

pws te /

PAŃSTWOWA
WYŻSZA SZKOŁA
TECHNICZNO
EKONOMICZNA

INTERDYSCYPLINARNOŚĆ WSPÓŁCZESNEJ MEDYCyny

INTERDISCIPLINARY NATURE OF MODERN MEDICINE

Redakcja • Editors

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

Tom 11



**Interdyscyplinarność
współczesnej medycyny**

**Interdisciplinary
nature of modern medicine**

Interdyscyplinarność współczesnej medycyny

Interdisciplinary nature of modern medicine

Redakcja/Editors

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

Tom 11

REVIEWER • RECENZENT

dr hab. n. o zdr. Mariola Głowacka - prof. Uczelni

Projekt dofinansowany ze środków budżetu państwa, przyznanych przez
Ministra Edukacji i Nauki w ramach Programu „Doskonała nauka II”
na podstawie umowy nr MONOG/SP/0010/2023/01 z dnia 4.07.2023 r.



**Doskonała
Nauka**



**Ministerstwo
Edukacji i Nauki**

ISBN 978-83-67959-44-5

Copyright © by PWSTE

pws te /

PAŃSTWOWA
WYŻSZA SZKOŁA
TECHNICZNO
EKONOMICZNA

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
ul. Czarnieckiego 16, 37-500 Jarosław
pwste@pwste.edu.pl

WYDAWCA • PUBLISHER

ARCHAEGRAPH
Wydawnictwo Naukowe

Wydawnictwo Naukowe ArchaeGraph
Diana Łukomiak
ul. Łączna 57/70, 93-166 Łódź
wydawnictwo@archaegraph.pl

Jarosław 2023

Spis treści • Contents

1. Use of non-invasive ventilation for patients with chronic obstructive pulmonary disease in home environment Zastosowanie wentylacji nieinwazyjnej u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc w środowisku domowym Katarzyna Tomaszewska, Alicja Kisiel	7
2. Wiedza studentów PWSTE w Jarosławiu na temat choroby afektywnej dwubiegunowej Knowledge of PWSTE students in Jaroslaw on bipolar affective disorder Marta Dyląg, Irena Brukwicka, Iwona Dudzik, Alicja Kłos	17
3. Żywienie pozajelitowe chorych w warunkach szpitalnych Parenteral nutrition of patients in hospital conditions Anna Dominik, Janina Zajchowska, Katarzyna Tomaszewska	51
4. Szkoła promująca zdrowie w opinii uczniów szkół podstawowych Health promoting school in the opinion of elementary school students Dorota Kaczor, Iwona Dudzik, Irena Brukwicka, Alicja Kłos	61
5. Potrzeby pacjentek z rakiem jajnika Needs of patients with ovarian cancer Anna Lewandowska, Magdalena Michna, Barbara Laskowska	81
6. Prawno-moralne aspekty transplantacji w Polsce – przegląd literatury Legal and moral aspects of transplantation in Poland - literature review Bożena Majchrowicz	95
7. Syndrom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek Burnout syndrome among nurses Kinga Przybyszewska	109
8. Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie u osób dorosłych Impact of physical activity on health in adults Eliza Szyszko	119
9. Wiedza studentów PWSTE w Jarosławiu na temat cukrzycy typu 2 Knowledge of PWSTE students in Jarosławiu about type 2 diabetes Izabela Chudzik, Irena Brukwicka, Iwona Dudzik, Alicja Kłos	127
10. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową jelita grubego Quality of life of patients with colorectal cancer Anna Lewandowska, Małgorzata Drapała, Barbara Laskowska	147

11. Żywnienie dojelitowe chorych w warunkach szpitalnych Enteral nutrition of patients in hospital conditions	
Anna Dominik, Janina Zajchowska, Anna Bilińska	157
12. Wpływ implantacji kardiostymulatora na funkcjonowanie pacjentów w życiu codziennym Effects of implantation pacemaker on the functioning of patients in daily life	
Katarzyna Tomaszewska, Małgorzata Dukacz, Aldona Bajan	167
13. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna młodzieży Health promotion and youth health education	
Wioletta Pacion, Alicja Kłos, Irena Brukwicka, Iwona Dudzik	177
14. Zachowania agresywne pacjentów wobec pracowników ochrony zdrowia Aggressive behavior of patients towards healthcare professionals	
Katarzyna Tomaszewska, Alicja Kłos	189
15. Marginalizacja społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi Social marginalization of people with mental disorders	
Alicja Kłos, Irena Brukwicka, Iwona Dudzik, Paulina Romanik	201
16. Znaczenie empatii w opiece nad pacjentami w warunkach szpitalnych The importance of empathy in caring for patients in the hospital setting	
Anna Bielecka, Iwona Dudzik, Irena Brukwicka, Alicja Kłos	213

1. Use of non-invasive ventilation for patients with chronic obstructive pulmonary disease in home environment

Zastosowanie wentylacji nieinwazyjnej u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc w środowisku domowym

Katarzyna Tomaszewska^{1, a}, Alicja Kisiel^{2, b}

¹Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

The Bronislaw Markiewicz National Academy of Applied Sciences in Jaroslaw

²Absolwent Collegium Masoviense Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie
A Graduate of Collegium Masoviense – Higher School of Health Sciences in Żyrardów

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

^b <https://orcid.org/0000-0002-0667-2735>

■ Abstract

Introduction: Non-invasive mechanical ventilation (NIV) is an effective treatment option. It is finding more and more applications in the treatment of adults with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The main goals of NIV are, depending on the underlying disease: prolongation of life, improvement in respiratory function, improvement in cardiovascular function and quality of sleep. According to scientific reports, the use of NIV in patients with chronic lung diseases reduces the need for invasive ventilation, shortens the time of hospitalization in intensive care units, reduces the occurrence of possible complications related to prolonged hospital stay e.g. hospital infections and most importantly reduces mortality.

The aim of this paper: was to assess nurses' knowledge of non-invasive mechanical lung ventilation (NIV) used in patients with COPD at home.

Material and methods: A total of 103 individuals between the ages of 20 and 60 participated in the study. The respondents were nurse practitioners employed in long-term home care for mechanically ventilated patients. The survey was conducted using the CAVI method between October 2020 and February 2021. Statistical analysis of the results obtained was performed using descriptive statistical methods. Differences between the indicated responses were analyzed based on the percentage distribution. The level of statistical significance was $p < 0.05$.

Results and conclusions: Nursing staff who work with mechanically ventilated patients are of the opinion that this type of ventilation greatly improves health of patients and comfort of their daily lives. Respondents who provide services

in long- term home care demonstrate a high level of knowledge regarding mechanical ventilation and its use in patients. Respondents recognize the benefits of NIV treatment for patients, while being aware of the aspects that determine the possibility of using this type of treatment.

Keywords: POCHP mechanical ventilation, NIV, patient, long-term care, COPD.

■ **Abstrakt**

Wstęp: Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna (NIV) jest skuteczną metodą leczenia. Znajduje coraz więcej zastosowań w terapii dorosłych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POCHP). Główne cele NIV to w zależności od choroby podstawowej: wydłużenie życia, poprawa wydolności oddechowej, poprawa wydolności układu krążenia i jakości snu. Według doniesień naukowych stosowanie NIV u chorych na przewlekłe choroby płuc zmniejsza konieczność wentylacji inwazyjnej, skraca czas hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, zmniejsza wystąpienie ewentualnych powikłań związanych z długotrwałym pobytem w szpitalu np. zakażeń szpitalnych oraz przede wszystkim zmniejsza śmiertelność.

Celem badań: była ocena poziomu wiedzy pielęgniarek na temat nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej płuc (NIV) stosowanej u pacjentów z POCHP w warunkach domowych.

Materiał i metody: W badaniu udział wzięło 103 osoby w wieku od 20 do 60 lat. Ankietowani to pielęgniarki pielęgniarze zatrudnieni w opiece długoterminowej domowej dla chorych wentylowanych mechanicznie. Badanie ankietowe zostało przeprowadzone metodą CAVI w okresie od października 2020 roku do lutego 2021 roku. Analizę statystyczną otrzymanych wyników przeprowadzono wykorzystując metody statystyki opisowej. Różnicę pomiędzy wskazywanymi odpowiedziami zostały przeanalizowane na podstawie rozkładu procentowego. Za poziom istotności statystycznej Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki i wnioski: Personel pielęgniarski, który pracuje z pacjentami wentylowanymi mechanicznie jest zdania, iż tego typu wentylacja w dużym stopniu poprawia stan zdrowia pacjenta oraz komfort jego życia codziennego. Respondenci realizujący świadczenia w opiece długoterminowej domowej wykazują duży poziom wiedzy dotyczącej wentylacji mechanicznej oraz jej stosowania u pacjentów. Osoby ankietowane dostrzegają korzyści wynikające z zastosowania leczenia NIV u pacjentów, mając jednocześnie świadomość o aspektach warunkujących możliwość zastosowania tego typu leczenia.

Słowa kluczowe: wentylacja mechaniczna, NIV, pacjent, opieka długoterminowa, POCHP.

■ **Introduction**

Mechanical ventilation is the method of artificial support or complete replacement of breathing in patients. The most common condition qualified for this method is respiratory failure, which at present, thanks to the advances in medicine, can also be managed at home [1]. Non-invasive mechanical ventilation (NIV) is the method of lung ventilation, which avoids invasive interventions to the human body, omitting intubation and other forms of airway management [2]. According to GOLD (Global Initiative for Obstructive Lung Disease) data,

it should be the first-line treatment of respiratory diseases requiring support or control of physiological breathing. Early institution of non-invasive mechanical ventilation improves gas exchange in the lungs and enables therapy in the patient's home environment, thus shortening the length of hospitalization and decreasing the number of deaths [3]. Devices for non-invasive ventilation are ventilators [4] and the success of NIV is determined by the appropriate choice of the way in which respiratory gases will be administered to patients [5].

The first guidelines for non-invasive ventilation of patients with acute respiratory failure were published in 2002 by the British Thoracic Society (BTS). This publication was in response to promising research findings that non-invasive ventilation (NIV) was an alternative to invasive mechanical ventilation (IMV) in life-threatening respiratory acidosis in COPD exacerbations. It was soon observed that NIV in COPD exacerbation gives not comparable but better results than invasive ventilation. The guidelines specifically noted that timely inclusion of NIV in a moderate-to-severe exacerbation reduced the risk of progression to a severe COPD exacerbation. Furthermore, with appropriate training, non-invasive ventilation could be used outside of intensive care units. The guidelines also considered the possibility of using NIV for respiratory failure in diseases other than COPD, but these data were only from observation of home therapy for patients with neuromuscular diseases and those limiting chest mobility [6]. The effectiveness of non-invasive ventilation stems from its ability to reduce respiratory muscle fatigue inherent in chronic respiratory failure. This fatigue is caused by prolonged, increased respiratory effort resulting from altered chest mechanics, decreased lung compliance or increased airway resistance. Fatigue is exacerbated by coexisting hypoxia, acidosis, or malnutrition. The technique of non-invasive ventilation in the home setting involves the use of mechanical ventilation "sessions" interspersed with periods of the patient's own ventilation. The duration of assisted ventilation per session should be at least 60–90 min. This is sufficient time for rest and regeneration of respiratory muscles [7]. The most important aim of NIV is to avoid endotracheal intubation and thus to reduce complications related to the use of assisted ventilation [8]. Non-invasive mechanical ventilation also has other long-term goals, such as prolonging patient life expectancy, improving quality of life, improving sleep duration and quality, and improving patient functional status [9]. The needs of chronically ventilated patients are not limited to airway security. These are often people who are completely intellectually fit, for whom the disease has irreversibly interrupted professional and social activity. Coping with the new situation depends primarily on the severity of the underlying disease, the degree of disability and the associated conditions. The family situation and personality of the patient are also of great importance as patients ventilated at home in most cases require round-the-clock care from their relatives. The quality of life depends on skills, knowledge and involvement of the caregiver [10].

The aim of this paper was to assess nurses' knowledge of non-invasive mechanical lung ventilation (NIV) used in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at home environment.

Material and methods The study group consisted of nurse anesthetists employed in long-term home care for mechanically ventilated patients. The survey

was conducted using the CAVI method. The survey questionnaire was created in Google Form and was posted on the portals of three nursing community groups between October 2020 and February 2021. Participation in the study conducted was voluntary and anonymous. The study was conducted using a diagnostic survey method. The technique that was used to conduct the study was a survey, whose tool was a self-administered survey questionnaire consisting of 15 questions about non-invasive ventilation and COPD and a metric. The study received a positive opinion from the Bioethics Committee of Collegium Masoviense of the College of Health Sciences 2020. Statistical analysis of the obtained results was performed using methods of descriptive statistics. Differences between the indicated answers were analyzed on the basis of percentage distribution. The level of statistical significance was taken as $p < 0.05$.

■ Results

Artificial mechanical ventilation by non-invasive ventilation (NIV) is one of the pinnacles of recent years successfully applied to the treatment of respiratory diseases, as the use of a ventilator by the patient is now also possible in the home setting. Mechanical ventilation at home facilitates the patient's quicker return to normal, but unfortunately still limited, daily functioning. The ability to ventilate at home gives the patient a sense of security that is usually lost during hospitalization [11].

Table 1. Characteristics of the study group of operating nurses

Variable		Respondents n 103	
		n	%
Gender	Female	102	99,0
	Male	1	1,0
Age	20 - 30	32	31,0
	31 - 40	41	39,8
	41 - 50	29	28,2
	>51	1	1,0
Seniority in long-term care	1-5	32	31,0
	6 -10	36	35,0
	11 - 15	24	23,3
	>16	11	10,7

Source: own.

In the self-administered study, the respondents are knowledgeable about the eligibility of patients for home mechanical ventilation by non-invasive method. According to 49.51% of the respondents, the requirement is the completion of diagnosis and hospitalization, 43.69% believe that it is adequate training of the

family and caregivers. The nurses / nurse practitioners participating in the study meet the conditions that define the qualifications of personnel providing long-term care services for mechanically ventilated patients. 100% of the respondents had a completed specialization in anesthesiology and intensive care nursing.

Respondents identified cigarette smoking (80.6%), recurrent respiratory infections (54.4%), and working in an environment with various types of dusts, toxins, and other chemicals (52.4%) as major risk factors for COPD. The nurses are also knowledgeable about the symptoms of the disease. 72.6% indicate dyspnea, chronic cough with sputum expectoration mainly in the morning. A much smaller group (22.8%) consider paroxysmal dry cough and chest pain as symptoms. When asked about the nature of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), 55.0% of the respondents stated that it is a condition leading to respiratory distress and the need for respiratory support (Figure 1).

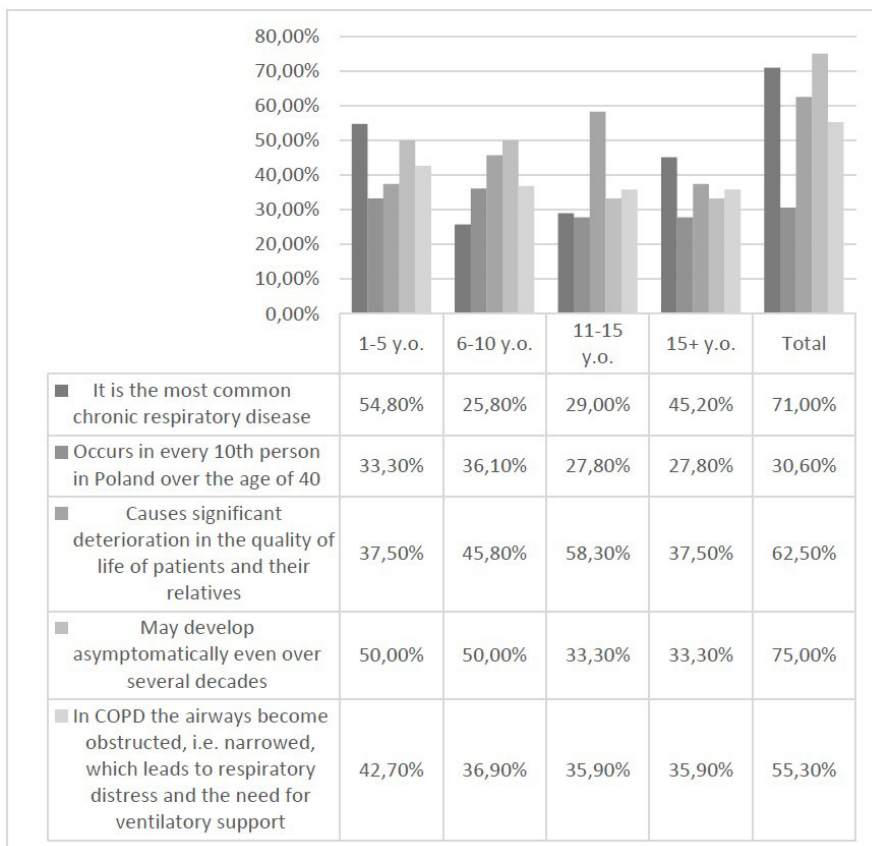


Figure 1. Length of service in long-term home care for mechanically ventilated patients and opinion of factors contributing to COPD by length of service

Non-invasive mechanical ventilation is one of the treatments for respiratory failure. In this indication, it has a dual role. Causally, it replaces lost respiratory

function, and as the disease progresses, it is intended to provide an improvement in quality of life. It is in relation to both a restorative and palliative medicine tool. The effectiveness of NIV in CRF may also be due to the physician's relationship with the patient and the physician's belief in the appropriateness and efficacy of the treatment method used. Therefore, with patient acceptance, it is important to adjust ventilator operation in such a way as to provide adequate alveolar ventilation while maintaining or even increasing cardiac minute capacity. While setting the tidal volume, it should be remembered that various types of masks differently increase the dead space of the system and resistance to airflow [12].

According to 80.6% of respondents, pulmonary diseases were indicated as the most common indication for the use of NIV, hypoventilation syndromes of obese subjects were chosen by slightly more than 10% and neuromuscular diseases by 8.7% of respondents. However, in both post-traumatic respiratory failure and that occurring after SCA, non-invasive mechanical ventilation is not the primary treatment according to the respondents (0.0%). An important indication for the use of this type of ventilation is the health status of the patients. 81.6% of respondents said that NIV could be used in conscious and cooperative patients. In 9.7% of the respondents with the shortest length of service, there was an opinion about the use of non-invasive ventilation in patients with problems of impaired consciousness. In addition, 22.2% of the respondents stated that NIV is used in patients with a large backlog of secretions in the airway. The nursing staff surveyed know the side effects of non-invasive ventilation. According to 62.14% of the respondents, these are skin and facial irritation, 43.69% of the respondents indicated the occurrence of pressure sores on the face due to the pressure of the mask, 56.31% conjunctivitis and 53.40% nausea and vomiting. In addition, respondents also indicated respiratory complications: 11.65% pneumothorax, 27.18% pneumonia. The respondents stated that NIV treatment for patients suffering from obstructive pneumonia is an appropriate treatment method. 67% of the respondents perceived a great impact of this treatment on the patient's health, and 26.2% of them perceived at least a small improvement by using this method of respiratory support. According to the respondents, the purpose of using NIV is to reduce respiratory muscle fatigue and preserve their strength (30%), to avoid invasive ventilation through an endotracheal or tracheotomy tube (22.33%), to improve the patient's comfort and ability to function normally (21.36%), and to conduct ventilation at home instead of in the hospital (20.39%). The opinion of the respondents on the most important reason for the decision to provide mechanical ventilation to the patient at home varies with the length of seniority of the respondents in long-term care. The results are shown in (Figure 2).

According to 75.0% of the respondents, NIV treatment of COPD patients greatly improves their health status and positively affects their daily life comfort. The rest of the respondents are of the opinion that the impact on health is small (25.0%). The level of knowledge of nursing staff on the procedures that apply to the use of non-invasive ventilation in patients with COPD according to 81.6% is sufficient, of which up to 61.2% assess it as good or even very good. Only less than 4% of respondents felt that they had inadequate knowledge.

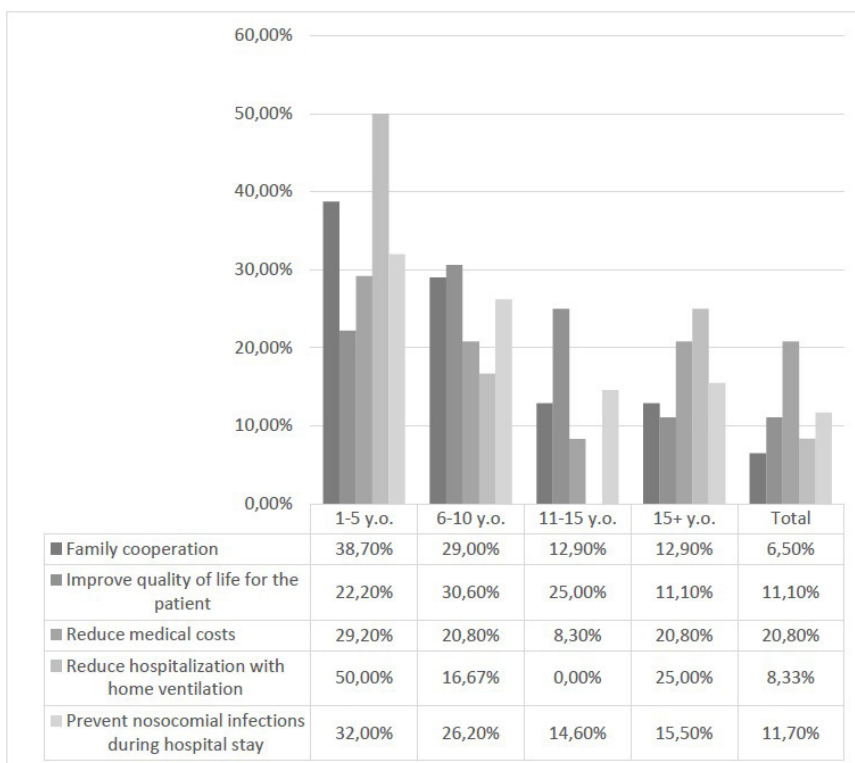


Figure 2. Respondents' opinion on factors influencing the decision to provide mechanical ventilation to the patient at home, depending on the length of service

■ Discussion

Many randomized trials have been conducted on the use of non-invasive ventilation in patients with COPD in Poland and worldwide [13]. This topic is of great interest to researchers, as evidenced by scientific studies performed in recent years on patients with COPD and long-term non-invasive ventilation [14]. Studies conducted in 2001-2009 by Casanova C., Clini E. showed no clear benefit from the introduction of non-invasive ventilation in patients with COPD, while McEvoy conducting parallel studies on the same topic found a slight improvement in the quality of life of patients with this disease. According to McEvoy's study, it can be concluded that NIV in patients requiring ventilatory support improves lung function which is associated with a reduction in respiratory muscle force fatigue, thus improving exercise tolerance scores [15].

Our study shows that nursing staff working in long-term home care with patients mechanically ventilated by non-invasive method have similar opinion. Seniority and acquired knowledge is an important factor shaping knowledge and NIV treatment according to the respondents in the case of patients suffering from obstructive pneumonia is an appropriate method to improve their quality of life.

Nasiłowski [1], in his observational study on several patients mechanically ventilated by non-invasive methods in a home setting, found a trend toward

improved quality of life for patients and the ability to return to normal functioning. Similarly, Meecham-Jones, who in turn adds improved sleep quality to the benefits of NIV in patients with COPD [16], claims the same. Subsequent studies on the role of NIV in patients with chronic respiratory failure in COPD have been conducted over several years in groups of dozens of patients and were designed to examine the effect of NIV on eliminating hospitalization and the ability to ventilate at home, as well as reducing deaths from COPD. These studies showed a trend toward reduced hospitalization and ventilatory capacity in the patient's home environment, but no difference in survival or minimization of deaths [1]. According to the nurses surveyed, the greatest benefit and the main purpose of NIV, through the support of the patient's own breathing, is to reduce respiratory muscle fatigue, and this answer was marked by more than 30% of the respondents, similarly, more than 20% of the answers were obtained by talking about improving the comfort of the patient's life and the possibility of returning to normal functioning in society (21.36%), avoiding invasive ventilation (22.33%) and reducing hospitalization and the possibility of mechanical ventilation in the patient's home (20.39%). Nevertheless, a review of available studies shows that the efficacy of home NIV remains uncertain, but some patients benefit from this type of treatment [17].

Our own research shows that the inclusion of NIV treatment in patients with chronic obstructive pulmonary disease has many benefits. The obtained results also show that the level of knowledge of nursing staff working in home ventilation is at a high level, which does not change the fact that the nurses also show a desire for continuous improvement of knowledge. The anaesthesiological nurses demonstrate a wide knowledge of mechanical ventilation and the disease unit in which the method of respiratory support is used. The respondents largely recognize the benefits of NIV in patients with respiratory failure in the course of chronic obstructive pulmonary disease.

■ Results

Nurses providing services in long-term home care for mechanically ventilated patients are knowledgeable about the indications for NIV and the procedures in place. Respondents overwhelmingly perceive significant benefits of NIV treatment for patients, while being aware of the aspects conditioning the applicability of this type of treatment.

Bibliography

1. Nasiłowski J.: The role of non-invasive ventilation in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease, *Polish Pneumology and Allergology*, 2011; 79(3): 246–250.
2. Rasche K., Hader C., Leidag M., Duchna H.W., Orth M.: Non-invasive ventilation in chronic obstructive pulmonary disease, *Journal of Physiology and Pharmacology*, 2004, 55(Suppl 3): 115–119. PMID: 15611602.
3. Nasiłowski J., Zieliński J.: Non-invasive ventilation in Poland – for whom the bell tolls? *Polish Pneumology and Allergology*, 2011; 79(3): 170–172.

4. Jankowski M.: Jak wentylować pacjentów ze strukturalnymi uszkodzeniami płuc (POChP) i chorobami śródmiąższowymi? *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2017; 317–318.
5. Gaszyński W.: Intensywna terapia i medycyna ratunkowa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2016: 306–308.
6. Kurekl.: Wytyczne 2016 wentylacji pacjentów z ostrą hiperkapniczną niewydolnością oddechową – na podstawie BTS/ICS Guidelines for the Ventilatory Management of Acute Hypercapnic Respiratory Failure in Adults, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2017; 11: 184–191.
7. Szkulmowski Z.: Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna w domu, *Polska Medycyna Paliatywna*, 2004; 3(1): 39–43.
8. Oppersma E., Doorduyn J., van der Heijden E.H. et al.: Noninvasive ventilation and the upper airway: should we pay more attention? *Critical Care*, 2013; 17: 245. <https://doi.org/10.1186/cc13141>
9. Merve T., Özcan H., Fulya P., Songül Akbaş G., Levent D.: Noninvasive Mechanical Ventilation Knowledge Level of the Nurses: A Questionnaire Survey in a Tertiary Care Training and Research Hospital. *Eurasian Journal of Pulmonology*, 2015; 17: 163–170.
10. Stodulska M., Biłogon L.: Wybrane aspekty jakości życia chorych wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych oraz ich opiekunów, *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece*, 2016; 2(2): 33–40.
11. Guła P., Machała W.: Medycyna ratunkowa, postępowanie przedszpitalne w obrażeniach ciała, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015; 1.
12. Skoczyński S., Taźbirek M., Pierzchała W.: Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna (NIV) w leczeniu przewlekłej niewydolności oddychania u dorosłych, *Pneumologia i Alergologia Polska*, 2013; 81: 380–389.
13. Struik F.M., Sprooten R.T., Kerstjens H.A.: Nocturnal non – invasive ventilation in COPD patients with prolonged hypercapnia after ventilatory support for acute respiratory failure: a randomised, controlled, parallel-group study, *Thorax*, 2014; 69(9): 826–834.
14. Murphy B.P., Rehal S., Arbane G.: Effect at home noninvasive ventilation with oxygen therapy vs oxygen therapy alone on hospital readmission or death after an acute COPD exacerbation: a randomized clinical trial, *JAMA*, 2017; 317(21): 2177–2186.
15. Duiverman M.L., Wempe J.B., Bladder G.: Two-year home-based nocturnal noninvasive ventilation added to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients: a randomised, controlled trial, *Respiratory Research*, 2011; 12: 112.
16. Perrin C., El Far Y., Vandenbos F.: Domiciliary nasal intermittent positive pressure ventilation in severe COPD: ef-facts on lung function and quality of life, *European Respiratory Journal*, 1998; 11: 34–40.
17. Dretzke J., Moore D., Dave C., Mukherjee R., Price M.J., Bayliss S., Wu X., Jordan R.E., Turner A.M.: The effect of domiciliary noninvasive ventilation on clinical outcomes in stable and recently hospitalized patients with COPD: a systematic review and meta-analysis, *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2016; 11: 2269–2286. doi: 10.2147/COPD.S104238

2. Wiedza studentów PWSTE w Jarosławiu na temat choroby afektywnej dwubiegunowej

Knowledge of PWSTE students in Jaroslaw on bipolar affective disorder

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

¹Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Rzeszowie

²Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

³Instytut Humanistyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

^a <https://orcid.org/0000-0002-5068-272X>

^b <https://orcid.org/0000-0002-2213-702X>

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

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

■ Abstrakt

Wstęp: Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) związana jest głównie z zaburzeniami nastroju to znaczy występującymi depresjami oraz stanami maniakalnymi/ hipomaniakalnymi. Manią nazywamy zachowania charakterystyczne dla wzmożonego nastroju, natomiast depresja jest to stan związany z obniżeniem nastroju. Choroba ta również charakteryzuje się tym, iż pomiędzy okresami wzmożonego oraz obniżonego nastroju występuje okres gdzie chory normalnie funkcjonuje czyli występuje tak zwana remisja [1]. Choroba dwubiegunowa typu II jest bardzo trudna do zdiagnozowania. Przeciętny człowiek nie zdaje sobie sprawy, że osobę którą postrzega za niezwykle towarzyską i przebojową właśnie przechodzi okres hipomanii. Jednostki takie rzadko przyznają się do tego okresu, zwłaszcza że często traktują siebie jako osobę zdrową i wolą ten stan od stanu depresyjnego. Stany depresyjne w chorobie dwubiegunowej typu II są ciężkie, często wymagają hospitalizacji, jednak społeczeństwo nie ma problemu z rozróżnieniem okresu depresyjnego, a problemem może być właśnie okres hipomanii. Typ I choroby dwubiegunowej ma bardziej drastyczny przebieg, zwłaszcza okres mani, który w łatwy sposób różnicuje typ I od II.

Cel badań: Celem badań była diagnoza stanu wiedzy studentów, na temat objawów, przebiegu choroby dwubiegunowej.

Materiał i metoda: Badania zostały przeprowadzone wśród studentów PWSTE w Jarosławiu w Instytucie Ochrony Zdrowia. Badana grupa studentów liczyła 125 osób. Badaniem zostały objęte kierunki studiów takie jak: Pielęgniarstwo, Praca Socjalna, Kosmetologia. Do przeprowadzenia badania wybrano

metodę sondażu diagnostycznego, techniką badawczą ankietą a narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Badania przeprowadzono w okresie od 2022 r. do 31.08.2022 r., metodą tradycyjną w formie papierowej. Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano testem niezależności χ^2 . Obliczeń dokonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics 20, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki: Ogólny poziom wiedzy studentów na temat choroby afektywnej dwubiegunowej jest niski. Studenci którzy mieli w swoim toku nauczania przedmiot związany z psychiatrią posiadali większą wiedzę na temat przebiegu i objawów ChAD niż osoby które jej nie miały. Tylko nieliczni studenci mieli bezpośredni kontakt z osobą chorą na chorobę afektywną dwubiegunową. Pomimo tego, że do pomocy niefarmakologicznej wcale nie potrzeba wykształcenia medycznego większość studentów twierdziła że pomoc powinna polegać na zapewnieniu kontaktu ze specjalistą, a przecież rozmowa, zachęcanie do opisu przeżyć, emocji, stabilizowanie nastroju chorego poprzez wprowadzanie stałego planu dnia powinny być fundamentalnymi zasadami w zakresie pomocy osobie z ChAD.

Słowa kluczowe: choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia nastroju, mania, hipomania, depresja, wzmożony nastrój, ChAD, wiedza studentów.

■ Abstract

Introduction: Bipolar affective disorder (ChAD) is mainly associated with mood disorders that is, the occurrence of depression and manic/hypomanic states. Mania is referred to as behaviors characteristic of increased mood, while depression is a condition associated with decreased mood. The disease is also characterized by the fact that between periods of increased and decreased mood there is a period where the patient functions normally, i.e. there is a so-called remission [1]. Type II bipolar disorder is very difficult to diagnose. The average person does not realize that a person they perceive as extremely sociable and feisty is just going through a period of hypomania. Such people rarely admit to this period, especially since they often treat themselves as a healthy person and prefer this state to the depressive state. Depressive states in Type II bipolar disorder are severe, often requiring hospitalization, but the public has no problem distinguishing between the depressive period, and it is the hypomania period that can be the problem. Type I bipolar disorder has a more drastic course, especially the mania period, which easily differentiates type I from type.

The aim of the study: The aim of the study was to diagnose the state of knowledge of students, about symptoms, course of bipolar disorder.

Materials and methods: The study was conducted among students of PWSTE in Jarosław at the Institute of Health Care. The study group of students consisted of 125 people. The study covered majors such as Nursing, Social Work, Cosmetology. To conduct the study, the method of diagnostic survey was chosen, the research technique was a questionnaire and the research tool was a questionnaire survey of our own design. The study was conducted in the period from 2022 to 31.08.2022, using the traditional paper method. Differences between variables were verified using the χ^2 test of independence. Calculations were made using IBM SPSS Statistics 20, assuming a significance level of $p < 0.05$.

Results: The overall level of students' knowledge of bipolar disorder is low. Students who had a subject related to psychiatry in their course of study had more knowledge about the course and symptoms of ChAD than those who did not. Only a few students had direct contact with a person with bipolar disorder. Despite the fact that no medical education is needed at all for non-pharmacological help, most students said that help should consist of providing contact with a specialist, yet conversation, encouraging description of experiences, emotions, stabilizing the patient's mood by introducing a fixed daily schedule should be fundamental principles in helping a person with ChAD.

Keywords: bipolar affective disorder, mood disorders, mania, hypomania, depression, heightened mood, ChAD, students' knowledge.

■ Wstęp

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) związana jest głównie z zaburzeniami nastroju o typie występujących depresji oraz stanów maniakalnych/hipomaniakalnych. Manią określa się zachowania charakterystyczne dla wzmożonego nastroju, a depresja to stan związany z obniżeniem nastroju. Pomiędzy okresami wzmożonego oraz obniżonego nastroju występuje okres normalnego funkcjonowania pacjenta – remisja [1]. Początek ChAD zazwyczaj występuje pomiędzy piętnastym a trzydziestym piątym rokiem życia. Zdarza się, że młodsze osoby również chorują. Związek z wcześniejszym epizodem choroby wiąże się z większą ilością zachorowań w ciągu roku, oraz z występowaniem ChAD w rodzinie lub innej choroby psychicznej [2].

Na zaburzenia nastroju bardzo duży wpływ mają czynniki zarówno genetyczne jak i biologiczne, wydarzenia silnie stresujące typu: śmierć osoby bliskiej, przemoc fizyczna, psychiczna, napaść, problemy małżeńskie w tym rozpad związku. Nie tylko sytuacje w dorosłym życiu mogą przyczynić się do powstawania depresji, bowiem okazuje się że ma to już swoje podłoże w dzieciństwie. Istnieje bardzo duże ryzyko depresji zwłaszcza u kobiet, które w dzieciństwie mogły przeżyć rozłąkę z ukochanym rodzicem. Doświadczenie wczesnej straty osoby bliskiej wywołuje podatność na zaburzenia depresyjne w wieku dorosłym. Kobiety, które w dzieciństwie były zaniedbywane lub wykorzystywane, a w dorosłym życiu mają nieudane związki co zazwyczaj wiąże się z ich niską samooceną, dużo razy częściej popadają w depresje [3].

Badania wykazały, że u kobiet które w przebiegu ciąży były zarażone wirusem grypy ryzyko ChAD z objawami psychotycznymi u potomstwa wzrasta, aż pięciokrotnie, tak samo jak fakt palenia papierosów w trakcie ciąży dwukrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia ChAD u dziecka w wieku dorosłym [4]. Istnieją również badania, mówiące, iż krewni pierwszego stopnia osób które cierpią na ChAD lub schizofrenie, mają zwiększone ryzyko choroby na obie jednostki chorobowe [5]. Ryzyko zachorowania na ChAD zmniejsza się wraz z wzrostem różnicy pokoleń. Zostało również udowodnione, że choroba afektywna dwubiegunowej jest silnie powiązana z innymi chorobami (nie tylko schizofrenią), nadużywaniem narkotyków, nadużywaniem alkoholu, depresją, zespołem nadpobudliwości ruchowej ADHD, zaburzeniami osobowości (borderline) czy jądłowstrętem psychicznym [6].

Zaburzenia hormonalne, zażywane leki wywierają pośredni bądź też bezpośredni wpływ na metabolizm w tym na transport substancji przekąźnikowych, które mają swój udział w powstawaniu zaburzeń afektywnych. Zaburzenia maniakalne, wiążą się z nadmierną aktywnością takich neuroprzekąźników jak dopamina i noradrenalina. Bardzo często leki przeciwdepresyjne inicjują pojawienie się epizodu hipomaniakalnego. Choroba afektywna dwubiegunowa dotyka tak samo mężczyzn jak i kobiet. Najczęściej mimo wszystko za początek choroby podaje się 20–30 rok życia. Zazwyczaj u kobiet pierwszym epizodem jest właśnie epizod depresyjny [7].

Rokowanie ChAD zależy przede wszystkim od wieku w którym pojawiła się pierwsza choroba, od długości i jakości przebiegu remisji oraz od przebiegu choroby. Gorsze rokowanie występuje przy wczesnym początku choroby, oraz gdy pierwszym epizodem jest mania, objawy psychotyczne, oraz niepełne epizody remisji. Gorsze rokowanie dotyczy również płci męskiej, nadużywanie alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych [8].

Stosuje się dwie klasyfikacje w celu rozpoznania ChAD. Oba kryteria różnią się od siebie przede wszystkim ilością epizodów maniakalnych/ hipomaniakalnych w celu stwierdzenia choroby dwubiegunowej [9].

Kryterium diagnostyczne DSM-5 dzieli zaburzenia dwubiegunowe na: zaburzenia dwubiegunowe typu I, zaburzenia dwubiegunowe typu II, zaburzenia cyklotymiczne, zaburzenia dwubiegunowe i pokrewne wywołane substancjami, zaburzenia dwubiegunowe i pokrewne spowodowane innym stanem medycznym, nieokreślone zaburzenia dwubiegunowe i pokrewne [10].

Charakterystyczne dla ChAD I jest wystąpienie co najmniej jednego epizodu maniakalnego z dodatkowymi epizodami depresyjnymi, w ChAD II musi wystąpić co najmniej jeden epizod depresyjny o ciężkim przebiegu i jeden epizod hipomaniakalny. W typie II nie występuje pełnoobjawowy epizod maniakalny. Podczas epizodu maniakalnego albo depresyjnego możliwe jest występowanie urojeń, mogą również występować, ale nie jest to zbyt częstą regułą omamy słuchowe. Takie objawy psychotyczne nie są zauważalne w hipomanii [11]. Bardzo ważną informacją jest to, że jeśli podczas leczenia przeciwdepresyjnego występuje pełny epizod maniakalny o okresie przekraczającym działanie terapii, to jest to bardzo silny dowód na wystąpienie manii, umożliwiając tym samym rozpoznanie choroby dwubiegunowej typu I [10]. Zaburzenia cyklotymiczne rozpoznaje się w przypadku trwającego co najmniej dwu letniego okresu podwyższonego i obniżonego nastroju, pod warunkiem że nie spełniają one kryteria pełnego epizodu zaburzenia nastroju.

W celu weryfikacji choroby dwubiegunowej, zaleca się aby osoby z depresją wypełniały przesiewowe kwestionariusze. Na chwilę obecną diagnozę choroby dwubiegunowej stawia się na podstawie wywiadu oraz obrazu klinicznego [11]. Polecane są następujące kwestionariusze: Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju (Mood Disorder Questionnaire MDQ) i Kwestionariusz objawów hipomaniakalnych (Hypomania Checklist, HCL-33).

Wykorzystuje się również skale: skala Becka dotycząca depresji, skala SDD, która dotyczy choroby dwubiegunowej umożliwiająca ocenę depresji atypowej oraz stanów mieszanych oraz skala Younga dotycząca epizodów manii.

Wszystkie powyższe skale są pomocne w diagnostyce choroby dwubiegunowej. Uważa się również, że u osób które mają częste nawroty depresji co najmniej 5 epizodów w trakcie roku oraz współtowarzyszące objawy w depresji, powinny być czynnikami sugerującymi, aby zacząć diagnozować osobę w kierunku choroby dwubiegunowej:

Pacjenci nie leczeni, często podejmują próby samobójcze i częściej są hospitalizowani gdyż nawroty choroby za każdym razem się nasilają [11].

W chorobie dwubiegunowej bardzo ważną rolę odgrywa leczenie farmakologiczne, jednak nie wolno zapominać o innych formach leczenia oraz podejściu i leczeniu pacjenta holistycznie, gdzie leki są tak samo ważne jak dieta, zmiana stylu życia, aktywność fizyczna oraz stabilizacja rytmu dnia i nocy. Niezmiernie istotnym elementem jest promowanie zdrowia psychicznego w tym zapobieganie depresji, inspirowanie zainteresowań i praca nad poczuciem własnej wartości [12].

Głównymi lekami stosowanymi w leczeniu choroby dwubiegunowej są leki normotymiczne I i II generacji, mają one za zadanie stabilizować nastrój chorego.

Leczenie choroby dwubiegunowej wiąże się z przyjmowaniem czterech rodzajów grupy leków: leki przeciwdepresyjne, leki stabilizujące nastrój, leki przeciwpsychotyczne oraz farmaceutyki przeciw lękowe. Leczenie farmakologiczne niesie ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, będących przyczyną zaprzestania terapii przez pacjentów [13].

Najważniejsze są leki normotymiczne – stabilizują nastrój. Leczenie samymi lekami przeciwdepresyjnymi jest bardzo niebezpieczne, ponieważ może spowodować przejście depresji w pełnoobjawową manię, bądź zaostrzać chorobę lub zwiększyć ilości epizodów [14].

Dopuszcza się również możliwość leczenia choroby dwubiegunowej elektrowstrząsami zwłaszcza w przypadku pełnoobjawowej ciężkiej manii bądź występowania fazy mieszanej. Dopuszcza się je jako leczenie pierwszego rzutu w przypadku braku poprawy leczenia farmakologicznego, bądź kiedy po prostu trzeba uzyskać szybką odpowiedź terapeutyczną w związku z groźnym stanem psychicznym. Jako kryterium drugiego rzutu elektrowstrząsy są dopuszczane, jeśli występuje lekooporność oraz objawy niepożądane w związku z leczeniem farmakologicznym są dużo poważniejsze w porównaniu z zastosowanymi elektrowstrząsami [15].

■ Cel badań

Głównym celem badań była diagnoza stanu wiedzy studentów, na temat objawów, przebiegu choroby dwubiegunowej.

■ Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród studentów PWSTE w Jarosławiu w Instytucie Ochrony Zdrowia. Badana grupa studentów liczyła 125 osób. Badaniem zostały objęte kierunki studiów takie jak: Pielęgniarstwo, Praca Socjalna, Kosmetologia. Udział w badaniu był dobrowolny i poprzedzony uzyskaniem zgody. Badana grupa studentów liczyła 125 osób, w większości między 18 a 25 rokiem

życia (64,8%, n=81). Od 26 do 35 lat miało 1/5 badanych (20,0%, n=25), a 36 lat i powyżej 15,2% osób (n=19). Wśród respondentów liczebnością przeważały kobiety (98,4%, n=123). Grupa 64,0% osób (n=80), to mieszkańcy wsi, a 36,0% osób (n=45) mieszkańcy miast. Wśród respondentów liczebnością przeważały kobiety (98,4%, n=123). Studentami Pielęgniarstwa było 51,2% badanych (n=64). Kosmologię studiowało 31,2% osób (n=39), a Pracę Socjalną 17,6% badanych (n=22).

Dla przeprowadzenia badań empirycznych i zweryfikowania nakreślonych hipotez zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Jako technikę badawczą wykorzystano technikę ankietowania. Narzędziem badawczym został kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Analizy statystyczne obejmujące w szczególności zmienne nominalne zostały przeprowadzone za pomocą testu Chi-kwadrat Pearsona. Wykorzystano również test niezależności χ^2 (nieparametryczny test istotności dla dwóch lub więcej prób niezależnych) stosujemy, by zbadać czy zmienne mierzone na poziomie nominalnym lub wyższym w grupach porównawczych różnią się między sobą.

Narzędziem pozwalającym na weryfikację hipotezy zerowej (mówiącej o braku różnic między zmiennymi) jest test niezależności chi-kwadrat:

$$\chi^2 = \sum_{i,j} \frac{(n_{ij} - \widetilde{n}_{ij})^2}{n_{ij}}, \text{ gdzie:}$$

n_{ij} – liczebności empiryczne podane w tablicy kontyngencji, oznaczające ilości jednostek posiadających i -ty wariant cechy X oraz j -ty wariant cechy Y,

\widetilde{n}_{ij} – liczebności teoretyczne, które wylicza się w oparciu o wzór:

$$\widetilde{n}_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n}, \text{ gdzie } n_{i.} \text{ oznacza sumę liczebności w wierszu } i, \text{ a } n_{.j} \text{ – sumę liczebności w kolumnie } j.$$

Idea na której opiera się ten test polega na tym, że szukamy takiego rozkładu liczebności w tabeli, który byłby zgodny z hipotezą zerową, czyli wskazywałby na brak związku pomiędzy badanymi zmiennymi. Jeżeli hipoteza zerowa jest prawdziwa, to oczekujemy, by liczebności empiryczne były takie same jak liczebności teoretyczne. Im większa różnica pomiędzy nimi tym bardziej skłonni jesteśmy odrzucić hipotezę zerową. Zatem im większa wartość testu χ^2 , tym większe szanse na odrzucenie hipotezy zerowej [16].

Obliczeń dokonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics 20, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$.

■ Wyniki

Grupa 37,6% studentów (n=47) wiedziała, że przy pełnoobjawowej manii i depresji, gdzie depresja jest kilkakrotnie dłuższa mamy do czynienia z chorobą afektywną dwubiegunową w fazie I. Nie znało odpowiedzi 40,8% respondentów (n=51), a nieliczni wskazywali inne błędne odpowiedzi.

Studenci kierunków medycznych częściej wiedzieli, kiedy możemy mówić o chorobie afektywnej dwubiegunowej w fazie I (51,6%) niż studenci kierunków niemedycznych (23,0%) – $p=0,0019$ – Tabela 1.

Tabela 1. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Zdaniem Pana/Pani przy pełnoobjawowej manii i depresji gdzie depresja jest kilkakrotnie dłuższa, mamy do czynienia z:

			Kierunek studiów		Ogółem
			medyczny	niemedyczny	
Zdaniem Pana/Pani przy pełnoobjawowej manii i depresji gdzie depresja jest kilkakrotnie dłuższa, mamy do czynienia z:	Choroba afektywna dwubiegunowa faza I (ChaD I)	N	33	14	47
		%	51,6%	23,0%	37,6%
	Choroba afektywna dwubiegunowa ze szybką zmianą faz	N	8	15	23
		%	12,5%	24,6%	18,4%
	Dystymia	N	1	0	1
		%	1,6%	0,0%	,8%
	Cyklotymia	N	3	0	3
		%	4,7%	0,0%	2,4%
	Nie wiem	N	19	32	51
		%	29,7%	52,5%	40,8%
Ogółem %		N	64	61	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
$\chi^2=17,063; p=0,0019$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tylko co czwarty student wiedział, że ciężka depresja połączona z łagodną manią (hipomanią) oraz występującymi krótkimi fazami remisji, to choroba afektywna dwubiegunowa w fazie II (24,8%, $n=31$). Błędnie na chorobę afektywną dwubiegunową z szybką zmianą faz wskazało 27,2% respondentów ($n=34$), a nie-liczni wskazywali inne choroby. Nie znało odpowiedzi 40,0% studentów ($n=50$). Studenci kierunku medycznego częściej wiedzieli, kiedy mówimy o chorobie afektywnej dwubiegunowej w fazie II (35,9%) niż studenci kierunków niemedycznych (13,1%) – $p=0,0479$ – Tabela 2.

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Zdaniem Pana/Pani ciężka depresja połączona z łagodną manią (hipomania) oraz z występującymi krótkimi fazami remisji mamy do czynienia z:

			Kierunek studiów		Ogółem	
			medyczny	niemedyczny		
Zdaniem Pana/Pani ciężka depresja połączona z łagodną manią (hipomania) oraz z występującymi krótkimi fazami remisji mamy do czynienia z:	Choroba afektywna dwubiegunowa faza II (ChaD II)	N	23	8	31	
		%	35,9%	13,1%	24,8%	
	Choroba afektywna dwubiegunowa ze szybką zmianą faz	N	16	18	34	
		%	25,0%	29,5%	27,2%	
	Dystymia	N	3	3	6	
		%	4,7%	4,9%	4,8%	
	Cyklotymia	N	1	3	4	
		%	1,6%	4,9%	3,2%	
	Nie wiem	N	21	29	50	
		%	32,8%	47,5%	40,0%	
	Ogółem		N	64	61	125
	%		100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=9,589; p=0,0479$						

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Grupa 40,0% studentów (n=50) wiedziała, że o manii mówimy, gdy osoba ze zdiagnozowaną chorobą afektywną dwubiegunową, która ma nastawienie wywyższeniowe, nie potrzebuje snu a mimo wszystko jest napełniona energią, a czas trwania powyższych zaburzeń trwa co najmniej 7 dni. Za hipomanię uznało takie objawy 33,6% badanych (n=42), a 26,4% osób (n=33) nie znało odpowiedzi.

Studenci kierunków medycznych częściej wiedzieli (56,3%), kiedy mówimy o manii, niż studenci kierunków niemedycznych (23,0%) – p=0,0001 – Tabela 3.

Według 36,0% badanych (n=45) o hipomanii mówimy, gdy osoba ze zdiagnozowaną chorobą afektywną dwubiegunową, która jest bardzo wesoła, łatwo nawiązuje kontakty, potrzebuje mniej snu niż przeciętny człowiek a mimo wszystko tryska energią a czas trwania powyższych objawów to co najmniej 4 dni. Odpowiedź ta była prawidłowa. Zdaniem 32,8% respondentów (n=41) objawy takie świadczą o manii. Odpowiedzi nie znało 31,2% osób (n=39).

Studenci kierunku medycznego częściej wiedzieli, kiedy mówimy o hipomanii (42,2%) niż studenci kierunków niemedycznych (29,5%) – p=0,0024 – Tabela 4.

Tabela 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Pana/ Pani zdaniem osoba ze zdiagnozowaną chorobą afektywną dwubiegunową, która ma nastawienie wyższościowe, nie potrzebuje snu a mimo wszystko jest napełniona energią, a czas trwania powyższych zaburzeń trwa co najmniej 7 dni może oznaczać stan:

			Kierunek studiów		Ogółem
			medyczny	niemedyczny	
Pana/ Pani zdaniem osoba ze zdiagnozowaną chorobą afektywną dwubiegunową, która ma nastawienie wyższościowe, nie potrzebuje snu a mimo wszystko jest napełniona energią, a czas trwania powyższych zaburzeń trwa co najmniej 7 dni może oznaczać stan:	Manii	N	36	14	50
		%	56,3%	23,0%	40,0%
	Hipomanii	N	20	22	42
		%	31,3%	36,1%	33,6%
	Nie wiem	N	8	25	33
		%	12,5%	41,0%	26,4%
Ogółem		N	64	61	125
%		100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=18,471; p=0,0001$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 4. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Według Pana/Pani osoba ze zdiagnozowaną chorobą afektywną dwubiegunową, która jest bardzo wesoła, łatwo nawiązuje kontakty, potrzebuje mniej snu niż przeciętny człowiek a mimo wszystko tryska energią a czas trwania powyższych objawów to co najmniej 4 dni

			Kierunek studiów		Ogółem
			medyczny	niemedyczny	
Według Pana/Pani osoba ze zdiagnozowaną chorobą afektywną dwubiegunową, która jest bardzo wesoła, łatwo nawiązuje kontakty, potrzebuje mniej snu niż przeciętny człowiek a mimo wszystko tryska energią a czas trwania powyższych objawów to co najmniej 4 dni	Manii	N	26	15	41
		%	40,6%	24,6%	32,8%
	Hipomanii	N	27	18	45
		%	42,2%	29,5%	36,0%
	Nie wiem	N	11	28	39
		%	17,2%	45,9%	31,2%
Ogółem		N	64	61	125
%		100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=12,096; p=0,0024$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Zdaniem 43,2% studentów (n=54), o chorobie afektywnej dwubiegunowej z szybką zmianą faz mówimy, gdy w ciągu roku występuje co najmniej 4 lub więcej epizodów depresyjnych, maniakalnych, hipomaniakalnych. Odpowiedź ta była prawidłowa. Grupa 24,8% studentów (n=31) uważała, że w takiej sytuacji mówimy o chorobie afektywnej dwubiegunowej w fazie I. Nie znało odpowiedzi 32,0% respondentów (n=40).

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Występowanie w ciągu roku co najmniej 4 lub więcej epizodów depresyjnych, maniakalnych, hipo maniakalnych może mieć związek z chorobą:

Studenci kierunku medycznego częściej błędnie wskazywali na chorobę afektywną dwubiegunową w fazie I (34,4%), a studenci kierunków niemedycznych częściej nie wiedzieli (42,6%), z jaką chorobą może wiązać się występowanie w ciągu roku co najmniej 4 lub więcej epizodów depresyjnych, maniakalnych lub hipomaniakalnych – Tabela 5.

Tabela 5. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Występowanie w ciągu roku co najmniej 4 lub więcej epizodów depresyjnych, maniakalnych, hipomaniakalnych może mieć związek z chorobą:

			Kierunek studiów		Ogółem
			medyczny	niemedyczny	
Występowanie w ciągu roku co najmniej 4 lub więcej epizodów depresyjnych, maniakalnych, hipomaniakalnych może mieć związek z chorobą:	Choroba afektywna dwubiegunowa faza I (ChD I)	N	22	9	31
		%	34,4%	14,8%	24,8%
	Choroba afektywne dwubiegunowa ze szybką zmianą faz	N	28	26	54
		%	43,8%	42,6%	43,2%
	Nie wiem	N	14	26	40
		%	21,9%	42,6%	32,0%
Ogółem		N	64	61	125
%			100,0%	100,0%	
$\chi^2=9,059; p=0,0108$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Grupa 54,4% studentów (n=68) wiedziała, że mechanizm choroby afektywnej dwubiegunowej działa na zasadzie "im większa górką, tym głębszy dołek". Według 22,4% osób (n=28) faza hipomanii nie ma wpływu na fazę depresji. Odpowiedzi nie znało 23,2% studentów (n=29).

Badani, którzy studiowali na kierunku medycznym częściej wiedzieli, jaki jest mechanizm działania choroby afektywnej dwubiegunowej (64,1%) niż osoby z kierunków niemedycznych (44,3%) – p=0,0038 – Tabela 6.

Tabela 6. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Jak Pana/Pani zdaniem działa mechanizm choroby afektywnej dwubiegunowej:

			Kierunek studiów		Ogółem
			medyczny	niemedyczny	
Jak Pana/Pani zdaniem działa mechanizm choroby afektywnej dwubiegunowej:	Im większa "górką", tym głębszy "dołek"	N	41	27	68
		%	64,1%	44,3%	54,4%
	Faza hipomanii nie ma wpływu na fazę depresji	N	16	12	28
		%	25,0%	19,7%	22,4%
	Nie wiem	N	7	22	29
		%	10,9%	36,1%	23,2%
Ogółem		N	64	61	125
%		100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=11,147; p=0,0038$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Zdaniem 54,4% studentów (n=68), zaburzenia depresyjne o krótkim przebiegu, przedzielone okresami wzmożonej energii, przypominające sinusoidę, to opis choroby afektywnej dwubiegunowej. Odpowiedź ta była prawidłowa. Pozostali uczniowie wskazywali błędne odpowiedzi, najczęściej kojarząc te objawy z zaburzeniami lękowymi (18,4%, n=23), rzadziej depresją (12,0%, n=15) lub nie znali odpowiedzi (15,2%, n=19).

Studenci kierunków medycznych częściej (70,3%) prawidłowo kojarzyli objawy choroby dwubiegunowej niż studenci kierunków niemedycznych (37,7%) – p=0,0007 – Tabela 7.

Nieco ponad połowa studentów wiedziała, że do uaktywnienia choroby afektywnej dwubiegunowej przyczyniają się zarówno uwarunkowania genetyczne, nałogi, występowanie w rodzinie schizofrenii, jak i silne i nagłe przeżycia (n=65, tj. 52,0%).

Prawidłowej odpowiedzi na temat czynników przyczyniających się do uaktywnienia choroby afektywnej dwubiegunowej udzielili częściej studenci kierunków medycznych (62,5%) niż studenci kierunków niemedycznych (41,0%) – p=0,0169 – Tabela 8.

Tabela 7. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Zdaniem Pana/Pani zaburzenia depresyjne o krótkim przebiegu, przedzielone okresami wzmożonej energii, przypominające sinusoidę to opis:

			Kierunek studiów		Ogółem	
			medyczny	niemedyczny		
Zdaniem Pana/Pani zaburzenia depresyjne o krótkim przebiegu, przedzielone okresami wzmożonej energii, przypominające sinusoidę to opis:	Depresji	N	7	8	15	
		%	10,9%	13,1%	12,0%	
	Choroby afektywnej dwubiegunowej	N	45	23	68	
		%	70,3%	37,7%	54,4%	
	Zaburzeń lękowych	N	9	14	23	
		%	14,1%	23,0%	18,4%	
	Nie wiem	N	3	16	19	
		%	4,7%	26,2%	15,2%	
	Ogółem %		N	64	61	125
			100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=17,104; p=0,0007$						

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 8. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Co według Pana/ Pani przyczyni się do uaktywnienia choroby afektywnej dwubiegunowej:

			Kierunek studiów		Ogółem	
			medyczny	niemedyczny		
Co według Pana/ Pani przyczyni się do uaktywnienia choroby afektywnej dwubiegunowej:	Uwarunkowania genetyczne	N	6	7	13	
		%	9,4%	11,5%	10,4%	
	Nałogi	N	1	1	2	
		%	1,6%	1,6%	1,6%	
	Występowanie w rodzinie schizofrenii	N	5	5	10	
		%	7,8%	8,2%	8,0%	
	Silne i nagłe przeżycia	N	11	10	21	
		%	17,2%	16,4%	16,8%	
	Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe	N	40	25	65	
		%	62,5%	41,0%	52,0%	
	Nie wiem	N	1	13	14	
		%	1,6%	21,3%	11,2%	
	Ogółem %		N	64	61	125
			100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=13,808; p=0,0169$						

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

W opinii 52,8% osób (n=66), do leczenia choroby afektywnej dwubiegunowej używa się leków normotymicznych, leków przeciwdepresyjnych oraz leków przeciwpsychotycznych. Odpowiedź ta była błędna. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 23,2% studentów (n=29) wskazując na leki normotymiczne, leki przeciwpadaczkowe, leki przeciwdepresyjne, leki przeciwpsychotyczne.

Prawidłową grupę leków stosowanych przy leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej wskazywali częściej studenci kierunku medycznego (31,3%) niż studenci kierunków niemedycznych (14,8%) – $p=0,0003$ – Tabela 9.

Tabela 9. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Pana/Pani zdaniem jaka grupa leków wykorzystywana jest do leczenia choroby afektywnej dwubiegunowej:

		Kierunek studiów		Ogółem	
		medyczny	niemedyczny		
Pana/Pani zdaniem jaka grupa leków wykorzystywana jest do leczenia choroby afektywnej dwubiegunowej:	Leki normotymiczne, leki przeciwdepresyjne, leki przeciwpsychotyczne	N	38	28	66
		%	59,4%	45,9%	52,8%
	Leki normotymiczne, leki przeciwpadaczkowe, leki przeciwdepresyjne, leki przeciwpsychotyczne	N	20	9	29
		%	31,3%	14,8%	23,2%
	Nie wiem	N	6	24	30
		%	9,4%	39,3%	24,0%
Ogółem		N	64	61	125
%		100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=16,425; p=0,0003$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Według 46,4% respondentów (n=58), osoba, która jest okresowo smutna, z tendencją do izolowania się od innych, z szybko narastającymi i równie szybko ustępującymi objawami może cierpieć na depresję. Odpowiedź ta była błędna. Prawidłowo na możliwość istnienia przy tych symptomach choroby afektywnej dwubiegunowej wskazało 24,8% ankietowanych studentów (n=31). Nieliczni nie znali odpowiedzi lub wskazywali możliwość istnienia zaburzeń lękowych (po n=18, tj. 14,4%).

Studenci kierunku medycznego częściej prawidłowo wskazali możliwość istnienia choroby afektywnej dwubiegunowej przy rozpatrywanych symptomach (32,8%) niż studenci kierunków niemedycznych (16,4%) – $p=0,0072$ – Tabela 10.

Tabela 10. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Pana/Pani zdaniem osoba, która jest okresowo smutna, z tendencją do izolowania się od innych z szybko narastającymi i równie szybko ustępującymi objawami może cierpieć na:

			Kierunek studiów		Ogółem	
			medyczny	niemedyczny		
Pana/Pani zdaniem osoba, która jest okresowo smutna, z tendencją do izolowania się od innych z szybko narastającymi i równie szybko ustępującymi objawami może cierpieć na:	Depresje	N	33	25	58	
		%	51,6%	41,0%	46,4%	
	Chorobę afektywną dwubiegunową	N	21	10	31	
		%	32,8%	16,4%	24,8%	
	Zaburzenia lękowe	N	5	13	18	
		%	7,8%	21,3%	14,4%	
	Nie wiem	N	5	13	18	
		%	7,8%	21,3%	14,4%	
	Ogółem %		N	64	61	125
			100,0%	100,0%	100,0%	
	$\chi^2=12,053; p=0,0072$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Zdaniem 63,2% badanych (n=79), osoba z nadmierną sennością, czująca się przytłoczoną, wypowiadająca myśli samobójcze, z przewagą stanów depresyjnych oraz towarzyszącym im krótkim stanom wzmożonego nastroju może chorować na depresję. Odpowiedź ta była błędna, a prawidłowej odpowiedzi udzieliło 12,8% osób (n=16) wskazując możliwość występowania choroby afektywnej dwubiegunowej.

Wykazano, że studenci kierunku medycznego częściej przy omawianych symptomach prawidłowo wskazywali chorobę afektywną dwubiegunową (20,3%), niż studenci kierunków niemedycznych (4,9%) – $p=0,0316$ – Tabela 11.

Grupa 60,8% studentów (n=76) wiedziała, że istnieje różnica między zaburzeniami depresyjnymi występującymi, jako odrębna jednostka, a zaburzeniami depresyjnymi występującymi w chorobie afektywnej dwubiegunowej. Nie widziało takich różnic 8,0% osób (n=10), a nie znało odpowiedzi 31,2% respondentów (n=39).

Nie wykazano, by kierunek studiów istotnie różnicował wiedzę ankietowanych na temat możliwości istnienia różnic między zaburzeniami depresyjnymi występującymi, jako odrębna jednostka, a zaburzeniami depresyjnymi występującymi w chorobie afektywnej dwubiegunowej ($p=0,7288$) – Tabela 12.

