wśród ankietowanych jest wysoka i wynosi $M = 91,28$ pkt.

Obecnie ocenia się, że około 2 miliony Polaków choruje na osteoartrozę. Towarzyszą im często silne dolegliwości bólowe, które w konsekwencji wpływają

na kontakty społeczne, stan psychiczny oraz emocjonalny chorych [3, 9]. W grupie badanych ból w 55,2% występuje „często”, a 36,2% respondentów odczuwa ból „zawsze”. Podobne wyniki osiągnęli Majda i wsp. [1], którzy badając jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych potwierdzają, iż ból przed zabiegiem operacyjnym jest częstym i silnym objawem. Zmiany patologiczne wywołane przez chorobę zwyrodnieniową mają charakter nieodwracalny oraz wymagają indywidualnego specjalistycznego postępowania. Według danych trwałe ograniczenie ruchomości stawów potwierdza ponad 80% pacjentów [10]. W badaniach własnych aż 58,6% osób ma częściowo ograniczony zakres ruchów w stawach. W konsekwencji przewlekłej i długotrwałej destrukcji stawu często jedynym sposobem leczenia jest zabieg operacyjny [11].

Choroba zwyrodnieniowa stawów jest ściśle powiązana z wiekiem fizjologicznym, co potwierdzili Kuciel-Lewandowska i wsp. [12]. W badaniu autorów pracy średnia wieku ankietowanych wyniosła 67,6 lat, a najstarszy pacjent miał 91 lat.

Ryzyko zachorowania na chorobę zwyrodnieniową stawów ma nie tylko podłoże genetyczne. Czynniki, które predysponują do powstania choroby, są: urazy, wady budowy, mikrourazy, późny wiek, płeć, aktywność fizyczna, wykonywany zawód oraz otyłość. Wyniki badań w ostatnich latach pokazują istotny wpływ otyłości na występowanie choroby zwyrodnieniowej stawów [13]. Spośród badanych aż 44,8% ma nadwagę, a 43,1% prawidłową wagę ciała. W opinii autorów tak dobre wyniki są prawdopodobnie osiągnięte poprzez okres przygotowywania chorych do zabiegu operacyjnego. Masa ciała ma istotny wpływ na długość prawidłowego działania endoprotezy. Zatem zespół specjalistów przykłada szczególną wagę do tego, by pacjenci osiągnęli optymalną masę ciała. Dane z piśmiennictwa potwierdzają, że przeważająca liczba chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów odczuwa obniżony nastrój i poczucie izolacji społecznej [14]. W badaniach własnych nie potwierdzono tej tezy. Ankietowani prezentują pozytywne nastawienie psychiczne. W szczególności wysoko pacjenci ocenili posiadanie przyjaciół i uregulowane życie rodzinne oraz poważne traktowanie wskazówek od osób wyrażających zaniepokojenie ich stanem zdrowia. Ostatnim i równie istotnym zachowaniem jest przestrzeganie zachowań profilaktycznych. Badani uzyskali wysokie wyniki w tym zakresie dzięki unikaniu przeziębień, regularnemu zgłaszaniu się na badania lekarskie oraz stosowaniu się do zaleceń lekarskich. Dzieje się tak dlatego, że chorzy przed przyjęciem do oddziału są między innymi zobligowani do posiadania wyników wymazu z nosogardzieli wraz z antybiogra-

mem, badania ogólnego moczu oraz zaświadczenia od stomatologa o braku ognisk zapalnych [15–17].

Przedstawione wyniki wykazały wysoki poziom zachowań zdrowotnych wśród badanych, nie zależy on od wieku, płci, miejsca zamieszkania, palenia tytoniu oraz czasu trwania choroby. Zdecydowana większość nie pali papierosów, stosuje zbilansowaną dietę, prezentuje pozytywne nastawienie psychiczne oraz przestrzega zaleceń lekarskich.

Wnioski

1. Osoby ze zdiagnozowaną chorobą zwyrodnieniową stawów leczone w oddziale ortopedii prezentują wysoki poziom zachowań zdrowotnych.
2. Czynniki społeczno-demograficzne oraz kliniczne nie wpływają istotnie na poziom zachowań zdrowotnych badanych.
3. Chorzy dbają o prawidłowe odżywianie i przestrzegają zachowań profilaktycznych. Większość badanych ma bardzo dobrą kondycję psychiczną.
4. Praktyki zdrowotne badanych polegają na ograniczeniu palenia tytoniu oraz poświęcaniu odpowiedniej ilości czasu na odpoczynek i sen.
5. Diagnoza zachowań zdrowotnych i kształtujących je czynników pozwoli na opracowanie skutecznych programów edukacji zdrowotnej pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów.

Piśmiennictwo

1. Majda A, Walas K, Gawetek A. Jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych. *Probl Pielęg.* 2013; 21(1): 29–37.
2. Łapaj Ł, Kokoszka P, Jurga M, Markuszewski J, Wierusz-Kozłowska M. Jakość życia u chorych przed i po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Chir Narz Ruchu Ortop Pol.* 2007; 4: 269–274.
3. Johnson VL, Hunter DJ. The epidemiology of osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2014; 28(1): 5–15.
4. Rocławski M, Kolarz K, Treder M, Mazurek T, Pankowski R. Prospektywne badanie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia u pacjentów po alloplastyce całkowitej stawu biodrowego w 2-letnim okresie obserwacji. *Ann Acad Med Gedan.* 2009; 39: 115–121.
5. Tiszczenko E, Surmach M, Piecewicz-Szczęsna H. Zachowania zdrowotne jako kluczowy czynnik zdrowia. *Zdr Publ.* 2009; 119(1): 86–89.
6. Kostka T. Pomyślnie starzenie się. *Puls Med.* 2006; 7 (130).
7. Ślusarska B, Nowicki G. Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Probl Hig Epidemiol.* 2010; 91(1): 34–40.
8. Książek J, Jarzynkowski P, Piotrkowska R. Wybrane elementy stylu życia pielęgniarek operacyjnych. *Med Rodz.* 2015; 3(18): 103–109.
9. Sierakowska M, Wróblewska M, Lewko J. Ocena problemów zdrowotnych pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów oraz zapotrzebowania na wsparcie i edukację zdrowotną. *Probl Pielęg.* 2011; 19(3): 353–360.

10. Bazalińska D, Maliborska E, Więch P. Najczęstsze problemy zdrowotne w okresie okołoperacyjnym u osób poddawanych alloplastyce stawu biodrowego. *Probl Pielęg.* 2017; 25(1): 1–7.
11. Musumeci G, Concetta Aiello F, Szychlinska MA, Di Rosa M, Castrogiovanni P, Mobasher A. Osteoarthritis in the XXIst Century: Risk Factors and Behaviours that Influence Disease Onset and Progression. *Int J Mol Sci.* 2015; 16: 6093–6112.
12. Kuciel-Lewandowska J, Marcinkiewicz N, Kierzek A, Pozowski A, Ratajczak B, Boerner E. Zdrowy styl życia a choroba zwyrodnieniowa stawów. *Acta Bio-Op Inform Med.* 2012; 18(4): 229–233.
13. Jasik A, Tałałaj M. Otyłość a choroba zwyrodnieniowa stawów. *Post N Med.* 2013; 5B: 14–18.
14. Hamer M, Stamatakis E, Steptoe A. Dose-response relationship between physical activity and mental health: the Scottish Health Survey. *Br J Sports Med.* 2009; 43(14): 1111–1114.
15. Fransen M, McConnell S. Land-based exercise for osteoarthritis of the knee: a metaanalysis of randomized controlled trials. *J Rheumatol.* 2009; 36(6): 1109–1117.
16. Carmona L, Cross M, Williams B, Lassere M. Rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010; 24(6): 733–745.
17. Fernandes L, Hagen BK, Bijlsma JW. et al. EULAR recommendations for non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2013; 72(7): 1125–1135.

Artykuł przyjęty do redakcji: 21.02.2019.

Artykuł przyjęty do publikacji: 06.05.2019.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Piotr Jarzynkowski

ul. Dębinki 7

80-952 Gdańsk

tel. 58 349 12 47

e-mail.: piotr.jarzynkowski@gumed.edu.pl

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny



ZNACZENIE RELACJI TERAPEUTYCZNEJ W PROCESIE TERAPII PACJENTÓW PO TRANSPLANTACJI NERKI

THE IMPORTANCE OF THERAPEUTIC RELATIONSHIPS IN THERAPY OF PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

Joanna Owsianowska^{1, a}, Natalia Pyster², Renata Robaszkiwicz-Bouakaz^{1, b}, Anna Kędzierska^{1, c}, Dorota Branecka-Woźniak^{3, d}, Sylwia Wieder-Huszlą^{1, e}

¹ Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

² Studenckie Koło Naukowe, Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

³ Katedra i Zakład Ginekologii i Zdrowia Prokreacyjnego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

^a <https://orcid.org/0000-0001-9096-8477>

^b <https://orcid.org/0000-0003-1674-0903>

^c <https://orcid.org/0000-0002-5772-2536>

^d <https://orcid.org/0000-0001-7561-1509>

^e <https://orcid.org/0000-0002-6084-5780>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.2>

STRESZCZENIE

Wstęp. Przewlekła choroba nerek stanowi złożony zespół chorobowy, który charakteryzuje się osłabieniem funkcji nerek. Najskuteczniejszą metodą leczenia nerkozastępczego stanowi transplantacja nerki, która przedłuża życie chorych. Zabieg ten wywołuje jednak szereg emocji, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Nawiązanie relacji terapeutycznej z chorym stanowi podstawę w procesie leczenia.

Cel. Celem pracy było przedstawienie znaczenia relacji terapeutycznej pielęgniarka – pacjent w procesie terapii po transplantacji nerki.

Materiał i metody. Badania były prowadzone metodą sondażu diagnostycznego od grudnia 2017 r. do marca 2018 r. Grupę badaną stanowiło 121 pacjentów (59 kobiet, 62 mężczyzn) Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych SPSKS nr 2 oraz Oddziału Nefrologii i Transplantacji Nerek Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie. Do badań zastosowano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 25 pytań zamkniętych.

Wyniki. Większość ankietowanych oceniła udzielane przez pielęgniarki informacje dotyczące zasad i zachowań obowiązujących w oddziale na poziomie dobrym i bardzo dobrym. Zdaniem 87,6% badanych relacja z personelem pielęgniarskim daje poczucie bezpieczeństwa, a u 75,8% respondentów wpłynęła na obniżenie lęku. Zdecydowana większość badanych deklarowała, że dzięki relacji interpersonalnej z pielęgniarką nastąpił u nich wzrost wiedzy związanej z chorobą.

Wnioski. 1) Badana grupa pacjentów wysoko oceniała znaczenie relacji terapeutycznej z personelem pielęgniarskim. 2) Wiek, płeć, wykształcenie, a także czas, który upłynął od przeszczepienia nerki i zdiagnozowania choroby, wpływały na poziom zadowolenia z relacji terapeutycznej z personelem pielęgniarskim. 3) Wsparcie informacyjne personelu pielęgniarskiego wywiera istotny wpływ na poczucie bezpieczeństwa i obniżenie lęku pacjentów po transplantacji nerki w trakcie hospitalizacji.

SŁOWA KLUCZOWE: przeszczepienie nerki, pacjent, pielęgniarka, relacja terapeutyczna.

ABSTRACT

Introduction. Chronic renal disease is a complex disease, characterized by reduced kidney function. The most effective method of renal replacement treatment is kidney transplantation, which prolongs patients' lives. This procedure, however, evokes a lot of positive and negative emotions. Developing a therapeutic relationship with the patient is a basis in the therapeutic process.

Aim. The purpose of this study was to present the importance of the nurse-patient therapeutic relationship in therapy following kidney transplantation.

Material and methods. This survey-based study was conducted from December 2017 to March 2018. The study sample contained 121 patients (59 women, 62 men) of the Clinic of Nephrology, Transplantology, and Internal Diseases, Independent Public Clinical Hospital no. 2, and the Ward of Nephrology and Kidney Transplantation, Independent Public Voivodeship Integrated Hospital in Szczecin. The research instrument employed in the study was a self-developed questionnaire including 25 closed-ended questions.

Results. The majority of the surveyed assessed information provided by nurses on the rules of conduct binding in the ward as good and very good. 87.6% of the respondents claimed that the relationship with nurses gave a sense of safety, and 75.8% that it had reduced their fear. A vast majority of the respondents asserted that interpersonal relationships with nurses had improved their knowledge of disease.

Conclusions. 1) The patients highly valued therapeutic relationships with nursing staff. 2) Age, sex, education, as well as the time from kidney transplantation and a diagnosis of the disease had an effect on the patients' satisfaction with therapeutic relationships with nursing staff. 3) Information provided by nursing staff has a substantial impact on the feeling of safety and the reduction of fear in patients after kidney transplantation during hospitalization.

KEYWORDS: kidney transplantation, patient, nurse, therapeutic relationships.

Wprowadzenie

Przewlekła choroba nerek (PCHN) stanowi złożony zespół chorobowy, charakteryzujący się powolnym, ale nieodwracalnym i najczęściej postępującym osłabieniem funkcji nerek. Pogorszenie czynności nerek spowodowane jest zmniejszoną liczbą czynnych nefronów, co powoduje pogorszenie funkcji wydalniczej narządu [1–2]. Obraz kliniczny PCHN uzależniony jest od stopnia zaawansowania schorzenia. Początkowo choroba może przebiegać bezobjawowo lub symptomy mogą nie być charakterystyczne dla przewlekłej choroby nerek. Dopiero wraz ze spadkiem współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) zaczynają pojawiać się objawy, a także powikłania ze strony narządów i układów, a częstość ich występowania zależy od stopnia zaawansowania choroby [3–4]. Dostępne dane epidemiologiczne wskazują na wzrost liczby osób chorych na PCHN [5].

Transplantacja nerki stanowi najlepszą metodę leczenia nerkozastępczego, ponieważ poprawia jakość i przedłuża życie chorego [6]. Może być wykonywana zarówno u pacjentów dializowanych, jak i u chorych przed rozpoczęciem dializoterapii. Przeszczepiana nerka może pochodzić od dawcy zmarłego lub żywego, a podstawowym warunkiem jest zgodność głównych grup krwi oraz ujemny wynik próby krzyżowej pomiędzy surowicą biorcy i limfocytami dawcy. Próba krzyżowa wyklucza u biorcy obecność przeciwciał limfocytotoksycznych skierowanych przeciwko antygenom dawcy [2, 4].

W okresie potransplantacyjnym występuje szereg problemów, które mogą wywierać negatywny wpływ na adaptację pacjenta do nowej sytuacji życiowej. Ograniczenia oraz zasady, które obowiązują po przeszczepieniu nerki mogą wpływać ujemnie na konieczność aktywnego udziału chorego w procesie terapeutycznym [2, 4, 7]. Stosowanie leczenia immunosupresyjnego, którego celem jest zapobieganie i leczenie odrzucania przeszczepionej nerki sprzyja rozwojowi zakażeń, nowotworów oraz wywołuje szereg działań niepożądanych w narządach [8]. Kontakt z pacjentem jest zjawiskiem złożonym, wymagającym od personelu medycznego nie tylko wiedzy medycznej, ale także, a może przede wszystkim, umiejętności nawiązywania relacji terapeutycznej. Efektywna, empatyczna komunikacja dostarcza wsparcia, obniża napięcie emocjonalne i poziom stresu u chorych. Przyczynia się również do poznania potrzeb pacjenta, oszacowania oceny zapotrzebowania na wsparcie informacyjne o zasadach i zachowaniach, których należy przestrzegać oraz ułatwia szybkie i wczesne zdiagnozowanie pierwszych objawów lękowych lub depresyjnych [9–12]. Zadaniem pielęgniarki jest zatem nie tylko zadbanie o zdrowie

fizyczne pacjenta: dokonywanie pomiarów parametrów życiowych, regularne podawanie leków czy aktywność fizyczna, ale przede wszystkim zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, edukowanie i wspieranie [13–14]. Obecnie uważa się, że relacja terapeutyczna z pacjentem po transplantacji nerki nie stanowi tylko dodatku do procesu leczenia, ale jest podstawą profesjonalnej opieki [15].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie znaczenia relacji terapeutycznej pielęgniarka – pacjent w procesie terapii po transplantacji nerki.

Materiał

Grupę badaną stanowiło 121 pacjentów (59 kobiet i 62 mężczyzn) po przeszczepieniu nerki, hospitalizowanych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 2 w Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych oraz w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym na Oddziale Nefrologii i Transplantologii Nerek w Szczecinie. Najliczniejszą grupę badanych 24,8% stanowiły osoby w wieku 60 i więcej lat. Respondenci, których wiek zawierał się w przedziale 40–49 lat stanowili 22,3% badanych, natomiast 20,7% osób miało poniżej 30 lat. Osoby między 50. a 59. rokiem życia stanowiły 17,4% badanej grupy. Największy odsetek badanych – 40,5% – stanowiły osoby, u których chorobę zdiagnozowano ponad 5 lat temu. Równie wysoki odsetek – 38,8% – stanowili respondenci, u których diagnoza została postawiona 5 lat temu lub mniej. Najmniej liczną grupę – 20,7% – reprezentowali pacjenci z chorobą zdiagnozowaną mniej niż 1 rok temu. Najliczniejsza grupa badanych – 53,7% – miała przeprowadzoną transplantację nerki mniej niż rok temu. 5 lat temu lub mniej zabieg przeszczepienia był wykonany u 28,1% respondentów. Tylko u 18,2% pacjentów transplantacja była wykonana ponad 5 lat temu. Rozkład wykształcenia w badanej grupie przedstawiał się w sposób następujący: 34,7% ankietowanych deklarowało wykształcenie średnie, 28,9% – zasadnicze zawodowe, 27,3% – wykształcenie wyższe i 7,4% – podstawowe. Tylko 1,7% badanej grupy deklarowało wykształcenie gimnazjalne. Badania nie wymagały zgody Komisji Bioetycznej PUM. Zdecydowaną większość badanych (104 osoby) stanowiły osoby po pierwszej transplantacji, po kolejnym przeszczepieniu było 17 chorych.

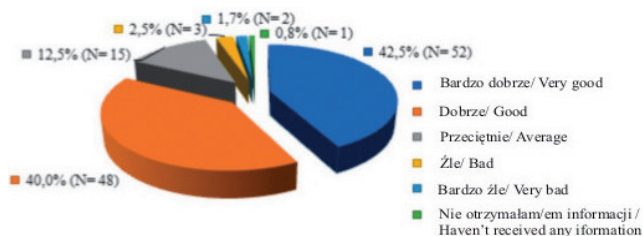
Metody

Badania były prowadzone metodą sondażu diagnostycznego od grudnia 2017 do marca 2018 r. w oparciu o wykorzystanie autorskiego kwestionariusza

ankiety, który składał się z 25 pytań zamkniętych, dotyczących sytuacji socjodemograficznej, zdrowotnej i znaczenia relacji terapeutycznej w procesie terapii. Analizę statystyczną zebranego materiału wykonano w programie SPSS Statistica 24.0. Zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi zbadano z zastosowaniem testu niezależności chi-kwadrat. Jako istotne przyjęto efekty dla których wartość prawdopodobieństwa p była mniejsza od 0,05 ($p < 0,05$).

Wyniki

Prawie połowa, tj. 42,5%, badanych pacjentów uznała, że sposób udzielania przez pielęgniarki informacji dotyczących zasad obowiązujących w oddziale, zachowań związanych z chorobą i/lub przeszczepieniem nerki, wykonywaniem zabiegów pielęgnacyjnych był na bardzo dobrym poziomie. Stosunkowo liczna grupa badanych – 40% – określiła go na poziomie dobrym, natomiast 12,5% ankietowanych uważało, że pielęgniarki udzielają informacji na poziomie przeciętnym. Nieliczna grupa badanych negatywnie oceniła udzielane wsparcie informacyjne (**Rycina 1**).



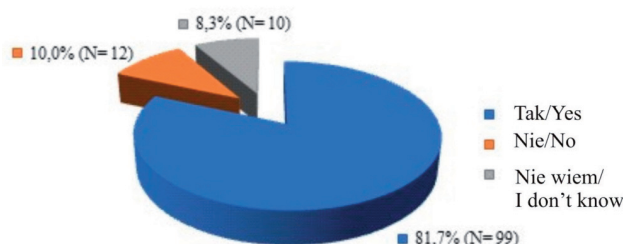
Rycina 1. Analiza poziomu udzielanych informacji dotyczących zachowań i zasad obowiązujących w oddziale

Figure 1. Analysis of the quality of information on the rules of conduct binding in the ward

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analiza wykazała istotne statystycznie zależności pomiędzy płcią i czasem od przeszczepienia nerki, a wpływem wsparcia informacyjnego udzielanego przez pielęgniarki na poczucie bezpieczeństwa ankietowanych. Wyższe poczucie bezpieczeństwa dzięki udzielanemu przez pielęgniarki wsparciu informacyjnemu wykazano u kobiet i osób, u których od przeszczepienia minęło ponad 5 lat. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy wiekiem, wykształceniem, czasem od zdiagnozowania choroby a wpływem wsparcia informacyjnego na poczucie bezpieczeństwa (**Tabela 1**).

Zdecydowana większość ankietowanych, tj. 81,7%, uznała, że informacje udzielane przez pielęgniarki wpłynęły pozytywnie na poziom ich wiedzy w zakresie zachowań związanych z chorobą i/lub przeszczepem nerki. Tylko 10% badanych uważało, że informacje te nie pogłębiły ich wiedzy w tym zakresie, zaś 8,3% nie potrafiło określić swojego zdania (**Rycina 2**).



Rycina 2. Ocena wpływu informacji udzielanych przez pielęgniarki na poziom wiedzy badanych w zakresie zachowań związanych z chorobą i/lub przeszczepem

Figure 2. The impact of information provided by nurses on the level of the patients' knowledge concerning the behavior associated with the disease and/or kidney transplantation

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Przeprowadzona analiza wykazała istotne statystycznie zależności pomiędzy wykształceniem a wpływem relacji terapeutycznej na poprawę samopoczucia ankietowanych w trakcie hospitalizacji. Osoby z wykształceniem gimnazjalnym, zawodowym i średnim odczuwały większy wpływ relacji terapeutycznej pacjent–pielęgniarka na poprawę samopoczucia niż osoby z wykształceniem wyższym i podstawowym. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy płcią, wiekiem, czasem od zdiagnozowania choroby oraz czasem od transplantacji nerki, a wpływem relacji terapeutycznej pacjent/pielęgniarka na poprawę samopoczucia (**Tabela 2**).

Analiza wykazała istotne statystycznie zależności pomiędzy płcią i czasem od zdiagnozowania choroby, a wpływem relacji terapeutycznej pacjent/pielęgniarka na obniżenie lęku w trakcie hospitalizacji. Z przeprowadzonej analizy wynika, że kobiety oraz osoby, u których upłynęło powyżej 5 lat od zdiagnozowania choroby odczuwały większy wpływ relacji terapeutycznej z pielęgniarkami na obniżenie lęku niż mężczyźni i respondenci, u których chorobę zdiagnozowano mniej niż rok temu. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy wiekiem, wykształceniem, czasem minionym od transplantacji nerki a wpływem relacji terapeutycznej pacjent–pielęgniarka na obniżenie lęku (**Tabela 3**).

Tabela 1. Wpływ wsparcia informacyjnego udzielanego przez pielęgniarki na poczucie bezpieczeństwa pacjentów
Table 1. The impact of information support provided by nurses on the patients' sense of safety

		Wsparcie informacyjne udzielane przez pielęgniarki a poczucie bezpieczeństwa/ <i>Information support provided by nurses and a sense of safety</i>			Statystyki testu chi-kwadrat/ <i>Chi-square test statistics</i>		
		Tak/Yes	Nie/No	Nie wiem/ <i>I don't know</i>	χ^2	df	p
Płeć/Sex	Kobieta/Woman	84,7%	6,8%	8,5%	20,93	6	0,01**
	Mężczyzna/Man	66,1%	16,1%	17,7%			
Wiek/Age	Poniżej 30 lat/Below 30 years	81,0%	4,8%	14,3%	19,13	12	0,15
	30–39 lat/years	76,0%	12,0%	12,0%			
	40–49 lat/years	55,6%	22,2%	22,2%			
	50–59 lat/years	72,2%	16,7%	11,1%			
	60 lat i powyżej/years and more	90,0%	3,3%	6,7%			
Wykształcenie/Education	Podstawowe/Primary	55,6%	11,1%	33,3%	13,91	15	0,53
	Gimnazjalne/Lower secondary	50,0%	0,0%	50,0%			
	Zasadnicze zawodowe/Vocational	74,3%	14,3%	11,4%			
	Średnie/Secondary	78,6%	7,1%	14,3%			
	Wyższe/Tertiary	78,8%	15,2%	6,1%			
Czas od diagnozy/The time from a diagnosis	Mniej niż rok temu/Less than one year ago	76,0%	20,0%	4,0%	8,97	9	0,44
	5 lat lub mniej/5 years or less ago	74,5%	12,8%	12,8%			
	Więcej niż 5 lat/More than 5 years ago	75,5%	6,1%	18,4%			
Czas od przeszczepienia/The time from kidney transplantation	Mniej niż rok temu/Less than one year ago	68,5%	25,4%	6,2%	21,22	9	0,01**
	5 lat lub mniej/5 years or less ago	64,7%	8,8%	26,5%			
	Więcej niż 5 lat/More than 5 years ago	81,8%	4,5%	13,6%			

χ^2 – test chi-kwadrat/chi-square test; df – liczba stopni swobody/degrees of freedom; p – poziom istotności/level of significance ** p < 0,01 p poziom istotności/level of significance

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Tabela 2. Wpływ relacji terapeutycznej pielęgniarka–pacjent na poprawę samopoczucia pacjentów w trakcie hospitalizacji
Table 2. The impact of the nurse-patient therapeutic relationship on the improvement of the patients' well-being during hospitalization

		Relacja terapeutyczna pielęgniarka–pacjent a poprawa samopoczucia/ <i>Nurse-patient therapeutic relationship and the improvement of well-being</i>			Statystyki testu chi-kwadrat/ <i>Chi-square test statistics</i>		
		Tak/Yes	Nie/No	Nie wiem/ <i>don't know</i>	χ^2	df	p
Płeć/Sex	Kobieta/Woman	72,4%	13,8%	13,8%	4,86	6	0,56
	Mężczyzna/Man	62,9%	16,1%	21,0%			
Wiek/Age	Poniżej 30 lat/Below 30 years	70,0%	20,0%	10,0%	18,03	12	0,11
	30–39 lat/years	68,0%	12,0%	20,0%			
	40–49 lat/years	48,1%	22,2%	29,6%			
	50–59 lat/years	72,2%	22,2%	5,6%			
	60 lat i powyżej/60 years and more	80,0%	3,3%	16,7%			
Wykształcenie/Education	Podstawowe/Primary	33,3%	22,2%	44,4%	23,37	15	0,05
	Gimnazjalne/Lower secondary	100,0%	0,0%	0,0%			
	Zasadnicze zawodowe/Vocational	74,3%	14,3%	11,4%			
	Średnie/Secondary	76,2%	11,9%	11,9%			
	Wyższe/Tertiary	56,3%	18,8%	25,0%			
Czas od diagnozy/The time from a diagnosis	Mniej niż rok/less than one year	62,5%	29,2%	8,3%	14,26	9	0,11
	5 lat lub mniej/5 years or less	66,0%	17,0%	17,0%			
	Więcej niż 5 lat/More than 5 years	71,4%	6,1%	22,4%			
Czas od przeszczepienia/The time from kidney transplantation	Mniej niż rok/less than one year	70,3%	15,6%	14,1%	10,43	9	0,32
	5 lat lub mniej/5 years or less	55,9%	20,6%	23,5%			
	Więcej niż 5 lat/More than 5 years	77,3%	4,5%	18,2%			

χ^2 – test chi-kwadrat/chi-square test; df – liczba stopni swobody/degrees of freedom; p – poziom istotności/level of significance p < 0,05

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Tabela 3. Wpływ relacji terapeutycznej pacjent–pielęgniarka na obniżenie lęku pacjentów w trakcie hospitalizacji
Table 3. The impact of the nurse-patient therapeutic relationship on the reduction of the patients' fear during hospitalization

		Relacja pacjent–pielęgniarka a obniżenie lęku w trakcie hospitalizacji/ <i>The nurse-patient relationship and the reduction of fear during hospitalization</i>			Statystyki testu chi-kwadrat/ <i>Chi-square test statistics</i>		
		Tak/Yes	Nie/No	Nie wiem// don't know	χ^2	df	p
Płeć/Sex	Kobieta/Woman	83,1%	1,7%	15,3%	18,21	6	0,01**
	Mężczyzna/Man	68,9%	13,1%	18,0%			
Wiek/Age	Poniżej 30 lat/Below 30 years	81,0%	9,5%	9,5%	9,04	12	0,70
	30–39 lat/years	76,0%	4,0%	20,0%			
	40–49 lat/years	66,7%	3,7%	29,6%			
	50–59 lat/years	77,8%	11,1%	11,1%			
	60 lat i powyżej/60 years and more	79,3%	10,3%	10,3%			
Wykształcenie/Education	Podstawowe/Primary	66,7%	11,1%	22,2%	9,74	15	0,84
	Gimnazjalne/Lower secondary	100,0%	0,0%	0,0%			
	Zasadnicze zawodowe/Vocational	77,1%	5,7%	17,1%			
	Średnie/Secondary	82,9%	4,9%	12,2%			
	Wyższe/Tertiary	66,7%	12,1%	21,2%			
Czas od diagnozy/The time from a diagnosis	Mniej niż rok/Less than one year	64,0%	12,0%	24,0%	18,41	9	0,03 [†]
	5 lat lub mniej/5 years or less	70,2%	8,5%	21,3%			
	Więcej niż 5 lat/More than 5 years	87,5%	4,2%	8,3%			
Czas od przeszczepienia/The time from kidney transplantation	Mniej niż rok/Less than one year	63,8%	19,2%	16,9%	9,28	9	0,41
	5 lat lub mniej/5 years or less	70,6%	5,9%	23,5%			
	Więcej niż 5 lat/More than 5 years	90,5%	4,8%	4,8%			

χ^2 – test chi-kwadrat/chi-square test; df – liczba stopni swobody/degrees of freedom; p – poziom istotności/level of significance ** p < 0,01; [†] p < 0,05

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Dyskusja

Przeszczepienie nerki, podobnie jak każdy poważny zabieg chirurgiczny, wywołuje u pacjenta szereg emocji, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. W procesie terapii pacjentów po transplantacji nerki bardzo ważną rolę odgrywa relacja pacjenta z personelem pielęgniarskim, która pozwala choremu zaadaptować się do nowej sytuacji życiowej [16, 17].

Badania przeprowadzone przez zespół Grochans [13] w oddziale chirurgii dotyczyły udzielania wsparcia emocjonalnego jako wyznacznika opieki pielęgniarskiej. W badaniu tym stwierdzono, że informacje na temat sposobu zachowania się po operacji uzyskało 84% respondentów, natomiast 49% ankietowanych zostało zapoznanych z regulaminem obowiązującym w oddziale. Wyniki badań własnych pokazały, że zdecydowana większość pacjentów uznała, iż przekazywane przez pielęgniarki informacje dotyczące zasad i zachowań obowiązujących w oddziale były udzielane na poziomie bardzo dobrym i dobrym. Informacje uzyskane od personelu pielęgniarskiego miały również pozytywny wpływ na poziom wiedzy pacjentów w zakresie zachowań związanych

z chorobą i/lub przeszczepem. Odmienne wyniki uzyskali w swoich badaniach Surmacka i Motyka [18]: głównym problemem komunikacyjnym jest brak udzielania informacji przez personel pielęgniarski. Według tych badaczy personel skupia się jedynie na sferze fizycznej, z pominięciem sfery psychicznej pacjentów, zwłaszcza lekceważąc lęki i obawy dotyczące stanu zdrowia i hospitalizacji.

W badaniach Kamińskiej i wsp. [19] stwierdzono, że rozmowa z personelem pielęgniarskim miała znaczenie i wywierała wpływ na poczucie bezpieczeństwa w trakcie hospitalizacji. Zależność taka wystąpiła aż u około 80% chorych. Zwłaszcza informacje na temat zakresu wykonywanych zabiegów pielęgnacyjnych i badań zwiększały poczucie bezpieczeństwa pacjentów. Przeprowadzone badania własne potwierdziły wpływ wsparcia informacyjnego na ten obszar funkcjonowania chorych.

Badania przeprowadzone przez zespół Bojanowskiej [7] wykazały, że 50% ankietowanych nie było zadowolonych z jakości otrzymanych informacji na temat procedur medycznych. Badacze podkreślają znaczenie komunikacji na płaszczyźnie pacjent – pielęgniarka: fakt bliskich kontaktów i częstych styczności, a w związku

z tym uczestniczenia pielęgniarki w rozwiązywaniu problemów chorego. W badaniach własnych uzyskano rozbieżne wyniki. Informacje na temat zachowań i zasad obowiązujących w oddziale aż 82,5% badanych uznało za bardzo dobre i dobre. Większość, tj. 81,7%, chorych potwierdziło również wpływ informacji udzielanych przez pielęgniarki na ich poziom wiedzy o chorobie i przeszczepie.

Zespół Pietrzak [15] opisuje rolę komunikacji z pacjentem, podkreślając, że skuteczna komunikacja terapeutyczna łagodzi negatywne emocje, takie jak przygnębienie i złość, oraz wpływa na poprawę samopoczucia pacjenta, wspiera go i pozwala nawiązać efektywną współpracę. Badania własne pokazały, że większość ankietowanych bardzo dobrze oceniło sposób udzielania informacji przez pielęgniarki oraz odczuwało pozytywny wpływ komunikacji z pielęgniarką na poprawę samopoczucia i obniżenie odczuwanego lęku. Natomiast udzielane wsparcie informacyjne pozwala na poprawę poczucia bezpieczeństwa. Wyniki te potwierdzają badania Grochans i wsp. [13], w których 96% badanych potwierdziło znaczenie dobrego komunikowania się z personelem pielęgniarskim w trakcie hospitalizacji.

Radecka wraz z zespołem [20] podkreśla, że realizacja holistycznego modelu opieki nad chorym wymaga od personelu pielęgniarskiego wysokich kompetencji zawodowych, włącznie ze znajomością zasad komunikacji interpersonalnej. Autorzy uważają, że nie jest możliwe pielęgnowanie pacjenta bez uprzedniego nawiązania z nim kontaktu. Podkreślają również bardzo ważną rolę pielęgniarki nie tylko jako rozmówcy, ale również jako aktywnego słuchacza. Przypominają o znaczeniu rozmowy terapeutycznej z pacjentem, dzięki której ma on odzyskać poczucie bezpieczeństwa. Wyniki badań własnych potwierdzają doniesienia autorów o ważności i znaczeniu relacji terapeutycznej w łagodzeniu niepokoju, lęku i budowaniu poczucia bezpieczeństwa.

Rørtveit i wsp. [21], dokonując przeglądu literatury dotyczącego zaufania pacjentów do pielęgniarek w kontekście doświadczeń chorych, wskazali na kluczową rolę, jaką odgrywa nawiązanie relacji terapeutycznej. Autorzy wskazują na konieczność informowania pacjenta, co prowadzi do wcześniejszego wykrywania niepokojących objawów i daje choremu poczucie kontroli nad leczeniem. Zadowolające zatem wydają się wyniki badań własnych, w których informacje udzielane przez pielęgniarki zostały przez pacjentów ocenione, w zdecydowanej większości, jako dobre i bardzo dobre.

Gilbert [22] podkreśla rolę i znaczenie relacji terapeutycznej pielęgniarka – pacjent w udzielaniu informacji dotyczących kwestii zarówno medycznych, jak i psychospołecznych. Morow i Conner-Garcia [23] uważają

natomiast, że relacja terapeutyczna ma bardzo istotne znaczenie w zrozumiałym przekazywaniu pacjentowi informacji, zarówno organizacyjnych, jak i dotyczących leczenia. Przeprowadzone badania własne pokazały, że informacje udzielane przez pielęgniarki pozytywnie wpłynęły na poziom wiedzy związanej z chorobą u zdecydowanej większości ankietowanych.

Wnioski

1. Badana grupa pacjentów wysoko oceniła znaczenie relacji terapeutycznej z personelem pielęgniarskim.
2. Wiek, płeć, wykształcenie, a także czas, który upłynął od przeszczepienia nerki i zdiagnozowania choroby, wpływały na poziom zadowolenia z relacji terapeutycznej z personelem pielęgniarskim.
3. Wsparcie informacyjne personelu pielęgniarskiego wywiera istotny wpływ na poczucie bezpieczeństwa i obniżenie lęku pacjentów po transplantacji nerki w trakcie hospitalizacji.

Piśmiennictwo

1. Myśliwiec M. Nefrologia. Warszawa: Medical Tribune Polska; 2017. 358–360.
2. Barański AG. Przeszczepianie nerek. Warszawa: PZWL; 2017. 24–25.
3. Myśliwiec M. Przewlekła choroba nerek. W: Szczeklik A. (red.). Interna Szczeklika. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2012. 1407–1416.
4. Durlik M, Pączek L. Przeszczepianie nerek. W Myśliwiec M. (red.). Choroby nerek. Warszawa: PZWL; 2008. 562–593.
5. Rutkowski B, Król E. Epidemiology of chronic kidney disease in central and eastern Europe Blood Purif. 2008; 26(4): 381–385.
6. Bojanowska M, Hreńczuk M, Jonas M, Małkowski P. Leczenie hemodializami a przeszczepienie nerki w opinii pacjentów oczekujących na transplantację. Pielęg Pol. 2015; 3(57): 278–282.
7. Bojanowska M, Hreńczuk M, Sowińska R, Jonas M, Małtosz B, Małkowski P. Wiedza na temat przeszczepienia nerki u pacjentów oczekujących na transplantację. Probl Pielęg. 2014; 22(4): 420–425.
8. Serwańska-Świątek M, Gozdowska J, Dęborka-Materkowska D, Zygier D. Podstawy leczenia immunosupresyjnego po przeszczepieniu nerki. Terapia 2016; 24(1): 47–52.
9. Wilczek-Rużyczka E. Empathy in the therapeutic relationship between the physician, nurse and patient. New Medicine. 2009; 1: 24–28.
10. Kosowicz M. Poprawna komunikacja drogą do porozumienia. Prz Urol. 2012; 2: 24–30.
11. Jaracz J. Zaburzenia psychiczne i choroby nerek. Psychiatr Dypl. 2010; 7(5): 54–57.
12. Sieradzki A, Górski K. Objawy lękowe i depresyjne a poziom funkcjonowania w grupie osób po przeszczepie nerek i wątroby. Piel Zdr Publ. 2015; 5(3): 239–246.
13. Grochans E, Wieder-Huszla S, Jurczak A, Stanisławska M, Janic E, Szych Z. Wsparcie emocjonalne jako wyznacznik jakości opieki pielęgniarskiej. Probl Hig Epidemiol. 2009; 90(2): 236–239.