Tabela 11. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Pana/Pani zdaniem osoba z nadmierną sennością, czująca się przytłoczona, wypowiadająca myśli samobójcze, z przewagą stanów depresyjnych oraz towarzyszącym im krótkim stanom wzmożonego nastroju może chorować na:

		Kierunek studiów		Ogółem		
		medyczny	niemedyczny			
Pana/Pani zdaniem osoba z nadmierną sennością, czująca się przytłoczona, wypowiadająca myśli samobójcze, z przewagą stanów depresyjnych oraz towarzyszącym im krótkim stanom wzmożonego nastroju może chorować na:	Depresje	N	38	41	79	
		%	59,4%	67,2%	63,2%	
	Chorobę afektywną dwubiegunową	N	13	3	16	
		%	20,3%	4,9%	12,8%	
	Zaburzenia nastroju	N	8	6	14	
		%	12,5%	9,8%	11,2%	
	Nie wiem	N	5	11	16	
		%	7,8%	18,0%	12,8%	
	Ogółem		N	64	61	125
	%		100,0%	100,0%	100,0%	
	$\chi^2=8,833; p=0,0316$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 12. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy Pana/Pani zdaniem istnieje różnica pomiędzy zaburzeniami depresyjnymi występującymi jako odrębna jednostka a zaburzeniami depresyjnymi występującymi w chorobie afektywnej dwubiegunowej?:

		Kierunek studiów		Ogółem	
		medyczny	niemedyczny		
Czy Pana/Pani zdaniem istnieje różnica pomiędzy zaburzeniami depresyjnymi występującymi jako odrębna jednostka a zaburzeniami depresyjnymi występującymi w chorobie afektywnej dwubiegunowej?:	Tak	N	41	35	76
		%	64,1%	57,4%	60,8%
	Nie	N	5	5	10
		%	7,8%	8,2%	8,0%
	Nie wiem	N	18	21	39
		%	28,1%	34,4%	31,2%
Ogółem		N	64	61	125
%		100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=0,633; p=0,7288$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Mniej niż połowa studentów (46,4%, n=58) wiedziała, że istnieje różnica pomiędzy depresją występującą w chorobie afektywnej dwubiegunowej a depresją zwykłą bowiem depresja w chorobie afektywnej dwubiegunowej ma bardziej dynamiczny przebieg, występuje cyklicznie, powtarza się okresowo. Pozostałe osoby nie znały odpowiedzi (28,8%, n=36) lub wskazywały błędne odpowiedzi.

Nie wykazano, by istniały istotne statystycznie różnice ($p=0,0907$) między wiedzą studentów na temat różnic pomiędzy depresją występującą w chorobie afektywnej dwubiegunowej a depresją zwykłą – Tabela 13.

Tabela 13. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy Pana/Pani zdaniem istnieje różnica pomiędzy depresją występującą w chorobie afektywnej dwubiegunowej a depresją zwykłą?:

			Kierunek studiów		Ogółem	
			medyczny	niemedyczny		
Czy Pana/Pani zdaniem istnieje różnica pomiędzy depresją występującą w chorobie afektywnej dwubiegunowej a depresją zwykłą?:	Depresja zwykła ma bardziej dynamiczny przebieg, trwa krócej	N	4	8	12	
		%	6,3%	13,1%	9,6%	
	Depresja w chorobie afektywnej dwubiegunowej (ChAD) ma bardziej dynamiczny przebieg, występuje cyklicznie, powtarza się	N	36	22	58	
		%	56,3%	36,1%	46,4%	
	Oba zaburzenia depresyjne są do siebie podobne pod względem przebiegu oraz czasu trwania	N	10	9	19	
		%	15,6%	14,8%	15,2%	
	Nie wiem	N	14	22	36	
		%	21,9%	36,1%	28,8%	
	Ogółem %		N	64	61	125
				100,0%	100,0%	100,0%
	$\chi^2=6,475; p=0,0907$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Zdaniem 36,8% osób (n=46), objawy takie, jak urojenia pośnannictwa religijnego świadczą o manii. Odpowiedź ta była prawidłowa. Niemal tyle samo ankietowanych błędnie zinterpretowało te objawy, jako hipomanię (32,8%, n=41) lub nie znało odpowiedzi (30,4%, n=38).

Studenci kierunku medycznego częściej wiedzieli, że urojenia pośnannictwa religijnego wskazują na manię (50,0%; p=0,0023) – Tabela 14.

Tabela 14. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Pana/ Pani zdaniem objawy takie jak: urojenia pośnannictwa religijnego np.: przekonanie o specjalnym darze od Boga w celu zbawiania świata dotyczy:

			Kierunek studiów		Ogółem
			medyczny	niemedyczny	
Pana/ Pani zdaniem objawy takie jak: urojenia pośnannictwa religijnego np.: przekonanie o specjalnym darze od Boga w celu zbawiania świata dotyczy:	Manii	N	32	14	46
		%	50,0%	23,0%	36,8%
	Hipomanii	N	20	21	41
		%	31,3%	34,4%	32,8%
	Nie wiem	N	12	26	38
		%	18,8%	42,6%	30,4%
Ogółem		N	64	61	125
%		100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=12,161; p=0,0023$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Zaledwie 20,8% ankietowanych (n=26) wiedziało, że osoba, notorycznie zmieniająca zdanie, rozpoczynająca mnóstwo nowych projektów i nie kończąca ich z powodu rozpoczęcia kolejnego, uznająca się za szczęśliwą po czym tracąca zapał do życia z powodu porażki, jest osobą chorą na chorobę afektywną dwubiegunową. Po 26,4% respondentów (n=33) uważało, że takie zachowania mogą świadczyć o niezdecydowaniu, niedojrzałości emocjonalnej lub nie łączyły ich z żadną chorobą.

Diagnozowanie choroby afektywnej dwubiegunowej na podstawie objawów w postaci niezdecydowania, czy zmian w konsekwencji działania nie zależało istotnie od kierunku studiów (p=0,1611) – Tabela 15.

Tylko 18,4% studentów (N=23) wiedziało, że osoba przebojowa, ekspresyjna, narzucająca swoje zdanie, lubiąca być w centrum uwagi, dużo mówiąca, z problemami w skupieniu uwagi, jest w przebiegu fazy hipomaniakalnej/ maniakalnej. Według 28,8% badanych (n=36) osoba taka ma ADHD. Nie łączyło z żadną chorobą takiego zachowania 27,2% ankietowanych (n=34), wskazywało na osobowość narcystyczną 24,0% osób (n=30), a uważało za złe wychowanie 1,6% respondentów (n=2).

Kierunek studiów nie różnicował znacząco (p=0,3812) opinii ankietowanych na temat osób przebojowych, ekspresyjnych – Tabela 16.

Tabela 15. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Pana/Pani zdaniem osoba, notorycznie zmieniająca zdanie, rozpoczynająca mnóstwo nowych projektów i nie kończąca ich z powodu rozpoczęcia kolejnego, uznająca się za szczęśliwą po czym tracąca zapał do życia z powodu porażki, jest osobą:

			Kierunek studiów		Ogółem
			medyczny	niemedyczny	
Pana/Pani zdaniem osoba, notorycznie zmieniająca zdanie, rozpoczynająca mnóstwo nowych projektów i nie kończąca ich z powodu rozpoczęcia kolejnego, uznająca się za szczęśliwą po czym tracąca zapał do życia z powodu porażki, jest osobą:	Niezdeterminowaną	N	17	16	33
		%	26,6%	26,2%	26,4%
	Niedojrzałą emocjonalnie	N	18	15	33
		%	28,1%	24,6%	26,4%
	Osobą chorą na chorobę afektywną dwubiegunową	N	17	9	26
		%	26,6%	14,8%	20,8%
	Nie wiem, nie łączę tego z żadną chorobą	N	12	21	33
		%	18,8%	34,4%	26,4%
Ogółem		N	64	61	125
%		100,0%	100,0%	100,0%	

$\chi^2=5,150; p=0,1611$

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 16. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy Pana/Pani zdaniem osoba przebojowa, ekspresyjna, narzucająca swoje zdanie, lubiąca być w centrum uwagi, dużo mówiąca, z problemami w skupieniu uwagi, jest:

			Kierunek studiów		Ogółem	
			medyczny	niemedyczny		
Czy Pana/Pani zdaniem osoba przebojowa, ekspresyjna, narzucająca swoje zdanie, lubiąca być w centrum uwagi, dużo mówiąca, z problemami w skupieniu uwagi, jest:	Źle wychowana	N	1	1	2	
		%	1,6%	1,6%	1,6%	
	Ma ADHD	N	19	17	36	
		%	29,7%	27,9%	28,8%	
	Jest w przebiegu fazy hipomaniakalnej/ maniakalnej	N	15	8	23	
		%	23,4%	13,1%	18,4%	
	Ma osobowość narcystyczną	N	16	14	30	
		%	25,0%	23,0%	24,0%	
	Nie wiem, nie łączę tego z żadną chorobą	N	13	21	34	
		%	20,3%	34,4%	27,2%	
	Ogółem		N	64	61	125
	%		100,0%	100,0%	100,0%	

$\chi^2=4,188; =0,3812$

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Grupa 21,6% studentów (n=27) uważała, że osoba, która lekkomyślnie wydaje swoje pieniądze, pomimo że jest w trudnej sytuacji materialnej, wydaje je na rzeczy zbędne, (alkohol, ubrania, wycieczki) nie patrząc na dalsze konsekwencje jest w fazie hipomanii/ manii w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Odpowiedź ta była prawidłowa. Częściej jednak studenci twierdzili, że osoba taka jest nieodpowiedzialna i bezmyślna (44,8%, n=56), a w opinii 16,8% osób (n=21) jest to osoba lubiąca bawić się życiem, żyjąca chwilą lub też nie łączyli oni takich zachowań z żadną chorobą.

Ocena zachowania związanego z lekkomyślnością, a będącego skutkiem fazy hipomanii/ manii w chorobie afektywnej dwubiegunowej nie różniła się istotnie między studentami kierunku medycznego i niemedycznego ($p=0,2232$) – Tabela 17.

Tabela 17. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Co Pan/Pani sądzi o osobie, która lekkomyślnie wydaje swoje pieniądze, pomimo że jest w trudnej sytuacji materialnej, wydaje je na rzeczy zbędne, (alkohol, ubrania, wycieczki) nie patrząc na dalsze konsekwencje:

			Kierunek studiów		Ogółem
			medyczny	niemedyczny	
Co Pan/Pani sądzi o osobie, która lekkomyślnie wydaje swoje pieniądze, pomimo że jest w trudnej sytuacji materialnej, wydaje je na rzeczy zbędne, (alkohol, ubrania, wycieczki) nie patrząc na dalsze konsekwencje:	Osoba nieodpowiedzialna i bezmyślna	N	32	24	56
		%	50,0%	39,3%	44,8%
	Osoba, która lubi cieszyć się życiem i żyje chwilą	N	8	13	21
		%	12,5%	21,3%	16,8%
	Osoba w fazie hipomanii/ manii w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej	N	16	11	27
		%	25,0%	18,0%	21,6%
	Nie wiem, nie łączę tego z żadną chorobą	N	8	13	21
		%	12,5%	21,3%	16,8%
Ogółem		N	64	61	125
%		100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=4,380; p=0,2232$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Większość studentów (56,0%, n=70) nie miało kontaktu w swoim otoczeniu z osobą cierpiącą na chorobę afektywną dwubiegunową typu I. Kontakt taki miało 13,6% respondentów (n=17). Nie wiedziało, czy w swoim życiu zetknęło się z taką osobą 21,6% ankietowanych (n=27), a nigdy nie słyszało o chorobie afektywnej dwubiegunowej 8,8% studentów (n=11).

Studenci kierunku medycznego częściej nie spotkali się w swoim otoczeniu z osobą chorującą na chorobę afektywną dwubiegunową (62,5%), a studenci kierunku niemedycznego częściej nigdy nie słyszeli o tej chorobie (16,4%) - $p=0,0146$ – Tabela 18.

Tabela 18. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy Pan/Pani miał(a) kontakt w swoim otoczeniu z osobą cierpiącą na chorobę afektywną dwubiegunową typu I (ChAD I)

			Kierunek studiów		Ogółem
			medyczny	niemedyczny	
Czy Pan/Pani miał(a) kontakt w swoim otoczeniu z osobą cierpiącą na chorobę afektywną dwubiegunową typu I (ChAD I)	Tak	N	11	6	17
		%	17,2%	9,8%	13,6%
	Nie	N	40	30	70
		%	62,5%	49,2%	56,0%
	Nie wiem	N	12	15	27
		%	18,8%	24,6%	21,6%
	Nigdy nie słyszałem o tej chorobie	N	1	10	11
		%	1,6%	16,4%	8,8%
Ogółem %		N	64	61	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
$\chi^2=10,53; p=0,0146$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Nie miało nigdy kontaktu z osobą chorującą na chorobę afektywną dwubiegunową typu II 55,2% badanych studentów ($n=69$). Nie wiedzieli, czy zetknęło się z taką osobą 24,8% ankietowanych ($n=31$), a nieliczni mieli taki kontakt (10,4%, $n=13$) lub nigdy nie słyszeli o tej chorobie w fazie II (9,6%, $n=12$).

Z chorymi na chorobę afektywną dwubiegunową w fazie II nie mieli do czynienia częściej studenci kierunku medycznego (62,5%; $p=0,0208$) – Tabela 19.

Na pytanie o umiejętność rozpoznania osoby w fazie hipomanii/ manii 41,6% studentów ($n=52$) odpowiedziało „nie wiem”. Grupa 36,0% badanych ($n=45$) uznała, że umiałaby rozpoznać osobę chorą, ale musiałaby ona zachowywać się skrajnie. Nie umiałoby rozpoznać takiej osoby 22,4% ankietowanych ($n=28$).

Umiejętność rozpoznania osoby w fazie hipomanii/ manii deklarowali częściej studenci kierunku medycznego (45,3%) niż studenci kierunku niemedycznego (26,2%) – $p=0,0486$ – Tabela 20.

Tabela 19. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy Pan/Pani miał(a) kontakt w swoim otoczeniu z osobą cierpiącą na chorobę afektywną dwubiegunową typu II (ChAD II)

			Kierunek studiów		Ogółem
			medyczny	niemedyczny	
Czy Pan/Pani miał(a) kontakt w swoim otoczeniu z osobą cierpiącą na chorobę afektywną dwubiegunową typu II (ChAD II)	Tak	N	9	4	13
		%	14,1%	6,6%	10,4%
	Nie	N	40	29	69
		%	62,5%	47,5%	55,2%
	Nie wiem	N	13	18	31
		%	20,3%	29,5%	24,8%
	Nigdy nie słyszałem o tej chorobie	N	2	10	12
		%	3,1%	16,4%	9,6%
Ogółem		N	64	61	125
%		100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=9,750; p=0,0208$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 20. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy Pan/ Pani potrafi rozpoznać osobę w fazie hipomanii/ manii:

			Kierunek studiów		Ogółem
			medyczny	niemedyczny	
Czy Pan/ Pani potrafi rozpoznać osobę w fazie hipomanii/ manii:	Tak, ale osoba musiałaby się skrajnie zachowywać	N	29	16	45
		%	45,3%	26,2%	36,0%
	Nie, bo nie umiem rozróżnić osoby chorej od zdrowej	N	10	18	28
		%	15,6%	29,5%	22,4%
	Nie wiem	N	25	27	52
		%	39,1%	44,3%	41,6%
Ogółem		N	64	61	125
%		100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=6,050; p=0,0486$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Zdaniem 32,8% studentów (n=41), pomoc osobie która jest smutna, płaczliwa, stroniąca się od innych ludzi i odrzucającą wszelką pomoc, może polegać na wzmacnianiu poczucia wartości osoby chorej, zachęcaniu do opisu swoich emocji i przeżyć. Grupa 30,4% badanych (n=38) uważała, że należy namówić chorego, by udał się do specjalisty, a konieczność rozmowy, wspierania i zapewniania, że wszystko powoli się poukłada sugerowało 19,2% respondentów (n=24). Nieliczni wskazywali inne odpowiedzi.

Opinia o formie pomocy osobie smutnej, płaczliwej, stroniącej od innych nie różniła się znacząco ze względu na kierunek studiów ($p=0,0655$) – Tabela 21.

Tabela 21. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy myśli Pan/ Pani, że pomoc osobie, która jest smutna, płaczliwa, stroniąca się od innych ludzi i odrzucającą wszelką pomoc, może polegać na:

			Kierunek studiów		Ogółem	
			medyczny	niemedyczny		
Czy myśli Pan/ Pani, że pomoc osobie która jest smutna, płaczliwa, stroniąca się od innych ludzi i odrzucającą wszelką pomoc, może polegać na :	Rozmowie i wspieraniu zapewniając, że powoli wszystko się poukłada	N	8	16	24	
		%	12,5%	26,2%	19,2%	
	Uważam, że należy zostawić osobę chorą w spokoju, żeby jej nie denerwować	N	3	4	7	
		%	4,7%	6,6%	5,6%	
	Wzmacnianiu poczucia wartości osoby chorej, zachęcaniu do opisu swoich emocji i przeżyć	N	28	13	41	
		%	43,8%	21,3%	32,8%	
	Uważam, że należy namówić aby udała się do specjalisty	N	19	19	38	
		%	29,7%	31,1%	30,4%	
	Nie wiem, nie potrafię pomóc takiej osobie	N	6	9	15	
		%	9,4%	14,8%	12,0%	
	Ogółem		N	64	61	125
	%		100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=8,830; p=0,0655$						

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Zdaniem 44,8% studentów (N=56), pomoc osobie cierpiącej na depresję w chorobie afektywnej dwubiegunowej powinna polegać na rozmowie, dodawaniu wiary, pobudzaniu do życia, zapewnianiu o swojej obecności. Grupa 28,8% badanych (n=36) sugerowała odwiezienie na oddział psychiatryczny, gdyż tylko specjaliści mogą pomóc. Nieliczne osoby wskazywały inne odpowiedzi. Studenci kierunku medycznego częściej twierdzili, że osobę cierpiącą na depresję w chorobie afektywnej dwubiegunowej należy odwieźć na oddział psychiatryczny (37,5%; $p=0,0472$) – Tabela 22.

Tabela 22. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Według Pana/ Pani pomoc osobie cierpiącej na depresję w chorobie afektywnej dwubiegunowej, powinna polegać na:

		Kierunek studiów		Ogółem		
		medyczny	niemedyczny			
Według Pana/ Pani pomoc osobie cierpiącej na depresję w chorobie afektywnej dwubiegunowej, powinna polegać na:	Przeczekaniu gorszego nastroju, a reagowaniu dopiero jak będzie bardzo źle	N	1	3	4	
		%	1,6%	4,9%	3,2%	
	Rozmowie, dodawaniu wiary, pobudzaniu do życia, zapewnianiu o swojej obecności	N	30	26	56	
		%	46,9%	42,6%	44,8%	
	Uspokajaniu chorego, że "będzie dobrze i wszystko się ułoży"	N	5	9	14	
		%	7,8%	14,8%	11,2%	
	Odwiezieniu na oddział psychiatryczny, gdyż tylko specjaliści mogą pomóc	N	24	12	36	
		%	37,5%	19,7%	28,8%	
	Nie wiem, nie potrafię pomóc takiej osobie	N	4	11	15	
		%	6,3%	18,0%	12,0%	
	Ogółem %		N	64	61	125
			100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=9,629; p=0,0472$						

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Zdaniem większości studentów (63,2%, n=79), pomoc osobie cierpiącej na zaburzenia afektywne dwubiegunowe powinna polegać na zapewnieniu kontaktu ze specjalistą. Tylko 12,0% badanych (n=15) wiedziało, że pomoc polega na rozładowaniu emocji, wprowadzeniu rutyny w życie, kontrolowaniu otoczenia chorego. Studenci kierunku medycznego częściej twierdzili, że osobie cierpiącej na zaburzenia afektywne dwubiegunowe należy zapewnić kontakt ze specjalistą (73,4%; p=0,0146) – Tabela 23.

Tabela 23. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy myśli Pan/Pani, że pomoc osobie cierpiącej na zaburzenia afektywne dwubiegunowe, powinna polegać na

			Kierunek studiów		Ogółem	
			medyczny	niemedyczny		
Czy myśli Pan/ Pani, że pomoc osobie cierpiącej na zaburzenia afektywne dwubiegunowe, powinna polegać na:	Rozładowaniu emocji, wprowadzeniu rutyny w życie, kontrolowaniu otoczenia chorego	N	8	7	15	
		%	12,5%	11,5%	12,0%	
	Zapewnieniu kontaktu ze specjalistą	N	47	32	79	
		%	73,4%	52,5%	63,2%	
	Zapewnienia chorego o słuszności podejmowanych działań w celu zdobycia jego zaufania	N	7	10	17	
		%	10,9%	16,4%	13,6%	
	Nie wie, nie potrafię pomóc takiej osobie	N	2	12	14	
		%	3,1%	19,7%	11,2%	
	Ogółem %		N	64	61	125
			100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=10,521; p=0,0146$						

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Studenci uważali, że chorego na chorobę afektywną dwubiegunową w fazie manii/ hipomanii z przebiegiem bardzo gwałtownym należy umówić do lekarza (51,2%, n=64). Na konieczność prowadzenia rozmowy z chorym o osiągnięciu realnych celów, zaspokojenie nadmiernej potrzeby aprobaty społecznej wskazało słusznie 26,4% badanych (n=33). Nie potrafiło pomóc takiej osobie 21,6% respondentów (n=27), a nie zwracałoby na takie objawy uwagi, twierdząc, że są chwilowe 0,8% osób (n=1). Rozkład odpowiedzi dotyczących postępowania z osobą chorą na chorobę afektywną dwubiegunową w fazie manii/ hipomanii z przebiegiem bardzo gwałtownym nie zależał od kierunku studiów (p=0,0711) – Tabela 24.

Tabela 24. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Wiedząc, że ktoś jest chory na chorobę afektywną dwubiegunową w fazie mani/hipomanii z przebiegiem bardzo gwałtownym – stara się Pan/Pani:

		Kierunek studiów		Ogółem		
		medyczny	niemedyczny			
Wiedząc, że ktoś jest chory na chorobę afektywną dwubiegunową w fazie mani/hipomanii z przebiegiem bardzo gwałtownym - stara się Pan/Pani:	Umówić do lekarza osobę chorą	N	39	25	64	
		%	60,9%	41,0%	51,2%	
	Rozmawiać z nim na temat osiągnięcia realnych celów, zaspokoić nadmierną potrzebę aprobaty społecznej	N	16	17	33	
		%	25,0%	27,9%	26,4%	
	Nie zwracam na to uwagi, gdyż uważam, że to chwilowe	N	0	1	1	
		%	0,0%	1,6%	,8%	
	Nie wiem, nie potrafię pomóc takiej osobie	N	9	18	27	
		%	14,1%	29,5%	21,6%	
	Ogółem %		N	64	61	125
				100,0%	100,0%	100,0%
$\chi^2=7,025; p=0,0711$						

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

O chorobie afektywnej dwubiegunowej studenci dowiadawali się najczęściej w toku studiów (50,4%, n=63), rzadziej z powyższej ankiety (24,0%, n=30), mediów (16,8%, n=21) lub z doświadczeń życiowych (8,8%, n=11).

Studenci kierunku medycznego częściej o chorobie afektywnej dwubiegunowej dowiadawali się w toku studiów (73,4%), a studenci kierunków niemedycznych częściej z powyższej ankiety (42,6%) lub z mediów (26,2%) – $p<0,0001$ – Tabela 25.

Tabela 25. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Źródło wiedzy na temat choroby afektywnej dwubiegunowej

		Kierunek studiów		Ogółem		
		medyczny	niemedyczny			
Źródło wiedzy na temat choroby afektywnej dwubiegunowej	Z toku studiów	N	47	16	63	
		%	73,4%	26,2%	50,4%	
	Z powyższej ankiety	N	4	26	30	
		%	6,3%	42,6%	24,0%	
	Z mediów	N	5	16	21	
		%	7,8%	26,2%	16,8%	
	Z doświadczeń życiowych	N	8	3	11	
		%	12,5%	4,9%	8,8%	
	Ogółem		N	64	61	125
	%		100,0%	100,0%	100,0%	
	$\chi^2=39,373; p<0,0001$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

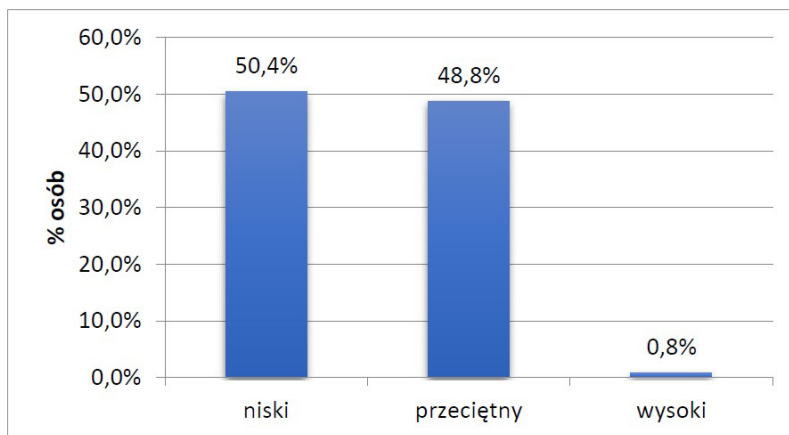
Dokonano ogólnej oceny wiedzy studentów na temat choroby afektywnej dwubiegunowej, zgodnie z przyjętą dla pracy skalą, według której wskazanie poprawnie:

- do 50,0% odpowiedzi, świadczyło o ich niskiej wiedzy,
- od 50,01 do 74,99% odpowiedzi, świadczyło o ich przeciętnym poziomie wiedzy,
- od 75,0 do 100,0% odpowiedzi, świadczyło o ich wysokim poziomie wiedzy. Poziom wiedzy studentów na temat choroby afektywnej dwubiegunowej oceniono przy użyciu pytań nr 5–21, 25–28. Możliwy zakres punktów (0–21 pkt.) podzielono na 3 równoliczne grupy.

Niski poziom wiedzy o chorobie afektywnej dwubiegunowej prezentowało 50,4% studentów (n=63). Wiedzę na poziomie przeciętnym posiadało 48,8% osób (n=61), a tylko jeden student (0,8%) uzyskał wynik wysoki – Ryc. .

Przeciętny/ wysoki poziom wiedzy na temat choroby afektywnej dwubiegunowej posiadali częściej studenci kierunku medycznego (68,8%) niż studenci kierunku niemedycznego (29,5%) – $p<0,0001$. Hipoteza potwierdziła się – Tabela 26.

Większą wiedzę na temat choroby afektywnej dwubiegunowej dysponowali studenci w wieku 36 lat i powyżej (78,9%) niż pozostali badani ($p=0,0186$) – Tabela 27.



Ryc. 1. Poziom wiedzy na temat choroby afektywnej dwubiegunowej

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 26. Poziom wiedzy na temat choroby afektywnej dwubiegunowej a kierunek studiów

			Kierunek studiów		Ogółem
			medyczny	niemedyczny	
Poziom wiedzy na temat choroby afektywnej dwubiegunowej	niski	N	20	43	63
		%	31,3%	70,5%	50,4%
	przeciętny/ wysoki	N	44	18	62
		%	68,8%	29,5%	49,6%
Ogółem		N	64	61	125
		%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=19,239; p<0,0001$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 27. Poziom wiedzy na temat choroby afektywnej dwubiegunowej a wiek

			Wiek			Ogółem
			18–25 lat	26–35 lat	36 lat i więcej	
Poziom wiedzy na temat choroby afektywnej dwubiegunowej	niski	N	44	15	4	63
		%	54,3%	60,0%	21,1%	50,4%
	przeciętny/ wysoki	N	37	10	15	62
		%	45,7%	40,0%	78,9%	49,6%
Ogółem		N	81	25	19	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=7,966; p=0,0186$						

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

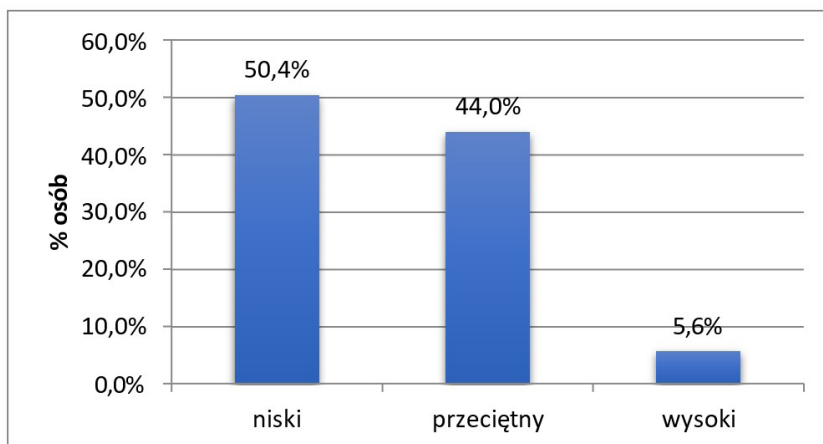
Mieszkańcy wsi częściej posiadali przeciętny/ wysoki poziom wiedzy na temat choroby afektywnej dwubiegunowej (57,5%) niż mieszkańcy miast (35,6%) – $p=0,0185$ – Tabela 28.

Tabela 28. Poziom wiedzy na temat choroby afektywnej dwubiegunowej a miejsce zamieszkania

			Miejsce zamieszkania		Ogółem
			Miasto	Wieś	
Poziom wiedzy na temat choroby afektywnej dwubiegunowej	niski	N	29	34	63
		%	64,4%	42,5%	50,4%
	przeciętny/ wysoki	N	16	46	62
		%	35,6%	57,5%	49,6%
Ogółem		N	45	80	125
		%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=5,548; p=0,0185$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Niski poziom wiedzy o objawach choroby afektywnej dwubiegunowej prezentowało 50,4% studentów ($n=63$). Przeciętny poziom wiedzy posiadało 44,0% ankietowanych ($n=55$), wysoki poziom wiedzy 5,6% osób ($n=7$) – Ryc. 2.



Ryc. 2. Poziom wiedzy na temat objawów choroby afektywnej dwubiegunowej

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Przeciętny/ wysoki poziom wiedzy na temat objawów choroby afektywnej dwubiegunowej posiadali częściej studenci kierunku medycznego (67,2%) niż studenci kierunku niemédycznego (31,1%) – $p=0,0001$ – Tabela 29.

Tabela 29. Poziom wiedzy na temat objawów choroby afektywnej dwubiegunowej a kierunek studiów

			Kierunek studiów		Ogółem
			medyczny	niemédyczny	
Poziom wiedzy na temat objawów choroby afektywnej dwubiegunowej	niski	N	21	42	63
		%	32,8%	68,9%	50,4%
	przeciętny/ wysoki	N	43	19	62
		%	67,2%	31,1%	49,6%
Ogółem		N	64	61	125
%		100,0%	100,0%	100,0%	
$\chi^2=16,228; p=0,0001$					

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Styczność z osobą cierpiącą na chorobę afektywną dwubiegunową typu I potwierdziło 13,6% studentów, a typu II 10,4% studentów. Hipoteza nie potwierdziła się.

Studenci twierdzili najczęściej, że pomoc osobie cierpiącej na zaburzenia afektywne dwubiegunowe powinna polegać na zapewnieniu kontaktu ze specjalistą (63,2%), a w przypadku gwałtownego przebiegu choroby należy umówić chorego do lekarza (51,2%). Studenci byli zdania, że ważna jest również rozmowa z chorym, dodawanie wiary (44,8%), wzmacnianie poczucia wartości (32,8%).

■ Dyskusja

Na potrzeby niniejszego opracowania szukano badań odnoszących się do przebiegu depresji i choroby dwubiegunowej.

Spółeczeństwo akademickie PWSTE, które było objęte badaniem nie do końca rozumie na czym polega problem choroby afektywnej dwubiegunowej. W badaniu wzięło udział 125 osób studiujących na kierunkach Pielęgniarstwo, Praca Socjalna oraz Kosmetologia. Pielęgniarstwo oraz Praca Socjalna w swoim programie nauczania posiadała przedmiot związany z psychiatrią.

Ogólnie jako całe społeczeństwo powinniśmy patrzeć na człowieka przez pryzmat bio-psycho-społeczny i być świadomi ludzkich problemów, zachowań oraz ich zależności. Osoby w fazie hipomanii/ manii jak pokazały własne badania (ponad 44,8% ankietowanych) często są traktowane jako osoby nieodpowiedzialne, bezmyślne, niedojrzałe. Studenci PWSTE w Jarosławiu nie kojarzą objawów choroby w epizodzie manii/ hipomanii z tą właśnie jednostką chorobową. Nieznaczną część (36,8% ankietowanych) osób kojarzy objawy psychotyczne jako objaw chorobowy związany z manią. Nieracjonalne, gwałtowne reakcje, które nie powinny powodować irytacji występują właśnie we wszystkich epizodach choroby i powinny

być kojarzone z ChAD a nie jako problem z osobowością danej osoby. Jednym z wielu zachowań towarzyszących manii jest zakupoholizm, wydawanie pieniędzy bez opamiętania, przeznaczanie je nie tylko na zakupy ale na wszelkie uciechy.

W swojej publikacji Bogusz R. oraz Nowakowski M. [17] przedstawili badania dotyczące poglądów studentów pielęgniarstwa na temat stanów, zachowań i naturalnych procesów biologicznych poddawanych medykacji. Pod lupę wzięta była depresja oraz zakupoholizm. Ankietowani w obu tych przypadkach wybierali jako formę pomocy wizytę u psychoterapeuty, psychoterapię. W przypadku zakupoholizmu zdanie takie miało 52,6%. Tak samo w przypadku występującej depresji, respondenci najczęściej (44,8%) wybierali spotkanie z psychologiem i psychoterapeutą jako formę pomocy [17]. Psychoterapia jest bardzo ważna, ale otoczenie osoby cierpiącej na ChAD powinno mieć na względzie jeszcze inne formy pomocy. W przypadku ChAD i niepochemowanych zakupów najlepszym rozwiązaniem jest unikanie galerii handlowych, ograniczenia na karcie bankomatowej, zablokowanie karty kredytowej, zmiana pracy jeśli jest ona związana z centrum handlowym. Jako otoczenie chorego mamy duży wpływ na czynniki wyzwalające pewne objawy manii.

Bardzo interesujące badania pokazały w swojej publikacji Suwalska J., Suwalska A., Łajko D. (red.) [18]. Dotyczyły one zjawiska stygmatyzacji pacjentów z depresją, wśród lekarzy i studentów medycyny. Okazuje się bowiem, że respondenci najbardziej negatywne nastawienie mieli do osób z depresją, manią, około połowa ankietowanych uważała, że osoby z depresją powinny wziąć się w garść. Patrząc przez pryzmat przeprowadzonych własnych badań społeczeństwo ma problem z akceptacją osób z zaburzeniami psychicznymi, nie istotne czy są to studenci PWSTE czy studenci z innych krajów. Badania podjęte w Wielkiej Brytanii przez Fernando i wsp. [19] pokazały, że wśród 500 osób objętych badaniem, poziom piętnowania był wyższy u pacjentów między innymi z depresją. W Pakistanie objęto 325 studentów badaniem dotyczącym porównania postawy wobec schizofrenii, depresji i zespołu pourazowego. Okazuje się, że zespół stresu pourazowego jest na równi z depresją, niższy niż schizofrenia [19]. Wreszcie Ighodaro i wsp. przeprowadzili badania w Nigerii, gdzie 60% studentów uważa osoby chore psychicznie za niebezpieczne a połowa uczestników badania postrzegała osobę z depresją, że ma się wziąć w garść [20].

Potwierdzając wyżej zanotowane stwierdzenie studenci PWSTE w Jarosławiu nie potrafią pomóc osobie w fazie hipomanii/ manii czy depresji. Najczęstszą formą pomocy dla respondentów jest po prostu wysłanie do specjalisty. Ankietowani tym samym idą na łatwiznę, nie trzeba mieć wykształcenia medycznego aby wiedzieć, że kontakt z drugą osobą jest niezwykle ważny. Podejmowane działania takie jak wzmacnianie poczucia wartości, zachęcanie do opisu przeżyć i emocji chorego, zapewnianie o swojej obecności czy wreszcie rozładowanie emocji powinny być fundamentalne w relacji z osobą chorą. Tylko 32,8% ankietowanych wybrało tę formę pomocy. Wyniki ankietowanych pokazują jedynie to, że ludzie w dzisiejszych czasach nie potrafią ze sobą rozmawiać, nie potrafią pomagać innym. Studenci nie rozumieją na czym polega pomoc osobie chorej na chorobę dwubiegunową. Bardzo ważne jest osiągnięcie stabilizacji emocjonalnej chorego, na przykład poprzez ograniczenia kontaktu z czynnikami powodującymi napięcie, niepokój. Osoby

z ChAD-em nie lubią zmian, dlatego też ważny jest stały plan dnia, równowaga w życiu. Tylko 12% ankietowanych wiedziało, że pomoc osobom z ChAD polega na rozładowaniu emocji, wprowadzeniu rutyny w życie, kontrolowaniu otoczenia chorego. Bardzo dobre postępowanie z chorym na ChAD pokazuje w swojej publikacji Haduła A. W poradniku tym zawarte są ważne wskazówki dotyczące zachowania prawidłowej relacji z osobą chorą, oraz w jaki sposób można ograniczyć występowanie epizodów choroby. Leczenie farmakologiczne czy też kontakt ze specjalistą jest ważny i potrzebny, ale nasza pomoc nie powinna kończyć się na zbywaniu chorego mówiąc, że wszystko będzie dobrze czy też poprzez wysyłanie do specjalisty tym samym pozbywając się problemu [21].

Tak jak to zostało określone i potwierdzone badaniami Boloński Program Psychoedukacyjny przynosi efekty w redukcji nawrotu choroby tym samym zmniejszając ilość hospitalizacji. Polega on na: wczesnym wykrywaniu wyzwalaczy, przestrzegania zaleceń lekarskich, w dalszej kolejności na kontrolowaniu stresu, unikanie używek, wprowadzaniu regularności do trybu życia a dopiero na samym końcu ważna jest poprawa wiedzy oraz radzenie sobie z konsekwencjami zaistniałych oraz przyszłych epizodów [22].

Wśród dostępnych publikacji nie znaleziono innych wyników badań odnośnie wiedzy studentów na temat choroby afektywnej dwubiegunowej. Występują badania dotyczące programu profilaktycznego czego w badaniach własnych nie było potrzeby wykazywania.

Nawiązując już teraz tylko do badań własnych studenci PWSTE nie mają problemów z rozpoznaniem depresji, może mieć to związek z tym, że o zaburzeniach depresyjnych w dzisiejszych czasach bardzo dużo się mówi oraz jest to choroba XXI wieku. Myśli i próby samobójcze to bardzo silny objaw choroby afektywnej dwubiegunowej. Pomimo informacji o towarzyszącym stanom wzmożonego nastroju najczęściej (62,8%) respondentów zaznaczało depresję.

Strzelecki D. w swoim artykule przedstawił podstawy leczenia ChAD, gdzie leki przeciwdrgawkowe, stabilizujące nastrój, takie jak karbamazepina, lamotrygina, walproinian sodu świetnie radzą sobie z objawami manii a niektóre stosowane są do leczenia zaburzeń depresyjnych w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej [23]. Niestety ale studenci PWSTE (ponad 52,8% ankietowanych), nie wiedzą, że leki przeciwdrgawkowe są używane podczas leczenia ChAD-u.

Z przeprowadzonych badań wynika, że temat choroby afektywnej dwubiegunowej przysporzył trudności respondentom, wyniki ankiety były różnorodne co upewnia tylko w brakach wiedzy na temat choroby afektywnej dwubiegunowej.

■ Wnioski

1. Ogólny poziom wiedzy studentów na temat choroby afektywnej dwubiegunowej jest średni.
2. Studenci kierunku medycznego posiadają jednak większą wiedzę w porównaniu z kierunkiem nie medycznym.
3. Przeciętny/ wysoki poziom wiedzy na temat objawów choroby afektywnej dwubiegunowej posiadali częściej studenci kierunku medycznego niż studenci kierunku niemedycznego.

4. Studenci mają dostateczną wiedzę w zakresie pomocy niefarmakologicznej, wiedzą że bardzo ważne jest dodawanie wiary, rozmowa z osobą chorą czy wzmacnianie poczucia wartości, jednak przeważająca większość ankietowanych twierdziła że pomoc osobie chorej na ChAD powinna polegać na zapewnieniu kontaktu ze specjalistą.

Ogólny poziom wiedzy studentów na temat choroby afektywnej dwubiegunowej jest niski. Studenci którzy mieli w swoim toku nauczania przedmiot związany z psychiatrią posiadali większą wiedzę na temat przebiegu i objawów ChAD niż osoby które jej nie miały. Tylko nieliczni studenci mieli bezpośredni kontakt z osobą chorą na chorobę afektywną dwubiegunową. Pomimo tego, że do pomocy niefarmakologicznej wcale nie potrzeba wykształcenia medycznego większość studentów twierdziła że pomoc powinna polegać na zapewnieniu kontaktu ze specjalistą, a przecież rozmowa, zachęcanie do opisu przeżyć, emocji, stabilizowanie nastroju chorego poprzez wprowadzanie stałego planu dnia powinny być fundamentalnymi zasadami w zakresie pomocy osobie z ChAD.

Bibliografia

1. Jerema M.: Psychiatria, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2021: 175–189.
2. Janiri D., Conte E., Sani G.: Not Only Mania or Depression: Mixed States/Mixed Features in Paediatric Bipolar Disorders, *Brain Sciences*, 2021; 11(4): 434.
3. Cierpisz M.: Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2015: 236–261.
4. Rybakowski J.: Etiopatogeneza choroby afektywnej dwubiegunowej – stan wiedzy na rok 2021, *Psychiatria Polska*, 2021; 55(3): 481–496.
5. Rybakowski J.: Oblicza choroby maniako-depresyjnej, *Termedia Wydawnictwa Medyczne*, 2018: 92–100, 67–68, 59–60.
6. O'Connell K.S., Coombes B.J.: Genetic contributions to bipolar disorder: current status and future directions, *Psychological Medicine*, 2021; 51: 2156–2167.
7. Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J.: Psychiatria. Psychiatria Kliniczna, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, 2015: 330–350.
8. Dudek D., Jaeschke R., Siwek M.: Choroba afektywna dwubiegunowa u kobiety w wieku rozrodczym [w:] Jarema M. (red.): Analiza przypadków klinicznych w psychiatrii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2016: 53–55, 182–183.
9. Phillips M.L., Kupfer D.J.: Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions, *Lancet*, 2013; 381: 1663–1671.
10. Gałęcki P., Pilecki M., Rymaszewska J. (red.): Kryteria Diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, 2018: 149, 150, 151.
11. Siwek M., Gorostowicz A.: Trudności w diagnostyce choroby afektywnej dwubiegunowej, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2018; 18(1): 61–73.
12. Brukwicka I., Dudzik I., Kłós A., Twardak M.: Zachowania i tendencje samobójcze w kontekście profilaktyki [w] Rejman K. i in. (red.): Interdyscyplinarność współczesnej medycyny, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu, 2021; 9: 51.
13. Suppes T., Dennehy B.E.: Choroba afektywna dwubiegunowa. Strategie diagnostyczne i terapeutyczne, Wydawnictwo Medisfera, 2012: 20–21, 42–45.

14. Strzelecki D.: Stabilizatory nastroju w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej. Fundacja Vis Salutis, Psychoterapia i Uzależnienia, 2017; 2: 5–7.
15. Sidorowicz S.K.: Psychiatria, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, 2014: 123.
16. Szwed R.: Metody statystyczne w naukach społecznych. Elementy teorii i zadania, Wydawnictwo KUL, Lublin 2008: 258–259.
17. Bogusz R., Nowakowski M.: Poglądy studentów pielęgniarstwa na temat stanów, zachowań i naturalnych procesów biologicznych poddawanych medykacji, *Annales I – Philosophy and Sociology*, 2016; 41(2): 61–76. <http://dx.doi.org/10.17951/i.2016.41.2.61>
18. Suwalska J., Suwalska A., Łojko D. (red.): Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część I. Stygmatyzacja pacjentów, *Psychiatria Polska*, 2017; 51(3): 495–502.
19. Fernando S.M., Deane F.P., McLeod H.J.: Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2010; 45(7): 733–739.
20. 18. Ighodaro A., Stefanovics E., Makanjuola V., Rosenheck R.: An assessment of attitudes towards people with mental illness among medical students and physicians in Ibadan, Nigeria, *Academic Psychiatry*, 2015; 39(3): 280–285.
21. Haduła A.: Kochając osobę z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Poradnik dla bliskich, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2019: 261–264, 270–272, 101–120.
22. Majewicz P., Wolny J.: Psychoedukacja jako płaszczyzna integracji działań psychologicznych, psychiatrycznych oraz pedagogicznych. Wydawca Instytut Studiów Międzynarodowych i Edukacji HUMANUM, 2017; 26(3): 29–48. ISSN 1898-8431.
23. Strzelecki D.: Stabilizatory nastroju w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej. Fundacja Vis Salutis, Psychoterapia i Uzależnienia, 2017; 2: 5–7.

3. Żywnienie pozajelitowe chorych w warunkach szpitalnych

Parenteral nutrition of patients in hospital conditions

Anna Dominik^{1, a}, Janina Zajchowska^{1, b}, Katarzyna Tomaszewska^{1, c}, Anna Bilińska¹

¹Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

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

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

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

■ Abstrakt

Wstęp: Żywnienie pozajelitowe jest ono przeznaczone dla pacjentów, którzy nie mogą się sami odżywiać i przyjmować składników pokarmowych w stopniu wystarczającym.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie leczenia żywieniowego pozajelitowego.

Treść: Żywnienie parenteralne stanowi jedną z metod terapii żywieniowej. Polega na dostarczaniu bezpośrednio do układu krążenia z pominięciem przewodu pokarmowego wszystkich substancji odżywczych. Metody żywienia pozajelitowego, żywnienie pozajelitowe wymaga dostępu do układu żylnego, wykorzystuje się: żyły obwodowe i żyły centralne. Preparaty stosowane w żywieniu pozajelitowym, w żywieniu parenteralnym stosuje się sześć podstawowych preparatów: aminokwasy, węglowodany, emulsje tłuszczowe, elektrolity, pierwiastki śladowe, witaminy. Łączenie wszystkich opisanych substancji modyfikuje się w zależności od stanu klinicznego i potrzeb żywionego pacjenta. Żywnienie pozajelitowe chorych można prowadzić systemem wielu butelek lub jednego pojemnika „wszystko w jednym” [4]. Żywnienie pozajelitowe jest ingerencją w metabolizm organizmu i może spowodować jego zaburzenia, aby ich uniknąć, a jeżeli już wystąpią, wykryć je i odpowiednio leczyć konieczne jest stałe prowadzenie wielokierunkowej oceny metabolicznej chorych żywionych pozajelitowo. Pielęgniarka odgrywa istotną rolę w żywieniu pacjenta pozajelitowo, jest osobą bezpośrednio opiekującą się chorym, przez ciągły kontakt z chorym i wnikliwą obserwację, pierwsza wychwytyuje zmiany w stanie zdrowia chorego, niebezpieczeństwa i powikłania, zgłasza je pozostałym członkom zespołu i wcześniej im zapobiega.

Podsumowanie: Żywnienie pozajelitowe stanowi ważny element leczenia chorych w ciężkim stanie, u których jest nie wskazane lub niemożliwe podawanie pokarmów drogą przewodu pokarmowego. Stosowanie dożylnie substancji odżywczych zapobiega niedożywieniu u pacjentów w ciężkim stanie. Obecnie żywnienie

pozajelitowe stosuje się na oddziałach intensywnej terapii, chirurgii, neurologii, interny, u pacjentów nowotworowych, pediatrii.

Słowa kluczowe: żywienie pozajelitowe, leczenie żywieniowe, metody żywienia.

■ Abstract

Introduction: Parenteral nutrition is intended for patients who cannot feed themselves and take in nutrients to a sufficient degree.

Objective of the work: The aim of the paper is to present parenteral nutritional treatment.

Contents: Parenteral nutrition is one of the methods of nutritional therapy. It consists in delivering directly to the circulatory system, bypassing the digestive tract, of all nutrients. Methods of parenteral nutrition, parenteral nutrition requires access to the venous system, peripheral and central veins are used. Preparations used in parenteral nutrition, six basic preparations are used in parenteral nutrition: amino acids, carbohydrates, fat emulsions, electrolytes, trace elements, vitamins. The combination of all the substances described is modified depending on the clinical condition and the needs of the patient. Parenteral nutrition for patients can be provided in a multi-bottle or all-in-one container system [4].

Parenteral nutrition is an interference in the body's metabolism and may cause its disorders. In order to avoid them, and if they occur, detect them and treat them appropriately, it is necessary to conduct a multidirectional metabolic assessment of patients on parenteral nutrition. The nurse plays an important role in the patient's parenteral nutrition, is the person who directly takes care of the patient, through constant contact with the patient and careful observation, the first to detect changes in the patient's health, dangers and complications, reports them to the other team members and prevents them early.

Summary: Parenteral nutrition is an important element of the treatment of severely ill patients in whom it is not advisable or impossible to administer food through the digestive tract. The use of intravenous nutrients prevents malnutrition in critically ill patients. Currently, parenteral nutrition is used in intensive care units, surgery, neurology, internal medicine, cancer patients, and paediatrics.

Keywords: parenteral nutrition, nutritional treatment, methods of nutrition.

■ Wstęp

Leczenie żywieniowe to leczenie wspierające, które może być prowadzone drogą przewodu pokarmowego czyli żywienie dojelitowe inaczej enteralne lub pozajelitowo czyli żywienie parenteralne. Jest ono przeznaczone dla pacjentów, którzy nie mogą się sami odżywiać i przyjmować składników pokarmowych w stopniu wystarczającym. Żywienie pacjentów w oddziałach szpitalnych stanowi nieodłączny element leczenia pacjenta. Musi być ono dostosowane do aktualnego stanu metabolicznego i klinicznego pacjenta [1].

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie leczenia żywieniowego pozajelitowego.

■ Rozwinięcie

Organizm człowieka aby utrzymać się przy życiu potrzebuje dwóch podstawowych składników tlenu i energii. Energia dostarczana jest z pożywieniem lub pokrywana ze źródeł endogennych. Jeśli energia endogenna nie jest dostarczana z pożywieniem to źródłem jej jest białko pochodzące z mięśni lub tkanka tłuszczowa. Dochodzi wtedy do zmniejszenia masy narządów i zawartości białka. W organizmie człowieka wówczas dochodzi do osłabienia czynności mięśni szkieletowych i oddechowych, zmian wchłaniania i motoryki jelit, spadku stężenia enzymów mikrosomalnych, utraty zdolności zagęszczania moczu przez nerki, osłabienia czynności serca, zmian humoralnej i komórkowej odpowiedzi immunologicznej [1]. Aby zapewnić pacjentom wysoki standard leczenia w 2005 roku Polskie Towarzystwo Żywnienia Pozajelitowego i Dojelitowego (POLSPEN) opracowało standardy leczenia żywieniowego, które są ciągle aktualizowane [2]. W skład leczenia żywieniowego wchodzi: modyfikacja diety doustnej konsultowana z dietetykiem której celem jest wzbogacenie pokarmu przemysłowymi dietami cząstkowymi które zawierają jeden składnik odżywczy np. białko, węglowodany lub tłuszcz, stosowanie diet przemysłowych drogą dojelitową przez zgłębnik żołądkowy, przetoki odżywcze, żywienie pozajelitowe drogą naczyń obwodowych lub centralnych, żywienie łączone dojelitowe z pozajelitowym [2].

Leczenie żywieniowe obejmuje:

- ocenę zapotrzebowania organizmu na składniki odżywcze, czyli referencyjną wartość spożycia wyliczoną jako dzienne zapotrzebowanie na energię i poszczególne składniki odżywcze,
- ocenę stanu odżywiania, która polega na określeniu rodzaju i stopnia niedożywienia oraz identyfikacji chorych zagrożonych powikłaniami wynikającymi z niedożywienia i monitorowania skuteczności leczenia żywieniowego,
- podawanie organizmowi indywidualnie do stanu chorego odpowiednich ilości białka, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych, wody drogą przez przewód pokarmowy lub drogą naczyń krwionośnych poprzez wkłucie obwodowe lub centralne [2, 3].

Żywnienie parenteralne (pozajelitowe) – stanowi jedną z metod terapii żywieniowej. Polega na dostarczaniu bezpośrednio do układu krążenia z pominięciem przewodu pokarmowego wszystkich substancji odżywczych. U pacjenta u którego stwierdza się konieczność żywienia pozajelitowego, to powinno ono być wdrożone w ciągu 24 godzin. Podawanie pokarmu drogą pozajelitową może przyjąć postać całkowitego żywienia, jeżeli tą drogą zapewnimy całkowite w 100% zapotrzebowanie lub postać częściowego żywienia pozajelitowego.

Żywnienie parenteralne jest wskazane gdy chory:

- nie może otrzymywać pokarmów do przewodu pokarmowego z powodu nieprzytomności, urazów i chorób twarzoczaszki, gardzieli, przełyku, żołądka i jelit,
- nie powinien otrzymywać pokarmów do przewodu pokarmowego z powodów operacji i urazów narządów jamy brzusznej, mechanicznej i czynnościowej niewydolności jelit, przetok jelitowych i zapalenia otrzewnej,

- nie chce przyjmować pokarmów doustnie w związku z zaburzeniami psychicznymi i chorobami nowotworowymi;
- żywienie do przewodu pokarmowego nie zaspokaja zapotrzebowania lub nie wyrównuje zwiększonej utraty składników odżywczych (wyniszczenie, zespół złego wchłaniania, nowotwory przewodu pokarmowego leczone operacyjnie, radioterapia, chemioterapia, przetoki przewodu pokarmowego, niewydolność wątroby, nerek, posocznica) [2, 3, 4].

Metody żywienia pozajelitowego, żywienie pozajelitowe wymaga dostępu do układu żylnego, wykorzystuje się:

1. Żyły obwodowe.

Żywienie przez żyły obwodowe prowadzi się, gdy:

- okres żywienia parenteralnego nie przekracza 14 dni,
- zapotrzebowanie energetyczne pacjenta nie przekracza 2000 kcal/dobę,
- osmolarność roztworów nie przekracza 600–800 mosm/l
- oraz z różnych względów nie można użyć dostępu centralnego lub żywienie drogą centralną musi być przerwane na jakiś czas [3, 4].

Roztwory o wysokiej osmolarności uszkadzają śródbłónki naczyń, co prowadzi do zakrzepowego zapalenia żył. Warunkiem bezpiecznego i pozbawionego powikłań żywienia przez żyły obwodowe jest utrzymanie odpowiedniej szybkości wlewu i osmolarności oraz stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki przy obsłudze wkłucia i pielęgnacji. Żywienie pozajelitowe drogą żył obwodowych jest bezpieczniejsze dla chorych, pozwala na uniknięcie powikłań technicznych związanych z wprowadzeniem i utrzymaniem cewnika w żyłę główną. Żyła w miejscu wprowadzenia kaniuli jest łatwo dostępna do obserwacji, co pozwala na wczesne rozpoznanie procesu zapalnego i zmniejsza ryzyko zakażeń związanych z wielodniowym utrzymaniem cewnika w żyłę główną. Mimo tych zalet w 80% przypadków żywienie pozajelitowe prowadzi się drogą żył centralnych.

2. Żyły centralne.

W praktyce żywiąc pozajelitowo, używa się wyłącznie dostępu do żyły głównej górnej, używanie żyły głównej dolnej jest przeciwwskazane z powodu ryzyka wystąpienia zakrzepicy, wolnego przepływu krwi w miednicy mniejszej oraz z powodów zwiększonego ryzyka zakażenia cewnika, żyły głównej dolnej używa się do żywienia pozajelitowego tylko w wyjątkowych sytuacjach [1, 2] Cewnik do żyły głównej górnej wprowadza lekarz może to wykonać z dostępem:

- obwodowego
- podobojczykowego.

Wprowadzenie cewnika przez żyły obwodowe do żyły głównej górnej jest łatwe, lecz miejsce to stwarza duże ryzyko powikłań:

- zmiany zapalne w naczyniach,
- cewnik wraz z ruchami kończyn może ulec przemieszczeniu, co może być przyczyną przebicia naczynia a nawet mięśnia sercowego. Cewnikowanie żyły głównej górnej przez żyły obwodowe wykonuje się tylko wówczas, gdy inna metoda nie jest możliwa lub przewiduje się krótkotrwałe 3–4 dniowe utrzymanie cewnika.

Mieszanki do żywienia pozajelitowego są kwalifikowane jako leki wysokiego ryzyka, a przygotowanie tych preparatów musi być zgodne z Prawem Farmaceutycznym.

Składniki odżywcze mieszaniny są zlecane według reguły:

- makroskładniki (aminokwasy, glukoza, tłuszcze) w gramach na dobę,
- elektrolity w milimolach na dobę,
- pierwiastki śladowe, witaminy w mililitrach na dobę,
- leki w mililitrach lub miligramach na dobę,
- insulinę w jednostkach międzynarodowych na dobę [5, 6, 7].

Preparaty stosowane w żywieniu pozajelitowym, w żywieniu parenteralnym stosuje się sześć podstawowych preparatów:

- aminokwasy – roztwory aminokwasów, dostarczają organizmowi aminokwasów potrzebnych do syntezy białek, a ich skład powinien odpowiadać składowi białek ustroju, obecnie na rynku dostępne są Aminomix, Aminosteril, KE 10%,
- węglowodany – podstawowym węglowodanem wchodzącym w skład mieszaniny odżywczej jest glukoza. Metabolizują ją wszystkie komórki ustroju, a dla mózgu, nerwów i krwinek czerwonych jest jedynym źródłem energii. Przewlekłe stosowanie glukozy jako jedynego źródła energii może doprowadzić do zaburzeń gospodarki elektrolitowej i stłuszczenia wątroby. W żywieniu pozajelitowym stosuje się roztwory glukozy.
- emulsje tłuszczowe – służą do pokrycia 30–50% zapotrzebowania energetycznego, są źródłem niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych, fosfolipidów i witaminy E [4, 5].

W skład większości emulsji tłuszczowych wchodzi także cholesterol i glicerol – w celu wyrównania ciśnienia osmotycznego. Obecnie na rynkach europejskich dostępnych jest pięć rodzajów emulsji tłuszczowych: Intralipid, emulsje tłuszczowe o składzie przypominającym Intralipid, Lipofundin S, Liposyn, Lipofundin MCT. Emulsje tłuszczowe należy przechowywać w temperaturze od +4° C do +25° C, nie wolno ich zamrażać.

- elektrolity – w czasie żywienia pozajelitowego należy podawać je wszystkie. Większość firm produkuje roztwory aminokwasów z dodatkiem elektrolitów w ilości pokrywającej przeciętne podstawowe zapotrzebowanie dobowe na sód, potas, wapń, magnez, fosforany,
- pierwiastki śladowe – podaż pierwiastków śladowych jest konieczna od początku żywienia pozajelitowego. W żywieniu pozajelitowym stosuje się mieszaniny pierwiastków śladowych np. Tracutil Addamel oraz preparaty poszczególnych pierwiastków, w celu wyrównania niedoborów lub pokrycia zwiększonego zapotrzebowania, np. na preparaty zawierające selen, cynk.
- witaminy – w żywieniu parenteralnym podaje się wszystkie witaminy, które w normalnych warunkach dostarczone były z pożywieniem. Stosuje się preparaty zawierające mieszaniny wszystkich witamin, np. Soluvit, Vitalipid oraz preparaty poszczególnych witamin, np. witaminy A+E, witaminy B1, B12, B6, witaminy C, witaminy K [3, 4, 5].

Łączenie wszystkich opisanych substancji modyfikuje się w zależności od stanu klinicznego i potrzeb żywionego pacjenta. Techniki podaży żywienia pozajelitowego, żywienie pozajelitowe chorych można prowadzić systemem wielu butelek lub jednego pojemnika „wszystko w jednym” [4]. Żywienie pozajelitowe systemem wielu butelek polega na prowadzeniu równoległego wlewu trzech roztworów odżywczych: aminokwasów, węglowodanów i emulsji tłuszczowych. Wlew aminokwasów i węglowodanów powinien być prowadzony przez całą dobę. Do roztworów aminokwasów i glukozy dodaje się pierwiastki śladowe oraz pierwiastki podstawowe, zaś do emulsji tłuszczowych – preparaty witamin. Wlew elektrolitów, tak jak glukozy, powinien być ze stałym przepływem przez całą dobę. Nagłe odstawienie wlewu stężonych roztworów węglowodanów może być przyczyną wystąpienia hipoglikemii. W trakcie prowadzenia żywienia pozajelitowego systemem wielu butelek może dojść do wystąpienia powikłań metabolicznych, takich jak hipoglikemia i hiperglikemia. Butelki z roztworami odżywczymi i mieszaninami elektrolitów muszą być przygotowywane z zachowaniem zasad jałowości chirurgicznej, bezpośrednio przed podłączeniem ich do linii żywieniowej. Wlew roztworów odżywczych powinien odbywać się równomiernie, najlepiej za pomocą pomp infuzyjnych. Prowadzenie żywienia pozajelitowego systemem wielu butelek zwiększa zużycie sprzętu jednorazowego (kraników, łączników, zestawów do przetoczeń), większa jest również możliwość wystąpienia powikłań zatorowych, metabolicznych i zakażenia linii centralnej [4, 5]. Żywienie pozajelitowe systemem jednego pojemnika „wszystko w jednym” polega na tym, że w jednym pojemniku zmieszane są w odpowiednich proporcjach wszystkie substraty odżywcze: woda, aminokwasy, roztwory węglowodanów, emulsje tłuszczowe, pierwiastki podstawowe i śladowe oraz preparaty witamin, do pojemnika mogą być dodawane niektóre leki. Prowadzenie żywienia pozajelitowego chorych systemem jednego pojemnika, zapewnia stałe stężenie w surowicy krwi i stałą prędkość wlewu wszystkich substancji odżywczych oraz leków w ciągu doby, zmniejsza się częstość występowania powikłań metabolicznych i septycznych, obniża się zużycie sprzętu jednorazowego. Powikłania żywienia parenteralnego mogą być spowodowane ominięciem naturalnej drogi odżywiania, czyli przewodu pokarmowego, oraz błędami samej metody. Powikłania żywienia parenteralnego jako metody odżywiania, zwane powikłaniami rzeczywistymi są następstwami braku bodźca pokarmowego są to:

- zanik błony śluzowej jelit ułatwiający translokację bakterii i ich toksyn,
- zanik czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki,
- zaburzenia syntezy związków powstających w przewodzie pokarmowym,
- brak jelitowego hamowania pęcherzyka żółciowego,
- zaburzenia opróżniania pęcherzyka żółciowego [3, 4].

Powikłania wynikające z błędów metody, dzielą się na:

- techniczne (mechaniczne),
- metaboliczne,
- septyczne.

Do powikłań mechanicznych należą:

- związane z założeniem cewnika: przypadkowe nakłucie tętnicy podobojczykowej, odma opłucnowa, zator powietrzny, przedziurawienie serca i naczyń, zakrzepice żyłne, zaburzenia tempa wlewu,
- niedrożność cewnika [4, 5].

Częstość powikłań mechanicznych waha się od 4 do 12,5%.

Powikłania metaboliczne są najczęściej spowodowane błędem w prowadzeniu żywienia pozajelitowego należą do nich:

- hipoglikemia spowodowana najczęściej nagłym przerwaniem wlewu mieszaniny odżywczej,
- hiperglikemia spowodowana przekroczeniem progu nerkowego dla glukozy, nadmierną podażą lub nietolerancją glukozy,
- niewydolność oddechowa spowodowana najczęściej przewodnieniem, niedoborem fosforanów i nadmierną podażą energii w postaci glukozy,
- niedobór niezbędnych kwasów tłuszczowych spowodowany żywnieniem bez udziału emulsji tłuszczowych,
- zaburzenia czynności wątroby,
- powikłania niedoborowe w następstwie niedostatecznej podaży elektrolitów, pierwiastków śladowych i witamin [3, 5].

Powikłania septyczne w postaci zakażenia cewnika stanowią najniebezpieczniejsze i często zagrażające życiu powikłanie żywienia pozajelitowego. Najczęściej są następstwem:

- zakażenia cewnika podczas wprowadzenia do żyły,
- zakażenia skóry i tkanki podskórnej w miejscu wprowadzenia cewnika,
- zakażenia tak zwanej zewnętrznej linii żywieniowej (kraniki, przedłużacze, aparaty) podczas wymiany i obsługi pojemników z płynami odżywczymi,
- zakażenia przetaczanych dożylnie płynów,
- zakażenia krwiopochodne prowadzące do kolonizacji wewnętrznej cewnika.

Zakażenie cewnika może nie dawać żadnych objawów, najczęściej jednak manifestuje się:

nagłym wzrostem temperatury ciała powyżej 38,5°C, dreszczami, tachykardią, przyspieszonym oddechem, pogorszeniem stanu ogólnego chorego występującym wkrótce po rozpoczęciu żywienia parenteralnego i ustępującym wkrótce po zatrzymaniu wlewu mieszaniny odżywczej lub usunięciu cewnika. Potwierdzeniem posocznicy odcewnikowej są dodatnie posiewy krwi pobranej przez cewnik i z końca usuniętego cewnika.

Żywnienie pozajelitowe jest ingerencją w metabolizm organizmu i może spowodować jego zaburzenia, aby ich uniknąć, a jeżeli już wystąpią, wykryć je i odpowiednio leczyć konieczne jest stałe prowadzenie wielokierunkowej oceny metabolicznej chorych żywionych pozajelitowo. Celem oceny skuteczności żywienia pozajelitowego jest:

- potwierdzenie rozpoznania wykrytych zaburzeń,
- kontrola leczenia i ocena jego skuteczności,
- zapobieganie powikłaniom [2, 3].

W tym celu dokonuje się analizy następujących elementów przemiany materii:

- równowagi kwasowo-zasadowej na początku oceniamy, co 12 godzin, później co 2–3 dni, w tym celu pobiera się krew żylną lub gdy chory ma niewydolność oddechową oraz gdy jest sztucznie wentylowany wówczas krew tętniczą,
- gospodarkę wodno-elektrolitową oznacza się, oceniając stężenie elektrolitów w surowicy krwi oraz ich wydalanie z moczem, w tym celu pobiera się krew na stężenie elektrolitów, takich jak: sód, potas, wapń, magnez, fosfor, chlor oraz os molarność w surowicy krwi,
- gospodarkę węglowodanową i tłuszczową we krwi ocenia się, oznaczając stężenie glukozy,
- trójglicerydów, cholesterolu i lipoprotein w surowicy krwi,
- gospodarkę białkową ocenia się na podstawie stężenia w surowicy krwi: białka całkowitego, albumin, mocznika, wydalania z moczem substancji azotowych oraz bilansu azotowego;
- ocenia się także funkcję nerek, wątroby, układu krzepnięcia, oceny tej dokonuje się, oznaczając stężenie w surowicy krwi mocznika i kreatyniny, aminotransferazy alaninowej, aminotransferazy asparaginowej, GGTP (Gamma-glutamylotranspeptydaza), stężenia bilirubiny, ocenia się układ krzepnięcia oraz poziom amylazy i lipazy [1, 3].

Pielęgniarka odgrywa istotną rolę w żywieniu pacjenta pozajelitowo, jest osobą bezpośrednio opiekującą się chorym, przez ciągły kontakt z chorym i wnikliwą obserwację, pierwsza wychwytyje zmiany w stanie zdrowia chorego, niebezpieczeństwa i powikłania, zgłasza je pozostałym członkom zespołu i wcześniej im zapobiega. Rola pielęgniarki rozpoczyna się już w chwili przyjęcia pacjenta do oddziału. Pielęgniarka wykonuje badania uczestniczy w zbieraniu wywiadu żywieniowego oraz pobiera krew na zlecone badania biochemiczne. Jeżeli chory zostanie zakwalifikowany do żywienia parenteralnego, obowiązkiem pielęgniarki jest założenie wkłucia obwodowego, jeżeli żywienie będzie prowadzone drogą żył obwodowych.

Przed samym zabiegiem pielęgniarka przygotowuje chorego psychicznie udzielając choremu informacji o celu i sposobie wykonania zabiegu, wyczerpująco odpowiadając na pytania chorego (uwzględniając przy tym wiek pacjenta i stan ogólny), przygotowuje również fizycznie które polega na dokładnym umyciu okolicy wkłucia wodą z mydłem i osuszeniu, starannym wyborze miejsca wkłucia oraz na ułożeniu chorego w pozycji najbardziej wygodnej dla niego, jak i dla osoby wykonującej zabieg [1, 3].

Podczas podaży płynów odżywczych oraz przerw zwraca szczególną uwagę na powikłania infekcyjne (wystąpienie cech nacieczenia tkanek, obrzęk, zblednięcie, oziębienie, ból podczas podaży płynów odżywczych, ocieplenie kończyny, zaczerwienienie skóry w miejscu wkłucia, na przebiegu żyły). Zwraca również uwagę na powikłania nieinfekcyjne tj. zaburzenia odpływu, pęknięcie naczynia żylnego, przekłucia naczynia żylnego, niedrożność naczynia żylnego, prawidłowe umocowanie kaniuli, suchość i czystość opatrunku, temperaturę ciała chorego (każdy niewyjaśniony wzrost ciepłoty ciała powinien być rozpatrywany jako możliwość zakażenia). W przypadku powstania powikłań kaniulę należy

usunąć z naczynia krwionośnego, a miejsce wkłucia jałowo zabezpieczyć [3, 4]. Jeżeli żywienie będzie prowadzone drogą żył centralnych do zadań pielęgniarki należy przede wszystkim: przygotowanie miejsca wkłucia, przygotowanie zestawu do założenia wkłucia centralnego, asystowanie lekarzowi podczas zabiegu zakładania wkłucia do naczynia centralnego. Przygotowując pole operacyjne należy wykąpać chorego, a jeśli nie jest to możliwe, starannie umyć szyję i klatkę piersiową lub inne miejsce wprowadzenia cewnika, nie wcześniej niż 2 godziny przed zabiegiem, w razie potrzeby ogolić skórę w okolicy miejsca wprowadzenia i mocowania cewnika, na 15–20 minut przed zabiegiem pielęgniarka podaje leki przeciwbólowe lub uspokajające według zleceń lekarza, przygotowuje wkłucie i zestaw potrzebny do jego założenia. Po założeniu wkłucia przez lekarza pielęgniarka zabezpiecza dojście jałowym opatrunkiem. Od momentu założenia dojścia do żyły głównej pielęgniarka prowadzi obserwację miejsca wkłucia raz na dobę oraz podczas każdej zmiany opatrunku. Podczas zmiany opatrunku wnikliwie obserwuje wkłucie, zwraca uwagę na skórę w okolicy wkłucia (pod kątem stanu zapalnego), umocowanie cewnika do skóry, prawidłowe ułożenie końca cewnika bądź przedłużacza zapobiegające cofaniu się krwi do kaniuli i zapowietrzeniu układu [3, 4, 5]. Zasadniczym zadaniem pielęgniarki w żywieniu pozajelitowym jest przygotowanie i podaż płynów odżywczych zleconych choremu. Płyny należy przygotowywać na całą dobę, bezpośrednio przed podłączeniem. Gotowy worek żywieniowy podłącza się za pomocą zestawu do przetoczeń przez pompę infuzyjną lub zestaw do przetoczenia wlewu kroplowego. Czas podaży należy ustawić na 24 godziny lub 16–18 godzin, kiedy jest podaż cykliczna (w zależności od zlecenia lekarskiego). Pompa infuzyjna pozwala na utrzymanie stałego tempa wlewu i kontrolę jego prawidłowości, co zapobiega powikłaniom metabolicznym i pozwala na utrzymanie drożności cewnika oraz precyzyjną podaż odżywczych substancji. Podczas żywienia pozajelitowego pielęgniarka cały czas monitoruje stan chorego, głównie podstawowe parametry życiowe tj. tętno, RR, temperatura mierzone wg zleceń lekarskich lub według procedury na oddziale, jego świadomość oraz wygląd ogólny, czuwa nad szczelnością połączeń linii podaży, umocowaniem cewnika i prawidłowym przebiegiem całego procesu żywieniowego. Linię żywieniową, w skład której wchodzi aparat do przetoczeń, kraniki, przedłużacze, należy zmieniać co 24 godziny wraz z rozpoczęciem nowego programu dobowego. Przed podłączeniem i po odłączeniu worka żywieniowego wkłucie należy przepłukać 5–10 cm roztworu soli fizjologicznej, gdy podaż została zakończona końcówką zabezpieczyć jałowym koreczkiem. Pielęgniarka powinna pamiętać, aby cewnik centralny wykorzystywać wyłącznie do żywienia pozajelitowego, nie pobierać krwi do badań przez cewnik, a w wypadku cewników z dwoma lub trzema światłami – jeden kanał przeznaczyć do celów żywieniowych. Wszystkie te czynności pozwalają zmniejszyć lub ograniczyć liczbę powikłań septycznych. Kolejnym etapem w żywieniu parenteralnym jest ocena jego skuteczności, tutaj pielęgniarka przede wszystkim pobiera materiał do badań, prowadzi dokładny bilans płynów, prowadzi kontrolę masy ciała chorego jeżeli można to wykonać, prowadzi dobową zbiórkę moczu [2, 3].

■ Podsumowanie

Żywnienie pozajelitowe stanowi ważny element leczenia chorych w ciężkim stanie, u których jest nie wskazane lub niemożliwe podawanie pokarmów drogą przewodu pokarmowego. Stosowanie dożylnych substancji odżywczych zapobiega niedożywieniu u pacjentów po ciężkich urazach, urazach wielonarządowych, w okresach okołoperacyjnych, w okresach po zabiegach operacyjnych, w chorobach przebiegających z upośledzonym wchłanianiem składników odżywczych. Obecnie żywienie pozajelitowe stosuje się na oddziałach intensywnej terapii, chirurgii, neurologii, interny, u pacjentów nowotworowych, pediatrii.

Bibliografia

1. Wołownicka L., Dyk D.: Anestezjologia i intensywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2014.
2. Klęk S.: Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego, Krakowskie Wydawnictwo Scientifica sp. z o.o., 2019.
3. Walewska E.: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2022.
4. Ścisło L.: Pielęgniarstwo chirurgiczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2022.
5. Noszczyk W.: Chirurgia repetytorium, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2019.
6. Jarosz M.: Normy żywienia dla populacji Polski, Instytut Żywności i Żywienia, 2017.
7. Gajda R., Kołodziejczyk A.: Podstawy żywienia człowieka z zadaniami, Wydawnictwo MedPharm Polska, 2019.

4. Szkoła promująca zdrowie w opinii uczniów szkół podstawowych

Health promoting school in the opinion of elementary school students

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

¹Absolwent Collegium Masoviense Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie

²Instytut Humanistyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

³Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

^a <https://orcid.org/0000-0002-8320-4580>

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

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

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

■ Abstrakt

Wstęp: Zadaniem szkoły jest wspieranie rozwoju nie tylko intelektualnego, ale także i psychicznego, fizycznego oraz duchowego uczniów. Edukacja zdrowotna realizowana za pośrednictwem szkoły jest integralnym elementem wychowania, przez co wszystkie dziedziny wychowania mają znaczenie dla pełnego rozwoju młodego osobnika. Kształcenie w zakresie zdrowia wspomaga kreowanie właściwych nawyków żywieniowych, higienicznych, promuje zdrowy styl życia, wskazuje jak bezpiecznie, zdrowo, aktywnie oraz nieszablonowo egzystować w szkole oraz poza nią. Reforma edukacji przeprowadzona w 2008 roku sprawiła, że do podstawy programowej dodano edukację zdrowotną, która ma na celu kreowanie wśród najmłodszych dbałości o zdrowie własne, ale i innych. Szkoła poprzez promocję zdrowia dąży do wychowania społeczeństwa świadomego podejmowanych decyzji na rzecz poprawy, jakości i stylu życia. Uczniowie powinni nauczyć się dbać o siebie, swoje środowisko, aktywnie, zdrowo i ciekawie spędzać czas wolny w zgodzie z przyrodą.

Cel pracy: Celem prezentowanego opracowania była ocena promocji zdrowia przez szkoły podstawowe na terenie miasta Biłgoraj w opinii uczniów. Prowadzone badania i analiza danych pozwoli na szersze promowanie zdrowego życia podczas edukacji szkolnej.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w okresie od 20 do 22 października 2021 roku na grupie liczącej 110 osób, uczniów szkół podstawowych w Biłgoraju. Do analizy statystycznej wykorzystano kwestionariusz ankiety składający się z 30 pytań. Uzyskane wyniki zaprezentowano przy pomocy tabel i wykresów.

Wyniki i wnioski: Najczęściej uczniowie dostatecznie ocenili promowanie przez szkołę zdrowia. Badania wskazują, że szkoła promuje zdrowie głównie poprzez naukę zachowań higienicznych. Młodzież uważa, że nie ma potrzeby poruszania tematyki poświęconej zdrowiu. W opinii uczniów higienistka szkolna oraz nauczyciele nie wpływają na kreowanie zachowań zdrowotnych. W ramach edukacji zdrowotnej prowadzonej przez szkołę uczniowie dowiedzieli się przede wszystkim, jak zdrowo żyć przez co podejmowali zdrowe zachowania, a także zwiększali aktywność fizyczną.

Słowa kluczowe: promocja zdrowia, zdrowe zachowania, szkoła, młodzież.

■ Abstract

Introduction: The task of the school is to promote not only intellectual, but also mental, physical and spiritual development. Health education implemented through the school is an integral part of education, making all areas of education important for the full development of the young individual. Health education supports the creation of proper eating and hygiene habits, promotes a healthy lifestyle, shows how to live safely, healthily, actively and unconventionally at school and outside of it. Education reform carried out in 2008 resulted in the addition of health education to the core curriculum, which aims to create among the youngest children a concern for their own health, but also that of others. Through health promotion, the school aims to raise a society that is aware of the decisions it makes to improve, quality and lifestyle. Students should learn to take care of themselves, their environment, actively, healthily and interestingly spend their leisure time in harmony with nature.

The aim of the study: The aim of the presented study was to evaluate health promotion by primary schools in the city of Biłgoraj in the opinion of students. The conducted research and data analysis will allow for wider promotion of healthy life during school education.

Material and methods: The research was carried out in the period from 20 to 22 October 2021 on a group of 110 people, primary school students in Biłgoraj. A questionnaire consisting of 30 questions was used for the statistical analysis. The obtained results are presented using tables and charts.

Results and conclusions: Most often, the students gave a satisfactory assessment of the school's promotion of health. Schools participated in the program. Research shows that the school promotes health mainly by teaching hygienic behavior. Young people think that there is no need to raise the topic of health. In the students' opinion, the school hygienist and teachers do not influence the creation of health-related behaviors. As part of the health education conducted by the school, students learned, first of all, how to live a healthy life, which allowed them to adopt healthy behaviors and increase physical activity.

Keywords: health promotion, healthy behavior, school, youth.

■ Wstęp

W latach 60. coraz powszechniej wskazywano istotność edukacji zdrowotnej w szkole [1]. Demel określał dobrą szkołę jako taką, gdzie ma miejsce realizacja zagadnień dotyczących zdrowia. To właśnie zdrowie jest konieczne do poprawnego procesu wychowawczego. W uzyskaniu pełnego zdrowia konieczna jest praca, także i ta mająca charakter pedagogiczny. Uczniowie wymagają kreowania nawyków higienicznych, postaw prozdrowotnych, aktywności fizycznej. To Demel wskazał, że wychowanie zdrowotne to integralny element procesu pedagogicznego [2, 3].

Edukacja zdrowotna jest jednym z praw wszystkich dzieci. Zdrowie jest potrzebne do edukacji, ponieważ zdrowe dziecko jest w stanie osiągać wyższe wyniki szkolne [4]. A powszechnie wiadomo, że dziecko słabe, chorowite jest mniej aktywne, mniej doświadcza i gorzej się rozwija [5]. Zdaniem szkoły jest więc wsparcie rozwoju nie tylko intelektualnego, ale także psychicznego, fizycznego, czy duchowego dziecka. Nauka o zdrowiu realizowana w warunkach szkolnych jest częścią wychowania, przez co wszelkie dziedziny wychowania mają znaczenie dla pełnego rozwoju młodego człowieka [6].

Zadaniem szkoły prócz wychowania jest edukacja zdrowotna. Przekazując dzieciom zagadnienia dotyczące zdrowia, szkoła kreuje pewne umiejętności, przekonania oraz postawy, przez co propagowany jest zdrowy styl życia. Pomimo, że proces ten jest odległy w czasie, to z pewnością da w przyszłości wymierne efekty. W okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym edukacja zdrowotna pomaga wyrobić właściwe nawyki higieniczne, wskazuje jak zdrowo żyć, wspomaga bezpieczną, aktywną, zdrową, twórczą egzystencję w jednostce oświaty.

Promowanie zdrowia w szkole ma na celu:

- informowanie jak zdrowo żyć,
- kreowanie działań życiowych, ze szczególnym naciskiem na dbałość o własne zdrowie,
- kreowanie postaw niezbędnych do utrzymania na właściwym poziomie zdrowia własnego i innych,
- rozwijanie u młodego pokolenia wiedzy, umiejętności zdrowych decyzji,
- zapewnienie warunków, by kreować zdrowie i bezpieczeństwo podczas różnych sytuacji,
- przedstawienie, pozytywnych skutków jakie niesie za sobą aktywność fizyczna,
- wskazanie zależności między nawykami żywieniowymi, a zdrowiem,
- wskazanie skutków zdrowotnych, jakie niosą za sobą różne sytuacje [7].

Edukacja zdrowotna wskazuje uczniom możliwości własnego poznawania, śledzenia swojego rozwoju, identyfikacji oraz rozwiązywania własnych problemów, to poznawanie samego siebie. Poprzez naukę o zdrowiu można poznać istotę zdrowia, czynniki na nie wpływające, możliwości dbania o nie. Nauka zdrowia kreuje działania na rzecz zdrowia w domu, szkole, pracy, w społeczności lokalnej [8]. W ramach podstawy programowej edukacja zdrowotna to szereg zagadnień, odnoszących się między innymi do aktywności fizycznej, odżywiania, higieny osobistej i otoczenia, profilaktyki uzależnień. Odpowiednia edukacja zdrowotna wpływa na zdrowie dzieci i młodzieży, jednakże to środowisko rodzinne

ma największe znaczenie dla kreowania zdrowych zachowań, ponieważ nawyki utrwalone w dzieciństwie, dają efekty w dorosłym życiu [9].

Dzięki edukacji zdrowotnej możliwe jest:

- zapobieganie zaburzeniom, a także zachowaniom stanowiącym zagrożenie dla zdrowia (np. narkotyki),
- zaadaptowanie do zachodzących zmian rozwojowych, trudności życia codziennego [10].

Zatem regularnie podejmowana szkolna edukacja zdrowotna stanowi najlepszą oraz najbardziej opłacalną formę inwestycji w zdrowie społeczeństwa [4].

■ Rozwinięcie

Reforma edukacyjna przeprowadzona w 2008 roku miała za zadanie uświadomić, że za pośrednictwem szkoły ma miejsca edukacja zdrowotna, gdzie kreowana jest dbałość o zdrowie własne oraz innych i umiejętność tworzenia środowiska, które wpływa pozytywnie na zdrowie [11]. Szkoły realizują edukację zdrowotną, jako proces ciągły, systematyczny, zaplanowany i poddawany ciągłemu monitorowaniu, gdzie celem jego jest tworzenie świadomości, motywacji, postaw, kreowanie wiedzy, umiejętności, przekonań ucznia. Działania te mają skutkować wyrobieniem w młodych osobnikach postaw zdrowotnych, które w późniejszym życiu w swoim środowisku wykorzystają [6].

Reformy edukacji sprawiły, że zagadnienia edukacji zdrowotnej powiązano z zajęciami wychowania fizycznego. A nie od dziś wiadomo, że dozowana w odpowiednich ilościach aktywność fizyczna ma bardzo duży wpływ na rozwój fizyczny, jak i umysłowy dziecka [12]. Edukacja zdrowotna zatem, to nie odrębny przedmiot lecz tylko treści, o których wspomina się podczas zajęć dydaktyczno-wychowawczych. Edukacja zdrowotna jest skuteczna wówczas, gdy dzieci przeniosą wiedzę do zachowań w swoim codziennym życiu. W poprzednich latach edukacja zdrowotna realizowana w szkole odnosiła się do kwestii zdrowia fizycznego, higieny, profilaktyki chorób, czy urazów. Obecnie coraz powszechniej zwraca się szczególną uwagę na zaburzenia i problemy psychiczne, ponieważ stanowią one coraz większy problem społeczny (15–20%). Kolejnym poruszonym elementem w edukacji zdrowotnej jest kreowanie umiejętności życiowych, wynikających z przeobrażeń społecznych, gospodarczych, ekonomicznych [2].

Szkoła w odniesieniu do zdrowia fizycznego powinna zapewnić uczniom: zdrowe posiłki, dostęp do wody, odpowiednie zaplecze sanitarno-epidemiologiczne (czystość w szkołach oraz najbliższym otoczeniu) oraz dostosowane meble szkolne, warunkujące prawidłową postawę ciała [8]. Poza domem dziecko większość czasu spędza bowiem w szkole, i to właśnie szkoła jest środowiskiem mogącym znacząco wpływać na kreowanie nawyków prozdrowotnych. Nauka o zdrowiu realizowana w warunkach szkolnych ma istotne znaczenie, choć jeszcze większe odgrywa tu nauczyciel. To między innymi jego zadaniem oraz obowiązkiem jest promowanie zdrowia, co sprzyja rozwijaniu u młodego pokolenia umiejętności podejmowania odpowiednich decyzji i rozwiązywania problemów, co wspiera dobre prozdrowotne wybory. We współczesnej edukacji nie dąży się do nauczania, a do uczenia się. Zmieniła się również rola nauczyciela i ucznia. W przypadku promowania zdrowia w szkole nauczyciel:

- to przewodnik, który doradza i staje się liderem wobec ucznia,
- nie ma roli wszechwiedzącego znawcy, mistrza, guru. W swoich opiniach ogranicza się, nie komentuje, nie narzuca własnego zdania,
- może mieć prawo do nie wiedzy, przez co prawo do uczenia się,
- organizuje proces edukacji, dając zadania, motywując do pracy,
- ma umiejętności porozumiewania się z uczniami, które ciągle ulepsza,
- kreuje atmosferę zaufania, poczucia bezpieczeństwa,
- potrafi utrzymać właściwą atmosferę, pomiędzy oczekiwaniem i potrzebami podopiecznych.

Natomiast uczeń:

- nie jest „białą kartką”, ma jakąś wiedzę, czy doświadczenie, które może zostać wykorzystane do uczenia się,
- to osoba, mająca potrzeby, które trzeba brać pod uwagę,
- musi być zachęcany by samodzielnie uczył się, zdobywał doświadczenie,
- musi być uczonej tolerancji, odpowiedzialności za wiedzę, którą ma,
- musi być przekonywany, by stosował zdobytą wiedzę i umiejętności podczas codziennego życia [9].

Zatem w promocji zdrowia nauczyciel nie jest tylko prowadzącym zajęcia, ekspertem, mistrzem, ale także staje się przewodnikiem, animatorem, kreatorem.

Należy też wspomnieć o istotnej roli pielęgniarki szkolnej, wykonującej swoją pracę w pełni samodzielnie [13]. Rolą pielęgniarki szkolnej jest udzielanie pomocy jednostkom oraz grupom uczniów [14], opieka na terenie szkoły podczas edukacji, jak również opieka nad uczniami chorymi przewlekle, czy mającymi zaburzenia zdrowia i rozwoju [15]. Higienista może być także inicjatorką zajęć dodatkowych, zachęcających młodzież do podejmowania różnych form aktywności fizycznej, np. aerobiku, karate, gimnastyki korekcyjnej, itp. Pielęgniarka szkolna może także inicjować działania propagujące realizację programów profilaktycznych w szkole. Działania tego typu będą miały na celu:

- wskazanie reguł obowiązujących w kwestii zdrowego sposobu odżywiania,
 - wskazanie korzyści płynących ze zdrowego odżywiania,
 - wskazanie negatywnych skutków żywności typu fast food, wysoko przetworzonej, słodczy, napoi gazowanych,
 - zachęcanie do podejmowania różnych form aktywności fizycznej [16].
- W kwestii promocji zdrowia zadaniem higienistki szkolnej jest także:
- edukacja zdrowotna nie tylko uczniów, ale także ich rodziców,
 - mobilizowanie uczniów, oraz rodziców, by korzystali z porad specjalistów, gdy występuje problem zdrowotny,
 - organizowanie zielonych szkół, wyjazdów zdrowotnych,
 - uświadamianie zagrożeń, obecnie pojawiających się (narkotyki, alkohol, papierosy) [17, 18].

■ Cel pracy

Celem niniejszego artykułu była ocena promocji zdrowia przez szkoły podstawowe na terenie miasta Biłgoraj w opinii uczniów. Praca ma charakter empiryczny. Dla realizacji założonego celu artykułu przeprowadzono badania ankietowe na grupie liczącej 110 osób, uczniów szkoły podstawowej. Badania były prowadzone na lekcji wychowawczej.

■ Materiał i metody

Do realizacji badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, gdzie jako technikę zastosowano ankietę, do przeprowadzenia której opracowano autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 30 pytań, z możliwością wskazania zazwyczaj jednej odpowiedzi. Uzyskane w trakcie prowadzenia badań wyniki zostały zebrane i przedstawione w postaci graficznej w niniejszym artykule.

■ Wyniki badań

Zdaniem 39,1% ankietowanych szkoła, do której uczęszczają, raczej dbała o zdrowie i dobre samopoczucie uczniów. Zdecydowanie dostrzegało działania szkoły zmierzające do dbałości o zdrowie i samopoczucie uczniów 5,5% respondentów. Tylko sporadycznie obserwowało działania szkoły ukierunkowane na dbałość o zdrowie i samopoczucie uczniów 30,0% badanych, a w ogóle nie dostrzegało takich działań 12,7% osób. Nie miało zdania w tej kwestii 12,7% uczniów – Tabela 1.

Tabela 1. Opinia na temat dbania przez szkołę o zdrowie i dobre samopoczucie uczniów

Jak Pan/i uważa, czy szkoła, do której uczęszczasz dba o zdrowie i dobre samopoczucie uczniów?	Częstość	Procent
Raczej tak, ponieważ niektóre działania mają na celu dbałość o zdrowie i samopoczucie uczniów	43	39,1
Zdecydowanie tak, ponieważ często realizowane są działania mające na celu dbałość o zdrowie i samopoczucie uczniów	6	5,5
Raczej nie, ponieważ bardzo sporadycznie obserwuje się działania ukierunkowane na dbałość o zdrowie i samopoczucie uczniów	33	30,0
Nie, ponieważ nigdy nie realizowano żadnych działań mających na celu dbałość o zdrowie i samopoczucie uczniów	14	12,7
Nie mam zdania	14	12,7
Ogółem	110	100,0

Źródło: opracowania własne.

W opinii 33,6% uczniów, szkoła raczej realizowała edukację zdrowotną, bowiem czasami poruszana była taka tematyka. Tylko 5,5% badanych uznało, że bardzo często w szkole poruszane były tematy zdrowotne. Grupa 35,5% respondentów stwierdziła, że szkoła raczej nie prowadzi edukacji zdrowotnej, a zdecydowanie nie dostrzegało takich działań 7,3% uczniów. Nie potrafiło ocenić, czy szkoła do której uczęszczają prowadzi edukację zdrowotną 18,2% ankietowanych – Tabela 2.

Tabela 2. Opinia o realizowaniu przez szkołę edukacji zdrowotnej

Jak Pan/i uważa, czy szkoła, do której uczęszczasz realizuje edukację zdrowotną?	Częstość	Procent
Raczej tak, ponieważ od czasu do czasu porusza się tematykę zdrowotną	37	33,6
Tak, ponieważ bardzo często porusza się tematykę zdrowotną	6	5,5

Jak Pan/i uważa, czy szkoła, do której uczęszczasz realizuje edukację zdrowotną?	Częstość	Procent
Raczej nie, ponieważ bardzo rzadko porusza się tematykę zdrowotną	39	35,5
Nie, ponieważ nigdy nie porusza się tematyki zdrowotnej	8	7,3
Nie mam zdania	20	18,2
Ogółem	110	100,0

Źródło: opracowania własne.

Bardzo dobrze oceniło poziom wiedzy uzyskanej w szkole na temat zdrowia 2,7% uczniów, a dobrze oceniło swoją wiedzę z tego zakresu 33,6% badanych. Niemal połowa ankietyowanych (45,5%) uznała, że wiedza uzyskana w szkole na temat zdrowia była u nich na poziomie przeciętnym. Źle oceniło ją 12,7% ankietyowanych, a bardzo źle 5,5% osób – Tabela 3.

Tabela 3. Samoocena poziomu wiedzy o zdrowiu uzyskanego w szkole

Jak oceniasz poziom swojej wiedzy o zdrowiu pozyskany w szkole?	Częstość	Procent
Bardzo dobrze	3	2,7
Dobrze	37	33,6
Przeciętnie	50	45,5
Źle	14	12,7
Bardzo źle	6	5,5
Ogółem	110	100,0

Źródło: opracowania własne.

Większość ankietyowanych (59,1%) uznało, że raczej istnieje potrzeba edukacji uczniów w zakresie zdrowia, bowiem może to pozytywnie wpłynąć na zachowania zdrowotne. Zdecydowanie zgodziło się z tym stwierdzeniem 30,0% badanych. Tylko nieliczni respondenci raczej nie dostrzegali potrzeby edukowania uczniów w zakresie zdrowia (3,6%) lub nie mieli zdania na ten temat (7,3%) – Tabela 4.

Tabela 4. Wyrażanie opinii o potrzebie edukowania uczniów w zakresie zdrowia

Twoim zdaniem, czy istnieje potrzeba edukowania uczniów w zakresie zdrowia?	Częstość	Procent
Raczej tak, edukowanie w szkole może pozytywnie wpłynąć na zachowania zdrowotne	65	59,1
Zdecydowanie tak, edukowanie w szkole istotnie pozytywnie wpływa na zachowania zdrowotne	33	30,0
Raczej nie, szkoła ma minimalny wpływ na zachowania zdrowotne	4	3,6
Nie mam zdania	8	7,3
Ogółem	110	100,0

Źródło: opracowania własne.

Uczniowie najczęściej twierdzili (62,7%), że ich szkoła uczestniczyła w programie „Owoce i warzywa w szkole”, ale tylko w młodszych klasach. Obecnie korzystało z tego programu tylko 3,6% uczniów. Nigdy nie brało udziału w tym programie 1,8% ankietowanych, natomiast 31,8% respondentów nie wiedziało, czy było objętych tym programem – Tabela 5.

Tabela 5. Dysponowanie wiedzą, czy szkołą uczestniczyła w programie „Owoce i warzywa w szkole”

Posiadasz wiedzę, czy Twoja szkoła uczestniczy w programie "Owoce i warzywa w szkole"?	Częstość	Procent
Tak, uczestniczy, otrzymywałem/am/ otrzymuję w szkole owoce i warzywa	4	3,6
Tak, uczestniczy, otrzymywałem/am w szkole owoce i warzywa, ale tylko w młodszych klasach	69	62,7
Nie, nigdy nie otrzymywałem/am i nie otrzymuję w szkole owoców i warzyw	2	1,8
Nie wiem	35	31,8
Ogółem	110	100,0

Źródło: opracowania własne.

Uczniowie twierdzili, że szkoła promuje zdrowie głównie poprzez naukę zachowań higienicznych (41,8%). Co piąty badany (20,0%) uznał, że szkoła przekazuje korzyści płynące z aktywności fizycznej. W opinii 19,1% respondentów szkoła wdraża zagadnienia zdrowotne w podstawie programowej. Inne metody realizacji przez szkołę promocji zdrowia wskazało 18,2% osób. Nieliczni uznali, że szkoła w ramach promocji zdrowia przekazuje informacje z zakresu prawidłowego odżywiania się (13,6%), prowadzi programy edukacyjne, konkursy (12,7%) lub przekazuje korzyści płynące z samobadania i profilaktyki (6,4%) – Tabela 6.

Tabela 6. Sposoby promocji zdrowia przez szkołę

	Częstość	Procent
Przekazuje korzyści płynące z samobadania i profilaktyki	7	6,4%
Prowadzi programy edukacyjne, konkursy itp.	14	12,7%
Przekazuje informację z zakresu prawidłowego odżywiania się	15	13,6%
Inny sposób	20	18,2%
Wdraża zagadnienia zdrowotne w podstawie programowej	21	19,1%
Przekazuje korzyści płynące z aktywności fizycznej	22	20,0%
Uczy zachowań higienicznych	46	41,8%

*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej, niż jedną odpowiedź

Źródło: opracowania własne.

Lekcja biologii była najczęściej wymieniana przez uczniów (51,8%), jako przedmiot, na którym uzyskali najwięcej informacji o promocji zdrowia. Rzadziej temat ten poruszany był na godzinie wychowawczej (21,8%), innych przedmiotach (18,2%), czy wychowaniu fizycznym (17,3%). W nielicznych przypadkach o promocji zdrowia uczniowie dowiadywali się najczęściej na wychowaniu do życia w rodzinie (3,6%) lub geografii (0,9%) – Tabela 7.

Tabela 7. Przedmiot, w ramach którego uczniowie uzyskali najwięcej informacji w kwestii promocji zdrowia

	Częstość	Procent
Geografia	1	0,9%
Wychowanie do życia w rodzinie	4	3,6%
Wychowanie fizyczne	19	17,3%
Inne przedmioty	20	18,2%
Godzina wychowawcza	24	21,8%
Biologia	57	51,8%

*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej, niż jedną odpowiedź

Źródło: opracowania własne.

Zdaniem 19,1% uczniów, informacje odnośnie edukacji zdrowotnej można u nich w szkole uzyskać tylko i wyłącznie u higienistki. Wyłącznie w bibliotece szkolnej mogło uzyskać takie informacje 0,9% badanych, a jednocześnie u higienistki i w bibliotece szkolnej 15,5% osób. Grupa 19,1% uczniów stwierdziła, że w ich szkole nie ma miejsca, w którym można uzyskać informacje odnośnie edukacji zdrowotnej.

Znaczna część ankietowanych (45,5%) nie wiedziała, czy szkoła dysponuje wydzielonym miejscem, gdzie dostępne są informacje na temat edukacji zdrowotnej – Tabela 8.

Tabela 8. Opinia o posiadaniu przez szkołę miejsca, gdzie można uzyskać informację odnośnie edukacji zdrowotnej

Według Ciebie szkoła do której uczęszczasz dysponuje miejscem, gdzie można uzyskać informację odnośnie edukacji zdrowotnej?	Częstość	Procent
Tak, tylko i wyłącznie u higienistki	21	19,1
Tak, tylko i wyłącznie w bibliotece (książki, czasopisma)	1	,9
Tak, u higienistki i w bibliotece	17	15,5
Nie, nie ma tego typu miejsc	21	19,1
Nie wiem	50	45,5
Ogółem	110	100,0

Źródło: opracowania własne.

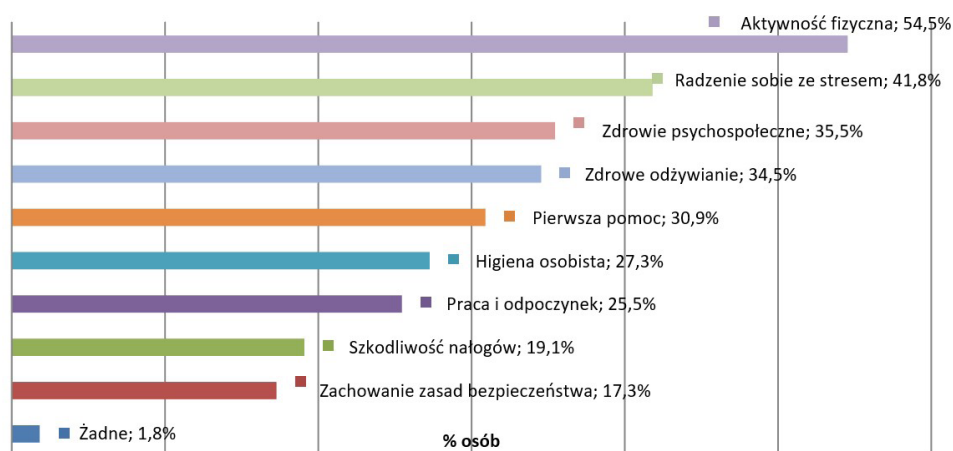
Co czwarty uczeń przyznał (25,5%), że powinien być nowy przedmiot poświęcony edukacji zdrowotnej, ale nie przez cały okres edukacji. Zdaniem 36,4% osób nie ma potrzeby poruszania tematyki poświęconej zdrowiu. Nie miało zdania w tym temacie 38,2% badanych – Tabela 9.

Tabela 9. Opinia o potrzebie wprowadzenia nowego przedmiotu poświęconego edukacji zdrowotnej

Uważasz, że powinien być nowy przedmiot poświęcony edukacji zdrowotnej?	Częstość	Procent
Tak, lecz nie przez cały okres edukacji	28	25,5
Nie, nie ma potrzeby poruszania tematyki poświęconej zdrowiu	40	36,4
Nie wiem	42	38,2
Ogółem	110	100,0

Źródło: opracowania własne.

Uczniowie byli najczęściej zainteresowani w zakresie edukacji zdrowotnej tematami dotyczącymi aktywności fizycznej (54,5%), radzenia sobie ze stresem (41,8%), zdrowia psychospołecznego (35,5%) oraz zdrowego odżywiania (34,5%). Mniejszym zainteresowaniem cieszyła się tematyka pierwszej pomocy (30,9%), higieny osobistej (27,3%), pracy i odpoczynku (25,5%), szkodliwości nałogów (19,1%), czy zachowania zasad bezpieczeństwa (17,3%). W ogóle nie interesowało się tematyką zdrowia 1,8% ankietowanych – Rycina 1.



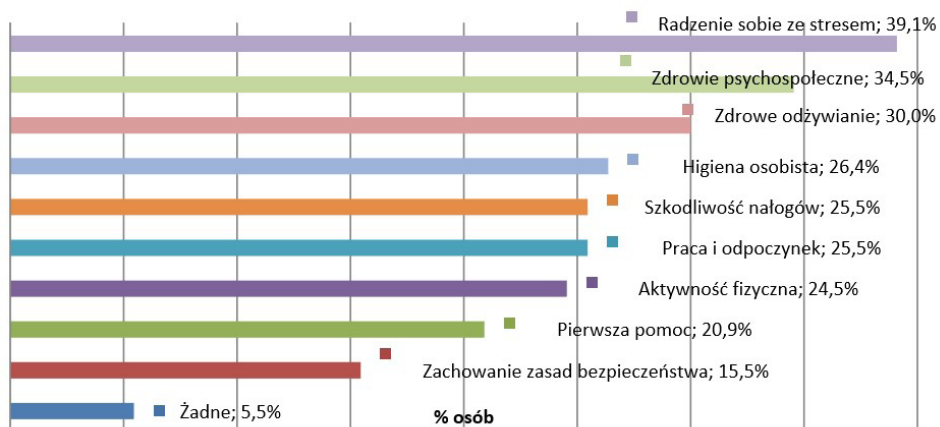
Rycina 1. Zainteresowanie tematyką zdrowotną

*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej, niż jedną odpowiedź

Źródło: opracowania własne.

Uczniowie twierdzili, że uzyskaliby więcej informacji na temat radzenia sobie ze stresem (39,1%), zdrowia psychospołecznego (34,5%), czy zdrowego odżywiania (30,0%). Rzadziej badani byli zainteresowani poruszeniem takich tematów,

jak higiena osobista (26,4%), szkodliwość nałogów (25,5%), praca i odpoczynek (25,5%), aktywność fizyczna (24,5%), pierwsza pomoc (20,9%), bądź zachowanie zasad bezpieczeństwa (15,5%). Brak konieczności poszerzenia zagadnień o tematyce zdrowotnej wyraziło 5,5% uczniów – Rycina 2.



Rycina 2. Zagadnienia o tematyce zdrowotnej, które uczniowie chcieliby rozszerzyć

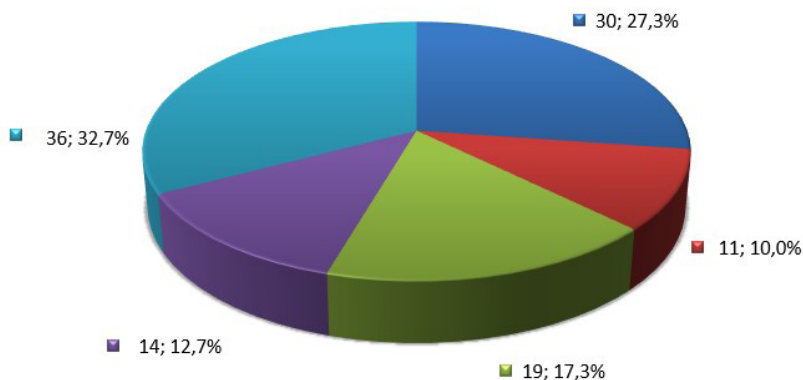
*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej, niż jedną odpowiedź

Źródło: opracowania własne.

Zdecydowany wpływ szkoły na kreowanie zachowań zdrowotnych dostrzegało 10,0% uczniów, a raczej widziało takie działania 27,3% badanych. W opinii 12,7% ankietowanych szkoła zdecydowanie nie wpływała na kreowanie zachowań zdrowotnych, natomiast 17,3% respondentów raczej nie widziało, by szkoła oddziaływała znacząco w tej kwestii. Nie miało zdania na ten temat 32,7% uczniów – Rycina 3.

Grupa 44,5% uczniów uważała, że higienistka szkolna promuje zdrowie poprzez służyć pomocą w problemach zdrowotnych. Prowadzenie zajęć edukacyjnych przez higienistkę szkolną wskazało 9,1% badanych, a 3,6% osób uznało, że w inny sposób kreuje ona zachowania zdrowotne. W opinii 42,7% respondentów, higienistka szkolna nie uczestniczy w promowaniu zdrowia – Rycina 4.

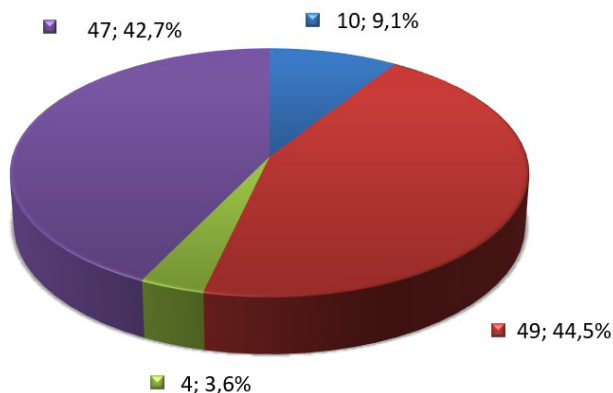
- Raczej tak, szkoła w pewnym stopniu wpływa na kreowanie zachowań zdrowotnych
- Zdecydowanie tak, szkoła ma ogromny wpływ na kreowanie zachowań zdrowotnych
- Raczej nie, szkoła nie jest miejscem kreowania zachowań zdrowotnych
- Zdecydowanie nie, szkoła w ogóle nie wpływa na kreowanie zachowań zdrowotnych
- Nie mam zdania



Rycina 3. Opinia o kreowaniu przez szkołę zachowań zdrowotnych

Źródło: opracowania własne.

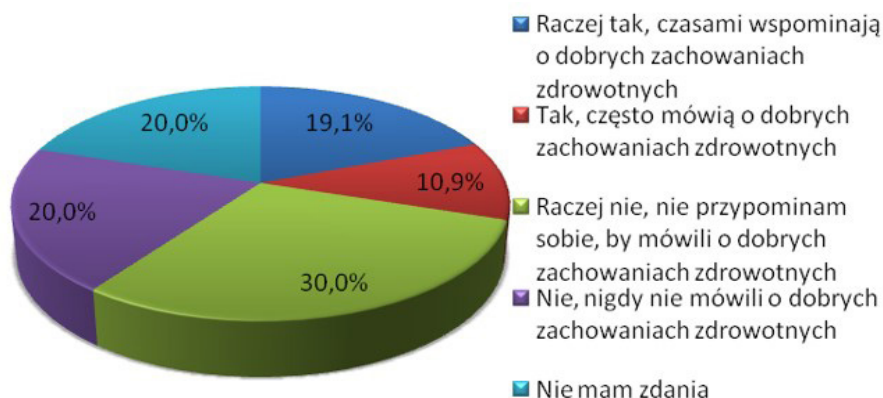
- Prowadzi zajęcia edukacyjne
- Służy pomocą w problemach zdrowotnych
- Inaczej
- Nie uczestniczy w promowaniu zdrowia



Rycina 4. Opinia o uczestniczeniu higienistki szkolnej w promowaniu zdrowia

Źródło: opracowania własne.

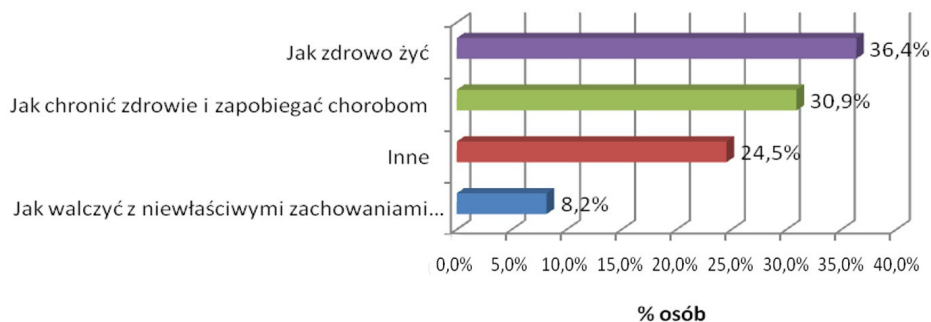
Grupa 10,9% uczniów przyznała, że nauczyciele często mówią o zachowaniach antyzdrowotnych. Zdaniem 19,1% respondentów nauczyciele raczej wspominają o złych nawykach zdrowotnych. Połowa uczniów uznała, że nauczyciele raczej nie (30,0%) lub zdecydowanie nie (20,0%) mówili o zachowaniach antyzdrowotnych. Nie miało zdania w tej kwestii 1/5 uczniów (20,0%) – Rycina 5.



Rycina 5. Opinia o zwracaniu przez nauczyciela uwagi na zachowania antyzdrowotne

Źródło: opracowania własne.

W ramach edukacji zdrowotnej prowadzonej przez szkołę uczniowie dowiedzieli się przede wszystkim, jak zdrowo żyć (36,4%), jak chronić zdrowie i zapobiegać chorobom (30,0%). Inne informację z tego zakresu pozyskało 24,5% badanych, a 8,2% osób dowiedziało się, jak walczyć z niewłaściwymi zachowaniami zdrowotnymi – Rycina 6.



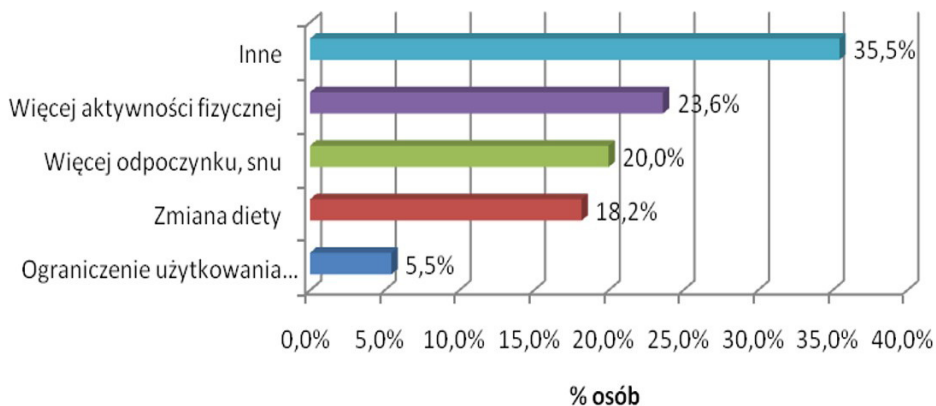
Rycina 6. Informacje uzyskane w ramach edukacji zdrowotnej prowadzonej przez szkołę

*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej, niż jedną odpowiedź

Źródło: opracowania własne.

Dzięki edukacji zdrowotnej uczniowie wskazywali podejmowanie najczęściej innych zachowań zdrowotnych (35,5%), wskazując wśród nich najczęściej brak jakichkolwiek zmian. Zwiększyło swoją aktywność fizyczną 23,6% ankietowanych, więcej odpoczywało 20,0% osób, a zmieniło dietę 18,2% respondentów.

Nieliczni uczniowie ograniczyli użytkowanie telewizji, telefonu, komputera (5,5%) – Rycina 7.



Rycina 7. Działania podjęte dzięki szkolnej edukacji zdrowotnej dla poprawy własnego zdrowia

*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej, niż jedną odpowiedź

Źródło: opracowania własne.

■ Dyskusja

W badaniach podjęto próbę oceny promocji zdrowia przez szkoły podstawowe na terenie miasta Biłgoraj w opinii uczniów. Najczęściej uczniowie dostatecznie ocenili promowanie przez szkołę zdrowia (34,5%). W badaniach Charzyńskiej-Guli i wsp. bardzo duży odsetek badanych uczniów (72%) wskazał, że ich szkoły nie prowadzą zajęć poruszających tematykę zachowań zdrowotnych, czemu zaprzeczyło tylko 28% ankietowanych [19].

Założono, że realizacja promocji zdrowia przez szkoły podstawowe na terenie miasta Biłgoraj odbywa się poprzez uczestnictwo w programach typu „Owoce i warzywa w szkole”, gdzie badania własne wskazały, że było to realizowane tylko w młodszych klasach (62,7%). Uczniowie twierdzili, że szkoła promuje zdrowie głównie poprzez naukę zachowań higienicznych (41,8%). Co piąty badany (20,0%) uznał, że szkoła przekazuje korzyści płynące z aktywności fizycznej. W opinii 19,1% respondentów szkoła wdraża zagadnienia zdrowotne w podstawie programowej. Inne metody realizacji przez szkołę promocji zdrowia wskazało 18,2% osób. Nieliczni uznali, że szkoła w ramach promocji zdrowia przekazuje informacje z zakresu prawidłowego odżywiania się (13,6%), prowadzi programy edukacyjne, konkursy (12,7%) lub przekazuje korzyści płynące z samobadania i profilaktyki (6,4%).

Podjmując badania zakładało się, że szkoły podstawowe posiadają dobre przygotowanie do realizacji zagadnień z zakresu promocji zdrowia. Analiza odpowiedzi wskazała, że lekcja biologii była najczęściej wymieniana przez uczniów (51,8%), jako przedmiot, na którym uzyskali najwięcej informacji o promocji zdrowia. Rzadziej temat ten poruszany był na godzinie wychowawczej (21,8%), innych

przedmiotach (18,2%), czy wychowaniu fizycznym (17,3%). W nielicznych przypadkach o promocji zdrowia uczniowie dowiadawali się najczęściej na wychowaniu do życia w rodzinie (3,6%) lub geografii (0,9%). Przytoczone badania wskazują, że stan faktyczny jest odmienny od założeń programowych, gdzie edukacja zdrowotna powinna być realizowana w ramach zajęć z wychowania fizycznego [20]. Autorskie badania są odmiennie od tych otrzymanych przez Szkudlarek A., i wsp., gdzie respondenci wskazywali, że tylko na lekcji wychowania fizycznego nauczycielowi zdarzało się omawiać kwestie dotyczące edukacji zdrowotnej (52%). Niepokojący jest fakt, że dość liczna grupa wskazała, że na lekcjach wychowania fizycznego nigdy nie były poruszane treści zachowań prozdrowotnych (32%) [21].

Zdaniem 19,1% uczniów, informacje odnośnie edukacji zdrowotnej można u nich w szkole uzyskać tylko i wyłącznie u higienistki. Grupa 19,1% uczniów stwierdziła, że w ich szkole nie ma miejsca, w którym można uzyskać informacje odnośnie edukacji zdrowotnej. Znaczna część ankietowanych (45,5%) nie wiedziała, czy szkoła dysponuje wydzielonym miejscem, gdzie dostępne są informacje na temat edukacji zdrowotnej. Wysoko lub bardzo wysoko oceniło umiejętność przekazywania informacji z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole 19,1% badanych, a średnio oceniło tę umiejętność 45,5% uczniów. Według 20,9% respondentów, informacje o edukacji zdrowotnej w szkole przekazywane były na niskim poziomie, a w opinii 14,5% osób poziom ten był bardzo niski. Co czwarty uczeń przyznał (25,5%), że powinien być nowy przedmiot poświęcony edukacji zdrowotnej, ale nie przez cały okres edukacji. Również w publikacji Truszkiewicz A., i wsp. znajduje się opinia uczniów, gdzie większość z nich (71%) opowiada się za wprowadzeniem nowego przedmiotu dotyczącego edukacji zdrowotnej [22].

W kwestii zagadnień z edukacji zdrowotnej tematami najchętniej poruszonymi była: aktywność fizyczna (54,5%), radzenie sobie ze stresem (41,8%), zdrowie psychospołeczne (35,5%) oraz zdrowe odżywianie (34,5%). Mniejszym zainteresowaniem cieszyła się tematyka pierwszej pomocy (30,9%), higieny osobistej (27,3%), pracy i odpoczynku (25,5%), szkodliwości nałogów (19,1%), czy zachowania zasad bezpieczeństwa (17,3%). Uczniowie twierdzili, że chętnie uzyskaliby więcej informacji na temat radzenia sobie ze stresem (39,1%), zdrowia psychospołecznego (34,5%), czy zdrowego odżywiania (30,0%). Rzadziej badali byli zainteresowani poruszeniem takich tematów jak: higiena osobista (26,4%), szkodliwość nałogów (25,5%), praca i odpoczynek (25,5%), aktywność fizyczna (24,5%), pierwsza pomoc (20,9%), bądź zachowanie zasad bezpieczeństwa (15,5%). W innych badaniach o podobnej tematyce uczniów gimnazjum interesowały nieco odmiennie tematy: pierwsza pomoc (45%), profilaktyka chorób (30%). W przypadku licealistów najbardziej byli oni zainteresowani profilaktyką chorób (54%), pierwszą pomocą (18%), zdrowym odżywianiem (14%) [22]. Grad T., wskazuje, że młodzież deklaruje chęć zdobywania wiedzy w jaki sposób udzielać pomocy przed medycznej, co wskazuje na niedobór wiedzy w tym zakresie [23].

Twierdzi się, że w szkole osobami kompetentnymi w kwestii kreowania zdrowego stylu życia jest higienistka oraz nauczyciele. Grupa 44,5% uczniów uważała, że higienistka szkolna promuje zdrowie poprzez służenie pomocą w problemach zdrowotnych. W opinii 42,7% respondentów, higienistka szkolna nie uczestniczy w promowaniu zdrowia. Uczniowie w większości wskazywali niewielki wpływ

higienistki na kreowanie zachowań zdrowotnych. Pracę pielęgniarek szkolnych w kwestii promowania zdrowia źle ocenia większość młodzieży, na co wskazują w swoich badaniach Piątek A., i Koszołko M., [24] oraz Leńczuk-Gruby A., i wsp. [25]. Wojciechowska M., i Piejak M. uznają, że jest to podyktowane brakiem godzin przeznaczonych na edukację zdrowotną, nadmiarem obowiązków, problemami z współpracą z rodzicami uczniów, czy nauczycielami [26].

Obowiązkiem szkoły poprzez codzienną działalność jest promocja zdrowia. Działania te powinny być realizowane przez wszystkich pracowników w tym nauczycieli. Rolą nauczyciela nie jest tylko pomoc w kreowaniu postaw zdrowotnych, uczniów, ale również zrozumienie ich znaczenia. Wszelkie działania powinny dawać wskazówkę jak obrać właściwą drogę oraz jak nią podążać. Niektórzy kojarzą nauczyciela wychowania fizycznego jako osobę kompetentną do propagowania zdrowia [21]. Reforma systemu edukacji sprawiła, że nałożono na nauczycieli ogrom obowiązków, gdzie konieczne jest posiadanie właściwej wiedzy o zdrowiu [27]. Szereg badań naukowych skupia się na ocenie i opinii odpowiedniego przygotowania nauczycieli do realizacji zagadnień w kwestii edukacji zdrowotnej [28, 29, 30, 31, 32, 33]. W badaniach własnych stwierdzono, że nauczyciele przekazują ograniczone informacje, gdzie promowane jest zdrowie. Zdaniem 19,1% respondentów nauczyciele raczej wspominają o złych nawykach zdrowotnych. Połowa uczniów uznała, że nauczyciele raczej nie (30,0%) lub zdecydowanie nie (20,0%) mówili o zachowaniach antyzdrowotnych. Zupełny brak wpływu nauczycieli na kreowanie zachowań zdrowotnych wskazało 23,6% uczniów, a w opinii 30,0% badanych wpływ ten był niezbyt istotny. Dość istotnie postrzegano rolę nauczycieli w kreowaniu zachowań zdrowotnych 32,7% respondentów, a nieliczni badani określili ten wpływ, jako istotny (10,0%) lub bardzo istotny (3,6%). Krajewska M., i wsp. wskazują, że nauczyciele albo nie są wcale przygotowani do zajęć z wychowania zdrowotnego lub mają duże deficyty wiedzy, przez co są kłopoty z rozpoznaniem potrzeb zdrowotnych uczniów, a tym samym prowadzeniem zajęć [34]. Natomiast w innych badaniach podkreśla się pozytywną rolę nauczycieli, dzięki którym uczniowie dostrzegają istotę zagrożeń, wynikających z niewłaściwego stylu życia czy kształtowanie zachowań prozdrowotnych [35].

Reasumując, pomimo nie zawsze dobrej oceny edukacji zdrowotnej realizowanej w szkole na podstawie badań własnych stwierdzić można, że uczniowie dowiedzieli się przede wszystkim, jak zdrowo żyć (36,4%), jak chronić zdrowie i zapobiegać chorobom (30,0%), jak walczyć z niewłaściwymi zachowaniami zdrowotnymi (8,2%). Dzięki edukacji zdrowotnej uczniowie wskazywali zwiększenie aktywności fizycznej 23,6%, odpoczynku – 20,0%, zmianę diety 18,2%. Nieliczni uczniowie ograniczyli użytkowanie telewizji, telefonu, komputera (5,5%). Tylko 6,4% uczniów czuło się zdecydowanie zachęconych do dbania o siebie, dzięki nauce o zdrowiu prowadzonej w szkole.

Co do oceny wpływu szkoły na kreowanie zachowań zdrowotnych, to raczej nie zauważono, by edukacja szkolna znacząco przyczyniła się do dbania o zdrowie. Przytoczone wyniki autorskich badań potwierdzają spostrzeżenia innych autorów Woynarowskiej B., Cendrowskiego Z., [36], Piechaczek W., [37], Charzyńskiej-Guli M., [38], gdzie obserwuje się niewłaściwe i niewystarczające promowanie zdrowia w szkołach realizowane w ramach edukacji zdrowotnej. W szkołach podstawowych

można zaobserwować elementy modelu uczestniczącego, promującego natomiast w gimnazjach oraz liceach funkcjonuje głównie model autorytatywny [39]. Badania własne oraz analiza piśmiennictwa [40, 41] potwierdza złą opinię o działaniach i efektach edukacji zdrowotnej, realizowanej w oparciu o aktualną podstawę programową.

■ Wnioski

Najczęściej uczniowie dostatecznie ocenili promowanie przez szkołę zdrowia.

Szkoły uczestniczyły w programie „Owoce i warzywa w szkole”, ale tylko w młodszych klasach. Badania wskazują, że szkoła promuje zdrowie głównie poprzez naukę zachowań higienicznych.

Co do dostępności informacji na temat edukacji zdrowotnej uczniowie nie wiedzieli, czy szkoła dysponuje wydziałem, gdzie dostępne są takie informacje, co wskazuje na średnią ocenę szkoły, co do przekazywania informacji z tego zakresu.

Brak jest zdania, co do wpływu szkoły na kreowanie zachowań zdrowotnych. Personel szkoły, czyli higienistka promuje zdrowie poprzez służeńie pomocą w problemach zdrowotnych, a jej wpływ na kreowanie zachowań zdrowotnych jest niezbyt istotny. Także nauczyciele raczej nie mówią o zachowaniach antyzdrowotnych, choć większość uczniów dość istotnie postrzegają rolę nauczycieli w kreowaniu zachowań zdrowotnych.

W ramach edukacji zdrowotnej prowadzonej przez szkołę uczniowie dowiedzieli się przede wszystkim, jak zdrowo żyć przez co podejmowali zdrowe zachowania, a także zwiększali aktywność fizyczną. Większość osób nie potrafi wskazać, czy nauka o zdrowiu w szkole zachęcała ich do dbania o zdrowie.

■ Podsumowanie

Nie można wątpić, że zdrowie stanowi najważniejszy element życia człowieka. Czas intensywnego rozwoju techniki, a tym samym zmniejszenia aktywności przyczynia się do wzrostu chorób cywilizacyjnych, dlatego też konieczne jest szczególne zwrócenie uwagi na pielęgnację zdrowia. W Polsce, ale i na świecie społeczeństwo ma złe nawyki, odnoszące się nie tylko do żywienia, ale również i trybu życia. Pośpiech, brak czasu na sen i odpoczynek, stres, skutkują przeciążeniem, a tym samym chorobami [42]. Zły tryb życia można zmienić, choć w przypadku ludzi dorosłych w pełni ukształtowanych osobowościowo, proces ten jest ciężki do realizacji, dlatego też konieczne są działania od najmłodszych lat. Przekazywanie wartości o zdrowiu i trosce o nie, musi rozpocząć się od najmłodszych i być realizowane przez cały okres edukacji [28]. Pomimo tego, że kształtowanie zachowań ściśle uzależnione jest od postaw rodziców, to jednak szkoła ma również duże znaczenie w kreowaniu zdrowego trybu życia [21].

Szkoła zaliczana jest do istotnych środowisk codziennego życia [43]. Właściwe nawyki i postawy mające wpływ na zdrowie uczniów najłatwiej kształtować u osób w wieku edukacyjnym, dlatego też konieczne jest propagowanie działań promujących zdrowy styl życia właśnie w szkołach [44]. Dobre zdrowie to podstawowy warunek wysokich osiągnięć szkolnych, gdzie jego brak skutkuje poważnymi zaburzeniami rozwoju psychicznego, objawiającymi się np. zmniejszeniem

poczucia własnej wartości. Troska o najmłodsze pokolenie powinna być motywem do promowania zdrowia w szkole [45].

Szkoła to miejsce, wpływające na „tworzenie zdrowia”. Przez fakt, że uczniowie przebywają większość dnia w murach szkoły, konieczne jest odpowiednie dostosowanie edukacji. Szkoła, czyli właściwa atmosfera, odpowiedni program oraz metody nauczania mają znaczenie na zadowolenie ucznia, zwiększają jego poczucie własnej wartości, skutkując dobrym zdrowiem całej grypy szkolnej. W przypadku zdrowia fizycznego rolą szkoły jest promowanie, wsparcie oraz poprawa zachowań prozdrowotnych, co jest realizowane przez program edukacji [19].

Bibliografia

1. Demel M.: *Pedagogika zdrowia*, Chowanna, 2002; 1: 13–26.
2. Woynarowska B.: *Edukacja Zdrowotna*. Podręcznik akademicki, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012: 66–75.
3. World Health Organization.: *The Ottawa Charter for Health Promotion*. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [dostęp: 03.12.2022].
4. Obodyńska E.: *Koncepcje edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole – geneza i celowość realizacji*, *Edukacja – Technika – Informatyka*, 2016; 4(18): 57–63.
5. Dudzik I., Bielecka G.: *Dbanie o zdrowe odżywianie i styl życia dzieci w wieku przedszkolnym* [w:] Rejman K., Rudzki S., Noworól J., Cebulak M., Stawarz B. (red.): *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. Ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu, 2017: 160.
6. Jankowiak B., Kowalewska B., Krajewska-Kułał E.: *Promocja, edukacja zdrowotna oraz profilaktyka w naukach medycznych*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2020: 22–33.
7. Woynarowska B., Woynarowska-Sołdan M.: *Szkoła promująca zdrowie w Europie i Polsce. Rozwój koncepcji i struktury dla jej wspierania w latach 1991–2015*, *Pedagogika Społeczna*, 2015; 3(57): 163–184.
8. Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych*, Wydawnictwo Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012: 13.
9. Charzyńska-Guła M.: *Szkolna edukacja zdrowotna jako priorytet zdrowia publicznego* [w:] Szymborski J. (red.): *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, Rządowa Rada Ludnościowa, 2012: 119–130.
10. Mazur J., Dzielska A., Małkowska-Szcutnik A.: *Zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów 17-letnich na tle zmian w drugiej dekadzie życia*, *Instytut Matki i Dziecka*, 2020: 115–118.
11. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 listopada 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2009, Nr 4, poz. 17).
12. Dudzik I., Bielecka G.: *Rozwój fizyczny dzieci 5–6 letnich w aspekcie gotowości szkolnej – raport z badań* [w:] Warchoł K. (red.): *Prace naukowo-dydaktyczne Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Krośnie. Wychowanie fizyczne w szkole w okresie reformy programowej Systemu Edukacji*, Wydawnictwo Winiaart w Rzeszowie, 2011; 54: 266.