14. Syguła K. Błędy w komunikacji. *Mag Pielęg Położ.* 2012; 7–8: 10–11.
15. Pietrzak A, Ograczyk A, Zalewska-Janowska A. Rola skutecznej i empatycznej komunikacji w podnoszeniu jakości życia pacjenta. *Lek Wojsk.* 2016; 4: 419–424.
16. Pluta A, Sulikowska B, Budnik-Szymoniuk M, Basińska-Drozd H. Udział pielęgniarki w opiece nad pacjentem po przeszczepieniu nerki. *Journal of Education, Health and Sport.* 2017; 7(7): 39–47.
17. Wiśniewska L, Paczkowska B, Białobrzieszka B. Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo. *Forum Nefrol.* 2010; 3(1): 63–70.
18. Surmacka J, Motyka M. Problemy w komunikacji klinicznej z pacjentem hospitalizowanym. *Probl Pielęg.* 2015; 23(3): 386–391.
19. Kamińska M, Brodowski J, Bażydło M, Dąbrowska O. Postawy personelu medycznego a poczucie bezpieczeństwa pacjenta. *Fam Med Primary Care Rev.* 2009; 11(4): 881–885.
20. Radecka I, Łopacińska I, Kopański Z, Brukwicka I, Lishchynskyy Y, Rowiński J. Znaczenie komunikacji interpersonalnej w pielęgniarstwie. *JCHC.* 2014; 4: 6–9.
21. Rørtveit K, Sætre B, Leikner I, Joa I, Testad I, Severinsson E. Patients' Experiences of Trust in the Patient – Nurse Relationship – A Systematic Review of Qualitative Studies. *OJN.* 2015; 5: 195–209.
22. Gilbert DA, Hayes E. Communication and outcomes of visits between older patients and nurse practitioners. *Nurs Res.* 2009; 58(4): 283–293.
23. Morrow DG, Conner-Garcia T. Improving comprehension of medication information: implications for nurse – patient communication. *J Gerontol Nurs.* 2013; 39(4): 22–29.

Artykuł przyjęty do redakcji: 12.03.2019.

Artykuł przyjęty do publikacji: 21.05.2019.

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

Adres do korespondencji:

Joanna Owsianowska
ul. Żołnierska 48 budynek 8
Szczecin
tel. 91 4800910
e-mail: jowsian@pum.edu.pl
Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie



WIEDZA I POSTAWY RODZICÓW WOBEC STOSOWANIA SZCZEPIEŃ ZALECANYCH I SKOJARZONYCH U DZIECI DO 3. ROKU ŻYCIA W WOJEWÓDZTWIE MAŁOPOLSKIM

PARENTS' KNOWLEDGE OF RECOMMENDED AND COMBINED VACCINATIONS FOR CHILDREN UP TO THE THIRD YEAR OF AGE AS WELL AS THEIR ATTITUDES TOWARDS THE VACCINATIONS IN THE MALOPOLSKA PROVINCE

Justyna Lucyna Janosz¹, Renata Jadwiga Łukasik^{2, a}

¹ Szpital Psychiatryczny w Andrychowie

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

^a <https://orcid.org/0000-0002-9962-5144>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.3>

STRESZCZENIE

Wstęp. Szczepienia ochronne są najskuteczniejszą metodą zapobiegania chorobom zakaźnym. Większa liczba zaszczepionych osób to wzrost odporności populacyjnej. Dzięki wprowadzeniu szczepień zalecanych i wysokoskojarzonych można uodpornić dzieci na większą liczbę groźnych chorób zakaźnych. Realizacja tych szczepień uzależniona jest od decyzji rodziców.

Cel. Przedmiotem badań była ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na wiedzę i postawy rodziców zamieszkałych w Andrychowie wobec szczepień zalecanych i wysoko skojarzonych wśród dzieci do 3. roku życia.

Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 100 rodziców dzieci do 3. roku życia. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Większość rodziców decyduje się na zakupienie szczepienia wysoko skojarzonego, 41% wybrało szczepionkę pentawalentną, 25% heksawalentną. Pozytywny stosunek do szczepień zalecanych prezentowało 60% ankietowanych. Najczęściej wybierane są szczepienia przeciw rotawirusom (57%), pneumokokom (57%) oraz meningokokom (31%). Rodzice dzieci szczególnie narażonych chętnie korzystają z refundowanego szczepienia pentawalentnego oraz przeciw *Streptococcus pneumoniae*.

Wnioski. 1) Wykształcenie, sytuacja materialna rodziny oraz liczba posiadanych dzieci nie mają istotnego wpływu na decyzję rodziców o zakupie szczepień zalecanych. 2) Większość rodziców decydujących się na zakup szczepienia zalecanego decyduje się również na zakup szczepienia skojarzonego. 3) Głównymi powodami rezygnacji z zakupu szczepień zalecanych i skojarzonych są brak przekonania co do skuteczności tych szczepień, obawa przed skutkami ubocznymi, wysoka cena preparatu oraz brak uprzedzenia do podania dzieciom wielu iniekcji w trakcie jednej wizyty szczepiennej.

SŁOWA KLUCZOWE: dziecko, rodzice, szczepienie.

ABSTRACT

Introduction. Prophylactic vaccination is the most effective method of preventing contagious diseases. The larger the number of vaccinated ones, the higher the population immunity. Thanks to the introduction of recommended and highly combined vaccinations, children may be made immune to a larger number of contagious diseases. The vaccination depends on the decision of the parents.

Aim. The object of the research was the assessment of the influence of the selected social and demographic factors on the knowledge of recommended and highly combined vaccinations for children up to the third year of age as well as attitudes towards the vaccinations among the parents residing in Andrychów.

Material and methods. The research covered a group of 100 parents of children of up to the third year of age. A proprietary questionnaire was used in the research.

Results. Most parents decide to purchase highly combined vaccines, 41% chose a pentavalent vaccine, and 25% a hexavalent one. The positive attitude to recommended vaccinations was expressed by 60% of the respondents. The vaccines most frequently selected were ones against rotavirus infections (57%), pneumococcal diseases (57%) and meningococcal diseases (31%). The parents of particularly exposed children gladly availed of the refunded pentavalent vaccination and vaccines against *Streptococcus pneumoniae*.

Conclusions. 1) Education, financial standing of the family or the number of children possessed have no significant influence on the decision of the parents to buy the recommended vaccines. 2) Most parents deciding to buy the recommended vaccines also decide to buy combined vaccines. 3) The main reasons for resignation from the recommended and combined vaccines include: lack of conviction as to the effectiveness of the vaccination, fear of side effects, high price of the preparation, and prejudice against making multiple injections in children during one vaccination visit.

KEYWORDS: child, parents, vaccination.

Wstęp

Zasady realizacji programu obowiązkowych szczepień ochronnych każdego roku zostają określone w Komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych. Dokument ten omawia rodzaje szczepień, podmioty im podlegające, czyli dzieci i młodzież według wieku oraz osoby narażone na zakażenie w sposób szczególny, czas, w którym szczepienie powinno być wykonane. Dokument zawiera charakterystykę stosowanej szczepionki, nie podaje jednak żadnej konkretnej nazwy lub producenta [1]. Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi, obowiązkowe szczepienia ochronne są finansowane ze środków publicznych, także dla osób nieposiadających ubezpieczenia. Koszt zakupu zalecanego szczepienia ochronnego ponosi zainteresowany [2]. Akty prawne regulujące przeprowadzanie szczepień ochronnych w Polsce to między innymi Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, Ustawa z dnia 27 lipca 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi [2–3]. Zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych dzieci do 3. roku życia powinny być zaszczepione przeciwko siedmiu chorobom zakaźnym, takim jak gruźlica, WZW B, błonica, tężec, krztusiec, *Poliomyelitis* oraz *Hameophilus influenzae typu B* [4]. W 1993 r. powstała możliwość korzystania z wysokoskrajzonego preparatu zawierającego różne antygeny podawane jednocześnie, uodporniającego przeciw pięciu chorobom, takim jak: błonica, tężec, krztusiec, poliomyelitis i *Haemophilus influenzae* typu b. Następnie została opracowana szczepionka 6 w 1 uodporniająca przed wyżej wymienionymi chorobami oraz WZW typu B [5–6]. Szczepienia zalecane, włączone do programu szczepień ochronnych, są dla całej populacji lub tylko grupy osób narażonych na zakażenie w sposób szczególny. W chwili obecnej wśród szczepień zalecanych znajduje się szczepionka przeciwko rotawirusom, wywołującym biegunki zakaźne u niemowląt i dzieci do 5. roku życia [1, 7], szczepienie przeciwko ospie wietrznej zapobiegające przechorowaniu ospy, kolejne jest szczepienie przeciwko grypie (można zastosować u dziecka od 6. miesiąca życia w jednorazowej dawce), która uodparnia w danym sezonie chorobowym [1, 4]. Możemy również zaszczepić dziecko przeciwko meningokokom: szczepienie wykonuje się w 2. miesiącu życia dziecka prepa-

ratem monowalentnym przeciwko serogrupie A lub C. Przy wyborze innego rodzaju szczepionki zalecany wiek to 12 miesięcy lub 2 lata [1,4]. Szczepienie przeciwko WZW A zalecane jest dla dzieci w wieku przedszkolnym i starszym, które nie chorowały do tej pory. Cykl szczepienia wymaga podania 2 dawek, najwcześniej w 13. miesiącu życia [1, 4]. Zaleca się także szczepienie przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu, szczególnie osobom przebywającym w rejonach wzmożonego występowania choroby [4]. Jedynie 3% rodziców mających dzieci podaje, że ich dziecko przynajmniej jeden raz nie zostało poddane obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu. Pokrywa się to z danymi Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH, według których szczepienia ochronne wykonywane są u 97–99% populacji objętej obowiązkiem szczepienia [8]. W 2018 roku odnotowano 40,3 tys. uchyleń od szczepień, o jedną trzecią więcej niż w 2017 r. [9]. Dane europejskie pokazują, że stosunek poszczególnych państw do problematyki realizacji szczepień jest różny. W krajach skandynawskich, takich jak Norwegia i Finlandia, są jedne z najwyższych wskaźników szczepień. Słowenia ma jeden z najbardziej ostrych systemów szczepień (9 szczepień obowiązkowych). W większości krajów szczepienia są dobrowolne, ale należy zaszczepić dziecko przed przyjęciem do placówki edukacyjnej [10].

Cel

Przedmiotem badań była ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na wiedzę i postawy rodziców zamieszkałych w Andrychowie wobec szczepień zalecanych i wysoko skojarzonych wśród dzieci do 3. roku życia.

Materiał i metody

Anonimowe badanie ankietowe zostało przeprowadzone wśród 100 rodziców dzieci do 3. roku życia, zamieszkałych w Andrychowie. Badania były prowadzone od 8 czerwca do 10 sierpnia 2017 roku. Wśród ogólnej liczby badanych zdecydowana większość to były kobiety 81% (n = 81); 45% (n = 45) respondentów deklarowało zamieszkanie w mieście, a 55% (n = 55) na wsi; 28% (n = 28) ankietowanych było w wieku do 25 lat, najwięcej, bo 37% (n = 37) badanych mieściło się w przedziale od 26. do 30. roku życia. Najlicniejsza grupa badanych – 52% (n = 52) – legitymowała się wykształceniem średnim, a 29% (n = 29) wyższym. Większość badanych rodziców – 59% (n = 59) – posiadało dobrą sytuację materialną, a bardzo dobrą 13% (n = 13) rodziców; 53% (n = 53) ankietowanych posiadało jedno dziecko, 30% (n = 30) rodziców miało dwoje dzieci, a 17% (n = 17) – troje lub więcej (**Tabela 1**).

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy
Table 1. Social and demographic characteristics of the study group

Badana cecha/ Studied characteristics		Ogółem/ Total N = 100	
		n	%
Płeć/ Sex	Kobieta/ Female	81	81
	Mężczyzna Male	19	19
Miejsce zamieszkania/ Place of residence	Miasto/ City/town	45	45
	Wieś/ Village	55	55
Wiek/ Age	Do 25 lat/ Up to 25 years	28	28
	26–30 lat/ 26–30 years	37	37
	31–35 lat/ 31–35 years	25	25
	Powyżej 36 lat/ Above 36 years	10	10
Wykształcenie/ Education	Podstawowe/ Basic	3	3
	Zawodowe/ Vocational	16	16
	Średnie/ Secondary	52	52
	Wyższe/ Higher	29	29
Sytuacja materialna/ Financial standing	Zła/ Bad	1	1
	Przeciętna/ Average	27	27
	Dobra/ Good	59	59
Liczba dzieci/ Number of children	Bardzo dobra/ Very good	13	13
	1	53	53
	2	30	30
	3 i więcej/ 3 and more	17	17

N: liczba badanych/N: number of respondents; n: liczebność w grupie/n: number of people in a group;

Źródło: opracowanie: własne
Source: author's own analysis

Metodą badań był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Udział rodziców w badaniu był całkowicie dobrowolny. Część ogólnej ankiety zawierała pytania dotyczące charakterystyki socjodemograficznej grupy respondentów: płeć, miejsce zamieszkania, wiek, wykształcenie, sytuacja materialna, ogólna liczba posiadanego potomstwa oraz wiek i liczba dzieci do trzeciego roku życia. Część szczegółowa ankiety składała się z jedenastu pytań dotyczących obecności w rodzinie dziecka urodzonego przedwcześnie, z niską masą urodzeniową lub chorobą przewlekłą; pytano, czy dziecko to zaszczepiono

bezpłatną szczepionką oraz, czy rodzice wiedzieli, że istnieje taka możliwość. Kolejne pytania dotyczyły wykupienia przez rodziców któregośkolwiek ze szczepień zalecanych lub wysoko skojarzonych. Pytano o źródło informacji na temat szczepień zalecanych, a także o powody skłaniające do wykupienia szczepienia zalecanego lub skojarzonego. Wyniki badań opracowano za pomocą programu Excel Windows oraz przeprowadzono analizę statystyczną. Istotność korelacji pomiędzy zmiennymi o charakterze nominalnym badano za pomocą testu niezależności chi kwadrat. W analizie statystycznej przyjęto poziom istotności $p = 0,05$. Analizy wykonano za pomocą programu SPSS Statistics 24.0.0. oraz pakietu Office 2016.

Wyniki

Wśród 100 ankietowanych 10 osób zadeklarowało posiadanie dziecka urodzonego przedwcześnie, z niską masą urodzeniową, chorobą przewlekłą lub wadą wrodzoną. W grupie badanych, którzy posiadali dziecko przedwcześnie urodzone lub z chorobą przewlekłą, wszystkie osoby wiedziały o możliwości zaszczepienia dziecka bezpłatną szczepionką przeciwko *Streptococcus pneumoniae* oraz skojarzonym preparatem szczepionkowym 5 w 1. Skorzystało z tej możliwości 70% respondentów w przypadku szczepienia przeciwko *Streptococcus pneumoniae*. W przypadku refundowanego preparatu pięcioskładnikowego 70% ankietowanych potwierdziło zaszczepienie dziecka, 20% nie zaszczepiło, a 1 respondent zadeklarował wykupienie preparatu wysoko skojarzonego 6 w 1. Czwooro rodziców z dziesięciu, którzy posiadali dziecko przedwcześnie urodzone lub z chorobą przewlekłą zdecydowało się na zakupienie dodatkowego szczepienia zalecanego, 3 ankietowanych wybrało szczepienie przeciwko rotawirusom, a 1 rodzic wybrał szczepienie przeciwko *Neisseria meningitidis* (Tabela 2).

Tabela 2. Realizacja szczepień zalecanych u dzieci urodzonych przedwcześnie, z niską masą urodzeniową, chorobą przewlekłą lub wadą wrodzoną

Table 2. Recommended vaccinations in children born premature, with low birth weight, a chronic disease or congenital anomaly

Realizacja szczepień zalecanych/ Recommended vaccinations administered	n	%
Rotawirusy/Rotavirus infection	3	30,0
Meningokoki/Meningococcal disease	1	10,0
Nie wykupiono szczepienia zalecanego/ Recommended vaccination not purchased	6	60,0

n: liczba osób/n: number of respondents;

Źródło: opracowanie: własne
Source: author's own analysis

Motywy zakupu dodatkowego szczepienia zalecanego była obawa przed zachorowaniem dziecka i powikłaniami. Natomiast jako powód rezygnacji z zakupu 67% rodziców podało obawę przed skutkami ubocznymi szczepienia, 50% podało brak środków finansowych, inne odpowiedzi to brak wiedzy na temat szczepionek zalecanych, brak przekonania co do sensu szczepienia, negatywna postawa wobec szczepień obowiązkowych i zalecanych. Rodzice, którzy nie zdecydowali się na zaszczepienie dziecka preparatem skojarzonym, jako powód podali, że otrzymywanie przez niemowlę trzech iniekcji w czasie jednej wizyty szczepiennej nie stanowi problemu. Problemem dla respondentów nie była zbyt wysoka cena preparatu. Z grupy 90 respondentów, posiadających zdrowe dzieci, którym nie przysługiwały refundowane szczepienia, 59 (66%) zadeklarowało zaszczepienie dziecka szczepionką skojarzoną, z czego 41% (37) rodziców wybrało szczepionkę pięciowalentną, a 25% (22) sześciowalentną, 34% (31) ankietowanych wybrało refundowany schemat szczepień.

Grupa 32% (29) respondentów ze średnim wykształceniem wybrała preparaty pięcio i sześciokomponentowe do zaszczepienia dzieci, 21% (19) rodziców z wyższym wykształceniem wybrało płatny schemat szczepienia. Poziom wykształcenia nie miał istotnego wpływu na

kupowanie przez respondentów szczepionek skojarzonych, co potwierdzają wartości testu chi-kwadrat ($\chi^2 = 0,696$; $p = 0,706$) (Tabela 3).

Wśród respondentów z przeciętną sytuacją materialną 16% (14) potwierdziło zakup szczepionki wysokoskojarzonej, 38% (34) osób deklarujących dobrą sytuację zaszczepiło dziecko preparatem pięcio- lub sześciokomponentowym, 12% (11) ankietowanych z bardzo dobrą sytuacją materialną wybrało płatny schemat. Sytuacja materialna rodziców nie różnicowała istotnie podejmowania przez nich decyzji o zakupie odpłatnych szczepionek skojarzonych, na co wskazują wartości testu chi-kwadrat ($\chi^2 = 5,018$; $p = 0,081$) (Tabela 4).

Rodzice deklarujący posiadanie jednego dziecka zdecydowali się na wysokoskojarzone preparaty – 34% (30 osób), również 19% ankietowanych z dwojgiem dzieci wybrało płatny schemat szczepień, a 10% pozostało przy opcji refundowanej, 13% rodzin posiadających troje i więcej dzieci zakupiło skojarzone preparaty szczepionkowe. Nie odnotowano istotnego związku pomiędzy liczbą dzieci posiadanych przez respondentów a zakupem szczepionek skojarzonych, co potwierdzają wartości testu chi-kwadrat ($\chi^2 = 1,534$; $p = 0,464$) (Tabela 5).

Tabela 3. Zakup szczepionek skojarzonych a wykształcenie badanych

Table 3. Purchase of combined vaccines depending on the level of education of the respondents

		Wykształcenie/ Education			
		Podstawowe/ Zawodowe Basic/vocational	Średnie/ Secondary	Wyższe/ Higher	
Czy wykupił (a) Pan/Pani szczepionkę skojarzoną? Have you purchased a combined vaccine?	Tak/ Yes	Liczebność/Number	13	33	21
		% ze zmiennej w wierszu/% of variable in the row	19,4%	49,3%	31,3%
		% ze zmiennej w kolumnie/% of variable in the column	68,4%	63,5%	72,4%
	Nie/ No	Liczebność/Number	6	19	8
		% ze zmiennej w wierszu/% of variable in the row	18,2%	57,6%	24,2%
		% ze zmiennej w kolumnie/% of variable in the column	31,6%	36,5%	27,6%
Test niezależności chi-kwadrat/Chi-square test of independence			$\chi^2 = 0,696$; $p = 0,706$		

Źródło: opracowanie: własne
Source: author's own analysis

Tabela 4. Zakup szczepionek skojarzonych a sytuacja materialna rodziny
Table 4. Purchase of combined vaccines depending on the financial standing of the family

		Sytuacja materialna/ Financial standing			
		Zła/Przeciętna Bad/average	Dobra/Good	Bardzo dobra/ Very good	
Czy wykupił (a) Pan/Pani szczepionkę skojarzoną? Have you purchased a combined vaccine?	Tak/ Yes	Liczebność/Number	16	39	12
		% ze zmiennej w wierszu/% of variable in the row	23,9%	58,2%	17,9%
		% ze zmiennej w kolumnie/% of variable in the column	57,1%	66,1%	92,3%
	Nie/ No	Liczebność/Number	12	20	1
		% ze zmiennej w wierszu/% of variable in the row	36,4%	60,6%	3,0%
		% ze zmiennej w kolumnie/% of variable in the column	42,9%	33,9%	7,7%
Test niezależności chi-kwadrat/Chi-square test of independence			$\chi^2=5,018$; p=0,081		

Źródło: opracowanie: własne
 Source: author's own analysis

Tabela 5. Zakup szczepionek skojarzonych a liczba posiadanych dzieci
Table 5. Purchase of combined vaccines depending on the number of children possessed

		Liczba dzieci/ Number of children			
		Jedno/ One	Dwoje/ Two	Troje i więcej/ Three and more	
Czy wykupił (a) Pan/Pani szczepionkę skojarzoną? Have you purchased a combined vaccine?	Tak/ Yes	Liczebność/Number	33	20	14
		% ze zmiennej w wierszu/% of variable in the row	49,3%	29,9%	20,9%
		% ze zmiennej w kolumnie/% of variable in the column	62,3%	69,0%	77,8%
	Nie/ No	Liczebność/Number	20	9	4
		% ze zmiennej w wierszu/% of variable in the row	60,6%	27,3%	12,1%
		% ze zmiennej w kolumnie/% of variable in the column	37,7%	31,0%	22,2%
Test niezależności chi-kwadrat/Chi-square test of independence			$\chi^2=1,534$; p=0,464		

Źródło: opracowanie: własne
 Source: author's materials.

Rodzice przed 25. rokiem życia w porównaniu z grupą starszych rodziców nie zdecydowali się na zakup szczepionek skojarzonych, była to różnica istotna statystycznie ($p = 0,014$).

Badani, którzy nie skorzystali z zakupu wieloskładnikowego preparatu, jako powody podawali wysoką cenę preparatu – 61% (19 osób), 52% (16 osób) nie widziało problemu w podaniu niemowlęciu trzech iniekcji

w trakcie jednej wizyty szczepiennej, a 29% (9 osób) uważa, że refundowany program szczepień jest bezpieczniejszy i skuteczniejszy. Do wykupienia preparatu wieloskładnikowego (52) 88% osoby skłoniła mniejsza liczba iniekcji, (18) 30% osób mniej wizyt w przychodni, mniejszą liczbą odczynów poszczepiennych sugerowało się (24) 27% badanych, mniej bólu i stresu wybrało sugerowało 19% rodziców.

Tabela 6. Zakup szczepionek skojarzonych w zależności od wieku respondentów
Table 6. Purchase of combined vaccines depending on the age of respondents

		Wiek/Age				
		Do 25 lat/ Up to 25 years	26–30 lat/ 26–30 years	31–35 lat/ 31–35 years	Powyżej 35 lat/ Above 35 years	
Czy wykupiła Pani/Pan szczepionkę skojarzoną? <i>Have you purchased a combined vaccine?</i>	Tak/ Yes	Liczebność/Number	12	29	18	8
		% ze zmiennej w wierszu/ % of variable in the row	17,9%	43,3%	26,9%	11,9%
		% ze zmiennej w kolumnie/ % of variable in the column	42,9%	78,4%	72,0%	80,0%
	Nie/ No	Liczebność/Number	16	8	7	2
		% ze zmiennej w wierszu/ % of variable in the row	48,5%	24,2%	21,2%	6,1%
		% ze zmiennej w kolumnie/ % of variable in the column	57,1%	21,6%	28,0%	20,0%
Test niezależności chi-kwadrat/ <i>Chi-square test of independence</i>		$\chi^2=10,595$; $p=0,014$				

Źródło: opracowanie: własne
Source: author's own analysis

Wśród szczepień zalecanych największa liczba dzieci została uodporniona przeciwko pneumokokom – 57% rodziców ankietowanych. W tym 28% rodziców podało, że dziecko otrzymało tę szczepionkę jako refundowaną z powodu urodzenia po 1 stycznia 2017 roku. Natomiast 57% (31) rodziców zakupiło dla dziecka szczepionkę przeciwko rotawirusom, 31% rodziców zdecydowało się na zakup szczepionki przeciwko meningokokom, 6% przeciwko WZW typu A, 20% uodporniło dzieci na ospę wietrzną. Szczepionkę przeciwko grypie wykupiło 11% rodziców (**Tabela 7**).

Tabela 7. Rodzaje zakupionych szczepionek zalecanych przez badanych rodziców
Table 7. Types of recommended vaccines purchased by the responding parents

Rodzaj szczepienia zalecanego/ <i>Type of recommended vaccine</i>	n	%
Kleszczowe zapalenie mózgu/ <i>Tick-borne encephalitis</i>	3	6,0
Grypa/ <i>Influenza</i>	6	11,0
Ospa wietrzna/ <i>Varicella</i>	11	20,0
WZW typu A/ <i>Hepatitis A</i>	3	6,0
Meningokoki/ <i>Meningococcal disease</i>	17	31,0
Pneumokoki/ <i>Pneumococcal disease</i>	31	57,0
Rotawirusy/ <i>Rotaviruses</i>	31	57,0

n: liczba osób/n: number of respondents;

Źródło: opracowanie: własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny stan zaszczepienia dzieci w Polsce waha się od 96 do 98% [11]. Eliminacja choroby zakaźnej jest możliwa przy 90% uodpornieniu populacji, a obniżenie tej wartości do 80% skutkuje nawrotem epidemii [12]. Istotna jest także kwestia odporności „zbiorowiskowej”, która zabezpiecza osoby niemogące poddać się szczepieniom ochronnym [13]. Są to powody wskazujące na konieczność monitorowania postaw rodziców wobec programu szczepień ochronnych. W badaniach własnych, gdzie analizowano postawy rodziców dzieci do 3. roku życia wobec szczepień zalecanych, ankietowani posiadający dziecko urodzone przedwcześnie, z niską masą urodzeniową poniżej 2500 gram, wadą wrodzoną lub chorobą przewlekłą, w większości (70%) mieli pozytywny stosunek do refundowanego szczepienia przeciwko *Streptococcus pneumoniae* oraz szczepionki pentawalentnej. W badaniach własnych jedynie 40% rodziców dzieci szczególnie narażonych wykupiło dodatkowe szczepienie zalecane. Według Snyczewskiej i wsp. [14], którzy w 2008 r. przeprowadzili badania w grupie 153 rodziców dzieci będących pod opieką poradni neurologicznej, tylko 11% ankietowanych zdecydowało się na szczepienia zalecane, a jako przyczynę braku decyzji zadeklarowali obawę przed niepożądanym odczynem poszczepiennym. Z badań własnych wynika, że 66% ankietowanych zdecydowało się na zaszczepienie dziecka szczepionką skojarzoną. Pomian-Osiak i wsp. [15], w badaniach obejmujących 100 rodziców dzieci do 2. roku życia, przeprowadzonych w Białymstoku

w 2012 r., stwierdzili, że 76% rodziców wybrało preparat skojarzony, 23% z nich zdecydowało się na szczepionkę 5 w 1, natomiast 53% 6 w 1. Pieszka i wsp. [16], na podstawie badań przeprowadzonych w 2015 r. w Cieszynie wśród rodziców dzieci do 2. roku życia, prezentują podobne dane. Według nich 64% respondentów wybiera preparaty skojarzone, z czego 78% wybiera szczepionkę pięcioskładnikową, a 22% sześcioskładnikową. W badaniach Leszczyńskiej i wsp. [17], w grupie 96 rodziców dzieci w wieku od 2. miesiąca do 3. roku życia, jedynie 32% rodziców wybierało płatną szczepionkę, 19% 5 w 1, a 13% 6 w 1. Z badań własnych wynika, że istotny wpływ na zakup szczepionek skojarzonych ma wiek ankietowanych: osoby do 25. roku życia nie decydowały się lub rzadko się decydowały na zakup szczepionek skojarzonych. W badaniach wykazywano zależność między wykształceniem, sytuacją materialną oraz liczbą posiadanych dzieci a zakupem szczepionek skojarzonych. Pomian-Osiak [15] w swoich badaniach wykazała zależność między wiekiem ankietowanych a stosowaniem odpłatnej szczepionki. Zwróciła również uwagę na wpływ wykształcenia na podjęcie decyzji o zakupie szczepionki odpłatnej. Z badań własnych wynika, że rodziny posiadające jedno dziecko częściej decydują się na płatne szczepionki skojarzone niż rodziny wielodzietne. Taką samą zależność zauważyła w swoich badaniach Kochman i wsp. [18], badając grupę 110 matek w celu uzyskania informacji na temat czynników, jakie wpływają na decyzję o zakupie szczepień ochronnych.

W badaniach własnych głównym powodem najczęściej skłaniającym do zakupu szczepionki skojarzonej była mniejsza liczba iniekcji – 88% badanych, co było powiązane z mniejszym bólem i stresem u dziecka. Według badań Bernatowskiej [19] (badania w grupie 1002 rodziców) 79,1% rodziców chce zaoszczędzić dziecku bólu, 56% nie zgadza się na 3 iniekcje w trakcie jednej wizyty szczepiennej, a jedynie 1,7% uważa szczepionki skojarzone za bezpieczniejsze. Kiełducka i wsp. [3], na podstawie badań obejmujących 100 rodziców, stwierdziła, że 64% osób chce zaoszczędzić dziecku bólu, a 48% chce zminimalizować ilość wizyt w poradni.

Badania własne oraz prace innych autorów pokazały, że głównym powodem rezygnacji rodziców z zakupu szczepionki skojarzonej była zbyt wysoka cena preparatu. Kolejnym powodem wskazanym przez 52% osób (badania własne) był brak uprzedzeń do otrzymania przez dziecko wielu iniekcji, 29% ankietowanych (badania własne) uważało, że refundowany program szczepień jest bezpieczniejszy i bardziej skuteczny. Taki sam powód podała Pieszka i wsp. [16], wskazując w swojej publikacji na wysoką cenę szczepionki. Podobne dane w swoich badaniach uzyskała Bernatowska [19], poda-

jąc jako przyczynę rezygnacji ze szczepienia skojarzonego jego wysoką cenę, zaś jedynie 3,8% osób uważało refundowany program szczepień za bezpieczniejsze.

Badania własne pokazały, że większość rodziców, bo aż 60%, decyduje się na zakupienie któregoś ze szczepień zalecanych. Najbardziej popularne jest uodpornienie dzieci przeciwko biegunce rotawirusowej, następnie przeciwko pneumokokom – to szczepienie wybrało 29% badanych, przeciw meningokokom – 31%, w dalszej kolejności przeciwko ospie wietrznej, grypie, przeciwko WZW typu A i kleszczowemu zapaleniu mózgu. Inne dane podaje Pieszka i wsp. [16], według których tylko 46% ankietowanych decyduje się na szczepienia zalecane, a najpopularniejsze jest szczepienie przeciwko pneumokokom (77,6%). 17,2% badanych wybrało szczepienie przeciwko rotawirusom, 15,5% zaszczepiło dziecko przeciwko żółtacze typu A, dalej w kolejności: przeciwko grypie, ospie wietrznej i meningokokom oraz kleszczowemu zapaleniu mózgu. W badaniach Kiełduckiej i wsp. [3] 92% rodziców zdecydowało się na zakup szczepienia zalecanego. Najbardziej popularne było szczepienie przeciw pneumokokom, następnie przeciwko biegunce rotawirusowej oraz przeciwko meningokokom. Odmienne dane prezentuje w swoich badaniach przeprowadzonych w 2012 r. w grupie 123 respondentów Gawlik i wsp. [13], gdzie tylko 39,8% ankietowanych wybrało płatną szczepionkę zalecaną, a najpopularniejsze było szczepienie przeciw pneumokokom, meningokokom, grypie oraz szczepienie przeciw rotawirusom. Według Pomian-Osiak i wsp. [15] 59% rodziców podjęło się zakupu szczepionek zalecanych, w tym 76% badanych zdecydowało się na uodpornienie dzieci przeciw pneumokokom, 40% przeciw meningokokom, a jedynie 6% przeciw rotawirusom. W badaniach Jaroszewskiej i wsp. [20], w latach 2012–2013 w grupie 120 rodziców 37% ankietowanych zadeklarowało zakup szczepienia przeciw pneumokokom, 23% przeciw rotawirusom oraz po 17% przeciw ospie wietrznej i meningokokom.

W badaniach własnych analizowano powody skłaniające rodziców do zakupu szczepienia zalecanego. 87% respondentów obawiało się choroby i wystąpienia jej powikłań u dziecka, 28% uległo sugestii lekarza lub pielęgniarki, a 9% zrobiło to dzięki poradom bliskich osób. Opinię tą podziela w swojej pracy Kiełducka i wsp. [3], pisząc, że dla 54% rodziców wybierających szczepienie znaczenie miała ochrona dziecka przed zachorowaniem, a dla 34% sugestia lekarza. Takiego samego zdania jest Pieszka i wsp. [16], która wykazała, że dla 98,3% rodziców najważniejsze było uniknięcie choroby. Badania ankietowe własne ujawniły powody, dla których rodzice rezygnują ze szczepień zalecanych: 64%

za przyczynę rezygnacji ze szczepienia zalecanego po- dało brak przekonania co do sensu uodpornienia dziec- ka, 33% respondentów obawiało się niepożądanych od- czynów poszczepiennych, 28% nie posiadało środków finansowych na ten cel, 14% nie posiadało wiedzy na ten temat. W badaniach Pomian-Osiak i wsp. [15] 25% respondentów zrezygnowało ze szczepień zalecanych z powodu zbyt wysokiej ceny szczepionek, 9% osób uwa- żało, że ilość szczepionek otrzymywanych przez dziecko jest zbyt duża. W badaniach własnych analizowano rów- nież źródła informacji na temat szczepień: 61% respon- dentów wskazało lekarza pediatrę jako źródło informacji, w następnej kolejności respondenci wskazali pielęgniarkę i położną, 39% osób czerpało wiedzę z broszur infor- macyjnych i Internetu. Według badań Bernatowskiej [19] dla 87,9% ankietowanych źródłem wiedzy był lekarz lub pielęgniarka, następnie 34,6% ankietowanych wskazało Internet. Podobne wyniki uzyskała Kochman i wsp. [18], wskazując jako główne źródła wiedzy kolejno lekarza, pielęgniarkę, położną oraz w 15,5% środki społecznego przekazu. Niepokojące dane opublikowała Pomian-Osiak i wsp. [15], według których jedynie 5% ankietowanych uzyskało wiedzę o szczepieniach od położnej. Podobie- nie dane w swoich badaniach uzyskała Faleńczyk i wsp. [21]: jedynie 5,6% respondentów jako źródło wiedzy o szczepieniach ochronnych wskazało położną, której obowiązkiem jest edukacja kobiet od 21. tygodnia ciąży oraz propagowanie szczepień w trakcie wizyt patrona- żowych.

Wnioski

1. Wykształcenie, sytuacja materialna rodziny oraz liczba posiadanych dzieci nie mają istot- nego wpływu na decyzję rodziców o zakupie szczepień zalecanych.
2. Większość rodziców decydujących się na zakup szczepienia zalecanego decyduje się również na zakup szczepienia skojarzonego.
3. Głównymi powodami rezygnacji z zakupu szczepień zalecanych i skojarzonych są brak przekonania co do skuteczności tych szcze- pień, obawa przed skutkami ubocznymi, wy- soka cena preparatu oraz brak uprzedzenia do podania dzieciom wielu iniekcji w trakcie jednej wizyty szczepiennej.

Piśmiennictwo

1. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 4 stycz- nia 2017 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2017. Dz. Urz. MZ z 2017 r. poz. 1.
2. Kubiak B. Zagadnienia prawne. Med Prakt – Suplement „Szczepienia” 2010; 2: 50–53.