13. Pilip K., Dudzik I., Kłos A., Brukwicka I.: Dylematy etyczne zawodu pielęgniarki [w:] Rejman K., Noworól J., Cebulak M., Dziechciaż M., Stawarz B., Kłos A. (red.): Interdyscyplinarność współczesnej medycyny, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. Ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu, 2021: 142.
14. Zborowicka M., Kłos A., Brukwicka I., Dudzik I., Bajger B.: Motywacja w pracy pielęgniarki [w:] Rejman K., Noworól J., Cebulak M., Dziechciaż M., Stawarz B., Kłos A. (red.): Interdyscyplinarność współczesnej medycyny, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. Ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu, 2018: 130.
15. Marcysiak M., Zakrzewska M., Zagroba M.: Rola pielęgniarki szkolnej w promowaniu zdrowego stylu życia w ocenie uczniów, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010; 18(2): 184–190.
16. Stefanowicz A., Kryszewska M., Stefanowicz J.: Rola pielęgniarki szkolnej w promowaniu zdrowego stylu życia u uczniów, *Nowa Pediatria*, 2016; 4: 161–167.
17. Kushner R., Lawrence V., Kumar W.: Otyłość praktyczny podręcznik kliniczny, Wydawnictwo Medipage, 2017: 45–58.
18. Liu T., Chen W.Q., David S.P., et al.: Interaction between heavy smoking and CYP2A6 genotypes on type 2 diabetes and its possible pathways, *European journal of endocrinology*, 2011; 165(6): 961–967.
19. Charzyńska-Guła M., Jaworska M., Bogusz R., Kocka K., Domżał-Drzewicka R., Wasil A.: Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum w świetle opinii wybranej grupy uczniów, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013; 19(4): 431–438.
20. Woynarowska B.: Historia edukacji zdrowotnej w podstawach programowych kształcenia ogólnego 1997–2009. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu, 2009: 29–40.
21. Szkudlarek A., Kaźmierczak A., Kowalska J.A.: Rola i miejsce edukacji zdrowotnej w programach nauczania łódzkich szkół licealnych, *Uniwersytet Łódzki, Koło Naukowe „Fizycznie Kulturalni”, Wydział Nauk o Wychowaniu*, 2016: 169–183.
22. Truskiewicz A., Olejniczak D., Religioni U., Skonieczna J.: Edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym – badanie opinii i oczekiwań, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015; 21(1): 24–28.
23. Grad T.: Niektóre problemy edukacji zdrowotnej w polskich szkołach [w:] Gwoździcka-Piotrowska M., Zduniak A. (red.): *Edukacja XXI wieku. Edukacja w społeczeństwie ryzyka. Bezpieczeństwo jako wartość*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, 2006: 67–71.
24. Piątek A., Koszołko M.: Efektywność edukacji zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania, *Zdrowie Publiczne*, 2003; 113(1/2): 148–152.
25. Leńczuk-Gruba A., Kobos E., Wrońska I.: Przyczyny utrudnionej realizacji edukacji zdrowotnej w szkole w opinii pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2007; 15(4): 217–222.
26. Wojciechowska M., Piejak M.: Problemy w realizacji świadczeń pielęgniarki szkolnej w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej udzielanej w środowisku nauczania i wychowania, *Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Medycyny Szkolnej*, 2012: 57–82.
27. Lewicki Cz.: *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2006: 17.

28. Nowak P.F.: Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole w opiniach nauczycieli, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012; 18(3): 171–175.
29. Zadarko-Domaradzka M.: Realizacja edukacji zdrowotnej w podkarpackich szkołach po reformie programowej w opinii nauczycieli wychowania fizycznego, *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 2015; 48: 119–126.
30. Nowak P.F.: Model edukacji zdrowotnej w polskich szkołach w opinii nauczycieli, *Hygeia Public Health*, 2012; 47(2): 207–210.
31. Zadarko-Domaradzka M., Matłosz P., Warchoń K.: Edukacja zdrowotna w szkolnej praktyce procesu wychowania fizycznego, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014; 95(3): 673–678.
32. Wiśniewska-Śliwińska H., Marcinkowski J.T., Wiśniewski S.A.: Opinie nauczycieli, *Hygeia Public Health*, 2010; 45(2): 206–212.
33. Wojciechowska K.: Nauczyciel przewodnikiem w procesie promowania zdrowia w szkole, *Roczniki Pedagogiczne*, 2014; 6(42): 2.
34. Krajewska M., Grabowska H., Grabowski W.: Edukacja zdrowotna w opinii nauczycieli gimnazjum, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin Polonia*, 2005; 60(247): 97101.
35. Truszkiewicz A., Olejniczak D., Religioni U., Skonieczna J.: Edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym – badanie opinii i oczekiwań, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015; 21(1): 2–6.
36. Woynarowska B., Cendrowski Z.: Sprawozdanie z prac zespołu problemowego ds. edukacji zdrowotnej [w:] *Materiały z VII Sejmiku Szkolnej Kultury Fizycznej*, 2010: 35–37.
37. Piechaczek W.: Edukacja zdrowotna w klasach I-III chorzowskich szkół podstawowych, *Zdrowie Publiczne*, 2002; 112(4): 456–459.
38. Charzyńska-Gula M.: Skuteczność szkolnej edukacji zdrowotnej i szanse na jej osiągnięcie w obecnej podstawie programowej, *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu, 2009: 59–64.
39. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka, Wydawnictwo PWN, 2017: 251.
40. Derbich J., Nowocien J.: Warsztaty pedagogiczne dla nauczycieli inspiracją edukacji zdrowotnej [w:] Baranowicz K. (red.): *Pedagogika alternatywna: dylematy praktyki*, Wydawnictwo Impuls, 2000: 24–35.
41. Wrona-Wolny W., Makowska B., Jawień B.: Nauczyciel w edukacji zdrowotnej: ogólnopolska konferencja naukowa, *Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie*, 2002: 259.
42. Wagner S., Banaszkiewicz M., Andruszkiewicz A., Strahl A., Miler A., Kubica A.: Zachowania zdrowotne i miejsce zdrowia w hierarchii wartości młodzieży, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015; 21(3): 45–52.
43. Lizak D.: Szkoła jako środowisko wspierające kształtowanie prozdrowotnych postaw – kontekst pedagogiczno-zdrowotny, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2014; 1(38): 14–25.
44. Słońska Z.: Promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych [w:] Szymborski J. (red.): *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, 2012; 2: 110–118.
45. Woynarowska B.: Dlaczego edukacja zdrowotna jest potrzebna uczniom, nauczycielom, szkole i społeczeństwu? *Meritum. Mazowiecki Kwartalnik Edukacyjny*, 2012; 3: 6–11.

5. Potrzeby pacjentek z rakiem jajnika

Needs of patients with ovarian cancer

Anna Lewandowska¹, Magdalena Michna², Barbara Laskowska¹

¹Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

²Absolwent Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej
im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

■ Abstrakt

Wstęp: Nowotwory jajnika są jednym z najważniejszych problemów ginekologii onkologicznej. W skali światowej zachorowalność na raka jajnika ma tendencję wzrostową. Polska charakteryzuje się relatywnie niską zachorowalnością, niestety umieralność z tego powodu jest wysoka. Od chwili usłyszenia diagnozy pacjentki przeżywają szereg emocji: smutek, strach, stany depresyjne, a także liczne dolegliwości somatyczne związane z leczeniem choroby nowotworowej

Cel: Celem badań było określenie potrzeb bio-psycho-społecznych pacjentek z rakiem jajnika.

Materiał i metody: W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym była autorski kwestionariusz ankiety. Badaniem objęto 100 kobiet z rozpoznaniem rakiem jajnika. Analiza statystyczna zmiennych ilościowych przeprowadzona została za pomocą testu U Manna-Whitney'a. Ocenę zgodności rozkładów badanych zmiennych z rozkładem normalnym dokonano za pomocą testu W Shapiro-Wilka zaś do oceny jednorodności wariancji użyto testu Levene'a. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki: Potrzeby pacjentek z rakiem jajnika to najczęściej: potrzeba opieki ze strony lekarza, potrzeba przekazania informacji o sposobach/metodach leczenia, potrzeba odpowiedniego leczenia dolegliwości bólowych. Wykazano, że pacjentki w młodszym wieku w większym stopniu aniżeli starsze kobiety, odczuwały potrzebę wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół ($p=0,001$), potrzebę zachowania dobrej sytuacji materialnej ($p=0,048$) oraz potrzebę dążenia do osiągnięcia planów oraz realizacja wyznaczonych celów ($p=0,006$). Pacjentki zamieszkujące wieś, istotnie w większym stopniu aniżeli pacjentki mieszkające w miastach, odczuwały potrzebę kontaktu z duchownym ($p=0,007$). Kobiety z wyższym poziomem wykształcenia w większym stopniu aniżeli kobiety z wykształceniem średnim bądź niższym odczuwały potrzebę wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół ($p=0,011$), zrozumienia ze strony rodziny i przyjaciół ($p=0,033$), utrzymania kontaktów z przyjaciółmi, znajomymi ($p=0,016$), wsparcia emocjonalnego ($p=0,043$) oraz dążenia do osiągnięcia planów oraz realizacja wyznaczonych celów ($p=0,004$).

Wnioski: Potrzeby bio-psycho-społeczne kobiet z rakiem jajnika są bardzo różnicowane i zależne od wielu czynników. Każda kobieta z rozpoznaniem

raka jajnika potrzebuje indywidualnego podejścia. Niezbędne jest prowadzenie dalszych badań, które pozwolą na lepsze dopasowanie opieki około medycznej do potrzeb kobiet z rakiem jajnika.

Słowa kluczowe: rak, rak jajnika, potrzeby bio-psycho-społeczne.

■ Abstract

Introduction: Ovarian cancer is one of the most important problems in gynecological oncology. Worldwide, the incidence of ovarian cancer is on the rise. Poland is characterized by a relatively low morbidity rate, unfortunately, the mortality rate is high. From the moment of hearing the diagnosis, patients experience a number of emotions: sadness, fear, depression, as well as numerous somatic ailments related to the treatment of cancer.

Objective: The purpose of the study was to determine the bio-psycho-social needs of ovarian cancer patients.

Material & methods: A diagnostic survey method was used in the study. The author's questionnaire was used as the research tool. The study included 100 women. Statistical analysis of quantitative variables was carried out using the Mann-Whitney U test. The conformity of the distributions of the studied variables to the normal distribution was assessed using the Shapiro-Wilk test, while the Levene's test was used to assess homogeneity of variance. The level of statistical significance was taken as $p < 0.05$.

Results: The needs of patients with ovarian cancer are most often: the need for care from the doctor, the need to provide information on treatment modalities/methods and the need for adequate pain treatment. It was shown that patients of younger age, to a greater extent than older women, felt the need for support from family and friends ($p=0.001$), the need to maintain a good financial situation ($p=0.048$), and the need to pursue plans and achieve set goals ($p=0.006$). Patients living in villages, significantly more than patients living in cities, felt the need to contact a clergyman ($p=0.007$). Women with a higher level of education felt the need for support from family and friends ($p=0.011$), understanding from family and friends ($p=0.033$), keeping in touch with friends, acquaintances ($p=0.016$), emotional support ($p=0.043$), and striving to achieve plans and fulfillment of set goals ($p=0.004$) to a greater extent than women with secondary or lower education.

Conclusions: The bio-psycho-social needs of women with ovarian cancer are highly variable and dependent on many factors. Each woman with a diagnosis of ovarian cancer needs an individualized approach. Further research is needed to better tailor peri-medical care to the needs of women with ovarian cancer.

Keywords: cancer, ovarian cancer, bio-psycho-social needs.

■ Wstęp

Rak jajnika jest skutkiem nieprawidłowego i niustającego wzrostu komórek nowotworowych, których źródłem są komórki jajnika. Nowotwory jajnika stanowią heterogeniczną frakcję chorób o wielokierunkowym pochodzeniu, wśród których znajdują się nowotwory o różnym, przebiegu klinicznym, o różnym stopniu złośliwości, o różnym algorytmie postępowania oraz o zróżnicowanym rokowaniu [1]. Zdecydowana większość (95%) złośliwych nowotworów pierwotnych jajnika

rozwijają się z komórek nabłonkowych, a tylko nieliczne przypadki stanowią nowotwory nie nabłonkowe, nowo tworzące się z komórek zarodkowych i komórek podścieliska [2, 3].

Nowotwory jajnika są jednym z najważniejszych problemów ginekologii onkologicznej. W skali światowej zachorowalność na raka jajnika ma tendencję wzrostową. Polska charakteryzuje się relatywnie niską zachorowalnością, niestety umieralność z tego powodu jest wysoka. Spośród wszystkich nowotworów dotyczących kobiety, zachorowalność na raka jajnika plasuje się na szóstej pozycji, stanowiąc 4,3%, co stanowi ponad 3700 nowych przypadków rozpoznanych w 2019 roku. Zaś w strukturze zgonów ten rodzaj nowotworu lokuje się na czwartej pozycji po raku płuc, piersi i jelita grubego i stanowi 6% wszystkich zgonów z powodu chorób nowotworowych, co wyniosło w 2019 roku 2777 przypadków [1-6]. Według Global Burden of Diseases study w Polsce żyje ponad 16 tysięcy kobiet z rozpoznanym nowotworem jajnika [4].

Większość raków jajnika (60-70%) diagnozowanych jest dopiero w III i IV stadium klinicznego zaawansowania, dlatego też odsetek przeżyć jest niski (ok. 40% przeżyć pięcioletnich), gdzie przy rozpoznaniu we wcześniejszych stadiach daje wieloletnie przeżycia w około 90%. Nowotwory jajnika rozpoznawane są w znacznej większości u kobiet w wieku około- i po menopauzalnym, czyli po 50 roku życia, gdzie występują w około 80%. Zdarzają się jednakże zachorowania we wcześniejszym okresie życia kobiety (6%), a nawet u dziewczynek przed ukończeniem 18 roku życia (4%), przy czym z reguły dotyczy to osób, które są nosicielkami mutacji predysponujących [7-14].

Obecnie nie są jednoznacznie określone przyczyny powstawania raka jajnika. Wiadomo, iż ten rodzaj nowotworu rozwija się z komórek nabłonka powierzchni jajnika, które charakteryzują się zdolnością do różnicowania, skutkiem czego jest duża różnorodność histologiczna raka jajnika. W procesie karcynogenezy zachodzą zmiany obejmujące zaburzenia nie tylko w regulacji mechanizmów cyklu komórkowego, ale także występuje nadmierna ekspresja onkogennych genów i dezaktywacja genów supresorowych efektem czego jest tworzenie się nowotworu złośliwego [8]. W przypadku 90-95% raków jajnika etiologia jest nieustalona i są to tzw. „sporadyczne” raki jajnika. Jednakże poznanych jest wiele czynników genetycznych, odpowiadających za 5-10% wszystkich przypadków raka jajnika [5,7]. Ponadto wśród czynników ryzyka zwiększających możliwość zachorowania na pierwotnego raka jajnika wymienia się: bezdzietność, ciężce rzadkie, późne pierworództwo, wczesny wiek menarche i późna menopauza, długotrwała stymulacja owulacji, zaburzenia hormonalne, endometrioza, otyłość, zakażenie wirusem nagminnego zapalenia przyusznic, wiek [15-20].

Od chwili usłyszenia diagnozy pacjentki przeżywają szereg emocji: smutek, strach, stany depresyjne, które niekiedy tłumione objawiają się pod postacią bólów, duszności, bezsenności i wielu podobnym symptomom somatycznym, nie mających odzwierciedlenia w aktualnym etapie choroby. Kluczowe jest właściwe zdiagnozowanie ich przyczyny i podejmowanie odpowiednich kroków w celu ich likwidacji co znacznie wpłynie na jakość życia chorej. U pacjentek w trakcie chemioterapii występuje wiele niepożądanych skutków jej stosowania. Istotne jest aby kobiety w tych trudnych chwilach otrzymały właściwe wsparcie, począwszy

od podania odpowiednich leków eliminujących lub redukujących nieprzyjemne objawy, poprzez odpowiednią pomoc psychologiczną [21-24].

■ **Cel pracy**

Celem niniejszej pracy jest określenie potrzeb bio-psycho-społecznych pacjentek z rakiem jajnika.

■ **Materiał i metody**

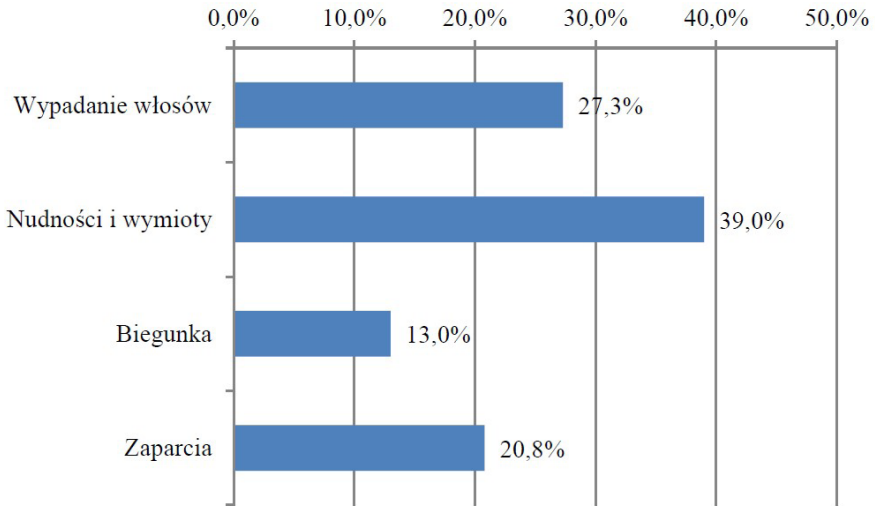
Badaniem objęto 100 kobiet z rozpoznanym rakiem jajnika w trakcie leczenia i hospitalizacji, zamieszkałych na terenie województwa podkarpackiego. Wszystkie pacjentki były leczone w sposób zamierzony przez publiczny system opieki zdrowotnej. Średnia wieku pacjentek wyniosła $57,52 \pm 7,86$ lat. W badaniu wzięło udział 48% mieszkanek wsi oraz 52% mieszkanek miasta.

Metodą wykorzystaną w pracy był sondaż diagnostyczny, zaś techniką ankieta. Natomiast jako narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz własnego autorstwa. Kwestionariusz składał się z 20 pytań zamkniętych oraz 2 pytań półotwartych. Pierwsza część pytań zawartych w kwestionariuszu dotyczyła danych socjodemograficznych, natomiast druga część kwestionariusza odnosiła się do poziomu odczuwanych potrzeb, które występują u respondentek objętych badaniem. Analiza statystyczna zmiennych ilościowych przeprowadzona została za pomocą testu U Manna-Whitney'a. Test U Manna-Whitneya jest nieparametryczną alternatywą testu t dla prób niezależnych i służy do oceny różnic w przeciętnym poziomie cechy liczbowej w dwóch populacjach. W przeciwieństwie do testu t test U Manna-Whitneya nie wymaga spełnienia założeń: o normalności rozkładu w każdej grupie jak również o tzw. jednorodności wariancji. Co więcej, test U Manna-Whitneya może być też wyliczany jako tzw. test dokładny, czyli pozwala na rzetelne porównanie danych nawet z bardzo małych próbek. Ocenę zgodności rozkładów badanych zmiennych z rozkładem normalnym dokonano za pomocą testu W Shapiro- Wilka zaś do oceny jednorodności wariancji użyto testu Levene'a. Wynikiem testu statystycznego jest tzw. prawdopodobieństwo testowe (p), którego niskie wartości świadczą o istotności statystycznej rozważanej zależności. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$. Analizę statystyczną przeprowadzono w programie Statistica 13.3. firmy StatSoft.

■ **Wyniki**

Wśród ankietowanych było 6,0% badanych w wieku 18-29 lat, 10,0% pomiędzy 30 a 39 rokiem życia, 22,0% z nich miało 40-45 lat, 33,0% badanych było w wieku 46- 59 lat oraz 29,0% kobiet miało 60 lat i więcej. Na wsi mieszkało 48,0% badanych, a w mieście 52,0% kobiet. Panien było 11,0%, mężatek 65,0%, kobiet rozwiedzionych było 11,0% oraz owdowiałych 13,0%. Wśród badanych było 5,0% kobiet z wykształceniem podstawowym, 19,0% z zawodowym, 46,0% kobiet z wykształceniem średnim i 30,0% z wyższym. Czas, jaki upłynął od momentu postawienia diagnozy raka jajnika do rozpoczęcia leczenia wynosił w przypadku 40,0% kobiet do jednego miesiąca, u 37,0% badanych powyżej miesiąca do 3 miesięcy, a 23,0% badanych leczenie rozpoczęło powyżej 3 miesięcy od momentu postawienia diagnozy. Jako metodę leczenia raka jajnika u największej liczby badanych zastosowano

chemioterapię (77,0%) oraz leczenie operacyjne (54,0%). Liczba etapów (cykli) chemioterapii wynosiła w przypadku 35 – 45,5% kobiet 1-2 cykle, u 33 – 42,9% badanych 3-4 cykle oraz 9 – 11,7% badanych odbyło 5-6 cykli chemioterapii. Najczęściej występującymi u badanych skutkami ubocznymi leczenia były wypadanie włosów (21 – 27,3%) oraz nudności i wymioty (30 – 39,0%) (ryc.1).

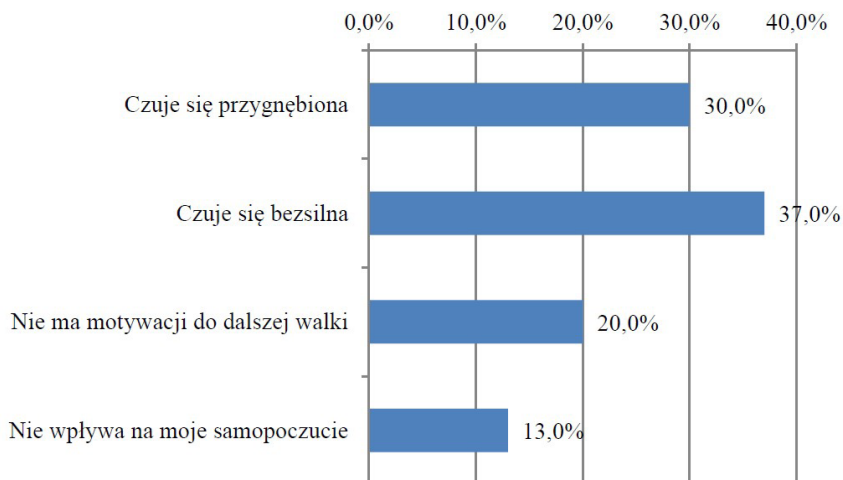


Rycina 1. Wystąpienie niepożądanych skutków leczenia

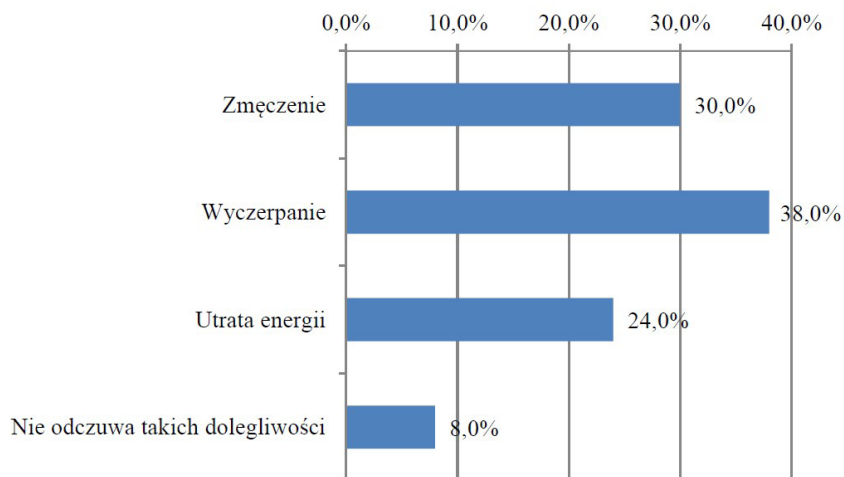
U 42 (54,5%) badanych doszło do nasilenia objawów niepożądanych z kolejnymi cyklami chemioterapii. Z niepożądanymi skutkami leczenia badane najczęściej radziły sobie raczej dobrze (32 – 41,6%). Po 17 – 22,1% kobiet radziło sobie z nimi dobrze lub źle. W związku z wydłużającym się procesem chorobowym 30,0% badanych czuło się przygnębionymi, 37,0% bezsilnymi a 20,0% kobiet nie miało motywacji do dalszej walki (ryc.2). Ponad połowa kobiet walczyła, bo chciała żyć (53,0%). Dla rodziny walczyło kolejnych 30,0% badanych a 17,0% nie miało sił na walkę. Dolegliwościami, towarzyszącymi respondentkom w procesie leczenia były najczęściej wyczerpanie (38,0%), zmęczenie (30,0%) oraz utrata energii (24,0%) (ryc. 3).

Ponad połowa kobiet zmieniła postrzeganie własnego ciała w wyniku choroby (57,0%). Własny wygląd badane oceniały zwykle przeciętnie (53,0%) lub źle (30,0%). Pomimo choroby, 45,0% respondentek kontynuowało pracę zawodową. Sytuacja finansowa 43,0% badanych w związku z chorobą uległa zmianie. Badanym zwiększyły się głównie wydatki związane z leczeniem (59,0%). Rzadziej wydawały one więcej pieniędzy na wsparcie psychologiczne (21,0%) czy na rehabilitację (15,0%). Za bycie ciężarem dla najbliższych postrzegało siebie 19,0% kobiet. Nie miało takiego poczucia 47,0% ankietowanych. W związku z długim okresem chorowania 63,0% respondentek obawiało się o przyszłość bliskich osób. Średnio co czwarta (27,0%) ankietowana uważała, iż można zaakceptować chorobę, w związku

z wydłużającym się okresem chorowania. Niemal dwukrotnie więcej kobiet (49,0%) miało w tej kwestii odmienne spostrzeżenia.



Rycina 2. Wpływ wydłużającego się procesu chorobowego na samopoczucie



Rycina 3. Odczuwanie dolegliwości

■ Potrzeby pacjentek

Potrzeby pacjentek, przebywających w oddziale oceniano w skali od 1 do 3 pkt. gdzie 1-niska potrzeba; 2-umiarkowana potrzeba; 3-wysoka potrzeba. Były to najczęściej: potrzeba opieki ze strony lekarza (2,71 pkt.), potrzeba przekazania informacji o sposobach/metodach leczenia (2,69 pkt.), potrzeba odpowiedniego leczenia dolegliwości bólowych (2,67 pkt.), potrzeba dostarczenia niezbędnych informacji o chorobie (2,64 pkt.), potrzeba dostarczenia informacji, w jaki

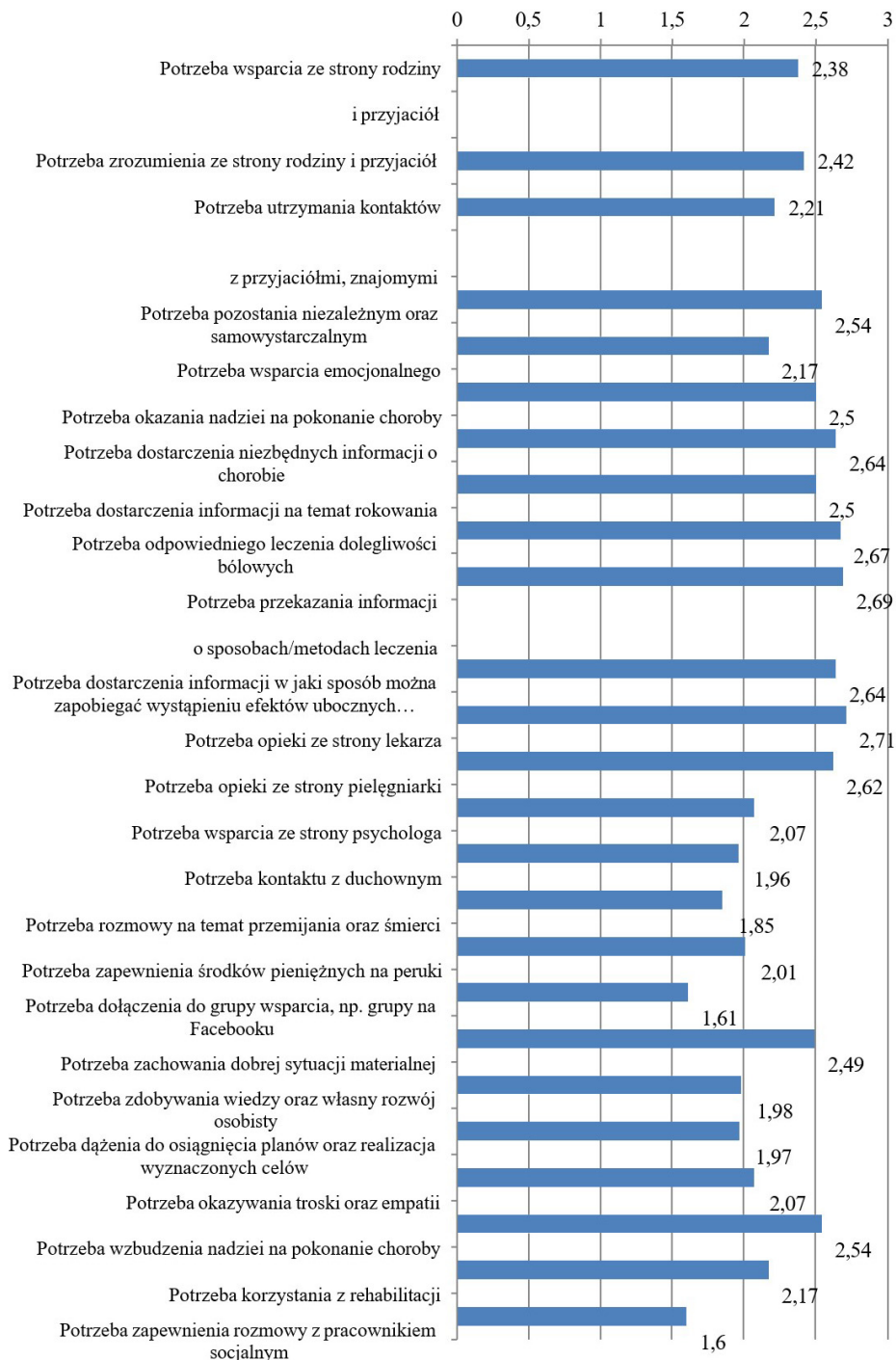
sposób można zapobiegać wystąpieniu efektów ubocznych (nudności, biegunki, wymioty) w trakcie chemioterapii (2,64 pkt.), potrzeba opieki ze strony pielęgniarki (2,62 pkt.), potrzeba pozostania niezależnym oraz samowystarczalnym (2,54 pkt.), potrzeba wzbudzenia nadziei na pokonanie choroby (2,54 pkt.) (ryc. 4).

Wykazano, że pacjentki w młodszym wieku w większym stopniu aniżeli starsze kobiety, odczuwały potrzebę wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół ($p=0,001$), potrzebę zachowania dobrej sytuacji materialnej ($p=0,048$) oraz potrzebę dążenia do osiągnięcia planów oraz realizacja wyznaczonych celów ($p=0,006$). Wykazano, że pacjentki zamieszkujące wsie, istotnie w większym stopniu aniżeli pacjentki mieszkające w miastach, odczuwały potrzebę kontaktu z duchownym ($p=0,007$). Kobiety zamężne istotnie w większym stopniu aniżeli kobiety stanu wolnego odczuwały potrzebę wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół ($p=0,029$), potrzebę zrozumienia ze strony rodziny i przyjaciół ($p=0,002$), potrzebę okazania nadziei na pokonanie choroby ($p=0,039$) oraz potrzebę opieki ze strony lekarza ($p=0,022$). Wykazano, że kobiety z wyższym poziomem wykształcenia w większym stopniu aniżeli kobiety z wykształceniem średnim bądź niższym odczuwały potrzebę wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół ($p=0,011$), zrozumienia ze strony rodziny i przyjaciół ($p=0,033$), utrzymania kontaktów z przyjaciółmi, znajomymi ($p=0,016$), wsparcia emocjonalnego ($p=0,043$) oraz dążenia do osiągnięcia planów oraz realizacja wyznaczonych celów ($p=0,004$). Wykazano, że kobiety, które szybciej poddane zostały leczeniu odczuwały większą potrzebę wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół ($p=0,022$), opieki ze strony lekarza ($p=0,048$), opieki ze strony pielęgniarki ($p=0,033$) oraz częściej odczuwały potrzebę zachowania dobrej sytuacji materialnej ($p=0,001$). Kobiety, u których leczenie nastąpiło po dłuższym czasie od postawienia diagnozy w większym stopniu zgłaszały zapotrzebowanie na rozmowę na temat przemijania oraz śmierci ($p=0,048$).

■ Dyskusja

Celem badań własnych było określenie bio-psycho-społecznych potrzeb pacjentek z rakiem jajnika. Wykazały one, że kobiety z rakiem jajnika najczęściej potrzebują większego wsparcia i opieki ze strony lekarza, a także pełniejszej informacji o stosowanych metodach leczenia, jak również zastosowanie odpowiedniego leczenia dolegliwości bólowych. Badania pokazały również, że potrzeby bio-psycho-społeczne kobiet z rakiem jajnika są bardzo zróżnicowane i są warunkowane przez szereg czynników, takich jak wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, poziom wykształcenia czy też czas, jaki upłynął od momentu postawienia diagnozy do rozpoczęcia leczenia. Ze względu na to, jak wiele czynników warunkuje potrzeby kobiet z rakiem jajnika konieczne jest zastosowanie w stosunku do każdej z nich indywidualnego podejścia. W literaturze nie są dostępne analogiczne badania, chociaż często podejmowany jest problem jakości życia kobiet z rakiem jajnika.

Przed wszystkim należy zauważyć, że każda choroba nowotworowa prowadzi do wdrożenia (nieświadomie najczęściej) pewnych mechanizmów obronnych, które mają na celu unikanie bądź redukcję zagrażających emocji, w tym lęku i strachu, których natężenie przekracza możliwości adaptacyjnego człowieka [25]. Choroba nowotworowa, bez względu na to, z jakiego rodzaju rakiem mamy



Rycina 4. Potrzeby pacjentek oraz poziom ich odczuwania

do czynienia, zawsze wiąże się z negatywnymi emocjami. Leczenie, które zazwyczaj jest bardzo wyczerpujące fizycznie, przekłada się także na wyczerpanie emocjonalne. Potrzeby bio-psycho-społeczne chorych na nowotwory mogą być bardzo różne i warunkowane są przez wiele czynników. Badania przeprowadzone przez zespół Donovan wykazały, że kobiety poddane chemioterapii w związku z leczeniem raka jajnika odczuwają w wyniku leczenia znaczne zmęczenie [26]. Ustalono, że zmęczenie to nasila presja powrotu do dobrej kondycji po operacji, a także skutki uboczne stosowania cytostatyków. Poza tym zmęczenie jest większe u tych pacjentek, które borykają się z problemami anoreksji, anemii, niedożywienia czy depresji. Im więcej chorób współistniejących z chorobą nowotworową, tym większe poczucie zmęczenia u pacjentek. W badaniach własnych wykazano, że podczas procesu leczenia wyczerpanie związane z chorobą nowotworową odczuwało 38% badanych, zmęczenie 30%, natomiast brak energii zgłaszało 24% respondentek. Kobiety chorujące na raka jajnika jeszcze przed rozpoczęciem leczenia odczuwają pewien poziom natężenia różnych objawów, jak chociażby bólu. Jeśli choroba poddaje się leczeniu i pacjentka dobrze rokuje, chora powinna odczuwać zmniejszenie negatywnych objawów. Niepożądane objawy mogą jednak nasilać się w związku z chemioterapią. Problemem jest także kumulacja przewlekłych objawów niepożądanych, które pojawiają się kolejno w czasie podawania leczenia i zazwyczaj znikają przed kolejnym cyklem chemioterapii. Wraz z trwaniem terapii jednak często nasilają się lub utrzymują. Obciążająca emocjonalnie choroba i jej leczenie znacząco wpływają na pogorszenie jakości życia [27]. Z badań własnych wynika, że 37% badanych kobiet zgłaszało, że wydłużający proces chorobowy powoduje u nich poczucie bezsilności, 30% respondentek podaje, że fakt ten powoduje u nich uczucie przygnębienia. Natomiast 20% badanych niestety nie ma już motywacji do dalszej walki o swoje zdrowie i życie. Wśród badanych było także 13% pań, które uważały, że wydłużający proces chorobowy w żaden sposób nie wpływa na ich samopoczucie. Badania własne wykazały, że jedną z najważniejszych potrzeb wskazywanych przez kobiety chore na raka jajnika jest lepsza informacja ze strony lekarza o planowanym i możliwym leczeniu, a także większe wsparcie i opieka ze strony lekarza. To o tyle istotne, że „Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka jajnika” w żadnym razie nie zajmują się zagadnieniem psychologicznego wsparcia, jakim obdarzyć powinien pacjentkę lekarz, szczególnie w przypadku tak poważnej choroby, jak choroba nowotworowa [28].

W literaturze brak jest badań analogicznych do tych, które przeprowadzone zostały na potrzeby niniejszego opracowania. Można natomiast znaleźć badania odnoszące się jakości życia kobiet ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową jajników. Jako przykład można podać te przeprowadzone przez zespół pod kierunkiem Smrąg, które miały na celu porównanie jakości życia i depresyjności kobiet z rozpoznaniem raka trzonu macicy i raka jajnika leczonych operacyjnie, a następnie poddanych leczeniu uzupełniającemu radioterapią lub chemioterapią [29]. W badaniu udział wzięło 149 kobiet w wieku od 50 do 75 lat. Badania zostały zrealizowane przy użyciu Kwestionariusza Jakości Życia EORTC QLQ-30, Skali Samooceny Depresji Becka i ankiety socjo-demograficzno-medycznej. Badania wykazały, że zachodzą pewne istotne statystycznie zależności pomiędzy zmiennymi dotyczącymi jakości

życia i depresyjności. Pacjentki ze zdiagnozowanym rakiem narządu rodowego wyżej oceniające jakość swojego życia wykazywały się niższym poziomem depresyjności.

Choroba nowotworowa jajników wpływa na życie intymne kobiet. Życie seksualne to ważny element funkcjonowania kobiety, zarówno przed chorobą, jak i w czasie jej trwania i po zakończeniu leczenia. Obecnie dostępne są coraz nowocześniejsze metody leczenia raka jajnika, co przekłada się na długoterminowe przeżycie. Konieczne staje się opracowanie nowych sposobów psychicznego wsparcia kobiet w czasie choroby nowotworowej, która w negatywny sposób wpływa na jakość życia seksualnego. Zaburzenia seksualne kobiet chorych na nowotwór jajnika mogą mieć różne podłoże. Pośród najważniejszych czynników fizycznych wymienia się szybką męczliwość, ból, wypadanie włosów, utratę kontroli nad czynnościami działania, zmiany masy ciała, a także objawy menopauzalne. Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy wykazały, że u 27,3% pań wystąpiły skutki niepożądane leczenia w postaci wypadania włosów, u 39% występowały nudności oraz wymioty. Natomiast 20,8% badanych zgłaszało zaparcia, a 13% biegunkę. Są to zmiany pojawiające się w związku z anatomicznymi zmianami wtórnymi do operacji, napromienieniem, chemioterapią, leczeniem zaburzeń czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego, chorób współistniejących, jak również kombinacji tych czynników [30]. Badania własne ukazały, że 57% badanych osób uznało, że w związku z chorobą zmieniło się ich postrzeganie własnego ciała, 53% swój wygląd oceniało jako przeciętny, 15 % jako dobry, a tylko 2% jako bardzo dobry. Natomiast 30% uznało że postrzega swój wygląd jako zły.

Badania wskazują na to, że nie tylko choroby nowotworowe jajników, ale również inne schorzenia w obrębie narządów rodnych mogą wpływać na jakość życia, w tym seksualnego, a także na potrzeby bio-psycho-społeczne kobiet. Poważnym problemem może być również zespół policystycznych jajników, co udowadniają badania przeprowadzone przez Kurek i Babiarczyk [31]. Badania przeprowadzone zostały na grupie 113 kobiet, które hospitalizowane były z powodu zespołu policystycznych jajników na oddziale Endokrynologii Ginekologicznej Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Katowicach. Badanie wykazało, że większość kobiet borykających się z zespołem policystycznych jajników doświadcza poważnych problemów fizycznych, takich jak nadwaga, otyłość, wypadanie włosów, zaburzenia gospodarki hormonalnej oraz węglowodanowej, problemy skórne, nieregularne miesiączki. W konsekwencji tych wszystkich zaburzeń dochodzi do wystąpienia szeregu problemów psychospołecznych, które mogą przypominać te powodowane przez chorobę nowotworową i stosowane w związku z nią leczenie. Badania Kurek i Babiarczyk wykazały, że stany depresyjne oraz niska samoocena wyraźnie negatywnie oddziałują na psychiczne zdrowie kobiet chorujących na zespół policystycznych jajników. Kobiety, które doświadczają tych wszystkich zaburzeń, są świadome wielowymiarowości tych problemów, znając ich fizyczne, psychiczne i społeczne konsekwencje.

Podobnie i choroba nowotworowa piersi prowadzi do obniżenia jakości życia kobiet. Badania przeprowadzone przez zespół pod kierunkiem zespołu Ośmiąłowskiej wykazały, że przekonania zdrowotne, zmienne socjodemograficzne, zmienne kliniczne oraz czynniki psychosocjalne wpływają na jakość życia odczuwaną przez kobiety z rakiem piersi [32].

Ocena potrzeb i jakości życia kobiet z chorobami nowotworowymi jest niezwykle istotna, między innymi z punktu widzenia zwiększania szans na powodzenie leczenia objawowego i przeciwnowotworowego. Ocena jakości życia pozwala na lepszy dobór leczenia odpowiedniego dla danej pacjentki [32].

Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych realizuje między innymi program profilaktyki raka jajnika. To program mający na celu zidentyfikowanie możliwie największej liczby rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na raka jajnika, a także zapewnienie im odpowiedniej opieki, która będzie ukierunkowana na wczesne rozpoznanie choroby, ewentualnie jej wczesną profilaktykę. Profilaktyka jest realizowana między innymi na drodze badań genetycznych chorych na raka jajnika lub będących w grupie ryzyka zachorowania na ten nowotwór.

■ Wnioski

Najczęstsze potrzeby pacjentek z rakiem jajnika to potrzeba opieki ze strony lekarza, potrzeba przekazania informacji o sposobach/metodach leczenia, potrzeba odpowiedniego leczenia dolegliwości bólowych.

Wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, poziom wykształcenia, czas, jaki upłynął od momentu postawienia diagnozy to czynniki warunkujące potrzeby bio-psycho-społeczne kobiet z rakiem jajnika.

Bibliografia

1. Krajowy Rejestr Nowotworów: <http://onkologia.org.pl/rak-jajnika/> [dostęp: 20.02.2022].
2. Torre L.A., Trabert B., DeSantis C.E., et al.: Ovarian cancer statistics, CA: a cancer journal for clinicians, 2018; 68(4): 284–296.
3. Basta A., Bidziński M., Bieńkiewicz A., et al.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka jajnika, Current Gynecologic Oncology, 2017; 15(1): 5–23.
4. Kurek Ł., Jabłoński K., Górska N., et al.: Profilaktyczna Obustronna Salpingektomia: Dlaczego Warto? Developmental Period Medicine, 2018; 22(4): 390–395.
5. Wojciechowska U., Didkowska J., Olasek P.: Cancer in Poland in 2015. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Ministerstwo Zdrowia, 2017: 33–91.
6. Pająk A., Balcerzyk A.: Postawy i wiedza społeczeństwa na temat dziedziczenia nowotworów oraz ich diagnostyki genetycznej, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2021; 27(3): 318–323.
7. Kwiatkowska K., Pawłowska A., Suszczyk D., et al.: Czy otyłość zwiększa ryzyko zachorowania na raka jajnika? Przegląd literatury, Current Gynecologic Oncology, 2017; 15(4): 277–283.
8. Peres L.C., Cushing-Haugen K.L., Kobel M., et al.: Invasive Epithelial Ovarian Cancer Survival by Histotype and Disease Stage, *Journal of the National Cancer Institute*, 2019; 111(1): 60–68.
9. Köbel M., Kang E.Y.: The Evolution of Ovarian Carcinoma Subclassification, *Cancers*, 2022; 14(2): 400–416.

10. Jammal M., Lima C., Murta E.: Is Ovarian Cancer Prevention Currently Still a recommendation of Our Grandparents? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 2017; 39: 676–685.
11. Cieślak M., Jakitowicz K., Kozaka J., et al.: Twardość psychiczna i wsparcie społeczne a wzrost pourazowy u chorych z nowotworem – doniesienie wstępne, *Psychoonkologia*, 2017; 21(1): 22–28.
12. Makselon J.J.: Między lękiem a nadzieją, *Psychoonkologia*, 2018; 22(1): 18–22.
13. Gacek E.: Wybrane aspekty komunikacji z pacjentem onkologicznym, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2021; 27(2): 157–160.
14. Pietrzyk A., Lizinczyk S.: Kontrola życia a uczucia i jakość życia pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej, *Psychoonkologia*, 2017; 21(3): 86–99.
15. Grotmol K.S., Lie H.C., Hjermstad M.J., et al.: Depression—a major contributor to poor quality of life in patients with advanced cancer, *Journal of Pain and Symptom Management*, 2017; 54(6): 889–897.
16. Ruszkiewicz M., Kreft K.: Korelaty akceptacji choroby w grupie pacjentów onkologicznych, *Psychoonkologia*, 2017; 21(2): 37–44.
17. Listol W., Hoberg-Vetti H., Eide G.E., et al.: Anxiety and depression symptoms among women attending group-based patient education courses for hereditary breast and ovary cancer, *Hereditary Cancer in Clinical Practice*, 2017; 15: 21– 28.
18. Perkowska E., Terlikowski S., Terlikowski R.: et al. Jakość życia kobiet leczonych z powodu raka jajnika, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2020; 1: 25–30.
19. Leppert W., Wordliczek J.: *Onkologia w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Via Medica, 2018; 4(1): 1–2.
20. Kawecki A., Krzakowski M.: Chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting, *Oncology in Clinical Practice*, 2018; 14(2): 59–67.
21. Aygin D., Gül A.: Scalp Hypothermia (Penguin Cold Caps) in Preventing Alopecia in Cancer Patients, *Turkish Journal of Oncology*, 2020; 35(2): 225–236.
22. Carter J., Lacchetti C., Andersen B.L.: Interventions to Address Sexual Problems in People With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation of Cancer Care Ontario Guideline. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 2018; 36(5): 492–511.
23. Wang K., Ariello K., Choi M., et al.: Sexual healthcare for cancer patients receiving palliative care: a narrative review, *Annals of Palliative Medicine*, 2018; 7(2): 256–264.
24. Humeniuk E., Dąbska O., Krupa A.: Nasilenie zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów onkologicznych, *Rozprawy Społeczne*, 2018; 12(3): 55–63.
25. Malinowska K.A., Drechna-Musiałowicz A., Sznajder M.: Znaczenie mechanizmów obronnych osobowości u pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym w kontekście akceptacji choroby i jakości życia, *Medycyna Paliatywna*, 2019; 11(3): 133–138.
26. Donovan K.A., Donovan H.S., Cella D., et al.: Recommended patient-reported core set of symptoms and quality-of-life domains to measure in ovarian cancer treatment trials, *Journal of the National Cancer Institute*, 2014; 106(7): 1–4.
27. Kozaka J.: Jakość życia chorych na raka jajnika, *Psychoonkologia*, 2014; 18(2): 66–72.
28. Basta A., Bidziński M., Bieńkiewicz A., et al.: Recommendation of the Polish Society of Oncological Gynaecology on the diagnosis and treatment of epithelial ovarian cancer, *Oncology in Clinical Practice*, 2015; 11(5): 233–243.

29. Smrąg L., Jeżowska-Smrąg I., Florkowski A., Zboralski K., Macander M., Gądek I., Wilk B., Wierziński P.: Jakość życia i depresyjność u kobiet z rozpoznaniem raka trzonu macicy i raka jajnika – analiza porównawcza, *Folia Medica Lodziensia*, 2015; 42(2): 123–143.
30. Ratner E.S., Richter Ch.R., Minkin M.J., Foran-Tuller K.A.: Jak rozmawiać o problemach seksualnych z pacjentkami z chorobą nowotworową. Nawiązywanie dialogu, *Ginekologia po Dyplomie*, 2012; 7: 22–29.
31. Kurek G., Babiarczyk B.: Problemy bio-psycho-społeczne kobiet w wieku rozrodczym z zespołem policystycznych jajników, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2017; 1(50): 7–15.
32. Ośmiałowska E., Świątoniowska N., Homętowska H.: Jakość życia pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi, *Palliative Medicine in Practice*, 2018; 12(3): 143–150.

6. Prawno-moralne aspekty transplantacji w Polsce – przegląd literatury

Legal and moral aspects of transplantation in Poland – literature review

Bożena Majchrowicz¹

¹Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemysłu

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

■ **Abstrakt**

Wstęp: W Polsce żyje obecnie kilkanaście tysięcy osób, które dzięki przeszczepowi wróciły do aktywności rodzinnej, społecznej i zawodowej. Są to rzeczywisti beneficjenci medycyny transplantacyjnej, którzy żyją dzięki temu. Lecznictwo transplantacyjne jest szczególną dziedziną medycyny. Jako jedno z nielicznych związane z szeregiem niezwykle istotnych problemów złożonej natury, poczynając od etycznych, moralnych, obyczajowych czy wreszcie prawnych. Postęp dokonujący się w tej specjalności medycznej budzi podziw dla rozwoju nauk empirycznych i skłania do głębszej refleksji.

Cel pracy: Celem pracy było przedstawienie problematyki przeszczepów w wymiarze prawno-moralnym na podstawie literatury przedmiotu.

Metoda: W pracy wykorzystano przegląd literatury polsko i anglojęzycznej dotyczącej prawnych i moralnych aspektów transplantacji.

Wnioski: Ważne jest prowadzenie na szeroką skalę akcji edukacyjnej obejmującej wszystkie grupy wiekowe a szczególnie młodzież, dotyczącej aspektów pobrania narządów do przeszczepów i ratowania życia wielu chorych, którzy bez nich nie przeżyją.

Słowa kluczowe: transplantacja, akty prawne, moralność.

■ **Abstract**

Introduction: Currently, there are over a dozen thousand people in Poland who have returned to family, social and professional activity thanks to the transplant. These are the real beneficiaries of transplant medicine who are alive because of it. Transplantation treatment is a special field of medicine. As one of the few associated with a number of extremely important problems of a complex nature, ranging from ethical, moral, moral and finally legal. The progress in this medical specialty inspires admiration for the development of science empirical and prompts deeper reflection.

The aim of the work: was to present the issue of transplantation in the legal and moral dimension based on the literature on the subject.

Method: The study used a review of Polish and English-language literature on the legal and moral aspects of transplantation.

Conclusions: It is important to conduct a large-scale educational campaign covering all age groups, especially youth, concerning the aspects of organ harvesting for transplantation and saving the lives of many patients who will not survive without them.

Keywords: transplantation, legal acts, morality.

■ Wstęp

Transplantacje (łac. transplantare – przesadzać, przenosić) – to chirurgiczne przeniesienie komórek i tkanek (naskórka, skóry, rogówki, kości, naczyń krwionośnych, transfuzja krwi, szpiku kostnego) lub całych narządów (nerek, serca, wątroby, płuc, trzustki). Przeszczepiony fragment zwany jest przeszczepem lub transplantem. Przyczyną dokonywanej transplantacji jest uszkodzenie, ubytek lub brak określonej tkanki lub narządu. Chirurgia transplantacyjna jest standardową metodą terapeutyczną akceptowaną przez lekarzy, wielkie religie i znaczącą część opinii publicznej. To jednak nie oznacza, że nie wzbudza pewnych wątpliwości, obaw i refleksji o charakterze prawnym i moralnym [1,2,3].

Historia współczesnej transplantologii sięga pierwszej dekady XX stulecia. Jej rozwój był możliwy dzięki wynalezieniu w drugiej połowie XIX wieku znieczulenia miejscowego i ogólnego, oraz pionierskiemu zastosowaniu aseptyki [4,5,6]. W Polsce pierwszego przeszczepu dokonał 26.01.1966 Jan Nielubowicz (1915-2000), a w roku 1968 Wiktor Bross (1903-1994) we Wrocławiu, przeszczepił nerkę pobraną od osoby spokrewnionej. 4.01.1969 Jan W. Moll w Łodzi przeprowadził pierwszą transplantację serca w Polsce (bez powodzenia). Dopiero 5.11.1985 Zbigniew Religa przeprowadził w Zabrze pierwszą udaną operację przeszczepienia serca [7].

W Zabrzu pierwszy przeszczep wątroby przeprowadził R. Kostyro, 7 dni później Marian Pardela przeprowadził drugi przeszczep (chory żył 8 dni). W 1988 w Warszawie zostaje przeprowadzony udany przeszczep nerki i segmentu trzustki, a kilka miesięcy później przeszczep całej trzustki wraz z segmentem dwunastnicy i nerką. W roku 1990 w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie P. Kaliciński dokonał sześciu udanych przeszczepów wątroby u dzieci, a w 12.10.1999 został tamże przeprowadzony pierwszy przeszczep rodzinny wątroby. Zespół Religi (1998 r) przeszczepił serce u dziecka 2,5 rocznego (najmłodsze wówczas dziecko w Polsce), a dwa miesiące później u 21 miesięcznego dziecka. W roku 2002 – Marian Zembała z zespołem przeprowadził w Zabrzu udany przeszczep serca i płuc oraz w tym samym roku równoczesny przeszczep serca i nerki, a w 2003 r. udany przeszczep płuc [8].

Dzisiaj już nikt nie uważa transplantologów za szarlatanów, a „uczniowie Kosmy i Damiana” święcą we współczesnej medycynie prawdziwe sukcesy, ratując od niechybnej śmierci wiele istnień ludzkich. Badania opinii publicznej (czerwiec 2007, OBOP) podają, że Polacy (90%) uznają ideę transplantacji narządów za słuszną. Przeciwnicy tej idei stanowią zaledwie 4% ogółu społeczeństwa. Natomiast 69% badanych skłonne jest wypełnić tzw. oświadczenie woli [9]. Urzeczywistniły się

marzenia i legendy poprzednich stuleci, z których powszechnie znany jest „cud” przeszczepienia nogi przez Kosmę i Damiana w 280 r n.e. Geniusz i odwaga transplantologów, a przede wszystkim chirurgów pozwoliły, dzięki przeszczepieniu zdrowego narządu uratować życie wielu tysiącom chorych” [9].

■ Prawne aspekty transplantacji

Pierwszym polskim aktem, w którym wprowadzono regulację prawną dotyczącą pobierania ze zwłok tkanek i narządów było Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych. Zaleca się w nim dokonywanie sekcji zwłok osób, które zmarły w szpitalach lub klinikach. Dokonanie sekcji możliwe było jedynie po upływie 12 godzin od chwili zgonu. Śmierć w takich przypadkach winna być stwierdzona komisyjnie po zastosowaniu prób wskazanych wiedzą lekarską.

Następnym aktem prawnym była ustawa z dnia 30 grudnia 1949 roku w sprawie zmiany Rozporządzenia z 1928 roku. Powieliała ona ustawodawstwo dotychczas obowiązujące i dotyczyła ona wyłącznie tkanek a nie organów. Anachroniczne tu było łączenie pobrania tkanek z sekcją zwłok, a więc przeszczepy *ex vivo* były całkowicie zabronione, zaś *ex mortuo* ograniczone. Na wniosek Ministra Zdrowia z 6 września 1954 roku wprowadzono upoważnienia prokuratorów do wyrażania zgody na pobieranie ze zwłok tkanki gałek ocznych dla celów leczniczych (przeszczep rogówki). W 1961 roku rozszerzono zezwolenie na pobieranie ze zwłok również tkanek, (części) tętnic oraz kości w celu ich konserwowania i przeszczepiania chorym [10]. W 1975 nastąpiła kolejna nowelizacja stanu prawnego. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał rozporządzenie w sprawie wytycznych dotyczących dokonywania przeszczepów nerek. Znalazło się w nim m.in. takie sformułowanie:

„kierownik kliniki może zarządzić pobieranie nerek ze zwłok przed upływem 12 godzin od chwili stwierdzenia śmierci. Śmierć powinna być stwierdzona komisyjnie przez trzech lekarzy wyznaczonych przez kierownika kliniki. Z każdego komisyjnego stwierdzenia śmierci oraz zabiegu pobierania nerki sporządza się protokół, który podpisują uczestnicy, w tym lekarze oraz kierownik kliniki lub jego zastępca” [11].

W czerwcu 1984 roku nastąpiła kolejna zmiana prawna. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wydało rozporządzenie pod tytułem „Wytyczne krajowych zespołów specjalistycznych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, neurochirurgii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu.” Określenie i przyjęcie definicji śmierci mózgu otworzyło drogę do przeszczepów z dawcy martwego *ex mortuo*. Przed pobraniem narządów orzeka o tym komisja złożona z anestezjologa, neurologa (neurochirurga) oraz biegłego sądowego.

Zmianę prawodawstwa przyniosła Ustawa z dn. 30 sierpnia 1991 roku o Zakładach Opieki Zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408). Deklarowała ona zezwolenie na pobieranie tkanek i narządów dla celów leczniczych. Uzależniała legalność działania „domniemanej zgody” dawcy. Spełniała ona minimalne wymogi wyznaczone przez rezolucję Komitetu Ministrów Rady Europy z 1978 roku. Budziła ona jednak spore kontrowersje a zbyt ogólne sformułowania przepisów powodowały wiele niejasności. Nie określała sposobu i formy wyrażania sprzeciwu.

Nie wypowiedziała się w sprawie kryteriów i trybu stwierdzania śmierci. Pominęto w niej zupełnie kwestie pobierania komórek, tkanek i narządów od dawcy żywego.

W 1994 roku wydany został komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, który koordynował zabiegi związane z transplantacją. Uchwalony w tym samym roku Kodeks Etyki Lekarskiej dopuszczał jedynie w kilku przypadkach pobranie tkanek lub organów od żyjącego dawcy. Nie dało to jednak legalności pobierania tkanek z punktu widzenia prawa. Wszystkie te akty prawne były mało precyzyjne, pełne luk i wzbudzające kontrowersje. Przyczyniły się one do tworzenia bariery w rozwoju transplantologii [12].

W Polsce uchwalono 26 października 1995 roku ustawę o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 138, poz. 682). Ustawa zgodna jest ze standardami światowymi: z rezolucją Komitetu Rady Europy z 1978 roku dotyczącą harmonizacji ustawodawstwa państw członkowskich związanego z pobieraniem i przeszczepianiem ludzkich tkanek i narządów oraz z Zasadami Przewodnimi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1991 roku, co do przeszczepiania ludzkich narządów. Była ona przez szereg lat regulowana rozporządzeniami Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej [13].

Reguluje ona zarówno przeszczep *ex vivo* jak i *ex mortuo*. Przeszczep *ex mortuo* – komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych. Ustawa przyjmuje konstrukcję zgody domniemanej potencjalnego dawcy, która polega na braku wyrażonego za życia sprzeciwu samego dawcy albo przedstawiciela ustawowego małoletniego lub osoby nie mającej zdolności do czynności prawnej. Wyjątkiem są te osoby, które ukończyły 16 rok życia. Mogą one bowiem same zgłosić taki sprzeciw. Ustawa przewiduje wyrażanie sprzeciwu w trzech formach (rozdział 2, Artykuł 6):

- wpisu w centralnym rejestrze zgłoszonych sprzeciwów,
- oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis,
- oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków w chwili przyjęcia do szpitala lub w czasie pobytu w szpitalu.

Przeszczep dopuszczalny jest po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu. Przeszczep *ex vivo* jest możliwy po spełnieniu poszczególnych warunków ujętych w ustawie. Zgoda dawcy i biorcy w tym przypadku musi być świadoma. Ustawa nakłada na lekarzy obowiązek dokładnego poinformowania o pełnym ryzyku i wszelkich skutkach zabiegu, także tych mniej prawdopodobnych. W przypadku bezpośredniego zagrożenia życia przewidziana jest możliwość pobrania szpiku od małoletniego, ale wymagana do tego jest zgoda sądu rodzinnego. Dane osobowe dawcy i biorcy objęte są tajemnicą i podlegają ochronie przewidzianej w przepisach o tajemnicy zawodowej i służbowej. Przeszczepy dokonywane są zgodnie z listą oczekujących, a kontrolę nad nią sprawuje Krajowa Rada Transplantacyjna. Istnieje również ogólnokrajowa organizacja koordynująca pobieranie i przeszczepianie narządów, powołana przez Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 1993 roku jako Ogólnokrajowy Zespół ds. Pobierania i Przeszczepiania Narządów Poltransplant. Ustawa również określa surowe kary dla osób handlujących narządami ludzkimi. Bardzo szybki rozwój nauk medycznych spowodował, że pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek oraz narządów jest jednym

ze sposobów postępowania leczniczego ratującego życie i przywracającego zdrowie. Dla wielu pacjentów przeszczep staje się jedyną nadzieją na zdrowie i życie, jest to zagadnienie o niezwyklej wadze, które musi być uregulowane prawnie [14].

Ustawa ta reguluje zarówno przeszczepy *ex vivo* (z dawcy żywego), jak i *ex mortuo* (z dawcy martwego). Jeżeli chodzi o przeszczepy od dawców martwych, to komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych. W takim przypadku przyjęta została konstrukcja zgody domniemanej. Sprzeciw może być wyrażony w formie wpisu do centralnego rejestru, oświadczenia pisemnego z własnoręcznym podpisem albo oświadczenia w chwili przyjęcia do szpitala lub w czasie pobytu w szpitalu, złożonym w obecności, co najmniej dwóch świadków. Cofnięty zostanie w każdej chwili po przekazaniu go w formie pisemnej lub ustnej. W praktyce jednak dzieje się tak, że ze względów etycznych lekarze – nawet mimo braku sprzeciwu zmarłego za życia – pytają o zgodę jego najbliższych.

Na łamach „Medycyny Manualnej” Jacek Stasiak i Mirosław Janiszewski piszą: „...należy stwierdzić, że przyjęta w ustawie klauzula domniemanej zgody, stanowi akt nieuprawnionego moralnie upoważnienia lekarza do ingerencji w prywatną sferę życia obywateli polskich ...”. Proponują oni, zastąpienie zgody domniemanej, zgodą formalną, którą każdy człowiek mógłby świadomie za swojego życia wyrazić. Zasada takiej świadomej zgody, niwelowałaby wszelkie niedomówienia, regulowała stan prawny, a także szanowała podstawowe prawo każdego człowieka do wolności podejmowania decyzji odnoszących się do losów ciała po śmierci. Również przedstawiciele Kościoła podkreślają konieczność uzyskania świadomej zgody na donację organów, którą w rażący sposób w ich opiniach narusza zasada zgody domniemanej. Etycy chrześcijańscy kładą nacisk na potrzebę świadomego wyrażenia zgody, gdyż tylko wtedy przeszczep może być postrzegany jako dar, uczyniona z siebie ofiara. Kościół Katolicki wzywa do prowadzenia szerokiego procesu edukacyjnego, uświadamiającego społeczeństwu wartość tego rodzaju darów [15].