3. Kiełducka A, Tarka P. Ruchy antyszczepionkowe, poziom wykształcenia rodziców a wykonywanie szczepień u dzieci. *Zakażenia*. 2016; 16 (3): 80–85.
4. Szczepienia. Info. PZH. Narodowy Instytut Zdrowia Publicz- nego. Wszystko o szczepieniach. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/> [dostęp: 20. 01. 2018].
5. Zepp F, Schmitt H, Cleerbaut J. (wsp). Review of 8 years of experience with Infanrix hexa (DTPa-HBV-IPV/Hib hexava- lent vaccine). *Expert Rev Vaccines* 2009; 8(6): 663–679.
6. Pacheco O, Calle O, Rial G. (wsp). New perspectives for hexavalent vaccines. *Vaccine*. 2018.Aug28;36(36):5485-5494. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28676382> [dostęp: 20. 01. 2018].
7. Malinowska M, Włoszczak-Szubzda A. Ocena wiedzy ro- dziców na temat szczepień zalecanych u dzieci. *AZICH*. 2007; 2(1): 39–46.
8. Polacy o obowiązku szczepienia dzieci. CBOS – Komunikat z badań, Warszawa, 2017; Nr 100:2 https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_100_17.PDF [dostęp:12.05.2019].
9. Szczepienia. Info. PZH. Narodowy Instytut Zdrowia Pu- blicznego. Jaka jest liczba uchyleń dotyczących szczepień obowiązkowych. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2019/04/Infografika-Uchylenia-do-2018-EIW.png> [dostęp: 12.05.2019].
10. Szczepienia. Info. PZH. Narodowy Instytut Zdrowia Publicz- nego. Jak wygląda obowiązek szczepień w różnych kra- jach? <http://szczepienia.pzh.gov.pl/o-portalu/polityka-pry- watności> [dostęp: 12.05.2019].
11. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Za- kład Higieny. Meldunki z rocznych sprawozdań ze szcze- pień ochronnych za rok 2016 w Polsce. http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2016/Sz_2016.pdf [dostęp: 30.03.2018].
12. Słopiecka A, Kwiecień E. Przyczyny negatywnych postaw ludności wobec szczepień. *HYG*. 2014; 49(4): 685–689.
13. Gawlik K, Wos H, Waksmańska W, Łukasik R. Opnie rodzi- ców na temat szczepień ochronnych u dzieci. *Med Og Nauk o Zdr*. 2014; 20(4): 360–364.
14. Snyczewska E, Drobik-Wąsiewicz K, Żelazowska E, Chleb- na-Sokół D. Realizacja szczepień ochronnych u dzieci po- zostających pod opieką Poradni Neurologicznej. *Prz Pe- diatr* 2009; 39(2): 117–121.
15. Pomian-Osiak A, Owłasiuk A, Gryko A. (wsp.). Szczepie- nia dzieci w wieku 0–2 lat szczepionkami skojarzonymi i za- lecanymi – ocena częstości stosowania i wiedzy rodziców. *Probl Med Rodz*. 2014; 3: 18–27.
16. Pieszka M, Waksmańska W, Woś H. Wiedza rodziców dzie- ci do drugiego rok życia na temat szczepień ochronnych. *Med Og Nauk Zdr*. 2016; 22(3): 221–226.
17. Leszczyńska K, Borkowsta E, Irzyniec T. Postawa rodziców wobec szczepień ochronnych. Dobrostan, a rozwój i zdrowie dzieci i młodzieży. http://www.neurocentrum.pl/dcten/wpcon- tent/uploads/leszczynska_k1p.p f [dostęp: 20.03.2018].
18. Kochman D, Rudzińska T. Znaczenie edukacji rodziców w kontekście szczepień obowiązkowych i zlecanych u dzie- ci do 2. roku życia. *Probl Pielęg*. 2008; 16(1,2): 163–172.
19. Bernatowska E. Szczepionki wysokoskojarzone – nowy plan strategiczny dla szczepień obowiązkowych w Progra- mie Szczepień Ochronnych. *Stand Med, Pediatr*. 2011; 8: 100–113.
20. Jaroszevska K, Marciniak A, Gawlak M, Życińska K, Wa- rydyn K, Nitsch-Osuch A. Postrzeganie aktywności ruchów antyszczepionkowych przez rodziców małych dzieci. *Post Nauk Med*. 2014; 27 (9): 617–621.

21. Faleńczyk K, Piekarska M, Pluta A, Basińska H. Czynniki wpływające na postawy rodziców wobec szczepień ochronnych u dzieci. *Post Nauk Med.* 2016; 29(6): 380–385.

Artykuł przyjęty do redakcji: 20.02.2019.

Artykuł przyjęty do publikacji: 18.06.2019.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Renata Jadwiga Łukasik

ul. Willowa 2

43-300 Bielsko-Biała

tel. 33 8279403

e-mail: rlukasik@ath.bielsko.pl

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



SKALA WYDOLNOŚCI OPIEKUŃCZEJ (SWO) – WSTĘPNA CHARAKTERYSTYKA PSYCHOMETRYCZNA

SCALE EFFICIENCY OF CARE (SEC) – INITIAL PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS

Anna Kurowska^{1, a}, Maria Kózka^{2, b}, Anna Majda^{1, c}, Agata Wojcieszek^{3, d}

¹ Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum w Krakowie

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

³ Uczestnik studiów doktoranckich na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum w Krakowie

^a <https://orcid.org/0000-0002-2937-5346>

^b <https://orcid.org/0000-0002-5165-6929>

^c <https://orcid.org/0000-0003-3632-1319>

^d <https://orcid.org/0000-0002-7997-7580>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.4>

STRESZCZENIE

Wstęp. Rodzina pełni wiele kluczowych funkcji w życiu człowieka m.in. funkcję opiekuńczo-zabezpieczającą, którą należy rozumieć jako sprawowanie opieki nad niesamodzielnymi i niezdolnymi do samopielęgnacji członkami rodziny. Prac podejmujących problematykę wydolności opiekuńczej rodziców wychowujących dzieci z zaburzeniami rozwojowymi i dzieci zdrowe jest niewiele. Istnieje konieczność eksploracji tego zagadnienia przy pomocy wystandaryzowanych narzędzi badawczych o zadawalających właściwościach psychometrycznych, oceniających złożony proces opieki nad dzieckiem.

Cel. Celem pracy było określenie psychometrycznych właściwości autorskiego narzędzia badawczego służącego do oceny wydolności opiekuńczej rodziców.

Materiał i metody. Badaniem o charakterze przekrojowym, objęto rodziców wychowujących dzieci z niepełnosprawnością (grupa badana – 243 osób) oraz rodziców dzieci bez zaburzeń rozwojowych (grupa porównawcza – 264 osób). W badaniu wykorzystano autorską Skalę Wydolności Opiekuńczej (SWO).

Wyniki. Wyniki uzyskane w SWO różniły się między grupami. Wyliczony dla obydwu grup wskaźnik Alfa-Cronbacha potwierdził rzetelność autorskiego narzędzia badawczego. W ramach szacowania trafności kryterialnej uzyskano korelację SWO z GSES, skalą o podobnej koncepcji teoretycznej. Trafność SWO zweryfikowano też w konfirmacyjnej analizie czynnikowej (CFA).

Wnioski. SWO cechują zadowalające właściwości psychometryczne – rzetelność i trafność. Skala ta może dostarczyć wielu cennych informacji o poziomie wydolności opiekuńczej rodziców. Uzyskane rezultaty przemawiają za stosowaniem SWO w badaniach naukowych i jej dalszym doskonaleniem.

SŁOWA KLUCZOWE: opieka, wydolność, rodzice, dzieci, niepełnosprawność.

ABSTRACT

Introduction. The family performs many key functions in human life, including a guardian-protective function, which should be defined as taking care of dependent and unable to self-care family members. There are not many papers on the issues of care efficiency of parents raising children with developmental disorders and healthy children. There is a need to explore this issue using standardized research tools with satisfactory psychometric properties that evaluate the complex process of childcare.

Aim. The aim of the study was to evaluate the psychometric properties of an original research tool used to assess the care efficiency of parents.

Material and methods. In the cross-sectional study participated parents raising children with disabilities (study group – 243 people) and parents of children without developmental disorders (comparative group – 264 people). During the study the original Scale Efficiency of Care (SEC) was used.

Results. The results obtained in the SEC differed between the groups. The Cronbach's alpha coefficient in both groups confirmed the reliability of the author's research tool. During the estimation of criterion validity, a correlation between the SEC and GSES, a scale with a similar theoretical concept was obtained. The validity of the SEC was also verified in the confirmatory factor analysis (CFA).

Conclusions. The SEC is characterized by satisfactory psychometric properties – reliability and validity. This scale can provide a lot of valuable information about the level of care efficiency of parents. The obtained results support the use of the SEC in scientific research and its further improvement.

KEYWORDS: care, efficiency, parents, children, disability.

Wprowadzenie

Zdrowie jednostki ściśle związane jest z właściwym funkcjonowaniem wspólnoty, jaką jest rodzina. Pełni ona wiele kluczowych funkcji w życiu człowieka. Umożliwia rozwiązywanie jego problemów wynikających, np. z dysfunkcji na płaszczyźnie biologicznej, psychicznej czy społecznej, gdyż w tych sferach należy rozpatrywać pojęcie zdrowia lub jego brak [1]. Środowisko rodzinne może skutecznie oddziaływać na efekty zdrowotne uzyskiwane przez jednostkę, a tym samym znacząco usprawniać proces leczenia i pielęgnacji [2].

We właściwym funkcjonowaniu rodziny ogromne znaczenie odgrywa pełniona przez nią funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca. Obejmuje ona, m.in. pielęgnację i opiekę dostarczaną tym członkom rodziny, którzy są niesamodzielni i niezdolni do samopielęgnacji – niemowlę, dziecko, osoba starsza, osoba z niepełnosprawnością. Funkcję tę należy rozumieć także, jako zapewnienie bezpieczeństwa i stabilizacji. Można to definiować jako zabezpieczenie materialne (zadawająca sytuacja bytowa i mieszkaniowa rodziny), ale także równowagę i spójność życia rodzinnego (rodzina pełna, w której panują prawidłowe relacje między poszczególnymi członkami rodziny, właściwy podział ról, zadań i obowiązków) [3].

Zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny spowodowane wieloma różnorodnymi czynnikami, takimi jak np.: zła sytuacja materialna (niskie dochody, brak pracy), stres, napięcie, konflikty rodzinne oraz obciążenie odczuwane przez rodziców, a także brak wsparcia otoczenia, negatywnie oddziałują na rozwój psychiczny dziecka, czyniąc je często jednostką niedostosowaną społecznie [2, 4].

Termin wydolności opiekuńczej, który często nazywany jest także potencjałem opiekuńczym, został upowszechniony w literaturze polskiej dzięki licznym publikacjom Z. Kawczyńskiej-Butrym. Prowadziła ona badania m.in. wśród rodzin osób z niepełnosprawnością [5]. W swoich pracach dokonała tzw. diagnozy rodzinnej opierającej się głównie na dwóch etapach. Pierwszy z nich polegał na: „określeniu obszarów zagrożeń i dysfunkcji normalnej egzystencji rodziny, a więc zagrożeń i dysfunkcji związanych z zaspokojeniem przez nią podstawowych potrzeb i potrzeb rozwoju” [6, s. 98]. Drugi natomiast odnosił się do oceny potencjału rodziny, który dostarcza danych, w jakich obszarach rodzina jest samowystarczalna, a w jakich potrzebuje stymulacji mającej na celu wzmocnienie wewnętrznych sił i przygotowanie do radzenia sobie. Właściwie przeprowadzona diagnoza rodzinna umożliwia zaplanowanie pomocy oraz określenie rodzaju i zakresu wsparcia pożądanego i oczekiwanego przez osobę z niepełnosprawnością, a także jej rodzinę [6].

Potencjał opiekuńczy rodziny to zagadnienie, które często pojawia się w odniesieniu do opiekunów osób starszych będących w wieku poprodukcyjnym. J. Hryniewicz stwierdził, iż w Polsce pojęcie to należy rozumieć „jako zdolność rodziny do świadczenia opieki swoim starym, niesamodzielnym i niepełnosprawnym członkom” [7, s. 12–13]. Jako przyczynę zmniejszania się potencjału opiekuńczego J. Hryniewicz wymienił czynniki demograficzne (np. mniejsza liczebność rodzin), ekonomiczne (np. migracja zarobkowa) i społeczne (zaburzenie relacji wśród członków rodziny) [7].

Wydolność opiekuńczo-pielęgnacyjna rodziny zależy od szeregu czynników wewnętrznych i zewnętrznych, między którymi zachodzi ciągła interakcja. Według Z. Kawczyńskiej-Butrym do czynników wewnątrz rodzinnych można zaliczyć m.in.: „poziom sprawności fizycznej i psychicznej członków rodziny” (1), „pełność i niepełność rodziny” (2), „wielodzietność” (3), „fazy życia rodziny” (4), „motywację” (5), „dyspozycyjność członków rodziny” (6), „sytuację bytową” (7), „wiedzę i umiejętności” (8), „poziom wykształcenia dorosłych członków rodziny” (9) oraz „inne szczególne sytuacje – patologia” (10) [6, 8].

Należy zaznaczyć, iż dokonując oceny potencjału opiekuńczego rodziny należy wziąć także pod uwagę czynniki zewnątrzrodzinne, czyli najbliższe otoczenie. Diagnoza czynników wewnątrz- i zewnątrzrodzinnych jest niezwykle ważna, umożliwia, bowiem wczesne zidentyfikowanie problemów „zdezorganizowanej” rodziny oraz pomoc w ich rozwiązaniu [6, 8].

Potencjału opiekuńczego rodziny nie należy analizować w oderwaniu od zasobów osobistych, jakimi dysponują rodzice sprawujący opiekę nad niesamodzielnymi i niezdolnymi do samopielęgnacji członkami rodziny. Jednym z istotnych zasobów, który został wspomniany w niniejszej pracy, jest poczucie własnej skuteczności, odgrywające niezwykle ważną rolę w procesie opieki i pielęgnacji. Pojęcie to zostało wprowadzone przez kanadyjskiego psychologa – Alberta Bandurę. Mierzy ono ogólne przekonanie co do skuteczności radzenia sobie (ang. *coping*) w trudnych, problematycznych sytuacjach, co wpływa na inne osobiste zasoby jednostki, jakie uruchamiane są w celu pokonania przeszkody, przezwyciężenia stresu [9, 10].

Prac podejmujących problematykę wydolności opiekuńczej rodziców wychowujących dzieci z zaburzeniami rozwojowymi i dzieci zdrowe jest niewiele. Istnieje konieczność dalszej eksploracji tego zagadnienia przy pomocy właściwych narzędzi wykorzystywanych do oceny złożonego procesu opieki nad dzieckiem. Istnieje zasadność projektowania i wdrażania nowych rozwiązań, których celem będzie ocena funkcjonalności rodziny nie tylko w aspekcie opieki, ale także w innych obszarach. Autorska Skala Wydolności Opiekuńczej

(SWO), jaką opracowali autorzy niniejszej pracy może zostać wykorzystana, jako narzędzie w innych badaniach o zbliżonej tematyce.

Cel

Głównym celem pracy było zaprezentowanie autorskiego narzędzia badawczego – Skali Wydolności Opiekuńczej (SWO) – służącego do oceny wydolności opiekuńczej rodziców wychowujących dzieci z niepełnosprawnością oraz dzieci zdrowe, a także określenie psychometrycznych właściwości opracowanej skali.

Materiał i metody

Badanie miało charakter przekrojowy, którym objęto 507 osób, w tym 243 rodziców dzieci z niepełnosprawnością (grupa badana) i 264 rodziców wychowujących dzieci zdrowe (grupa porównawcza). Zespoły Szkół Specjalnych, Specjalne Ośrodki Szkolno-Wychowawcze oraz Zespoły Szkół Ogólnokształcących zlokalizowane na terenie Krakowa stanowiły miejsce badań.

Podczas spotkań organizacyjnych respondenci zostali poinformowani, iż badanie jest dobrowolne, anonimowe i można wycofać się na każdym jego etapie bez podawania przyczyny.

Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej [11] po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz pisemnej zgody dyrekcji placówek objętych badaniem. Badanie było finansowane ze środków pochodzących z dotacji celowej dla młodych naukowców oraz uczestników studiów doktoranckich do 35. roku życia (numer: K/DSC/002876).

W badaniu wykorzystano metodę szacowania, która umożliwiła zebranie danych na kilkustopniowej skali. Technika zastosowaną w badaniu była skala szacunkowa. Cechy i zachowanie rodziców oceniane były za pomocą określonych kryteriów oceny, czyli stopni narzucających dany porządek [12]. Do analizy danych zostały wykorzystane także metody statystyczne umożliwiające opracowanie i interpretację wyników. Podczas porównywania wyników SWO grupy badanej i porównawczej wykorzystano test t-Studenta. Korelacja SWO z innym narzędziem o podobnym konstrukcie teoretycznym została zaprezentowana przy użyciu współczynnika korelacji rang Spearmana. Potwierdzająca analiza czynnikowa SWO została przeprowadzona z wykorzystaniem metody dwuwskaźnikowej Hu i Bentlera [13]. W trakcie opracowywania wyników przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$. Zebrany materiał badawczy opracowano przy użyciu pakietu statystycznego R 3.2.3 [14].

Opracowana Skala Wydolności Opiekuńczej (SWO) (ang. Scale Efficiency of Care; SEC) składała się z 12 twierdzeń, które dotyczyły interwencji opiekuńczo-pie-

lęgnacyjnych podejmowanych zarówno przez rodziców dzieci z niepełnosprawnością, jak i rodziców dzieci zdrowych. Narzędzie zostało skonstruowane w taki sposób, aby jego treść nie naruszała dobra uczestników badania, a zawarte w nim komunikaty były czytelne i zrozumiałe dla ankietowanych. Podczas projektowania SWO użyto skali Likerta, pozwalającej zbadać opinie rodziców na temat ich potencjału opiekuńczego [15]. Respondent miał możliwość wybrania jednego z wariantów odpowiedzi, któremu przyporządkowana była określona liczba punktów: „zdecydowanie tak” – 5 pkt, „raczej tak” – 4 pkt, „nie wiem” – 3 pkt, „raczej nie” – 2 pkt, „zdecydowanie nie” – 1 pkt. Wynik surowy otrzymany po zsumowaniu punktów z poszczególnych twierdzeń mógł mieścić się w przedziale od 12 do 60 pkt. Uzyskaną liczbę punktów przekształcono na jednostki standaryzowane. Umożliwiło to dokonanie interpretacji wyniku uwzględniającego właściwości charakteryzujące skalę stenową – wartości niskie (steny: 1, 2, 3, 4), przeciętne (steny 5 i 6), wysokie (steny: 7, 8, 9, 10) [16].

Wyniki

Po przeprowadzeniu analizy przy wykorzystaniu testu parametrycznego stwierdzono, iż wyniki Skali Wydolności Opiekuńczej (SWO) rodziców dzieci z niepełnosprawnością różniły się istotnie od wyników rodziców dzieci zdrowych ($p < 0,05$). Grupa badana uzyskała niższe wyniki SWO niż grupa porównawcza (**Tabela 1**).

Tabela 1. Porównanie wyników SWO w grupie rodziców dzieci z niepełnosprawnością i rodziców dzieci zdrowych
Table 1. Comparison of SEC results in the group of parents of children with disabilities and parents of healthy children

SWO/SEC	Rodzice dzieci z niepełnosprawnością (N = 243)/ Parents of children with disabilities (N = 243)	Rodzice dzieci zdrowych (N = 264)/ Parents of healthy children (N = 264)	p *
M ± SD	48,25 ± 6,04	50,52 ± 4,66	< 0,001
Me	48	51	
Kwartyle	45–53	48–53	

SWO – Skala Wydolności Opiekuńczej/Scale Efficiency of Care (SEC), M – średnia arytmetyczna/mean, SD – odchylenie standardowe/standard deviation, Me – mediana/median, p – wartość prawdopodobieństwa/probability value

* test t-Studenta/Student's t-test

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Podczas opracowywania wyników stworzono odrębne normy stenowe dla rodziców wychowujących dzieci z niepełnosprawnością i rodziców mających zdrowe potomstwo, co spowodowane były istotnymi różnicami SWO między tymi dwoma grupami (**Tabela 2**).

Tabela 2. Wydolność opiekuńcza rodziców – normy stenowe
Table 2. Parents' care efficiency – sten scores

Sten/ Sten scores	Zakres punktów/Range of points	
	Rodzice dzieci z niepełnosprawnością/ Parents of children with disabilities	Rodzice dzieci zdrowych/ Parents of healthy children
1	12–33	12–38
2	34–38	39–43
3	39–42	44–45
4	43–45	46–47
5	46–47	48–50
6	48–51	51–52
7	52–53	53–55
8	54–55	56–56
9	56–57	57–58
10	58–60	59–60

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Podczas analizy uzyskanego materiału badawczego założono, że im wyższy uzyskany wynik, tym wyższy poziom wydolności opiekuńczej (potencjału opiekuńczego). Narzędzie, jakim jest SWO, umożliwiło ocenę wydolności opiekuńczej rodziców, którą można było określić jako niską, przeciętną lub wysoką [16] (**Tabela 3**).

Tabela 3. Poziomy wydolności opiekuńczej rodziców
Table 3. The levels of parents' care efficiency

Wyniki/ Results	Zakres punktów/Range of points	
	Rodzice dzieci z niepełnosprawnością/ Parents of children with disabilities	Rodzice dzieci zdrowych/ Parents of healthy children
Niskie/ Low	12–45	12–47
Średnie/ Medium	46–51	48–52
Wysokie/ High	52–60	53–60

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Skalę Wydolności Opiekuńczej (SWO) badano za pomocą współczynnika Alfa Cronbacha. Poziom tego współczynnika wyniósł 0,808 (rodzice wychowujący dzieci z niepełnosprawnością) oraz 0,791 (rodzice wychowujący dzieci zdrowe). Wartości współczynnika Alfa Cronbacha były powyżej 0,7, co oznaczało, że opracowana skala jest spójna wewnętrznie. Dzięki czemu dowiedziano, że opracowana skala jest rzetelnym narzędziem badawczym.

W celu uzupełnienia analizy dokonano obliczenia współczynnika Alfa Cronbacha po usunięciu każdego z twierdzeń SWO. Uzyskane współczynniki Alfa Cronbacha były niższe niż w wersji ze wszystkimi 12 twierdzeniami. Wyjątek stanowiło jedynie twierdzenie numer 7 („Podczas pojawiania się trudności w zaspokajaniu potrzeb

pielęgniacyjno-opiekuńczych mojego dziecka mogę liczyć na pomoc innych osób”), po jego usunięciu współczynnik Alfa Cronbacha dla rodziców dzieci z niepełnosprawnością wzrósł z 0,808 do 0,813. Nie stanowiło to jednak dużej, znaczącej różnicy, dlatego postanowiono zostawić treść narzędzia w pierwotnej wersji, bez usuwania twierdzenia (**Tabela 4**).

Tabela 4. Alfa Cronbacha po usunięciu danego twierdzenia
Table 4. Cronbach's alpha after removing a particular item

Twierdzenie/Item	Rodzice dzieci z niepełnosprawnością/ Parents of children with disabilities	Rodzice dzieci zdrowych/ Parents of healthy children
1. Szybko identyfikuję potrzeby opiekuńczo-pielęgniacyjne mojego dziecka/ <i>I quickly identify the child's caring needs.</i>	0,791	0,772
2. Szybko podejmuję działania mające na celu zaspokojenie potrzeb opiekuńczo-pielęgniacyjnych mojego dziecka/ <i>I quickly undertake action to satisfy my child's caring needs.</i>	0,791	0,777
3. Działania, jakie podejmuję w celu zaspokojenia potrzeb opiekuńczo-pielęgniacyjnych mojego dziecka są skuteczne/ <i>The actions I undertake to satisfy the caring needs of my child are effective.</i>	0,789	0,767
4. Staram się samodzielnie zaspokajać potrzeby pielęgnacyjno-opiekuńcze mojego dziecka/ <i>I try to satisfy the caring needs of my child on my own.</i>	0,801	0,781
5. Poświęcam wystarczającą liczbę godzin na działania mające na celu zaspokoić potrzeby pielęgnacyjno-opiekuńcze mojego dziecka/ <i>I devote enough time to actions which satisfy my child's caring needs.</i>	0,787	0,765
6. Wywiązuję się ze wszystkich obowiązków rodzica-opiekuna/ <i>I fulfil my duties as a parentguardian.</i>	0,786	0,760
7. Podczas pojawiania się trudności w zaspokajaniu potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych mojego dziecka mogę liczyć na pomoc innych osób/ <i>When some difficulties occur in satisfying child's caring needs, I can rely on other people's help.</i>	0,813	0,790
8. Podczas pojawiania się trudności w zaspokajaniu potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych mojego dziecka wiem, w których placówkach mogę uzyskać pomoc specjalistów/ <i>When some difficulties occur in satisfying child's caring needs, I know what institutions can help me.</i>	0,793	0,789
9. Jestem wyposażony/-a w środki pielęgnacyjne i sprzęty medyczne, które ułatwiają mi zaspokajanie potrzeb opiekuńczo-pielęgniacyjnych mojego dziecka/ <i>I am equipped with medical care equipment that helps me to satisfy the caring needs of my child.</i>	0,801	0,783

10. Moja sytuacja materialna w pełni pozwala mi zaspokajać potrzeby pielęgnacyjno-opiekuńcze mojego dziecka/My financial situation allows me to satisfy the caring needs of my child.	0,804	0,785
11. Moja wiedza i doświadczenie pomagają mi w zaspokajaniu potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych mojego dziecka/My knowledge and experience allow me to satisfy the caring needs of my child.	0,786	0,774
12. Mam odpowiednią ilość czasu, dlatego w pełni wywiązuję się z obowiązków rodzica-opiekuna/I devote enough time to fulfil my duties as a parent-guardian.	0,782	0,763

Źródło: opracowanie własne na podstawie artykułu: Determinants of care efficiency in a group of Polish parents raising children with different developmental disorders: a cross-sectional study
 Source: author's own analysis based on the article: Determinants of care efficiency in a group of Polish parents raising children with different developmental disorders: a cross-sectional study [16].

Korelacja SWO z innym narzędziem o podobnej koncepcji teoretycznej – Skalą Uogólnionej Własnej Skuteczności (General Self-Efficacy Scale – GSES) [17] – wskazała na trafność opracowanego narzędzia. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, iż wyniki SWO i GSES korelują istotnie ze sobą w obu badanych grupach ($p < 0,05$). Wykazana zależność była dodatnia, tzn. im wyższy wynik SWO, tym wyższy wynik GSES (Tabela 5).

Tabela 5. Korelacja SWO z narzędziem o podobnym konstrukcie teoretycznym
 Table 5. Correlation between the SEC and a tool with a similar theoretical construction

Grupa/Group	Współczynnik korelacji SWO i GSES/Coefficient of correlation between the SEC and GSES*	p	Kierunek zależności/The direction of dependence	Siła zależności/The power of dependence
Rodzice dzieci z niepełnosprawnością/Parents of children with disabilities	0,498	$p < 0,001$	dodatni/positive	staba/weak
Rodzice dzieci zdrowych/Parents of healthy children	0,391	$p < 0,001$	dodatni/positive	staba/weak

SWO – Skala Wydolności Opiekuńczej/Scale Efficiency of Care (SEC), GSES – Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności/General Self-Efficacy Scale (GSES), p – wartość prawdopodobieństwa/probability value
 * współczynnik korelacji rang Spearmana/Spearman's rank correlation coefficient

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Bazując na metodzie dwuwskaznikowej Hu i Bentlera [13] zgodnie, z którą model jest dobrze dopasowany, gdy: SRMR < 0,09 i gdy zachodzi jeden

z warunków: CFI > 0,96, TLI > 0,96 lub RMSEA < 0,06, stwierdzono, iż w przypadku SWO wymienione warunki nie zostały spełnione dla modeli I (zwykłych) – SRMR < 0,09, CFI < 0,96, TLI < 0,96, RMSEA > 0,06. Po przeprowadzeniu confirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA – Confirmatory Factor Analysis), celem zweryfikowania trafności, nie uzyskano potwierdzenia jednoczynnikowej struktury SWO, dlatego zastosowano modyfikacje wskazane przez tzw. indeksy modyfikacyjne (ang. modification indices). Sugerują one wprowadzenie korelacji pomiędzy następującymi parami itemów: 1 i 2, 5 i 12, 4 i 5, 6 i 9, 9 i 10, 5 i 6, 6 i 12, 4 i 7, 1 i 12. Pozwoliło to uzyskać pożądane wartości parametrów (SRMR < 0,09, RMSEA < 0,06) – modele II w tabeli 6 i tym samym potwierdzić nieco słabiej trafność SWO, jakkolwiek w akceptowalnym stopniu.

Tabela 6. Potwierdzająca analiza czynnikowa
 Table 6. Confirmatory factor analysis

Grupa/Group	Model/Model	test chi-kwadrat/chi-squared test			RMSEA		CFI	TLI	SRMR		
		χ^2	df	p	RMSEA	90% CI					
Rodzice dzieci z niepełnosprawnością/Parents of children with disabilities	I	287,045	54	0,000	0,133	0,118	0,149	0,000	0,721	0,659	0,088
	II	81,777	45	0,001	0,058	0,037	0,078	0,241	0,956	0,936	0,052
Rodzice dzieci zdrowych/Parents of healthy children	I	169,72	54	0,000	0,09	0,075	0,106	0,000	0,823	0,784	0,066
	II	77,816	45	0,002	0,053	0,032	0,072	0,393	0,95	0,926	0,046

p – wartość prawdopodobieństwa/probability value, CI – przedział ufności/confidence interval, RMSEA – pierwiastek średniokwadratowego błędów aproksymacji/Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), CFI – wskaźnik dopasowania modelu/Confirmatory Fit Index (CFI), TLI – wskaźnik dopasowania modelu/Tucker-Lewis index (TLI), SRMR – wskaźnik dopasowania modelu/Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Dyskusja

Analizując dostępną literaturę, zauważono, iż prac podejmujących problematykę wydolności opiekuńczej (potencjału opiekuńczego) rodziców wychowujących swoje dzieci jest niewiele. W większości analizowane publikacje skupiają się na postawach rodziców wobec choroby dziecka oraz ocenie stanu zdrowia psychicznego i fizycznego opiekunów, a także różnorodnych czynnikach warunkujących proces opieki i pielęgnacji [4, 18, 19, 20, 21]. Stanowiło to motywację dla autorów niniejszej pracy do eksploracji zagadnienia wydolności opiekuńczej rodziców oraz opracowania nowatorskiego narzędzia wykorzystywanego w procesie oceny jej poziomu.

Należy zaznaczyć, iż w badaniach własnych zagadnienie potencjału opiekuńczego nie zostało odniesione do rodzin sprawujących opiekę nad osobą starszą, jak często można to zaobserwować w innych publikacjach [22, 23, 24], lecz rodzin z dzieckiem zdrowym oraz dzieckiem, u którego występują zaburzenia rozwoju, np.: upośledzenie intelektualne, upośledzenie narządu ruchu czy niepełnosprawność sensoryczna (dysfunkcje obejmujące wzrok, słuch i mowę).

Inspiracją podczas procesu tworzenia autorskiej Skali Wydolności Opiekuńczej (SWO) (ang. Scale Efficiency of Care; SEC) były badania prowadzone przez Z. Kawczyńską-Butrym wśród rodzin osób przewlekle chorych, u których występowała niepełnosprawność [5]. Zaprezentowana w nich samoocena możliwości i potencjału rodziny ściśle koresponduje z diagnozą wydolności opiekuńczej, jaką można dokonać za pośrednictwem nowatorskiego narzędzia, jakim jest SWO. Podczas konstruowania twierdzeń wchodzących w skład SWO skupiono się na interwencjach opiekuńczo-pielęgnacyjnych podejmowanych przez rodziców oraz zasobach osobistych, z których korzystają w trakcie sprawowania opieki.

Celem niniejszej pracy było zaprezentowanie autorskiego narzędzia badawczego – Skali Wydolności Opiekuńczej (SWO) – oraz określenie jej psychometrycznych właściwości.

Analiza statystyczna wykazała, iż rodzice wychowujący dziecko, u którego występuje niepełnosprawność uzyskali niższe wyniki SWO niż rodzice wychowujący dzieci zdrowe, bez zaburzeń rozwojowych. Wyniki obydwu grup różniły się istotnie ($p < 0,05$), co stwarzało konieczność opracowania odrębnych norm SWO – zarówno dla grupy badanej, jak i porównawczej. Stres znacząco wpływa na stan psychospołeczny rodziców wychowujących dzieci z chorobami przewlekłymi. Liczne badania potwierdzają, iż doświadczają oni silniejszego stresu niż rodzice posiadający zdrowe potomstwo. Poczucie dużej odpowiedzialności za działania lecznicze i usprawniające, jakie podejmowane są u dziecka oraz zmniejszone zdolności podopiecznego w zakresie samoopieki i samopielęgnacji, skłaniają do wygenerowania większej ilości sił w celu zaspokojenia potrzeb opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Wymienione wyżej czynniki mogą mieć istotny wpływ na odczuwanie stresu rodzicielskiego, a co za tym idzie efektywność opieki [25].

W celu ułatwienia szczegółowej interpretacji badanej cechy – wydolności opiekuńczej – wykorzystano skalę stenową. Potencjał opiekuńczy został podzielony na trzy poziomy – niski, przeciętny i wysoki – w zależności od liczby punktów uzyskanych przez respondenta. Zabieg ten pozwala na skategoryzowanie cechy, a tym

samym może ułatwiać zestawianie i porównywanie między sobą wyników z różnych badań.

Współczynnik Alfa Cronbacha (który wyniósł 0,808 dla grupy rodziców dzieci z niepełnosprawnością oraz 0,791 dla grupy rodziców dzieci zdrowych) potwierdził wewnętrzną spójność opracowanej skali, czyli jej rzetelność. Oznacza to, iż autorskie narzędzie jest jednorodne (homogeniczne), a wszystkie 12 twierdzeń, które wchodzi w jego skład badają tą samą cechę – potencjał opiekuńczy.

Należy zaznaczyć, iż korelacja SWO z GSES – narzędziem o podobnym konstrukcie teoretycznym wskazała na trafność opracowanej skali. Zatem SWO mierzy cechę, do pomiaru której została skonstruowana. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, iż wyniki SWO i GSES korelują istotnie ze sobą w grupie rodziców wychowujących dzieci zdrowe i grupie rodziców sprawujących opiekę nad dzieckiem z zaburzeniami rozwoju ($p < 0,05$). Według K. M. Benzies i wsp. [26] uogólnione poczucie własnej skuteczności można wykorzystać jako predyktor – czynnik prognozujący dostosowanie rodziny do trudnej sytuacji, jaką jest wychowywanie syna lub córki ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Stwierdzono, iż skala GSES stanowi narzędzie o zbliżonym konstrukcie teoretycznym, gdyż ocenia przekonanie o swojej skuteczności, którą można także postrzegać jako efektywność i wydolność w działaniach opiekuńczo-pielęgnacyjnych.

Prezentowane badanie należy poddać analizie w aspekcie jego ograniczeń. Słabą stroną była mała liczebność grupy badanej i kontrolnej oraz brak losowego doboru próby, co uniemożliwia odniesienie i uogólnienie wniosków do całej populacji rodziców wychowujących dzieci z niepełnosprawnością i dzieci zdrowe. Badanie było dobrowolne i anonimowe, uczestniczyli w nim tylko ochotnicy, co wyjaśnia małą liczbę uzyskanych kwestionariuszy. Zaprojektowane badanie miało charakter przekrojowy, należy do badań obserwacyjnych, których moc i wartość naukowa jest słabsza w porównaniu do badań eksperymentalnych lub tych, w których zastosowana jest randomizacja.

Należy zaznaczyć, iż zaprezentowane badanie potwierdza zasadność projektowania i wdrażania nowych rozwiązań, których celem będzie ocena funkcjonalności rodziny w aspekcie opieki i pielęgnacji. Autorska Skala Wydolności Opiekuńczej (SWO) może zostać wykorzystana jako narzędzie w innych badaniach o zbliżonej tematyce, np. w badaniach dotyczących diagnozy sytuacji rodziny dziecka z niepełnosprawnością oraz określeniu rodzajów wsparcia społecznego, jakie potrzebują rodzice (zwłaszcza w początkowych etapach opieki).

Zaprezentowane normy ułatwiają interpretację wydolności opiekuńczej, którą można definiować jako niską, przeciętną i wysoką. Przeprowadzona analiza statystyczna pozwala twierdzić, iż narzędzie to jest trafne i rzetelne, choć confirmacyjna analiza czynnikowa (CFA) potwierdziła jej trafność nieco słabiej, jakkolwiek w akceptowalnym stopniu. Zaletą skali jest to, że jest krótka i nie wymaga dużych nakładów czasowych podczas wypełniania. Należy jednak zaznaczyć, iż konieczne są dalsze prace mające na celu doskonalenie liczby i treści twierdzeń nowatorskiej Skali Wydolności Opiekuńczej (SWO). Zasadne wydaje się jej ewentualne rozbudowanie, a z pewnością podział na podskale, co może umożliwić uzyskanie jeszcze bardziej szczegółowej diagnozy potencjału opiekuńczego rodziny.

Wnioski

1. Opracowana Skala Wydolności Opiekuńczej (SWO) składająca się z twierdzeń dotyczących interwencji opiekuńczo-pielęgniacyjnych, badająca potencjał opiekuńczy rodziców prezentuje zadowalające właściwości psychometryczne: rzetelność – spójność wewnętrzną, potwierdzoną współczynnikami Alfa Cronbacha oraz trafność, dowiedzioną korelacją ze skalą o podobnej koncepcji teoretycznej, i confirmacyjną analizą czynnikową.
2. Skonstruowane narzędzie może zostać wykorzystane do badania wydolności opiekuńczej rodziców wychowujących dzieci z niepełnosprawnością oraz rodziców wychowujących dzieci zdrowe. Opracowane normy ułatwiają interpretowanie i opisywanie tej zmiennej, pozwalają też zobiektywizować wynik surowy skali.
3. Wskazane są dalsze badania, zwłaszcza dotyczące poszerzenia liczby twierdzeń i wyodrębnienia podskal w SWO oraz eksploracja zagadnienia potencjału opiekuńczego i funkcjonalności rodziny.

Podziękowania

Autorzy pracy składają serdeczne podziękowania dla wszystkich rodziców, którzy wyrazili chęć uczestniczenia w badaniu, dyrekcji placówek oświatowych za wyrażenie zgody na przeprowadzenie badania oraz Pani dr hab. n. o zdr., dr n. med. Danucie Zarzyckiej za wsparcie merytoryczne i inspirację, która przyczyniła się do powstania niniejszej pracy.

Piśmiennictwo

1. Constitution of the World Health Organization, (data dostępu: 03.01.2019) http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

2. Witt WP, DeLeire T. A family perspective on population health: the case of children health and the family. *WMJ*. 2009; 108 (5): 240–245.
3. Tyszka Z. Podstawowe formy małżeństwa, rodziny oraz sieci pokrewieństwa. W: Tyszka Z. (red.). *Socjologia rodziny*. Wyd. 3. Warszawa: PWN; 1979. 54–89.
4. Witt WP, Riley AW, Coiro MJ. Childhood functional status, family stressors and psychosocial adjustment among school-aged children with disabilities in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003; 157 (7): 687–695.
5. Kawczyńska-Butrym Z. Rodziny osób niepełnosprawnych. Raport z badań. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN; 1994.
6. Kawczyńska-Butrym Z. Pomoc dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin w środowisku zamieszkania. W: Kawczyńska-Butrym Z. (red.). *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Warszawa: Interart; 1996. 93–117.
7. Hrynkiewicz J. Los starca zależy od kontekstu społecznego – Wprowadzenie. W: Hrynkiewicz J. (red.). *O sytuacji ludzi starszych*. Tom 3. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa; 2012. 7–18.
8. Kawczyńska-Butrym Z. Zadania opiekuńcze rodziny. W: Kawczyńska-Butrym Z. (red.). *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Wyd. 1. Lublin: Wydawnictwo Makmed; 2008. 33–43.
9. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977; 34 (2): 191–215.
10. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol*. 1982; 37 (2): 122–147.
11. Deklaracja Helsińska (2013), (data dostępu: 05.01.2019). http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0010/93097/Deklaracja-Helsinska-przyjeta-na-64-ZO-WMA_pazdziernik-2013_pelny-tekst.pdf.
12. Lenartowicz H, Kózka M. *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
13. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1999; 6 (1): 1–55.
14. R 3.2.3. R Development Core Team (2009). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, <http://www.R-project.org> (data dostępu: 05.01.2019).
15. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. New York: The Science Press; 1932, http://www.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf (data dostępu: 05.01.2019).
16. Nawalana A, Kózka M, Majda A. Determinants of care efficiency in a group of Polish parents raising children with different developmental disorders: a cross-sectional study. *Int J Dev Disabil*. Published online 15.01.2019 doi:
17. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001.
18. Twardowski A. Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. W: Obuchowska I. (red.). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Wyd. 3. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna; 1999. 18–54.
19. Bakiera L, Stelter Ż. Rodzicielstwo z perspektywy rodziców dziecka pełnosprawnego i niepełnosprawnego intelektualnie. *Roczniki Socjologii Rodziny*. Zalety i wady życia w rodzinie i poza rodziną. 2010; 20: 131–151.
20. Schulz R, Visintainer P, Williamson GM. Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *J Gerontol*. 1990; 45 (5): 181–191.

21. Thomas SV, Bindu VB. Psychosocial and economic problems of parents of children with epilepsy. *Seizure*. 1999; 8 (1): 66–69.
22. Szweda-Lewandowska Z. Wyzwania związane z starzeniem się ludności w zakresie pomocy instytucjonalnej w Łodzi. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica*. 2010; 35: 127–142.
23. Błachnio A. Starość w rodzinie. Opieka nad seniorem wzywaniem dla dorosłego dziecka czy państwa? *Wychowanie w Rodzinie*. 2016; 13 (1): 441–453.
24. Misiak K. Zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w ujęciu gerontologicznym. *Piel. Zdr. Publ.* 2011, 1 (4): 359–366.
25. Cousino MK, Hazen RA. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *J Pediatr Psychol*. 2013; 38 (8): 809–828.
26. Benzies KM, Trute B, Worthington C. Maternal self-efficacy and family adjustment in households with children with serious disability. *J Fam Stud*. 2014; 19 (1): 35–43.

Artykuł przyjęty do redakcji: 21.01.2019.

Artykuł przyjęty do publikacji: 26.07.2019.

Źródło finansowania: Badanie było finansowane ze środków pochodzących z dotacji celowej dla młodych naukowców oraz uczestników studiów doktoranckich do 35. roku życia (numer: K/DSC/002876).

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Anna Kurowska

ul. Michałowskiego 12

31-126 Kraków

tel. 12 634 33 97 wew. 19

e-mail: anna2.kurowska@uj.edu.pl

Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie



PRZECIWDZIAŁANIE STYGMATYZACJI CHORYCH PSYCHICZNIE W PRAKTYCE PIEŁĘGNIARSKIEJ

ANTI-STIGMATIZING ACTIVITIES OF MENTALLY ILL PATIENTS IN NURSERY PRACTICE

Piotr Wojda

LVR-Klinik Köln Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

<https://orcid.org/0000-0003-1266-486X>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.5>

STRESZCZENIE

Stygmatyzacja jest jedną z przeszkód w leczeniu i odzyskiwaniu zdrowia psychicznego osób chorych psychicznie. W artykule przedstawiono przyczyny i mechanizmy stygmatyzacji oraz ich następstwa dla osób napiętnowanych. Główną część artykułu stanowi opis działania pielęgniarskiego podejmowanego w celu poprawy wizerunku osób z kryzysem psychicznym w społeczeństwie. Działania edukacyjne skierowane do wybranych grup docelowych powinny poprawić wiedzę społeczeństwa na temat symptomatologii, przyczyn i opcji leczenia chorób psychicznych. Większa świadomość powinna z kolei znieść uprzedzenia i negatywne postrzeganie oraz ułatwić reintegrację społeczną osób cierpiących na choroby psychiczne.

SŁOWA KLUCZOWE: stygmatyzacja, choroba psychiczna, chory psychicznie, wykluczenie społeczne, pielęgniarka.

ABSTRACT

Stigma is one of the obstacles in the treatment and regaining the mental health of people with mental illnesses. The article presents the causes, mechanisms of stigmatization and consequences for stigmatized people. The main part of the article is nursing activities undertaken to improve the image of people with a mental crisis in the community. Public information programs and educative measures aimed at selected target groups should improve the public's knowledge regarding symptomatology, causes, and treatment options for mental disorders. Improved knowledge should in turn abolish prejudice and negative perceptions and facilitate the social reintegration of those suffering from mental illnesses.

KEYWORDS: stigmatization, mental illness, mentally ill, social exclusion, nurse.

Rodzaje stygmatyzacji

Bycie chorym psychicznie oznacza nie tylko stan biologiczny organizmu, ale również sytuację społeczną chorego. Choroba niesie ze sobą zmiany w życiu każdej osoby i jej rodziny, co wymaga modyfikacji codziennych zachowań i uniemożliwia realizację celów społecznych. Według socjologa Talcotta Parsonsa choroba jest stanem niepożądanym, gdyż zaburza wywiązywanie się jednostki z narzuconych przez grupę i społeczeństwo obowiązków [1]. Choroba zakłóca społeczne wypełnianie ról, co może prowadzić do dysfunkcjonalności grupy. Społeczeństwo, żeby mieć wpływ na funkcjonowanie i zachowania osób chorych, stworzyło rolę chorego. Istnieje zatem wzór choroby, który odpowiada społecznym oczekiwaniom. Niektóre z chorób zaś prowadzą do stygmatyzacji osób nią dotkniętych, co wiąże się z odrzuceniem społecznym.

Stygmat jest cechą dyskredytującą, która pozwala odróżnić jednostkę niepełnowartościową, a zatem mniej pożądaną w grupie [2]. Stygmatyzacja szkodzi chorym

wielowymiarowo. Stygmat pogarsza jakość życia, destrukcyjnie wpływa na relacje międzyludzkie i obniża poczucie własnej wartości [3]. Wyłączenie chorego z życia społecznego, które przestaje zabezpieczać jego podstawowe potrzeby, prowadzi do podejmowania działań kompensacyjnych, często o charakterze dewiacyjnym.

Choroba psychiczna we współczesnych społeczeństwach nadal jest przyczyną naznaczenia piętnem inności. Większe koszty utrzymania związane z wydatkami na pomoc medyczną, konieczność rezygnacji z pracy zarobkowej spychają takie osoby na marginesy ekonomiczny. Wraz ze stopniowym zubożeniem dochodzi do wycofywania się z innych aspektów życia społeczno-towarzyskiego i kulturowego. Pacjent, któremu przypisano stygmatyzującą cechę, stopniowo zaczyna wierzyć w bycie innym, a zatem gorszym człowiekiem.

Napiętnowanie jest przypisaniem krzywdzących cech osobie lub całej grupie osób [3]. Słowo piętno odnosi się współcześnie do cechy, która stygmatyzuje jednostkę i w ten sposób daje znak innym, że posiada

jakieś cechy kulturowo i społecznie nie do zaakceptowania.

Wg B. G. Link i J. C. Phelan naznaczenie może zaistnieć pod warunkiem jednoczesnego wystąpienia czterech elementów [5]: wyodrębnienia i nazwania różnicy między ludźmi, powiązania tych odrębności z cechami negatywnymi, oddzielenia „nas” od „nich”, pozbawienia pozycji społecznej i wykluczenia tak wyodrębnionej jednostki.

Z napiętnowaniem wiąże się stereotypowe myślenie na temat określonego zjawiska [6]. Stereotyp jest zbiorem niepotwierdzonych, nieuzasadnionych sądów o danej grupie. Na temat chorych psychicznie funkcjonuje kilka stereotypów, np.: jest niebezpieczny, nieprzewidywalny, ponosi odpowiedzialność za swój stan, jest niezdolny do pełnienia ról społecznych, cierpi na chorobę oporną na leczenie lub nieuleczalną [7, 8].

Negatywny stereotyp osoby chorej psychicznie w społeczeństwie ogranicza możliwość tworzenia relacji interpersonalnych, wpływa na postrzeganie własnej osoby, obniżenie poczucia własnej wartości, obniżenie szans na pracę oraz na znalezienie partnera i udane życie seksualne [9, 10, 11]. Stereotypy te znajdują potwierdzenie w badaniach M. Freidla i wsp. [12], z których wynika, że ponad 50% pacjentów psychiatrycznych jest zdania, że większość ludzi postrzega ich jako mniej inteligentnych, mniej wiarygodnych i traktuje ich mniej poważnie. Przekonanie chorych o ich mniejszej przydatności prowadzi do samostygmatyzacji. Wykazano, że pacjenci, którzy nie przepisują własnych problemów chorobie psychicznej (i w ten sposób odrzucają etykietę chorego psychicznie) mają wyższy wskaźnik jakości życia, niższe poczucie napiętnowania oraz wyższe poczucie własnej wartości niż ci, którzy odbierają siebie jako chorych psychicznie. Należy wspomnieć, że konsekwencje płynące z napiętnowania, takie jak utrata poparcia społecznego i bezrobocie, stanowią same przez się silne czynniki ryzyka chorób psychicznych. Z badań przeprowadzonych przez A. Cechnickiego i A. Bielańską [6] wynika, że na proces samonapiętnowania mają wpływ czynniki demograficzno-społeczne. Kobiety częściej niż mężczyźni uważają, że osoby zdrowe nie chcą się wiązać z tymi, którzy chorują lub chorowali psychicznie. Osoby lepiej wykształcone w celu ochrony siebie przed piętnem ukrywały fakt swojej choroby przed otoczeniem. Poczucie piętna jest większe również u osób, które są częściej hospitalizowane. Badani rehospitalizowani częściej doświadczali odrzucenia przez bliskich i innych oraz mieli problemy na rynku pracy. Wyższy status socjoekonomiczny rodziców również prowadzi do poczucia napiętnowania, gdyż wiąże się to z większą świadomością tego, co mają do stracenia [12].

Czynniki piętnujące chorego psychicznie

Czynniki, które mają wpływ na napiętnowanie osoby chorującej psychicznie, można podzielić na związane z osobą dotkniętą chorobą (objawy chorobowe, samostygmatyzacja, niskie kompetencje społeczne, niskie wykształcenie, pozycja społeczna) i socjologiczne (odrzucenie przez grupę, dyskryminacja, stereotypy).

Objawy choroby psychicznej mogą prowadzić do naznaczenia, jeśli skutkują naruszeniem porządku społecznego poprzez uzewnętrznianie się „inności” w sposobie poruszania, ubierania, stylu życia czy dostosowania afektu do sytuacji. Naruszenie reguł obowiązujących w danym społeczeństwie wiąże się z przypisaniem sprawcy etykiety, po czym dochodzi do powiązania jej ze stereotypem, a więc nadania cech charakterystycznych dla danej etykiety. Społeczeństwo czerpie wiedzę na temat chorób psychicznych najczęściej z mediów, nieprofesjonalnej prasy oraz fikcji filmowej [7, 12]. Negatywne postrzeganie chorych psychicznie jest wzmacniane i rozpowszechniane przez środki masowego przekazu [8, 12]. W filmach osoby chore psychicznie przedstawione są wyjątkowo niekorzystnie. Jawią się jako osoby złe, skore do agresji i morderstw. Analiza seriali telewizyjnych wykazała, że na ekranie osoby z zaburzeniami psychicznymi stosują przemoc dziesięciokrotnie częściej niż osoby zdrowe oraz do dwudziestu razy częściej niż w rzeczywistości (9). Badanie przeprowadzone przez niemieckich badaczy zobrazowały istotny wpływ mediów na postawę wobec chorych psychicznie. Po nagłośnieniu przez prasę zamachów na polityków przeprowadzonych przez osoby chore psychicznie doszło do znacznego wzrostu postawy niechęci i dystansu wobec osób ze schizofrenią [10]. Media nie tylko wzmacniają stereotypowe postrzeganie osób chorych psychicznie, ale również wpajają i uczą wypaczonego postrzegania ludzi dotkniętych kryzysem psychicznym. W ponad 65% emitowanych kreskówek i filmów dla dzieci i młodzieży osoby chore psychicznie były przedstawione jako nieobliczalne, niosące zniszczenie, z którymi należy walczyć i które należy ukarać [11, 12]. Osobisty kontakt z osobą chorą zmniejsza uprzedzenia i pozwala osobiście zweryfikować początkowe przekonania. Osoby, które mają zawodowy kontakt z chorymi psychicznie lub mają takiego chorego w najbliższym otoczeniu, są mniej skore do negatywnego osądu [12].

Rozpoznanie choroby psychicznej, a więc postawienie diagnozy, ma cechy zbieżne ze stygmatem. Poprzez diagnozę jednostka zostaje zaklasyfikowana do grupy ludzi o nieakceptowanych cechach [13]. Stopień napiętnowania osób obciążonych chorobą psychiczną jest zależny nie tylko od diagnozy, ale od przeświadczenia otoczenia o odpowiedzialności chorego za swoją cho-

robę. Badania wykazały, że 78% respondentów uważało, że osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków same są odpowiedzialne za swoją chorobę. Poziom negatywnych postaw był siedmiokrotnie mniejszy wobec chorych, których nie obarczono odpowiedzialnością za swoją chorobę, np. na depresję lub schizofrenię [14].

Istotnym czynnikiem stygmatyzującym jest wszystko, co związane z psychiatrią. Psychiatria jest dyscypliną, na której się oszczędza, w którą się nie inwestuje. Szpitale psychiatryczne mieszczą się często na obrzeżach miast, w starych, zakratowanych budynkach oddalone są od innych placówek medycznych. Szpital psychiatryczny jawi się jako jednostka ubezwłasnowolniająca, stosująca praktyki naruszające godność ludzką, gdzie pacjent doznaje wyłączenia cierpienia i poniżenia. W odbiorze społecznym miejsca takie budzą grozę. Środki, jakie stosuje się w leczeniu, niosą ze sobą widoczne objawy uboczne [15]. Przez lata w krajach komunistycznych psychiatria wykorzystywana była do celów represyjnych, eliminowania niewygodnych przeciwników systemu poprzez przypisanie im etykiety niepoczytalnego i niebezpiecznego dla otoczenia [16, 25]. Psychiatra był kojarzony z wiernym wykonawcą zalet aparatu władzy [16, 21, 25].

Następstwa stygmatyzacji dla osób z kryzysem psychicznym

W odniesieniu do chorujących psychicznie pojęcie stygmatyzacji obejmuje kilka negatywnych postaw prezentowanych w społeczeństwie. Najczęściej spotykane jest dystansowanie się poprzez unikanie wchodzenia w formalne i nieformalne kontakty. Z badań prowadzonych na szeroką skalę wynika, że 60% ankietowanych nie wynająłoby mieszkania osobie chorej psychicznie, a prawie 35% nie chciałoby mieć takiego sąsiada. Jedną trzecią badanych nie widzi chorego psychicznie w roli kolegi [16]. Kolejną negatywną postawą otoczenia jest dewaluacja i rozpowszechnianie negatywnych opinii o napiętnowanej grupie. Prawie 50% respondentów było przekonanych, że inni myślą źle o osobach, które były u psychiatry, a tylko 53% ankietowanych twierdziło, że osoby chore psychicznie uważane są za tak samo inteligentne jak osoby zdrowe [17].

Szczególną formą negatywnego nastawienia do osób z chorobą psychiczną jest delegitymizacja, czyli prawne ograniczenie funkcjonowania w pewnych obszarach życia społecznego. Chorzy psychicznie niechętnie widziani byli w zawodach wiążących się z ponoszeniem odpowiedzialności za innych. Z badań CBOS wynika, że ankietowani nie zgodziliby się, żeby osoba po kryzysie psychicznym miała zajmować się ich dziećmi – być ich opiekunem (85%) lub nauczycielem (82%). Nieco mniej osób sprzeciwiłoby się temu, by były pacjent szpitala

psychiatrycznego miał zostać ich lekarzem (76%), burmistrzem lub wójtem w ich gminie (59%), szefem w pracy (46%) [18, 24].

Niemal wszyscy ankietowani pracodawcy (95%) nie widzą możliwości zatrudnienia na jakimkolwiek stanowisku osób cierpiących na schizofrenię, a ponad 10% ankietowanych nigdy nie zatrudniłoby osoby z chorobą psychiczną. Zdecydowaną większość chorych (84%) pozostaje bez pracy, są one niechętnie zatrudniane i w pierwszej kolejności zwalniane [19].

Poza tym chorzy napotykają trudności w zawarciu związku małżeńskiego, ponieważ w art. 12 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego nadal widnieją zapisy, że „Nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym”.

Osoby chorujące psychicznie żyją znacznie krócej niż przedstawiciele populacji ogólnej. Fakt ten jest związany z częstszymi samobójstwami, podwyższonym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego, chorób nowotworowych, cukrzycy i gorszym dostępem do opieki zdrowotnej. Zostało dowiedzione, że osoby z diagnozą psychiatryczną muszą dłużej oczekiwać na transplantację organów. W populacji obciążonej chorobami sercowo-naczyniowymi pacjenci ze schizofrenią mają rzadziej zlecane badania cholesterolu, rzadziej są kierowani na wizyty do specjalistów i poddawani zabiegom operacyjnym, jak np. pomostowaniu aortalno-więcicowemu (tzw. by-pasy) czy implantacji kardiostymulatora (tzw. rozrusznik serca) [20].

Najbardziej drastyczną formą eliminowania z życia społecznego osób napiętnowanych jest eksterminacja, której efekty widoczne były w czasie II wojny światowej, gdy naziści eliminowali chorych poprzez zagłodzenie lub zagazowanie [21]. Ograniczenie populacji chorych psychicznie było długo propagowane. Prawo pozwalające na sterylizację chorych psychicznie istniało w Szwecji do 1972 r., w Japonii do 1996 r.

Stygmatyzacja ma nie tylko wymiar społeczny, ale również jednostkowy. Oddziaływanie grupy jest tak duże, że posiadacz niepożądanego cechy sam się napiętnowuje i odsuwa na margines. Chora, obserwując otoczenie i odbierając negatywne sygnały dotyczące własnej osoby, stopniowo wyrabia w sobie fałszywe przekonanie o sobie. Napiętnowany zaczyna postępować i zachowywać tak, jak oczekuje od niego grupa społeczna. Trudno jest im samym uwolnić się od społecznych stereotypów i uprzedzeń z chwilą rozpoznania choroby. Poczucie bycia odmiennym powoduje, że oczekują przejawów dyskryminacji, podzielają nieprzychylną opinię i zbyt dobrze rozumieją zachowania swojej społeczności (autostygmatyzacja). Mogą czuć się winni, że zachorowali, a ich krewni są napiętnowani społecznie z ich powodu. Link i wsp. wykazali, że chorzy najbardziej odczuwający styg-

matyzację mieli 7–9 razy niższą samoocenę w porównaniu z doświadczającymi napiętnowania w mniejszym stopniu [22, 23, 24]. Posiadanie piętna psychicznie chorego prowadzi stopniowo do wykluczenia społecznego, czyli do niepodejmowania zwyczajowej i społecznie akceptowanej aktywności życiowej. Wydatki związane z leczeniem, rehabilitacją, konieczność rezygnacji z pracy przez chorego prowadzą do postępującej pauperyzacji i wykluczania ekonomicznego. Osoba dotknięta chorobą psychiczną musi zrezygnować z wielu „przyjemności”, na które kiedyś mogła sobie pozwolić [25, 26].

Zapobieganie stygmatyzacji pacjentów psychiatrycznych w codziennej praktyce pielęgniarskiej

Przeciwdziałanie stygmatyzacji powinno obejmować wiele wymiarów, począwszy od edukacji do jawnego sprzeciwu wobec krzywdzącego zachowania wobec chorych. Ważnym filarem kształtującym postawy antystygmatyzujące jest edukacja zakrojona na szeroką skalę. Adresatami powinny być zarówno dzieci, których poglądy dopiero co się kształtują, jak i osoby dorosłe, które ze względów zawodowych mają kontakt z chorymi psychicznie lub wpływają na kształtowanie opinii publicznej (dziennikarze, służby publiczne itp.). Wcześniej rozpoczęta edukacja prowadzi do kształtowania pozytywnych postaw wobec osób chorych psychicznie. Pozytywne nastawienie poznawcze wyraża się przede wszystkim poprzez uznanie, że przedmiotem poznania jest człowiek, a nie tylko jego choroba, dostrzeganie zalet, możliwości i osiągnięć osób chorych [27, 28]. Osoby z pozytywnym nastawieniem nie mają problemu z nawiązywaniem kontaktu z osobą chorą, a kontakt z nią nabiera dla danej osoby większej wartości. Kontakt chorych dzieci ze zdrowymi niesie obopólną korzyść. Dzieci z ograniczeniami kognitywnymi przez naśladowanie znacznie szybciej opanowują nawyki prawidłowego zachowania w codziennych sytuacjach życiowych. Poza tym sprawni rówieśnicy zachęcają znacznie lepiej niż dorośli do podejmowania nowych, czasem bardzo trudnych zadań. Natomiast dzieci zdrowe rozwijają postawę szacunku i akceptacji dla innych i uczą, jak zachować się w stosunku do ludzi w potrzebie. Akceptacja inności pozwala budować wspólnotę szkolną, a następnie lokalną bez konfliktów i uprzedzeń. Uczniowie podczas edukacji powinni mieć możliwość krytycznego spojrzenia na swoje postawy oraz przyswojenie sobie umiejętności prowadzenia dialogu z osobami, których światopogląd jest sprzeczny

z ich własnym [29]. Zajęcia edukacyjne można przeprowadzić według poniższych scenariuszy.

Scenariusz zajęć dla klas 3–4 szkoły podstawowej

Temat: Jesteśmy różni, ale to dobrze (czas trwania 45 min.).

Cel ogólny: kształtowanie w uczniach poczucia akceptacji inności i przekonania, że każdy jest równy.

Cele szczegółowe: uczniowie dostrzegają różnice i podobieństwa między ludźmi; uczniowie potrafią zaakceptować inność i wyróżnić ją w pozytywnym znaczeniu; uczniowie wiedzą, że kogoś „innego” nie można dyskryminować, odrzucać i nie można mu dokuczać; uczniowie wyrażają swoje spostrzeżenia i emocje związane z odmiennością; uczniowie poznają znaczenie pojęć: dyskryminacja, tolerancja, akceptacja, równość.

Metody pracy: dyskusja, praca grupowa, praca indywidualna.

Środki pomocnicze: tablica, flamastry, kredki, piłka, film.

Przebieg zajęć. 1. Wstęp. Przedstawienie się uczestnikom, zapoznanie z tematem zajęć (15 min.).

2. Praca indywidualna. Pielęgniarka podaje dziecku piłkę i pyta: Różnię się od ciebie, ponieważ...? Po udzieleniu odpowiedzi, dziecko przekazuje piłkę innemu, zadając to samo pytanie i tak dalej, do ostatniego uczestnika.

3. Praca w grupie. Pielęgniarka dzieli dzieci na grupy. Rozdaje przybory piśmiennicze, kartki papieru. Przedstawia krótki 10-minutowy film z różnymi postaciami ludzi, którzy różnią się wzrostem, kolorem skóry i tym, jak się ubierają, jak się poruszają, jak mówią i się zachowują (pośród nich znajduje się osoba z zespołem Downa). Prosi o napisanie na kartkach odpowiedzi na pytania: Co jest dobrego w tym, że ludzie się różnią? W czym różnice są przydatne? Po 15 min. pracy dzieci prezentują wyniki. Pielęgniarka koryguje i uzupełnia spostrzeżenia. Omawia poprawne postawy wobec innych ludzi. Nagradza pochwałą poprawne spostrzeżenia.

Scenariusz zajęć antystygmatyzujących w szkole ponadpodstawowej

Temat: Prawda i mity o chorych psychicznie (czas trwania 45 min.).

Cel ogólny: Ćwiczenie ma na celu przełamywanie negatywnych stereotypów na temat chorych psychicznie.

Cele szczegółowe: skonfrontowanie uczniów z nieprawdziwymi informacjami o chorych psychicznie; dostrzeżenie potrzeb osób chorych psychicznie; korygowanie negatywnych postaw wobec chorych psychicznie i niepowielanie nieprawdziwych opinii o chorych.

Metody pracy: pogadanka, dyskusja, praca w grupach.

Środki: tablica, kartki papieru, przybory do pisania.

Przebieg: 1. Wstęp. Przedstawienie się uczestnikom, zapoznanie z tematem zajęć (10 min.). 2. Rozwinięcie: Na tablicy pielęgniarka zapisuje słowo „FAKTY”, a następnie prosi o podanie skojarzeń, przekonań, jakie nawiązują się uczniom na temat osób chorych psychicznie. Najczęściej podawane stwierdzenia zapisuje na tablicy pod słowem „FAKTY” (30 min.). *Przykładowe stwierdzenia:* Chorzy psychicznie są niebezpieczni dla innych ludzi. (W celu obalenia tego stereotypu pielęgniarka przytacza badania naukowe.) Chorzy psychicznie są mniej inteligentni od innych. (Przedstawienie znanych osób chorych psychicznie, np. John Nash pierwowzór bohatera „Piękny umysł”, Isaac Newton, Ludwig van Beethoven). Chorzy psychicznie są beużyteczni dla społeczeństwa. (Podanie przykładów funkcjonowania publicznego osób chorych, ich wkładu w kulturę i życie społeczne, np. Catherine Zeta-Jones, Heath Ledger, Kora, Nietzsche, Abraham Lincoln).

Uczniowie powinni odnieść się do wypisanych przez pielęgniarkę twierdzeń. Wskazać, dlaczego są one nieprawdziwe. Zastanowić się, jakie mogą być konsekwencje takich uogólnień. Należy zadać uczniom pytania: Skąd czerpią informacje o zachowaniu chorych psychicznie? Czy mieli okazję poznać kogoś z kryzysem psychicznym?

Uczniowie powinni sobie uświadomić, iż budują swoje stereotypy i uprzedzenia na podstawie zasłyszanych i niesprawdzonych informacji. Jeśli uczniowie mają negatywne doświadczenia osobiste, to należy ich skłonić do refleksji, dlaczego uważają, że ich doświadczenia dotyczą całej grupy?

Zakończenie: Pielęgniarka nagradza, pochwała pozytywne spostrzeżenia i zaangażowanie (5 min.).

Działania edukacyjne pielęgniarek i pielęgniarzy

Osoby pracujące w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza powinny bardziej się zaangażować w działania edukacyjne skierowane do większego grona odbiorców, jak np. kampanie społeczne [30]. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek ordynuje kilka reguł w celu oddziaływania na politykę zdrowotną i lokalną społeczność:

1. Poznanie sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, społeczności lokalnej: jakie choroby psychiczne występują najczęściej i jakie implikacje społeczne niosą.

2. Publikowanie własnych prac poruszających problematykę zdrowia psychicznego. Przedstawianie pomysłów na rozwiązywanie aktualnych problemów. Prowadzenie edukacji antydyskryminacyjnej. Organizowanie w miejscu pracy, w swoim mieście każdego roku 10 października Światowych Dni Zdrowia Psychicznego lub 7 kwietnia – Światowych Dni Chorego Psychicznego,

wykorzystując te dni do działań uświadamiających w społeczności.

3. Dołączanie do grupy, instytucji o podobnych celach, np. do Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Pielęgniarzy Psychiatrycznych. Współpraca z konsultantem wojewódzkim lub krajowym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub psychiatrii (instytucje te mają wpływ na kształtowanie polityki zdrowotnej poprzez doradztwo w jej tworzeniu i służą wsparciem informacyjnym).

4. Współpraca z organizacjami działającymi na rzecz pacjentów z chorobami psychicznymi i wspierającymi ich rodziny (to umożliwi poznanie codzienności oraz problemów z perspektywy osób chorych psychicznie). Zorientować się, czy w środowisku są aktualnie prowadzone kampanie społeczne, np. „Odmień swoją głowę” [31].

Działania edukacyjne prowadzone w społeczności lokalnej są istotne w celu przełamania oporów przed budową w sąsiedztwie domów pomocy dla chorych psychicznie (większość osób jest przeciwna sąsiedztwu chorych psychicznie (zespół NIMBY – No in my background, czyli: Nie na moim podwórku) [32, 34].

Pielęgniarki zrzeszone w grupy interesów powinny wywierać wpływ na media, protestować za każdym razem przeciwko krzywdzącemu wizerunkowi lansowanemu w środkach masowego przekazu i postulować za przedstawianiem prawdziwego obrazu osoby z problemami psychicznymi w gazetach i telewizji. Media powinny pokazywać częściej, obiektywniej i rzetelniej codzienność osób chorych, które tak jak zdrowi wypełniają role społeczne i zawodowe itp. To tego celu można wykorzystać również media społecznościowe (Youtube, Facebook), gdzie za zgodą pacjentów można umieszczać krótkie filmiki, w których chorzy przedstawiają swoją historię [33, 35].

Istotne w działaniach antystygmatyzacyjnych jest wdrażanie osób z chorobą psychiczną do pracy zawodowej. Możliwość pracy pomaga choremu w integracji społecznej, w realizacji swoich celów, podwyższeniu własnej samooceny. Współpraca na płaszczyźnie zawodowej z chorym przekonuje społeczeństwo do zmiany stereotypowego postrzegania osób po kryzysie psychicznym. Pracodawcy, którzy mieli możliwość współpracy z osobami po kryzysie psychicznym, postrzegają je jako osoby życzliwe dla innych, skromne (ponad 50%), osoby otwarte i przyjacielskie (39%). Większość pracodawców (63%) chciałaby w przyszłości zatrudnić w swoich firmach chorujących psychicznie [36].

Pielęgniarka w codziennym kontakcie z pacjentem poprzez akceptującą postawę wobec chorego psychicznie zapobiega samostygmatyzacji podopiecznych. W czasie wykonywania czynności zawodowych

pielęgniarka okazuje szacunek choremu, akceptuje jego słabości, pomaga wykorzystać zasoby pozwalające lepiej funkcjonować w społeczeństwie [37, 38]. Pielęgniarka nawiązuje kontakt terapeutyczny z podopiecznym, aby rozpoznać problemy, znaleźć dla nich rozwiązanie, udziela porad dotyczących specyficznych objawów. Już sam fakt traktowania chorego jako podmiotu równorzędnego w procesie komunikacji chroni go przed uruchomieniem mechanizmów samostygmatyzacji. Pielęgniarka daje pacjentowi poczucie, że jest partnerem w procesie leczenia i współdecydem, bez którego nie jest możliwa interwencja. Stopniowo wdraża pacjenta do wykonywania czynności, dobierając stopień trudności do stanu chorego. Takie umiejętności są ważne zwłaszcza dla chorych, którzy chorują na schorzenia psychiczne przyciągające zainteresowanie otoczenia, np. schizofrenię. Poprzez treningi umiejętności społecznych pielęgniarka wyposaża podopiecznego w umiejętności potrzebne do uzyskania przez niego jak największego stopnia autonomii. W czasie indywidualnych kontaktów pielęgniarka diagnozuje deficyty w zakresie umiejętności sprawnego funkcjonowania. Dopiera takie metody pracy z chorym, które są dostosowane do jego możliwości intelektualnych, poznawczych i poziomu funkcjonowania społecznego mogą przynieść oczekiwany rezultat. W oddziaływaniu terapeutycznym pielęgniarka wykorzystuje zasadę optymalnej stymulacji [39]. Stopniowo zwiększa zakres wymagań, jakie stawia pacjentowi na drodze do uzyskania autonomii. Początkowo ilustruje wykonanie jakiejś czynności, następnie prosi o jej wykonanie chorego, korygując jego błędy, aż w końcu pełni funkcję jedynie obserwatora w czasie samodzielnego wykonywania tych czynności przez chorego.

Podsumowanie

Stereotypowe postrzeganie osób z kryzysem psychicznym jest głęboko zakorzenione w świadomości społecznej. Osoby chorujące na zaburzenia psychiczne powinny stawiać czoło objawom choroby oraz krzywdzącym przekonaniom społecznym. Pielęgniarskie działania przyczyniają się do zmniejszenia stygmatyzacji i jej efektów. Pielęgniarki mogą podejmować działania antystygmatyzujące na trzech płaszczyznach: proteście (przeciwko nieprawdziwemu prezentowaniu osób chorych), edukacji (na temat natury zaburzeń psychicznych, np. dla uczniów, pracowników medycznych, społeczności lokalnej) oraz przeciwdziałaniu samostygmatyzacji.

Piśmiennictwo

1. Taranowicz I. Rola społeczna chorego. W: Barański J. Piątkowski W (red.). Zdrowie i choroba. Wybrane problemy so-

cjologii medycyny. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT; 2002. 75–81.

2. Sayce L. Stigma, discrimination and social exclusion: whats in a word? *J Ment Health*. 1998; 7 (4): 331–343.
3. Schomerus G, Angermeyer MC. Stigmatisierung psychisch Kranker. *Psychiatrie up 2 date*. 2011; 5(6): 345–356.
4. Moncrieff J, Byrne P, Crawford M. Psychiatria wobec wyzwań: antypsychiatria, ruch użytkowników oraz naznaczenie społeczne. W: Wright P, Stern J, Phelon M (red.). *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner; 2008.149–159.
5. Jackowska E. Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska*. 2009; 12 (6): 655–670.
6. Cechnicki A, Bielańska A. Czynniki demograficzno-społeczne i kliniczne a antycypacja i doświadczenie piętna choroby psychicznej. *Post Psychiatr Neurol*. 2009; 18 (1): 31–41.
7. Trawkowska D, Frąckowiak-Sochańskiej M. Problemy w funkcjonowaniu systemów wsparcia medycznego i społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi – wnioski z analizy na przykładzie województwa wielkopolskiego. *Ann UMCS Sect D*. 2017; 30(4): 207–229.
8. Mroczek B, Wroblewska I, Kedzińska A, Kurpas D. Postawy dorosłych Polaków wobec osób chorych psychicznie. *Fam Med Primary Care Rev*. 2014; 16(3): 263–265.
9. Pratiwi NMS, Zuhriyah L, Supriati L. Exposure to mass media as a dominant factor influencing public stigma toward mental illness based on sunrise model approach. *Bel Nur Jour*. 2018; 4(2): 232–241.
10. Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med*. 1996; 43 (12): 17–21.
11. Wahl OF. Depictions of mental illnesses in childrens media. *J Ment Health*. 2003; 12 (3): 249–258.
12. Dyduch A, Grzywa A. Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną. *Pol Merkuriusz Lek*. 2009; 26 (153): 263–267.
13. Świtaj P. Rola diagnozy psychiatrycznej w procesie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. *Post Psychiatr Neurol*. 2009; 18 (4): 377–386.
14. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *BrJ Psychiatry*. 2011; 199: 367–372.
15. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 4–7.
16. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Graabe HJ, Carta MG, Angermeyer MC. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012; 125: 440–452.
17. Schomerus G, Angermeyer MC. Do attitudes towards persons with mental illness worsen during the course of life? An age-period-cohort analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2015; 132: 357–364.
18. Omyła-Rudzka M. Stosunek do osób chorych psychicznie. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej. 2012; 3–15.
19. Babicki M, Kotowicz K, Piotrowski P, Stramecki F, Kobylko A, Rymaszewska J. Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce. *Psychiatr. Pol*. 2018; 52(1): 93–102.

20. Corrigan PW. Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods a Attitude Change. *Clin Psychol Sci Pract.* 2000; 7: 48–67.
21. Kmiecik B. Choroba psychiczna – cierpienie, które zmieniło prawo. *Ethics in Progress.* 2014; 5: 115–128.
22. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Ann Rev Sociol.* 2001; 27: 363–385.
23. Arboleda-Florez J, Sartorius N. Understanding the stigma of mental illness. West-Sussex: J. Wiley&Sons Ltd. The Atrium Southern Gate; 2008. 3–35.
24. Wciórka B, Wciórka J. Sondaż opinii publicznej: społeczny obraz chorób psychicznych i osób chorych psychicznie w roku 2005. *Post Psychiat Neurol.* 2006; 15 (4): 255–267.
25. Bronowski P. Stygmatyzacja psychiatrów. *Psychiatr Dypl.* 2013; 10(1): 45–51.
26. Gore Ch, Figueiredo JB. Wykluczenie społeczne i polityka przeciwdziałania ubóstwu. *Probl Poli Spot.* 2003; 5: 1–19.
27. Jankowska M. Osobowościowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania postaw wobec osób niepełnosprawnych. Badania młodzieży trzecich klas gimnazjalnych. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio.* 2015; 4(24): 202–227.
28. Reznar A, Reznar W, Kosecka J. Edukator zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej jako szansa na podniesienie poziomu promocji zdrowia i profilaktyki w Polsce. *Probl Hig Epidemiol.* 2013; 94(3): 407–412.
29. Kunecka D, Musiał B. The authority of the nurse as an educator. *Pomeranian J Life Sci.* 2017; 63(3): 67–71.
30. Pabiś M, Ślusarska M, Jarosz MJ, Zarzycka D, Dobrowolska B, Brzozowska A. Kompetencje pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej w polskim systemie opieki medycznej. *Pielęg XXI w.* 2010; 3–4: 75–84.
31. Usher K, Grigg M. Pielęgniarstwo psychiatryczne. *Problemy i kierunki rozwoju.* Genewa: INC; 2009. 3–36.
32. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T. i wsp. Wytyczne WPA: jak przeciwdziałać stygmatyzacji psychiatrii i psychiatrów. *Post Psychiat Neurol.* 2011; 20 (2): 89–104.
33. Angermayer MC, Matschinger H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med.* 1996; 43 (12): 17–21.
34. Ślusarczyk J, Kowalczyk R, Barbaro B. Seksualność pacjentów chorujących na schizofrenię. *Prz Seksuol.* 2011; 7: 4–9.
35. Schulz M, Zuamboni G, Lohr M. Die zweite Krankheit. *Die Schwester Der Pfleger.* 2016; 1: 2–6.
36. Bartosiewicz-Niziołek M. Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy cz. II. Warszawa: PEFRON; 2013. 2–126.
37. Freidl M, Piralic Spitzl S, Prause W, Zimprich F, Lehner – Baumgartner E, Baumgartner C, Aigner C. The stigma of mental illness: Anticipation and attitudes among patients with epileptic, dissociative or somatoform pain disorder. *Int Rev Psychiatry.* 2007; 19(2): 123–129.
38. Wilczewska L, Ciszowska-Kreft M. Udział pielęgniarki w rehabilitacji psychiatrycznej. *Prob Pielęg.* 2010; 4: 483–489.
39. Pieta P. Sposoby rozwiązywania problemów dnia codziennego wynikających z doświadczenia przewlekłej choroby psychicznej – schizofrenii. *Pielęg Pol.* 2017; 3(65): 537–543.