Obok przeciwników zasady zgody domniemanej wypowiadają się również zwolennicy takiej zgody. Należy m.in. do nich Wojciech Rowiński Konsultant Krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej, który zapytuje wprost „...czy przestrzeganie autonomii zmarłego jest ważniejsze niż życie tych, którzy mogliby żyć po przeszczepieniu pobranego od niego narządu?...” w tej samej publikacji udziela na swoje pytanie odpowiedzi „...ograniczenie autonomii zmarłego byłoby moim zdaniem etycznie uzasadnione, a postępowanie takie stanowiłoby dowód wkładu społeczeństwa we własny system opieki zdrowotnej...” [16].

Przepisy karne ustawy transplantacyjnej koncentrują się *de facto* na zakazie komercjalizacji. Warto przy tym zauważyć, że kryminalizacja odpłatnych czynności związanych z transplantacją ma dość zawiłą i specyficzną historię. Wiąże się ona ze zmienną oceną społecznej szkodliwości czynów zabronionych, co musi już budzić pewne kontrowersje i stanowi swoiste *signum*. Wątpliwości budzi też przedmiot ochrony niektórych typizacji, a także zakres kryminalizacji. Pisałam o tym szerzej już w innym miejscu³⁷. Należy więc tylko odnotować, że czynem zabronionym, w świetle przepisu art. 44 ust. 1 u.p.k.t.n., jest nabywanie lub zbywanie cudzej komórki, tkanki lub narządu w celu uzyskania korzyści majątkowej

lub osobistej, pośredniczenie w ich nabyciu lub zbyciu bądź branie udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich. Swoistym „wzmocnieniem” skuteczności powyższej regulacji jest przepis art. 43 u.p.k.t.n. kryminalizujący rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia. Kolejne zaś cztery przepisy (art. 45–46b u.p.k.t.n.), stojąc na straży profesjonalizmu zabiegów transplantacyjnych, dodatkowo wzmacniają zakaz komercjalizacji. Polski ustawodawca karny niemal w całej rozciągłości potwierdził więc stanowisko etyków niegodzących się na odpłatne zbywanie i przyjmowanie narządów do przeszczepów [17].

Większość systemów etycznych nakłada na wszystkich obowiązek nie szkodzenia, nie powodowania cierpienia. Jest jednak kwestią dyskusyjną, czy mamy moralny obowiązek dzielenia się swoim ciałem na rzecz dobra innych osób, o ile nie wynika to z podjętych wcześniej zobowiązań. Jest rzeczą godną najwyższej pochwały, jeśli ktoś decyduje się działać altruistycznie dla dobra innych ludzi i jeśli uzna, że przyjęcie takiej właśnie postawy jest obowiązkiem moralnym. Społeczeństwo nie ma jednak prawa domagać się od innych przyjęcia takiej postawy, szczególnie, jeżeli dla wielu ludzi oznaczać to może konflikt wartości pomiędzy regułą prawną a normą moralną.

■ **Moralne aspekty transplantacji**

Moralność to z kolei [łac. *moralis* ‘dotyczący obyczajów’], ogół dominujących w danej epoce lub w danym środowisku ocen, norm, zasad i ideałów określających poglądy i zachowania uważane za właściwe; także całość zachowań i postaw jednostki lub grupy, oceniany według jakiegoś społecznie funkcjonującego systemu ocen i norm moralnych [18]. Z racji tego, że w pracy istotnym są problemy moralne nie jest używane pojęcie etyka, gdyż etyka jest nauką o moralności. W Encyklopedii PWN etyka [gr. *tá êthiká* ‘traktat o obyczajach’ <*êthos* ‘obyczaj’, ‘charakter’], w sensie potocznym — ogół ocen i norm moralnych w danej epoce i zbiorowości społecznej lub konkretny ich system, tj. moralność; w sensie filozoficznym — nauka dotycząca moralności, rozpatrywana odrębnie w aspektach: normatywnym jako nauka moralności (tzw. etyka normatywna lub etyka właściwa) oraz opisowo- wyjaśniającym jako nauka o moralności (tzw. etyka opisowa lub etologia) [19].

Szybki rozwój takich dziedzin nauki medycznej jak hematologia, chirurgia, immunologia spowodował wykształcenie się nowej specjalizacji w medycynie – transplantologii. Przeszczep tkanek i narządów ludzkich umożliwia lekarzom wprowadzenie nowych możliwości terapeutycznych. Problematyka przeszczepów budzi zainteresowanie, nie tylko przedstawicieli medycyny teoretycznej i klinicznej, ale także moralistów i antropologów [20, 21]. Czy transplantacja narządów ludzkich działa w zgodzie z moralnością? A może jest wyrazem dehumanizacji i braku szacunku należnego ludzkiemu ciału? [22]. „Każda istota ludzka ma przyrodzone prawo do życia. Nikt nie może być samowolnie pozbawiony życia” [23]. Treść przytoczonego prawa do życia wyraża się nie tylko w stwierdzeniu nietykalności życia ludzkiego. Nietykalność życia dotyczy niepodzielności cielesnej, która gwarantuje człowiekowi możliwość posiadania wszystkich członków,

narządów i organów cielesnych [8]. Z kolei prawo do życia zakłada nienaruszalność ciała. Jeśli w pierwszym stwierdzeniu chodziło wprost o utratę jakiegoś organu, to w przypadku nienaruszalności ciała mówimy o gwarancji przed wszelkim naruszeniem ciała np. przez pobicie, znęcanie, torturowanie [24].

W przeszczep narządu zaangażowane są zawsze trzy strony: dawca, biorca oraz lekarz. Każdą z tych osób dotyka w różny sposób moralny problem transplantacji w różnym nasileniu. Jednakże zakres moralnej odpowiedzialności nie jest adekwatny do stopnia osobistego zaangażowania. Aczkolwiek największa odpowiedzialność za skutki transplantacji dla biorcy i dawcy spoczywa na lekarzu.

Wyznacznikiem działań lekarza powinno być poszanowanie decyzji pacjenta, któremu przysługuje prawo do decydowania o samym sobie [25].

Wątpliwości moralne związane zarówno z aktem darowizny za życia własnego organu jak i z jego sprzedażą, dotyczą nie tylko osoby dawcy, lecz także osoby biorcy. Biesaga podkreśla, że „przy personalistycznym traktowaniu ciała tylko świadomy dar kogoś za życia czyni z żywych jeszcze narządów dar miłości dla kogoś potrzebującego” [26]. Mimo wszystko, transplantacja zakłada uzyskanie wcześniejszej świadomej i dobrowolnej zgody dawcy na darowanie części swego ciała, bez czerpania korzyści materialnych, w celu przywrócenia zdrowia lub lepszej jakości życia innej osobie. Umożliwia to potencjalnemu dawcy dokonywanie aktu darowania z siebie. Jest to szczerzy dar samego siebie, który wyraża nasze naturalne powołanie do miłości i wspólnoty człowieczej [27].

Otrzymanie tak wielkiego daru nie może być dla obdarowanego obojętne emocjonalnie. Dar złożony z części własnego ciała musi obdarowanego stawiać w szczególnej sytuacji, wyznaczonej silnym poczuciem potrzeby właściwego odwzajemnienia się, a jednocześnie poczuciem, że stosowne odwzajemnienie się jest przecież niemożliwe. Pacjent oczekujący na przeszczep jest zawsze w sytuacji bez wyjścia, ma do wyboru zgodzić się na przeszczep lub umrzeć.

Maria Nowacka [28] wyróżnia trzy aspekty, w jakich ujawniają się dla biorcy konsekwencje moralne przyjęcia obcego narządu:

1. Odczucie stanu własnego organizmu.

Sytuacja pacjenta po przeszczepie jest stanem permanentnej choroby. Reakcja odrzucenia przeszczepu musi być hamowana w sposób ciągły regularnym dawkowaniem leków immunosupresyjnych. Życie pacjenta po przeszczepie zmienia zasadniczo swój bieg, wszystko podporządkowane jest cyklicznemu rytmowi przyjmowania leków. Ścisły grafik pobierania leków, regularne wizyty w klinice – wszystko jest to dla biorcy ciągłym przypomnieniem groźby odrzucenia.

2. Ocena wartości własnej osoby.

Konieczność ciągłej opieki medycznej wywołuje u pacjentów poczucie zmniejszonej wartości własnej osoby. Integrowanie się między sobą ludzi z przeszczepionymi narządami z jednej strony zwiększa ich wiarę we własne siły i pomaga w przezwyciężaniu stresów, z drugiej zaś zwiększa poczucie własnej odmienności w społeczeństwie. Autorka wskazuje u tych ludzi na poczucie ciężaru wobec własnej rodziny.

3. Odczucie własnej osobowości.

Przyjęcie w siebie części ciała drugiego człowieka zmienia sposób postrzegania samego siebie, swojej osobowości. Biorca zaczyna utożsamiać się z dawcą, podejrzewa, iż jego osobowość jest teraz jakby wypadkową jego dotychczasowej osobowości oraz jakiejś części osobowości nieznanego mu dawcy. Ze względu na uwarunkowania kulturowe fakt noszenia w sobie organu innego, najczęściej już nieżyjącego człowieka jest odbierany jako niesamowity. Biorcy lub ich rodziny usiłują skontaktować się, choćby korespondencyjnie, z żyjącym dawcą, lub też z rodziną zmarłego dawcy, mimo, że jest to informacja zastrzeżona.

W innej publikacji wyróżnione są dwie grupy zachowań świadczące o złej adaptacji do życia po transplantacji [29]. Dla części pacjentów moment, w którym mają wrócić do domu, do swojego środowiska i rozpocząć samodzielne funkcjonowanie poza szpitalem jest bardzo trudny. Niektórzy mają poczucie zagubienia i nie wiedzą, co mają ze sobą zrobić. Próbuje przedłużyć swój pobyt w szpitalu. Poza szpitalem tracą poczucie bezpieczeństwa i wyolbrzymiają wszelkie potencjalne zagrożenia. Nie podejmują żadnej aktywności ani obowiązków życiowych. Nieustannie przeżywają poczucie krzywdy i zagrożenia, są pesymistycznie nastawieni na przyszłość, nie mają w życiu innego celu poza chorowaniem. Przeciwny biegun wyżej opisanych zachowań stanowi takie postępowanie chorych, które ma pełnić funkcję rekompensaty za lata ograniczeń, zakazów, diety. Pacjenci rzucają się w wir kontaktów towarzyskich, aktywności zawodowej. Nie odmawiają sobie niczego. Prowadzą tryb życia, który byłby ryzykowny nawet dla zdrowego człowieka. Czas oczekiwania na przeszczep zależy od różnych czynników: grupy krwi, wieku, masy ciała, liczby osób w kolejce i pilności przeszczepienia. Często decyduje ślepy traf: czy zginie ktoś molekularnie najbardziej podobny do biorcy oraz czy potencjalny biorca nie będzie akurat przeziębiony. Na czas oczekiwania nie ma wpływu miejsce w kolejce, ale wiele kryteriów medycznych. To właśnie, dlatego jedna osoba może otrzymać narząd po kilku miesiącach, a inna – nigdy.

Mimo oczywistych sukcesów transplantologii wielu nadal sądzi, że przeszczep jest czymś niewłaściwym moralnie [30]. Zdaniem Wolniewicza to duchowy rozpad społeczeństwa przyczyniła się do akceptacji transplantacji w ustawodawstwie. Ludzie utracili poczucie, że jest jeszcze coś ważniejszego niż tylko ciągłe przedłużanie życia, któremu wszyscy się podporządkowali. Chęć życia spowodowała, że ludzie dopuszczają się łajdactwa i różnych form okropieństwa. Mimo wszystko, autor nie popiera wprowadzenia zakazu transplantacji, lecz nakłania do podjęcia dyskusji nad moralną dopuszczalnością przeszczepów i nad stanem współczesnej duchowości [31]. Wielu filozofów uznaje człowieka za jedność psychofizyczną. Natomiast traktowanie ludzkiego ciała jako skomplikowanej maszyny, z możliwością wymiany uszkodzonych części, oznacza akceptację kartezjańskiego modelu człowieka i całkowitej rozdzielności duszy od ciała [33].

Argumenty antytransplantacyjne niekiedy przyjmują charakter ekonomiczny. Wprawdzie w medycynie obowiązuje zasada etyczna, zgodnie z którą lekarz powinien kierować się dobrem konkretnego pacjenta, a nie statystycznym dobrostanem zdrowotnym całego społeczeństwa. Natomiast politycy i zarządcy, wielkich struktur instytucjonalnych, muszą kierować się zasadą przeciwną. Maksymalizacja zdrowia powinna być równa dla wszystkich obywateli. Dlatego też, lekarz,

który będzie chciał sfinansować ze środków publicznych terapię swojego pacjenta, usłyszysz z ust urzędnika pytanie „czym kosztem?” [34].

Niektóre przeszczepy są niezwykle kosztowne. Wydawanie pieniędzy to także problem moralny. Jeśli transplantacja nerek jest bardziej opłacalna od dializy, to jednak koszty innych przeszczepów są ogromne. Czy nie lepiej wydać te pieniądze na inne cele – pytają przeciwnicy kosztownych operacji. Wszak za cenę jednego przeszczepu można byłoby rozbudować pediatryczne oddziały i uratować życie wielu osobom. Innym argumentem spotykanym w literaturze jest stosowanie do końca życia leków immunosupresyjnych, które to wywołują czasem większe dolegliwości niż sama choroba, na którą pacjent cierpiał przed przeszczepem. Tak jest w przypadku leczenia cukrzycy poprzez transplantację trzustki [8].

Przeciwnicy transplantacji mówią również o dużych kosztach psychicznych ponoszonych przez biorców. Dawcą przecież najczęściej są ludzie młodzi, którzy ulegli tragicznemu wypadkowi. Nie jest to osoba stara ani ciężko chora. Tak więc oczekiwanie na przeszczep jest oczekiwaniem na czyjaś śmierć. Prawdopodobnie tego też oczekują lekarze przygotowujący się do pobrania narządów. Rodziny młodych pacjentów po wypadkach znajdujących się w stanie krytycznym obawiają się, że ktoś czyha na organy bliskiej im osoby zaniedbując starań, by ratować jej życie [34].

Niejednokrotnie długie oczekiwanie na odpowiedni narząd powoduje, że biorca mentalnie życzy rychłej śmierci nieznanemu mu osobiście, anonimowemu dawcy. Po jego faktycznym zgonie biorca mimowolnie odczuwa winę wywołaną śmiercią tamtego człowieka. Poczucie winy bywa na tyle duże, że wymaga specjalistycznej opieki psychologa, często psychiatry. Negatywne stany psychiczne, takie jak depresja, trwoga, przerażenie, towarzyszą pacjentom już od momentu podjęcia decyzji o poddaniu się transplantacji [33].

Do najczęstszych zarzutów wysuwanych przez przeciwników transplantacji należą niebezpieczeństwo eutanazji, niebezpieczeństwo przyspieszania śmierci dawcy, ukryta komercjalizacja handlu narządami, traktowanie zwłok ludzkich jako materiału do dalszego wykorzystania. Te dylematy można zakończyć pytaniem zadany przez Wojciecha Rowińskiego i Janusza Wałaszewskiego [35]. „...Czy pobranie jednej nerki od kobiety, która pragnie ratować życie swego dziecka, jest przekroczeniem zasady *primum non nocere*, czy też nie? Jakie dylematy natury etycznej towarzyszą decyzji lekarza, który po raz pierwszy wykonuje przeszczepianie wątroby lub jelita? Czy wolno nam robić wszystko, co potrafimy?...”

2 grudnia 1968 roku w Kapsztadzie Christian Neethling Bernard dokonał pierwszej udanej transplantacji serca u Luis Washkansky'emu. Dawczynią była dwudziestoparoletnia Denise Darvall, która zmarła w wyniku wypadku samochodowego, ponadto jej ojciec wyraził zgodę na pobranie również od córki nerki, którą przeszczepiono dziesięcioletniemu murzyńskiemu chłopcu Jonathanowi Van Wyk [18]. Transplantacja serca najważniejszego dla człowieka organu nasunęła lekarzom, antropologom, etykom szereg fundamentalnych pytań, a mianowicie: czy transplantacja serca nie narusza prawa do życia jego dawcy? Czy jest to nieuprawniona interwencja w osobowość człowieka wyrażona brakiem szacunku należnego ludzkiemu ciału? [20, 21].

Ogromnym dylematem jest pobieranie narządów od osób żywych. Komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane od żywego człowieka w celu przeszczepiania innej osobie, po spełnieniu warunków określonych w rozdziale 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (dziennik ustaw nr 169 1411, z zmianami 01.07 2011). Wszystkie te warunki muszą być bezwzględnie spełnione łącznie i brak spełnienia któregośkolwiek z nich całkowicie wyłącza możliwość pobrania. W naszym kraju wykonuje się stosunkowo niewiele transplantacji od osób bliskich, a powody tego faktu są złożone [6]. Części z nich można poszukiwać odwołując się do uwarunkowań społecznych i kulturowych, ale często tkwią one w konkretnych sytuacjach rodzinnych pacjentów.

Za przykład mogę tu podać sytuację dorosłego obecnie mężczyzny dializowanego od kilku lat. Pisząc tę pracę, miałam przyjemność poznać pewną rodzinę, która jest doświadczona chorobą syna od jego wczesnych lat dzieciństwa. Jego obydwie nerki przestały pracować. Był dializowany przez kilka lat zanim przeszczepiono mu nerkę od dawcy martwego. Po ośmiu latach „jako takiego” funkcjonowania, nerka przestała pracować. Obecnie jest dializowany, czeka w kolejce na kolejny przeszczep. Jego brat jest gotowy oddać mu swoją nerkę (istnieje zgodność tkankowa), ale chory odmawia przyjęcia tego daru tłumacząc, że on już pogodził się ze swoją chorobą, a nie zniósłby, gdyby stał się zagrożeniem dla zdrowia i życia swego brata.

Inne aspekty psychologiczne porusza Anna Jakubowska-Winecka [22] podając za przykład przewlekłe chore dziecko, które znaczną część życia spędza w szpitalu, zaczyna coraz mniej uczestniczyć i odgrywać coraz mniejszą rolę w swojej rodzinie. Dochodzi do rozluźnienia więzi. Stopniowo jest usuwane na margines rodziny jako słabszy czy gorszy jej członek lub jako osoba, nad którą odprawiono już żałobę. Przy braku silnych związków emocjonalnych nie ma motywacji do pomocy. Analizuje sytuację tzw. „żywych dawców”, podkreślając jak ważne jest ich informowanie o ewentualnych zagrożeniach, aby nie doszło do rozczarowania, frustracji, roszczeń. Wskazuje na determinację i presję rodziny jako źródło poważnych potencjalnych problemów, w bliższej lub dalszej przyszłości po transplantacji rodzinnej.

Wraz z rozwojem transplantologii powstało realne zagrożenie handlu narządami, jak również obawa przed zbrodniczym sposobem zdobywania narządów do przeszczepu. Człowiek wykorzystując swobodę dysponowania własnym ciałem, może dobrowolnie podarować niezbędny do życia organ, jak również dokonać ich sprzedaży. Na prawo jednostki do nieograniczonego dysponowania swoim ciałem powołują się zwolennicy legalizacji handlu organami. Z kolei przeciwnicy legalizacji handlu organami swoje poglądy argumentują filozoficzną koncepcją człowieka, która głosi, że nikt nie ma prawa traktować siebie samego jako przedmiotu [36]. Wszystkie organizacje międzynarodowe (WHO, Rada Europy, Parlament Europejski), rządy większości krajów oraz stowarzyszenia lekarskie i naukowe jednogłośnie potępiają płatne przekazywanie narządu i wszelkie próby handlu. Ustawodawstwo polskie zakazuje nie tylko odpłatnego oddania narządu, ale i wszelkich ogłoszeń i pośrednictwa. Istnieje szereg krajów (np. w Azji, Południowej Afryce, ale również niektóre kraje europejskie i USA), w których wykonuje się przeszczepianie od dawców płatnych. W niektórych z tych krajów odbywa się to jawnie (z pogwałceniem przepisów prawa), w innych jest to proceder utajony.

W związku z niedoborem odpowiedniej ilości dawców narządów, a jednocześnie wzrastającym zapotrzebowaniem na nie, zaczęto sięgać po narządy zwierząt o podobnych parametrach. Pobiera się więc nerki, serce i zastawki od małą i świń. Nie tylko ze względu na bliskość układów immunologicznych, ale także ze względu na gabaryty tych zwierząt. Mają one porównywalną wielkość narządów wewnętrznych, mogących przejąć obowiązek ciężkiej pracy w ludzkim organizmie. Pomimo wieloletnich badań przeszczepy odzwierzęce (ksenogeniczne) nadal są rodzajem eksperymentu medycznego, który stosowany jest tylko w przypadku pacjentów, u których przewidywany czas życia liczy się już tylko w dniach [35]. Zagadnieniom tym został poświęcony dokument Papieskiej Akademii Pro Vita z 26 września 2001 roku „Perspektywy dla ksenotransplantacji. Aspekty naukowe i rozważania etyczne”. Dokument przypomina, że człowiek ma obowiązek „twórczej odpowiedzialności” w wykorzystywaniu sił powierzonych mu przez Boga. W związku z tym dopuszczalne staje się wykorzystywanie zwierząt w celu powiększenia szans na przeżycie człowieka i ratowania jego zdrowia. Ludzie pozostają jednak odpowiedzialni za sposób, w jaki traktują zwierzęta. Faza eksperymentalna w jaką wkroczyły badania związane z przeszczepami serca od zwierząt transgenicznych znajduje akceptację Kościoła. Specyfika tych eksperymentów domaga się jednak zachowania szeregu warunków, które gwarantują bezpieczeństwo, zarówno pacjentów biorących w nich udział, jak i całej populacji ludzkiej. Ryzyko przeniesienia na człowieka chorób zwierzęcych jest najważniejszym dylematem etycznym. By uniknąć tego problemu, w wielu krajach toczyła się dyskusja nad prawnym zakazem badań nad przeszczepami odzwierzęcymi. Większość krajów, także Polska, zgodziła się z argumentami uczonych [37].

W ostatnich latach wiele dyskusji wzbudza klonowanie tkanek. Jakkolwiek przy braku narządów do przeszczepu, klonowanie ich pozwoliłoby pomóc większej grupie osób, jednak z moralnego punktu widzenia nie jest to etyczne. W szczególności powstaje tu obawa klonowania ludzi [38]. Jean Bermard zadał celne pytanie:

„...z cudzym ramieniem, cudzą nerką, obcą także skórą i sercem.... Ile kilogramów, ile metrów kwadratowych jej osoby można wymienić, by pozostała jednak sobą?” [39]. I czy taka osoba będzie szanowała siebie sama?

■ Wnioski

Temat transplantacji jest ciągle aktualnym problemem ze względu na wiele dylematów szczególnie moralnych jakie wzbudza wśród społeczeństwa. Ważne jest prowadzenie na szeroką skalę akcji edukacyjnej obejmującej wszystkie grupy wiekowe a szczególnie młodzież, dotyczącej aspektów pobrania narządów do przeszczepów i ratowania życia wielu chorych, którzy bez nich nie przeżyją.

Bibliografia

1. Ślęczek-Czakon D.: Czy transplantacje są przejawem zmian w moralności? Wątpliwości bioetyków, *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie*, 2018; 123: 537–550. DOI: 10.29119/1641-3466.2018.123.37
2. Głowala S.M.: Legal and moral aspects of transplantation. *Journal of Education, Health and Sport*, 2018; 8(11): 18–31.
3. Raza F., Neuberger J.: Consent in organ transplantation: putting legal obligations and guidelines into practice, *BMC Medical Ethics* 23, 69 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00791-y>
4. Łaciński M., Dytfeld D., Sarnowski W.: *Kardiochirurgia historia i terażniejszość*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego, 2002: 23–28.
5. Lauerer M., Kaiser K., Nagel E.: Organ Transplantation in the Face of Donor Shortage – Ethical Implications with a Focus on Liver Allocation, *Visceral Medicine*, 2016; 32: 278–285. <https://doi.org/10.1159/000446382>
6. Woodcock T., Wheeler R.: Law and medical ethics in organ transplantation surgery, *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 2010; 92: 282–285. DOI: 10.1308/003588410X12664192076250
7. Noszczyk W. (red.): *O chirurgii polskiej końca XX wieku*, Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, 2001: 382–397.
8. Skalski A.: Historia przeszczepiania narządów, *Cx News*, 2009; 2(28): 5–6.
9. Centrum Badania Opinii Społecznej: www.cbos.pl [dostęp: 21.09.2020].
10. Wasak A.: *Transplantacje. Dar życia*, POLWEN, 2007.
11. Dukiet-Nagórska T.: *Aspekty Prawne Transplantacji. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, 2005; 2: 127–133.
12. www.przeszczep.pl [dostęp: 20.04.2020].
13. Burian J.: Aspekt prawny i etyczny przeszczepów, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 1(6): 18–21.
14. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, *Dziennik Ustaw* Nr 169 z późn. zm.
15. Krakowiak P., Modlińska A.: Stanowisko Kościoła Katolickiego oraz innych religii wobec przeszczepiania narządów [w:] Rutkowski B., Śledziński Z., Wujtewicz M. (red.): *Przewodnik praktyczny – wytyczne dotyczące zgłaszania i prowadzenia potencjalnych dawców narządów*, Akademia Medyczna, 2005: 30–32.
16. Rowiński W.: Trzy czułe aspekty medycyny transplantacyjnej, *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, 2004; 1(4): 139–140.
17. Sitarz O.: Polskie prawo karne wobec problemów etycznych związanych z transplantologią, *Archiwum Filozofii Prawa i Filozofii Społecznej*, 2019; 1: 51–62.
18. Tatoń J.: *Filozofia w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2009.
19. Muszała A.: *Encyklopedia bioetyki, Personalizm chrześcijański Głos Kościoła*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, 2005: 437.
20. Raniszewska A.: *Etyczne aspekty transplantacji* [w:] Jaronia J. (red.): *Ekofilozofia, bioetyka, etyka biznesu. Aktualne problemy współczesności*, Archiwum Państwowe Siedlce, 2004: 94–97.
21. Regan A.: *Man's Administration of his Boliday Life and Membres, the Principle of Totality, and Organic Transplants between Living Humans*, *Studia Moralia*, 1967; 5: 83–97.

22. Jakubowska-Winecka A.: Psychologiczne problemy transplantacji narządów z perspektywy psychologa praktyka [w:] Imieliński K. (red.): *Medycyna na początku III tysiąclecia. Humanizm, traumatologia, transplantologia*, Polska Akademia Medyczna, 2000: 44–53.
23. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych art. 6, *Chrześcijanin w świecie* 10, 1966 3/4, 63–64.
24. *Karta Pracowników Służby Zdrowia – Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*, 1995: 87.
25. Hartman J.: *Bioetyka dla lekarzy*, Oficyna Wolters Kluwer, 2009: 117–118.
26. Biesaga T.: *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, *Medycyna Praktyczna*, 2006; 2: 20–23.
27. Kwolek A.: *Kontrowersje wokół medycznej definicji śmierci*, *Resovia Sacra*, 2006: 140.
28. Nowacka M.: *Etyczne i filozoficzne konsekwencje terapii transplantacyjnej*, *Postępy Rehabilitacji*, 2000; 14(4): 97–104.
29. Jakubowska-Winecka A.: Psychologiczne problemy transplantacji narządów z perspektywy psychologa praktyka [w:] Imieliński K. (red.): *Medycyna na początku III tysiąclecia. Humanizm, traumatologia, transplantologia*, Polska Akademia Medyczna, 2000: 44–53.
30. Wolniewicz B.: *Neokanibalizm* [w:] Wolniewicz B. (red.): *Filozofia a wartości*, Wydawnictwo Wydziału Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, 1998; 2: 261–266.
31. Wolniewicz B.: *Prawo do zmarłych, Filozofia a wartości*, Wydawnictwo Wydziału Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, 1998.
32. Słomski W.: *Człowiek wśród dylematów i wyzwań etycznych współczesności*, Wydawnictwo Vizja Press<, 2009: 143–154.
33. Woleński J., Martman J.: *Wiedza o etyce*, Wydawnictwa Szkolne PWN, 2008: 334–336.
34. Zembala M.: *Zasady pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek do transplantacji w ujęciu Europejskiej Konwencji Bioetycznej*, *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, 2009; 6(4): 407–411.
35. Rowiński W., Wałaszewski J.: *Problemy etyczno-obyczajowe przeszczepiania narządów* [w:] Marczewski K. (red.): *Notatki do ćwiczeń z etyki, czyli jak i po co odróżniać eutymię od eutanazji?* Akademia Medyczna, 2003, 187–195.
36. Dylus A.: *Problem komercjalizacji organów ludzkich* [w:] Marcola A. (red): *Etyczne aspekty transplantacji narządów. Materiały z sympozjum w Kamieniu Śląskim*, Wydawnictwo Świętego Krzyża, 1996: 202–210.
37. Wójcik B.: *Etyczne aspekty transplantacji serca*, *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, 2004; 1(4): 133–137.
38. Niebrój L.: *Nieprodukcyjne klonowanie człowieka: od zwalczania chorób do doskonalenia ludzkości*, *Sztuka Leczenia*, 2002; 8(1): 43–44.
39. Bernard J.: *Od biologii do etyki. Nowe horyzonty wiedzy, nowe obowiązki człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1994: 41–54.

7. Syndrom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek

Burnout syndrome among nurses

Kinga Przybyszewska^{1,a}

¹Akademia Nauk Stosowanych w Koninie

^a<https://orcid.org/0000-0002-7460-1699>

■ Abstrakt

Wstęp: Zjawisko wypalenia zawodowego jest coraz częściej spotykanym problemem w XXI wieku. Jest ono postrzegane zarówno jako problem indywidualny, jak i społeczny. Wypalenie zawodowe jest właśnie ilustracją i wyrazem tego, co może pozostać po początkowym zaangażowaniu w karierę zawodową.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena poziomu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, a zastosowaną techniką była technika ankietowa. Zastosowanym narzędziem był kwestionariusz wypalenia zawodowego MBI autorstwa Christiny Maslach.

Wyniki: Z badań wynika, że najczęściej respondenci odczuwali wyczerpanie emocjonalne na poziomie wysokim - 36,4% oraz na poziomie przeciętnym - 0,9%. Jeśli chodzi o depersonalizację, to największa grupa badanych charakteryzowała się niskim nasileniem tej cechy - 41,8%. Poziom satysfakcji z pracy u personelu pielęgniarskiego biorącego udział w badaniu był na dość wysokim poziomie z tendencją do przeciętnego.

Wnioski: W celu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu wśród pielęgniarek konieczne jest wzmacnianie pozytywnych czynników w środowisku pracy, a także poprawa relacji interpersonalnych oraz rozwijanie zachowań asertywnych i umiejętności radzenia sobie ze stresem. Zachowania te mogą istotnie zmniejszyć syndrom wypalenia zawodowego, zwiększyć poczucie satysfakcji zawodowej oraz wpłynąć na poziom i jakość świadczonej opieki pielęgniarskiej.

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, syndrom wypalenia, syndrom burnout, pielęgniarka, wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, MBI.

■ Abstract

Introduction: The phenomenon of occupational burnout is an increasingly common problem encountered in the 21st century. It is seen as both an individual problem and a social one. Professional burnout is precisely an illustration and expression of what can be left behind after an initial commitment to a career.

Objective of the study: The purpose of this study is to assess the level of burnout among nurses.

Material and methods: The study was carried out using a diagnostic survey method, and the technique used was a questionnaire technique. The tool used was the MBI professional burnout questionnaire by Christina Maslach.

Results: The study shows that the most frequent respondents felt emotional exhaustion at a high level - 36.4% and at an average level - 0.9%. As for depersonalization, the largest group of respondents was characterized by low intensity of this trait - 41.8%. The level of job satisfaction in the nursing staff participating in the survey was at a rather high level with a tendency to average.

Conclusions: In order to counteract professional burnout among nurses, it is necessary to strengthen positive factors in the work environment, as well as to improve interpersonal relationships and develop assertive behaviors and stress management skills. These behaviors can significantly reduce the syndrome of professional burnout, increase the sense of professional satisfaction, and affect the level and quality of nursing care provided.

Keywords: job burnout, burnout syndrome, nurse, emotional exhaustion, depersonalization, MBI.

■ Wstęp

Zjawisko wypalenia zawodowego stanowi coraz częstszy problem spotykany w XXI wieku. Postrzegany jest jako problem natury zarówno indywidualnej jak społecznej. Wypalenie zawodowe jest właśnie niczym innym jak zobrazowaniem i wyrażeniem tego, co może pozostać po początkowym zaangażowaniu w pracę zawodową. Bardzo wyraźnie kojarzy się z brakiem energii, wyczerpaniem sił, obojętnością, brakiem siły do działania. Wypaleni pracownicy wpływają niekorzystnie na efektywność organizacji w której pracują. Wypalenie zawodowe to jeden z powodów absencji pracowników wywołując negatywne konsekwencje nie tylko dla jednostki, ale również danej organizacji czy instytucji przynosząc skutki społeczno-ekonomiczne [1]. Problem wypalenia zawodowego może dotyczyć każdego i na każdym stanowisku. Ryzyko jego wystąpienia wzrasta wraz z pełnieniem funkcji stresogennych oraz zawodami wymagającymi intensywnych kontaktów z ludźmi. Dużą grupę stanowią: nauczyciele, pedagogowie, pielęgniarki, lekarze, handlowcy, psychologowie, pracownicy socjalni. Zjawisko wypalenia zawodowego, w nomenklaturze używane również jako "bornout syndrom", „syndrom wypalenia zawodowego” lub najprościej „wypalenie zawodowe [2].

Na podstawie analizy dostępnej literatury można stwierdzić, że od momentu zainteresowania się tematyką wypalenia zawodowego do czasów obecnych nie powstała jednoznacznie określona definicja dla tego terminu. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uwzględniła wypalenie zawodowe w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10), które jest oznaczone jako konfiguracja Z 73.0. WHO podaje, że zjawisko wypalenia nie jest uznawane jako stan chorobowy czy schorzenie, lecz jako syndrom wynikający z permanentnego stresu w miejscu pracy, który nie został skutecznie opanowany. Syndrom wypalenia zawodowego charakteryzuje się poczuciem cynizmu i braku energii oraz psychicznego dystansowania, które są odnoszone do wykonywanej pracy i obniżają jej skuteczność [3].

Amerykański psychiatra H. Freudenberger jako pierwszy podjął się opisanie zjawiska wypalenia zawodowego w 1974 roku. Na podstawie prowadzonych badań określił, że syndrom wypalenia zawodowego to stan, który charakteryzuje się fizycznym oraz psychicznym zmęczeniem, uczuciem znużenia i rozdrażnienia, brakiem cierpliwości oraz tłumieniem w sobie emocji. Długotrwałe gromadzenie i oddziaływanie na siebie poszczególnych stanów i odczuć powoduje zwiększoną skłonność do złości, cynizmu i dystansowania się w środowisku pracy.

H. Freudenberger opisuje, że wypalenie jest stanem, który rozwija się powoli i stopniowo. Przewlekły stres, poświęcenie się dla dobra jednostki czy nawet ogółu, pełne zaangażowanie w powierzone obowiązki oraz oddawanie całej energii życiowej w pracy przyczynia się do obniżenia motywacji, a także działa niekorzystnie na zachowanie i przekonania. Najistotniejszą rolę w zjawisku wypalenia odgrywa permanentny stres, który jest związany z pełnionym stanowiskiem czy rolą zawodową na skutek wygórowanych oczekiwań i zadań do spełnienia. W efekcie końcowym często występuje także uczucie braku otrzymania adekwatnej nagrody za dołożenie wszelkich starań i niekiedy całkowite oddanie się pracy [2, 4].

Ch. Maslach na podstawie analizy prowadzonych wielu rozmów z osobami, którzy opiekowali się osobami potrzebującymi w tym obszarze pomocy stworzyła własną definicję tego zjawiska. Według Ch. Maslach i jej współpracownicy

S. Jackson wypalenie zawodowe to psychologiczny stan wyniszczenia emocjonalnego, depersonalizacji oraz zmniejszonego poczucia dokonania osobistych mogący pojawić się u osób, które pracują w pewien określony sposób z innymi ludźmi. Po przeprowadzeniu badań na szeroką skalę dwie badaczki stworzyły model wypalenia zawodowego zawierający trzy elementy składowe: wyniszczenie emocjonalne, depersonalizacja i utrata satysfakcji zawodowej [4, 5].

Według wspólnego opracowania A. Pines i E. Aronson wypalenie zawodowe definiują jako emocjonalne, psychiczne i fizyczne wyczerpanie pojawiające się na skutek długotrwałego oddania się zdarzeniom, które negatywnie wpływają na sferę emocjonalną. Zjawisko to występuje u ludzi, którzy pracują z innymi oraz, którzy w relacjach ze współpracownikami, pacjentami klientami są dawcą usług czy świadczeń [6].

Syndrom wypalenia zawodowego zazwyczaj rozwija się bardzo podstępnie i jest procesem rozległym, długofalowym. Organizm wysyła pewne przesłanki w postaci objawów alarmowych, aby zasygnalizować, że dzieje się coś niepokojącego. Szczególną uwagę należy zwrócić na znaki ostrzegawcze występujące w postaci bólów głowy, bezsenności, permanentnych objawów przeziębienia czy uczucia frustracji i gniewu. Początkowe objawy wypalenia zawodowego są związane ze zmęczeniem psychofizycznym jak i emocjonalnym. Wyczerpanie psychofizyczne następuje na skutek bardzo intensywnych i ekspresyjnych kontaktów interpersonalnych i uwidacznia się przez brak chęci do pracy, spadek aktywności, ciągle utrzymujące się wewnętrzne napięcie i przez osowiałość. Dodatkowo mogą pojawić się objawy somatyczne w postaci bólów głowy a także bezsenność czy lęk [7, 8].

Na podstawie dostępnych źródeł wyróżnia się następujące objawy, które świadczą o wypaleniu zawodowym:

- zmęczenie fizyczne – przewlekłe wyczerpanie bez ewidentnej przyczyny, dodatkowo może wystąpić chudnięcie i spadek apetytu,
- bezsenność – dolegliwość ta występuje u osób, które wcześniej nie miały problemów ze snem,
- napięcie mięśni – manifestuje się różnymi bólami bez konkretnej przyczyny w tym wzmożona potliwość i dolegliwości gastryczne,
- bóle głowy typu migrenowego – wzrost częstotliwości ataków u osób, które leczą się na migrenę,
- brak zdolności do decydowania – osoby konkretne i zdecydowane stają się ewidentnie niesprecyzowane,
- uczucie przepracowania – zazwyczaj to syndrom pojawiający się u źródła syndromu wypalenia, który charakteryzuje się nieradzeniem sobie z pracą ze względu na jej obszerną ilość i brakiem umiejętności powolnej analizy jej jakości,
- brak entuzjazmu – rutynowe i automatyczne wykonywanie czynności, poczucie monotonii w pracy,
- brak cierpliwości i poirytowanie – wyolbrzymione negatywne reakcje na skutek niewielkich frustracji,
- utrata zainteresowania – stereotypowe podejście do pacjenta/klienta i problemów w pracy,
- pasywna postawa względem nowych idei,
- uzależnienia – nadużywanie alkoholu, narkotyków, leków uspokajających,
- cynizm – jeśli występuje jako jedyny rodzaj stosunku do świadczeniobiorcy to traktuje się go negatywnie zaś w drugą stronę traktowany jako forma poczucia humoru pozwala bronić się przed wypaleniem,
- bierność – niemożność zabrania się do pracy, oddalanie czynności w czasie,
- separowanie się – izolowanie się i trudności w porozumiewaniu osób, które wcześniej swobodnie dogadywały się ze swoimi współpracownikami,
- syndrom *mea culpa* – branie na siebie odpowiedzialności za niepowodzenia w pracy,
- obwinianie innych za porażki – obarczanie winą wszystkich z wyjątkiem siebie [8].

Wypalenie zawodowe jest procesem, który może rozwijać się podstępnie i niespodziewanie oraz występować długotrwale. Zjawisko wypalenia nie zawsze przebiega w ten sam sposób co oznacza, że jego przebieg może być różny u poszczególnych osób oraz występujące objawy jak i przyczyna mogą być inne w zależności od jednostki. Ważną rolę odgrywa wczesne dostrzeżenie symptomów ostrzegawczych i uświadomienie sobie ich występowania, gdyż interwencje podjęte odpowiednio wcześnie na rzecz przeciwdziałania niekorzystnemu zjawisku mogą zapobiec jego progresji [9]. Syndrom wypalenia zawodowego coraz częściej powiązany jest z zaangażowaniem w pracę. Osoby rozpoczynające zawodową przygodę są w pełni zaangażowane, mają ogrom energii, pomysłów, przeróżnych planów i dużo sił do pracy. Niejednokrotnie oddają swoje serce, cenny czas, oddając swoje osobiste potrzeby na dalszy plan, a tym samym oczekując w zamian za to poczucia spełnienia, odpowiedniej nagrody i zapłaty. Początkowa ekscytacja, zapał i motywacja stopniowo przeradza się w zmęczenie i niechęć do pracy.

Następnie dochodzi do takiego etapu, gdzie zmęczenie zarówno fizyczne jak i psychiczne przerasta granice wytrzymałości i kompensacji danej osoby. Taka jednostka jest narażona na wystąpienie syndromu wypalenia. Dalsze losy są zależne od własnych możliwości radzenia sobie ze stresem i zaistniałą sytuacją oraz pomocy osób trzecich [8].

Proces wypalenia zawodowego został opracowany i przedstawiony w literaturze przez H. Freudenbergera oraz G. North'a w postaci dwunastostopniowej skali prezentującej się następująco:

Stadium I – Konieczność bezustannego udowadniania swoich ambicji, stawiania sobie wysokich celów, pragnienie bycia efektywnym i wydajnym pracownikiem. Z biegiem czasu zaangażowanie i chęć wzorowego wykonywania swoich obowiązków może przeobrazić się w przymus związany z wygórowanymi wymaganiami w stosunku do pracy i własnej osoby.

Stadium II – zwiększenie zaangażowania w pracę polegające na samodzielnym wykonywaniu zadań celem udowadniania własnej wartości. Powierzenie obowiązków współpracownikowi powoduje niepokój i trudność, ponieważ dana osoba ma świadomość, że wykona je najlepiej i w tym przypadku zostanie zaburzone poczucie niezbędności.

Stadium III – Brak kontroli nad własnymi potrzebami rozumiane jako odstawienie swoich potrzeb takich jak: czas wolny, relaks, relacje z bliskimi na bok. Potęguje się uczucie, że potrzeby zawodowe są na pierwszym miejscu. W tym stadium może dochodzić do przedawkowania alkoholu, kofeiny, nikotyny oraz pozostałych środków psychoaktywnych.

Stadium IV – spadek dużej ilości energii w związku z dysproporcją pomiędzy zewnętrznymi, a wewnętrznymi wymaganiami. Następuje definitywna utrata sił i zapału, mogą także wystąpić niespotykane dotąd zachowania jak: mylenie terminów spotkań lub zapominanie o nich i niepunktualność. Istotne jest, aby zauważyć swój udział w narastającym procesie obniżenia energii a nie usprawiedliwiać go przepracowaniem.

Stadium V – Przewartościowywanie charakteryzujące się zmianą priorytetów. Dotychczasowe idee życiowe schodzą na dalszy plan, a kontakty interpersonalne mogą być postrzegane jako obciążające i niepotrzebne.

Stadium VI – używanie mechanizmu wyparcia w postaci izolacji od społeczeństwa. Ten etap charakteryzuje się brakiem cierpliwości, nadmierną pobudliwością i cynizmem. Pojawiają się dolegliwości fizyczne i spada skuteczność oraz produktywność wykonywanej pracy. Ponadto całe otoczenie zewnętrzne jest zauważane w złym świetle, a relacjom z innymi towarzyszy brak empatii i bezradność. W tym momencie konieczna jest pomoc profesjonalisty.

Stadium VII – definitywna alienacja polegająca na całkowitym odizolowaniu się od społeczeństwa, które jest traktowane w sposób wrogi. Dochodzi do mechanicznego, wyuczonego wykonywania czynności i zaspokajaniu swoich potrzeb w używkach.

Stadium VIII – postępujące zmiany w zachowaniu na skutek pogłębiania się wyobcowania i odizolowania. Negatywne postrzeganie zainteresowania daną osobą, a nawet traktowane jako atak. Mogą pojawić się reakcje paranoidalne lub urojenia.

Stadium IX – przekonanie o utracie własnej osobowości, poczucie rutynowego i schematycznego funkcjonowania. Dodatkowo towarzyszy odczucie braku autonomii jednostki.

Stadium X – stan przewlekłej apatii i uczucie wewnętrznej pustki. Dodatkowo występuje lęk przed skupiskami ludzi i pojawiają się różnego rodzaju reakcje fobiczne.

Stadium XI – depresja objawiająca się stanami rozpacz, przygnębienia, wyczerpania i spadkiem nastroju. Ponadto mogą wystąpić myśli samobójcze.

Stadium XII – stan całkowitego wyczerpania psychofizycznego i emocjonalnego. Skrajne wyczerpanie organizmu i skłonność do infekcji oraz chorób układu sercowo- naczyniowego a także pokarmowego. Na tym etapie obowiązkowo potrzebna jest profesjonalna pomoc, która może okazać niełatwa i wymagająca, aby móc ponownie powrócić do i zaadoptować się do otaczającego środowiska [8, 10].

Członkowie Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (ang. APA) opisywali proces wypalenia zawodowego za pomocą pięciostopniowej skali składającej się z poszczególnych etapów:

- **miesiąc miodowy** – stan fascynacji pracą, niekończącej się energii, zadowolenia z siebie i swoich osiągnięć zawodowych oraz odczuwanie satysfakcji z wykonywanej pracy,
- **przebudzenie** – moment uświadomienia sobie, że idealizowanie pracy to subiektywna i nierealistyczna ocena. W celu utrzymania bezkrytycznego obrazu pracy dochodzi do jeszcze większego nakładu czasu, energii i sił przez pracownika,
- **szorstkość** – etap, w którym pogorszeniu ulegają kontakty interpersonalne zarówno ze strony współpracowników jak i klientów/pacjentów. Wykonywanie obowiązków zawodowych w tym stanie wymaga wkładania w nie zwiększonego wysiłku,
- **pełnoobjawowe wypalenie** – stadium charakteryzujące się wyczerpaniem psychofizycznym, uczuciem samotności oraz chęci rezygnacji z pracy, możliwe jest wystąpienie depresji,
- **odradzanie się** – stan rekonwalescencji i regeneracji powstałych blizn i uszczerbków na zdrowiu fizycznym jak i psychicznym na skutek wypalenia zawodowego [6].

Najbardziej efektywną strategią w walce z wypaleniem zawodowym jest profilaktyka. Stanowi ona najistotniejszy element zapobiegania syndromu wypalenia zawodowego. Pracownik powinien podporządkować się do określonych zaleceń, które są skonstruowane w trzech płaszczyznach:

- indywidualna,
- kontaktów międzyludzkich,
- miejsce pracy [8].

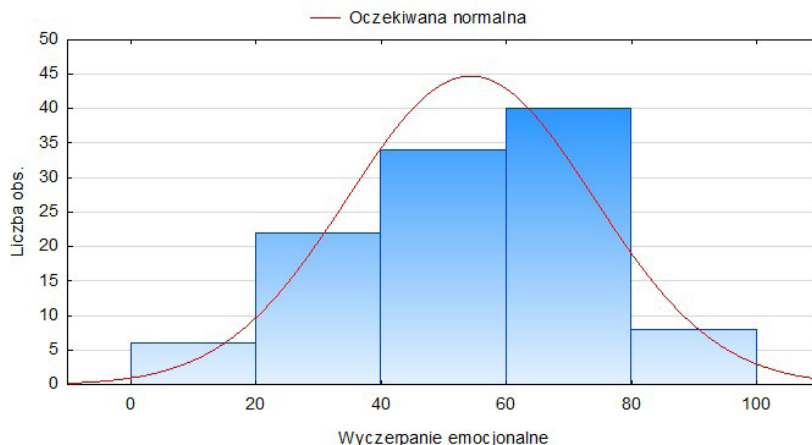
Zalecenia ukierunkowane na płaszczyznę indywidualną odnoszą się do własnej osoby i wskazują na higieniczne życie, czyli dbanie o siebie, odpowiednią ilość snu, poszanowanie swoich sił, bycie aktywnym poprzez uprawianie sportu, który jest przeciętnie męczący oraz każdorazową regenerację sił po większym wysiłku. W sferze zwraca się uwagę na pielęgnowanie relacji z innymi, spotkania towarzyskie,

ćwiczenie tolerancji, empatii i wzajemnego zrozumienia a także umiejętność zwrócenia się o pomoc bez żadnych obaw jeśli sytuacja tego wymaga. Skupiając się na ostatniej płaszczyźnie jaką jest miejsce pracy należy zwrócić szczególną uwagę na umiejętność bycia asertywnym, czyli zdolność zdecydowanego, aczkolwiek uprzejmego odmawiania. Ponadto ważną rolę odgrywa odpowiedzialność, która jest ukierunkowana na wyważony czas pracy dzięki czemu nie dojdzie do przemęczenia się obowiązkami. W przypadku bycia przełożonym nie należy samemu wykonywać zadań za kogoś tylko zlecać je osobom do tego przeznaczonym, a jeśli wyniknie jakiś problem to pracownik oprócz zgłoszenia incydentu powinien zaproponować sposób jego rozwiązania. Można stwierdzić, że złotym środkiem prewencyjnym na rzecz przeciwdziałania zjawisku wypalenia jest zasada work-life-balance (ang. WBL), czyli utrzymanie równowagi pomiędzy życiem prywatnym a zawodowym [8].

Cel pracy: Celem pracy jest ocena poziomu wypalenia zawodowego pielęgniarek.

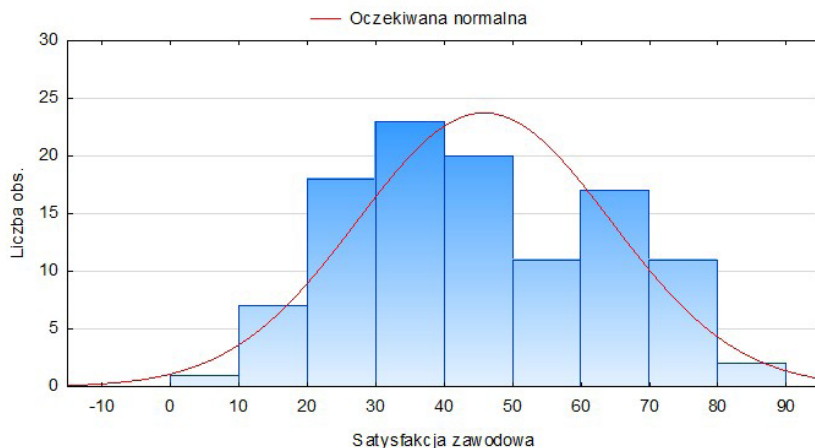
Materiał i metody: Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, zaś techniką którą się posłużono była technika ankietowa. Narzędziem wykorzystanym był kwestionariusz wypalenia zawodowego MBI autorstwa Christiny Maslach.

■ Wyniki



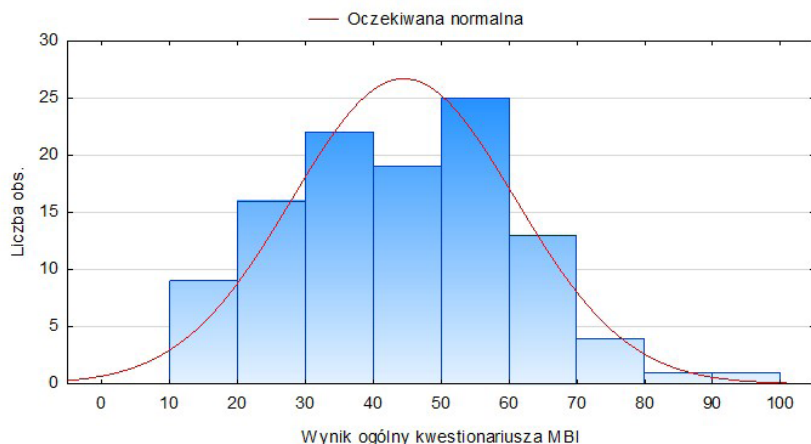
Ryc. 1. Rozkład wyników skali wyczerpania emocjonalnego kwestionariusza MBI

Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 2. Rozkład wyników skali depersonalizacji kwestionariusza MBI

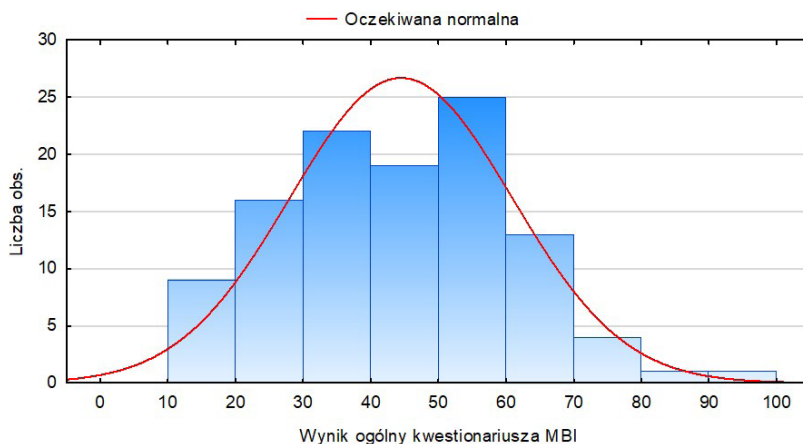
Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 3. Rozkład wyników skali satysfakcji zawodowej kwestionariusza MBI

Źródło: opracowanie własne.

Rozkład *wyniku ogólnego* – uznawanego za wskaźnik wypalenia zawodowego, był nieznacznie prawoskośnym. Różnica między najmniejszym i największym rezultatem nie przekroczyła 80 punktów, a $V = 0,37$ dowodzi przeciętnej spójności rezultatów (ryc. 3).



Ryc. 4. Rozkład wyniku ogólnego kwestionariusza MBI

Źródło: opracowanie własne.

Mając na uwadze ocenę uzyskanych rezultatów skonstruowano poniższą skalę, według której sklasyfikowano rezultaty jako:

- bardzo niskie – od 0 do 20 punktów,
- niskie – od 21 do 40 punktów,
- przeciętne – od 41 do 60 punktów,
- wysokie – od 61 do 80 punktów,
- bardzo wysokie – od 81 do 100 punktów.

Z badania wynika, że najczęściej respondenci odczuwali wyczerpanie emocjonalne na poziomie wysokim - 36,4% oraz na poziomie przeciętnym - 0,9%. W przypadku depersonalizacji największa grupa respondentów charakteryzowała się niskim nasileniem tej cechy - 41,8%. Poziom satysfakcji z pracy u personelu pielęgniarskiego biorącego udział w badaniu był na dość wysokim poziomie z tendencją do przeciętnego.

■ Wnioski

Aby przeciwdziałać zjawisku wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek, konieczne jest wzmacnianie pozytywnych czynników środowiska pracy, jak również poprawa relacji interpersonalnych także rozwijanie zachowań asertywnych i umiejętności radzenia sobie ze stresem. Zachowania te mogą znacząco zmniejszyć syndrom wypalenia zawodowego, zwiększyć poczucie satysfakcji zawodowej oraz wpłynąć na poziom i jakość świadczonej opieki pielęgniarskiej.

Bibliografia

1. Komorowska A.: Różne aspekty wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego ze szczególnym uwzględnieniem grupy zawodowej pielęgniarek w domach pomocy społecznej, *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2021; 4(6): 7–24.
2. Kraczkla M.: Wypalenie zawodowe jako efekt długotrwałego stresu, *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie*, 2013; 2: 69–81.
3. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
4. Znańska-Kozłowska K.: Wypalenie Zawodowe – Pojęcie, Przyczyny i Objawy, *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie*, 2013; 14(1): 105– 113.
5. Jończyk J., Siwicka M.: Wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarskiej – studium empiryczne, *Akademia Zarządzania*, 2019; 3(3): 54–66.
6. Ostrowska M., Michcik A.: Wypalenie zawodowe – przyczyny, objawy, skutki, zapobieganie, *Bezpieczeństwo Pracy*, 2013; 8: 22–25.
7. Bańkowska A.: Syndrom wypalenia zawodowego – symptomy i czynniki ryzyka, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2016; 2(60): 256–260.
8. Erenkfeit K., Dudzińska L., Indyk A.: Wpływ środowiska pracy na powstanie wypalenia zawodowego, *Medycyna Środowiskowa*, 2012; 15(3): 121–128.
9. Dawidziuk K., Wojciechowska M., Lishchynskyy Y. i wsp.: Istota wypalenia zawodowego, *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2011; 1: 23– 25.
10. Białowąs A.: Wypalenie zawodowe – epidemią i wyzwaniem społecznym XXI wieku, *Roczniki Studenckie Akademii Wojsk Lądowych*, 2017: 79–92.

8. Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie u osób dorosłych

Impact of physical activity on health in adults

Eliza Szyszko¹

¹Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

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

■ Abstrakt

Wstęp: Aktywność fizyczna jest niezbędnym elementem zdrowego stylu życia i prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka. NEAT, czyli aktywność fizyczna niezwiązana z treningiem, może w znacznym stopniu zwiększać wydatki energetyczne, przez co pomagać w utrzymaniu prawidłowej masy ciała wśród ogółu populacji.

Cel pracy: Przedstawienie wniosków płynących z dostępnej literatury na temat znaczenia aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem korzyści wynikających z wykonywania treningu siłowego, na zachowanie zdrowia i prawidłowego składu ciała.

Treść: Nawyki związane z aktywnością fizyczną, wypracowane w dzieciństwie, sprzyjają prawidłowemu rozwojowi młodego człowieka. Regularne treningi to sposób na utrzymanie prawidłowej masy ciała i mniejsze ryzyko wad postawy. Grupą osób, które w znacznym stopniu mogą doświadczyć prozdrowotnego wpływu treningu aerobowo-siłowego, są kobiety w okresie zmian inwolucyjnych. Trening z obciążeniem wpływa na zwiększenie FFM (ang. free fat mass), czyli beztłuszczowej masy ciała i zmniejszenie procentowej zawartości tkanki tłuszczowej, co przekłada się na zwiększenie spoczynkowej przemiany materii. Badacze są zgodni co do potrzeby promowania tego rodzaju treningu jako sposobu na zmniejszenie utraty masy i siły mięśniowej wraz z wiekiem (sarkopenia).

Podsumowanie: Odpowiednia podaż energii zgodna z naszym zapotrzebowaniem i regularna aktywność fizyczna są niezbędne dla utrzymania prawidłowego składu ciała i zmniejszenia ryzyka chorób wynikających z nadmiaru tkanki tłuszczowej. Trening siłowy, kształtujący sylwetkę, wpływa pozytywnie na pewność siebie i funkcje poznawcze, co jest kluczowym elementem dobrego samopoczucia człowieka.

Słowa kluczowe: aktywność fizyczna, wysiłek fizyczny, zdrowie.

■ Abstract

Introduction: Physical activity is an essential part of a healthy lifestyle and the proper functioning of the human body. NEAT, or non-exercise physical activity, can significantly increase energy expenditure, thereby helping to maintain normal body weight among the general population.

Objective of the study: To present conclusions from the available literature on the importance of physical activity, with particular emphasis on the benefits of strength training, on maintaining health and proper body composition.

Content: Physical activity habits developed in childhood promote proper development of a young person. Regular workouts are a way to maintain normal body weight and lower the risk of postural defects. A group of people who can significantly experience the health-promoting effects of aerobic-strength training are women in the period of involutionary changes. Weight training increases FFM (free fat mass), or lean body mass, and decreases body fat percentage, which translates into increased resting metabolism. Researchers agree on the need to promote this type of training as a way to reduce the loss of muscle mass and strength with age (sarcopenia).

Summary: Adequate energy supply in line with our needs and regular physical activity are essential for maintaining proper body composition and reducing the risk of diseases resulting from excess body fat. Strength training, shaping the figure, has a positive effect on self-confidence and cognitive function, which is a key element of human well-being.

Keywords: physical activity, exercise, health.

■ Wstęp

Na wstępie należy zdefiniować czym jest aktywność fizyczna i jakie są jej rodzaje. Kozłowski definiuje aktywność fizyczną jako pracę mięśni szkieletowych, która wywołuje zmiany czynnościowe w organizmie [1]. Inne definicje mówią, o każdym ruchu ciała za pomocą mięśni szkieletowych, kiedy wydatek energetyczny jest wyższy niż podczas spoczynku [2]. Wielka Encyklopedia Świata podaje, iż aktywność fizyczna, to ruch niezbędny do utrzymania sprawności, rozwoju i zachowania zdrowia [3]. Aktywność fizyczną możemy różnicować w zależności od sposobu jej wykonywania zaczynając od aktywności niezwiązanej z treningiem, czyli NEAT (z ang. non-exercise activity thermogenesis). NEAT to wydatek energetyczny związany z codzienną spontaniczną aktywnością fizyczną z wyłączeniem zaplanowanych treningów. Ten rodzaj aktywności nie ma określonego tempa, ilości powtórzeń czy określonej formy. Zaliczamy tu czynności takie jak chodzenie, wchodzenie po schodach, stanie, sprząatanie, zmywanie, prasowanie, gotowanie, praca na działce, spacer, zabawy z dziećmi, machanie nogami czy gestykulowanie. Te czynności wymagają 2-3-krotnie większego nakładu energii w porównaniu do leżenia czy siedzenia [4]. Ilość zużytych w ten sposób kilokalorii zależy od rodzaju wykonywanej pracy i sposobu spędzania czasu poza pracą. Zauważa się istotne różnice w wydatku energetycznym pomiędzy osobami pracującymi w pozycji siedzącej a pracownikami fizycznymi (nawet 3-krotnie więcej spalonych kilokalorii [5]. U większości populacji NEAT stanowi znaczą część dobowego wydatku energii, przez co ma istotne znaczenie w kontroli masy ciała. Osoby energiczne i gadatliwe

często charakteryzują się niższą masą ciała w stosunku do osób spokojnych i opanowanych.

Jako mieszkańcy krajów wysoko rozwiniętych używamy na co dzień wiele urządzeń, które robią coś za nas lub w inny sposób ułatwiają nam życie, m.in. sprzęty takie jak: zmywarka, robot sprząający, hulajnoga i wiele innych, a następnie specjalnie jedziemy autem na siłownię, żeby się poruszać. A to właśnie ta spontaniczna aktywność fizyczna może być łatwym do wdrożenia sposobem na wygenerowanie ujemnego bilansu energetycznego niezbędnego do utraty nadprogramowych kilogramów bądź utrzymania masy ciała na prawidłowym poziomie. W badaniu Levine i wsp. zaobserwowali, iż NEAT nie tylko wpłynął pozytywnie na spadek masy ciała badanych, ale również na utrzymanie efektów po zakończeniu redukcji [6], co jest w odchudzaniu najtrudniejsze (jedynie 20% osób utrzymuje efekty redukcji w okresie 1 roku po zakończonej interwencji, biorąc pod uwagę co najmniej 10-procentowy spadek masy ciała [7]). Zamiana windy na schody, częstsze sprząatanie, spacer podczas rozmowy telefonicznej czy ruchowa zabawa z dziećmi mogą być dla wielu osób łatwiejsze do wdrożenia niż wybranie się na siłownię czy basen.