Artykuł przyjęty do redakcji: 28.02.2019.

Artykuł przyjęty do publikacji: 04.07.2019.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Piotr Wojda
 Wilhelm-Griesinger-Straße 23
 51109 Köln
 telefon +49(0) 221 / 8993-0
 telefax +49(0) 221 / 897-664
 e-mail: askot8@wp.pl, klinik-koeln@lvr.de
 LVR-Klinik Köln Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln



WSPÓLNOTY SAMOPOMOCOWE DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH RODZIN OGNIWEM WSPARCIA W OPIECE PIELĘGNIARSKIEJ I POŁOŻNICZEJ W POLSCE

MUTUAL-HELP GROUPS FOR ADDICTED PATIENTS AND THEIR FAMILIES AS A PARTNER IN NURSING AND MIDWIFERY IN POLAND

Łukasz Kołodziej

Fundacja Instytut Zdrowia FIZ-LK, Prywatny Ośrodek Terapii Uzależnień TRATWA

<https://orcid.org/0000-0002-9814-9158>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.6>

STRESZCZENIE

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych oraz nałogowych czynności pociąga za sobą realne szkody zdrowotne. Dotknięte są nimi zarówno same osoby uzależnione, jak i również członkowie ich rodzin. Do zadań personelu pielęgniarskiego i położniczego należy między innymi przeciwdziałanie szkodom zdrowotnym spowodowanym uzależnieniem. Grupy samopomocowe, takie jak np. wspólnota Anonimowych Alkoholików (AA) czy grupy rodzinne Anonimowych Alkoholików, zwane w skrócie Al-Anon, stanowią ważne uzupełnienie profesjonalnych form wsparcia osób uzależnionych i ich rodzin. W artykule zebrano zatem podstawowe informacje o grupach samopomocowych działających w Polsce. Oprócz tego podano przykłady współpracy pomiędzy specjalistami działającymi w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom z grupami samopomocowymi. Spośród kilku wspólnot samopomocowych omówionych w tym artykule najlepiej udokumentowaną skutecznością oferowanych oddziaływań charakteryzuje się ruch AA oraz Al-Anon. W przypadku pozostałych wspólnot samopomocowych brakuje jednoznacznych wyników badań pokazujących skuteczność oferowanego wsparcia. Tym samym tylko udział w AA i Al-Anon można uznać za rekomendację pielęgniarską, mającą naukowe uzasadnienie.

SŁOWA KLUCZOWE: samopomoc, 12 kroków, uzależnienia, nałogowe czynności, rodziny osób uzależnionych.

ABSTRACT

Addiction to psychoactive substances as well as to compulsive behaviors can cause serious health problems. In fact, both addicts themselves and their family members are affected. Nursing staff and midwives are obligated to promote health and well-being among addicts and their families. Mutual-help groups, such as Alcoholics Anonymous community, play an important role in the public health and social rehabilitation of addicted patients and their families. Hence, the basic principles of the functioning of mutual-help communities operating in Poland are discussed. In addition, some examples of cooperation between mutual-support groups and health providers are given. Among several types of mutual-help communities discussed in this article, therapeutic effectiveness have been scientifically proven only in the case of Alcoholics Anonymous and the Al-Anon Family Group. In the case of other self-help communities mentioned in the article, the evidence showing positive outcome is scant. Therefore, participation only in AA and Al-Anon movement can be considered a nursing recommendation with scientific justification.

KEYWORDS: mutual help, 12 steps program, drug addiction, behavioural addiction, family members of addicted patient.

Wstęp

Personel pielęgniarski spotyka się w swojej codziennej praktyce zawodowej z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych oraz cierpiącymi z powodu nałogowych czynności np. hazardu czy patologicznego korzystania z gier komputerowych. Negatywne skutki uzależnienia dotyczą jednak nie tylko samej osoby chorej, ale również jej najbliższej rodziny [1, 2, 3]. Dotyczy to także płodów, których prawidłowy rozwój może być zagrożony przez uzależnienie od substancji psychoaktywnych matki

[4, 5, 6]. Stres wywołany nieprzewidywalnością i gwałtownością zachowania uzależnionego partnera matki, w tym również wszelkimi przejawami przemocy, także może skutkować u płodu negatywnymi konsekwencjami rozwojowymi [7, 8]. Położne, obok personelu pielęgniarskiego, mogą zatem odegrać ważną rolę w przeciwdziałaniu skutkom uzależnienia w rodzinie.

Obok przemocy domowej, nadmiernego zadłużenia i problemów bytowych, w rodzinach z problemem uzależnienia często rozwija się również patologiczna

więź interpersonalna pomiędzy osobą uzależnioną a jej partnerem życiowym [9]. Nadmierne uwikłanie się w związki z kimś, kto przejawia destrukcyjne zachowania wobec swojego partnera życiowego określa się jako współuzależnienie [10, 11]. Stan ten cechuje się między innymi zaniedbywaniem własnych potrzeb, w tym także zdrowotnych, na rzecz koncentracji myśli, uczuć i zachowań wokół życia osoby uzależnionej [10, 11]. Współuzależnienie skutkuje zatem cierpieniem oraz narastającymi szkodami zdrowotnymi.

Negatywny wpływ używania środków odurzających i współuzależnienia w rodzinie nie ogranicza się jednak tylko do człowieka uzależnionego, bliskiej mu osoby i ewentualnie pędu w ciele matki. Dotyka również dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem uzależnień [12]. W przypadku osób cierpiących w swoim dorosłym życiu z powodu konsekwencji alkoholizmu rodziców używa się pojęcia *dorostych dzieci alkoholika* (dda) [13]. Kiedy system rodzinny był zaburzony z jakiegokolwiek innego powodu np. choroby psychicznej rodzica czy uzależnienia od narkotyków lub hazardu, mówi się o tzw. *dorostych dzieciach dysfunkcyjnych rodziców* (dddr) [13, 14]. Podobnie jak współuzależnienie, tak również syndrom dda i dddr nie są uznane za odrębne jednostki nozologiczne [15]. Nie umniejsza to jednak cierpieniu osób przejawiających w życiu dorosłym cechy dda lub dddr. Zarówno u osób współuzależnionych, jak i u ich dzieci, mogą rozwijać się między innymi zaburzenia nastroju oraz odżywiania.

Do zadań personelu pielęgniarskiego i położnych należy między innymi promowanie zdrowego stylu życia, w tym także przeciwdziałanie negatywnym skutkom uzależnień [16]. Działania te można realizować między innymi poprzez udzielenie porad zdrowotnych, np. w formie tzw. krótkich interwencji wobec uzależnionych [17]. Kolejnym obszarem działania pielęgniarek i położnych jest motywowanie osób uzależnionych, współuzależnionych, dda oraz dddr do podjęcia psychoterapii [18]. Zadanie to nierozdzielnie wiąże się z informowaniem pacjentów o dostępnej ofercie terapeutycznej w pobliżu miejsca zamieszkania podopiecznego.

Uzupełnieniem profesjonalnych form terapii uzależnienia i jego skutków jest również udział osób chorych i ich rodzin w grupach samopomocowych, działających w oparciu o program 12 kroków/stopni (**Tabela 1**).

Najbardziej znanym przykładem wspólnot samopomocowych jest ruch AA i Al-Anon. Stały się one również pierwowzorem dla innych ruchów samopomocowych, stworzonych przez osoby uzależnione i ich rodziny.

W Polsce również działają wspólnoty tego typu. Zostały one przedstawione w postaci zbiorczego zestawienia w **tabeli 2**.

Tabela 1. 12 Kroków Anonimowych Alkoholików, które zostały zaadaptowane także przez inne wspólnoty samopomocowe do zdrowienia z różnych uzależnień i problemów z zachowaniem

Table 1. 12 Steps of Alcohol Anonymous which serves as a golden standard for various types of mutual support groups for addicted patients and their families

<p>Krok 1. Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu – że nasze życie stało się niekierowalne. Step 1. We admitted we were powerless over alcohol – that our lives had become unmanageable.</p> <p>Krok 2. Uwierzyliśmy, że Siła większa od nas samych może przywrócić nam zdrowy rozsądek. Step 2. Came to believe that a Power greater than ourselves could restore us to sanity.</p> <p>Krok 3. Podjęliśmy decyzję, aby powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga, <i>tak jak Go rozumieliśmy</i>. Step 3. Made a decision to turn our will and our lives over to the care of God as we understood Him.</p> <p>Krok 4. Zrobiliśmy wnikliwą i odważną osobistą inwenturę moralną. Step 4. Made a searching and fearless moral inventory of ourselves.</p> <p>Krok 5. Wyznaliśmy Bogu, sobie i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów. Step 5. Admitted to God, to ourselves and to another human being the exact nature of our wrongs.</p> <p>Krok 6. Staliśmy się całkowicie gotowi, żeby Bóg usunął wszystkie te wady charakteru. Step 6. Were entirely ready to have God remove all these defects of character.</p> <p>Krok 7. Zwróciliśmy się do Niego w pokorze, aby usunął nasze braki. Step 7. Humbly asked Him to remove our shortcomings.</p> <p>Krok 8. Zrobiliśmy listę wszystkich osób, które skrzywdziliśmy, i staliśmy się gotowi zadośćuczynić im wszystkim. Step 8. Made a list of all persons we had harmed, and became willing to make amends to them all.</p> <p>Krok 9. Zadośćuczyniliśmy osobiście wszystkim, wobec których było to możliwe, z wyjątkiem tych przypadków, gdy zraniłoby to ich lub innych. Step 9. Made direct amends to such people wherever possible, except when to do so would injure them or others.</p> <p>Krok 10. Prowadziliśmy nadal osobistą inwenturę, z miejsca przyznając się do popełnianych błędów. Step 10. Continued to take personal inventory and when we were wrong promptly admitted it.</p> <p>Krok 11. Staraliśmy się przez modlitwę i medytację poprawiać nasz świadomy kontakt z Bogiem, <i>tak jak Go rozumieliśmy</i>, prosząc jedynie o poznanie Jego woli wobec nas oraz o siłę do jej spełnienia. Step 11. Sought through prayer and meditation to improve our conscious contact with God as we understood Him, praying only for knowledge of His will for us and the power to carry that out.</p> <p>Krok 12. Przebudzeni duchowo w rezultacie tych kroków staraliśmy się nieść to posłanie innym alkoholikom i stosować te zasady we wszystkich naszych poczynaniach. Step 12. Having had a spiritual awakening as the result of these steps, we tried to carry this message to alcoholics and to practice these principles in all our affairs.</p>

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 2. Wspólnoty samopomocowe w Polsce, działające w oparciu o program 12 kroków, ukierunkowane na pomaganie pacjentom z różnymi formami uzależnień oraz problemami zdrowotnymi ich rodzinom
Table 2. 12 steps groups operating in Poland for addicted patients and their families

Rodzaj uzależnienia problemu zdrowotnego/ <i>Addictive behaviour and health problem</i>	Grupy samopomocowe dla osób uzależnionych/ <i>Mutual help groups for addicted patients</i>	Grupy samopomocowe dla rodzin osób uzależnionych/ <i>Mutual groups for concerned others</i>
Uzależnienie od alkoholu/ <i>Alcohol addiction</i>	Anonimowi Alkoholicy [19]/ <i>Alcoholics Anonymous</i>	Grupy Rodzinne Al-Anon [30]/ <i>Al-Anon Family Groups</i> Dorośle Dzieci Alkoholików [31]/ <i>Adult Children of Alcoholics</i>
Uzależnienie od narkotyków/ <i>Drug addiction</i>	Anonimowi Narkomanii [20]/ <i>Narcotics Anonymous</i>	Brak/ <i>Not operating</i>
Uzależnienie od nikotyny/ <i>Nicotine addiction</i>	Anonimowi Palacze [21]/ <i>Nicotine Anonymous</i>	Brak/ <i>Not operating</i>
Uzależnienie od hazardu/ <i>Pathological gambling</i>	Anonimowi Hazardziści [22]/ <i>Gamblers Anonymous</i>	Grupy Rodzinne Haz-Anon [32]/ <i>Gam-Anon</i>
Uzależnienie od seksu/ <i>Sex addiction</i>	Anonimowi Seksoholicy [23]/ <i>Sexaholics Anonymous</i> Anonimowi Uzależnieni od Seksu i Miłość [24]/ <i>Sex and Love Addicts Anonymous</i>	Brak/ <i>Not operating</i> Brak/ <i>Not operating</i>
Uzależnienie od gier komputerowych/ <i>Computer addiction</i>	Anonimowi Uzależnieni od Gier Komputerowych [25]/ <i>(Anonimowi Sieciholicy)</i> Computer Gaming Addicts Anonymous	Brak/ <i>Not operating</i>
Zaburzenia odżywiania/ <i>Eating disorder</i>	Anonimowi Jedzenioholicy [26]/ <i>Overeaters Anonymous</i>	Brak/ <i>Not operating</i>
Zaburzenia depresyjne/ <i>Depression disorder</i>	Anonimowi Depresanci [27]/ <i>Depressed Anonymous</i>	Brak/ <i>Not operating</i>
Stosowanie przemocy wobec innych/ <i>Family violence</i>	Anonimowi Przemocowcy [28]/ <i>Violence Anonymous</i>	Brak/ <i>Not operating</i>
Nadmierne zadłużenie/ <i>Over debt</i>	Anonimowi Dłużnicy [29]/ <i>Debtors Anonymous</i>	Brak/ <i>Not operating</i>

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Zachęcenie osoby potrzebującej wsparcia do udziału w grupie samopomocowej 12 kroków można zatem uznać za formę interwencji pielęgniarskiej i położniczej [18].

Tym samym celem tego artykułu jest przybliżenie czytelnikom zasad funkcjonowania grup tego typu w Polsce wraz z krótką charakterystyką czynników leczących działających w ruchu samopomocowym.

Wspólnoty samopomocowe działające w oparciu o program 12 kroków w Polsce

Najstarszą i największą grupą samopomocową dla osób uzależnionych od alkoholu jest wspólnota Anonimowych Alkoholików. Członkowie tego ruchu widzą możliwość leczenia uzależnienia od alkoholu w przestrzeganiu zasad życia zdefiniowanych w programie 12 Kroków AA [33]. To właśnie członkowie ruchu AA jako pierwsi podnieśli również kwestię konieczności pracy nad zdrowieniem ze skutków alkoholizmu całej rodziny, a nie tylko samej osoby uzależnionej [34]. W książce „Anonimowi Alkoholicy”, będącej fundamentem działania wspólnoty AA, znajdują się aż dwa rozdziały poświęcone zdrowieniu rodziny: „Do żon” oraz „Wizja rodziny przeobrażonej” [35].

Niemniej jednak z biegiem czasu okazało się, że program zdrowienia dla rodzin wymaga wzbogacenia o dodatkowe elementy. W trzynastym roku po założeniu AA żony członków tej wspólnoty utworzyły wspólnotę grup rodzinnych Anonimowych Alkoholików, znaną pod nazwą Al-Anon, działającą w oparciu o program 12 stopni (w AA funkcjonuje program 12 Kroków) [36]. W skład ruchu Al-Anon wchodzi również grupy dedykowane dzieciom i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym (tzw. Alateen). Część grup Al-Anon samookreśla się jako grupy Al-Anon Dorośle Dzieci. Grupy te nie powinny być mylone z ruchem samopomocowym dorosłych dzieci alkoholików.

We wspólnotach samopomocowych działających w oparciu o program 12 kroków najmniejszą a zarazem najważniejszą jednostką organizacyjną życia każdej wspólnoty jest grupa [37, 38]. Tworzą ją przynajmniej dwie osoby zbierające się w celu zdrowienia z uzależnienia lub jego skutków w rodzinie. Spotkania członków grup samopomocowych, w tym także AA i Al-Anon, noszą nazwę mityngów [37, 38]. Zebrania członków wspólnot samopomocowych przebiegają zgodnie z przyjętym przez grupę scenariuszem. Wyróżnia się kilka rodzajów mityngów. Na mityng otwarty może przyjść każda osoba zainteresowana zdrowieniem z uzależnienia i jego skutków w rodzinie, w tym także np. zainteresowane tematem pielęgniarki, pielęgniarze i położne. Mityngi zamknięte są dostępne wyłącznie dla osób deklarujących przynależność do określonej wspólnoty. Kolejnym rodzajem spotkania grupy samopomocowej jest tzw. mityng informacyjny na temat zasad funkcjonowania wspólnoty samopomocowej dla ludzi zainteresowanych tematem. Różnica pomiędzy mityngiem otwartym a in-

formacyjnym polega głównie na tym, że w trakcie mityngów informacyjnych dużo mówi się na temat formalnych zasad działania wspólnoty [39].

W przypadku wspólnoty AI-Anon i AA mityngi informacyjne trwają około dwóch godzin i składają się z trzech części, tj. ze zwięzłego omówienia zasad działania danej wspólnoty, wypowiedzi członka ruchu samopomocowego na temat własnej drogi zdrowienia z uzależnienia/współuzależnienia, pytań ze strony personelu i zaproszonych gości do przedstawicieli ruchu samopomocowego [39].

Jak już wspomniano wcześniej, w Polsce struktury AA i AI-Anon działają na terenie całego kraju [40, 41]. W przypadku pozostałych wspólnot samopomocowych, wymienionych w **tabeli 2**, dostęp do mityngów tychże grup może być znacząco utrudniony ze względu na duże odległości geograficzne pomiędzy poszczególnymi grupami. Z przedstawicielami wspólnot samopomocowych działających w Polsce można jednak nawiązać kontakt telefoniczny, korespondencyjny lub za pomocą Internetu (adresy elektroniczne grup samopomocowych działających w kraju zebrano w **tabeli 2**). Tym samym ograniczenie w postaci niewielkiej liczby grup działających w różnych innych niż AA i AI-Anon ruchach samopomocowych jest zniwelowane.

Czynniki leczące obecne w działaniach wspólnot samopomocowych

Członkowie AA porównują udział w mityngach do korzystania z apteki oferującej lek na alkoholizm. W świetle paradygmatu medycyny opartej na dowodach naukowych, przytoczona metafora mityngu AA znajduje swoje potwierdzenie w wynikach badań. Postępując się metodami wnioskowano statystycznego oraz stosując metodologię prowadzenia badań porównawczych nad skutecznością interwencji psychoterapeutycznych wykazano, że udział osób uzależnionych w mityngach AA w sposób bardziej skuteczny pomaga utrzymywać trzeźwość w dłuższej perspektywie czasu aniżeli sama psychoedukacja na temat szkodliwości nadużywania alkoholu [42, 43, 44].

Wykazano również, że zaangażowanie pacjenta w realizację programu 12 kroków i przestrzeganie zaleceń AA jest równie skuteczne co psychoterapia uzależnienia, prowadzona w nurcie poznawczo-behawioralnym. Wiadomo również, że udział w AA jest skutecznym sposobem na zainicjowanie u osoby uzależnionej motywacji do utrzymywania abstynencji w dłuższej perspektywie czasu. Innymi słowy, udział w AA pomaga rozpocząć trzeźwienie, a nie tylko przyspiesza i podtrzymuje proces zdrowienia z uzależnienia od alkoholu u osób, które i tak zdrowiałyby z alkoholizmu poza AA [45].

Udział w AI-Anon zalecany jest osobom, które borykają się z problemami zdrowotnymi, w tym także psychicznymi, z powodu alkoholizmu kogoś bliskiego w rodzinie. Tym samym istnieje konieczność prowadzenia badań naukowych nad skutecznością wsparcia udzielanego w AI-Anon. Pozytywny wpływ udziału w AI-Anon przejawia się głównie w trzech obszarach życia członków wspólnoty. Poprawie ulega subiektywnie postrzegana jakość życia osób będących w relacji z kimś uzależnionym. Wśród uczestników wspólnoty wzrasta również zadowolenie z bieżącego stanu relacji interpersonalnej z osobą uzależnioną. Przemianie pozytywnej podlega również rodzaj stylu radzenia sobie z problemami, jakie niesie ze sobą życie z kimś uzależnionym [46, 47]. Wśród uczestników AI-Anon obserwuje się zmianę stylu radzenia sobie ze stresem z unikowego na styl skoncentrowany na zadaniu. Skutkuje to między innymi wzrostem samooceny wśród uczestników AI-Anon i poprawą wiary w swoją skuteczność [46].

Niemniej jednak, kiedy porównano dwie grupy uczestników AI-Anon, tj. nowicjuszy (osoby zaangażowane w AI-Anon nie dłużej niż sześć miesięcy) z weteranami wspólnoty (członkowie AI-Anon będący we wspólnocie dłużej niż sześć miesięcy), nie wykazano znaczącej poprawy zdrowia psychicznego uczestników ruchu AI-Anon. U około 40% badanych zdiagnozowano depresję oraz stany lękowe. Pomimo tego pozytywnym aspektem udziału w AI-Anon było zmniejszenie spożycia alkoholu przez uczestników AI-Anon [32]. Tym samym udział w AI-Anon można potraktować jako oddziaływanie profilaktyczne wobec osób zagrożonych sięganiem po alkohol i leki. Wykazano bowiem, że osoby będące w związku z alkoholiczkiem znacząco częściej sięgają po leki z przepisu lekarza, w tym także z grupy benzodiazepin [46].

Na podstawie badań nad uczestnikami ruchu AI-Anon w Stanach Zjednoczonych wiadomo, że zaangażowanie w ten ruch przynosi wymierne efekty po około sześciu miesiącach, przy regularnym uczęszczaniu na przynajmniej jeden mityng w tygodniu [48]. Z badań naukowych nad ruchem AA wynika, że uczestniczenie w mityngu przynajmniej raz w tygodniu sprzyja utrzymywaniu abstynencji w dłuższej perspektywie czasu [43]. Jest to też minimalna liczba mityngów w tygodniu, która pomaga osobom uzależnionym podtrzymać wypracowaną wcześniej w trakcie terapii uzależnienia zdolność utrzymywania abstynencji [43]. Wykazano również celowość kierowania osób uzależnionych od alkoholu na mityngi nawet przed podjęciem terapii uzależnienia [43]. Istnieją również przesłanki naukowe, wskazujące na celowość kierowania osób uzależnionych od innych rzeczy niż alkohol również na mityngi AA [49].

W przypadku AA i Al-Anon postuluje się istnienie zbioru czynników leczących, które działając łącznie, warunkują zdrowienie z uzależnienia od alkoholu i jego skutków w rodzinach. W myśl hipotezy prof. Mossa i jego grupy badawczej, za zdrowienie w AA i Al-Anon odpowiadają procesy społeczne, które prowadzą do zmiany zachowania uczestników grup samopomocowych [43, 47, 50]. Do procesów tych zaliczamy między innymi:

1. wsparcie i przywiązanie pomiędzy uczestnikami wspólnoty samopomocowej;
2. ukierunkowanie na osiąganie wspólnego celu grupy, tj. zdrowienia z uzależnienia od alkoholu i jego skutków;
3. ustrukturyzowanie działania w oparciu o wspólny dla wszystkich członków program zdrowienia;
4. ustalenie wspólnych norm grupowych i oczekiwań wobec członków wspólnoty;
5. modulowanie ról społecznych wśród członków ruchu samopomocowego;
6. zaangażowanie członków wspólnoty w działania przynoszące subiektywne odczucie przyjemności, poczucie przydatności społecznej i sprawstwa.

W przypadku pozostałych wspólnot samopomocowych wymienionych w **tabeli 2** brakuje przekonujących dowodów naukowych na temat skuteczności oferowanej pomocy. Jak dotąd nikt nie wykazał też szkodliwego wpływu tych wspólnot samopomocowych na osoby korzystające z ich wsparcia. Można również przypuszczać, że w grupach samopomocowych innych niż AA i Al-Anon wymienione wyżej prozdrowotne procesy społeczne również występują i mogą przynieść korzyść uczestnikom ruchów samopomocowych [51, 51]. Niemniej jednak wciąż jest to hipoteza, która wymaga dalszej weryfikacji.

Współpraca z AA i Al-Anon przy promocji zdrowia

Współpraca ruchów samopomocowych z profesjonalistami zajmującymi się problematyką uzależnień odbywa się w oparciu o reguły zebrane w postaci 12 Tradycji. Stanowią one zbiór zasad regulujących różne formalne aspekty funkcjonowania wspólnot samopomocowych. W przypadku ruchu AA współpraca tej grupy samopomocowej z różnego typu profesjonalistami odbywa się właśnie w ramach 5. tradycji AA [33]. Brzmi ona następująco: „Każda grupa ma jeden główny cel: nieść posłanie alkoholikowi, który wciąż jeszcze cierpi”. 5. tradycja wspólnoty Al-Anon sugeruje członkom grup nie tylko pomoc rodzinom osób uzależnionych, ale również samym osobom uzależnionym, mówiąc „o rozumieniu i dodawaniu otuchy naszym pijącym krewnym” [53].

Przedstawiciele wspólnot samopomocowych bardzo chętnie przychodzą zatem na zaproszenie np. służb społecznych zaangażowanych w przeciwdziałanie skutkom uzależnień w społecznościach lokalnych. Promotorzy zdrowia, pielęgniarze i pielęgniarki mogą więc skorzystać z bezpłatnej współpracy z przedstawicielami wspólnot samopomocowych przy organizowaniu prelekcji o tematyce związanej z przeciwdziałaniem skutkom uzależnień. Położne mogą też wzbogacić ofertę szkół rodzenia o spotkania informacyjne z przedstawicielami ruchu AA i Al-Anon.

W myśl 6. i 10. tradycji AA i Al-Anon wspólnoty te nie wypowiadają się na temat profesjonalnych systemów terapeutycznych, religii, polityki oraz spraw związanych z szeroko pojętą ochroną zdrowia osób uzależnionych i ich rodzin [53]. Tym samym podejmując współpracę z AA i Al-Anon, mamy małe ryzyko uwikłania się w niechciane afiliacje religijne, polityczne lub ruchy podważające celowość leczenia.

W ramach struktur wspólnot samopomocowych AA i Al-Anon działają wyspecjalizowane grupy zadaniowe opracowujące ujednolicone materiały informacyjne oraz książki o tematyce zdrowienia z uzależnienia i jego skutków. W Polsce dostępne są następujące pozycje wydawnicze:

Lista tytułów książek aprobowanych przez Konferencję Ogólną Służb Światowych AA przetłumaczonych na język polski:

- *Anonimowi Alkoholicy (ang. Alcoholics Anonymous)* (wyd. II), Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2015.
- *Dwanaście Kroków i Dwanaście Tradycji (ang. Twelve Steps and Twelve Traditions)*, Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2013.
- *Życie w trzeźwości (ang. Living sober)*, Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2000.
- *Anonimowi Alkoholicy wkraczają w dojrzałość (ang. Alcoholics Anonymous comes of age)*, Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2010.
- *Przełącz dalej. Opowieść o Billu Wilsonie i o tym, jak posłanie AA ogarnęło cały świat (ang. Pass it on. The story of Bill Wilson and how AA message reached the world)*, Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2013.
- *Jak to widzi Bill. AA jako droga życia. Wybór pism współzałożyciela AA (ang. As Bill Sees it. The AA Way of Life. Selected writings of AA co-founder)*, Fundacja Biuro Służby Krajowej

Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2015.

- *Doktor Bob i dobrzy weterani (ang. Dr. Bob and the Good Oldtimers)*, Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2009.
- *Więzień do więźnia (ang. AA in prison. Inmate to Inmate)*, Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2009.
- *The Best of Bill*, Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2010.
- *Codziennie refleksje (ang. Daily reflections)*, Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2015.
- *Historia AA w Polsce (t. 1) (ang. History of AA in Poland)*, Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2015.
- *Uwierzyliśmy (ang. Came to Believe)*, Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2001.

Lista tytułów książek i broszur informacyjnych aprobowanych przez Konferencję Służby Światowej Grup Rodzinnych AI-Anon, przetłumaczone na język polski:

- *Dwanaście Stopni i Dwanaście Tradycji dla AI-Anon (ang. AI-Anon's Twelve Steps and Twelve Traditions)*, (wyd. IV), Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych AI-Anon, Poznań 2009.
- *Dzień po dniu w AI-Anon (ang. One day at Time in AI-Anon)*, (wyd. VII), Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych AI-Anon, Poznań 2010.
- *Odwaga do zmian. Dzień po dniu w AI-Anon II (ang. Courage to Change. One day at one time in AI-Anon)*, (wyd. I), Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych AI-Anon, Poznań 2015.
- *Od przetrwania do zdrowienia. Dorastanie w domu z problemem alkoholowym (ang. From survival to recovery: Growing up in an Alcoholic Home)*, (wyd. I), Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych AI-Anon, Poznań 2014.
- *Problemy w małżeństwie z alkoholikiem (ang. The Dilema of the Alcoholic marriage)*, (wyd. III), Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych AI-Anon, Poznań 2007.
- *Wskazówki do pracy nad sobą według Stopnia IV AI-Anon (ang. Blueprint for progres)* (wydanie rozszerzone), (wyd. I), Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych AI-Anon, Poznań 2017.

- *Dwanaście Stopni i Dwanaście Tradycji dla Alateen (ang. Alateen's Twelve steps and Twelve Traditions)*, (wyd. II poprawione), Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych AI-Anon, Poznań 2014.
- *Alateen – dzień po dniu (ang. Alateen – a day at one time)*, (wyd. II poprawione), Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych AI-Anon, Poznań 2012.
- *Alateen nadzieja dla dzieci alkoholików (ang. Alateen. Hope for Children of Alcoholics)*, (wyd. III poprawione), Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych AI-Anon, Poznań 2012.
- *Praca Grup AI-Anon i Alateen (ang. AI-Anon and Alateen groups at work)*, (wyd. III), Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych AI-Anon, Poznań 2008.

W przypadku wspólnoty AA za zgodność publikowanych materiałów i książek z przestaniem wspólnoty odpowiadają służby światowe AA [33]. W AI-Anon odpowiedzialność za aprobatę materiałów źródłowych odpowiada Konferencja Służb Światowych AI-Anon. Pozostałe wspólnoty samopomocowe również opracowują i publikują książki oraz broszury informacyjne, których treść wymaga aprobaty przez wyspecjalizowane służby światowe tychże organizacji. Tym samym literatura publikowana przez wspólnoty samopomocowe stanowi wiarygodne źródło informacji na temat zdrowienia z uzależnienia i jego skutków. Można więc oferować pacjentom uzależnionym i ich rodzinom czytanie literatury 12 kroków.

Książki oraz materiały informacyjne publikowane są z pominięciem imion i nazwisk autorów. Wynika to z anonimowości członków wspólnot samopomocowych oraz przekonania o konieczności prezentowania zbiorowego doświadczenia w zdrowieniu ze skutków uzależnienia i jego skutków, a nie poglądów indywidualnych osób. Pozytywny wpływ literatury grup działających w oparciu o program 12 kroków na poprawę kondycji psychicznej uczestników tego ruchu jest przykładem wykorzystania elementów biblioterapii oraz elementów terapii behawioralno-poznawczej przez nieprofesjonalistów [33]. Materiały drukowane AA i AI-Anon można więc bezpiecznie polecać pacjentom i ich rodzinom w ramach promocji zdrowia.

Oprócz książek wspólnoty samopomocowe publikują i kolportują również różnego typu broszury informacyjne oraz logotypy informujące o działalności wspólnot w danej miejscowości (**Rycina 1**).



Rycina 1. Plakaty i logotypy wybranych wspólnot samopomocowych działających w Nowym Sączu, widoczne z ulicy dla przechodniów, informujące o miejscu i czasie mityngów.

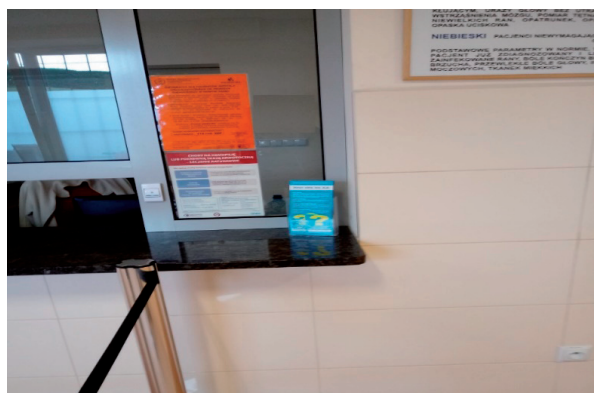
A) plakaty AA i Al-Anon; B) informacja o miejscu i czasie mityngów AA oraz wspólnoty Anonimowych Narkomanów

Figure 1. Posters and logo types of mutual help groups present in Nowy Sacz, Poland keeping pedestrians informed about meetings held in that buildings.

A) posters of Alcohol Anonymous and Al-Anon family groups; B) logo types of Alcohol Anonymous and Narcotic Anonymous group

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Pomaga to osobom zainteresowanym uzyskaniem pomocy w dotarciu na mityngi. Niektóre grupy działające w ramach wspólnot samopomocowych (np. AA, Al-Anon, AN) umieszczają również za zgodą dyrekcji podmiotów leczniczych, materiały informacyjne tych wspólnot w poczekalniach i innych miejscach dostępnych dla pacjentów (**Rycina 2**).



Rycina 2. Współpraca lokalnego szpitala z ruchem AA. Materiały informujące o działalności grup Anonimowych Alkoholików na Sądecczyźnie umieszczone za zgodą Dyrekcji Szpitala Specjalistycznego im. Jędrzeja Śniadeckiego w recepcji Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Figure 2. Collaboration between local hospital and AA movement. Leaflets of Alcoholic Anonymous groups, operating in the region of Nowy Sacz, Poland, placed in the Emergency Unit of Jędrzej Śniadecki Hospital upon approval provided by the chief executive of hospital.

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W ten sposób osoby zainteresowane podjęciem terapii uzależnienia i współuzależnienia mogą anonimowo i bezpłatnie dowiedzieć się o mityngach określonej wspólnoty w pobliżu miejsca zamieszkania. Poprzez zgodę na umieszczenie materiałów informacyjnych w swoich budynkach podmioty lecznicze zyskują możliwość udokumentowania swoich działań na rzecz realizacji gminnych programów przeciwdziałania uzależnieniom. Można zatem wykorzystać współpracę z ruchami samopomocowymi do zintensyfikowania współdziałania z samorządem lokalnym przy realizacji zadań promujących zdrowy styl życia związanych z przeciwdziałaniem skutkom uzależnień i [54].

Podsumowanie

W świetle dostępnych wyników badań naukowych nad skutecznością oddziaływań oferowanych przez AA i Al-Anon można rekomendować pacjentom udział w tych wspólnotach. Przy obecnym stanie wiedzy nie można jednak udzielić jednoznacznie pozytywnej rekomendacji odnośnie formułowania zaleceń pielęgniarskich w zakresie kierowania pacjentów i ich rodzin do wspólnot samopomocowych innych niż AA i Al-Anon.

Czytanie literatury aprobowanej przez wspólnoty samopomocowe, zwłaszcza AA i Al-Anon, może również stanowić zalecenie pielęgniarskie w opiece nad osobami uzależnionymi lub cierpiącymi z powodu problemu uzależnienia w rodzinie. Współpraca personelu pielęgniarskiego i położnych z grupami samopomoco-

wymi przy organizowaniu spotkań promujących życie wolne od uzależnień może pomóc przekazać pacjentom rzetelną wiedzę na temat możliwości zdrowienia z uzależnienia i jego skutków.