Omówiony rodzaj aktywności wykonuje każdy z nas w mniejszym lub większym zakresie. Przechodząc już do aktywności planowanej, mierzalnej, związanej z treningiem zaczniemy od klasyfikacji. Wysiłek fizyczny możemy podzielić ze względu na:

- liczbę zaangażowanych mięśni: wysiłek lokalny do 30% aktywnej masy mięśniowej, np. jedna konkretna partia mięśniowa lub wysiłek ogólnoustrojowy, kiedy zaangażowane jest całe ciało
- przemiany energetyczne: wysiłek beztlenowy (anaerobowy), tlenowy (aerobowy), mieszany (anaerobowo-aerobowy)
- intensywność - czyli wysokość tętna (bardzo mała intensywność – HR < 75 uderzeń na minutę; mała intensywność – HR 75-100; umiarkowana intensywność – HR 100- 125; duża intensywność – HR 125-150; bardzo duża intensywność – 150-175; skrajnie wysoka intensywność – HR > 175)
- czas trwania - długotrwałe, powyżej 60 minut, intensywność nie przekracza progu mleczanowego, energia czerpana z przemian tlenowych, o średnim czasie trwania (kilkanaście minut do godziny, większa intensywność), krótkotrwałe (kilka - kilkanaście minut, o dużej intensywności), sprinterskie (do 60 sekund) [8, 9].

Przykładowe rodzaje ćwiczeń to kalistenika (trening wykonywany z ciężarem własnego ciała), cycling (jazda na rowerze), stretching (rozciąganie), wędrówki górskie, podnoszenie ciężarów, taniec i wiele innych. Każdy z tych rodzajów aktywności przyczynia się do wydatkowania energii i poprawy kondycji. Wysiłek fizyczny, który przynosi korzyści zdrowotne to przede wszystkim ten, który jest wykonywany regularnie. Niewiele zyskamy dzięki pływaniu w basenie podczas wakacji all-inclusive czy jeździe na nartach w okresie zimowym, jeżeli przez resztę roku prowadzimy siedzący tryb życia. Wobec tego, rodzaj ćwiczeń fizycznych powinien być dobrany indywidualnie do preferencji, kondycji, stanu zdrowia oraz zasobów energetycznych danej osoby.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie wniosków płynących z dostępnej literatury na temat znaczenia aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem korzyści wynikających z wykonywania treningu siłowego, na zachowanie zdrowia i prawidłowego składu ciała.

■ Rozwinięcie

Wiemy, że jedynie regularna aktywność fizyczna przynosi pożądane efekty, zatem możemy powiązać ją z zachowaniami nawykowymi. Wypracowanie nawyków powoduje regularne wykonywanie danej czynności bez zbędnego angażowania świadomości. Mózg dąży do pracy jak najmniejszym kosztem, dlatego wdrażanie nowych zadań przychodzi człowiekowi dużo trudniej niż powtarzanie czynności wyuczonych. Zachowania kierowane przez nawyki wykonujemy odruchowo, w sposób powtarzalny i przewidywalny. Są to działania oparte na doświadczeniu i nie są dla nas obciążające poznawczo. Jest to m.in. nawyk mycia zębów, picia rano kawy czy scrollowania/przeglądania Instagrama podczas wizyty w toalecie. Badania wśród studentów wykazały, że około 50% wykonywanych przez nich czynności ma charakter nawykowy i automatyczny [10]. Sytuacje nieznanne, wykonywane po raz pierwszy wymagają przemyślenia, skupienia i reagowania w sposób zależny od tego jak przebiega nowe dla nas wyzwanie. Decyzje podejmowane świadomie i celowo są dla mózgu kosztowne energetycznie i stresujące [11].

Na każdym etapie życia ruch stanowi podstawę prawidłowego funkcjonowania fizjologicznego i psychospołecznego. Okres dzieciństwa to czas, kiedy kształtują się wzorce zachowań związane ze stylem życia. Brak ruchu w dzieciństwie sprzyja nadmiernej masie ciała i konsekwencjom z tego wynikającym (m.in. koślawość kolan, przyspieszone dojrzewanie, gorsza tolerancja wysiłku, brak akceptacji wśród rówieśników [12]). Nawyki, których nauczyli nas rodzice zostają z nami na całe życie, dlatego tak istotne w kontekście rozwoju młodego człowieka jest wprowadzenie aktywności ruchowych jako stałego punktu w grafiku zajęć dziecka. Podczas treningu poznajemy możliwości jakie daje nam nasze ciało, co sprzyja poprawie koordynacji ruchowej i wzmacnianiu wszystkich partii mięśniowych, a dzięki temu lepszej stabilizacji kręgosłupa - mniejsze ryzyko wad postawy u dzieci [13]. Szczególną uwagę warto zwrócić na wpływ zwiększenia masy mięśniowej na zdrowie i funkcjonowanie człowieka. Mięśnie są odpowiedzialne za utrzymywanie prawidłowej sylwetki ciała, mniejsze ryzyko urazów jak i silniejszy układ immunologiczny [14] (mniejsze ryzyko absencji w szkole, a potem w pracy). Regularne stymulowanie mięśni i kości poprzez odpowiedni opór, wzmacnia te struktury, zapobiegając złamaniom niskoenergetycznym powodowanym przez osteoporozę [15, 16].

Masa mięśniowa a prawidłowa masa ciała

Redukcja masy ciała wymaga dostarczenia mniejszej ilości kilokalorii niż wynosi nasze aktualne zapotrzebowanie. Ilość zużywanej energii uzależniona jest od naszego wieku, wzrostu, masy ciała, aktywności fizycznej, ale również składu ciała.

W zależności od tego, czy nasze ciało składa się głównie z mięśni czy z tkanki tłuszczowej, nasz organizm będzie potrzebował innej ilości kilokalorii [17]. Spособem na utrzymanie przez długie lata prawidłowej masy ciała po redukcji jest

zwiększenie w składzie naszego ciała ilości masy mięśniowej a zmniejszenie tkanki tłuszczowej (nadmiar tkanki tłuszczowej powoduje dodatkowo zaburzenia hormonalne [18]). Aby tego dokonać niezbędny okazuje się odpowiednio zaplanowany trening siłowy (oporowy). Wzrost mięśni uzależniony jest od oporowania (mięśnie muszą pokonywać opór zewnętrzny generowany np. poprzez gumy oporowe) oraz dostarczania w odpowiedniej ilości substratów (aminokwasów) niezbędnych do odbudowy białek kurczliwych we włóknach mięśniowych. Białko dostarczane wraz z dietą sprzyja regeneracji mięśni po treningu siłowym oraz zwiększeniu syntezy białek mięśniowych. Dodatkowo trening wytrzymałościowy prowadzi do zwiększonego utleniania leucyny, co również wymaga zwiększenia spożycia białka. Średnie zapotrzebowanie na białko w diecie osób trenujących siłowo wynosi około 2g na każdy kilogram masy ciała [19].

Wzrost masy mięśniowej, oprócz większej ilości spalanych kilokalorii, to również bardziej wyprostowana postawa ciała, odciążenie kręgosłupa (dzięki mocniejszym mięśniom brzucha i pleców), większa pewność siebie wynikająca z ujędrnionego, atrakcyjnie wyglądającego ciała [20] oraz mniejsze ryzyko depresji i zaburzeń poznawczych (szczególnie wśród osób starszych [21]). W badaniach Hanny Krześniak i Aleksandry Truszczyńskiej-Baszak sprawdzono czy trening wytrzymałości siłowej wpłynie pozytywnie na dolegliwości bólowe kręgosłupa wśród kobiet w wieku $52,81 \pm 13,83$ lat z bólami w przebiegu zmian zwyrodnieniowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Badane zostały zdiagnozowane na podstawie badania funkcjonalnego McKenziego, jakość życia zbadano ankietą SF-36, ocenę nasilenia bólu skalą VAS, a ocenę niepełnosprawności skalą Rolanda-Morrisa. Po 3 miesiącach wykonywania treningów wytrzymałości siłowej badania powtórzono i porównano z grupą kontrolną kobiet, które nie podjęły żadnej aktywności fizycznej. W grupie badanej 73,68% ankietowanych uzyskało poprawę jakości życia, uzyskano istotne statystycznie ($p=0,01$) zmniejszenie niepełnosprawności jak i zmniejszenie dolegliwości bólowych ($p=0,003$) porównując do danych uzyskanych w grupie kontrolnej. Z badania na potrzeby pracy magisterskiej Nikodema Bilczewskiego wynika, że większa ilość czasu spędzanego w pozycji siedzącej podczas pandemii COVID-19 i ograniczenie uczestnictwa w treningach siłowych wpłynęło negatywnie na odczuwanie dolegliwości bólowych wśród przebadanych 113 osób w wieku 18-38 lat [22]. W swojej pracy oryginalnej Michał Sawczyn porównał wpływ 12-tygodniowego treningu aerobowego, aerobowo-siłowego oraz siłowego na skład ciała kobiet w różnym wieku. Każdy rodzaj treningu wpłynął na obniżenie wskaźnika BMI we wszystkich grupach wiekowych, co jest zjawiskiem bardzo pozytywnym, gdyż wraz z wiekiem zauważa się wzrost masy ciała u kobiet. Oprócz spadku ogólnej masy ciała, badacz zaobserwował spadek procentowej zawartości tkanki tłuszczowej - największy spadek, bo 7,4% zanotowano u kobiet w wieku 40-55lat pod wpływem treningu aerobowo-siłowego, a w grupie kobiet w wieku 56-70lat pod wpływem ćwiczeń siłowych (3,3%). Autor podkreśla, iż stosunek zawartości beztłuszczowej masy ciała do zawartości masy tłuszczowej jest jednym z ważniejszych wskaźników w ocenie stanu zdrowia. Według tego badania każdy rodzaj treningu przyczynił się do wzrostu FFM (beztłuszczowej masy ciała), najwyraźniej jednak pod wpływem treningu aerobowo-siłowego [23].

Po 35. roku życia masa mięśniowa ulega powolnemu spadkowi co jest jednym z powodów obniżenia spoczynkowej przemiany materii i skutkuje mniejszą zdolnością do utraty tkanki tłuszczowej [24]. Zastosowanie ćwiczeń siłowych w treningach dla kobiet zapobiega sarkopenii w trakcie zmian inwolucyjnych, jak i po ich zakończeniu, a więc pomaga zachować zdrową proporcję zawartości tkanki tłuszczowej w stosunku do FFM [25]. Większość badaczy jest zgodna, iż połączenie treningu aerobowego z treningiem siłowym wywołuje najkorzystniejsze zmiany w składzie ciała (wzrost FFM i spadek % zawartości tłuszczu), dlatego ćwiczenia z obciążeniem powinny być coraz szerzej promowane przez specjalistów ds. zdrowia.

■ Podsumowanie

Według WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) mierzymy się obecnie z globalną epidemią otyłości wynikającą z nadmiernej podaży energii w stosunku do zapotrzebowania [26]. Problem ten dotyczy wszystkich grup wiekowych, zarówno dzieci, młodzieży, dorosłych jak i osób starszych [27]. Obecnie dostęp do żywności jest prosty jak nigdy wcześniej. Gotowe smakowite jedzenie możemy zamówić pod drzwiami naszego mieszkania, bez wydatkowania energii na zakupy, gotowanie, sprząatanie. W sklepach znajdziemy mnóstwo szybkich przekąsek, którymi jako społeczeństwo zajadamy się "w biegu" pomiędzy głównymi posiłkami. Zwiększenie aktywności fizycznej, również tej niezwiązanej z treningiem, może chociaż w pewnym stopniu zmniejszyć ryzyko przyrostu masy ciała i wynikających z tego konsekwencji w postaci chorób takich jak nadciśnienie, cukrzyca typu 2, choroba zwyrodnieniowa stawów [28]. Wyrobienie stałych nawyków związanych z ruchem od najmłodszych lat ma zasadnicze znaczenie w profilaktyce nadwagi i otyłości. NEAT u osób nieaktywnych fizycznie stanowi około 10% dziennego wydatku energii, natomiast u osób aktywnych (m.in. praca fizyczna, energiczny sposób bycia, poruszanie się pieszo itd.) ten wydatek może kształtować się na poziomie nawet 50%, co stanowi przypuszczalnie więcej spalonych kilokalorii niż podczas zaplanowanej jednostki treningowej. Utrzymanie prawidłowej masy ciała, również po okresie diety redukcyjnej, jest zdecydowanie bardziej prawdopodobne u osób, które włączyły regularną aktywność fizyczną, a więc zachowały więcej masy mięśniowej, niż u osób, które jedynie ograniczyły podaż energii. Niestety efekt jojo dotyka nawet 80% osób odchudzających się, co wynika z przeświadczenia, że "dieta" ma określony czas realizacji od-do, a nie, że jest to nauka zachowań o działaniu prozdrowotnym i przekuwanie ich w nawyki, które muszą być kontynuowane do końca życia. U pacjentów dietetycznych zaleca się stosowanie zasady 80/20 [29]. Zasada ta w dietetyce mówi o tym, że 80% dziennej lub tygodniowej ilości kilokalorii powinna pochodzić z produktów pełnowartościowych i nisko przetworzonych, czyli zgodnych z zaleceniami zdrowego żywienia Narodowego Centrum Edukacji Żywnościowej [30]. Natomiast 20% dziennej podaży energii może, ale nie musi, pochodzić z produktów bardziej rekreacyjnych, jedzonych głównie dla przyjemności np. podczas spotkań towarzyskich. Taki model żywieniowy jesteśmy w stanie kontynuować przez całe życie, a tylko takie rozwiązanie da nam rezultaty na stałe, w przeciwieństwie do podejścia 100% albo nic. Podobną zasadą warto kierować się w odniesieniu do narzucanych sobie zbyt ambitnych celów dotyczących aktywności fizycznej. Osoby odchudzające się często mówią,

że muszą zacząć biegać, bo inaczej nie zredukują masy ciała. Bieganie zużywa energię, a więc możemy w ten sposób wygenerować deficyt kaloryczny, który jest niezbędny do schudnięcia, jednak zmuszanie się do aktywności, której nie lubimy, zazwyczaj kończy się na kupieniu butów do biegania. Dlatego rodzaj treningu musi być dopasowany do stanu zdrowia oraz zasobów czasowych i energetycznych pacjenta.

Bibliografia

1. Bielski J.: *Metodyka wychowania fizycznego i zdrowotnego*, Oficyna Wydawnicza Impuls; 2005: 46–58.
2. Osiński W.: *Motoryczne uwarunkowania motoryczności człowieka. Oddziaływanie najbliższego otoczenia i form organizacyjnych na aktywność fizyczną. Ocena poziomu aktywności fizycznej. Podstawowe przesłanki konstrukcji i realizacji programu aktywności fizycznej. Prowadzenie programu aktywności fizycznej [w:] Antropomotoryka, AWF Poznań, 2003: 107–109.*
3. *Wielka Encyklopedia Świata: Oxford Educational; 2003; 1: 75.*
4. Chung N., Park M.Y., Kim J., et al.: Non-exercise activity thermogenesis (NEAT): a component of total daily energy expenditure, *J Exerc Nutrition Biochem*, 2018; 22(2): 23–30.
5. *Planuję Długie Życie (PDŻ), kampania społeczna realizowana w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030.* <https://planujedlugiezycie.pl/index.php/aktualnosci/neat-spontaniczna-aktywnosc-ktora-wspiera-nasze-zdrowie/> [dostęp: 30.11.2022].
6. Levine J.A., et al.: Role of nonexercise activity thermogenesis in resistance to fat gain in humans, *Science*, 1999; 283: 212–214.
7. Wing R.R., Phelan S.: Long-term weight loss maintenance, *Am J Clin Nutr*, 2005; 82(1): 222–225. doi: 10.1093/ajcn/82.1.2225. PMID: 16002825.
8. Górski J.: *Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008.
9. Wojtasik W., Szulc A., Kołodziejczyk M., i in.: Wybrane zagadnienia dotyczące wpływu wysiłku fizycznego na organizm człowieka, *Journal of Education, Health and Sport*, 2015; 5.
10. Wood W., Quinn J.M., Kashy D.A.: Habits In Everyday Life: ought, Emotion, and Action, *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002; 83(6): 1281.
11. Kazięko M.: Działania nawykowe a zachowania kierowane przez cele, *Coaching Review*, 2013; 1(5): 22–36.
12. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna we Wrześni, *Zapobieganie nadwadze i otyłości u dzieci.* <https://www.gov.pl/web/psse-wrzesnia/zapobieganie-nadwadze-i-otylosci-u-dzieci> [dostęp: 30.11.2022].
13. Kochman D., Studzińska A.: Analiza częstości występowania oraz czynników wpływających na powstanie wad postawy u dzieci w wieku szkolnym, *Innowacje w Pięlegniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2020; 3(5).
14. Simpson R.J., Campbell J.P., Gleeson M., et al.: Can exercise affect immune function to increase susceptibility to infection? *Exerc Immunol Rev*, 2020; 26: 8–22.
15. McCartney N., Hicks A.L., Martin J., Webber C.E.: Long-term resistance training in the elderly: effects on dynamic strength, exercise capacity, muscle and bone. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 1995; 50(2): 97–104.

16. Mosti M.P., Kaehler N., Stunes A.K., Hoff J., Syversen U.: Maximal strength training in postmenopausal women with osteoporosis or osteopenia, *J Strength Cond Res*, 2013; 27(10): 2879–2886.
17. Heymsfield S.B., Smith B., Chung E.A., et al.: Phenotypic differences between people varying in muscularity, *J Cachexia Sarcopenia Muscle*, 2022; 13(2): 1100–1112.
18. Kozak-Nurczyk P.K., Nurczyk K., Prystupa A., Szcześniak G., Panasiuk L.: The influence of adipose tissue and selected adipokines on insulin resistance and development of diabetes mellitus type 2, *Med Og Nauk Zdr*, 2018; 24(4): 210–213.
19. Instytut Żywności i Żywienia: Czy wiesz, ile potrzebujesz białka? https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/broszura_bialko.pdf [dostęp: 30.11.2022].
20. Suchanecka M., Graja K.: Obraz ciała na podstawie samooceny i badań antropometrycznych u osób ćwiczących we wrocławskich klubach fitnessu, *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 2018; 62: 41–50.
21. Gieroba B.: Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne i funkcje poznawcze, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2019; 25(3).
22. Bilczewski N., Wilk-Frańczuk M., Trybulec B.: Wpływ pandemii COVID-19 na dolegliwości bólowe kręgosłupa u osób wykonujących rekreacyjnie trening siłowy, *Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego*, 2021.
23. Sawczyn M.: Wpływ 12-tygodniowego treningu aerobowego, aerobowo-siłowego oraz siłowego na skład ciała u kobiet w różnym wieku, *Rocznik Naukowy, AWFIS w Gdańsku*, 2018; 28.
24. Lexell J.: Human aging, muscle mass, and fiber type composition. *The Journals of gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 1995; 50: 11–16.
25. Schmitz K.H., Jensen M.D., Kugler K.C., Jeffery R.W., Leon A.S.: Strength training for obesity prevention in midlife women, *Int J Obes (Lond)*, 2003; 27(3): 326–333.
26. WHO: Otyłość i nadwaga na świecie. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [dostęp: 30.11.2022].
27. Jedno na troje dzieci w Europie ma nadwagę lub otyłość – raport WHO na rok 2022. <https://unric.org/en/europe-one-in-three-children-overweight-or-obese/#:~:text=In%20the%20European%20Region%2C%20according,death%20and%20disability%20in%20adulthood> [dostęp: 30.11.2022].
28. Garber C.E., i in.: American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise, *Medicine and science in sports and exercise*, 2011; 43(7): 1334–1359.
29. Parol D.: Zasada 80/20, czyli jak jeść słodczyce na diecie. <https://www.damianparol.com/zasada-80-20/> [dostęp: 30.11.2022].
30. Zalecenia zdrowego żywienia. <https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2022/06/Talerz-zdrowego-zywienia-i-zalecenia.pdf> [dostęp: 30.11.2022].

9. Wiedza studentów PWSTE w Jarosławiu na temat cukrzycy typu 2

Knowledge of PWSTE students in Jarosław about type 2 diabetes

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

¹Diaverum w Przeworsku

²Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

³Institut Humanistyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

^a <https://orcid.org/0000-0002-2509-5195>

^b <https://orcid.org/0000-0002-2213-702X>

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

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

■ Abstrakt

Wstęp: Cukrzyca zaliczana jest do głównych problemów zdrowotnych w Polsce. Ze względu na jej rozprzestrzenianie, częstotliwość występowania oraz ewolucję w klasyfikacji przyczyny zgonów, została uznana za chorobę cywilizacyjną. Stała się poważnym problemem społecznym gdyż, od chwili postawienia diagnozy jej leczenie trwa do końca życia. Typ 2 cukrzycy jest najczęściej występującym na świecie jej typem. Zgodnie z prognozami liczba chorych na cukrzycę w 2025 roku osiągnie 333 miliony. Cechą charakterystyczną cukrzycy typu 2 jest hiperglikemia, spowodowana insulinoopornością i zaburzeniami wydzielania insuliny. Leczenie cukrzycy polegające na wyrównaniu stanów glikemicznych jest głównym celem w opiece diabetologicznej ze względu na powikłania makronacyniowe i mikronacyniowe związane z hiperglikemią [1].

Cel: Celem badań była diagnoza poziomu wiedzy studentów PWSTE w Jarosławiu na temat profilaktyki cukrzycy typu 2.

Materiał i metoda: W badaniu wzięło udział 101 respondentów. Badanie odbyło się w sposób anonimowy i wykorzystano w nim kwestionariusz własnej konstrukcji. Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny.

Wyniki: Wykazano, że najwięcej studentów miało niski poziom wiedzy na temat cukrzycy typu 2 (69,3%). Wiedzę na średnim poziomie miało 27,7% badanych a wysokim poziomem wiedzy wykazało się jedynie 3,0% respondentów.

Równocześnie okazało się, że badani studenci zazwyczaj dobrze (40,6%) lub na poziomie zadowalającym (47,5%) oceniali własną wiedzę na temat cukrzycy. Nie stwierdzono obecności istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem

wiedzy na temat cukrzycy a: wiekiem badanych osób ($p=0,488$), miejscem zamieszkania badanych osób ($p=0,096$), choć zależność ta była bliska progu istotności. Nieco większą wiedzę w tym temacie miały osoby zamieszkujące miasta aniżeli osoby zamieszkujące wsie. Brak było związku pomiędzy stanem wiedzy studentów na temat cukrzycy typu 2 a ich stanem cywilnym ($p=0,273$).

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 2, poziom wiedzy, powikłania, profilaktyka cukrzycy.

■ Abstract

Inroduction: Diabetes mellitus is counted among the major health problems in Poland. Due to its spread, incidence and evolution in the classification of the cause of death, it has been recognized as a disease of civilization. It has become a serious social problem because, from the moment of diagnosis, its treatment lasts for life. Type 2 diabetes is the most common type worldwide. According to forecasts, the number of diabetics in 2025 will reach 333 million. The hallmark of type 2 diabetes is hyperglycemia, caused by insulin resistance and impaired insulin secretion. Diabetes treatment involving glycemic control is a major goal in diabetes care due to the macrovascular and microvascular complications associated with hyperglycemia. It is very important to increase the public's knowledge in the range of risk factors, symptoms and complications, especially since a sizable percentage of people do not know about their disease.

The aim of the study: The aim of the study was to diagnose the level of knowledge of PWSTE students in Yaroslavl on the prevention of type 2 diabetes.

Material and method: 101 respondents took part in the study. The survey was conducted anonymously and used a questionnaire of our own design. The research method used was a diagnostic survey.

Results: It was shown that most students had a low level of knowledge about type 2 diabetes (69.3%). Knowledge at an intermediate level was had by 27.7% of respondents and a high level of knowledge was demonstrated by only 3.0% of respondents. At the same time, it turned out that the surveyed students usually rated their own knowledge of diabetes well (40.6%) or at a satisfactory level (47.5%) There was no presence of a statistically significant relationship between the level of knowledge of diabetes and the age of the respondents ($p=0.488$). The presence of a statistically significant relationship between the level of knowledge about diabetes and the place of residence of the subjects was also not confirmed ($p=0.096$), although the relationship was close to the threshold of significance. Slightly greater knowledge on the subject was found among those living in cities than among those living in villages. There was no relationship between the students' knowledge of type 2 diabetes and their marital status ($p=0.273$).

Keywords: type 2 diabetes, level of knowledge, complications, diabetes prevention.

■ Wstęp

Cukrzyca zaliczana jest do głównych problemów zdrowotnych w Polsce. Ze względu na jej rozprzestrzenianie, częstotliwość występowania oraz ewolucję w klasyfikacji przyczyny zgonów, została uznana za chorobę cywilizacyjną.

Stała się poważnym problemem społecznym gdyż, od chwili postawienia diagnozy jej leczenie trwa do końca życia. Zgodnie z przyjętą pod koniec XX wieku definicją, cukrzyca stanowi grupę chorób metabolicznych, których cechą specyficzną jest hiperglikemia spowodowana upośledzeniem lub dysfunkcją insuliny [2, 3]. Typ 2 cukrzycy jest najczęściej występującym na świecie jej typem. Zgodnie z prognozami liczba chorych na cukrzycę w 2025 roku osiągnie 333 miliony. Cukrzyca typu 2 zaczyna się w dużej mierze po 40 roku życia, a ponad 70% pacjentów ma więcej niż 50 lat. Co ciekawe, w Europie i Polsce średnia wieku pacjentów chorych na cukrzycę wynosi od 63 do 65 lat. Z uwagi na – można rzec – plagę otyłości wśród osób młodych, cukrzyca typu 2 może pojawić się przed 30 rokiem życia, może też atakować młodzież oraz dzieci [4, 5, 6, 7].

Cechą charakterystyczną cukrzycy typu 2 jest hiperglikemia, spowodowana insulinoopornością i zaburzeniami wydzielania insuliny. Leczenie cukrzycy polegające na wyrównaniu stanów glikemicznych jest głównym celem w opiece diabetologicznej ze względu na powikłania makronaczyniowe i mikronaczyniowe związane z hiperglikemią [1]. Charakterystyczną cechą przewlekłych powikłań cukrzycy jest ich wolny przebieg i wieloletni rozwój. Te dwa czynniki powodują na ogół, że pacjenci nie przywiązują wagi do powikłań, ignorują je i lekceważą, co skutkować może niepełnosprawnością i sytuacją zagrożenia życia. Co istotne, leczenie jest bardzo ograniczone, gdy te zmiany już występują [8, 9, 10, 11]. Współczesna diabetologia kieruje się zasadą głębokiej indywidualizacji celów i skuteczności leczenia. W sytuacji diagnozy cukrzycy typu 2 przy precyzowaniu celów leczenia chorego i dobieraniu strategii leczenia, bierze się pod uwagę kluczowe aspekty typu: postawa psychologiczna chorego i jego oczekiwane zaangażowanie w leczenie. Postrzegane subiektywnie aspekty jakości życia, zazębiające się z obiektywnymi faktami definiują sferę psychiczną jednostki, która dąży do zaspokojenia i osiągnięcia nieprzypadkowych celów [20]. Określa się również poziom ryzyka pojawienia się hipoglikemii i jej możliwych konsekwencji, które będą poważniejsze w przypadku seniorów oraz wśród diabetyków, które obarczone są niesprawnym układem krążenia lub układem nerwowym. Należy mieć na względzie okres trwania cukrzycy, przewidywaną długość życia pacjenta, obecność istotnych powikłań naczyniowych cukrzycy lub też poważnych chorób współistniejących. Zdarzają się przypadki bardzo zaawansowanych powikłań, gdzie cele leczenia muszą być osiągnięte etapami, przez okres 2–6 miesięcy [12, 3, 13, 4, 14, 15]. Ważny będzie tutaj również poziom edukacji pacjenta i stosunek korzyści do ryzyka, aby osiągnąć określone cele terapeutyczne. Cukrzyca typu 2 przeważnie dotyka osoby starsze dlatego należy mieć na względzie, iż one z trudem akceptują zmiany i znacznie gorzej przyswajają nowe informacje [21].

■ Cel badań

Głównym celem badań była diagnoza poziomu wiedzy studentów PWSTE w Jarosławiu na temat profilaktyki cukrzycy typu 2.

■ Materiał i Metody

Badania prowadzono wśród studentów PWSTE w Jarosławiu. Okres prowadzenia badań zawierał się w przedziale dat od 25.05. do 26.06.2022. Badaniem objęto

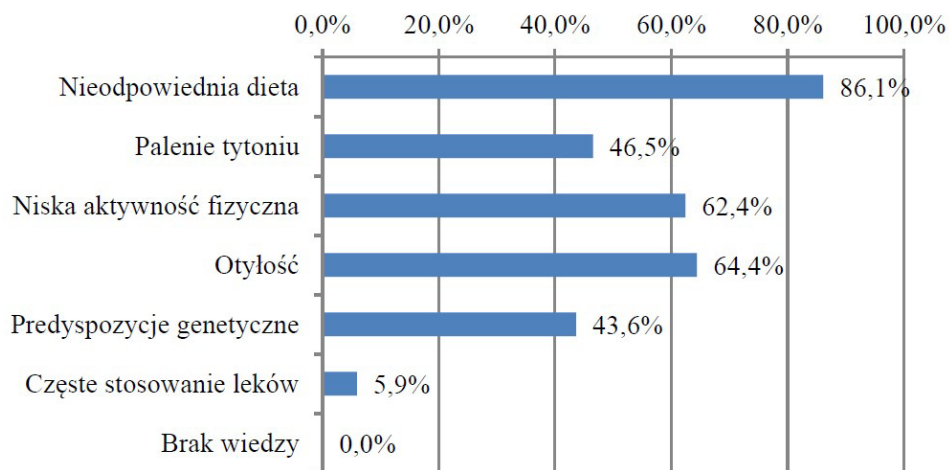
101 studentów pielęgniarstwa. Wśród ankietowanych były 63 – 62,4% osoby w wieku 18- 35 lat i 38 – 37,6% osób w wieku 36-50 lat. Większość respondentów stanowiły kobiety (100 – 99,0%). Mieszkańcy wsi stanowili 60 – 59,4% badanych.

Mieszkańców miast było 41 – 40,6%. Wśród respondentów było 31- 30,7% panien lub kawalerów, 51 – 50,5% osób przebywało w związku małżeńskim a 19 – 18,8% w związku nieformalnym.

Dla przeprowadzenia badań empirycznych i zweryfikowania nakreślonych hipotez zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Jako technikę badawczą wykorzystano technikę ankietowania. Narzędziem badawczym został kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Analizy statystyczne obejmujące w szczególności zmienne nominalne zostały przeprowadzone za pomocą testu Chi- kwadrat Persona. Analizę statystyczną zebranego materiału przeprowadzono w pakiecie Statistica 13.1 firmy StatSoft. Wyniki ukazano w postaci częstości, liczbowo i procentowo, w tabelach wielozdzielczych. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

■ Wyniki

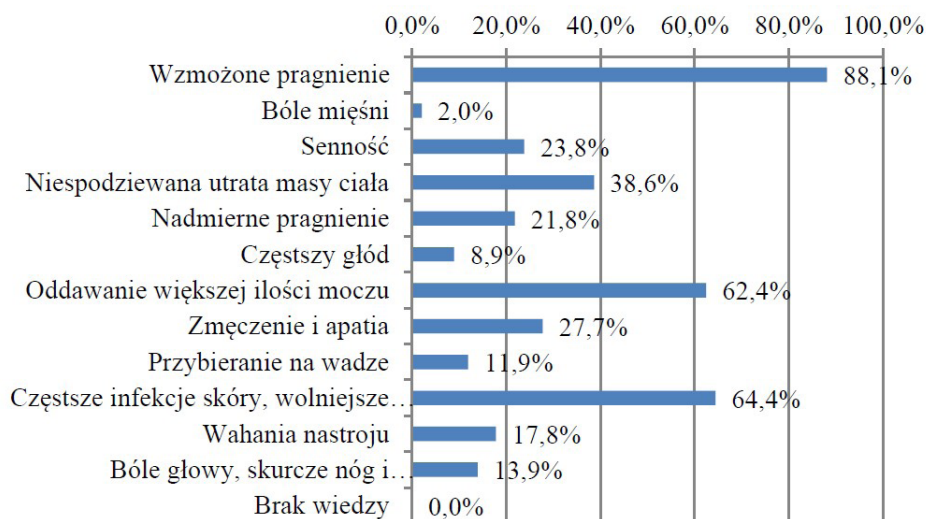
Czynnikami ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2, mającymi zdaniem badanych największe znaczenie były nieodpowiednia dieta (87 – 86,1%), niska aktywność fizyczna (63 – 62,4%) oraz otyłość (65 - 64,4%) (ryc. 1).



Ryc. 1. Czynniki ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2 wskazane przez respondentów

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Objawami cukrzycy, mogącymi budzić niepokój były zdaniem badanych osób najczęściej wzmożone pragnienie (89 – 88,1%), oddawanie większej ilości moczu (63 – 62,4%), częste infekcje skóry, wolniejsze gojenie się ran (65 – 64,4%) (ryc. 2).



Ryc. 2. Znane badanej populacji objawy cukrzycy, które powinny budzić niepokój

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

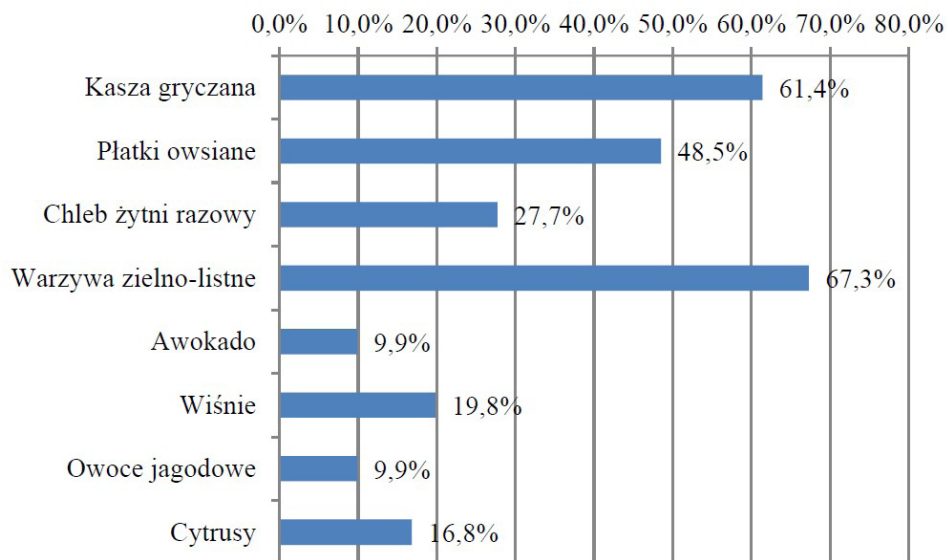
Za podstawowe elementy profilaktyki cukrzycy typu 2 16 – 15,8% badanych uznało wysiłek fizyczny, 30 – 29,7% badanych właściwą dietę i dbanie o utrzymanie prawidłowej masy ciała a 44 – 43,6% osoby dbanie o utrzymanie prawidłowego ciśnienia tętniczego krwi i poziomu cholesterolu (ryc. 3).



Ryc. 3. Wskazane przez respondentów jako podstawowe elementy profilaktyki cukrzycy typu II

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

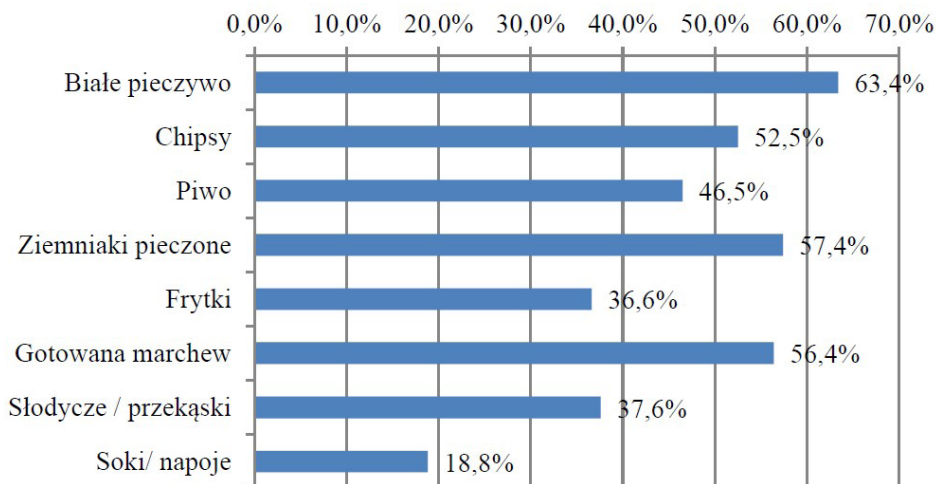
Jako produkty o niskim indeksie glikemicznym, które zdaniem badanych w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2 powinny być preferowane w diecie wskazywano najczęściej kaszę gryczaną (62 – 61,4%), warzywa zielno-listne (68 – 67,3%) oraz płatki owsiane (49 – 48,5%) (ryc. 4).



Ryc. 4. Produkty o niskim indeksie glikemicznym, które zdaniem badanych w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2 powinny być preferowane w diecie

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

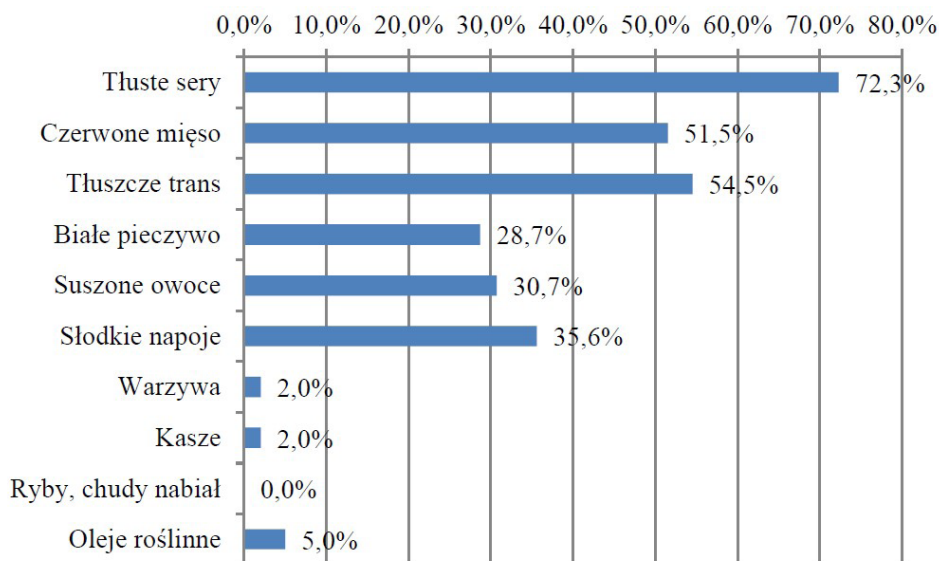
Jako produkty o wysokim indeksie glikemicznym, których w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2 powinno się unikać wskazywano najczęściej białe pieczywo (64 – 63,4%), chipsy (53 – 52,5%), ziemniaki pieczone (58 – 57,4%) oraz gotowaną marchew (57 – 56,4%) (ryc. 5).



Ryc. 5. Wskazane przez respondentów produkty o wysokim indeksie glikemicznym, których w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2 powinno się unikać

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

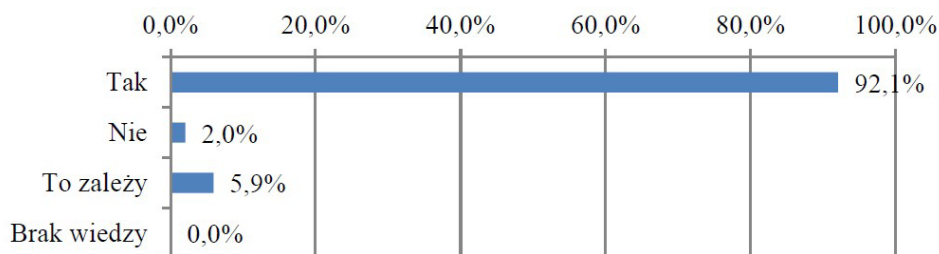
Jako produkty, których zdaniem badanych należy unikać w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2 wskazywano najczęściej tłuste sery (73 – 72,3%), czerwone mięso (52 – 51,5%) oraz tłuszcze trans (55 – 54,5%) (ryc. 6).



Ryc. 6. Produkty, których zdaniem badanych należy unikać w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Badani w większości podzielali zdanie, iż w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2 powinno się kontrolować poziom cukru we krwi (93 – 92,1%) (ryc. 7).



Ryc. 7. Opinia respondentów na temat czy w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2 powinno się kontrolować poziom cukru we krwi

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

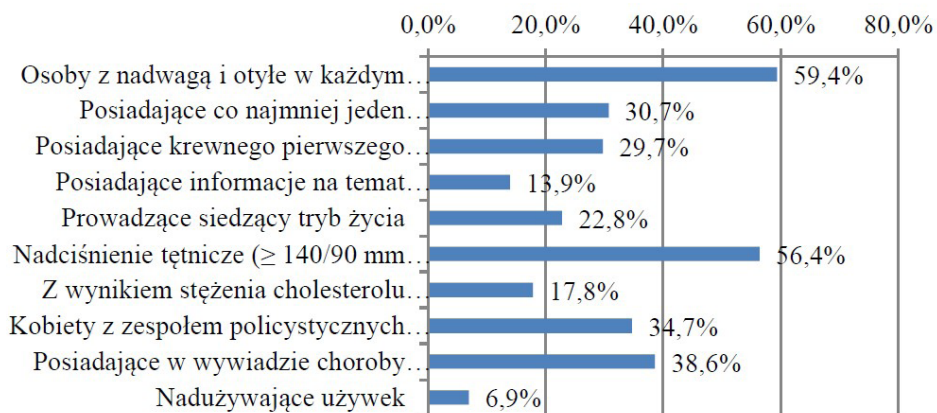
Badaniami, jakie należy wykonywać w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2 były zdaniem respondentów najczęściej pomiar hemoglobiny glikowanej (77 – 76,2%) oraz badanie krzywej cukrowej (39 – 38,6%) (ryc. 8).



Ryc. 8. Badania, jakie zdaniem badanej populacji należy wykonywać w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

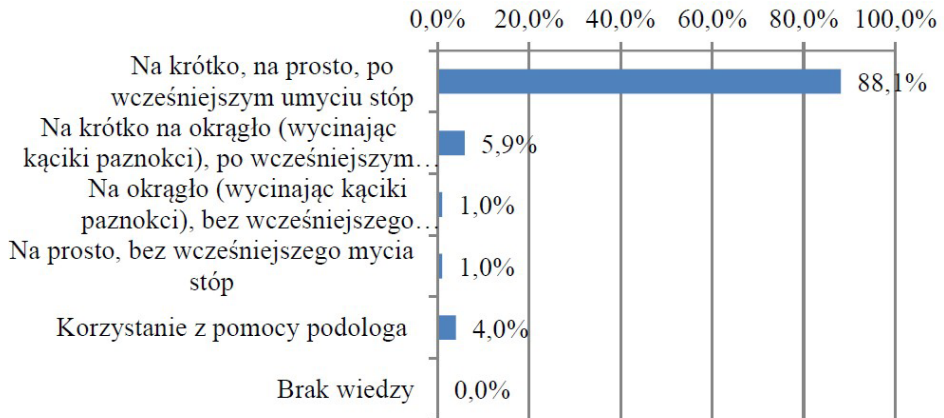
Najwięcej ankieterów wskazało na osoby z nadwagą i otyłe w każdym wieku (60 – 59,4%) oraz na osoby z nadciśnieniem tętniczym ($\geq 140/90$ mm Hg lub stosujące leczenie z powodu nadciśnienia tętniczego) (57 – 56,4%) jako osoby, które powinny być objęte programem profilaktyki cukrzycy (ryc. 9).



Ryc. 9. Osoby, które zdaniem respondentów powinny być objęte programem profilaktyki cukrzycy

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

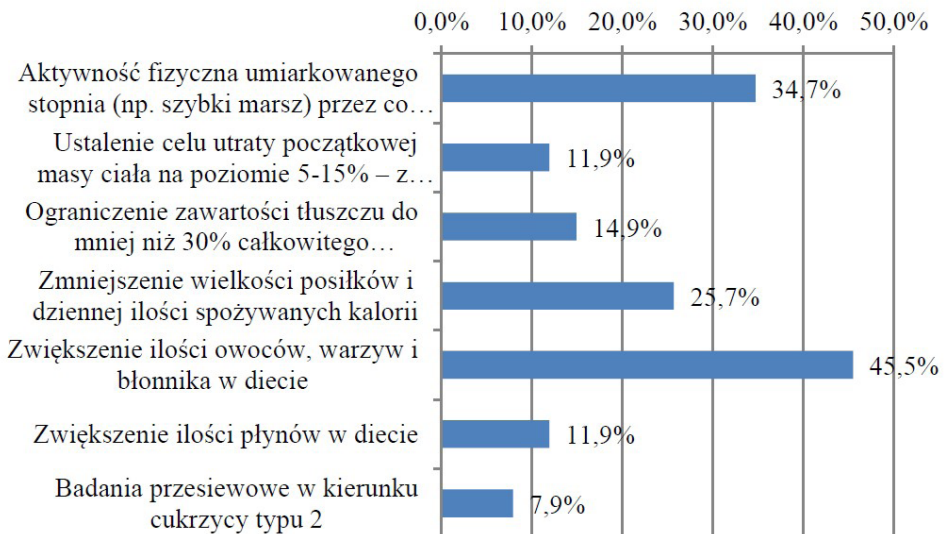
Badani w większości wiedzieli, iż cukrzyca powinno skracać paznokcie na krótko, na prosto, po wcześniejszym umyciu stóp (89 – 88,1%) (ryc. 10).



Ryc. 10. Wiedza respondentów na temat sposobów dbania o stopy cukrzyków w zakresie skracania paznokci

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

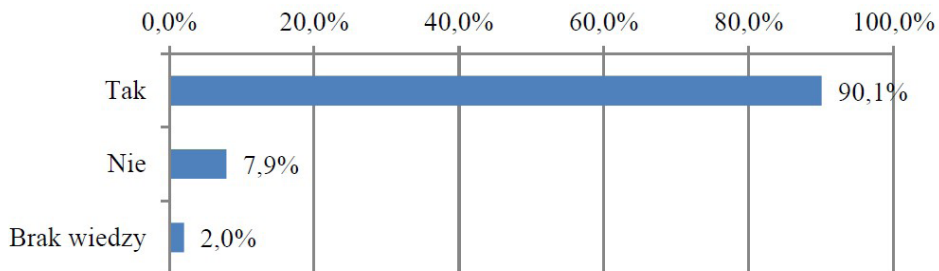
Znanymi badanym zaleceniami i środkami, stosowanymi podczas zmiany stylu życia mającej na celu prewencję występowania cukrzycy były najczęściej, choć stosunkowo rzadko, aktywność fizyczna umiarkowanego stopnia (np. szybki marsz) przez co najmniej 30 minut dziennie, przez 5 dni w tygodniu (35 – 34,7%) oraz zwiększenie ilości owoców, warzyw i błonnika w diecie (46 – 45,5%) a także zmniejszenie wielkości posiłków i dziennej ilości spożywanych kalorii (26 – 25,7%) (ryc. 11).



Ryc. 11. Znane respondentom zalecenia stosowane podczas zmiany stylu życia mającego na celu prewencję występowania cukrzycy

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

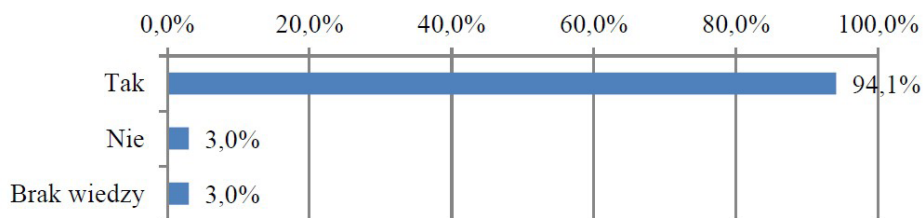
Badani w większości podzielali opinię, iż w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2 należy bezwzględnie wyeliminować z diety alkohol (91 – 90,1%) (ryc. 12).



Ryc. 12. Opinie respondentów na temat eliminacji alkoholu w profilaktyce cukrzycy typu 2

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

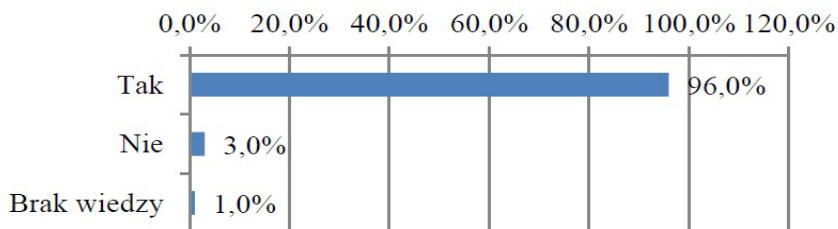
Badani w większości także (95 – 94,1%) zgadzali się, iż w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2 należy bezwzględnie wyeliminować palenie tytoniu (ryc. 13).



Ryc. 13. Opinie respondentów na temat eliminacji palenia tytoniu w profilaktyce cukrzycy typu 2

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

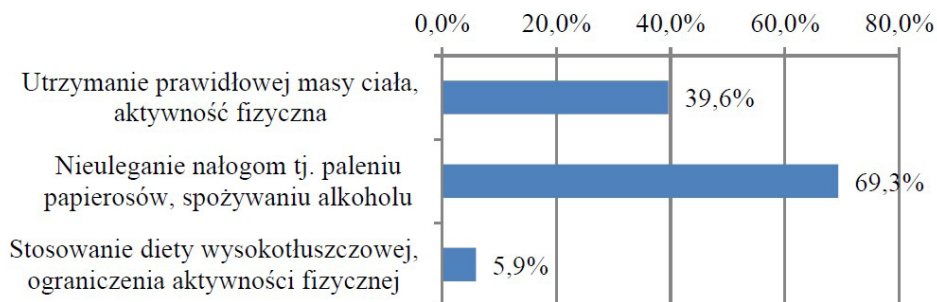
Badani najczęściej podzielali zdanie, iż niewłaściwe zachowania zdrowotne przyczyniają się do powstania cukrzycy typu 2 (97 – 96,0%) (ryc. 14).



Ryc. 14. Opinie respondentów na temat czy niewłaściwe zachowania zdrowotne przyczyniają się do powstania cukrzycy typu 2

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

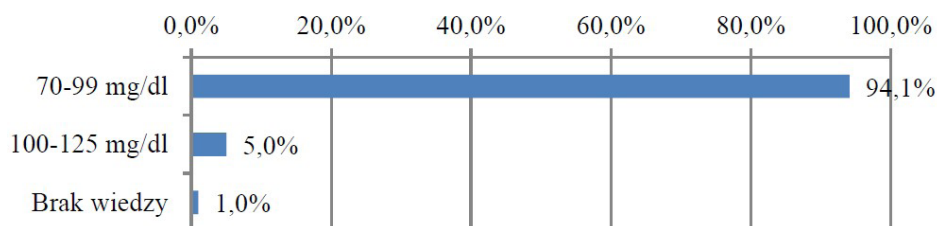
Jako zachowania zapobiegające rozwojowi cukrzycy typu 2 70 – 69,3% badanych wskazało nieuleganie nałogom tj. paleniu papierosów, spożywaniu alkoholu a kolejnych 40 – 39,6% osób utrzymanie prawidłowej masy ciała i aktywność fizyczną (ryc. 15).



Ryc. 15. Wskazane przez respondentów zachowania zapobiegające rozwojowi cukrzycy typu 2

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

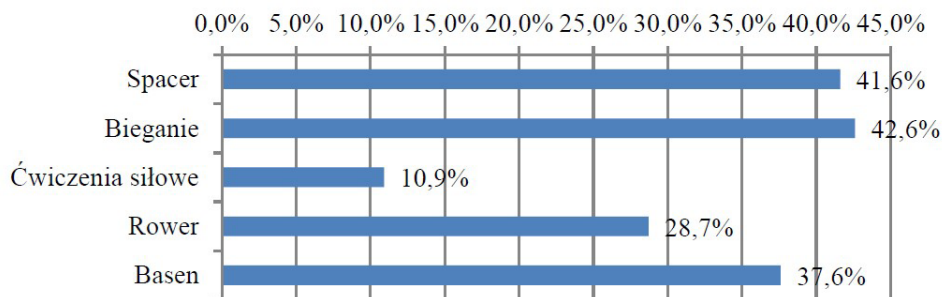
Jako prawidłowy poziom cukru we krwi na czczo 95 – 94,1% badanych poprawnie wskazało poziom 70-99 mg/dl (ryc. 16).



Ryc. 17. Opinia respondentów na temat wskazań do wykonania doustnego testu tolerancji glukozy

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Najwięcej badanych wskazało na spacer (42 – 41,6%), bieganie (43 – 42,6%) oraz basen (38 – 37,6%) jako formy aktywności fizycznej zalecane w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2 (ryc. 18).



Ryc. 18. Opinie respondentów odnośnie formy aktywności fizycznej jaką należy wybierać w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

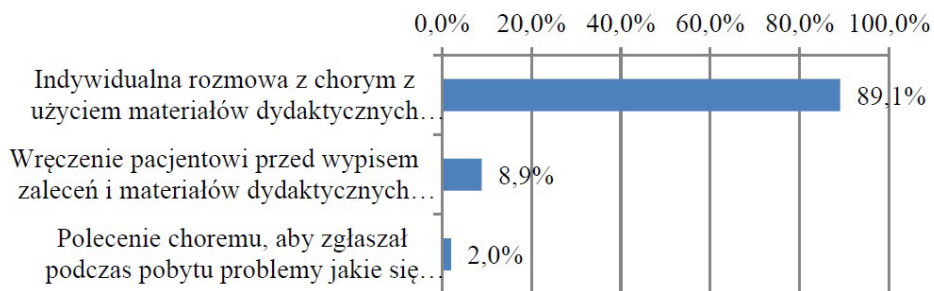
Badani najczęściej wskazywali na 4-5 godzin tygodniowo (46 – 45,5%) jako zalecany czas, jaki należy poświęcać na aktywność fizyczną w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2 (ryc. 19).



Ryc. 19. Tygodniowa ilość czasu, jaką zdaniem badanych należy poświęcać na aktywność fizyczną w ramach profilaktyki cukrzycy typu 2

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Najwięcej badanych wskazało na indywidualną rozmowę z chorym z użyciem materiałów dydaktycznych i włączenie chorego do współpracy, jako najskuteczniejszą metodę edukacji pacjentów z cukrzycą (90 – 89,1%) (ryc. 20).



Ryc. 20. Postrzegana przez badaną populację jako najskuteczniejsza, metoda edukacji pacjentów z cukrzycą

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Dokonano ogólnej oceny wiedzy studentów na temat cukrzycy typu 2, zgodnie z przyjętą dla pracy skalą, według której wskazanie poprawnie:

- do 50,0% odpowiedzi, świadczyło o ich niskiej wiedzy,
- od 50,01 do 74,99% odpowiedzi, świadczyło o ich przeciętnym poziomie wiedzy,
- od 75,0 do 100,0% odpowiedzi, świadczyło o ich wysokim poziomie wiedzy.

Wykazano, że najwięcej studentów miało niski poziom wiedzy na temat cukrzycy typu 2 (70 – 69,3%). Wiedzę na średnim poziomie miało 28 – 27,7% badanych a wysokim poziomem wiedzy wykazało się jedynie 3 – 3,0% respondentów (tab. 1).

Tabela 1. Ogólny stan wiedzy studentów na temat cukrzycy typu 2

Ogólny stan wiedzy studentów na temat cukrzycy typu 2	Liczba	%
Niski	70	69,3%
Średni	28	27,7%
Wysoki	3	3,0%
Razem	101	100,0%

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Nie stwierdzono obecności istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem wiedzy na temat cukrzycy, a wiekiem badanych osób ($p=0,488$) (tab. 2).

Tabela 2. Ogólny stan wiedzy studentów na temat cukrzycy typu 2, a wiek

Wiedza	18-35 lat		36-50 lat		Razem	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Niska	41	65,1%	29	76,3%	70	69,3%
Średnia	20	31,8%	8	21,1%	28	27,7%
Wysoka	2	3,2%	1	2,6%	3	3,0%
Razem	63	100,0%	38	100,0%	101	100,0%
p	$\chi^2 (2) = 1,43$ p=0,488					

χ^2 - wartość testu chi-kwadrat Pearsona; p - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Nie potwierdzono również obecności istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem wiedzy na temat cukrzycy, a miejscem zamieszkania badanych osób (p=0,096), choć zależność ta była bliska progu istotności. Nieco większą wiedzę w tym temacie miały osoby zamieszkujące miasta aniżeli osoby zamieszkujące wsie (tab. 3).

Tabela 3. Ogólny stan wiedzy studentów na temat cukrzycy typu 2, a miejsce zamieszkania

Wiedza	Wieś		Miasto		Razem	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Niska	42	70,0%	28	68,3%	70	69,3%
Średnia	18	30,0%	10	24,4%	28	27,7%
Wysoka	0	0,0%	3	7,3%	3	3,0%
Razem	60	100,0%	41	100,0%	101	100,0%
p	$\chi^2 (2) = 4,67$ p=0,096					

χ^2 - wartość testu chi-kwadrat Pearsona; p - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Brak było związku pomiędzy stanem wiedzy studentów na temat cukrzycy typu 2 a ich stan cywilnym (p=0,273) (tab. 4).

Tabela 4. Ogólny stan wiedzy studentów na temat cukrzycy typu 2, a stan cywilny

Wiedza	Panna/ kawaler		Mężatka/ żonaty		W związku nieformalnym		Razem	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Niska	22	71,0%	35	68,6%	13	68,4%	70	69,3%
Średnia	9	29,0%	15	29,4%	4	21,1%	28	27,7%
Wysoka	0	0,0%	1	2,0%	2	10,5%	3	3,0%
Razem	31	100,0%	51	100,0%	19	100,0%	101	100,0%
p	$\chi^2 (4) = 5,14$ p=0,273							

χ^2 - wartość testu chi-kwadrat Pearsona; p - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Badani studenci zazwyczaj dobrze (41 – 40,6%) lub na poziomie zadowalającym (48 – 47,5%) oceniali własną wiedzę na temat cukrzycy (tab. 5).

Tabela 5. Subiektywna ocena stanu własnej wiedzy na temat cukrzycy

Subiektywna ocena stanu własnej wiedzy na temat cukrzycy	Liczba	%
Bardzo dobry	6	5,9%
Dobry	41	40,6%
Zadowalający	48	47,5%
Zły	2	2,0%
Trudno ocenić	4	4,0%
Razem	101	100,0%

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Reasumując poziom wiedzy studentów PWSTE na temat profilaktyki cukrzycy typu 2 jest relatywnie niski (69,3%). Wiedzę na średnim poziomie miało 27,7% badanych a wysokim poziomem wiedzy wykazało się jedynie 3,0% respondentów. Badana populacja studentów zazwyczaj dobrze (40,6%) lub na poziomie zadowalającym (47,5%) oceniała własną wiedzę na temat cukrzycy. Po zastosowaniu analizy statystyczne nie stwierdzono obecności istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem wiedzy na temat cukrzycy a wiekiem badanych osób ($p=0,488$) i miejscem zamieszkania badanych osób ($p=0,096$), choć zależność ta była bliska progu istotności. Większą nieznacznie wiedzę w tym temacie miały osoby mieszkające w miastach. Nie stwierdzono związku pomiędzy stanem wiedzy studentów na temat cukrzycy typu 2 a ich stanem cywilnym ($p=0,273$).

■ Dyskusja

Cukrzyca jest obecnie traktowana jako choroba cywilizacyjna – każdego roku diagnozuje się coraz więcej jej przypadków, a szacunki mówią o tym, że do 2030 roku chorujący na cukrzycę stanowią będą nawet 7,3% całej dorosłej populacji świata. Przyczyną szybkiego wzrostu zachorowań jest starzenie się populacji, a także zmieniający się tryb życia – żyje się szybciej, uprawia się coraz mniej aktywności fizycznej, spożywa się coraz więcej wysoko przetworzonej żywności. To wszystko prowadzi do rozwoju otyłości, ta z kolei może być przyczyną cukrzycy. Obecnie szacuje się, że cukrzyca diagnozowana jest na świecie co 10 sekund, a co 6 sekund dochodzi do zgonu spowodowanego powikłaniami cukrzycy [2]. Poza zagrożeniem dla życia cukrzyca jest dla chorych również czynnikiem wyraźnie zmniejszającym jakość funkcjonowania. Badania przeprowadzone na grupie pacjentów Przychodni Diabetologicznych Wojewódzkiego Centrum Medycznego i Wojewódzkiego Szpitala w Opolu pokazały, że ponad połowa chorych wykazuje wysoki poziom akceptacji choroby, jednak jest ona zależna od takich czynników jak płeć, wiek, wartość zdrowotnych wskaźników, stosowane leczenie farmakologiczne oraz przebieg choroby [9]. Wysokim stopniem akceptacji choroby charakteryzują się przede wszystkim mężczyźni znajdujący się w wieku 19–35 lat, posiadający nadwagę, zaznajomieni z wynikami stężenia hemoglobiny glikowanej,

leczeni niefarmakologicznie oraz posiadają unormowane ciśnienie tętnicze, a także nie borykający się z problemem żadnych powikłań cukrzycy. Osoby starsze, kobiety, obarczone powikłaniami mogą w związku z cukrzycą bardzo źle oceniać jakość swojego życia. Badania pokazują, że obecność powikłań cukrzycy wyraźnie obniża poziom jakości życia w każdej jego dziedzinie, najmocniej odbijając się jednak na fizycznej i psychologicznej sferze funkcjonowania człowieka [4].

Zagadnieniem wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat cukrzycy typu 2 zajmował się między innymi zespół pod kierunkiem Janeczek i spół. [16]. Badaniem objętych zostało 101 studentów pielęgniarstwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Podobnie jak w badaniach własnych, zespół Janeczek zastosował autorski kwestionariusz ankiety, a do obliczeń statystycznych wykorzystał tekst chi- kwadrat. Badanie wykazało, że większość studentów pielęgniarstwa posiada ogólną wiedzę o cukrzycy, jednak jej poziom jest na tyle niski, że nie zapewnia on prawidłowej opieki i edukacji chorych z cukrzycą typu 2. To koresponduje z wynikami uzyskanymi w badaniach własnych, ponieważ one również wykazały, że wiedza studentów pielęgniarstwa na temat cukrzycy typu 2 jest niewystarczająca. W badaniach Janeczek niski poziom wiedzy został ujawniony przede wszystkim w zakresie wprowadzania insuliny do leczenia cukrzycy, jak również sposobu jej podawania. Badania własne wskazały na niski poziom wiedzy studentów przede wszystkim w zakresie objawów cukrzycy i metod jej profilaktyki. Badania Janeczek również wykazały pewne istotne braki w wiedzy w zakresie leczenia cukrzycy, nie przywiązując dostatecznej wagi do wpływu alkoholu i tytoniu na organizm osób chorych na cukrzycę typu 2 [16].

Badania pokazują, że niski poziom wiedzy na temat cukrzycy typu 2 dotyczy nie tylko studentów pielęgniarstwa. Dąbska i Żołnierczuk-Kieliszek opublikowały w 2016 roku wyniki badań, których celem była ocena wiedzy różnych uczelni na temat cukrzycy, jak również analiza zależności pomiędzy czynnikami socjo-demograficznymi, a wiedzą diabetologiczną studentów [17]. Badaniem objętych zostało 150 studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Politechniki Lubelskiej, Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Ankietowani wypełniali Krótki Test Wiedzy o Cukrzycy DKT Ośrodka Kształcenia i Badań w Michigan, „Test wiedzy o cukrzycy” i autorski kwestionariusz ankiety. Badanie wykazało, że studenci uzyskiwali o wiele lepsze wyniki w „Teście wiedzy o cukrzycy” niż w DKT. Wykazana została istotna statystycznie zależność między płcią a poziomem wiedzy diabetologicznej badanych ($p = 0,05$). Większą wiedzą na temat cukrzycy wykazały się kobiety. Istotnie szerszy zakres wiedzy ($p = 0,02$) mieli mieszkańcy miast. Zaobserwowano bardzo istotną zależność statystyczną między uczelnią, na której studiują badani, a poziomem wiedzy ($p = 0,0009$), okazało się bowiem, że Studenci Uniwersytetu Medycznego w Lublinie uzyskali istotnie lepsze wyniki niż respondenci z pozostałych uczelni. Badanie pokazało zatem, że studenci uczelni medycznej charakteryzują się wyższym poziomem wiedzy na temat cukrzycy niż studenci innych typów uczelni wyższych [17].