Piśmiennictwo

1. Kacprzak A. Międzypokoleniowa transmisja alkoholizmu (na podstawie narracji „trzeźwiejących” alkoholików). *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica*. 2011; 38: 73–89.
2. Grzegorzewska I, Cierpiatkowska L. Pozytywna i negatywna adaptacja dzieci i młodzieży rodziców uzależnionych od alkoholu. *Alcoholism and Drug Addiction*. 2015; 28(4): 221–233.
3. Mikołajczyk M. Poradnictwo i pomoc dla osób współuzależnionych. W: *Poradnictwo w dyskursie interdyscyplinarnym*. red. naukowa Szluz B, Szluz A. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego; Rzeszów 2018: 63–83.
4. Bernfeld B, Mazurkiewicz J. „Za młody, by pić”. Naruszenie prawa do życia lub zdrowia dziecka przez pijące alkohol kobiety ciężarne. Wrocław 2016: 1–36.
5. Kociszewska-Najman B i inni. Zaburzenia rozwoju płodu spowodowane spożywaniem alkoholu przez kobietę w ciąży. Karmienie piersią a alkohol. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna* 2017. 2(4): 176–190.
6. Vassoler FM, Byrnes EM, Pierce RC. The impact of exposure to addictive drugs on future generations: Physiological and behavioral effects. *Neuropharmacology*. 2014; 1(76) Pt B: 269–75.
7. Graignic-Philippe i inni. Effects of prenatal stress on fetal and child development: A critical literature review. *Neurosci. Biobehav. Rev*. 2014; 6(43): 137–162.
8. Pawłowska-Muc AK i inni. Problem przemocy domowej w praktyce zawodowej pielęgniarek i położnych. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017; 7(4): 38–50.
9. Ryś M. Rodzinne uwarunkowania psychospołeczne funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików. PWN: 2007: 43–54.
10. Załuska M, Kossowska-Lubowicka A. Współuzależnienie i zespół stresu pourazowego w rodzinie alkoholowej. *Studia nad Rodziną UKSW*. 2009; 13 1–2 (24–25): 311–322.
11. Ciosek M. Sekretny świat rodziny z problemem alkoholowym. *Studia Gdańskie. Wizje i Rzeczywistość*; 2011; VIII: 270–282.
12. Chrzan-Dętko M, Walczak T. Uzależnieni rodzice – narażone dziecko. Zakończenia w funkcjonowaniu uzależnionych matek w relacji z niemowlętami oraz możliwość skutecznej pomocy. *Psychoterapia*. 2017; 2(181): 21–36.
13. Ryś M. Rodzinne uwarunkowania psychospołeczne funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików, PWN: 2007: 113–114.
14. Margasiński A. Pułapki diagnozy psychologicznej na przykładzie efektu Barnuma i tzw. syndromu dorosłych dzieci z rodzin dysfunkcyjnych. *Studia Psychologica: Theoria et praxis*. 2013; 13(1): 85–99.
15. Hędzulek M. Choroba współuzależnienia od alkoholu – diagnoza, konsekwencje, leczenie. *Probl Hig Epidemiol*. 2009; 93: 309–315.
16. Metech B i inni. Rola pielęgniarki w diagnozowaniu i leczeniu chorych uzależnionych od alkoholu. W: *Rola pielęgniarki w procesie pielęgnowania pacjentów w zależności od jednostki chorobowej*. Zeszyty Naukowe. Łomża: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży. 2013; 49: 71–77.
17. Bradley KA i inni. Alcohol-Related Nurse Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2018; 178(5): 613–621.
18. Ziółkowski M i inni. Zaburzenia spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. W: *Górska K, Jaracz K, Rybakowski J (red.). Pielęgniarstwo psychiatryczne*. Warszawa: PZWL; 2016: 263–291.
19. <http://www.anonimowi-alkoholicy.org.pl> [dostęp; access: 23.04.2019 r.].
20. <https://www.anonimowinarkomani.org> [dostęp; access: 23.04.2019 r.].
21. <http://anonimowipalacze.pl> [dostęp; access: 23.04.2019 r.].
22. <http://www.anonimowihazardzisci.org> [dostęp; access: 23.04.2019 r.].
23. <https://sa.org.pl> [dostęp; access: 23.04.2019 r.].
24. <http://www.slaa.pl> [dostęp; access: 23.04.2019 r.].
25. <http://anonimowi-siecioholicy.org> [dostęp; access: 23.04.2019 r.].
26. <https://anonimowijedenioholicy.org> [dostęp; access: 23.04.2019 r.].
27. <http://adepresanci.manifo.com> [dostęp; access: 23.04.2019 r.].
28. <https://anonimowiprzemocowcy.pl> [dostęp; access: 23.04.2019 r.].
29. <http://programwsparcia.com/wspolnota-dluznikow-anonimowych> [dostęp; access: 23.04.2019 r.].
30. <http://al-anon.org.pl> [dostęp; access: 23.04.2019 r.].
31. <http://www.dda.org.pl> [dostęp; access: 23.04.2019 r.].
32. <http://www.anonimowihazardzisci.org/wsp%C3%B3lnota-haz-anon.html> [dostęp; access: 23.04.2019 r.].
33. Kołodziej Ł. Wybrane aspekty funkcjonowania wspólnoty Anonimowych Alkoholików, przydatne w oddziaływaniach resocjalizacyjnych w zakładach karnych i aresztach śledczych. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*. Warszawa: 2017; 96: 87–102.
34. Doktor Bob i dobrzy weterani. Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce. Warszawa 2015: 251.
35. Anonimowi Alkoholicy, Fundacja Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce. Warszawa 2000: 91–119.
36. Praca grup Al-Anon i Alateen, (wyd. III); Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych Al-Anon. Poznań: 2008: 4–5.
37. Praca grup Al-Anon i Alateen, (wyd. III); Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych Al-Anon. Poznań: 2008: 17–19.
38. Grupa AA. Gdzie wszystko się zaczyna. Jak funkcjonuje grupa. Jak zacząć. red. Służby Światowej Anonimowych Alkoholików. Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce. Warszawa: 2015: 15.
39. Praca grup Al-Anon i Alateen (wyd. III). Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych Al-Anon. Poznań: 2008: 56–58.
40. http://aa.org.pl/konferencje/sk_karta_zal2_2011.pdf [dostęp: 23.04.2019 r.].
41. <http://al-anon.org.pl/wp-content/uploads/2018/01/informator-nr-4-15-2016.pdf> s. 23 [dostęp: 23.04.2019 r.].
42. Humpreys K i inni. Estimating the efficacy of Alcoholics Anonymous without self-selection bias: An instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014; 38(11): 2688–2694.
43. Kaskutas LA. Alcoholics Anonymous Effectiveness: Faith Meets Science. *J Addiction Dis*. 2009; 28(2): 145–147.
44. Kelly JF i inni. Can 12 Step Group participation strengthen and extend the benefits of adolescent addiction treatment? *Drug Alcohol Dependence*. 2010; 110(1–2): 117–125.
45. Pagano ME i inni. Helping other alcoholics in alcoholics anonymous and drinking outcomes: findings from project MATCH. *J Stud Alcohol*. 2004; 65(6): 766–773.
46. Timko C i inni. Al-Anon Family Groups: Newcomers and Members. *J Stud Alcohol Drugs*. 2013; 74(6): 965–976.
47. Timko C i inni. Social Processes Explaining the Benefits of Al-Anon Participation. *Psychol Addict Behav*. 2015; 29(4): 856–863.

48. Timko C i inni. Newcomers to Al-Anon Family Groups. Who stays and who drops out? *Addictive Behaviours*. 2014; 39(6): 1042–1049.
49. Kelly J i inni. Do drug-dependent patients attending Alcohol Anonymous rather than Narcotic Anonymous do as well? A prospective Lagged, matching Analysis. *Alcohol and Alcoholism*. 2014; 49(6): 645–653.
50. Kelly JF. Is Alcoholics Anonymous religious, spiritual, neither? Findings from 25 years of mechanisms of behavior change research. *Addiction*. 2017; 112(6): 929–936.
51. Schuler A i inni. Gamblers Anonymous as a Recovery Pathway: A scoping review. *J Gambl Stud*. 2016; 32(4): 1261–1278.
52. Efrati Y, Gola M. Compulsive sexual behavior: A twelve-step therapeutic approach. *J Behav Addiction*. 2018; 1; 7(2): 445–453.
53. Praca Grup Al-Anon i Alateen (wyd. III). *Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych Al-Anon*. Poznań 2008: 5.
54. http://www.parpa.pl/images/file/srodek_popr4.pdf [dostęp: 23.04.2019 r.].

Artykuł przyjęty do redakcji: 07.05.2019.
Artykuł przyjęty do publikacji: 23.07.2019.

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

Adres do korespondencji:

Łukasz Kołodziej
ul. Batalionów Chłopskich 6/51
33-300 Nowy Sącz
tel. 510 481 694
e-mail: lukasz.kl@interia.pl
Fundacja Instytut Zdrowia FIZ-LK, Prywatny Ośrodek Terapii Uzależnień TRATWA



MODYFIKACJE BILANSU ENERGETYCZNEGO W LECZENIU OTYŁOŚCI U DZIECI

MODIFICATIONS OF ENERGY BALANCE IN THE TREATMENT OF CHILDHOOD OBESITY

Katarzyna Anna Majewska^{1,a}, Magdalena Monika Kobylińska^{1,b}, Magdalena Tchorzewska-Skrobich^{2,c}, Monika Korcz-Iżykowska^{1,d}, Andrzej Kędzia^{1,e}

¹ Katedra Auksologii Klinicznej i Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Klinika Diabetologii i Otyłości Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^a <https://orcid.org/0000-0002-3573-2274>

^b <https://orcid.org/0000-0002-3871-2412>

^c <https://orcid.org/0000-0001-7821-1404>

^d <https://orcid.org/0000-0002-5240-4563>

^e <https://orcid.org/0000-0001-8206-6094>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.7>

STRESZCZENIE

Częstość występowania otyłości wśród dzieci i młodzieży w Polsce wzrasta, dlatego istotne jest zwiększanie świadomości społeczeństwa na temat zdrowego stylu życia. Podejmowanie kroków mających na celu profilaktykę, a także leczenie otyłości powinno rozpocząć się w jak najmłodszym wieku. Działania powinny dotyczyć zarówno pacjenta, jak i jego rodziny. Postępowanie powinno polegać na instrukcjach dotyczących zasad racjonalnego żywienia oraz na zalecaniu odpowiedniej dla wieku i wydolności aktywności fizycznej. Wśród dzieci, młodzieży i dorosłych zapobieganie, a także leczenie otyłości powinno opierać się na promocji aktywnego trybu życia, zmniejszeniu czasu spędzonego przed telewizorem lub komputerem, propagowaniu spożywania warzyw i owoców, ograniczeniu spożycia przekąsek oraz słodkich napojów i soków. Osoby otyłe w terapii odchudzającej wymagają również pracy nad zmianą zachowań związanych z przyjmowaniem pokarmu. Celem tej pracy było podsumowanie aktualnych zaleceń dotyczących leczenia otyłości u dzieci w różnym wieku w aspekcie możliwych modyfikacji bilansu energetycznego.

SŁOWA KLUCZOWE: otyłość, dzieci, dieta, aktywność fizyczna.

ABSTRACT

The prevalence of obesity among children and adolescents in Poland is increasing, which is why it is important to raise public awareness of healthy lifestyle. Taking steps to prevent and treat obesity should start at the youngest age. The actions taken should concern both the patient and his family. They should include education on the principles of rational nutrition and physical activity appropriate for age and condition. Among children, adolescents and adults, prevention and treatment of obesity should be based on the promotion of an active lifestyle, reducing the time spent in front of the TV or computer, promoting consumption of vegetables and fruits, limiting consumption of snacks, as well as sweet drinks and juices. Obese patients during treatment also require efforts to change their eating behaviors. The aim of this paper was to review current guidelines on the treatment of obesity in children of different ages, enabling the necessary modifications of the energy balance.

KEYWORDS: obesity, children, diet, physical activity.

Wstęp

Zmiany w stylu życia stanowią podstawową metodę leczenia otyłości u dzieci i młodzieży. Modyfikacja bilansu energetycznego jest niezbędna dla uzyskania normalizacji przyrostów masy ciała u młodszych dzieci i spadku masy ciała u młodzieży. Wprowadzenie zmian wymaga wcześniejszej szczegółowej analizy sposobu żywienia dziecka w zakresie zarówno samego składu diety, jak i aspektów behawioralnych związanych z przyjmowaniem pokarmu, by móc wychwycić i skorygować wszystkie istniejące

nieprawidłowości. Modyfikacje wydatku energetycznego dziecka również wymagają wcześniejszej oceny jego aktywności i wydolności fizycznej oraz sposobu spędzania wolnego czasu, tak by proponowane zmiany były możliwe do realizacji i pozwalały na realne korzyści zdrowotne [1, 2]. Celem tej pracy było podsumowanie aktualnych zaleceń dotyczących leczenia otyłości u dzieci w różnym wieku w aspekcie możliwych modyfikacji bilansu energetycznego.

Wprowadzenie zasad zdrowego stylu życia, obejmującego w pierwszej kolejności zmiany w sposobie

odżywiania oraz zwiększenie aktywności fizycznej – to najczęstsze zalecenie, jakie otrzymują rodzice dziecka z otyłością w gabinecie lekarskim. To, kim będzie główny odbiorca zalecanych modyfikacji w sposobie żywienia dziecka, zależy od wieku pacjenta. W przypadku małych dzieci – to rodzice lub prawni opiekunowie są odpowiedzialni za zapewnienie im zdrowej diety. Nie można oczekiwać, że dziecko w wieku przedszkolnym, lub wczesno-szkolnym dokona rozsądnego wyboru pomiędzy słodkim napojem a wodą mineralną, stąd w tej grupie pacjentów głównym adresatem zaleceń musi być opiekun. Inaczej kształtuje się sytuacja w przypadku młodzieży. Starsze dzieci dość dużo czasu spędzają poza domem, gdzie mają wiele okazji, by dokonywać samodzielnych wyborów w zakresie odżywiania, a podstawową rolą rodziców jest zapewnienie zdrowej diety w domu. W grupie młodzieży najważniejsze jest uzyskanie właściwej motywacji i zrozumienia problemu, stąd to właśnie sam pacjent musi być głównym adresatem rozmowy dotyczącej modyfikacji sposobu żywienia [1–3].

Podstawowe zalecenia dotyczące sposobu żywienia dzieci i młodzieży obejmują:

- codzienne jedzenie zdrowego śniadania,
- przygotowywanie posiłków w domu zamiast kupowania dań gotowych,
- spożywanie posiłków w gronie rodzinnym przynajmniej 5–6 razy w tygodniu,
- znaczne ograniczenie słodzonych napojów i innych wysokokalorycznych przekąsek – idealne byłoby wyeliminowanie ich w ogóle z diety, jednak dzieci, które spożywają duże ich ilości, skorzystają również ze zredukowania ilości porcji do jednej,
- zwiększenie spożycia warzyw i owoców odpowiednio do wieku dziecka,
- zaangażowanie całej rodziny we wprowadzane zmiany,
- pozwolenie dziecku na samodzielną regulację ilości pokarmu spożywanego w trakcie posiłków i unikanie nadmiernych restrykcji żywieniowych [1–4].

Wymienione wyżej podstawowe zasady żywienia dzieci i młodzieży mogą podlegać indywidualnym modyfikacjom w zależności od wieku i aktywności fizycznej dziecka.

Dieta dzieci powyżej 2. roku życia powinna się opierać szczególnie na warzywach i owocach, produktach pełnoziarnistych, niskotłuszczowych przetworach mlecznych, chudym mięsie i rybach. Zwraca się uwagę na zmniejszenie zawartości w diecie tłuszczów nasyconych i cholesterolu oraz ograniczenie dodawania do posiłków cukru i soli, przy zachowaniu podaży energetycznej odpowiedniej dla wieku i płci oraz stopnia aktywności

fizycznej. Spożywane przez dzieci pokarmy powinny również być bogate w błonnik pokarmowy oraz zabezpieczać zapotrzebowanie na makro- i mikroelementy oraz witaminy, ze szczególny uwzględnieniem witaminy D [5, 6].

Szczególnym problemem w żywieniu w wieku rozwojowym są tzw. „przekąski”, o małej wartości odżywczej, a dużym ładunku energetycznym [7]. Ilość kalorii, które mogą być dostarczone do organizmu w pokarmie pozbawionym wartości odżywczych, jako czyste źródło energii, wynosi dla dziecka prowadzącego siedzący tryb życia tylko około 100-150 kcal. Jest to mniej niż zawiera przeciętna porcja przekąski czy słodkiego napoju. Jednak wraz ze zwiększającą się aktywnością fizyczną ilość możliwych do przyjęcia w takiej postaci kalorii rośnie do 200-500 kcal, w zależności od wieku, płci i intensywności wysiłku [5].

Szczególne aspekty żywienia małych dzieci (do 2. roku życia)

Sposób żywienia niemowląt ma istotne znaczenie dla profilaktyki otyłości we wczesnym dzieciństwie. Już od okresu niemowlęcego ważne jest rozdzielenie ról rodzica-opiekuna i dziecka. Rodzic wybiera rodzaj i czas posiłku, dziecko natomiast decyduje o jego objętości. Opiekun musi rozpoznawać i reagować na sygnały sytości u niemowlęcia, by wspomagać u niego kształtowanie samoregulacji ilości przyjmowanego pokarmu, jednocześnie zapobiegając przekarmianiu. Kształtowaniu samoregulacji w pierwszych miesiącach życia sprzyja karmienie naturalne. W drugim półroczu życia można stosować np. metodę BLW (ang. Baby Led Weaning), w której niemowlęciu siedzącemu już samodzielnie podaje się różne pokarmy w takiej postaci, by mogło je samo chwycić, a tym samym samodzielnie regulować wielkość posiłku, oczywiście przy utrzymanym podstawowym karmieniu piersią lub mlekiem modyfikowanym [8].

Pomiędzy 1. a 2. rokiem życia dziecka dochodzi do dalszej przemiany w sposobie żywienia. Poza wzbogacaniem składu diety, kiedy to z żywienia opartego głównie na mleku dziecko uczy się przyjmowania coraz bardziej zróżnicowanych pokarmów i poznaje nowe smaki, dochodzi też do dalszej nauki zasad samodzielnego jedzenia i zachowania przy stole. Szczególnie ważne jest rozwijanie u małych dzieci umiejętności samodzielnego kontrolowania poboru energii z pożywieniem [5, 9].

Nowe, odpowiednio dobrane („zdrowe”) pokarmy wprowadza się do diety stopniowo. Wykazano, że akceptacja smaku nowych produktów spożywczych jest niekiedy możliwa dopiero po wielokrotnych, nawet ponad dziesięciu próbach ich podania. Dlatego opiekunowie dziecka powinni być o tym informowani, by zniechęceni niepowodzeniem zamiast „uczyć” swoich

podopiecznych jedzenia owoców i warzyw, nie zgodzenia się na słodycze [8, 9].

W składzie diety dziecka pomiędzy 1. a 2. rokiem życia mleko nadal pozostaje ważnym elementem, będąc istotnym źródłem białka, wapnia oraz witamin A i D. Zalecana ilość to 2–3 porcje mleka lub przetworów mlecznych dziennie. Dieta dzieci, które przyjmują nadmierne ilości mleka kosztem zróżnicowanych posiłków, cechuje się nadmierną zawartością tłuszczu i kalorii, jest natomiast zbyt uboga w żelazo. Z kolei u małych dzieci, których spożycie mleka jest zbyt małe na skutek jego „zamiany” na słodzone napoje i soki owocowe, często obserwuje się opóźnione wzrastanie, nadwagę, próchnicę, przewlekłą biegunkę oraz niedobory żywieniowe (m.in. dotyczące wapnia).

Tłuszcz ma większy niż w przypadku węglowodanów i białek ładunek energetyczny i z tego względu jest szczególnie ważnym elementem diety małych dzieci, które mają ograniczoną pojemność żołądka, a jednocześnie duże zapotrzebowanie kaloryczne dla zabezpieczenia intensywnego wzrastania i rozwoju ośrodkowego układu nerwowego. Ograniczanie zawartości tłuszczu w diecie małych dzieci jest niewskazane, gdyż może skutkować opóźnieniem ich wzrastania i negatywnie wpływać na dojrzewanie ośrodkowego układu nerwowego [9].

Dzieci w pierwszych 2–3 latach życia charakteryzują się znaczną plastycznością i w tym czasie łatwo akceptują zmiany, a rodzicom łatwo jest kontrolować ich otoczenie i zachowanie. Ten okres życia wywiera również długofalowy wpływ w zakresie wykształcania nawyków żywieniowych i aspektów behawioralnych związanych z przyjmowaniem pokarmu. Stąd interwencje mające na celu zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała powinny zaczynać się właśnie wtedy. Takie działanie może okazać się najbardziej skuteczne [10].

Szczególne aspekty żywienia dzieci w wieku przedszkolnym (3. do 6. rok życia)

W tym okresie szczególnym wyzwaniem jest dostarczenie dziecku odpowiedniej ilości składników odżywczych, koniecznych dla prawidłowego rozwoju, unikając jednocześnie nadmiernej podaży kalorycznej [5]. Rodzice lub opiekunowie muszą być świadomi, że to oni są odpowiedzialni za rodzaj podawanego dziecku pokarmu, a także za miejsce i czas posiłku. Natomiast samo dziecko powinno mieć możliwość zdecydowania, czy chce jeść oraz jak dużo zje. Zasada ta dotyczy dzieci, które nie mają niedowagi. Uważa się, że zarówno zmuszanie dzieci do jedzenia, jak i restrykcyjne ograniczanie dostępu do określonych pokarmów nie powinno być stosowane, gdyż może prowadzić z jednej strony do przekarmiania, z drugiej natomiast do nadmiernego zainteresowania zabronionymi produktami [8, 11, 12].

Szczególne aspekty żywienia dzieci w wieku szkolnym (powyżej 6. roku życia)

Dzieci w wieku szkolnym regularnie jedzą poza domem, bez kontroli rodzicielskiej. W tym wieku często dysponują niewielkimi sumami pieniędzy, za które mogą samodzielnie kupić wybrane produkty pokarmowe – w tym chipsy, batoniki, cukierki, słodkie napoje lub inne rodzaje wysokokalorycznych i łatwo dostępnych przekąsek. Schemat spożywania posiłków w ciągu doby przez starsze dzieci i młodzież coraz bardziej odbiega od przyjętej normy, obejmującej śniadanie, drugie śniadanie, obiad i kolację. Obserwuje się obecnie, że wiele dzieci w ogóle nie je śniadania, a ładunek energetyczny pochodzący z przekąsek może nawet przekraczać 30% kalorii przyjętych w ciągu doby z pożywieniem [5].

Młodzież jest grupą szczególnie narażoną na niezdrowy model żywienia. W tym okresie życia ulega przyspieszeniu tempo wzrastania, a zwiększone potrzeby energetyczne i odżywcze organizmu powodują stymulację apetytu. Zwiększony apetyt w połączeniu z siedzącym trybem życia sprzyja otyłości. W tym wieku ponadto zaznaczona jest już wyraźnie potrzeba podejmowania samodzielnych decyzji, również tych, dotyczących rodzaju spożywanych pokarmów. Presja rówieśników oraz ekspozycja na kierowane do nastolatków reklamy pokarmów typu „fast food” powodują zwiększone spożycie m.in. słodzonych napojów, frytek, pizzy, hamburgerów, zmniejszone natomiast – warzyw, owoców, przetworów mlecznych, produktów pełnoziarnistych, chudego mięsa i ryb. Te zmiany prowadzą w efekcie do nadmiaru w diecie nasyconych kwasów tłuszczowych i cukru, niedoboru natomiast żelaza, cynku, potasu, witamin A, D, C i kwasu foliowego [5, 13].

Restrykcje w żywieniu dzieci z otyłością

Stosowanie zasad zdrowego żywienia w oparciu o piramidę żywieniową ma kluczowe znaczenie w zapobieganiu rozwojowi otyłości, a także w ograniczaniu nadmiernego przyrostu masy ciała u dzieci z nadwagą. Jednak w przypadku starszych dzieci i nastolatków z otyłością znacznego stopnia sama profilaktyka nie wystarczy – konieczne jest uzyskanie ujemnego bilansu energetycznego poprzez zwiększenie aktywności fizycznej oraz uważną analizę dietetyczną z wprowadzeniem ogólnych restrykcji żywieniowych, a w ich następstwie – zmniejszenie ilości przyjmowanych z pokarmem kalorii. Typowym zaleceniem jest ograniczenie cukrów prostych i tłuszczów pochodzenia zwierzęcego w diecie. Jednocześnie należy uwzględnić, że aktywność fizyczna musi być dostosowana do wydolności fizycznej dziecka i nie możemy jej zwiększać bez ograniczeń, szczególnie przy znacznej otyłości. U pacjentów, u których ogólne zale-

cenia są niewystarczające, konieczne jest indywidualne ustalenie diety hipokalorycznej. Takie postępowanie wymaga opieki dietetyka doświadczonego w pracy z dziećmi, gdyż dieta z ograniczeniem ładunku kalorycznego w wieku rozwojowym musi zapewniać warunki dla prawidłowego rozwoju [2, 3, 14–16].

Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna jest ważnym elementem wpływającym na rozwój fizyczny i psychiczny dzieci i młodzieży. U dorosłych wpływa na jakość życia, w szczególności na stan zdrowia. Dlatego istotne jest, aby nawyki prozdrowotne kreować już w okresie dzieciństwa. Niestety, postęp cywilizacji przyczynia się do zastępowania aktywnych form spędzania czasu wolnego biernymi, takimi jak: oglądanie telewizji, granie na komputerze czy surfowanie w Internecie za pomocą szerokiej gamy urządzeń [17]. Obniżenie poziomu aktywności fizycznej przyczynia się do powstawania nadmiernej masy ciała, gdyż zbyt duża podaż energii dostarczonej w diecie nie jest równoważona przez aktywność fizyczną [18]. Dodatkowo wyniki badań wśród populacji dzieci europejskich wykazały, iż dzieci o umiarkowanej aktywności charakteryzowały się istotnie większym otłuszczeniem ciała w stosunku do rówieśników o wysokiej aktywności ruchowej [19].

Otyłość wieku rozwojowego ma wpływ na wiele sfer życia. Niektóre konsekwencje zdrowotne mogą pojawić się w dzieciństwie, większość jednak ujawnia się dopiero w życiu dorosłym: wykazano, że wiążą się z występowaniem między innymi problemów psychicznych i społecznych. Dzieci z otyłością mają mniejsze poczucie własnej wartości, miewają stany depresyjne, wykazują trudności w nawiązywaniu kontaktów, a także patologiczne metody rozładowywania emocji w postaci napadowego jedzenia [20].

Otyłość oddziałuje także na sferę somatyczną. Jest czynnikiem wpływającym na występowanie chorób układu naczyniowego, na występowanie cukrzycy typu 2. Zauważa się także zaburzenia gospodarki lipidowej. Nierzadko można stwierdzić odchylenia w układzie kostnowstawowym, takie jak koślawość kolan, płaskostopie czy hiperlordoza lędźwiowa. Predysponuje do występowania młodzieńczego złuszczenia głowy kości udowej. Otyłość prowadzi do występowania zmian w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego. Pacjenci cierpią na zespoły bólowe kręgosłupa, ostrogi piętowe, zespół cieśni nadgarstka. Rzadsze choroby somatyczne to bezdechy senne, choroby wątroby, nerek, nowotwory [20].

Nadmierna masa ciała w wieku rozwojowym wiąże się z obniżoną sprawnością fizyczną, w szczególności dotyczy to wydolności, wytrzymałości, koordynacji i szybkości ruchów. Dzieci prezentują niższy poziom

zdolności motorycznych. Barańska i Gajewska przeprowadziły badania sprawności fizycznej za pomocą Europejskiego Testu Sprawności Fizycznej – EUROFIT wśród 55 dzieci z nadwagą lub otyłością. Składa się on z 9 prób, które mają na celu badanie takich zdolności jak: siła, szybkość, wytrzymałość, koordynacja i zwinność. Okazało się, że otyłe dzieci prezentują mierne wyniki próby gibkości, szybkości i siły funkcjonalnej w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami, jedynie siła ręki podczas pomiaru dynamometrem wzrastała wraz ze wzrostem masy ciała [20, 21].

Inne badanie przeprowadzono wśród 92 dzieci w wieku 11–12 lat, którym obliczono BMI, przeprowadzono ankietę dotyczącą aktywności ruchowej oraz wykonano ocenę sprawności fizycznej za pomocą testu Zuchory. Stwierdzono istotne statystycznie zmniejszenie poziomu sprawności fizycznej dzieci wraz ze zwiększeniem BMI [22].

Rehabilitacja w otyłości

Rehabilitacja dziecka z otyłością jest długotrwałym, kompleksowym procesem, którego celem jest edukacja prozdrowotna oraz pomoc w osiągnięciu odpowiedniego poziomu funkcjonowania i niezależności. Działania powinny mieć charakter interdyscyplinarny, polegający na współpracy między wieloma specjalistami, dzieckiem oraz jego środowiskiem [23, 24]. Postępowanie powinno obejmować następujące elementy: edukację chorego i jego rodziny, odpowiednią dietę, program ćwiczeń fizycznych oraz psychoterapię. Priorytetem w leczeniu otyłości wieku rozwojowego jest utrzymanie stabilnej masy ciała, przy niedużej otyłości aż do czasu zakończenia wzrastania bądź kontrolowanie spadku masy ciała i utrzymanie efektów jak najdłużej [20].

Edukacja pacjenta powinna obejmować przyczyny i skutki otyłości, zasady prawidłowego odżywiania oraz znaczenie aktywności fizycznej. Poprzez podejście behawioralne należy wprowadzać zasady zdrowego stylu życia [20, 25]. U dzieci z otyłością jedzenie jest środkiem poprawiającym humor, jest celebrowaniem okazji, sposobem na spędzanie wolnego czasu, a także dodatkiem podczas czytania czy oglądania telewizji. Podczas zmiany nawyków żywieniowych istotne jest oddzielenie tych czynności od siebie. Należy znaleźć inne sposoby rozładowywania smutku [26]. Bardzo ważne jest motywowanie dzieci osiagających poszczególne cele składające się na zmianę nawyków i redukcję masy ciała [20].

Zalecenia dietetyczne polegają na uzyskaniu ujemnego bilansu energetycznego poprzez ograniczenie podaży kalorii. Zaleca się przyjmowanie pięciu posiłków w ciągu dnia oraz przyjmowanie 1,5–2 litrów płynów na dzień.

Najistotniejszy element leczenia otyłości stanowi systematyczna aktywność fizyczna, która dobrana jest

indywidualnie do dziecka. Jednak badania pokazują, że najlepsze efekty redukcji masy ciała można uzyskać stosując dietę w połączeniu z programem ćwiczeń. Oprócz systematycznego udziału w zajęciach sportowych pacjenci powinni zamienić czas spędzany w bezruchu na dodatkową aktywność fizyczną [27].

Oprócz spadku masy ciała istnieje jeszcze wiele innych korzyści uprawiania aktywności fizycznej: zwiększenie gęstości kości, wydolności, regulacja gospodarki tłuszczowej, wzmacnianie mięśni i aparatu więzadłowego, zwiększenie gibkości, poprawa koordynacji i umiejętności ruchowych, co wpływa na zmniejszenie ryzyka urazów sportowych [20].

Najlepszą formą aktywności w otyłości jest wysiłek tlenowy, taki jak: jazda na rowerze, bieganie, marsz czy pływanie [28]. Dodatkowo u dzieci powyżej 11. roku życia trafne jest wprowadzanie ćwiczeń oporowych dużych grup mięśniowych [20]. Do programu ćwiczeń powinny być wprowadzane ćwiczenia równoważne, koordynacyjne, kształtujące prawidłową postawę ciała oraz ogólnousprawniające, kształtujące różne umiejętności ruchowe [29].

Ponieważ ćwiczenia powinny być wykonywane regularnie, muszą być dobrane do wieku, możliwości i zainteresowań dziecka [27]. Najkorzystniejsze są zajęcia grupowe, w formie zabawowej, gdyż wpływają na zwiększenie motywacji u pacjentów. Według WHO, zalecana aktywność fizyczna dla dzieci w wieku 5–17 lat powinna wynosić minimum 1 godzinę dziennie [30].

Ze względu na to, że rehabilitacja jest procesem długotrwałym i żeby osiągnąć sukces konieczna jest wytrwałość, motywacja i silna wola, nierzadko potrzebne jest wsparcie psychologa. Celem pracy z pacjentem i jego rodziną jest nauka zmiany myśli z negatywnych na pozytywne, nauka samoakceptacji, praca nad radzeniem sobie z trudnościami, nauka asertywności [20].

Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z otyłością

W leczeniu otyłości dziecięcej kluczowe znaczenie ma wczesna identyfikacja problemu i szeroka edukacja. Ten proces może zachodzić w szpitalu dziecięcym, poradni lekarza rodzinnego czy szkołach i przedszkolach, a istotną rolę powinien pełnić w nim odpowiednio przygotowany personel pielęgniarski. W pierwszej kolejności należy aktywnie identyfikować dzieci otyłe, co wymaga od pielęgniarek znajomości zasad rozpoznawania otyłości u dzieci. Badania wskazują, że wiele otyłych dzieci i ich rodziców wykazuje zaburzone postrzeganie własnej sylwetki z niedoszacowaniem realnej masy ciała – stąd samo uświadomienie opiekunom istnienia problemu jest niezbędne do wdrożenia jakiegokolwiek postępowania, gdyż trudno oczekiwać wprowadzania zmian w stylu ży-

cia przez rodziców, którzy uważają, że ich dziecko ma prawidłową masę ciała [4, 31]. Następnie rodzice i dziecko powinni zostać objęci edukacją w zakresie zdrowego stylu życia z uwzględnieniem piramidy zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Należy jednak zaznaczyć, że właściwe przygotowanie personelu jest niezbędne do skutecznej interwencji. W badaniu przeprowadzonym w Szwajcarii, obejmującym ponad 800 pielęgniarek i lekarzy, znaczna część personelu medycznego zgłaszała gotowość do włączenia się w opiekę nad osobami z otyłością, jednocześnie zgłaszając brak odpowiedniego przygotowania, dla przykładu: jedna trzecia badanych nie potrafiła obliczyć wskaźnika BMI (ang. body mass index) [32]. W obliczu narastającego problemu otyłości w społeczeństwie, obejmującego również dzieci, wzrasta konieczność intensyfikacji profilaktyki i leczenia otyłości. Wymaga to szerokiego zaangażowania personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek, dietetyków, psychologów.

Podsumowanie

Zalecenia dotyczące zmian w sposobie żywienia dzieci z otyłością muszą być w każdym przypadku indywidualizowane i dopasowane do ich wieku, płci i aktualnego trybu życia, zwłaszcza stopnia aktywności fizycznej. Szczególnej uwagi wymagają małe dzieci – coraz częściej obserwuje się otyłość u dzieci przed ukończeniem 3. roku życia, a nawet w okresie niemowlęcym. Ta grupa pacjentów wymaga dokładnej analizy sposobu żywienia i ostrożnych zmian, zmierzających nie tyle do uzyskania redukcji masy ciała, co do racjonalizacji diety i wprowadzenia zasad zdrowego odżywiania. Im wcześniej udaje się dotrzeć do pacjenta i jego opiekunów, tym przeprowadzona interwencja jest bardziej skuteczna. Niestety, w starszych grupach wiekowych trudniej jest osiągnąć zadowalające efekty w postaci rzeczywistej i długotrwałej modyfikacji sposobu odżywiania, a tym samym zahamowania nadmiernego przyrostu masy ciała lub jej redukcji. Konieczność wprowadzenia zmian w diecie wymaga zrozumienia i akceptacji zarówno samego pacjenta, czyli dziecka z otyłością, jak i jego opiekunów, często również otyłych. Rodzice stanowią dla dzieci swoisty wzorzec zachowań, w tym dotyczących również wyboru określonych pokarmów i sposobu odżywiania, tak więc trudno jest spodziewać się skutecznej modyfikacji diety dziecka, jeśli nie zostanie w ten proces zaangażowana cała rodzina.

Należy pamiętać, że najskuteczniejszą metodą redukcji masy ciała jest połączenie diety z odpowiednią ilością aktywności fizycznej. Dlatego ważne jest wprowadzenie specjalistycznego programu ćwiczeń fizycznych dobrane do pacjenta. Ze względu na to, iż dzieci z nadmierną masą ciała uzyskują słabsze wyniki

w testach sprawnościowych, konieczne jest podejmowanie działań profilaktycznych i edukacyjnych, które motywowałyby dzieci i ich rodziców do większej dbałości o aktywność fizyczną i zdrowie.

Piśmiennictwo

1. Barlow SE, Expert Committee. Expert Committee recommendations regarding the prevention, assessment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*. 2007; 120: 164–192.
2. Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, Farooqi IS, Murad MH, Silverstein JH, Yanovski JA. Pediatric obesity—assessment, treatment, and prevention: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017; 102: 709–757.
3. Mead E, Brown T, Rees K, et al. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 6: CD012651.
4. Kupczak-Wiśniowska B, Borgosz J, Podsiadło B, Serzysko B, Jędrkiewicz E. Otyłość u dzieci – problem współczesnego społeczeństwa. *Pielęg XXI w*. 2017; 16: 44–50.
5. Gidding SS, Dennison BA, Birch LL, Daniels SR, Gilman MW, Lichtenstein AH, Rattay KT, Steinberger J, Stettler N, Van Horn L. Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners: consensus statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2005; 112: 2061–2075.
6. Majorczyk M, Baran M, Jaworek J. Rola witaminy D w rozwoju i przebiegu otyłości. *Piel Pol*. 2016; 1: 91–97.
7. Bel-Serrat S, Heinen MM, Mehegan J, O'Brien S, Eldin N, Murrin CM, Kelleher CC. Predictors of weight status in school-aged children: a prospective cohort study. *Eur J Clin Nutr*. 2018.
8. Szajewska H, Socha P, Horvath A, Rybak A, Dobrzańska A, Borszewska-Kornacka MK, Chybicka A, Czerwionka-Szaflarska M, Gajewska D, Helwich E, Książek J, Mojska H, Stolarczyk H, Weker H. Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. *Standardy Medyczne/Pediatría*. 2014; 11: 321–338.
9. Allen RE, Myers AL. Nutrition in toddlers. *Am Fam Physician*. 2006; 74: 1527–32.
10. Anzman SL, Rollins BY, Birch LL. Parental influence on children's early eating environments and obesity risk: implications for prevention. *Int J Obes*. 2010; 34: 1116–24.
11. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*. 1998; 101: 539–549.
12. Fisher JO, Birch LL. Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *Am J Clin Nutr*. 1999; 69: 1264–1272.
13. Bowman SA, Gortmaker SL, Ebbeling CB, Pereira MA, Ludwig DS. Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics*. 2004; 113: 112–118.
14. Ibarra-Reynoso Ldel R, Pisarchyk L, Pérez-Luque EL, Garay-Sevilla ME, Malacara JM. Dietary restriction in obese children and its relation with eating behavior, fibroblast growth factor 21 and leptin: a prospective clinical intervention study. *Nutr Metab (Lond)*. 2015; 12: 31.
15. Mirza NM, Palmer MG, Sinclair KB, McCarter R, He J, Ebbeling CB, Ludwig DS, Yanovski JA. Effects of a low glycaemic load or a low-fat dietary intervention on body weight in obese Hispanic American children and adolescents: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*. 2013; 97: 276–85.
16. Valerio G, Maffei C, Saggese G, Ambruzzi MA, Balsamo A, Bellone S, Bergamini M, Bernasconi S, Bona G, Calcaterra V, Canali T, Caroli M, Chiarelli F, Corciulo N, Crinò A, Di Bonito P, Di Pietrantonio V, Di Pietro M, Di Sessa A, Diamanti A, Doria M, Fintini D, Franceschi R, Franzese A, Giusani M, Grugni G, Iafusco D, Iughetti L, Lamborghini A, Licenziati MR, Limauro R, Maltoni G, Manco M, Reggiani LM, Marcovecchio L, Marsciani A, Del Giudice EM, Morandi A, Morino G, Moro B, Nobili V, Perrone L, Picca M, Pietrobelli A, Privitera F, Purromuto S, Ragusa L, Ricotti R, Santamaria F, Sartori C, Stilli S, Street ME, Tanas R, Trifirò G, Ummano GR, Vania A, Verduci E, Zito E. Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology and the Italian Society of Pediatrics. *Ital J Pediatr*. 2018; 31: 88.
17. Chabros E, Charzewska J, Rogalska-Niedźwiedz M i wsp. Mała aktywność fizyczna młodzieży w wieku pokwitania sprzyja otyłości. *Probl Hig Epidemiol*. 2008; 89: 58–61.
18. Kiess W, Muller G, Kapellen T, Bottner A. Obesity in childhood and adolescence: epidemiology, etiology, clinical diagnosis and management. *Int Semin Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2001; 10: 3–7.
19. Ekelund U et al. Associations between objectively assessed physical activity and indicators of body fatness in 9- to 10-year-old European children: a population-based study from 4 distinct regions in Europe. *Am J Clin Nutr*. 2004; 80: 584–590.
20. Lenart-Domka E, Kwolek A. Rehabilitacja dzieci otyłych – czy jest rzeczywiście potrzebna? *Prz Med Uniw Rzesz*. 2007; 1: 99–105.
21. Barańska E, Gajewska E. Ocena sprawności motorycznej występującej dzieci z nadwagą i otyłością. *Now Lek*. 2009; 78: 182–185.
22. Kubusiak-Słonina A, Grzegorzczak J, Mazur A. Ocena sprawności i aktywności fizycznej dzieci szkolnych z nadmierną i prawidłową masą ciała. *Endokrynol Otył Zab Przem Mat*. 2012; 8: 16–23.
23. Foster C, Moore JB, Singletary CR, Skelton JA. Physical activity and family-based obesity treatment: a review of expert recommendations on physical activity in youth. *Clin Obes*. 2018; 8: 68–79.
24. Majewska K, Skowrońska B, Krasieńska A, Kobylińska M, Kędzia A. Znaczenie środowiska wewnątrzmacicznego i rodzinnego dla występowania otyłości u dzieci. *Pol Prz Nauk Zdr*. 2018; 4: 416–421.
25. Zwiauer KFM. Prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents. *Eur J Pediatr*. 2000; 159: 56–68.
26. Pietrzykowska E, Wierusz-Wysocka B. Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się. *Pol Merk Lek*. 2008; 143: 472–476.
27. Zegan M, Michota-Katuliska E, Lewnadowska M, Boniecka I. Rola podejmowania aktywności fizycznej w profilaktyce oraz wspomaganie leczenia otyłości oraz cukrzycy typu 2. *Med Rodz*. 2017; 20: 273–278.
28. Siviński W, Rasińska R. Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka. *Piel Pol*. 2015; 2: 181–188.
29. Jegier A. Regularna aktywność fizyczna jako ważny element promocji zdrowia i prewencji chorób przewlekłych. [W:] Jegier A, Krawczyk J (red.): *Wybrane zagadnienia medycyny sportowej*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2012: 52–72.