Przywołane powyżej badania Dąbskiej i Żołnierczuk-Kieliszek wykazały, że wyższą większą wiedzą na temat cukrzycy wykazali się badani zamieszkujący miasta. Badania własne nie wykazały jednak zależności pomiędzy wiedzą na temat cukrzycy a miejscem zamieszkania. Należy stwierdzić, że różne badania wykazują

różne wyniki w tym zakresie. Badania przeprowadzone przez zespół pod kierunkiem Araszkiwicz na grupie cukrzyków wykazały, że niewystarczający poziom wiedzy o cukrzycy posiadają przede wszystkim mieszkańcy wsi, co spowodowane jest w pierwszej kolejności niską dostępnością lekarzy specjalistów oraz innych źródeł wiedzy [17]. Badanie to wykazało również, że im niższe wykształcenie, tym niższa wiedza o cukrzycy, natomiast wraz z wiekiem pacjentów spada ich świadomość w zakresie powikłań cukrzycy. Duże rozbieżności pomiędzy wynikami różnych badań wskazują na konieczność dalszej diagnostyki wiedzy społeczeństwa na temat cukrzycy, jej zapobiegania oraz powikłań [17].

Kolejne badanie poziomu wiedzy studentów na temat cukrzycy zostało przeprowadzone przez inny zespół pod kierunkiem Dąbskiej i spół. [18]. Tym razem badanie zrealizowane zostało na grupie 150 studentów uczelni działających w Polsce wschodniej. Narzędzie badawcze stanowiła ankieta Badanie Postaw Wobec Cukrzycy DAS3 Centrum Badań i Szkoleń na Temat Cukrzycy Uniwersytetu Michigan. Badanie wykazało, że około 74% studentów jest zdania, że cukrzyca odnosi się do prawie każdej dziedziny życia chorego, natomiast zdaniem 89% choroba wyraźnie zmienia podejście od życia. Poza tym 77% ankietowanych zgodziło się z opinią, że osoby z cukrzycą są najważniejszymi członkami zespołu opieki diabetologicznej. Ponadto 89% badanych studentów było zdania, że pracownicy medyczni powinni być zaznajomieni z zagadnieniami cukrzycy na takim poziomie, aby mogli oni pełnić funkcję edukatora diabetologicznego.

Okazuje się, że studenci posiadają niską wiedzę nie tylko na temat samej cukrzycy, ale też nie jedzą w sposób zgodny z zasadami zdrowego żywienia, a więc takiego, które może zminimalizować u nich ryzyko wystąpienia cukrzycy [18]. Badania wykazują, że ponad 40% studentów negatywnie ocenia własny sposób żywienia i przyznaje się przy tym do niewystarczającej wiedzy w tym zakresie. Pośród najczęściej wskazywanych przez studentów nieprawidłowości żywienia znalazło się niespożywanie codziennie pełnoziarnistego pieczywa, warzyw i owoców, a także rzadkie spożywanie ryb. Interesujące jest to, że w obliczu niskiego spożycia pożądaných produktów nie wykazano w badaniu zwiększonego zainteresowania posiłkami typu fast food.

Jak się okazuje, niski poziom wiedzy na temat cukrzycy jest problemem nie tylko studentów, w tym pielęgniarstwa, ale także młodszych osób, czyli licealistów. Badaniami nad ich wiedzą zajęły się Kocka i Dziedzic [19]. Badania przeprowadzone zostały na grupie 152 licealistów uczących się w Zespole Szkół Ogólnokształcących w Stalowej Woli. Badanie zrealizowano przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety, który dotyczył wiedzy na temat cukrzycy oraz czynników jej ryzyka. Uzyskane w badaniu wyniki pokazały, że ponad 70% ankietowanych prezentowało niski stan wiedzy na temat czynników ryzyka cukrzycy typu 2, przy czym poziom wiedzy u licealistów z klas trzecich był wyraźnie wyższy niż u tych, którzy uczyli się w klasach pierwszych. Badanie wykazało również, że licealiści posiadają zróżnicowaną wiedzę na temat modyfikowalnych czynników ryzyka cukrzycy typu 2, natomiast co do czynników niemodyfikowalnych, poziom wiedzy respondentów jest niedostateczna.

Wszystkie przytoczone wyniki badań, a także wyniki badań własnych jednoznacznie wskazują na konieczność podniesienia poziomu wiedzy młodych ludzi

na temat cukrzycy oraz jej zapobiegania. Szczególnie istotne zdaje się to być właśnie w przypadku studentów kierunków medycznych, w tym pielęgniarstwa. Przyjęło się bowiem, że pielęgniarka powinna być podstawowym, pierwszym źródłem informacji dla pacjentów na temat cukrzycy. Niski poziom wiedzy studentów w tym zakresie jednoznacznie sugeruje konieczność sprawdzenia, co jest jego powodem – być może konieczne będzie wprowadzenie zmian w programie edukacji pielęgniarskiej.

■ Wnioski

Wiedza studentów pielęgniarstwa na temat cukrzycy typu 2 jest niewystarczająca, chociaż ich własna, subiektywna ocena tej wiedzy jest dobra lub zadowalająca, a zatem najczęściej błędna.

Poziom wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat cukrzycy typu 2 nie jest zależny od ich wieku, miejsca zamieszkania ani stanu cywilnego.

Konieczne jest przeprowadzenie diagnozy i ustalenie, co jest przyczyną niskiego stanu wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat cukrzycy typu 2 i podjęcie działań w celu jej podniesienia.

Ogólny poziom wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat cukrzycy typu 2 jest niski.

Bibliografia

1. Liu D., Du Y., Yao X., Wei Y., Zhu J., Cui Ch., Zhou H., Xu M., Li H., Ji L.: Safety, tolerability, pharmacokinetics, and pharmacodynamics of the glucokinase activator PB-201 and its effects on the glucose excursion profile in drug-naïve Chinese patients with type 2 diabetes: a randomised controlled, crossover, single-centre phase 1 trial, *e Clinical Medicine*, 2021; 42(5):1–9.
2. Małecki M., Skupień J.: Problemy diagnostyki różnicowej typów cukrzycy. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2008; 118(7–8): 435–440.
3. Grzeszczak W.: Patogeneza i leczenie chorych na cukrzycę typu 2. Co nowego opublikowano na ten temat w pierwszej połowie 2010 roku? „Choroby Serca i Naczyń”, 2010; 7(3): 118–125.
4. Skupień J., Klupa T., Małecki M.T.: Podłoże genetyczne cukrzycy typu 2, *Diabetol. Prakt.*, 2006; 7(2): 67–77.
5. Szadkowska A.: Ostre stany w cukrzycy. *Fam Med Primary Care Rev*, 2012; 14(2): 286–290.
6. Cypress M., Tomky D.: Samodzielna kontrola glikemii w nieleczonej insuliną cukrzycy typu 2. *Diabetologia po Dyplomie*, 2013; 10(3): 18–22.
7. Rosenfeld L.: Insulin: discovery and controversy. *Clinical Chemistry*, 2002; 48: 2270–2288.
8. Fiłoń J.: Cukrzyca – wyzwanie zdrowia publicznego w XXI w., *Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*, 2019: 27–58.
9. Cichocka A.: Cukrzyca typu 2 Cz. I. Epidemia naszych czasów. *Przemysł Spożywczy*, 2013; 67: 38–40.
10. Cypryk K., Zawodniak-Szałupska M., Lewiński A.: Praktyczne podejście do diagnostyki i leczenia cukrzycy typu 2. *Nowa Klinika*, 2002; 9(5–6): 542–547.
11. Kalinowski P., Bojakowska U., Kowalska M.E.: Ocena wiedzy pacjentów o powikłaniach cukrzycy. *Med Og Nauk Zdr.*, 2012; 18(4): 302–307.

12. Langwiński W., Trzeciak M., Skrzypski M.: Cukrzyca typu 2 - przegląd aktualnego stanu wiedzy. *Kosmos. Problemy nauk biologicznych*, 2018; 67(3): 517– 527.
13. Matejko B.: Terapia osobistą pompą insulinową u kobiet w ciąży chorujących na cukrzycę typu 1. *Kosmos*, 2012; 61: 557–561.
14. Skupień J., Małecki M.: Rozbudowywanie podziału cukrzycy nowe podtypy i możliwości lecznicze, *Diabetologia Praktyczna*, 2007; 8(1): 1–12.
15. Bajkowska-Fiedziukiewicz A., Mikołajczyk-Swatko A., Cypryk K.: Przewlekłe powikłania w populacji chorych na cukrzycę typu 2. *Przegl. Menopauz.*, 2009; 3: 170–174.
16. Janeczek I., Machaj M., Panczyk M., Sienkiewicz Z., Gotlib J.: Ocena poziomu wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat cukrzycy typu 2. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2017; 2(64): 209–219.
17. Dąbska O., Żołnierczuk-Kieliszek D.: Poziom wiedzy na temat cukrzycy – badania ankietowe studentów wybranych szkół wyższych z Lublina. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2016; 6(4): 285–293.
18. Dąbska O., Pawlikowska-Łagód K., Firlej E., Wołoszynek E.: Postawy studentów wybranych szkół wyższych Polski wschodniej wobec cukrzycy. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016; 6(12): 452–464.
19. Kocka K., Dziedzic U.: Wiedza młodzieży licealnej na temat czynników ryzyka cukrzycy typu 2. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013; 19(3): 255–261.
20. Dudzik I., Brukwicka I.: Jakość życia młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym w świetle badań [w:] *Jakość życia młodzieży ze środowisk zagrożonych patologią społeczną*, Z. Polak, M. Piątek, A. Róg, B. Zięba-Kołodziej (red.), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu, 2011; 42–43.
21. Kłós A., Brukwicka I., Kozimala M., Dudzik I.: Zachowania zdrowotne u ludzi w starszym wieku [w:] *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, K. Rejman i in. (red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu, 2021; 9: 110.

10. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową jelita grubego

Quality of life of patients with colorectal cancer

Anna Lewandowska¹, Małgorzata Drapała², Barbara Laskowska¹

¹Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

²Absolwent Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej
im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

■ Abstrakt

Wstęp: Nowotwór jelita grubego to jeden z ważniejszych problemów zdrowotnych współczesnej medycyny w krajach wysoko rozwiniętych. Nowotwór ten mimo coraz to większych nakładów ze strony ochrony zdrowia, pozostaje najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce i Europie w roku 2020 zdiagnozowano blisko 1 milion zgonów z tego powodu. Nowotwór jelita grubego zajmuje trzecie miejsce w najczęściej występujących nowotworach w populacji światowej. W Polsce w 2021 roku zapadalność na raka jelita grubego zajęła trzecie miejsce u mężczyzn, zaś u kobiet drugie wśród nowotworów ogólnie.

Cel: Celem badań była ocena jakości życia pacjentów z rakiem jelita grubego. **Materiał i metody:** Badaniem objęto 100 pacjentów z czego 35% to kobiet, zaś 65% mężczyźni z rozpoznanym i leczonym nowotworem jelita grubego. W badaniu wzięto udział 54% mieszkańców wsi, 46% to mieszkańcy miasta. Średnia wieku pacjentów chorych na nowotwór jelita grubego przebadanych w tej pracy wyniosła 58,62±6,46 lat. Metodą zastosowaną w badaniu pacjentów był sondaż diagnostyczny i technika ankietowania. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który pozwolił uzyskać informacje dotyczące jakości życia pacjentów chorych na nowotwór jelita grubego.

Wyniki: Ponad połowa pacjentów (62%) podaje, że zaakceptowało swoją chorobę. Wszyscy pacjenci zauważyli zmiany w swoim życiu w wyniku choroby. Najczęściej wymieniane to zmiany w wyglądzie fizycznym (87%), zmiany somatyczne (96%), pogorszenie się sytuacji finansowej (63%), konieczność zaprzestania pracy zawodowej (43%), pogorszenie relacji rodzinnych (73%), pogorszenie kondycji fizycznej (81%). Większość respondentów (74%) ocenia swoją jakość życia jako złą.

Czynniki, które mogłyby podnieść jakość życia według pacjentów to zwiększony dostęp do psychologa (75%) oraz lepszy dostęp do świadczeń medycznych (63%).

Wnioski: Choroba nowotworowa jelita grubego niewątpliwie wpływa w sposób negatywny na jakość życia pacjentów. Proces chorobowy związana z nim diagnostyka, sposób leczenia oraz czas trwania choroby obniżają jakość życia.

Aby osiągnąć jak najwyższą możliwą jakość życia pacjentów chorych na nowotwór jelita grubego, należy cyklicznie dokonywać oceny każdej ze stref życia pacjenta szczególnie tych obszarów obciążonych wysokim ryzykiem. Pozyskane informacje mogą pozwolić na dokonanie modyfikacji leczenia i dobór odpowiedniej interwencji, mającej na celu zaspokojenie bieżących potrzeb.

Słowa kluczowe: nowotwór jelita grubego, ocena jakości życia pacjentów, potrzeby pacjentów.

■ Abstract

Introduction: Colorectal cancer is one of the most important health problems of modern medicine in highly developed countries. This cancer, despite increasing expenditures from health care, remains the most common malignant tumor in Poland and Europe in 2020, nearly 1 million deaths due to this cause were diagnosed. Colorectal cancer ranks third among the most common cancers in the world population. In Poland, in 2021, the incidence of colorectal cancer took third place in men, and in women second among cancers in general.

Objective: The aim of the study was to assess the quality of life of patients with colorectal cancer.

Material & methods: The study included 100 patients, 35% of whom were women and 65% men with diagnosed and treated colorectal cancer. The survey involved 54% of rural residents, 46% were city dwellers. The average age of colorectal cancer patients studied in this study was 58.62 ± 6.46 years. The method used in the examination of patients was a diagnostic survey and a survey technique. The research tool was a questionnaire that allowed to obtain information on the quality of life of patients with colorectal cancer.

Results: More than half of the patients (62%) report that they have accepted their illness. All patients noticed changes in their lives as a result of the disease. The most frequently mentioned are changes in physical appearance (87%), somatic changes (96%), deterioration of financial situation (63%), the need to stop working (43%), deterioration of family relationships (73%), deterioration of physical condition (81%). Most respondents (74%) assess their quality of life as bad. Factors that could improve the quality of life according to patients include increased access to a psychologist (75%) and better access to medical services (63%).

Conclusions: Colorectal cancer undoubtedly has a negative impact on the quality of life of patients. The disease process, related diagnosis, treatment and duration of the disease reduce the quality of life. In order to achieve the highest possible quality of life of patients with colorectal cancer, it is necessary to periodically assess each of the patient's life zones, especially those areas at high risk. The information obtained may allow for modification of treatment and selection of an appropriate intervention aimed at meeting current needs.

Keywords: colorectal cancer, assessment of patients' quality of life, patients' needs.

■ Wstęp

Nowotwór jelita grubego jest jednym najczęściej występujących nowotworów złośliwych. Choroba rozwija się powoli, nie dając jednoznacznych objawów, dlatego zazwyczaj jest diagnozowana w momencie bardzo dużego zaawansowania. Niestety co 3-4 pacjent w Polsce ma rozpoznany nowotwór jelita grubego w znacznym stopniu zaawansowania. Na przełomie ostatnich 20 lat zaobserwowano znaczną dynamikę przyrostu zachorowań i zgonów z powodu nowotworu jelita grubego. Zachorowalność na raka jelita grubego w roku 2020 wynosiła około 20,5 tysiąca osób, przy czym dynamika zachorowania wzrasta od 4%- 5% rocznie w nawiązaniu do roku poprzedzającego. W Polsce w 2021 roku zapadalność na raka jelita grubego zajęła trzecie miejsce u mężczyzn, zaś u kobiet drugie wśród nowotworów ogółem. Najnowsze dane pokazują, że w 2025 r. na nowotwór ten zachoruje ok. 15 000 mężczyzn i 9 100 kobiet. Każdego roku na tą chorobę zapada ok. 18 tysięcy osób z czego 12 tysięcy umiera. Dane statystyczne mówią jednoznacznie, że dynamika przyrostu zachorowań na nowotwór jelita grubego jest najwyższa w całej Europie. Większość zachorowań dotyczy osób po 50 r. życia, przy czym aż 74% zachorowań w przypadku obu płci przypada na grupę populacyjną po 60 r. życia. Dane z Krajowego Rejestru Nowotworów podają, iż w Polsce z powodu nowotworu jelita grubego codziennie umiera 33 osoby. W roku 2019 odnotowano 12,5 tysiąca zgonów z tego powodu. Niemniej jednak nowotwór jelita grubego dzięki postępowi medycyny stał się chorobą przewlekłą, gdyż potencjalnie dzięki szeregowi programów profilaktycznych wzrosła świadomość pacjentów co do tej choroby. Odsetek 5- letniego przeżycie osób chorych na nowotwór jelita grubego w latach 2012-2018 wynosił 65,1% wszystkich przypadków [1-5].

Badania nad powstawaniem nowotworu jelita grubego nie dają jednoznacznej przyczyny rozwoju tego nowotworu. Za główne czynniki determinujące powstanie uważa się wiek powyżej 40 lat, predyspozycje genetyczne, obecność polipów w jelicie grubym, wrzodziejące zapalenie jelita grubego a także choroba Leśniowskiego-Crohna. Styl życia, czynniki środowiskowe, a także dieta ubogo resztkowa, obfitująca w białko zwierzęce i tłuszcze, z małą ilością błonnika pokarmowego, sprzyja modyfikacji flory bakteryjnej w jelicie co w konsekwencji prowadzi do powstania substancji kancerogennych, które odpowiadają za przemianę komórek prawidłowych w nowotworowe. Sposób odżywiania determinuje prawdopodobieństwo zachorowania na nowotwór jelita grubego aż w 50% [4-7].

Choroba nowotworowa to moment krytyczny dla każdej osoby, powodując wiele zmian w dotychczasowym funkcjonowaniu. Choroba nowotworowa jako choroba przewlekła wpływa w sposób długotrwały na stan zdrowia pacjenta, konieczność ograniczenia dotychczasowej aktywności zawodowej, społecznej co niewątpliwie wpływa na poczucie jakości życia [8-10].

Cel pracy: Celem pracy jest ocena jakości życia pacjentów chorych na nowotwór jelita grubego.

Materiał i metoda: Badaniem objęto 100 pacjentów, 35% kobiet oraz 65% mężczyzn z rozpoznanym nowotworem jelita grubego. W badaniu wzięło udział 54% mieszkańców wsi, a także 46% mieszkańców miasta. Średnia wieku pacjentów wyniosła 58,62±6,46 lat.

Badanie zostało zatwierdzone przez Zespół ds. Etyki Badań Naukowych przy Instytucie Ochrony Zdrowia w Państwowej Szkole Techniczno- Ekonomicznej w Jarosławiu. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, ankietowani zostali poinformowani o ich prawie do odmowy lub przerwaniu oraz wycofaniu się z badania w dowolnym momencie. Każdy z respondentów został poinformowany o czasie trwania badania oraz jego celu.

Metodą wykorzystaną w pracy był sondaż diagnostyczny, zaś techniką ankieta. Natomiast jako narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz własnego autorstwa. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania otwarte, jednokrotnego wyboru i wielokrotnego wyboru. W ankiecie ujęto pytania metrykalne, epidemiologiczne oraz pytania oceniające stan fizyczny i psychiczny pacjenta. Pytania zawarte w ankiecie pozwoliły ocenić jakość życia pacjentów.

Wyniki uzyskane z przeprowadzonego badania zostały poddane analizie statystycznej. Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego StatSoft, Inc. STATISTICA version 10.0. oraz arkusza kalkulacyjnego Excel. Zmienne ilościowe zostały wyznaczone za pomocą średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego, mediany, wartości minimalnej i maksymalnej. Z kolei wartości zmienne typu jakościowego zostały przedstawiona za pomocą licznosci oraz wartości procentowych.

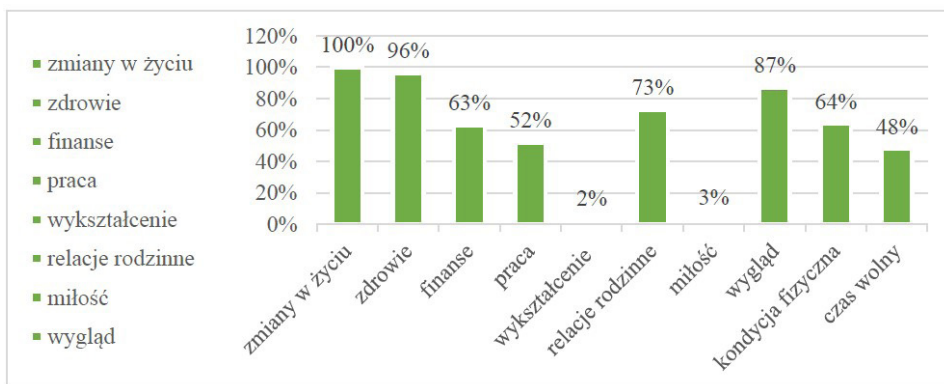
Wyniki: Badana grupę stanowiło 35% kobiet oraz 65% mężczyzn. Średnia wieku badanych wyniosła $58,62 \pm 6,46$ lat z czego najmłodsza osoba miała 41 lat, zaś najstarsza 80 lat. Inne statystyki opisowe identyfikujące badaną grupę zawiera tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Dane demograficzne		Ogółem
Charakterystyka % N		
Płeć	Kobiety	35%
	Mężczyźni	65%
Wiek	SD	58,42±6,46
Miejsce zamieszkania	Miasto	46%
	Wieś	54%
Wykształcenie badanej grupy	Podstawowe	12%
	Zawodowe	53%
	Średnie	20%
	Wyższe	15%
Stan cywilny	Stan wolny	12%
	Zamężna/zonaty	35%/30%
	wdowa /wdowiec	0%/ 23%
Czas trwania choroby	0-5 miesięcy	5 %
	6 m- 1 rok	24%
	1-2 lata	48%
	3-5 lat	17%
	Powyżej 5 lat	6%

■ Jakość życia pacjentów

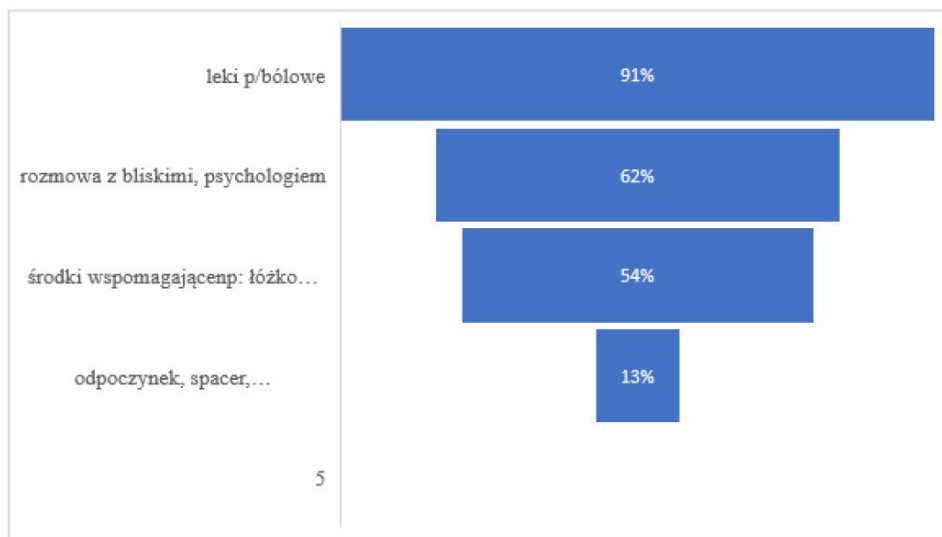
Ponad połowa pacjentów (62%) podaje, że zaakceptowało swoją chorobę, zaś 38% pacjentów twierdzi, że nie zaakceptowało choroby. Wszyscy pacjenci zauważyli zmiany w swoim życiu w wyniku choroby. Najczęściej wymieniane zmiany to: zmiany w wyglądzie fizycznym (87%), zmiany somatyczne (96%), pogorszenie się sytuacji finansowej (63%), konieczność zaprzestania pracy zawodowej (43%), pogorszenie relacji rodzinnych (73%), pogorszenie kondycji fizycznej (81%). Wszyscy pacjenci odczuwają niekorzystne zmiany na skutek diagnozy i leczenia nowotworu jelita grubego (rycina 1).



Rycina 1. Zmiany w strefach życiowych wywołanych diagnozą

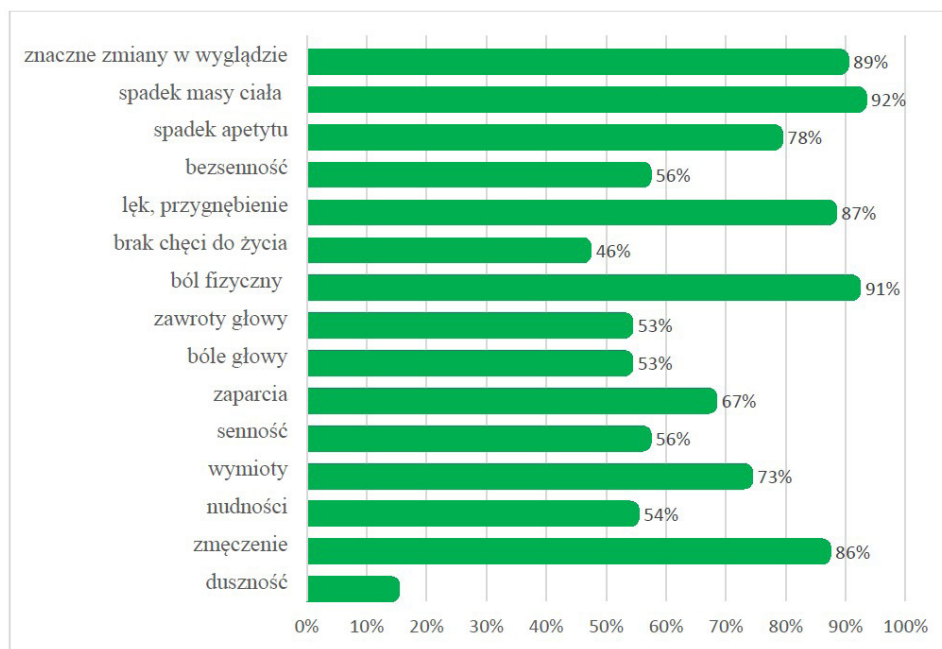
Większość respondentów (74%) ocenia swoją jakość życia jako złą, 4% jako bardzo dobrą, zaś 22% jako dobrą. Badani pacjenci zapytani o czynniki, które mogłyby podnieść jakość życia odpowiedzieli kolejno: zwiększony dostęp do psychologa (75%), lepszy dostęp do świadczeń medycznych (63%) oraz lepsze warunki mieszkaniowe (20%). Jedynie 57% pacjentów otrzymuje opiekę medyczną na wystarczającym poziomie, a 29% uważa że jest średnio dostępna. Aż 77% badanych pacjentów stwierdziło, że ich jakość życia zależna jest od sprzętu medycznego, który ułatwia funkcjonowanie.

W ocenie dolegliwości wynikających z choroby i leczenia, większość pacjentów odczuwa ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności (57%), 29% odczuwa je w bardzo duży stopniu, jedynie 14% nie odczuwa ich wcale. Aż 90% pacjentów odczuwa dyskomfort związany z chorobą jako przyczynę podając problemy ze stomią (55%), ból (61%), wymioty (33%), zaparcia (31%), biegunkę (43%) oraz niemożność samodzielnego poruszania się (23%). Ból fizyczny najbardziej przeszkadza pacjentom w wykonywaniu obowiązków domowych (68%), w wykonywaniu czynności higienicznych (58%) oraz trudności w wykonywaniu pracy zawodowej (51%). W przeważającej części z bólem fizycznym pacjenci radzili sobie poprzez stosowanie środków p/bólowych (91%) (rycina 2).



Rycina 2. Sposoby radzenia z bólem fizycznym wśród pacjentów

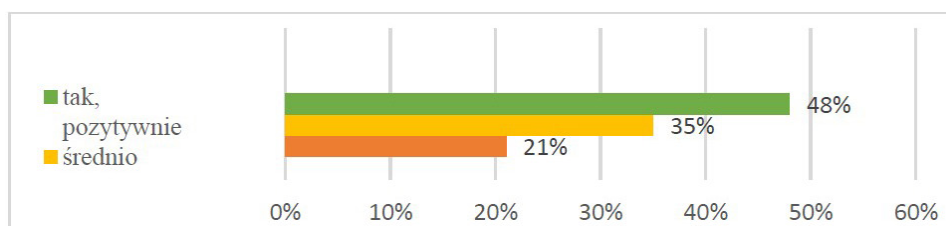
Inne dolegliwości podawane przez pacjentów to: problem z koncentracją (63%), zmęczenie (86%), zmiany wyglądu (86%), spadek masy ciała (92%), brak apetytu (78%), bezsenność (56%), nadmierna senność (56%), zawroty i bóle głowy (53%), zparcia (67%), wymioty (73%) (rycina 3).



Rycina 3. Dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej

Większość pacjentów (77%) potrzebuje pomocy innych osób m. in. w trakcie dojazdu do placówek medycznych, w przemieszczaniu się, karmieniu oraz toalecie. 82% otrzymuje taką pomoc. Aż 63% badanych ma potrzebę opieki medycznej w codziennym funkcjonowaniu, a 30% badanych potrzebuje jej w bardzo dużym stopniu. 76% pacjentów stwierdziło, że pomoc którą uzyskują od bliskich i służby zdrowia wpływa na ich jakość życia.

W ocenie samopoczucia pacjentów wykazano, iż każdego dnia doświadczają negatywnych uczuć (63%), zaś 31% doświadcza ich w trakcie procedur medycznych. Większość badanych (51%) czuje się samotnych w życiu. Jedynie 13% pacjentów ma poczucie szczęścia. 74% pacjentów nie czuje się bezpiecznymi, obawiając się o swoje życie, dalsze leczenie. Znaczna część pacjentów (48%) myśli o swojej przyszłości w sposób pozytywny (rycina 4).



Rycina 4. Myślenie o przyszłości

■ Dyskusja

Choroba nowotworowa zmienia życie chorego i jego najbliższych, wpływa negatywnie na każdy wymiar życia, rodzi cierpienie zarówno fizyczne, jak i psychiczne powoduje negatywne przeżycia w aspekcie społecznym i duchowym co niekorzystnie wpływa na jakość życia w różnych jej wymiarach. Ocena jakości życia powinna być subiektywna i rzeczywista, czyli powinna być oceną samego chorego, jednakże dobrze jest, gdy ocenę jakości życia można zestawić z wiarygodnymi i bezstronnymi wynikami badań pacjenta. Podejście tego typu wpływa na pogłębienie analizy psychologicznej, społecznej i zdrowotnej pacjenta. Przyjmując, że ocena jakości życia jest odbiciem własnej pozycji życiowej, w określonym miejscu, czasie, sytuacji należy przyjąć, że ma charakter relatywny. Realna ocena jakości życia pacjenta nie ma charakteru absolutnego i niezmiennego, bywa zależna od systemu wartości każdego indywidualnie, porównania z innymi pacjentami oraz przeżyтыми już doświadczeniami wynikającymi z choroby. Ocenę jakości życia powinien dokonywać pacjent, ale również obserwator, w tym przypadku pracownicy opieki zdrowotnej. Elementem przeszkadzającym w ocenie jakości życia dokonywanej przez samego pacjenta może być stan depresyjny, lęk i niepokój, wtedy mimo dobrej zdrowotnej sytuacji i dobrych rokowań pacjent subiektywnie źle ocenia własny stan zdrowia i swoją jakość życia. Brak krytycyzmu w ocenie swojej jakości życia również wpływa niekorzystnie na przebieg choroby. Zajmując się oceną jakości życia należy pamiętać, że choruje cały człowiek. W kontekście uwarunkowań biopsychospołecznych badacz powinien poszukiwać zasobów,

które wpływają na utrzymanie dobrej jakości życia oraz czynników, które mogą w sposób znaczący pogarszać jakość życia pacjentów. Dobra jakość życia jest nie tylko brakiem dysfunkcji fizycznych lub towarzyszącego dystresu, pojęcie to obejmuje również zadowolenie z życia i dobre samopoczucie w ujęciu holistycznym pacjenta [11-15].

Niemniejsza praca pozwoliła dokonać analizy jakości życia pacjentów chorych na nowotwór jelita grubego. Analiza ta w zestawieniu z wykorzystanym piśmiennictwem, pozwoliła stwierdzić, że są one zbliżone do innych badań ukierunkowanych na ocenę jakości życia pacjentów chorych na nowotwór jelita grubego. Dokonując oceny wyników badań przeprowadzonych w pracy stwierdzono, że średnia wieku pacjentów chorych na nowotwór jelita grubego wyniosła 58 lat. Publikacje użyte w niemniejszych pracach wykazują, iż wraz z wiekiem rośnie zapadalność na nowotwór jelita grubego, średnia wieku osób chorujących zmniejsza w tendencji rok do roku poprzedniego, obecnie wynosi 50-65 lat życia [8-11]. W powyższym badaniu grupa pacjentów to jest 74% ocenia swoją jakość życia źle, dobrze oceniło ją 22% ankietowanych osób, zaś bardzo dobrze jedynie 4% badanych. Oceniana jakość życia miała szczególnie niskie wartości, biorąc pod uwagę życie intymne, funkcje społeczne, finanse, koncentrację i sen. Największe zmiany wywołane diagnozą nowotworu jelita grubego miały miejsce w strefie zdrowia, relacji rodzinnych, wyglądzie oraz kondycji fizycznej [11-15]. Wyniki niemniejszej pracy są zbliżone do innych badaczy, a mianowicie zmęczenie, ból fizyczny, zmiany w wyglądzie fizycznym, brak łaknienia i zaburzenia rytmu snu i czuwania są najczęstszymi objawami toczącej się choroby. Analizując częstość występowania bólu, można stwierdzić, że dotyka on 90% badanych pacjentów, z czego 91% pacjentów najczęściej zwalcza go poprzez środki przeciwbólowe. Ból istotnie wpływa na postrzeganie choroby, przeszkadza w obowiązkach domowych (68%), czynnościach higienicznych (58%), jest czynnikiem eliminującym chorych z życia zawodowego (51%), ból również obniża poziom satysfakcji z życia [15-20].

Zmiany w dotychczasowym życiu społecznym, wpływały w sposób znaczący na akceptację choroby. Analizując wyniki, można stwierdzić, że akceptacja choroby u 62% pacjentów dobrze rokuje w procesie leczenia p/nowotworowego. Na akceptację choroby wpływają również pozytywne relacje rodzinne (70%). Analizując wyniki, można stwierdzić, że im lepsze relacje rodzinne tym bardziej pacjent czuje się bezpieczny. Odpowiada to wynikom uzyskanym w innych badaniach użytych w niemniejszej pracy [14-18].

Na jakość życia pacjentów ma również wpływ dostęp do środków rehabilitacyjnych, gdzie 77% badanych deklarowało, że wpływają znacząco na podniesienie ich jakości życia. Wiele publikacji wskazuje, iż jakość życia zależna jest również od samodzielnego przemieszczania się oraz rehabilitacji. Pacjenci w 88% nie są zadowoleni ze spędzania wolnego czasu, gdyż nie mogą samodzielnie przemieszczać się z uwagi na stan zdrowia oraz obawy przed nieprzewidywanymi sytuacjami. Podejmowana aktywność pozwala pacjentom podnieść ich wartość, a tym samym jakość życia. Analiza danych pozwala również stwierdzić, że im większe zmiany w wyglądzie fizycznym, tym większy brak akceptacji choroby oraz większe niezadowolenie z życia intymnego [20-25].

Analizując dane oraz piśmiennictwo stwierdzono, że sprawą najwyższej wagi powinno być otoczenie pacjenta chorego na nowotwór jelita grubego wielowymiarową i interdyscyplinarną opieką. Wsparcie dla chorych powinno być zapewnione ze strony najbliższych, personelu medycznego i wszystkich instytucji biorących udział w procesie diagnostyki, leczenia i wsparcia psychospołecznego. Dzięki objęciu wszechstronną opieką pacjentów z chorobą nowotworową ich jakość życia z pewnością może osiągać możliwie jak najwyższy stopień [24-27].

■ Wnioski

Choroba nowotworowa jelita grubego niewątpliwie wpływa w sposób negatywny na jakość życia pacjentów.

Dolegliwości fizyczne i psychiczne towarzyszą pacjentom chorym na nowotwór jelita grubego. Charakter i natężenie dolegliwości chorobowych zwiększa niesamodzielność pacjentów i obniża jakość życia.

Aby osiągnąć jak najwyższą możliwą jakość życia pacjentów chorych na nowotwór jelita grubego, należy cyklicznie dokonywać oceny każdej sfery życia pacjenta szczególnie tych obszarów obciążonych wysokim ryzykiem. Pozyskane informacje mogą pozwolić na dokonanie modyfikacji leczenia i dobór odpowiedniej interwencji, mającej na celu zaspokojenie bieżących potrzeb.

Bibliografia

1. Bałagan E., Ornat M., Sławomirska R.: Rola białka u chorych w postępującym stadium choroby nowotworowej, *Medycyna paliatywna*, 2017; 9(3): 133–138.
2. Siegel R.L., Miller K.D., Fuchs H.E., Jemal A.: *Cancer Statistics*, *Cancer J Clin*, 2021; 71: 7–33.
3. Cardoso R., Guo F., Heisser T., et al.: Colorectal cancer incidence, mortality, and stage distribution in European countries in the colorectal cancer screening era: an international population-based study, *Lancet Oncol*, 2021; 22: 1002–1013.
4. Choi J.H., Kim J.H., Moon W., et al.: Is it Possible to Successfully Treat Locally Advanced Colon Cancer Using Pre-Operative Chemoradiotherapy? *Clin Endosc*, 2019; 52(2): 191–195.
5. Dąbska O., Humaniuk E., Krupa A.: Depresja u osób z chorobą nowotworową, *Psychoonkologia*, 2017; 21(2): 52–57.
6. Demir A., Alan O., Oruc E.: Tumor budding for predicting prognosis of resected rectum cancer after neoadjuvant treatment, *World J Surg Oncol*, 2019; 17(1): 50.
7. Dzierżanowski T.: Definitions of palliative care – narrative review and new proposal, *Medycyna Paliatywna*, 2021; 13(4): 187–200.
8. Eslami M., Yousefi B., Kokhaei P., et al.: Importance of probiotics in the prevention and treatment of colorectal cancer, *J Cell Physiol*, 2019; 234(10): 17127–17143.
9. Golon K., Kaczmarek-Borowska B.: Zespół przewlekłego zmęczenia u osób z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, *Problemy Nauk Stosowanych*, 2017; 6: 127–134.
10. Górską A., Przystupski D., Niemczura M.J., et al.: Probiotic Bacteria: A Promising Tool in Cancer Prevention and Therapy, *Curr Microbiol*, 2019; 76(8).
11. Lewandowska A.: *Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa w onkologii*, Wydawnictwo Akademicka Oficyna Wydawnicza EXIT, 2021.
12. Hoogenboezem E.N., Duvall C.L.: *Harnessing albumin as a carrying for cancer therapies*, Elsevier, 2018; 130: 73–89.

13. Janion K., Copija A., Walkiewicz K., Nowakowska-Zajdel E.: Zalecenia żywieniowe w trakcie radioterapii u chorych na nowotwory złośliwe, *Postępy Żywienia Klinicznego*, 2019; 1(50): 25–33.
14. Janus-Szymańska G., Doraczyńska-Kowalik A., Bębenek M., et al.: Podstawy medycyny personalizowanej raka jelita grubego, *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory*, 2021; 6(1): 55–62.
15. Jaroszyńska Z., Andrusiewicz M., Wiśniewska K.: Knowledge and attitudes of Czaplonek Municipality residents with regard to colorectal cancer prevention, *Journal of Education, Health and Sport*, 2022; 12(1): 65–91.
16. Kaźmierczak-Siedlecka K., Daca A., Folwarski M., Makarewicz W., Lebiedzińska A.: Immunonutritional support as an important part of multidisciplinary anti-cancer therapy, *Central European Journal of Immunology*, 2020; 45(4): 454–460.
17. Kapala I., Bąk E., Krzemińska S., i in.: Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2017; 26(1): 59.
18. Kędra E., Wiśniewski W.: Wybrane aspekty oceny jakości życia chorych na nowotwór jelita grubego i członków ich rodzin w świetle wyników badań własnych, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2018; 8(1): 33–38.
19. Komendarek-Kowalska M.: Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową. Ból i depresja nasilenie objawów w zależności od płci, *Medycyna Paliatywna*, 2018; 10(1): 30–36.
20. Lee M.W., Pourmorady J.S., Laine L.: Use of Fecal Occult Blood Testing as a Diagnostic Tool for Clinical Indications: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Am J Gastroenterol*, 2020; 115: 662–670.
21. Lin J.S., Perdue L.A., Henrikson N.B., et al.: Screening for colorectal cancer: Updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force, *JAMA*, 2021; 325: 1978–1998.
22. Mendes M.C.S., Paulino D.S., Brambilla S.R., et al.: Microbiota modification by probiotic supplementation reduces colitis associated colon cancer in mice, *World J Gastroenterol*, 2018; 24(18): 1995–2008.
23. Shaw E., Farris M.S., Stone C.R., et al.: Effectes of physical activity on colarectar cancer risk among family history and body mass index subgroups; a systematic review and meta-analysis, *BMC Cancers*, 2018: 18–71.
24. Solecka M., Głuszek S.: Nutritional intervention during radiotherapy of head and neck cancers, *Medical Studies*, 2018; 34(2): 153–159.
25. Stjepanovic N., Moreira L., Carneiro F., et al.: Hereditary gastrointestinal cancers: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up, *Ann Oncol*, 2019; 30(10): 1558–1571.
26. Vogelsan R.P., Klein M.F., Gogenur I.: Risk Factors for Compromised Surgical Resection: A Nationwide Propensity Score-Matched Study on Laparoscopic and Open Resection for Colonic Cancer, *Dis Colon Rectum*, 2019; 62(4): 438–446.
27. Wang H., Lutz A.M., Hristov D., et al.: Intra-Animal Comparison between Three-dimensional Molecularly Targeted US and Three-dimensional Dynamic Contrast-enhanced US for Early Antiangiogenic Treatment Assessment in Colon Cancer, *Radiology*, 2017; 282(2): 443–452.

11. Żywienie dojelitowe chorych w warunkach szpitalnych

Enteral nutrition of patients in hospital conditions

Anna Dominik^{1,a}, Janina Zajchowska^{1,b}, Anna Bilińska¹

¹Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

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

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

■ Abstrakt

Wstęp: Żywienie dojelitowe to podawanie bezpośrednio diety przemysłowej do przewodu pokarmowego z pominięciem jamy ustnej i gardła przez zgłębnik nosowo-żołądkowy, nosowo-jelitowy lub przetokę odżywczą z użyciem specjalnych diet leczniczych, jest najbardziej naturalną drogą żywienia.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie leczenia żywieniowego dojelitowego chorych w warunkach szpitalnych.

Treść: Żywienie pacjenta dojelitowe zależy od choroby podstawowej oraz czasu trwania ograniczeń w żywieniu doustnym. Zaletą żywienia jest korzystny wpływ na czynność przewodu pokarmowego przez pobudzenie wzrostu kosmków jelitowych, regenerację enzymów nabłonka jelita, wytwarzanie hormonów jelitowych, immunoglobulin i innych związków syntetyzowanych w jelicie. Warunkiem stosowania tego typu żywienia jest zachowany pasaż i wchłanianie jelitowe, a dobór odpowiedniej diety często decyduje o efektywności leczenia. Żywienie dojelitowe prowadzi się wykorzystując zgłębniki i gastrostomie. Gastrostomia jest to połączenie światła przewodu pokarmowego ze skórą poprzez wprowadzenie dużej średnicy drenu (15-28 Cha/F) do żołądka przez powłoki brzuszne. Powikłania gastrostomii bardzo rzadko występują, dość często wynikają z nieprawidłowej pielęgnacji gastrostomii. Najczęstsze powikłania wynikające z nieprawidłowej pielęgnacji. W żywieniu wykorzystuje się: diety szpitalne – płynne, bogatoodżywcze, które otrzymuje się miksując produkty naturalne lub zbilansowane diety przemysłowe. Najczęstsze problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym z gastrostomią: wyciek treści żołądkowej i/lub żywieniowej wokół gastrostomii, możliwość aspiracji treści żołądkowo-pokarmowej do dróg oddechowych, osłabienie lub brak zaparcia, biegunka, zmiany troficzne w jamie ustnej, niedrożność gastrostomii, zakażenie okolicy gastrostomii, mechaniczne uszkodzenie gastrostomii, odleżyna wokół gastrostomii.

Podsumowanie: Żywienie dojelitowe to jedna z form leczenia żywieniowego które polega na podawaniu substancji odżywczych do przewodu pokarmowego drogą inną niż doustna: bezpośrednio do żołądka lub jelita. Forma tego żywienia przeznaczona jest dla osób, które nie mogą odżywiać się drogą doustną lub ta droga żywienia jest niewystarczająca to wówczas wprowadza się żywienie dojelitowe częściowe.

Słowa kluczowe: żywienie dojelitowe, leczenie żywieniowe, metody żywienia.

■ Abstract

Introduction: Enteral nutrition is the administration of an industrial diet directly into the gastrointestinal tract, bypassing the oral cavity and pharynx through a nasogastric tube, nasointestinal tube or a nutritional fistula using special therapeutic diets, it is the most natural way of nutrition.

Objective of the work: The aim of the study is to present the enteral nutritional treatment of patients in hospital conditions.

Contents: The patient's enteral nutrition depends on the underlying disease and the duration of oral nutrition restrictions. The advantage of nutrition is its beneficial effect on the function of the gastrointestinal tract by stimulating the growth of intestinal villi, regeneration of intestinal epithelial enzymes, production of intestinal hormones, immunoglobulins and other compounds synthesized in the intestine. The condition for using this type of nutrition is the preserved passage and intestinal absorption, and the selection of an appropriate diet often determines the effectiveness of treatment. Enteral nutrition is carried out using tubes and gastrostomies. Gastrostomy is a connection of the lumen of the digestive tract with the skin by inserting a large-diameter drain (15-28 Cha/F) into the stomach through the abdominal wall, Complications of gastrostomy are very rare, quite often they result from an incorrect one gastrostomy care. The most common complications resulting from improper care. In nutrition, the following are used: hospital diets - liquid, rich in nutrients, which are obtained by mixing natural products or balanced industrial diets. The most common nursing problems in the care of a patient with a gastrostomy: leakage of gastric and/or nutritional contents around the gastrostomy, possibility of aspiration of gastro-digestive contents into the respiratory tract, weakness or lack thereof, constipation, diarrhoea, trophic changes in the oral cavity, gastrostomy obstruction, infection of the gastrostomy area, mechanical damage to the gastrostomy, bed sore around the gastrostomy.

Summary: Enteral nutrition is one of the forms of nutritional treatment that consists in administering nutrients to the gastrointestinal tract by a route other than oral: directly into the stomach or intestine. This form of nutrition is intended for people who cannot eat orally or this way of nutrition is insufficient, then partial enteral nutrition is introduced.

Keywords: enteral nutrition, nutritional therapy, methods of nutrition.

■ Wstęp

Organizm człowieka potrzebuje do życia składników pokarmowych, które występują w związkach takich jak: białko, tłuszcze, węglowodany, składniki mineralne, witaminy i woda.

Składniki pokarmowe czerpane są z produktów odżywczych w celu prawidłowego funkcjonowania organizmu, składniki te zapewniają tkankom odnowy, wzrostu oraz możliwości wykorzystania rezerw ustrojowych w sytuacji głodu lub zaburzeń równowagi metabolicznej. Prawidłowe żywienie powinno składać się z oceny stanu odżywienia i rodzaju zaburzeń, oceny wskazań do leczenia i zapotrzebowania na składniki odżywcze, wyboru drogi żywienia, przygotowania programu żywienia, podawania składników odżywczych i monitorowania przebiegu leczenia i jego wyników [1]. Żywienie dojelitowe to podawanie bezpośrednio diety przemysłowej do przewodu pokarmowego z pominięciem jamy ustnej i gardła przez zgłębnik nosowo-żołądkowy, nosowo-jelitowy lub przetokę odżywczą z użyciem specjalnych diet leczniczych, jest najbardziej naturalną drogą żywienia.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie leczenia żywieniowego dojelitowego chorych w warunkach szpitalnych.

■ Rozwinięcie

Żywienie pacjenta dojelitowe zależy od choroby podstawowej oraz czasu trwania ograniczeń w żywieniu doustnym. W czasie żywienia dojelitowym należy zagwarantować pacjentowi:

- wybór prawidłowego dostępu do przewodu pokarmowego,
- wybór prawidłowej diety,
- wybór prawidłowego sposobu podaży,
- utrzymanie prawidłowego działania dostępu do przewodu pokarmowego,
- prawidłowe rozpoznawanie, zapobieganie i leczenie powikłań żywienia [1].

Jej zaletą jest korzystny wpływ na czynność przewodu pokarmowego przez pobudzenie wzrostu kosmków jelitowych, regenerację enzymów nabłonka jelita, wytwarzanie hormonów jelitowych, immonoglobulin i innych związków syntetyzowanych w jelicie. Warunkiem stosowania tego typu żywienia jest zachowany pasaż i wchłanianie jelitowe, a dobór odpowiedniej diety często decyduje o efektywności leczenia. Żywienie dojelitowe prowadzi się wykorzystując zgłębniki (krótkoterminowo) i stomie (długoterminowo). W stomiach wykorzystuje się gastrostomie, jejunostomie, PEG (przeziębna endoskopowa gastrostomia), PEGJ (przeziębna endoskopowa gastrojejunostomia) [1, 2]. Pokarm może być podawany przez zgłębnik metodą: porcji, w której jednorazowo podaje się 300 -500 ml pokarmu, metodą mikroporcji, w której jednorazowo podaje się po 50 – 100 ml pokarmu do dwunastnicy, metodą ciągłego wlewu grawitacyjnego lub przy użyciu pompy, w której podaje się w ciągłym wlewie kroplowym pokarm przez całą dobę. Rozpoczynając żywienie należy kontrolować tolerancje na podawane preparaty odżywcze oraz sposób podaży. Oprócz sposobu podaży ważny jest również właściwy dobór diety który zależy od wieku chorego i jego problemów klinicznych. Obecnie zalecane są diety tzw. zbilansowane diety przemysłowe [2, 3, 4].

Cechy zbilansowanych diet przemysłowych:

- standardowy skład, czyli ściśle określona liczba składników pokarmowych i znana wartość energetyczna,
- łatwe przygotowanie,
- płynna konsystencja, nie zatykają cewników,
- określona wartość osmolarna która wynosi 250 – 400 mOsm/l,
- bezpieczeństwo bakteriologiczne i chemiczne,
- odpowiednia wielkość opakowania.

Niebezpieczeństwa związane z żywieniem to:

- niewłaściwy dobór diety ilościowy i jakościowy,
- nieprawidłowy sposób podaży, zbyt szybki,
- powikłania mechaniczne związane z wprowadzeniem zgłębnika,
- powikłania metaboliczne – przewodnienie, zaburzenia wodno-elektrolitowe, witaminowe, glikemia,
- infekcje – zakażenia diety, zachłystowe zapalenie płuc [1, 3, 4].

W celu zapobiegania powikłaniom należy:

- sprawdzać prawidłowe ułożenie zgłębnika,
- kontrolować raz dziennie zaleganie żołądkowe,
- stosować ułożenie półwysokie chorego przez pół godziny po podaniu pokarmu metodą przerywaną i przez cały czas w przypadku stosowania karmienia ciągłego,
- kontrolować temperaturę, skład, konsystencję oraz ilość podawanego pokarmu,
- pielęgnować jamę nosową aby utrzymać drożność oraz zapobiegać odleżynom,
- wykonywać co 4 - 6 h toaletę jamy ustnej,
- zlecić choremu żucie gumy bezcukrowej lub ssanie cukierków aby zapobiec zastoinowemu zapaleniu przyusznic, u chorego nieprzytomnego wykonać co najmniej 3 razy dziennie masaż mięśni żwaczy,
- codziennie zmieniać opatrunek na gastrostomii lub na jejunostomii, w przypadku zaczerwienienia skóry spowodowanego zaciekiem treści pokarmowej wskazane jest stosowanie pasty gojącej,
- kontrolować umocowanie zgłębnika, umocowanie zgłębnika wprowadzonego przez nos sprawdza się 2 x dziennie , a umocowanie cewnika gastro lub jejunostomii, napełnienie balonu uszczelniającego gastrostomię oraz napięcie PEG 1x dziennie,
- płukać zgłębnik aby zapobiec jego zatkaniu się, przy każdej zmianie pojemnika z dietą lub w przerwie w żywieniu, po płukaniu należy zgłębnik zatkać korkiem,
- podawać leki dobrze rozpuszczone po uprzednim przerwaniu żywienia, przepłukaniu zgłębnika przed podaniem i po podaniu leków,
- kontrolować bilans płynów,
- monitorować równowagę elektrolitową, białkową, witaminową,
- prowadzić dokumentację żywienia chorego [2, 3].

Gastrostomia jest to połączenie światła przewodu pokarmowego ze skórą poprzez wprowadzenie dużej średnicy drenu (15-28 Cha/F) do żołądka przez powłoki brzuszne, wykonanego z silikonu bądź poliuretanu głównie w celu:

- żywienia enteralnego,
- odbarczania treści żołądkowej.

Gastrostomia może być wykonywana w sposób tradycyjny, kiedy nie ma możliwości przejścia endoskopem przez zmieniony chorobowo przełyk lub z innych przyczyn klinicznych (niebezpieczeństwo perforacji) lub metodą przeskórną endoskopową PEG [4, 5].

Zalety gastrostomii:

- poprawia warunki pielęgnacji chorego,
- PEG zmniejsza ryzyko zapalenia płuc spowodowanego zachłyśnięciem, u pacjentów nieprzytomnych,
- nie powoduje dyskomfortu,
- nie powoduje stanów zapalnych, odleżyn w jamie nosowej i gardle,
- istnieje mniejsze ryzyko przypadkowego usunięcia,
- czas utrzymania gastrostomii okresowy (od 4 tygodni do kilku miesięcy) lub stały [4, 5].

Wskazania do założenia gastrostomii:

- choroby nowotworowe: guzy głowy, szyi, ślinianek, zaawansowany rak przełyku,
- choroby neurologiczne: niedokrwienne uszkodzenie mózgu (udar, wylew), stwardnienie zanikowe boczne,
- urazy głowy: oparzenia jamy ustnej i przełyku,
- zaburzenia motoryki krtani i przełyku: mukowiscydoza, dziecięce porażenie mózgowe, wrodzona niedrożność przełyku, inne wady anatomiczne lub schorzenia powodujące zaburzenia połykania o niepomyślnym rokowaniu.

Przeciwwskazania do wykonania PEG:

- niemożność uzyskania przylegania przedniej ściany żołądka do powłok jamy brzusznej,
- płyn w jamie brzusznej,
- zwężenie przełyku uniemożliwiające przejście endoskopu,
- rozległe resekcje żołądka,
- żylaki przełyku,
- guz żołądka,
- zaburzenia krzepnięcia krwi,
- ostre zapalenie trzustki lub zapalenie otrzewnej [5, 6, 7].

Powikłania gastrostomii bardzo rzadko występują, dość często wynikają z nieprawidłowej pielęgnacji gastrostomii. Najczęstsze powikłania wynikające z nieprawidłowej pielęgnacji to:

- wyciekanie treści żołądkowej wokół cewnika powodując infekcję i owrzodzenia skóry, odleżyny wokół cewnika w miejscu jego wkłucia,
- przetoki żołądkowo - okrężnicze,
- zapalenie otrzewnej,
- perforacja przewodu pokarmowego,
- zapalenie powięzi [5].

Metody żywienia enteralnego przez gastrostomię to, metoda porcji gdzie żywienie należy rozpocząć w postaci płynów od bardzo małych dawek podawanych w godzinnych odstępach czasu przez kilka-kilkanaście pierwszych godzin zwłaszcza, jeśli pacjent nie był odżywiany do przewodu pokarmowego dłużej jak kilka dni, a następnie przy dobrej tolerancji żywienia można zwiększyć jego podaż, tj. rozszerzyć dietę, dieta najczęściej podawana jest metodą (bolusa) strzykawki, drugą metodą jest metoda ciągłego wlewu grawitacyjnego lub przy użyciu pompy – pokarm podaje się w ciągłym wlewie kroplowym przez całą dobę lub nocną kilkugodzinną przerwą. Wykorzystując metodę ciągłego wlewu stosujemy najczęściej pompy perystaltyczne, pompa ma system sygnalizujący osiągnięcie zaprogramowanej ilości diety oraz system alarmowy włączający ją w przypadku braku przepływu, zatkania zgłębnika lub mechanicznego zamknięcia przyrządu do podawania. W żywieniu wykorzystuje się:

- diety szpitalne – płynne, bogatoodżywcze, które otrzymuje się miksując produkty naturalne lub zbilansowane diety przemysłowe.
- diety przemysłowe – mają standardowy skład, ściśle określoną ilość składników pokarmowych i znaną wartość energetyczną, najbardziej wskazane są w celu wyrównania niedoborów żywieniowych, zapewniają bezpieczeństwo mikrobiologiczne i chemiczne, podczas ich wytwarzania zachowane są zasady aseptyki [1, 2, 3].

Diety przemysłowe są łatwe w przygotowaniu, mają płynną konsystencję (nie zatykają cewników), są sterylne, bezpieczne chemicznie, znajdują się w opakowaniach o odpowiedniej wielkości, są zróżnicowane pod względem smakowym [5].

Mieszanki własne (miksowana dieta kuchenna) – stosowane do żywienia chorego:

- powinny być sporządzone z mleka naturalnego (lub z mleka sproszkowanego), śmietany, masła lub olejów roślinnych i skrobi,
- nie należy stosować czerwonego mięsa, pokarmów rozdymających (kapusta, groch, fasola), z owoców nie wskazane są banany, gdyż działają zapierająco,
- przy podawaniu mieszanek własnych można okresowo dodawać do nich tłuszcz, np. olej słonecznikowy, co pozwoli zmniejszyć zagrożenie zastojem żółci,
- dieta kuchenna nawet najlepiej przygotowana, ma bardzo niepewny skład, może zawierać składniki nietolerowane przez chorego (gluten, kazeina, laktoza), a jej przygotowanie jest bardzo pracochłonne,
- zaletą diety kuchennej jest to, że jest przygotowywana z produktów naturalnych i jest tańsza od przemysłowej [1, 3].

Zasady karmienia pacjentów przez gastrostomię:

- ułożenie pacjenta leżącego w pozycji wysokiej (Fowlera) lub półwysokiej (semi Fowlera) podczas podawania pokarmu, zapobiegającej aspiracji treści pokarmowej do dróg oddechowych i ułatwiającej przesuwanie się pokarmu do dalszej części przewodu pokarmowego,
- należy unikać pozycji na lewym boku u leżących otyłych pacjentów ze względu na większą możliwość przeciekania pokarmu przez przetokę,
- podaż posiłków u pacjentów leżących powinna być o określonych porach,

- podanie płynu po raz pierwszy powinno odbywać się w obecności lekarza: podaje się ok. 20-50 ml wody przegotowanej, następnie porcje zwiększa się w czasie, obserwując, czy nie wypływa treść koło przetoki, czy chory nie ma uczucia rozpierania w żołądku i czy nie występuje zaleganie żołądkowe,
- zaproponowanie pacjentowi na 15-30 minut przed posiłkiem żucia gumy, skórki od chleba, ssanie cukierka o mocnych zapachach, drażnienie zmysłu powonienia aromatem posiłków powoduje pobudzenie wydzielania enzymów trawiennych,
- sprawdzenie zalegania pokarmu w żołądku przez połączenie strzykawki z sondą i wykonanie aspiracji treści żołądkowej: brak treści wskazuje na
- prawidłowe trawienie i przesuwanie się pokarmu, zaleganie treści żołądkowej informuje o nieprawidłowości i konieczności ponownego przeanalizowania sposobu odżywiania,
- temperatura posiłku nie powinna przekraczać 40°C, temperatura optymalna 35-37°C,
- papka pokarmowa nie powinna być zbyt gęsta, gdyż może dojść do zatkania zgłębnika,
- nabranie 20-50 ml wody przegotowanej i podanie w celu wypłukania drenu z treści pokarmowej, założenie zacisku na koniec drenu,
- produkty do sporządzania mieszaniny pokarmowej powinny być świeże, woda gazowana jest niewskazana,
- nie zalecane są pokarmy rozdymające (kapustne, strączkowe), ciężkostrawne (tłuste smażone mięsa, itp.) zwłaszcza u pacjentów leżących,
- możliwe jest uzupełnianie diety kuchennej dietą przemysłową, gdy chcemy osiągnąć większą kaloryczność pokarmów,
- u pacjentów leżących należy zadbać o odpowiedni dobór błonnika,
- podaż płynów w zależności od zapotrzebowania, aktywności fizycznej, nie mniej niż 1000-1500 ml na dobę,
- zapewnienie choremu intymności i spokoju,
- podawanie posiłków nie powinno być częstsze niż co 2 godz. z wyjątkiem osób aktywnych fizycznie, które mogą pobierać posiłek w zależności od odczuwanego głodu nawet co godz.,
- podaż posiłków należy rozłożyć tak aby pacjent miał zachowaną przerwę nocną minimum 6-8 godz.,
- jeśli pacjent ma choć częściowo zachowaną drożność przełyku może przyjmować letnie płyny doustnie w małych ilościach pozwalających na bezpieczne połykanie (picie dla komfortu: woda niegazowana, herbata),
- zapewnienie higieny jamy ustnej i nosowej,
- pacjenci, którzy mają całkowicie niedrożny przełyk powinni płukać jamę ustną, wodą lub wywarami z ziół (rumianek, szalwia), lub gotowymi preparatami ziołowymi np.: Dentosept, w przypadku pojawienia się grzybicy, stanu zapalnego jamy ustnej pomocne są preparaty ochronne antyseptyczne np.: Aphotin, Sachol (mogą być również stosowane profilaktycznie),
- leczenie ubytków zębowych jest szczególnie ważne u dzieci,
- u pacjentów leżących należy zawsze pamiętać o kontroli wypróżnień, diurezy i bilansie wodnym ustroju,

- poinformowanie chorego o pozostaniu w pozycji wysokiej lub półwysokiej do ok. 2 godzin po posiłku, aby pokarm nie cofnął się do drenu [1, 2, 5].