30. Global Recommendations on Physical Activity for health, WHO 2011.
31. Szanecka E, Matecka-Tendera E. Postrzeżenie masy ciała przez chłopców i ich matki w odniesieniu do ich stanu odżywienia. *Endokrynol. Ped.* 2013; 12: 45–56.
32. Bucher Della Torre S, Courvoisier DS, Saldarriaga A, Martin XE, Farpour-Lambert NJ. Knowledge, attitudes, representations and declared practices of nurses and physicians about obesity in a university hospital: training is essential. *Clin Obes.* 2018; 8: 122–130.

Artykuł przyjęty do redakcji: 09.04.2019.

Artykuł przyjęty do publikacji: 30.07.2019.

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

Adres do korespondencji:

Magdalena Kobylińska

ul. Szpitalna 27/33

60-572 Poznań

tel./fax +48 61 8491 265

e-mail: kobylińska.magda@wp.pl

Katedra Auksologii Klinicznej i Pielęgniarstwa Pediatrycznego,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

PORÓD W WARUNKACH DOMOWYCH – OPIEKA POŁOŻNEJ PODCZAS PORODU I W POŁOGU

HOME BIRTH – MIDWIVES' CARE DURING CHILDBIRTH AND POSTPARTUM

Sara Suchowiak^{1, a}, Małgorzata Kłobus², Katarzyna Plagens-Rotman^{2, b}

¹ Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^a <https://orcid.org/0000-0002-0688-384X>

^b <https://orcid.org/0000-0001-7646-7430>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.8>

STRESZCZENIE

Porody domowe w Polsce wciąż zajmują jedynie niewielki odsetek wszystkich porodów, jednak coraz więcej kobiet myśli o rozwiązaniu ciąży w warunkach pozaszpitalnych. Motywacje kobiet są różnorodne, wśród najważniejszych można wyróżnić: ograniczenie do minimum interwencji medycznych i niezakłócenie naturalnego przebiegu porodu oraz dom jako miejsce narodzin, które gwarantuje bezpieczeństwo i optymalne warunki do porodu.

Aby przystąpić do porodu w warunkach domowych ciężarna musi przejść odpowiednią kwalifikację medyczną. W procesie przygotowań do takiego porodu bierze się pod uwagę przeszłość położniczą, stan zdrowia ciężarnej i dobrostan dziecka. Jest to możliwość, dla rodziców, którzy są silnie przekonani do takiego sposobu rozwiązania ciąży oraz są gotowi wziąć na siebie odpowiedzialność związaną z tym wyborem.

Większość badań naukowych z różnych krajów nie wykazuje korelacji pomiędzy środowiskiem narodzin a wzrostem ryzyka śmierci okołoporodowej dla matki i dziecka. Bezpieczeństwo zapewniają: prawidłowa kwalifikacja do porodu, obecność doświadczonej położnej oraz odpowiednio zorganizowany transfer do szpitala.

Podczas porodu położne opierają się na Modelu opieki nad kobietą i dzieckiem w fizjologicznym okresie okołoporodowym w praktyce pozaszpitalnej. Wytyczne te są zgodne z obowiązującymi standardami medycznymi.

SŁOWA KLUCZOWE: położnica, noworodek, opieka, poród domowy.

ABSTRACT

In Poland home births still account for only a small proportion of all births. However, an increasing number of women are considering giving birth in a non-clinical setting. Their motives are diverse; among the most common there can be distinguished: limiting medical interventions to the minimum and not interrupting the natural labour and delivery process, and treating home as a safe place with optimal surroundings for childbirth.

Before attempting home birth, the expectant mother must be thoroughly examined and qualified as healthy. While preparing for such labour the factors taken into consideration are the mother's past obstetric history, her current health condition and the welfare of the child. Home birth is an alternative for those parents who are entirely confident of such an approach to labour and delivery, and ready to take full responsibility for their decision.

The majority of scientific studies from different countries do not demonstrate any correlation between birthing environments and a greater risk of perinatal death to neither the mother nor the child. Their safety is ensured by correct medical qualification, the presence of an experienced midwife and appropriate arrangements for transfer to hospital.

Midwives attending births use (the Midwifery Model of Care for Childbearing Women and their Children during the Physiological Perinatal Period in Non-clinical Practice). These guidelines are compliant with the applicable medical standards.

KEYWORDS: women in childbirth, newborn, care, home birth.

Wstęp

W Polsce zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, istnieje możliwość porodów pozaszpitalnych. Dodatkowo każda położna posiadająca prawo

wykonywania zawodu, zgodnie z ustawą z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w swoich kompetencjach zawodowych posiada uprawnienia do prowadzenia i przyjęcia porodu fizjologicznego, niezależnie od warunków, w jakich się on odbywa [1–2].

Współczesne położnictwo, oprócz rozwoju w dziedzinie bezpieczeństwa okołoporodowego kobiet, musi także wyjść naprzeciw oczekiwaniom dotyczącym porodu naturalnego. Z powodu zwiększającej się świadomości

mości społeczeństwa oraz powrotu do życia w zgodzie z naturą, wiele osób ma nadzieję na poród aktywny i naturalny, bez ingerencji w fizjologiczny przebieg narodzin.

Szpitalne starają się dostosować swoje sale porodowe i procedury postępowania do oczekiwań kobiet, jednak nie wszędzie są one respektowane i dla części ciężarnych nie jest to rozwiązanie satysfakcjonujące. Alternatywą stają się porody w warunkach domowych.

Poród w warunkach domowych

W obecnych czasach środowiska medyczne i szpitale wychodzą naprzeciw oczekiwaniom porodowym kobiet oraz stosują nowe uregulowania prawne stworzone w celu poprawy warunków porodu. Jednak nie wszędzie standardy te są respektowane, a dla niektórych rodziców proponowane rozwiązania są niewystarczające. Alternatywą stają się porody domowe, jednak nie każda ciężarna może skorzystać z takiej możliwości. Porody pozaszpitalne są przewidziane dla osób, które czują się przekonane do takiego sposobu rozwiązania ciąży i są gotowe wziąć na siebie odpowiedzialność związaną z tym wyborem. W kwalifikacji medycznej do porodu domowego bierze się pod uwagę przede wszystkim fizjologiczny przebieg ciąży [3–4].

Motywy kobiet wybierających poród w domu są różnorodne. Pewna grupa rodziców, która doświadczyła porodów w szpitalu uważa, że nie jest to miejsce ukierunkowane na „przyjmowanie życia”, lecz na „ratowanie życia”. Zgodnie z tą zasadą poświęca się komfort zarówno fizyczny, jak i psychiczny rodziców i rodzącego dziecka. Do norm i przepisów obowiązujących w szpitalu muszą dostosować się nie tylko pacjenci, ale również personel medyczny. Paradoksalnie pomimo wykwalifikowanej kadry medycznej i profesjonalnego sprzętu dla niektórych rodzących poród w szpitalu nie jest równoznaczny z porodem bezpiecznym. Poczucie bezpieczeństwa zapewnia im środowisko domowe, które znają i czują się w nim swobodnie [5].

Argumenty osób wybierających dom jako miejsce narodzin to:

- rodząca i jej dziecko stają się najważniejsi i cała uwaga położnej skierowana jest na nich, nie ma innych pacjentów i obowiązków [5–7];
- kobieta nie zostaje wyrwana ze swojej codzienności, nie zamienia się w pacjentkę zależną od obowiązujących w szpitalu zasad; to ona kontroluje sytuację i decyduje o tym, co pragnie robić w danej chwili [6, 8];
- podczas porodu kobieta ma całkowitą swobodę ruchu oraz sama instynktownie wybiera wygodne dla niej pozycje porodowe [5, 7, 9];
- podczas II okresu porodu rodząca może zdecydować, gdzie i w jakiej pozycji chciałaby urodzić dziecko, np. w wannie [5, 8–10];

- noworodek przychodzi na świat w miejscu i warunkach, które wybrała oraz przygotowała dla niego matka, bez zbędnego oświetlenia, głośów i dotyków [6, 9];
- w środowisku domowym występuje bezpieczniejsza flora bakteryjna dla matki i dziecka niż drobnoustroje, które znajdują się w szpitalu [6];
- rodząca przeżywa intymny moment porodu z osobami, które sama wybrała i obdarzyła zaufaniem [6, 9];
- w porodzie domowym interwencje medyczne ogranicza się do minimum [6, 10];
- poród staje się wydarzeniem wpisanym w codzienność całej rodziny: starsze dzieci nie odczuwają nieobecności matki, nie mają wrażenia, że nowy członek rodziny „odebrał” im rodziców; akceptacja młodszego rodzeństwa i adaptacja do nowej sytuacji staje się dla dzieci łatwiejsza oraz płynniejsza [5, 7, 10];
- atmosfera spokoju pozwala niekiedy rodzącej na odczuwanie podczas porodu wrażeń metafizycznych [5, 7, 10];
- ojciec dziecka jest u siebie w domu, przez co nie krępuje się i wie, co może robić oraz w jaki sposób pomóc rodzącej, dodatkowo ułatwia to parze swobodne okazywanie sobie nawzajem uczuć [5–7];
- poród domowy może dać kobiecie poczucie siły, przekonać ją o własnej samodzielności dzięki temu, że sama urodziła dziecko bez ingerencji personelu i interwencji medycznych [6–8].

Zawód położnej w Polsce daje uprawnienia do samodzielnego przyjmowania i prowadzenia porodu fizjologicznego zarówno w warunkach szpitalnych, jak i pozaszpitalnych z zachowaniem standardów postępowania medycznego [1]. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia ciężarna może wybrać miejsce porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, w których czuje się bezpiecznie, oraz ma prawo wybrać osobę, która poprowadzi jej ciążę i przyjmie poród [2].

Narodowy Fundusz Zdrowia opracowuje zasady dotyczące refundacji takich narodzin, będzie to dodatkowym dokumentem regulującym i potwierdzającym zasadność praktykowania porodów domowych [12].

W Polsce porody domowe wciąż zajmują jedynie niewielki odsetek wszystkich porodów. W raporcie Głównego Urzędu Statystycznego w latach 1980–2014 można zaobserwować ogólną tendencję spadkową wszystkich porodów, konsekwentnie także porodów pozaszpitalnych z pomocą specjalisty – można z tego wynioskować, że do tej grupy należą również porody domowe z udziałem położnej. W 1980 r. zarejestrowano ogółem 701659 porodów, w tym 27434 w izbie porodowej i 4806 w innym miejscu z profesjonalistą

(w tym w domu). Porody szpitale stanowiły wtenczas niecałe 95% wszystkich porodów. Natomiast w 2014 r. odbyło się 377003 porodów, w tym 335 w środowisku pozaszpitalnym, odsetek porodów szpitalnych wynosił około 99,8% [13–14].

W Polsce działa stowarzyszenie Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych *Dobrze Urodzeni*. Zrzesza ona między innymi położne przyjmujące porody domowe i rodziców zainteresowanych tym tematem. Celem działania organizacji jest przede wszystkim rozpowszechnianie, propagowanie i umożliwianie porodu naturalnego niezależnie od warunków, w których się on odbywa. Położne z tej organizacji przyjmują około połowę wszystkich porodów w warunkach domowych. Stowarzyszenie prowadzi własną dokumentację medyczną i statystyki. Według danych z lat 2010–2015 1118 kobiet wyraziło chęć rodzenia w środowisku domowym. Ostatecznie odbyło się 630 porodów domowych, z czego 105 zakończyło się transferem, pozostałe 383 kobiety urodziły we własnym mieszkaniu. Największą liczbę przyjętych porodów odnotowano w 2015 r., najmniejszą w 2013 r. Na przestrzeni sześciu lat można zaobserwować tendencję wzrostową urodzeń w domu w asyście położnej z fundacji. Analizując ilość porodów w poszczególnych województwach, stwierdza się, iż największa ilość odbyła się w województwie mazowieckim, a następnie wielkopolskim. Według danych stowarzyszenia zdecydowana większość matek decydujących się na poród w warunkach domowych ma wykształcenie wyższe i ponad połowa z nich to wieloródki [15].

Według danych z *The European Perinatal Health Report 2010* najwięcej porodów domowych odbywa się w Holandii, następnie w Stanach Zjednoczonych i Islandii [16].

Przy dopuszczeniu do porodu domowego dużą rolę ma doświadczenie osoby dokonującej kwalifikacji. W procesie tym bierze udział nie tylko położna, ale także lekarz ginekolog. Położna spotyka się kilka razy w trakcie ciąży z kobietą, która zgłosiła swoją chęć do porodu domowego, w celu wzajemnego poznania się i nabrania zaufania. Spotkania te umożliwiają położnej kontrolowanie stanu fizycznego i psychicznego ciężarnej. Kobieta musi wykonać wszystkie badania zalecane przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. Na podstawie zebranych informacji określa się, czy istnieją przeciwwskazania do porodu w warunkach domowych oraz czy istnieje szansa, by pomimo wykrycia niektórych z nich możliwe było rozważenie takiego rodzaju ukończenia ciąży [17].

Przeciwwskazania do porodu pozaszpitalnego, według polskiego modelu dotyczącego postępowania w trakcie porodów pozaszpitalnych opracowanego przez stowarzyszenie *Dobrze Urodzeni*, dzieli się na

bezwzględne i względne. Występowanie czynników z pierwszej grupy przeciwwskazań dyskwalifikuje kobietę do porodu poza szpitalem. W przypadku drugiej grupy przeciwwskazań (względnych) warunkiem do odbycia porodu domowego jest ich ścisła weryfikacja i kontrola. Ostateczną decyzję podejmuje się na podstawie opinii specjalistów (położnej, lekarza) oraz przyszłych rodziców [18].

Bezpieczeństwo porodów w warunkach domowych

Sprawa bezpieczeństwa porodów domowych wciąż budzi wiele kontrowersji. Na całym świecie przeprowadza się analizy danych porównujące bezpieczeństwo porodu w zależności od miejsca, w którym się on odbywa. Na podstawie wyników badań i własnych przekonań międzynarodowe towarzystwa i organizacje medyczne wydają swoje opinie na temat bezpieczeństwa narodzin pozaszpitalnych.

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) wydało oświadczenie, według którego szpital i akredytowane centra porodowe są najbezpieczniejszym środowiskiem do porodu, jednak każda kobieta ma prawo do własnej decyzji opartej na wiedzy medycznej. Ciężarna, która planuje poród w środowisku domowym, powinna być poinformowana o ryzyku i korzyściach wpływających z takiego rodzaju ukończenia ciąży na podstawie najnowszych badań naukowych. Podczas rozmowy z ciężarną personel medyczny powinien zaznaczyć, że poród w domu związany jest ze zmniejszeniem interwencji medycznych w porównaniu z porodem w szpitalu, jednakże podwójnie wzrasta ryzyko śmierci płodu i potrójnie ryzyko drgawek i poważnych dysfunkcji neurologicznych u noworodka [20].

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w swoich rekomendacjach orzeka, że poród w domu jest ogólnie bardzo bezpieczny zarówno dla pierworódki, jak i wieloródki z ciążą niskiego ryzyka oraz ich dzieci. Personel medyczny powinien informować o tym ciężarne oraz oznajmić, że poród w warunkach domowych jest dla nich korzystny ze względu na niższą ilość interwencji medycznych oraz porównywalne ryzyko wystąpienia powikłań u dziecka. Dodatkowo w domu zwiększa się szansa na spontaniczny, naturalny poród siłami natury (zmniejsza się ryzyko epiziotomii, zabiegowego ukończenia porodu, cięcia cesarskiego) [21].

Bezpieczeństwo porodów w warunkach domowych zapewniają trzy elementy:

- prawidłowa kwalifikacja do porodu,
- obecność położnej, która dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu potrafi wcześniej zauważyć, że poród zaczyna odbiegać od fizjologii,

- odpowiednio zorganizowany sposób transferu do szpitala [20, 23–24].

Dobrze zorganizowany transport jest nieoceniony w sytuacji zagrożenia życia matki i/lub dziecka w trakcie porodu w warunkach domowych. Wskazane jest, by każda położna deklarująca przyjmowanie porodu w warunkach domowych zawarła umowę transferową przynajmniej z jednym szpitalem. W przypadku wystąpienia wskazań do przewozu pacjentki do szpitala położna prowadząca wzywa karetkę Stacji Pogotowia lub Stacji Transportu Sanitarnego, w zależności od zawartej umowy. Dopuszczalne jest przewiezienie pacjentki samochodem prywatnym, jednakże w tym wypadku nie powinna prowadzić położna, która w tym czasie pozostaje z rodzącą aż do momentu przekazania jej pod opiekę zespołu medycznego [18–19].

Publikacje analizujące transfer do szpitala podczas porodu w warunkach domowych pokazują, że taka sytuacja ma miejsce w przypadku 9,9% do 31,9% porodów, w zależności od badań. Znacznie wyższe wskaźniki dotyczą pierworódek (od 23,4% do 45,5%) niż wieloródek (5,8% do 12,0%). Transfery mają częściej miejsce, gdy porody domowe są integralną częścią systemu medycznego, niż gdy indywidualnie praktykują je niezależne położne. Najczęstsze opisywane przyczyny to zbyt wolny postęp porodu (w przypadku 5,2%, do 9,8% porodów) oraz dystocja barkowa (od 5,1% do 9,8% porodów) [25].

W Polsce dane na temat transferów okołoporodowych gromadzi i udostępnia stowarzyszenie *Dobrze Urodzeni*. W latach 2010–2015 odbyło się 630 porodów domowych, z czego 105 zakończyło się transferem (16,7%). Zdecydowanie najczęstszym momentem przewiezienia kobiety do szpitala był I okres porodu. W tym etapie porodu do przyczyn przewozu można zaliczyć: brak postępu porodu, odpytywanie zielonego płynu owodniowego, brak postępu porodu przy PROM, nieprawidłowe ułożenie główki oraz nieprawidłowy FHR. Wśród innych istotnych czynników determinujących decyzję o transferze do szpitala można wymienić: patologię III okresu porodu oraz potrzebę farmakologicznego zmniejszenia bólu porodowego. Wśród noworodków urodzonych w środowisku domowym, 12 z nich wymagało hospitalizacji, w tym 8 – w pierwszej dobie po porodzie. Powodem przewiezienia dziecka do szpitala były między innymi: niska punktacja wg skali V. Apgar, nieprawidłowe wyniki badań po porodzie oraz wrodzone zapalenie płuc [15].

Jedne z największych badań, jakie do tej pory opublikowano, dotyczące bezpieczeństwa porodów domowych, wykonano w Holandii. Celem było porównanie śmiertelności i zachorowalności okołoporodowej kobiet z ciążą niskiego ryzyka podczas porodu domowego i szpitalnego. Przeanalizowano 529688 porodów, z czego 321307 (60,7%) odbyło się planowo w warunkach

domowych, a 163261 (30,8%) miało miejsce planowo w szpitalu, dla reszty 45120 (8,5%) miejsce porodu było nieznane [23].

W badaniu rozpatrzono śmiertelność okołoporodową kobiet, śmierć noworodków śródporodową, do 24 godzin po porodzie i do siedmiu dni po porodzie oraz przyjęcie noworodka na oddział intensywnej opieki. W analizie nie wykazano istotnej różnicy w śmiertelności okołoporodowej pomiędzy porodem szpitalnym a porodem domowym. Miejsce porodu nie miało wpływu na wskaźniki śmiertelności okołoporodowej [23].

W 2014 r. opublikowano rozszerzenie badania. Autorzy przeanalizowali 743070 holenderskich porodów niskiego ryzyka, z czego 466112 miało miejsce w domu, a 276958 w szpitalu. Badano śródporodową śmiertelność kobiet i noworodków, ilość punktów w skali Apgar i przyjęcie na oddział intensywnej terapii noworodka w okresie do 28 dni po porodzie. W badaniu nie wykazano zwiększonego ryzyka szkodliwych następstw porodowych wśród kobiet niskiego ryzyka rodzących w domu. Wyniki odnoszą się tylko do regionów, gdzie porody domowe są dobrze zintegrowane z położniczym systemem opieki [26].

Badanie przeprowadzone w Ontario, opublikowane w 2016 r. obejmowało 11493 planowych porodów domowych i tyle samo planowanych porodów szpitalnych. Nie wykazano zwiększonego ryzyka dla matki i dziecka podczas porodów domowych zarówno dla pierworódek, jak i wieloródek (z niskim ryzykiem wystąpienia powikłań okołoporodowych). Z badania wynika, że episiotomia wykonywana była rzadziej w domu, aczkolwiek zabieg nacięcia krocza stosowano rzadko także w szpitalu. Niskie wskaźniki wykonania episiotomii nie korelowały ze zwiększonym odsetkiem uszkodzeń krocza. Krwawienia poporodowe dotyczyły 2,5% kobiet rodzących w domu i 3,0% rodzących w szpitalu. Transfer do szpitala był konieczny w 8,8% wszystkich porodów domowych.

Odsetek resuscytacji noworodka, śmierci okołoporodowej, 4 lub mniej punktów w skali Apgar w 5. minucie życia były porównywalne niezależnie od środowiska porodu [27].

Według statystyk stowarzyszenia *Dobrze Urodzeni* w Polsce w ostatnich sześciu latach większość kobiet urodziła dziecko bez żadnych urazów krocza, a nacięcie krocza wykonano tylko w pojedynczych przypadkach. U części kobiet doszło do spontanicznych uszkodzeń (pęknięcie I i II stopnia) wymagających niewielkiego zaopatrzenia chirurgicznego. Episiotomię wykonano tylko przy dwudziestu siedmiu porodach. Nie odnotowano uszkodzeń krocza III lub IV stopnia [15].

Istnieją również badania wykazujące niewielki wzrost ryzyka śmierci, drgawek noworodkowych oraz innych patologii, jednak przeważająca większość ba-

dań z różnych krajów nie wykazuje korelacji pomiędzy środowiskiem narodzin a wzrostem ryzyka śmierci okołoporodowej dla matki i dziecka. Odsetek interwencji medycznych i komplikacji okołoporodowych (krwotoki poporodowe, pęknięcia krocza) w porównaniu planowanych porodów domowych ze szpitalnymi jest mniejszy w środowisku domowym, zwiększa się tu także satysfakcja z doświadczonego porodu [28–30].

Rola położnej podczas porodu w warunkach domowych

Zespół położnych zrzeszonych w stowarzyszeniu Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych *Dobrze Urodzeni* opracował *Model opieki nad kobietą i dzieckiem w fizjologicznym okresie okołoporodowym w praktyce pozaszpitalnej* [18]. Wytyczne są zgodne z obowiązującymi standardami medycznymi. Dotyczą one kobiet z prawidłowym przebiegiem ciąży, które pragną rodzić w warunkach domowych. Zalecenia te zostały stworzone m.in. dla położnych w celu określenia i ujednoczenia standardów postępowania przy kwalifikacji pacjentki do porodu, działań podejmowanych podczas fizjologicznie lub patologicznie przebiegającej akcji porodowej w domu.

Przygotowanie położnej do przyjęcia porodu domowego

Położna, która przyjmuje porody domowe powinna nawiązać współpracę między innymi z lekarzem ginekologiem, pediatrą, szpitalem, laboratorium, kolumną transportu sanitarnego. Stwarza to bezpieczne warunki okołoporodowe i poporodowe dla kobiety i jej dziecka. Współdziałanie z lekarzem położnikiem-ginekologiem polega na konsultacji przynajmniej trzy razy w trakcie trwania ciąży (w I, II i III trymestrze) i raz w połogu (w 6. tygodniu po porodzie) oraz każdorazowo w przypadku wystąpienia komplikacji. Współpraca z lekarzem pediatrą polega na umówieniu wizyty domowej w 1. dobie życia dziecka oraz konsultacji w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podczas wizyt patronażowych. Umowa ze szpitalem umożliwia konsultacje ciążowe, które obejmują ultrasonografię i kardiokardiografię oraz transfer śródporodowy lub poporodowy. Współpraca z laboratorium daje możliwość diagnostyki i uzyskania wyników, również telefonicznie, pobranego materiału biologicznego w trakcie lub po porodzie [18–19].

Do przygotowania położnej można zaliczyć również prawidłową kwalifikację ciężarnej do porodu pozaszpitalnego na podstawie wykonywanych badań i wywiadu medycznego. Prócz tego niezwykle ważne jest prawidłowe ustalenie terminu porodu. Ocena wieku ciążowego, a co za tym idzie wyliczenie przewidywanego terminu porodu, pozwala zarówno ciężarnej, jak i położnej zaplanować czas w okolicy spodziewanego dnia

porodu. Dodatkowo jest to istotna informacja pozwalająca rozpoznać ewentualną hipotrofię płodu czy poród przedwczesny [18, 31–32].

Położna, przygotowując się do porodu domowego, musi posiadać niezbędne narzędzia umożliwiające jej bezpieczne przyjęcie porodu fizjologicznego, a także aktywne postępowanie przy stanie zagrożenia życia w okresie oczekiwania na transport medyczny.

Według modelu w praktyce pozaszpitalnej położne niezależnie działają w zespole położnych ściśle ze sobą współpracującym. Ciężarna, która zamierza rodzić w domu oraz jej rodzina znajdują się pod opieką całego zespołu, jednak główny nadzór sprawuje położna prowadząca, która w asyście innej położnej z zespołu przyjmuje poród pozaszpitalny, a następnie sprawuje kontrolę nad kobietą w połogu [18].

Wskazane jest, aby w porodzie domowym uczestniczyły dwie osoby z wykształceniem medycznym. Powinny one mieć kurs z przeprowadzania resuscytacji krążeniowo-oddechowej, dodatkowo co najmniej jedna osoba powinna mieć praktyczne doświadczenie w przeprowadzaniu tych czynności [24, 33].

Rola położnej podczas porodu

Poród rozpoznajemy w chwili wystąpienia regularnej czynności skurczowej macicy (przynajmniej co 10 minut), która powoduje skracanie i rozwieranie się szyjki macicy, aż do pełnego rozwarcia. Położna przyjeżdżająca do domu rodzącej w okresie rozwierania ocenia jej stan zarówno fizyczny, jak i emocjonalny, dobrostan płodu oraz postęp porodu. Następnie na podstawie zebranych wyników podejmuje decyzję o kontynuacji porodu w warunkach domowych lub potrzebie transferu do szpitala.

Kontynuacja opieki położniczej nad rodzącą w domu opiera się na:

- nawiązaniu i utrzymaniu kontaktu z rodzącą i osobą bliską, co zapewnia poczucie bezpieczeństwa i godności osobistej,
- wsparciu emocjonalnym kobiety i osób towarzyszących,
- kontrolowaniu parametrów życiowych rodzącej (tętno, ciśnienie i temperatura), nie rzadziej niż co 4 godziny,
- badaniu FHR płodu za pomocą elektronicznego detektora tętna płodu lub słuchawki Pinarda, nie rzadziej niż co 15 minut,
- kontroli postępu porodu za pomocą badania zewnętrznego (chwyty Leopolda, ocena czynności skurczowej macicy) oraz, jeśli jest to konieczne, badania wewnętrznego; dodatkowo bierze się pod uwagę zachowanie i odczucia rodzącej,

- pilnowaniu nawodnienia i odżywienia rodzącej (dopuszczalne jest spożywanie lekkostrawnych posiłków oraz przyjmowanie płynów według potrzeb rodzącej),
- przypominaniu rodzącej o konieczności opróżnienia pęcherza moczowego, samodzielnie w toalecie,
- analizie bólu porodowego, w tym na stosowaniu niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu oraz nauce prawidłowego oddychania rodzącej,
- umożliwianiu swobodnego poruszania się rodzącej z uwzględnieniem pozycji relaksacyjnych i immersji wodnej, prezentacji możliwych pozycji w II okresie porodu z uwzględnieniem potrzeb i stanu kobiety,
- dokumentowaniu postępu i przebiegu porodu, wyników obserwacji, wykonywanych badań oraz dobrostanu rodzącej i płodu, w tym prowadzeniu Karty Obserwacji Porodu,
- przygotowaniu zestawu do porodu oraz miejsca do odbycia II okresu porodu,
- w przypadku pozytywnego wyniku GBS u rodzącej – na podaniu w momencie rozpoczęcia porodu dawki antybiotyku i kontynuowaniu terapii do końca porodu [8, 11, 18].

Drugi okres porodu rozpoznawany w chwili całkowitego rozwarcia szyjki macicy kończy się porodem noworodka. Do czynności wykonywanych na początku II okresu porodu należy właściwe rozpoznanie tego etapu. Położna dokonuje tego poprzez badanie wewnętrzne, obserwacji zachowania rodzącej oraz czynności skurczowej. Jeśli nie wystąpiły żadne czynniki kwalifikujące do transferu, położna powinna:

- zapewnić optymalne warunki podczas narodzin dziecka,
- pozostawać w stałym kontakcie z rodzącą,
- wspierać rodzącą i osoby towarzyszące w momentach kryzysowych i oceniać ich stan emocjonalny,
- kontrolować parametry życiowe rodzącej (tętno, ciśnienie i temperatura); jeśli stan ogólny rodzącej przed rozpoczęciem II okresu porodu był prawidłowy, można odstąpić od wykonywania pomiarów w fazie aktywnej II okresu, z powodu niemiarodajnych wyników,
- badać FHR płodu za pomocą elektronicznego detektora tętna płodu lub słuchawki Pinarda, nie rzadziej niż co 5 minut, w fazie aktywnej po każdym skurczu,
- kontrolować postęp porodu za pomocą: badania zewnętrznego (chwyty Leopolda), oceny czynności skurczowej macicy, oceny zabarwienia płynu owodniowego oraz badania wewnętrznego (dodatkowo bierze się pod uwagę zachowanie i odczucia rodzącej),

- uwzględnić fizjologiczną fazę spoczynku w II okresie porodu i przyjąć postawę wyczekującej,
- proponować rodzącej przyjęcie odpowiednich pozycji ułatwiających rodzenie na każdym etapie II okresu porodu; zalecić pozycje wertykalne i immersję wodną,
- pomóc przy wyborze i zastosowaniu techniki parcia, zalecać ograniczenie aktywnego odruchu parcia na rzecz naturalnego,
- dbać o regularne opróżnianie pęcherza moczowego,
- kontrolować stan nawodnienia rodzącej, podawać doustnie płyny w małych porcjach,
- przygotować się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki,
- kontrolować odginanie się główki płodu, a po jej urodzeniu podjąć czynności zapewniające prawidłowe wytaczanie się barków,
- podjąć decyzję o porodzie z ochroną krocza lub o jego nacięciu,
- w razie konieczności wykonać zabiegi medyczne, takie jak amniotomia lub episiotomia,
- położyć noworodka bezpośrednio na brzuchu matki oraz osuszyć i zabezpieczyć go przed utratą ciepła,
- udokumentować działania, przebieg porodu oraz stan kobiety i noworodka – wypełnić dokumentację medyczną [8, 11, 18].

Okres łożyskowy obejmuje oddzielenie i wydalenie łożyska. Zadaniem położnej w tym okresie porodu są:

- zapewnienie kontaktu „skóra do skóry” zaraz po porodzie,
- ocena stanu noworodka zgodnie ze skalą V. Apgar,
- kontrola stanu ogólnego rodzącej (ciśnienie, tętno, temperatura), zachowanie kontaktu wzrokowego i słownego z kobietą,
- umożliwienie kobiecie i pomoc jej w przystawieniu dziecka do piersi jak najszybciej po porodzie (gdy matka i dziecko są na to gotowi),
- późne odpępowanie noworodka jałowymi narządami i zaopatrzenie kikutu pępowinowego,
- obserwacja w kierunku krwawienia z dróg rodnych i objawów odklejenia łożyska (nie należy pociągać za pępowinę, masować macicy, podawać rutynowo oksycyliny),
- ocena stanu tkanek miękkich kanału rodnego, a w przypadku nacięcia krocza – jego rozległości [8, 11, 18],
- postępowanie z dzieckiem w sposób delikatny, co ma pozytywne skutki dla psychiki noworodka oraz jego formy fizycznej oraz umożliwia łagodniejsze przejście przez niełatwe przeżycia związane z porodem,

- udokumentowanie swoich działań i obserwacji III okresu porodu – wypełnienie dokumentacji medycznej [34, 35].

Czwarty okres porodu obejmuje dwie godziny od momentu wydalenia płodu. W tym czasie prowadzony jest intensywny nadzór nad położnicą. Do zadań położnej, przyjmującej poród w warunkach domowych, należy:

- ocena płodu (pępowiny, błon płodowych oraz płyty łożyskowej),
- kontrola dróg rodnych: ocena pochwy, krocza, warg sromowych (nie ma konieczności rutynowej oceny szyjki macicy, jest to zależne od przebiegu porodu),
- zaopatrzenie chirurgiczne ewentualnych uszkodzeń dróg rodnych, nacięcia krocza,
- ocena utraty krwi przez położnicę,
- kontrola parametrów stanu ogólnego (tętno, ciśnienie, temperatura) godzinę i dwie godziny po porodzie,
- kontrola stanu noworodka,
- ochrona matki i dziecka przed utratą ciepła,
- w przypadku pozytywnego wyniku GBS u matki – pobranie krwi pępowinowej w celu oznaczenia CRP oraz wymazu z ucha noworodka [11, 18],
- wykonanie pomiarów antropometrycznych noworodka (masa ciała, obwód głowy, obwód klatki piersiowej, obwód brzucha, długość ciała),
- wykonanie zabiegu Credégo,
- zastosowanie profilaktyki krwawienia z niedoboru witaminy K [11, 36],
- udokumentowanie swoich działań oraz obserwacji położnicy i noworodka – wypełnienie dokumentacji medycznej [11, 18].

Przed opuszczeniem miejsca porodu położna powinna:

- uzupełnić dokumentację medyczną przebiegu porodu (partogram, dokumenty noworodka, kartę obserwacji położnicy i noworodka, kartę informacyjną o porodzie) oraz udokumentować urodzenie dziecka (zaświadczenie o urodzeniu dziecka, karta uodpornienia, książeczka zdrowia);
- poinformować kobietę o konieczności samoobserwacji i kontroli stanu noworodka;
- poinformować położnicę o obowiązkowej wizycie pediatry w pierwszej dobie życia dziecka, poinformować o konieczności rejestracji dziecka w poradni preluksacyjnej i ustalenia terminu badania słuchu noworodka,
- poinformować o obowiązkowych szczepieniach ochronnych [18].

Rola położnej w opiece nad położnicą po porodzie w warunkach domowych

Opieka położnej nad kobietą i noworodkiem w okresie połogu polega na:

- kontroli parametrów stanu ogólnego (ciśnienie, tętno, temperatura),
- ocenie: obkurczania się mięśnia macicy, odchodów połogowych, gojenia się ran krocza,
- analizie stanu emocjonalnego położnicy,
- ocenie kondycji mięśni przepony moczowo-płciowej,
- ocenie: przebiegu laktacji, stanu brodawek, techniki przystawienia noworodka do piersi i karmienia,
- pobraniu krwi kobiety Rh ujemnej w kierunku przeciwciał i ewentualnie podaniu immunoglobuliny anti-Rh (w ciągu 72 godzin od porodu),
- poinformowaniu kobiety o konieczności samoobserwacji oraz instruktażu w zakresie kontroli obkurczania się mięśnia macicy,
- zaprezentowaniu ćwiczeń mięśni krocza i wyjaśnieniu powodu ich wykonywania od pierwszej doby po porodzie,
- nauce pielęgnacji noworodka (kąpiel, pielęgnacja kikutu pępowinowego),
- poinformowaniu o konieczności wykonania szczepień ochronnych zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień,
- zdjęciu szwów z krocza lub rany pooperacyjnej około 5–7 doby połogu,
- poinformowaniu położnicy o zalecanej wizycie kontrolnej sześć tygodni po porodzie u lekarza ginekologa lub położnej,
- kontroli stanu ogólnego noworodka, która obejmuje: ilość i rodzaj oddechów, zabarwienie powłok skórnych, napięcie mięśniowe, charakterystyczne w okresie noworodkowym odruchy neurologiczne, wydalanie smółki i moczu, ocenę budowy czaszki, ciemniaczka, stan obojczyków i stawów biodrowych,
- ocenie stanów przejściowych noworodka (np. masa ciała, stopień zażółcenia skóry),
- ocenie kikutu pępowinowego i pierścienia pępkowego,
- pobraniu krwi obwodowej w celu oznaczenia CRP i wykonaniu morfologii z rozmazem między 24. a 48. godziną życia – w przypadku pozytywnego wyniku GBS u matki lub gdy czas pęknięcia pęcherza płodowego przekracza 18 godzin,
- uzupełnieniu dokumentacji medycznej [18].

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 października 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz proce-

- dur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, potęgu oraz opieki nad noworodkiem. Dz.U.2012, poz. 1010.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039.
 - Informacje o wynikach kontroli Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych. NIK. Delegatura w Białymstoku, LBI.410.008.2015, Nr ewid. 203/2015/P/15/065/LBI.
 - Fundacja Rodzić po Ludzku <http://www.rodzicpoludzkupl/Porod-w-domu/Dla-kogo-porod-domowy-i-jak-sie-doniego-przygotowac.html>, data wejścia: 10.01.2017.
 - Red: Janiuk E, Lichtenberg-Kokoszka E. Domowe narodziny. Fanaberia czy powrót do normalności? Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010.
 - Gierszewska M, Kwiatkowska W, Kaźmierczak M, Mieczkowska E, Gebuza G. Poród domowy – anachronizm czy wybór i potrzeba świadomych kobiet? *Perinatol. Neonatol. Ginekol.* 2013; tom 6, zeszyt nr 4: 220–224.
 - Marczak I. W Kórniku czy w malinach. Narodziny na przełomie wieków. Wydawnictwo eMPI2 Mariana Pietraszewskiego s.c., Poznań 2015.
 - Cheyney M. Homebirth as Systems-Challenging Praxis: Knowledge, Power and Intimacy in the Birthplace. *Qualitative Health Research* 2008; 18; 254–267.
 - Autor rozdz. Kicia M. Poród naturalny. Iwanowicz-Palus G. [red.] *Praktyka położnej: poród fizjologiczny*.
 - Chołuj I. Urodzić razem i naturalnie. Fundacja Źródło Życia, Warszawa 2015.
 - Bernhard C, Zielinski R, Ackerson K, English J. Home Birth After Hospital Birth: Women's Choices and Reflections *JMHW* Volume 59, Issue 2, March/April 2014, Pages: 160–166.
 - <http://www.rodzicpoludzkupl/Porod-w-domu/Porod-w-domu-czy-to-legalne.html>, wejście dnia: 07.12.2016.
 - GUS, Rocznik demograficzny, Warszawa 2015, str. 323.
 - Rolska P. Poród w domu. *Położ. Nauka Prakt.* 1 (17) /2012: 38–42.
 - <http://www.dobrzeurodzeni.pl/statystyki.html>, wejście dnia 07.12.2016.
 - European Perinatal Health Report Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010, str. 96.
 - Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. *Polskie Towarzystwo Ginekologiczne*.
 - Dzierżak-Postek E, Grzybowska K, Kruze M, Oleś K, Romanowska M, Witkiewicz M. Model kobiety nad kobietą i dzieckiem w fizjologicznym okresie okołoporodowym w praktyce pozaszpitalnej. *Pot.Nauk.Prakt.* 4 (12)/2010: 8–19.
 - Romanowska M. Przyjmuję porody domowe. *Mag. Pielęg. Położ.* 2011 (5): 32–33.
 - The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 669: Planned Home Birth. August 2016.
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Intrapartum care for healthy women and babies during childbirth. CG190, December 2014.
 - Kitzinger S. *Rodzić w domu. Medycyna dla wszystkich.* Springer PWN, Warszawa 1995, s. 46.
 - de Jonge A, van der Goes B, Ravelli A, Amelink-Verburg M, Mol B, Nijhuis J, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk S. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009; 116: 1177–1184.
 - American College of Nurse-Midwives. Midwifery Provision of Home Birth Services. *J. Midwifery Womens Health* 2016; 61: 127–133.
 - Blix E, Kumle M, Kjærgaard H, Øian P, Lindgren H. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014, 14: 179.
 - de Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG* 2015; 122: 720–728.
 - Hutton E, Cappelletti A, Reitsma A, Simioni J, Horne J, McGregor C, Ahmed R. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ*, March 15, 2016, 188(5).
 - <http://www.rodzicpoludzkupl/Pozaszpitalne-miejsca-do-porodu/Porod-domowy-reликт-czy-przyszlosc.html>, data wejścia: 08.12.2016 rok.
 - Snowden MJ, Tilden LE, Snyder J, Quigley B, Caughey BA, Cheng WY. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth. *The New England Journal of Medicine* December 2015; 373; 27.
 - Zielinski R, Ackerson K, Kane Low L. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International Journal of Women's Health* 2015; 7, 361–377.
 - Dzierżak-Postek E, Grzybowska K, Romanowska M. Poród pozaszpitalny. *Mag. Pielęg. Położ.* 2009: 7–8.
 - Autor rozdz. Chazan B. *Położnictwo i Ginekologia. Tom 1. Rozdz. Rozpoznanie ciąży i ustalenie terminu porodu.* Red: Bręborowicz G. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, str. 53–57.
 - Richmonda S, Wyllie J. Resuscytacja noworodków bezpośrednio po urodzeniu. *Wytyczne resuscytacji* 2010.
 - Red: Lichtenberg-Kokoszka E, Janiuk E, Dzierżanowski J. Dziecko aktywny uczestnik porodu. Zagadnienie interdyscyplinarne. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010.
 - Leboyer F. *Narodziny bez przemocy* Wydawnictwo Mama-nia, Warszawa 2012.
 - Świetliński J. *Neonatologia i opieka nad noworodkiem. Tom 1,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
- Artykuł przyjęty do redakcji: 19.10.2018.
Artykuł przyjęty do publikacji: 29.08.2019.
- Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.
- Adres do korespondencji:**
Katarzyna Plagens-Rotman
ul. Jackowskiego 41
60-512 Poznań
tel. 61 854-72-25
e-mail: plagens.rotman@gmail.com
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



HANNA CHRZANOWSKA PREKURSORKA POLSKIEGO PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO – ŚWIADECTWO JEJ ŻYCIA

HANNA CHRZANOWSKA, PRECURSOR OF POLISH FAMILY NURSING – A TESTIMONY OF HER LIFE

Beata Dzedzic^a, Zofia Sienkiewicz^b, Tomasz Kryczka^c, Dorota Koper^d

Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny

^a <https://orcid.org/0000-0003-4099-6597>

^b <https://orcid.org/0000-0003-1727-9637>

^c <https://orcid.org/0000-0003-2607-1651>

^d <https://orcid.org/0000-0003-9508-251X>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.9>

STRESZCZENIE

Hanna Chrzanowska to niezwykła kobieta, polska pielęgniarka, która żyła w latach 1902–1973. Celem pracy jest przedstawienie świadectwa życia tej prekursorki polskiego pielęgniarstwa rodzinnego. Życie Hanny Chrzanowskiej było świadectwem miłości, wiary, troski, opieki i pomocy bliźnim, a lata pracy związane z pomocą drugiemu człowiekowi. Miała niebywałą charyzmę i dar zjednywania ludzi, co czyniło ją osobą ponadprzeciętną. Była twórczynią polskiego pielęgniarstwa środowiskowego, autorką szeregu artykułów, podręczników, pedagogiem zaangażowanym w merytoryczne przygotowanie uczennic do wykonywania zawodu pielęgniarstwa. Dbała o ciągły rozwój i wzrost poziomu kształcenia. Wskazana działalność Chrzanowskiej na wielu płaszczyznach porównywalna jest z ideologią Florence Nightingale. Hanna Chrzanowska była najznamienitszą przedstawicielką polskiego pielęgniarstwa. Po śmierci stała się inspiracją dla wielu: Kościół katolicki w 2018 r. przyznał jej tytuł błogosławionej. Warto, aby świat poznał życie i czyny tej wyjątkowej osoby – pielęgniarki.

SŁOWA KLUCZOWE: Hanna Chrzanowska, pielęgniarstwo, powołanie, Florence Nightingale.

ABSTRACT

Hanna Chrzanowska, an extraordinary woman, a Polish nurse who lived in the years 1902–1973. Aim of the study was presentation of the life of Hanna Chrzanowska, precursor of Polish family nursing. Hanna Chrzanowska's life was a testimony of love, faith, care and help to others and years of work connected with helping another man. She had an incredible charisma and the gift of winning people, which made her above average. She was the creator of Polish environmental nursing, the author of a number of articles, textbooks, a teacher involved in the substantive preparation of students to practice the nursing profession, she took care of the continuous development and increase of the level of education. The indicated activity of Chrzanowska in many areas is comparable to the ideology of Florence Nightingale. Hanna Chrzanowska was the most outstanding personality and heroine of Polish nursing. After her departure, her ministry did not end, her posthumous testimonies were recognized and in 2018 she was blessed. It is worth for the world knowing the life and deeds of this unique person – a nurse.

KEYWORDS: Hanna Chrzanowska, nursing, vocation, Florence Nightingale.

Wstęp

W światowym pielęgniarstwie znanych jest wiele niezwykłych postaci, zasługujących na najwyższe uznanie. Najślawniejszą jest twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa Florence Nightingale, której dokonania znane są każdej pielęgniarkie na świecie [1, 2, 3]. W Polsce zaś osobą niewątpliwie zasługującą na najwyższe uhonorowanie jest Hanna Chrzanowska. Śledząc losy i czyny zarówno Florence Nightingale, jak i Hanny Chrzanowskiej, mimo że żyły w innych czasach, można stwierdzić, iż łączyły je wiele wspólnych cech.

Celem tego artykułu jest prezentacja osoby Hanny Chrzanowskiej, pielęgniarki o dużym wkładzie w rozwój polskiego pielęgniarstwa, a w szczególności w rozwój pielęgniarstwa środowiskowego. Chrzanowska całe swoje życie poświęciła dla innych, troszcząc się o ich dobro i poświęcając się im bezgranicznie. Szczególną opieką otaczała potrzebujących w ich domach, nie bacząc na przeciwności, które napotykała [4]. Podobnie jak Florence Nightingale, wyróżniała się wysoką kulturą osobistą, którą wyniosła z zamożnego domu [3, 5]. Odwiedzała miejsca, które pochodzący

z tak zwanych „dobrych domów” woleli omijać. Czyniła to z dobroci serca. Była wszędzie tam, gdzie inni odwracali wzrok [5]. Światopogląd obu tych postaci wynikał z faktu, iż pielęgniarstwo było dla nich powołaniem, a wiara w Boga pomocą w realizowaniu życiowych misji [1, 3, 6]. To, na co wiele lat wcześniej zwróciła uwagę Florence Nightingale, wyrażając swoją opinię, iż pielęgniarstwo domowe powinno stać się rzeczywistością, uważając opiekę domową za najbardziej pożądaną dla pacjentów, Hanna Chrzanowska zorganizowała i zainicjowała jako pierwsza w Polsce [6, 7]. Chrzanowska, podobnie jak Nightingale, pozostawiła dużą spuściznę twórczą, będąc autorką dziesiątek artykułów, wielu podręczników służących edukacji pielęgniarstwu [3, 6, 8]. Odwołując się do Florence Nightingale – prekursorki pielęgniarstwa – podkreślamy jej znamienitość i wpływ na następczynię. Jedną z nich była Hanna Chrzanowska, której poświęcona jest dalsza część niniejszego opracowania.

Droga do powołania pielęgniarstwu

Szukając odpowiedzi na pytanie, skąd się wzięło zaangażowanie Hanny Chrzanowskiej w życie społeczne, niewątpliwie należy prześledzić jej życie rodzinne i czas dzieciństwa. Urodziła się w małej podwarszawskiej miejscowości, gdzie spędziła dostatnie, beztrudne dzieciństwo w otoczeniu kochających rodziców [9, 10]. Ojciec Hanny – Ignacy Chrzanowski, który był profesorem literatury polskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego – rozbudzał u córki nie tylko zainteresowania literaturą, historią, malarstwem, ale także kształtował poczucie uczciwości, poszanowania godności drugiego człowieka. Natomiast matka – Wanda Szlenkier pochodziła z rodziny, gdzie naturalnym postępowaniem było zaangażowanie się w sprawy społeczne, wspieranie innych i pomoc ubogim. Wpływ na kształtowanie wrażliwości społecznej Hanny miało także wielu członków jej rodziny. Dziadek – Karol Szlenkier – był założycielem szpitala oraz szkoły dla rodzin robotników zatrudnionych w jego fabryce. Kuzyni dzielnie walczyli w powstaniu warszawskim [11]. Znaczącą rolę w planach życiowych Chrzanowskiej odegrała siostra jej matki – Zofia Szlenkier – której postacią Hanna była zauroczona i którą uważała za osobę godną naśladowania. To ona odegrała znaczącą rolę w podjęciu przez Hannę decyzji o rozpoczęciu kształcenia w szkole pielęgniarstwu. Wcześniej sama kształciła się w angielskich szkołach medyczno–pielęgniarskich, których założycielką była Florence Nightingale [6, 12]. Hanna wzrastała więc w atmosferze pomocy drugiemu człowiekowi. Po opuszczeniu rodzinnej miejscowości i przeprowadzce z rodzicami do Krakowa Hanna zaczęła uczęszczać do szkoły średniej Sióstr Urszulanek [9, 10], gdzie rozwijała zainteresowanie pielęgniarstwem.

Wcześniej podjęła próbę ukończenia innego rodzaju studiów i przez dwa lata uczęszczała na zajęcia z filologii polskiej. Jednak porzuciła ten kierunek i rozpoczęła studia pielęgniarstwu [10]. Pierwsze swoje kroki skierowała do kliniki chirurgii, w której amerykański Czerwony Krzyż organizował kursy dla adeptów pielęgniarstwa. Przy udziale i poparciu lekarzy, działaczy polskiego oraz amerykańskiego Czerwonego Krzyża utworzono Warszawską Szkołę Pielęgniarstwa, na której czele stała Amerykanka Helen Bridge. Tutaj w 1924 r. Chrzanowska ukończyła edukację i otrzymała dyplom pielęgniarki [6, 10, 11].

Trudny czas wojny

Życie Hanny Chrzanowskiej było przykładem wierności wyznawanym ideałom. Niezależnie od nieszczęść, które jej nie omijały, była wierna swoim życiowym zasadom. Podczas II wojny światowej straciła prawie całą rodzinę, wszystko, co było jej najdroższe [9]. Na początku zginął stryjeczny brat podczas walk w obronie Warszawy. Spośród bliskich w 1939 r. zmarła także, pozbawiona odpowiedniej opieki medycznej w zbombardowanej Warszawie, ciotka Zofia – niekwestionowany autorytet i wzór do naśladowania. W 1940 r. w Katyniu wraz z innymi oficerami zamordowano brata Hanny – Bohdana, a ojciec tego samego roku zmarł w obozie Sachsenhausen, wcześniej aresztowany z innymi polskimi profesorami. Następnie trzy kuzynki Hanny zmarły na różę i tyfus, później wujostwo, Halinę i Karola Szlenkierów rozstrzelali hitlerowcy podczas powstania warszawskiego [9, 11].

Pomimo wielu osobistych tragedii Hanna, jakby chcąc zagłuszyć tragiczną rzeczywistość, oddała się bez reszty pracy i rozpoczęła działalność w Polskim Komitecie Opiekuńczym. Zajmowała się potrzebującymi w ich domach, jednocześnie przewodniczyła Sekcji Pomocy Przesiedleńcom, organizując dla nich pomoc materialną oraz pracę. Uratowała wiele żydowskich dzieci przed zagładą, a potem znalazła dla nich domy i rodziny zastępcze. Była zawsze tam, gdzie potrzebowano pomocy [10, 11].

Rozwój pielęgniarstwa społecznego, osiągnięcia pedagogiczne i redakcyjne

Chrzanowska zdobywała doświadczenie zawodowe i pogłębiała wiedzę dotyczącą funkcjonowania pielęgniarstwa domowego, odbywając stypendia zagraniczne, między innymi w Stanach Zjednoczonych, Francji, Belgii [10, 11]. Po powrocie do kraju, kontynuując profesję pielęgniarstwu, objęła stanowisko kierownika w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarsko-Położniczej w Krakowie, zarządzając działem pielęgniarstwa społecznego i domowego [9, 11]. Wykorzystując doświad-

czenie uzyskane podczas pobytów na stypendiach zagranicznych, opracowała nowe teorie dotyczące pielęgniarstwa społecznego: wprowadziła je w zakres kształcenia [6]. Chrzanowska podejmując pracę pedagogiczną i przygotowując uczennice do wykonywania przyszłego zawodu, szczególną uwagę zwracała na wykształcenie przyszłych pielęgniarek w zakresie opieki nad pacjentami w środowisku domowym [9, 11]. Podkreślała, że ze względu na dużą samodzielność zawodową, jaką jest pielęgniarstwo społeczne, wymagane są wysokie kwalifikacje i dobre przygotowanie zawodowe [6]. Uczennicom stawiała duże wymagania, oceniając zarówno wiedzę teoretyczną oraz praktyczną, jak też postawę zawodową i moralną. Problemy dotyczące pacjentów były omawiane indywidualnie przez każdą z uczennic podczas ćwiczeń, a następnie oceny dokonywały pozostałe uczennice wspólnie z nauczycielem. Chrzanowska w prowadzonej działalności edukacyjnej zwracała uwagę na złożoność problemów chorych, mając na względzie nie tylko dolegliwości cielesne, ale również ich psychiczne i społeczne funkcjonowanie w środowisku domowym [6]. Hanna Chrzanowska kultywowała model holistycznego podejścia do pacjenta, co było zgodne z ideą pielęgniarstwa zainicjowaną przez Florenc Nightingale [3].

W szkole pielęgniarstwa kierowanej przez Hannę Chrzanowską głównym źródłem wiedzy podręcznikowej dla przyszłych adeptek pielęgniarstwa społecznego były „wytyczne pracy pielęgniarki społecznej” pochodzące ze zbioru artykułów miesięcznika „Pielęgniarka Polska”. Chrzanowska podejmując pracę pedagogiczną, miała świadomość dużej odpowiedzialności wynikającej z właściwego przygotowania merytorycznego, etycznego pielęgniarek do wykonywania przyszłej pracy zawodowej, dlatego też wydała w 1960 r. pierwszy podręcznik autorstwa: „Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej”, Polskiego Związku Wydawnictw Lekarskich. Do 1973 r. ukazały się jeszcze trzy wydania tego podręcznika, ostatnie pod redakcją H. Chrzanowskiej i K. Skobytko. Treść, szczególnie czwartej wersji podręcznika, była dostosowana do zmian, jakie w latach siedemdziesiątych zostały przeprowadzone w organizacji otwartej opieki zdrowotnej, którą przekształcono i w miejsce pielęgniarstwa rodzinnego wprowadzono pielęgniarstwo domowe [5, 6, 10, 11].

Hanna Chrzanowska prowadziła aktywną działalność redakcyjną. Opublikowała szereg artykułów w czasopismach: „Pielęgniarka i Położna” oraz „Pielęgniarka Polska”, które było pierwszym czasopismem zawodowym w Polsce. W latach 1929–1939 była jego redaktorem i autorem czterdziestu dwóch artykułów. Zamieszczała treści z zakresu etyki w pielęgniarstwie oraz programy i metody kształcenia, co wiele wniosło

do życia i działania środowiska medycznego [6, 10, 11]. Zwracała uwagę na indywidualne traktowanie każdego pacjenta, uczyła zasad prawidłowego zbierania wywiadu z zachowaniem zasad postępowania etycznego. Zalecała wnikliwą obserwację środowiska domowego, rozpoznanie potrzeb pacjentów, a następnie zaplanowanie i realizowanie postępowania [6]. W trakcie prowadzenia kroniki pielęgniarstwa była autorem ponad sześćdziesięciu opracowań – przeglądu pisma krajowych i zagranicznych [6]. Ponadto była autorką wielu wierszy oraz powieści, takich jak: „*Krzyż na piaskach*” „*Klucz niebieski*”, które pisała używając pseudonimu: Agnieszka Osiecka. Ta część działalności literackiej nie była bezpośrednio związana z pielęgniarstwem, jednak ukazywała filozoficzne przemyślenia Chrzanowskiej [10].

Rozwój pielęgniarstwa parafialnego

Śledząc podejmowanie kolejnych działań przez Hannę Chrzanowską, należy wytyczyć odrębny rozdział w jej życiu, jakim niewątpliwie było pielęgniarstwo parafialne.

Po ograniczeniu działalności szkoły pielęgniarstwa przez ówczesne władze komunistyczne, głównie w zakresie pielęgniarstwa domowego i opieki nad przewlekłe chorymi, Hanna została oddelegowana do Kobierzyna, gdzie kierowała Szkołą Pielęgniarstwa Psychiatrycznego. Jednak tę szkołę wkrótce zamknięto [5, 10, 11]. Władze komunistyczne kierując się teorią obowiązującego ustroju socjalistycznego, uznały, że zapewniając wszystkim pracę, wpływają na likwidację biedy, co skutkowało zniesieniem działalności pomocy społecznej: uznano ją za zbędną [6]. W obliczu zaistniałych okoliczności Chrzanowska podjęła decyzję o przejściu na emeryturę. Nie zakończyła jednak swojej działalności, kontynuując ją poza wpływem władz komunistycznych [5, 10, 11]. Decyzje władz spowodowały, że pacjenci w środowisku domowym zostali pozbawieni opieki pielęgniarstwa. Wówczas Hanna Chrzanowska zaczęła szukać rozwiązania tej sytuacji. Pomocna okazała się myśl religijna, która zrodziła się w jej głowie: „...my pomagamy nieść krzyż Chrystusowi...”, i to był początek rozwoju pielęgniarstwa parafialnego [6].

Zaczęła szukać pomocy w krakowskich klasztorach. Nie było jednak to łatwe [11]: wielu księży i zakonników w parafiach odmawiało włączenia się do pomocy chorym i ubogim w ich domach. Hanna uważała jednak, że w Krakowie jest tak wiele zgromadzeń zakonnych i zakonników, że to właśnie oni poza wykwalifikowanymi pielęgniarkami powinni zająć się chorymi. Nie przeżywała więc swoich poszukiwań. Pomocny okazał się ówczesny wikary ksiądz Karol Wojtyła (potem biskup i papież) oraz proboszcz parafii mariackiej, ksiądz Machaya [5, 11]. Pomoc Karola Wojtyły była nieoceniona,

podczas konferencji skierowanej do lekarzy w 1957 r. zwrócił szczególną uwagę na ciężką sytuację chorych w ich domach, żyjących często w uwłaczających warunkach. Skutkiem tego w niektórych parafiach zorganizowano opiekę pielęgniarską w środowiskach domowych pacjentów, co oczywiście okazało się niewystarczające [5, 11]. Ze wspólnej inicjatywy biskupa Wojtyły, z którym odwiedziła wielu chorych w ich domach i księdza Machaya, zaangażowano do pracy w domowej opiece zarówno studentów, siostry zakonne, jak i kleryków seminariów. Chorych potrzebujących pomocy Hanna wyszukiwała osobiście, pukając od drzwi do drzwi, bądź korzystała ze zgłoszeń pozostawianych w skrzynce parafialnej. Zajmowała się głównie osobami starszymi i przewlekle chorymi, samotnymi. Zazwyczaj odkrywała ich tragiczną sytuację: leżeli zaniedbani, brudni, niezadbanie umierający. Opiekę nad chorymi zaczynała od prozaicznych czynności, dając przykład prostej postugi dla chorego. Zwyczajnie myła ich, karmiła, odswawiała, opatrywała, wszystko to czyniła w poszanowaniu ludzkiej godności [10, 11, 12]. Pomagała im także nie tylko podczas wykonywania czynności pielęgniarskich, robiła również zakupy, dbała o ich życie duchowe, psychiczne. Pomimo wiary, której nigdy nie ukrywała, nie nawracała nikogo na siłę [10, 11]. Twierdziła, że jeżeli ciało jest pielęgnowane, to dusza także zbliża się do Boga [13]. W wyniku jej starań księża zaczęli odprawiać msze w domach chorych oraz odbywać wizyty duszpasterskie. W sanatoriach natomiast organizowano rekolekcje dla obłożnie chorych [10].

Zajęta pracą dla chorych nie zaniechała działań skierowanych na rzecz rozwoju pielęgniarstwa. Zwracała uwagę na konieczność ciągłego dokształcania pielęgniarek. Organizowała w tym celu konferencje i rekolekcje, co czyniła na przekór władzom komunistycznym. Podkreślała etyczne wartości pielęgniarstwa tworząc dokument „Rachunek Sumienia dla Pielęgniarek” Wskazywała tam na potrzebę indywidualnego traktowania chorych, dbania zarówno o ich ciało, jak i duszę [14]. Wiele uwagi poświęciła osobom niepełnosprawnym, zabiegając o odpowiedni sprzęt i wyposażenie dla nich oraz podejmując działania przeciwdziałające izolacji tych osób i propagując włączanie ich do funkcjonowania w społeczeństwie. Hannę Chrzanowską uznano także za prekursorkę opieki nad pacjentami w stanie terminalnym; była inicjatorką opieki nad umierającymi. W pełni taką możliwość w Polsce stworzono dopiero dwadzieścia lat później w powstających placówkach zwane hospicjami. Angażując ochotników do współpracy parafialnej w opiece domowej dbała o odpowiednie przygotowanie ich do wykonywania nowych czynności. W tym celu opracowała kurs, który trwał trzy miesiące. Składał się z wykładów i ćwiczeń z tematyki pierwszej

pomocy oraz wykonywania podstawowych zabiegów pielęgniarskich. Do dnia dzisiejszego podobne kursy są organizowane przez hospicja podczas szkolenia wolontariuszy [6]. Była również uczestnikiem prac Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych oraz Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej włączając się w przygotowania „Ustawy o Pielęgniarstwie” uchwalonej przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w 1935 r. [14]. Wiele korzyści z jej działalności zyskało Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, w którym była aktywna do końca swojego życia [10].

Podsumowanie

Filozofię życia Hanny Chrzanowskiej, osoby niezwykle wrażliwej na krzywdę drugiego człowieka, inicjatorce opieki nad obłożnie chorymi, niełatwo przedstawić w tak krótkim opisie. Karol Wojtyła, z którym współpracowała, wielokrotnie podkreślał fakt, iż była pielęgniarką, która pokazała, czym jest ludzkie cierpienie [14]. Twierdził, że dla niego była „ogromną pomocą i oparciem” [4]. Osoby, które ją znały, mówiły, że pielęgniarstwo było dla niej nie poświęceniem, lecz powołaniem, prawdziwą pasją. Dla swoich uczennic, podopiecznych, wychowanków oraz współpracowników była niekwestionowanym autorytetem [14].

Doceniając wartość filantropijnej działalności Hanny, papież Paweł VI w 1965 r. przyznał Chrzanowskiej order papieski „Pro Ecclesia et Pontifice”. Za prace pedagogiczne odznaczono ją w Polsce „Krzyżem Kawalerskim Orderu Odznaczenia Polski” (1971). Otrzymała także odznakę honorową „Za wzorową pracę w służbie zdrowia” (1957) [10].

Zmarła w 1973 r. w Krakowie po długiej walce z chorobą nowotworową i przebytych wielu operacjach [10]. Każdy kolejny dzień życia po zachorowaniu uznawała jako dar od Boga [14]. Po śmierci była żegnana i opłakiwana przez rzesze ludzi w Polsce, także przez chorych, którymi się opiekowała. Ówczesny kardynał, Karol Wojtyła, powiedział o niej na pogrzebie: „Niech promieniowanie twojej postugi trwa wśród nas i wszystkich nas poucza, jak służyć Chrystusowi w bliźnich”. W 1998 r. rozpoczęto jej proces beatyfikacyjny. W 2018 roku została beatyfikowana przez papieża Franciszka [4, 14]. Pamięć o Hannie Chrzanowskiej pozostaje żywa. Ku jej czci zorganizowano wiele konferencji. Została uznana za patronkę polskiego pielęgniarstwa.

Piśmiennictwo

1. Malpas P. Florence Nightingale: Appreciating our legacy, envisioning our future. *Gastroenterol Nurs.* 2006; 29 (6): 447–452.

2. Fields WL. Mentoring in nursing: a historical approach. *Nurs Outlook*. 1991; 39 (6): 257–261.
3. Hosein K, Negin MA. Florence Nightingale: The Mother of Nursing. *Nurs Midwifery Stud*. 2015; 4(2): e29475. DOI: 10.17795 / nmsjournal29475.
4. Wrońska U, Wielek M. Błogosławiona Hanna Chrzanowska. Wydawnictwo M. 2018.
5. Zuchniewicz P. Siostra naszego Boga. Niezwykła historia Hanny chrzanowskiej. [https://polskatimes.pl/hanna-chrzanowska-byla-kobieta-niezwykla-fragment-książki/ar/11920676]. – data wejścia 20 grudnia 2018 r.
6. Ćwiertnia I. Idea pielęgniarstwa rodzinnego w działalności Hanny Chrzanowskiej. *Pismo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych*. Kraków 2011; 101: 18–24.
7. Ogawa N. Florence Nightingale's concept of home nursing: an analysis of her writings. *Kango Kenkyu*. 1997; 30(1): 63–75.
8. Selanders LC. The power of environmental adaptation: Florence Nightingale's original theory for nursing practice. *J Holist Nurs*. 2010; 28(1): 81–88.
9. Koziełska DM. Malcanów. Wieś w gminie Wiązowna 1814–2014. *Gawędy Krajoznawcze*. Warszawa 2014.
10. Oktabiński K. Śladami filantropów. Rzecz o rodzinie Szlenkierów i ich podwarszawskiej wilegiaturze w XIX i XX wieku. *Mazowieckie Centrum Kultury i Sztuki*. Wydawnictwo TRIO. Warszawa 2007.
11. Dobrowolska K. Edycja Kielecka 45/2003. moipip.org.pl data wejścia: 21 grudnia 2018 r.
12. Oktabiński K. Wiązowna 1597–1997. Kartki z dziejów parafii i gminy. Wyd. Rada Gminy Wiązowna. Bydgoszcz 1998.
13. Florkowska M. Radość dawania. Hanna Chrzanowska we wspomnieniach, listach, anegdotach. Wyd. Św. Stanisława BM. Wydanie drugie. Kraków 2018.
14. Florkowska M. Radość dawania. Hanna Chrzanowska we wspomnieniach, listach, anegdotach. Wyd. Św. Stanisława BM. Wydanie pierwsze. Kraków 2010.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.05.2019.

Artykuł przyjęty do publikacji: 26.07.2019.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Beata Dziedzic

ul. Erazma Ciołka 27

01-445 Warszawa

tel.: (22) 877-35-97

e-mail: beata.dziedzic@wum.edu.pl

Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych,

Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny



The banner features a background of a blue ocean with a sunset or sunrise on the horizon. The text is overlaid on this background. At the top, it reads 'XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa' in large, bold, white letters. Below this, the website 'www.konferencjagdynia.pl' is on the left and the date 'Gdynia 25.04.2020' is on the right, both in white. At the bottom, the title 'Rola immunomodulacji w leczeniu żywieniowym' is written in a stylized, glowing green font.



Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2019

- dr hab. Ewa Baum, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
- dr hab. Sławomir Graczyk, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu (Polska)
- dr Małgorzata Postulszna-Lamperska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
- dr Sławomir Szymański, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie (Polska)
- prof. Ewa Wilczek-Rużyczka, Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie (Polska)
- dr Regina Sierżantowicz, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)
- dr Marta Hreńczuk, Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
- dr Danuta Kunecka, Pomorski Uniwersytet Medyczny (Polska)
- dr Anna Stefanowicz, Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)
- dr Anna Zera, Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
- dr Cwajda- Białasik, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Bydgoszcz (Polska)
- dr Bożena Kulesza-Brończyk, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)



WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW

WSTĘP

Informacje dla autorów

„Pielęgniarstwo Polskie” jest kwartalnikiem. Zamieszcza recenzowane prace oryginalne, pogładowe 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 wyjustowany (wyrównany do lewego i prawego marginesu). Należy pisać zwykłą czcionką w kolorze jednolicie czarnym (dopuszcza się wytłuszczenie tytułów i podtytułów), bez wyróżnień dużymi literami, bez rozstrzelania, podkreśleń linią ciągłą itp. W liczbach miejsca dziesiętne należy oddzielać przecinkami (nie kropkami). Akapity należy rozpoczynać wcięciem przy użyciu odpowiedniego polecenia w edytorze tekstu (bez używania tzw. enterów). Przed zapisem z tekstu należy usunąć wszystkie zaznaczenia używane podczas redagowania tekstu w edytorze. Prace w języku angielskim powinny być napisane poprawną angielszczyzną. Plik należy zapisać w formacie: DOC lub DOCX. Kolejne strony należy ponumerować, zaczynając od strony tytułowej.

Praca powinna zawierać, w kolejności:

- stronę tytułową,
- streszczenie w języku polskim i angielskim,
- słowa kluczowe w języku polskim i angielskim,
- manuskrypt wraz z tabelami, rycinami, fotografiami,
- piśmiennictwo wg stylu Vancouver,
- informację o źródłach finansowania i konflikcie interesów.

Strona tytułowa

Zawiera tytuł pracy w języku polskim i angielskim. W tytule nie należy zamieszczać skrótów. Prosimy o niepodawanie danych dotyczących nazwisk autorów i ich afiliacji ze względu na anonimowość recenzji.

Strona druga

Zawiera streszczenie w języku polskim i angielskim. **Streszczenie** w pracach oryginalnych powinno mieć charakter struk-

GUIDANCE FOR AUTHORS

INTRODUCTION

Information for authors

‘Pielęgniarstwo Polskie’ (‘Polish Nursing’) is a quarterly. It prints reviewed original research, opinion articles and case studies, book reviews, conference reports, notes on events, obituaries, etc. in both Polish and English. ‘Pielęgniarstwo Polskie’ (‘Polish Nursing’) is published in the open-access on the following website: <http://www.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).

PIŚMIENNICTWO

Piśmiennictwo powinno być napisane na oddzielnej stronie, wg standardu Vancouver. Należy podawać tylko pozycje związane z tematem pracy i uwzględnione w tekście manuskryptu. Cytowania powinny być numerowane w kolejności ich występowania w tekście i powinny być oznaczane cyframi arabskimi w nawiasach kwadratowych. W spisie piśmiennictwa każda kolejna pozycja powinna być pisana od nowego wiersza i poprzedzona numerem. Należy przestrzegać jednolitej interpunkcji wg wzorów:

W przypadku źródeł z czasopisma należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, tytuł czasopisma z zastosowaniem obowiązujących skrótów wg bazy danych MedLine (zawsze zakończone kropką), rok publikacji, tom, numer strony pierwszej i ostatniej. Nie należy podawać źródeł: „w druku”, „w przygotowaniu”, „informacja ustna”.

Przykład:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007; 1: 12–27.

W przypadku cytatu z książki należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej.

Przykład:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie.* Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania rozdziału pochodzącego z książki należy podać: nazwisko/nazwiska i pierwsze litery imion autora/autorów tegoż rozdziału, tytuł rozdziału cytowanej książki, nazwisko i imię autora (redaktora) książki, tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału.

Przykład:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie.* W: Malinowski A (red.). *Gerontologia.* Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania materiału elektronicznego (Internetu) należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, pełny adres strony internetowej oraz datę dostępu (datę wejścia).

TABELE

Tabele należy wykonać w programie Word dla Windows. Powinny być w formie edytowalnej, z ograniczeniem linii wertykalnych. Tabele powinny być oznaczone numerami arabskimi, z użyciem pełnego wyrazu **Tabela**, a nie skrótu *tab.* (np. Tabela 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny znajdować się nad tabelami. Tekst w tabeli powinien być napisany czcionką *Arial Narrow CE* wielkości 10 pkt. Szerokość tabeli nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm. Wnętrze tabeli powinno zawierać również wersję angielską. Liczba tabel powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

RYCINY

Wykresy należy wykonać w programie Word dla Windows lub Excel. Ilustracje należy zapisać w formacie TIF lub JPG. Ryciny należy podpisywać w języku polskim i angielskim z użyciem numeracji arabskiej, bez używania skrótu *ryc.* (czyli np. Rycina 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny być napisane w programie Word, edytowalne i powinny znajdować się pod rycinami. Liczba rycin powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

CONFERENCE REPORTS AND OTHER INFORMATION TEXTS (compare Introduction)

The text should not exceed 1000–1500 words (2 pages).

REFERENCES

Literature should be presented on a separate sheet of paper using the Vancouver style. Only references related to the topic of the paper should be included in the text of the manuscript. Quotations should be numbered according to their appearance in the text and marked using Arabic numerals in square brackets. Each new item in the list of references should be written in a new line, preceded by a number. Homogeneous punctuation should be respected as follows:

The sequence for a journal article should be the following: authors' names and first names, paper title, journal title abbreviated as in the MedLine database (always ended up with a dot), year of publication, volume number, first and last page numbers. One should not include references: 'in print', 'to appear soon', 'oral information'.

Example:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007; 1: 12–27.

The sequence for the book should be as follows: authors' names and first letters of their first names, book title, place and edition of publication, year of publication, first and last page numbers.

Example:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie.* Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

The sequence for the book chapters should be as follows: chapter authors' names and first letters of their first names, chapter title, book title, book authors, place and edition of publication, year of publication, chapter first and last page numbers.

Example:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie.* W: Malinowski A (red.). *Gerontologia.* Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

The sequence for the Internet should be as follows: authors' names and first letters of their first names, paper title, full address of the website, access date.

TABLES

Tables should be prepared in Word for Windows. They should be in the editable form, limiting vertical lines. All tables should be numbered using Arabic numerals and a full word 'TABLE', not an abbreviation 'tab.' (e.g. Table 5). The titles in both Polish and English should be placed above tables. The text in the table should be written in 10-point *Arial Narrow CE* font. The width of the table should not exceed 8 cm or 16 cm. The interior of the table should also include the English version. The number of tables should be limited to the necessary minimum.

FIGURES

Charts should be prepared in Word for Windows or Excel. Illustrations must be saved in JPG or TIF format. Figures should be provided with Polish and English captions and numbered using Arabic numerals, with no abbreviation 'fig.' (e.g. Figure 5). Titles in Polish and English should be written in Word, they should be editable and should be placed under figures. The number of figures should be limited to the necessary minimum.



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. Nadesłane prace mogą być sprawdzane pod kątem oryginalności za pomocą programu antyplagiatoowego.

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 przelać 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 poprawiania 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. Submitted manuscripts may be checked for originality using anti-plagiarism software.

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.