Najczęstsze problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym z gastrostomią:

1. Wyciek treści żołądkowej i/lub żywieniowej wokół gastrostomii - najczęściej powodem tego jest zakażenie wokół gastrostomii połączone ze stanem zapalnym lub wysunięcie się gastrostomii do wytworzonego kanału skórno-żołądkowego, takiej sytuacji konieczna jest ocena lekarska z ewentualnym pobraniem posiewów bakteriologicznych z okolicy gastrostomii lub kontrola endoskopowa prawidłowości położenia gastrostomii, w przypadku pojawienia się przeciekania w okolicy gastrostomii po raz pierwszy można powstrzymać się od podawania pokarmu przez kilka-kilkanaście godzin, podając niewielkie ilości płynów 100-200 ml co 2-3 godz., po czym, powrócić do karmienia zaczynając od małych ilości pokarmu 50-100 ml jednorazowo, sprawdzając czy jest zaleganie bądź przeciekanie treści pokarmowej.
2. Możliwość aspiracji treści żołądkowo-pokarmowej do dróg oddechowych spowodowane zbyt szybkim podaniem pokarmu lub zbyt dużą ilością podaną jednorazowo, nieprawidłową pozycją pacjenta podczas karmienia.
3. Osłabienie lub brak łaknienia najczęściej występuje u chorych wyniszczonych, z chorobą nowotworową, może być również spowodowany stanami przygnębienia lub lęku, najczęściej ustępuje po udzieleniu odpowiedniej pomocy psychologicznej lub leczenie przez podaż glikokortykosteroidów (Encorton), pobudzają apetyt, działają euforycznie oraz syntetycznych progestagenów: Provera, Megace, są dobrze tolerowane i nie dają objawów ubocznych.
4. Zaparcia występują najczęściej u pacjentów leżących, mogą być spowodowane zmniejszoną perystaltyką jelitową i zaleganiem mas kałowych w końcowym odcinku jelita grubego, ale również mogą występować jako wynik błędów żywieniowych spowodowanych nieodpowiednią podażą błonnika w diecie.
5. Biegunka może być spowodowana zbyt szybką podażą diety przemysłowej (metoda ciągłego wlewu) lub jako objaw infekcji, zatrucia spowodowanego nieświeżym pokarmem.
6. Możliwość wystąpienia zmian troficznych w jamie ustnej z powodu braku funkcji samooczyszczania zmiany te mogą występować zarówno u pacjentów aktywnych fizycznie jak i w większym stopniu u pacjentów leżących, nieprzytomnych, należy pamiętać, że chorzy odkrztuszają ślinę, która zalega w niedrożnym przelyku – przestrzeganie higieny, płukanie jamy ustnej, stosowanie preparatów ziołowych zapobiega występowaniu zmian w tym odcinku przewodu pokarmowego.
7. Niedrożność gastrostomii występuje dość rzadko, spowodowana jest nieodpowiednio zmiksowanym pokarmem.
8. Zakażenie okolicy gastrostomii z wydzieliną ropną wskazane jest wówczas wykonanie badań bakteriologicznych, leczenie antybiotykami, może istnieć konieczność czasowego usunięcia gastrostomii z zastosowaniem tymczasowego cewnika (cewnik Foleya) w celu zapewnienia dostępu do żołądka oraz utrzymania kanału skórno-żołądkowego.

9. Mechaniczne uszkodzenie gastrostomii najczęściej przypadkowe przez pacjenta, w nocy podczas snu, konieczne jest założenie nowego zestawu w warunkach szpitalnych.
10. Odleżyna wokół gastrostomii najczęściej wynika ze zbyt mocnego dociśnięcia gastrostomii do skóry, należy skontrolować umocowanie gastrostomii czy płytka zewnętrzna nie wywiera zbyt dużego nacisku na skórę (prześwit między płytką a skórą powinien wynosić 2 mm – jest istotny w celu zapewnienia odpowiedniej pielęgnacji).
11. Przerost śluzówki wokół gastrostomii najczęściej stosowana jest próba leczenia azotanem srebra lub usunięcie chirurgiczne przerośniętej śluzówki.
12. Możliwość powstania odmy podskórnej w okolicy gastrostomii jest to rzadkie powikłanie spowodowane przedostawaniem się powietrza z zewnątrz do jamy brzusznej, może być spowodowane stanem zapalnym tkanek miękkich w okolicy gastrostomii, objawia się trzeszczeniem przy dotyku skóry w okolicy przetoki.
13. Brak akceptacji do nowej sytuacji życiowej objawiający się wycofaniem, biernością, pacjenci niechętnie wybiegają w przyszłość, zdecydowanie wolą zwracać się ku przeszłości, często wyidealizowanej, snują wspomnienia, dokonując w ten sposób podświadomie bilansu życia lub szukając w przeszłości wzmocnienia przekonania o własnej wartości, około 50% chorych przystosowuje się do nowej sytuacji, u pozostałych występują różnego typu zaburzenia psychiczne, przy czym najczęściej są to zaburzenia adaptacji, w leczeniu ważna jest pomoc psychologiczna.
14. Wystąpienie zmian troficznych na skórze wokół drenu jest to głównie maceracja, podrażnienie, owrzodzenie z powodu nieuszczelności i wypływania treści żołądkowej.

Ryzyko wystąpienia zmian troficznych czy zakażenia, zwiększają takie schorzenia jak: cukrzyca, otyłość, stan niedożywienia chorego. Dlatego należy zwracać uwagę na niepokojące objawy - gorączka, zaczerwienienie i trzeszczenie w tkance podskórnej [1, 2, 3, 5].

■ Podsumowanie

Żywienie dojelitowe to jedna z form leczenia żywieniowego które polega na podawaniu substancji odżywczych do przewodu pokarmowego drogą inną niż doustna: bezpośrednio do żołądka lub jelita. Forma tego żywienia przeznaczona jest dla osób, które nie mogą odżywiać się drogą doustną lub ta droga żywienia jest niewystarczająca to wówczas wprowadza się żywienie dojelitowe częściowe. Żywienie dojelitowe może być prowadzone w szpitalach, hospicjach i placówkach opieki długoterminowej (np. domy pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych, jak również w domu pacjenta, wtedy sprzęt oraz specjalistyczne mieszanki żywieniowe są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Czas trwania leczenia żywieniowego jest różnie długi i zależy od choroby podstawowej, stanu zdrowia, stanu odżywienia chorego przed podjęciem leczenia oraz oceny efektów terapii, czasami może trwać do końca życia.

Bibliografia

1. Klęk S.: Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego, Scientifica, 2019.
2. Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.): Procedury pielęgniarские, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015.
3. Wieder-Huszla S., Jurczak A., Stanisławska M., Szkup M.: Wspomaganie odżywiania pacjenta [w:] Ślusarska B., Zarzycka D., Majda A. (red.): Podstawy pielęgniarstwa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2020; 2.
4. Sobocki J., Kunecki M., Zmarzły A., Rudzki S. (red.): Standardy żywienia dojelitowego dorosłych pacjentów w warunkach domowych, Via Medica, 2019.
5. Walewska E.: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2022.
6. Ścisło L.: Pielęgniarstwo chirurgiczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2022.
7. Noszczyk W.: Chirurgia repetytorium, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2019.

12. Wpływ implantacji kardiostymulatora na funkcjonowanie pacjentów w życiu codziennym

Effects of implantation pacemaker on the functioning of patients in daily life

Katarzyna Tomaszewska^{1, a}, Małgorzata Dukacz^{1, b}, Aldona Bajan^{2, c}

¹Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

²Absolwent Collegium Masoviense Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie

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

^b<https://orcid.org/0000-0002-6052-0644>

^c<https://orcid.org/0000-0002-9578-9715>

■ Abstrakt

Wstęp: Zwiększająca się liczba pacjentów z implantowanym kardiostymulatorem w populacji ogólnej jest wynikiem coraz powszechniejszego stosowania metod elektrostymulacji w leczeniu zaburzeń rytmu i przewodnictwa serca. Każde leczenie ma wpływ na stan zdrowia pacjenta, tak jest również po zabiegu implantacji rozrusznika serca, od jego wydolności zależy ocena jakości życia oraz akceptacji sytuacji zdrowotnej w jakiej się znalazł.

Cel badań: Celem badań było poznanie opinii jaki wpływ na życie codzienne pacjentów ma implantacja kardiostymulatora.

Materiał i metody: W badaniu, które trwało od 1 października 2020 roku do 28 lutego 2021 roku wzięło udział 120 osób, będących pod opieką Poradni Kardiologicznej funkcjonującej w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu. Respondenci byli różnicowani pod względem płci, wieku, powodu implantacji kardiostymulatora oraz czasu jaki upłynął od zabiegu. Badanie zrealizowano metodą sondażu diagnostycznego, techniką było badanie ankietowe, a narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. W kwestionariuszu ankiety zawarto pytania odnoszące się do subiektywnej oceny stanu zdrowia pacjentów, uzyskania informacji o ewentualnych ograniczeniach z jakimi zmagają się pacjenci po implantacji kardiostymulatora oraz ocenę akceptacji stanu zdrowia. Zebrane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki i wnioski: Kardiostymulator mimo pewnych ograniczeń pozytywnie wpływa na ocenę stanu zdrowia pacjentów, co potwierdzają wyniki badań własnych jak również pozostałych cytowanych tu autorów. Respondenci są pogodzeni ze swoim stanem zdrowia oraz zastosowanym leczeniem. Występowanie odczuć lękowych dotyczących życia z PM wynika głównie z niewiedzy. Po zabiegu większość zauważa poprawę wydolności fizycznej oraz brak konieczności zmiany życia

zawodowego. Tylko niewielki odsetek badanych spotkał się z odmową wykonania świadczenia medycznego ze względu na implantowany kardiostymulator, natomiast jeśli chodzi o znajomość zasad dotyczących z powinności korzystania z niektórych urządzeń czy sprzętów pacjenci wykazują się wysoką wiedzą oraz dyscypliną przestrzegania ich.

Słowa kluczowe: kardiostymulator, implantacja, życie codzienne, pacjent.

■ Abstract

Introduction: The increasing number of patients with implantation pacemaker in general population is result increasingly common use of electrostimulation in treatment of arrhythmias and conduction abnormalities. Every treatment has influence on patient's health, this is also after implantation pacemaker, from its capacity depend assess quality of life and acceptance health situation.

Aim of the study: The main aim of the study is to assess the implantation pacemakers on daily life. The specific aims examined patients' knowledge about life with PM and its effect on restrict access to the selected medical benefits, their approach on medical recommendations after implantation and acceptance to necessity living with pacemaker.

Materials and methods: The study lasted from 1st October 2020 to 28th February 2021. The 120 people participated in the study, they were in care of cardiology clinic functioning at the medicare centre in Jaroslaw. Respondents were differentiate in terms of gender, age, reason of implantation and time from a surgery. The study was carried out using the diagnostic survey method, the research technique was a questionnaire survey and the research tool was self-written questionnaire. In questionnaire are questions about subjective assess health statues of patients, getting information on possible limitations after PM implantation and assess the acceptability of health. The results were analyzed on statistical analysis.

Results and conclusions: Despite of certain restrictions pacemakers positively affects on assessing patients' health what is confirmed by the results of my study and also highly cited. Respondents are embraced of their condition and therapy. The occurrence feelings of anxiety include life with PM due to mainly from ignorance. After implantation most patients noted improve physical fitness and lack of necessity changed professional life. Only small portion of respondents were refused to execution medical benefit in view of implanted pacemaker but when it comes to knowledge of rules for the use of some appliance patients are highly knowledge and comply with discipline.

Keywords: pacemaker, implantation, daily life, patient.

■ Wstęp

Liczba osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami automatyzmu i przewodzenia ciągle wzrasta, wraz z tym zwiększa się populacja osób z wszczepionym rozrusznikiem serca, gdyż jest to najskuteczniejszy sposób leczenia tych schorzeń. Dane statystyczne pokazują, że w Polsce rocznie wszczepia się 16 000 takich urządzeń, z czego tylko 30-40% z nich to zabiegi wymiany tych urządzeń. Każda z tych osób

wymaga specjalistycznej opieki na każdym etapie diagnostyki, leczenia oraz przygotowania do samoopieki i samopielęgnacji.

Decyzję o implantacji kardiostymulatora podejmuje się w przypadku wystąpienia utrwalonych lub napadowych zaburzeń przewodzenia przedsionkowo-komorowego (blok przedsionkowo-komorowy II^o i III^o typu Mobitz lub Wenckenbacha), chorobę węzła zatokowego (bradykardię, zahamowania zatokowe i niewydolność chronotropowa) oraz bloki śródkomorowe. Implantacja kardiostymulatora nie oznacza zakończenia leczenia. Pacjent musi liczyć się z pewnymi przeszkodami i ograniczeniami, które wynikają z możliwości powstania urazu oraz uszkodzenia urządzenia. Lekarz kwalifikujący chorego do zabiegu musi rozważyć bilans zysków i strat oraz omówić go z pacjentem, by decyzja o implantacji była podjęta przy pełnej świadomości [1].

Każdy pacjent z rozrusznikiem serca powinien odbywać wizyty kontrolne, które obejmują:

- obserwację blizny i miejsca wszczepienia urządzenia,
- ocenę stanu baterii celem ustalenia częstości wizyt lekarskich oraz daty wymiany PM,
- analizę incydentów arytmicznych wraz ze sprawdzeniem działania urządzenia w przypadku ich wystąpienia,
- badanie sprawności technicznej rozrusznika,
- ocenę progu stymulacji oraz usprawnienie wydatku energetycznego,
- adaptację progu wyczuwania własnych pobudzeń [2].

Przed wypisem pacjenta do domu odbywa się pierwsza wizyta kontrolna. Kolejna ma miejsce około 3 miesiące po zabiegu, kiedy już zakończony jest proces wgajania się elektrod oraz zbliżenie łoża rozrusznika. Częstość kolejnych wizyt waha się od 6 do 12 miesięcy i zależy od konieczności prowadzenia zwiększonego przeglądu urządzenia związanego z niezadowolającymi parametrami jego pracy. Zwiększoną ilość wizyt wymagają również pacjenci u których pomimo wszczepienia rozrusznika występują zaburzenia rytmu lub inne objawy kliniczne np. omdlenia. Średnio co miesiąc kontrolowane są urządzenia w końcowej fazie pracy baterii (ERI) [3].

Pacjenci z wszczepionym kardiostymulatorem powinni zostać poinformowani, że niektóre procedury medyczne mogą zaburzyć pracę urządzenia, wśród nich możemy wymienić MRI, elektrokoagulację, ablację za pomocą fal o częstotliwości radiowej (abłacja RF) czy litotrypsję (zabieg polegający na skruszeniu za pomocą fali uderzeniowej kamieni w pęcherzu moczowym, moczowodach, nerce, rzadziej w śliniankach czy drogach żółciowych) [4, 5].

U chorych z implantowanym kardiostymulatorem powinno się zredukować stosowanie elektrokoagulacji w związku z ryzykiem miejscowego nagrzania elektrody, skutkującym uszkodzeniem serca oraz wzrostu progu wyczuwania i/lub stymulacji. w sytuacji, kiedy jest to konieczne powinno się do minimum skrócić czas procedury oraz zmniejszyć jej moc. Podczas elektrokoagulacji powinno się stosować dwubiegunowy system, wykonywać ją z zachowaniem bezpiecznej odległości od łoża stymulatora. Wśród zaleceń wymienia się również przeprogramowanie urządzenia na tryb asynchroniczny lub wyzwalany. Podobnie postępuje się w przypadku abłacji RF [6].

Poza ograniczeniami w dostępie do niektórych świadczeń medycznych pacjenci z kardiostymulatorem muszą się liczyć również z pewnymi utrudnieniami w życiu codziennym. Warto jednak zaznaczyć, że po implantacji można prowadzić normalne aktywne życie pod warunkiem, że uprawiany sport nie stwarza ryzyka urazu w okolicy wszczepionego układu, co mogłoby skutkować jego uszkodzeniem.

Podobnie jest z jazdą samochodem, chory może prowadzić auto już nawet po tygodniu od zabiegu, jeśli nie istnieją inne przyczyny wykluczające wykonywanie tej czynności. Warto zaznaczyć, że posiadanie kardiostymulatora nie jest przeciwwskazaniem do zapinania pasów bezpieczeństwa. Rozrusznik serca nie jest również przeszkodą w podróżowaniu zarówno pociągiem, statkiem czy samolotem. Pacjent powinien jednak pamiętać o zabraniu ze sobą karty identyfikacyjnej urządzenia. Nie wskazana jest kontrola za pomocą ręcznego wykrywacza metali, natomiast jeśli chodzi o magnetyczne bramki bezpieczeństwa montowane zarówno na lotnisku czy w sklepach, które są potencjalnym źródłem ryzyka zaleca się jak najszybsze przechodzenie przez nie [7].

Dozwolone jest korzystanie z telefonów komórkowych, pomimo tego, że wysyłają promieniowanie elektromagnetyczne mogące zakłócić sprawność rozrusznika. Jednakże nie powinno się go nosić w okolicy podobojczykowej lewej, a rozmawiając przez telefon powinno się go trzymać przy uchu po przeciwnej stronie niż wszczepiony układ.

W przypadku sprzętów gospodarstwa domowego środki bezpieczeństwa należy zachować korzystając z kuchni indukcyjnej (dystans co najmniej 50 cm). Bez zastrzeżeń można używać kuchenki mikrofalowej, suszarki do włosów czy golarzki elektrycznej. Bezwzględnie należy unikać kontaktu z maszynami wywołującymi wibracje, spawarkami łukowymi, migomatem, bronią palną, urządzeniami nadawczymi radiowymi, telewizyjnymi i radarowymi [8].

Celem badań było poznanie opinii jaki wpływ na życie codzienne pacjentów ma implantacja kardiostymulatora.

Materiał i metody Badania zostały przeprowadzone w grupie osób, które pozostawały pod opieką Poradni Kardiologicznej funkcjonującej w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, po uzyskaniu zgody od dyrekcji placówki w terminie od 1 października 2020 roku do 28 lutego 2021 roku. Badanie zrealizowano metodą sondażu diagnostycznego, techniką było badanie ankietowe, a narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Kwestionariusz ankiety jest w pełni anonimowy, składa się z czterech pytań dotyczących danych socjodemograficznych oraz dwunastu pytań zasadniczych, z czego dwa z nich to pytania wielokrotnego wyboru. Pytania mają na celu uzyskanie informacji o ewentualnych ograniczeniach z jakimi zmagają się pacjenci po implantacji kardiostymulatora oraz ocenę akceptacji stanu zdrowia.

Podstawowym testem, który został wykorzystany w analizach statystycznych jest test Chi-kwadrat na niezależność zmiennych. Do określenia siły związku wykorzystane zostały współczynniki oparte na teście: Phi oraz V Kramera. Analiza wykonana została przy wykorzystaniu pakietu IBM SPSS 26.0 wraz z modułem Exact Tests – testy dokładne. Wszelkie zależności są istotne statystycznie, gdy $p \leq 0,05$.

■ Wyniki

Opis grupy badawczej został przedstawiony w poniższych tabelach, scharakteryzowano ją pod względem płci, wieku, powodu z jakiego implantowany został kardiostymulator oraz czasu jaki upłynął od zabiegu wszczepienia rozrusznika serca.

Charakterystykę badanej grupy przedstawia tabela nr 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy pielęgniarek

Zmienna		Badani n 120	
		n	%
Płeć	Kobieta	69	57,5
	Mężczyzna	51	42,5
Wiek	35 - 45lat	8	6,7
	46 - 55 lat	7	5,8
	56- 65 lat	36	30,0
	>66 lat	57,6	11,3
Powód inplantacji kardiostymulatora	utrwalone lub napadowe zaburzenia przewodzenia przedsionkowo- komorowego	50	41,7
	choroba węzła zatokowego (bradykardia i zahamowania zatokowe, niewydolność chronotropowa	21	17,5
	bradyarytmia w przebiegu migotania przedsionków	44	36,7
	Inny	5	4,2
Czas jaki upłynął od wszczepienia kardiostymulatora	Do 6 miesięcy	24	20,0
	12-24 miesięcy	45	37,5
	36-48 miesięcy	17	14,2
	> 48 miesięcy	34	28,3

Źródło: opracowanie własne.

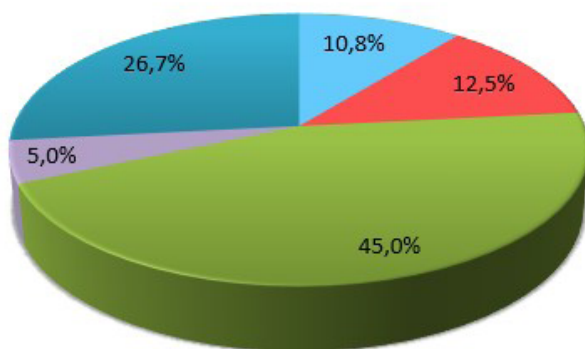
Poprawę stanu zdrowia po implantacji rozrusznika serca zauważa 81,7% badanych osób, według 4,2% uległ pogorszeniu, natomiast 14,2% nie zauważa różnicy. 14,2% respondentów przyznaje, że po zabiegu występowały u nich duże odczucia lękowe,

44,2% miało niewielkie obawy, a u 41,7% nie występowały żadne odczucia lękowe. Wśród nich 51,4% przyznało, że wystąpienie odczuć lękowych związane było z brakiem wiedzy na temat funkcjonowania i życia z kardiostymulatorem, 42,9% bało się całkowitej zmiany życia po zabiegu, a u 5,7% strach wywołany był przeczytaniem samych negatywnych opinii na temat życia z kardiostymulatorem. 55% badanych twierdzi, że ich życie zawodowe nie uległo zmianie po zabiegu implantacji, 36,7% w niewielkim stopniu musiało zmodyfikować swoje życie zawodowe, natomiast 8,3% przyznaje, że było zmuszonych do całkowitej zmiany

swojego życia zawodowego. Ograniczenie dotychczasowej aktywności fizycznej spowodowane szybszym męczeniem się obserwuje 25% badanych, 35,8% może wykonywać dodatkową aktywność fizyczną, gdyż mają więcej siły niż przed zabiegiem, pozostała część grupy licząca 39,2% całości wykonuje te same zajęcia co przed zabiegiem.

Czy odczuwa Pan/Pani jakieś dolegliwości związane z pracą kardiostymulatora? Jeśli tak, to czy przeszkadzają one Panu/Pani w życiu codziennym?

- stale odczuwam pracę kardiostymulatora, ale nie przeszkadza mi to w życiu codziennym
- stale odczuwam pracę kardiostymulatora i w pewnym stopniu przeszkadza mi to w życiu codziennym
- odczuwam pracę kardiostymulatora tylko czasami i nie przeszkadza mi to w prowadzeniu aktywności życiowej
- czasami odczuwam pracę kardiostymulatora, co przeszkadza mi w codziennej aktywności
- nie odczułem/-am nigdy pracy kardiostymulatora



Ryc. 1. Ocena odczuwania pracy kardiostymulatora

Dolegliwości związane z działaniem kardiostymulatora odczuwa 73,3% badanych, 33% z nich odczuwa lekkie mrowienie, 15,9% - ból, 37,5% - kołatanie serca, a 13,6% - przyspieszenie oddechu. 10% badanych osób korzysta z telefonu komórkowego tak jak przed zabiegiem, gdyż nie zostali poinformowani o tym, że ma to wpływ na pracę kardiostymulatora, 36,7% przyznaje, że nie zawsze pamięta o tych zasadach, natomiast 53,3% deklaruje, że zawsze pamięta by nie nosić telefonu blisko rozrusznika oraz w trakcie rozmowy trzymać go po prawej stronie. 45% badanych osób nigdy nie miało trudności podczas podróży związanych z kardiostymulatorem, 17,5% przyznaje, że kardiostymulator bywa utrudnieniem w trakcie podróżowania, szczególnie lotów samolotem,

3,3% przyznaje, że po zabiegu całkowicie musiało zrezygnować z podróżyowania. 34,2% przyznało, że to pytanie ich nie dotyczy. 37,5% badanych przyznaje, że ze wszystkich urządzeń czy sprzętów gospodarstwa domowego korzysta tak jak wcześniej, 47,5% zrezygnowało z użytkowania niektórych sprzętów zgodnie z zaleceniem lekarza, natomiast 15% zrezygnowało z korzystania niektórych urządzeń z powodu odczuwania niepokojących objawów. 64,2% ankietowanych nigdy nie było w sytuacji, kiedy musieli zrezygnować z jakiegoś świadczenia medycznego w związku z implantowanym kardiostymulatorem, 27,5% przyznaje, że zdarzyło się, iż musieli zrezygnować z jakiegoś świadczenia jednak zostały im zastosowane inne metody, natomiast 8,3% musiało zrezygnować ze świadczenia, gdyż kardiostymulator okazał się bezwzględny przeciwwskazaniem do jego wykonania.

Badani, wśród których powodem wszczęcia kardiostymulatora są utrwalone lub napadowe zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego oraz inne niewymienione w badaniu częściej od pozostałych dostrzegają poprawę po zastosowanym leczeniu. Zależność między zmiennymi jest istotna statystycznie oraz odznacza się wyraźną siłą związku. Najczęściej poprawę stanu zdrowia po wszczęciu kardiostymulatora dostrzegają badani, u których od zabiegu upłynęło od 12 do 24 miesięcy. z kolei najmniejszy poziom satysfakcji dotyczy tych, którzy mieli wykonane wszczęcie po upływie 36-48 miesięcy. Współczynnik zależności jest istotny statystycznie oraz charakteryzuje się wyraźną siłą związku.

Tabela 2. Ocena stanu zdrowia pacjentów po implantacji kardiostymulatora a akceptacja choroby oraz zastosowanego leczenia

			W jakim stopniu akceptuje Pan/Pani swoją chorobę oraz zastosowane leczenie?			Ogółem
			w pełni zaakceptowałem/-am swoją chorobę oraz leczenie	byłem/-am w stanie zaakceptować swoją chorobę oraz leczenie przy dużym wsparciu rodziny	tylko częściowo pogodziłem/-am się z chorobą oraz stosowanym leczeniem	
Jak ocenia Pan/Pani swój stan zdrowia po wszczęciu kardiostymulatora?	uległ poprawie	N	38	33	27	98
		%	92,7%	80,5%	71,1%	81,7%
	uległ pogorszeniu	N	0	0	5	5
		%	0,0%	0,0%	13,2%	4,2%
	nie widzę różnicy	N	3	8	6	17
		%	7,3%	19,5%	15,8%	14,2%
Ogółem		N	41	41	38	120
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,243	14,185 ^a	4	0,007	0,005 ^b	
współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	Df	P	p Monte Carlo	

Pacjenci, którzy bardziej akceptują swoją chorobę oraz zastosowane leczenie częściej są zdania, że ich stan zdrowia po wszczępieniu kardiostymulatora uległ poprawie. Zależność między zmiennymi jest istotna statystycznie oraz odznacza się siłą związku na poziomie V Kramera=0,243. Zebrane wyniki badań pozwalają sformułować wniosek, że pacjenci pozytywnie oceniają swój stan zdrowia po wszczępieniu kardiostymulatora.

■ Dyskusja

Od wszczępienia pierwszego kardiostymulatora w Polsce upłynęło 58 lat (pierwszy taki zabieg odbył się w 1963 roku w Gdańsku). Teraz jest on standardowym postępowaniem w przypadku wystąpienia utrwalonych lub napadowych zaburzeń przewodzenia przedsionkowo-komorowego, choroby węzła zatokowego oraz bloków śródkomorowych, a wraz ze wzrostem liczby publikacji udowadniających skuteczność implantacji kardiostymulatora w zmniejszaniu śmiertelności oraz zachorowalności zwiększa się liczba wskazań do jego wszczępienia. Nie dziwi więc fakt, że ocena jakości życia, przygotowania do samoopieki po zabiegu implantacji czy jej wpływ na życie codzienne staje się przedmiotem wielu badań.

Akceptacja stanu zdrowia po implantacji kardiostymulatora to istotny czynnik mający wpływ na ocenę jakości życia pacjenta. Wszak procedura ta wymaga od pacjenta pewnego przygotowania zarówno fizycznego jak i psychicznego. Chorzy zakwalifikowani do wszczępienia rozrusznika serca muszą liczyć się z pewnymi ograniczeniami czy modyfikacjami jakie czekają ich po zabiegu, dlatego już przed zabiegiem powinien rozpocząć się proces edukacji pacjentów skierowany na ukazanie pacjentowi ograniczeń wynikających z życia ze stymulatorem serca.

Badania przeprowadzone przez Kaczyńską, Czarnecką, Kobos oraz Sienkiewicz wykazują, że ogólna jakość życia pacjentów po implantacji kardiostymulatora uległa poprawie (73,7%), a chorzy swój stan zdrowia oceniali jako dobry (91,7%). Zgromadzone przez nich wyniki umożliwiły sformułowanie wniosku, że zabieg wszczępienia rozrusznika serca miał pozytywny wpływ na życie zawodowe tych osób [9]. Podobne wnioski można odnaleźć w badaniach prowadzonych przez Rolkę, Pilecką, Kowalewską i wsp., badana tam samoocena stanu zdrowia pozwala stwierdzić, że pacjenci zauważają poprawę jakości życia w różnych obszarach funkcjonowania [10]. Kostkiewicz et. al. w przeprowadzonych przez siebie badaniach zauważyli poprawę jakości życia w zakresie reakcji emocjonalnych oraz zaburzeń snu [11]. Natomiast Siwek, Topór oraz Mika w swoich badaniach udowadniają pozytywną ocenę pacjentów dotyczącą jakości życia, ich adaptację do życia z PM oraz satysfakcję z życia mimo pewnych ograniczeń [12].

Analiza danych zgromadzonych przez de Barros et. al. pozwoliła na sformułowanie wniosku, że jakość życia pacjentów po implantacji kardiostymulatora zależy od wieku, płci i czasu jaki upłynął od zabiegu. Wśród mężczyzn częściej zauważano poprawę w sferze fizycznej oraz emocjonalnej, natomiast osoby starsze gorzej oceniały swoją jakość życia w zakresie sprawności fizycznej oraz odczuwały większy dyskomfort z kolei okres implantacji wpływał na witalność, która obniżała się wraz z upływem czasu [13].

Kurucova, Ziakova, Gurkova i Simkova wnioskuje, że pacjenci najwyższą jakość życia zauważali w relacjach rodzinnych, natomiast najniższą w sferze

duchowej i psychologicznej. Zauważyły również zależność między oceną jakości życia po implantacji a wiekiem pacjentów, otóż starsze osoby oceniały ją gorzej. Należy to więc uwzględnić w planowaniu dalszej opieki nad chorym z implantowanym kardiostymulatorem [14].

Z badań własnych wynika, że stan zdrowia po zabiegu implantacji kardiostymulatora u większości badanych uległ poprawie – odpowiedź taką zaznaczyło 81,7% badanych. Należy zaznaczyć, że po implantacji pacjent może wrócić do wcześniej wykonywanej aktywności czy pracy zawodowej. Ważne by pamiętać, że zakres obciążeń i ograniczeń należy rozważać u każdego pacjenta indywidualnie. Dalsze wyniki potwierdzają, że po wszczęciu rozrusznika serca większość pacjentów przyznaje, że nie musiało zmieniać swojego życia zawodowego (55%), natomiast aktywność fizyczna poprawiła się u 35,8% badanych. Pozwala to na wnioskowanie o poprawie jakości życia u tych osób.

Pomimo odczuwania pracy PM (u 23,3% stale, u 50% okresowo) większość pacjentów oceniła, że nie przeszkadza im to w życiu codziennym, podobnie jest z podróżowaniem większość, których to pytanie dotyczyło stwierdziło, że kardiostymulator nie jest ku temu przeszkodą.

Należy jednak zauważyć, że 57,5% badanych to osoby powyżej 65 roku życia stąd też wystąpić mogły zaniżone wyniki dotyczące konieczności zmiany życia zawodowego, gdyż tą grupę wiekową reprezentują głównie emeryci. Warto również wziąć pod uwagę, że badania przeprowadzono w małym mieście, gdzie nie są zbyt popularne programy aktywizacji seniorów, co mogło wpłynąć na zaniżone wyniki dotyczące poprawy wydolności fizycznej.

Trzeba też zaznaczyć, że podróże nie są zbyt popularne wśród osób starszych, dlatego w pytaniu dotyczącym podróżowania duży odsetek stanowiła grupa osób, które udzieliły odpowiedzi, że pytanie to ich nie dotyczy, co przyczyniło się do uzyskania niemiernodajnych wyników odnoszących się do utrudnień w podróżowaniu wynikających z posiadania kardiostymulatora.

Zebrane wyniki pozwoliły zaobserwować zależność między akceptacją choroby oraz zastosowanego leczenia a subiektywną oceną stanu zdrowia. Pacjenci, którzy zaakceptowali swój stan fizyczny lepiej oceniali swój stan zdrowia. Podobną korelację zauważyć można w przypadku oceny stanu zdrowia a koniecznością zmiany aktywności zawodowej, w tym przypadku polepszenie stanu zdrowia zauważali pacjenci zmuszeni do jej zmiany.

■ Wnioski

Wyniki badań wskazują, że większość pacjentów zauważa poprawę stanu zdrowia po implantacji kardiostymulatora. Odczucia lękowe występujące po zabiegu związane są głównie z brakiem wiedzy na temat funkcjonowania i życia z kardiostymulatorem. Pacjenci znają zasady dotyczące korzystania z telefonu komórkowego obowiązujące w związku z posiadaniem kardiostymulatora. Ankietowani pacjenci wykazywali wysoki poziom akceptacji choroby oraz zastosowanego leczenia.

Bibliografia

1. Ulman M., Dębski M., Ząbek A., i wsp.: Long term follow-up of DDD pacing mode, *Kardiol. Pol.*, 2014.
2. Zaczek R.: Zasady kontroli stymulatorów serca, *Choroby Serca i Naczyń*, 2019; 16(1).
3. Wikoff B., Auricchio A., Brugada J., i wsp.: HRS/EHRA expert consensus on the monitoring of cardiovascular implantable electronic devices (CIEDs): description of techniques, indications, personnel, frequency and ethical considerations, *Europace*, 2008; 10: 707–725.
4. Gajewski P. (red.): *Interna Szczeklika 2017*, Medycyna Praktyczna, 2017.
5. Dudek P., Gołąbek T., Jaskulski J., i wsp.: Prospektywna ocena dolegliwości bólowych związanych z pozostawieniem cewników JJ po ureterorenoskopii z litotrypsją, *Przegląd Lekarski*, 2013; 70(11): 936–938.
6. Wojciechowski D., Kowalewski M., Wojciechowski A., Pytkowski M.: Wpływ różnych schorzeń oraz ich diagnostyki i leczenia na czynność rozrusznika serca, *Borgis – Postępy Nauk Medycznych*, 2001; 2: 22–29.
7. Jaguś-Jamioła A., Cissowska M., Kowal J., Kaźmierczak-Dziuk A.: Elektrostymulacja serca – nowoczesna metoda leczenia zaburzeń rytmu i przewodzenia. Postępowanie u chorego z wszczepionym układem stymulującym lub kardiowerterem-defibrilatorem, *Pediatr Med. Rodz.*, 2012; 8(2): 137–147.
8. Gregoratos G., Abrams J., Epstein A.E., et al.: ACC/AHA/NASPE 2002 guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: summary article. a report of American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/NASPE Committee to Update the 1998 Pacemakers Guidelines), *Circulation*, 2002; 106: 2145–2161.
9. Kaczyńska K., Czarnecka J., Kobos E., Sienkiewicz Z.: Jakość życia chorych po wszczepieniu stymulatora serca, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2017; 3(65): 469–472.
10. Rolka H., Pilecka E., Kowalewska B., i wsp.: Ocena akceptacji choroby i jakości życia pacjentów ze wszczepionym rozrusznikiem serca, *Piel. Zdr. Publ.*, 2021; 2(3): 183–192.
11. Kostkiewicz M., et. al.: Factors determining the quality of life after pacemakers implantation, *Folia Cardiologica*, 2019; 14(1): 1–12.
12. Siwek M., Topór M., Mika M.: Jakość życia po wszczepieniu kardiostymulatora w opinii pacjentów, *Piel. XXI w.*, 2012; 4: 109–115.
13. Barros R.T., Carvalho S.M., Silva M.A., Borges J.B.: Evaluation of patients' quality of life aspects after cardiac pacemaker implantation, *Rev Bars Cir Cardiovasc*, 2014; 29(1): 37–44.
14. Kurcova R., Ziakova K., Gurkova E., Simkova E.: Quality of life patients with a permanent pacemaker, *Osetrovatelstvi a Porodni Asistence*, 2014; 5(1): 15–20.

13. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna młodzieży

Health promotion and youth health education

Wioletta Pacion¹, Alicja Kłós^{2, a}, Irena Brukwicka^{2, b}, Iwona Dudzik^{3, c}

¹Arion Sp z o.o w Biłgoraju

²Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

³Instytut Humanistyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

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

^b<https://orcid.org/0000-0002-2213-702X>

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

■ Abstrakt

Wstęp: Promocja zdrowia wraz z zawartą w niej edukacją zdrowotną jest jednym z najważniejszych zadań szkoły, nie tylko z punktu widzenia wielostronnego rozwoju, przebiegu procesów tożsamościowych oraz dobrostanu fizycznego i psychospołecznego uczniów, ale również w kontekście zasobów dla ich zdrowia w całym cyklu życia. Szkoła jest bardzo dobrym miejscem do przekazywania treści prozdrowotnych. Podejmowana wczesna edukacja zdrowotna jest ważnym czynnikiem osiągania dobrych wyników w życiu dorosłym.

Cel badań: Celem badań było uzyskanie interdyscyplinarnej wiedzy z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej młodzieży.

Materiał i metody: Badaniem objęto 104 osoby (32 kobiet i 70 mężczyzn) w wieku od 18 do 20 lat. Badanie realizowano od listopada 2021 do lutego 2022 roku. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz autorski kwestionariusz ankiety składający się z 23 pytań. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki: Dla większości respondentów (N=64, tj. 61,5%) zdrowie było synonimem dobrego samopoczucia. Zdaniem 27,9% badanych (N=29) zdrowie to inny sposób na życie. Niewielka grupa respondentów za determinanty biologiczne uznała zdrowie (N=6, tj. 5,8%), opiekę zdrowotną (N=4, tj. 3,8%) czy uwarunkowania środowiskowe (N=1, tj. 1,0%). Zdaniem 56,7% respondentów (N=59) szkoła powinna współpracować z rodzicami w zakresie promocji zdrowia. Opinii tej nie podzielało 43,3% badanych (N=45). Opinię o konieczności współpracy szkoły z rodzicami w zakresie promocji zdrowia nieco częściej podzielały kobiety (61,7%) niż mężczyźni (52,6%) – p=0,3528.

Wnioski: Aby uatrakcyjnić działania prozdrowotne, młodzi ludzie powinni stać się współautorami programów profilaktycznych, poznać potrzeby i projektować formy przekazu informacji tak, aby były atrakcyjne dla młodych odbiorców. Młodzież uznała zdrowy tryb życia i umiejętność radzenia sobie ze stresem za najważniejszy wyznacznik promocji zdrowia. Zdrowy tryb życia jest gwarancją prawidłowego rozwoju psychofizycznego, znacząco wpływa na samopoczucie i jakość funkcjonowania w dorosłym życiu.

Słowa kluczowe: promocja zdrowia, zachowania zdrowotne, edukacja zdrowotna, styl życia.

■ Abstract

Introduction: Health promotion, together with health education included in it, is one of the most important tasks of the school, not only from the point of view of multilateral development, the course of identity processes and the physical and psychosocial well-being of students, but also in the context of resources for their health throughout their life cycle. The school is a very good place to deliver health-promoting content. Early health education undertaken is an important factor in achieving good outcomes in adulthood.

Aim of the research: The aim of the research was to acquire interdisciplinary knowledge on health promotion and health education of young people.

Material and method: The study covered 104 people (32 women and 70 men) aged 18 to 20 years. The research was carried out from November 2021 to February 2022. The research used the diagnostic survey method and an original questionnaire consisting of 23 questions was used. The obtained results were subjected to statistical analysis.

Results: For the majority of respondents (N=64, i.e. 61.5%), health was synonymous with well-being. In the opinion of 27.9% of the respondents (N=29), health is a different way of life. A small group of respondents considered health as biological determinants (N=6, i.e. 5.8%), health care (N=4, i.e. 3.8%) or environmental conditions (N=1, i.e. 1.0%). According to 56.7% of the respondents (N=59), the school should cooperate with parents in the field of health promotion. This opinion was not shared by 43.3% of the respondents (N=45). The opinion about the necessity of school cooperation with parents in the field of health promotion was shared slightly more often by women (61.7%) than men (52.6%) - $p=0.3528$.

Conclusions: In order to make pro-health activities more attractive, students should become co-authors of preventive programs, learn about the needs of schoolchildren and design forms of information transfer so that they are attractive to young recipients. Young people considered a healthy lifestyle and the ability to cope with stress as the most important determinant of health promotion. A healthy lifestyle is a guarantee of proper psychophysical development, significantly affects the well-being and quality of functioning in adult life.

Keywords: health promotion, health behavior, health education, lifestyle.

■ Wstęp

Zagadnienia związane ze zdrowiem, jego uwarunkowaniami i możliwościami ochrony są obecnie przedmiotem zainteresowania nie tylko medycyny i wielu pozamedycznych dyscyplin naukowych, ale jest to także ważny obszar polityczny i społeczny. Promocja zdrowia w szkole jest procesem, którego przebieg uwarunkowany jest z jednej strony szeregiem czynników społeczno-kulturowych tworzących kontekst podejmowanych przez szkołę działań okołoszkolnych, a z drugiej strony innymi czynnikami. Jednym z priorytetów edukacji zdrowotnej powinno być zatem przekonywanie młodzieży, że choć człowiek jest ciałem i ma ciało, nad którym może w pewnym stopniu panować, to jest ono przede wszystkim materialnym fundamentem zdrowia, a zdrowie jest nośnikiem wartości które determinują sposoby doświadczania ciała. Należy podkreślić, że warunkiem skuteczności promocji zdrowia w szkole są: odpowiednio ukształtowana świadomość zdrowotna nauczycieli i ich kompetencje w odczytywaniu problemów i potrzeb zdrowotnych młodzieży, rozpoznawanie trendów w postrzeganiu ciała lansowanych przez kulturę popularną, a także projektowanie, organizowanie i wdrażanie procesu edukacji zdrowotnej jako elementu konstytutywnego działań na rzecz wzmocnienia potencjału zdrowotnego młodzieży [1]. Promocję zdrowia definiuje się jako proces, który umożliwia każdemu człowiekowi zwiększenie wpływu na własne zdrowie, poprawę i utrzymanie. Jest to zawarte w Karcie Ottawa, opracowanej podczas I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w 1986 roku w Kanadzie [2].

Promocja zdrowia i zachowania zdrowotne są składowymi szeroko rozumianej kultury zdrowotnej. Kultura zdrowia człowieka to świadomość wartości zdrowia i mnogości jego uwarunkowań. Ważnym elementem jest znajomość zasad higieny ogólnej i praktyczne ich przestrzeganie we wszystkich dziedzinach życia. Podobnie jak znajomość czynników prozdrowotnych i zagrażających zdrowiu oraz poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie, oraz dążenie do utrzymania wysokiej sprawności fizycznej [3]. Promocja zdrowia w szkole to proces, którego przebieg uwarunkowany jest wieloma czynnikami: czynniki związane ze szkołą i czynniki działalności społeczno-kulturalnej w kontekście działań podejmowanych przez szkołę. Warunki o charakterze formalnym odwołują się do aktów prawnych obowiązujących w systemie oświaty regulujących pracę i funkcjonowanie szkoły na poziomie edukacyjnym i organizacyjnym. Zdrowotne aspekty organizacji życia zawodowego i szkolnego podlegają regulacjom prawnym, oraz funkcjonowanie środowiska fizycznego szkoły, a mianowicie jej wyposażenia, architektury, warunków sanitarno-higienicznych, najbliższego sąsiedztwa lub ochrony uczniów przed urazami i wypadkami [4]. Skuteczność promocji zdrowia młodzieży zależy w dużej mierze od poziomu świadomości zdrowotnej nauczycieli i dyrektorów szkół oraz ich odpowiedzialności za edukację młodzieży. Okazuje się, że często napotykają bariery, których przezwyciężenie wymaga dużego determinizmu a nie zawsze są do tego kompetentni. W wielu szkołach, zwłaszcza położonych na terenach zaniedbanych ekologicznie, obiekty sportowo-rekreacyjne nie spełniają wymaganych standardów, co skutkuje ubogą ofertą zajęć sportowych [5].

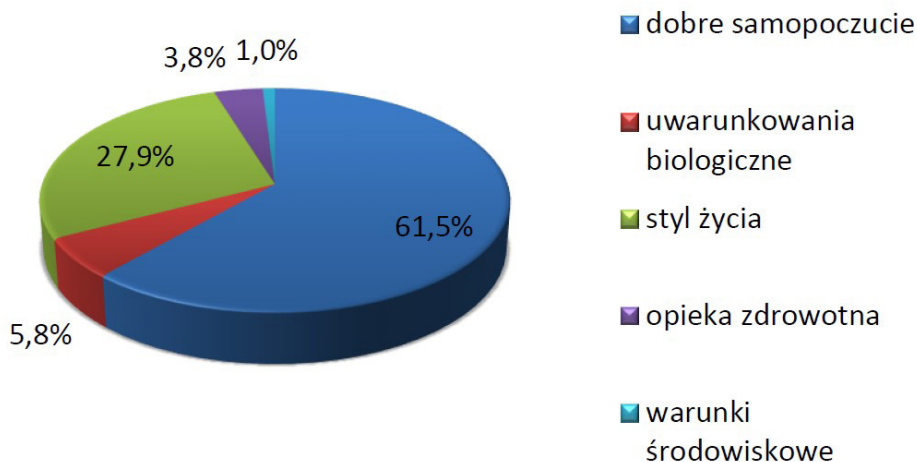
Cel badań: Celem badań było uzyskanie interdyscyplinarnej wiedzy z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej młodzieży.

Materiał i metody: Badaniem objęto 104 osoby (32 kobiet i 70 mężczyzn) w wieku od 18 do 20 lat. Badanie realizowano od listopada 2021 do lutego 2022 roku. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz autorski kwestionariusz ankiety składający się z 23 pytań. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. W opracowaniu użyto testu niezależności χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczenia wykonano programem SPSS 25.

■ Wyniki

W badaniu wzięło udział 104 osoby. Nieco liczniejsza była grupa mężczyzn (N=57, tj. 54,8%) niż grupa kobiet (N=47, tj. 45,2%).

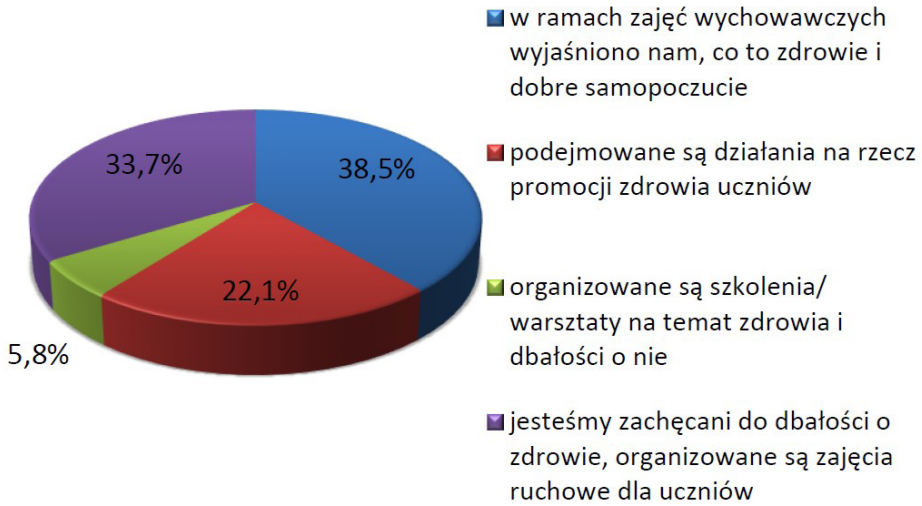
Dla większości respondentów (N=64, tj. 61,5%) zdrowie było synonimem dobrego samopoczucia. Zdaniem 27,9% badanych (N=29), zdrowie, to inny sposób na życie. Niewielka grupa respondentów za determinanty biologiczne uznała zdrowie (N=6, tj. 5,8%), opiekę zdrowotną (N=4, tj. 3,8%), czy uwarunkowania środowiskowe (N=1, tj. 1,0%) (Ryc. 1).



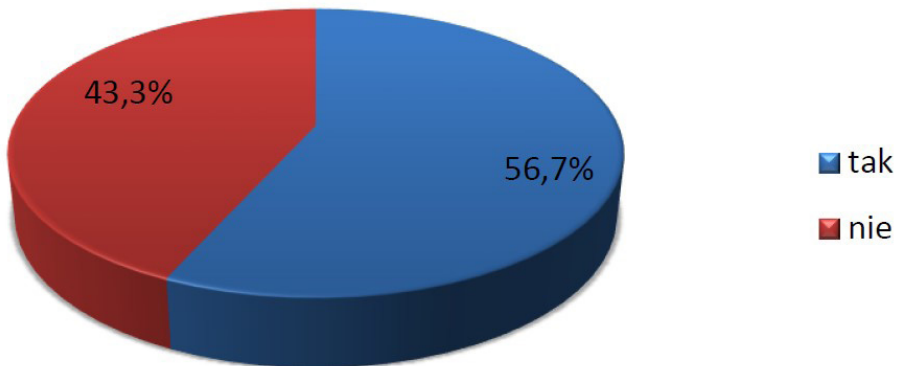
Ryc. 1. Postrzeganie znaczenia zdrowia

Wśród działań promujących zdrowie podejmowanych w szkole respondenci wymienili przede wszystkim uzyskanie wyjaśnień na temat zdrowia i samopoczucia w ramach zajęć edukacyjnych (N=40, tj. 38,5%) oraz zachęcanie do dbania o zdrowie, organizowanie zajęć ruchowych (N=35, tj. 33,7%). Tylko co piąty respondent (N=23, tj. 22,1%) przyznał, że w szkole podejmowane są działania promujące zdrowie, a niewielu respondentów (N=6, tj. 5,8%) wskazało na organizację szkoleń/warsztatów dotyczących zdrowia i dbania o zdrowie (Ryc. 2).

Zdaniem 56,7% respondentów (N=59), szkoła powinna współpracować z rodzicami w zakresie promocji zdrowia. Opinii tej nie podzielało 43,3% badanych (N=45) (Ryc. 3).

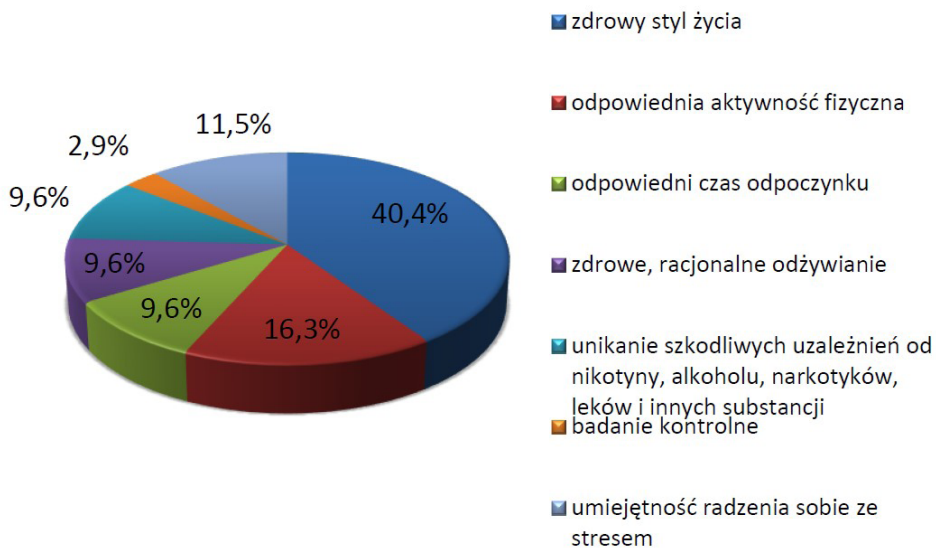


Ryc. 2. Działania promujące zdrowie realizowane w szkole



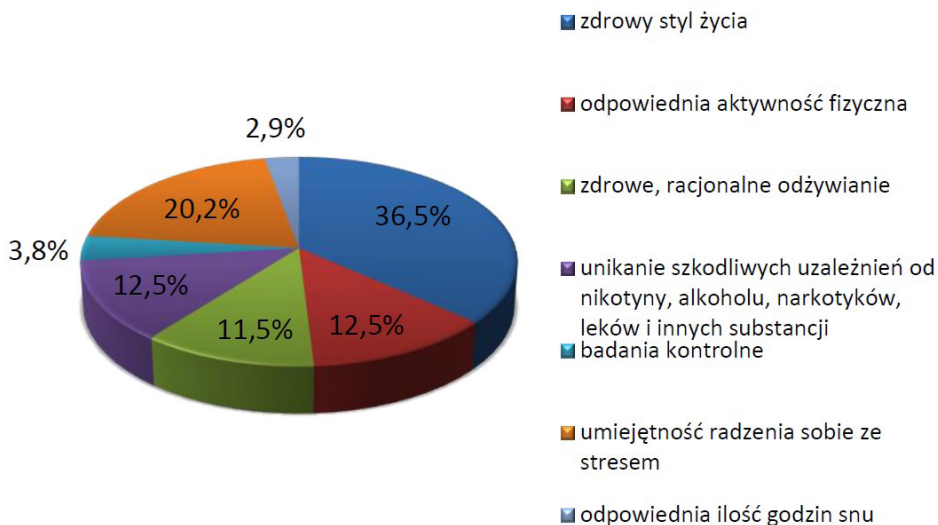
Ryc. 3. Wyrażanie opinii, że szkoła powinna współpracować z rodzicami w zakresie promocji zdrowia

Promocja zdrowia była postrzegana przez respondentów głównie, jako zdrowy styl życia (N=42, tj. 40,4%). Zdecydowanie rzadziej za promocję zdrowia respondenci uznali odpowiednią aktywność fizyczną (N=17, tj. 16,3%), czy umiejętność radzenia sobie ze stresem (N=12, tj. 11,5%). 9,6% respondentów (N=10) uznało promocję zdrowia za odpowiedni czas na odpoczynek, zdrowe, racjonalne odżywianie lub unikanie szkodliwych uzależnień od nikotyny, alkoholu, narkotyków, leków i innych substancji. Jedynie 2,9% respondentów (N=3) uznało promocję zdrowia za badania kontrolne (Ryc. 4).



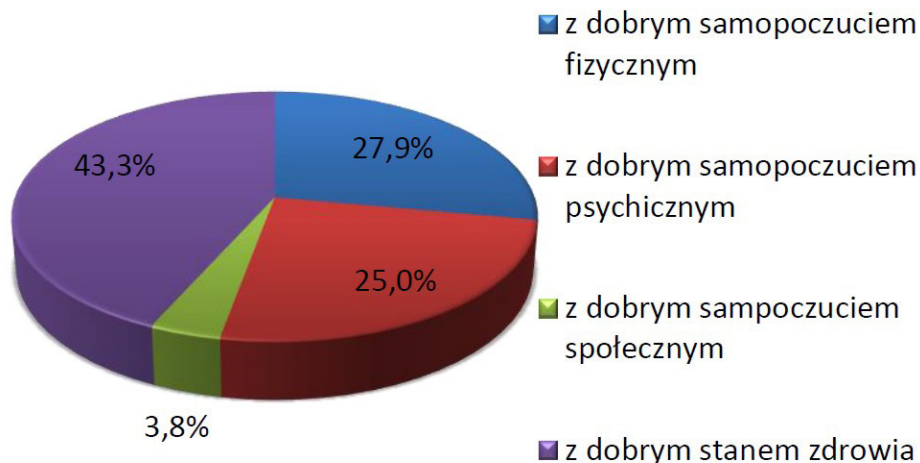
Ryc. 4. Postrzeganie promocji zdrowia

Zdaniem respondentów najważniejszymi elementami promocji zdrowia i edukacji był zdrowy styl życia (N=38, tj. 36,5%) oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem (N=21, tj. 20,2%). Mniejsze znaczenie przypisywano unikaniu szkodliwych nałogów czy odpowiedniej aktywności fizycznej (po N=13, tj. 12,5%), czy zdrowemu, racjonalnemu odżywianiu (N=12, tj. 11,5%). Respondenci w niewielkim stopniu postrzegali promocję zdrowia i edukację jako badania kontrolne (N=4, tj. 3,8%), czy odpowiednią ilość godzin snu (N=3, tj. 2,9%) (Ryc. 5).



Ryc. 5. Najważniejsze elementy w promocji zdrowia i edukacji

Zdrowy styl życia i promocja zdrowia kojarzyły się respondentom przede wszystkim z dobrym zdrowiem (N=45, tj. 43,3%). Respondenci rzadziej kojarzyli zdrowy styl życia i promocję zdrowia z dobrym samopoczuciem fizycznym (N=29, tj. 27,9%), lub psychicznym (N=26, tj. 25,0%). Tylko 3,8% osób (N=4) postrzegało zdrowy styl życia i promocję zdrowia jako dobro społeczne (Ryc. 6).

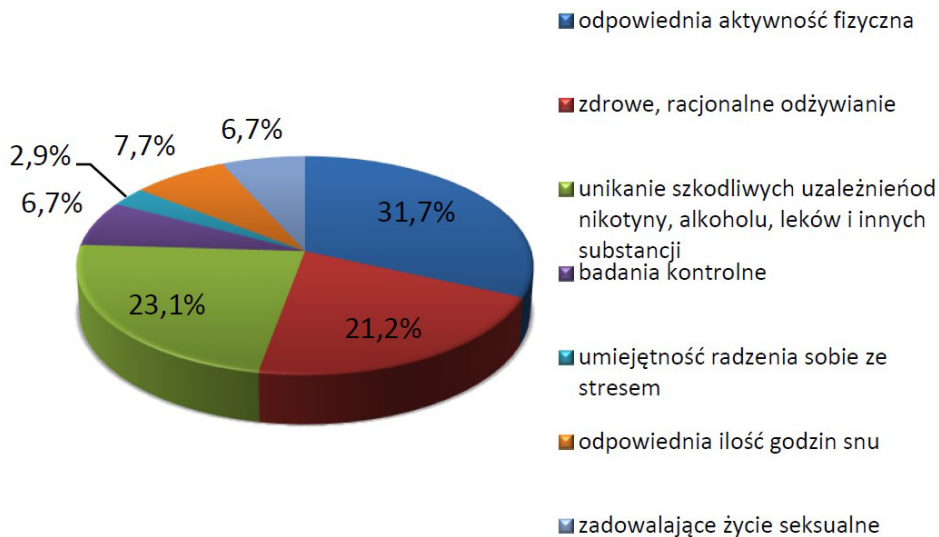


Ryc. 6. Skojarzenia ze zdrowym stylem życia, promocją zdrowia

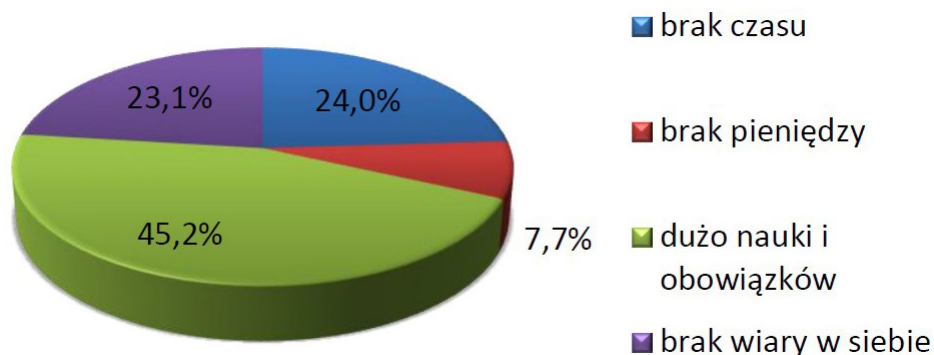
Respondenci dbali o swoje ciało i zdrowie przede wszystkim poprzez odpowiednią aktywność fizyczną (N=33, tj. 31,7%), unikanie szkodliwych uzależnień od nikotyny, alkoholu, leków i innych substancji (N=24, tj. 23,1%) oraz zdrowe, racjonalne odżywianie (N=22, tj. 21,2%). Niewiele osób dbało o swoje zdrowie poświęcając odpowiednią liczbę godzin snu (N=8, tj. 7,7%), wykonując badania kontrolne (N=7, tj. 6,7%), prowadząc zadowolające życie seksualne (N=7, tj. 6,7%), czy umiejętnie radzenie sobie ze stresem (N=3, tj. 2,9%) (Ryc. 7).

Respondenci uważali, że główną przeszkodą we wdrażaniu zdrowego stylu życia jest duża ilość nauki i obowiązków (N=47, tj. 45,2%). Dwa razy mniejsze znaczenie miał brak czasu (N=25, tj. 24,0%), czy brak pewności siebie (N=24, tj. 23,1%). Za najmniej istotny czynnik utrudniający realizację zdrowego stylu życia respondenci uznali brak pieniędzy (N=8, 7,7%) (Ryc. 8).

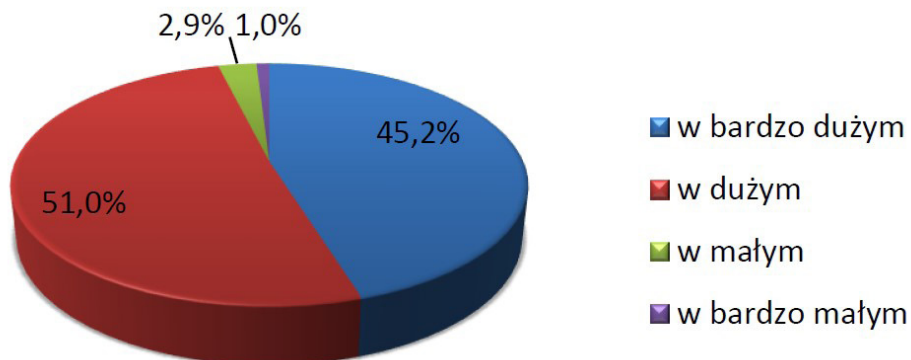
Zdaniem 45,2% respondentów (N=47) zdrowie człowieka w dużej mierze zależy od jego stylu życia. Na duży związek zdrowia ze stylem życia wskazało 51,0% badanych (N=53). Tylko nieliczni badani uznali, że sposób życia wpływa na zdrowie człowieka w niewielkim stopniu (N=3, tj. 2,9%) lub w bardzo małym stopniu (N=1, tj. 1,0%) (Ryc. 9).



Ryc. 7. Sposób dbania o swoje ciało i zdrowie



Ryc. 8. Postrzeganie przeszkód w realizacji zdrowego stylu życia



Ryc. 9. Postrzeganie zależności zdrowia człowieka od jego sposobu życia

■ Dyskusja

Wyniki badań pokazują, że szkoła i jej działania promujące zdrowie mogą pełnić rolę bufora chroniącego młodzież przed destrukcyjnymi działaniami. Kontynuacja badań w tym kierunku pozwoli na skuteczniejsze, atrakcyjne dla młodych ludzi działania profilaktyczne, popularyzację wiedzy w zakresie zdrowia i opieki nad nimi oraz promocji adaptacyjnych form radzenia sobie ze stresem. Wśród podejmowanych przez szkołę działań prozdrowotnych respondenci wymieniali przede wszystkim: prozdrowotną tematykę godzin z wychowawcą oraz organizację zajęć ruchowych. Co piąty badany przyznał, że w szkole podejmowane są działania promujące zdrowie, a niewielu respondentów wskazało na organizację szkoleń tematycznych i warsztaty. Odmienne wyniki uzyskała Charzyńska-Gula i jej współpracownicy. Większość badanych nie wiedziała, że w ich szkołach realizowane są jakiegokolwiek działania promujące zdrowie, dla pozostałych tematyka taka nie wydawała się atrakcyjna [6]. Za najważniejszy wyznacznik promocji zdrowia młodzież uznała zdrowy styl życia oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem. Należy zaznaczyć, że zachowania prozdrowotne młodzieży szkolnej kształtowane są na zasadzie naśladownictwa od wczesnego dzieciństwa i są ściśle związane z takimi czynnikami jak środowisko rodzinne, rówieśnicze oraz działania informacyjne [7]. Radzenie sobie ze stresem jest predyktorem zdrowia i samopoczucia dla co piątego badanego. Mając na uwadze aktualną sytuację epidemiologiczną oraz aktualne badania prowadzone wśród młodzieży, należy zauważyć, że stan psychiczny młodzieży jest zły, a to pandemia i jej konsekwencje (poczucie izolacji, presja czasu, doświadczanie przemocy w rodzinie) jest najczęściej wskazywanym stresorem [8]. Najczęściej podejmowanymi działaniami prozdrowotnymi wśród młodych ludzi są: aktywność fizyczna (31,7%), unikanie szkodliwych nałogów (23,1%) oraz zdrowe odżywianie (21,2%). Należy zauważyć, że to właśnie zdrowy styl życia gwarantuje prawidłowy rozwój psychofizyczny, znacząco wpływa na samopoczucie i jakość funkcjonowania w dorosłym życiu. Niepokojące wnioski płyną z badań przeprowadzonych wśród młodzieży do 18 roku życia przez Mendyk i jej współpracowników, które dowiodły

m. in. że: badani wykazują niewystarczającą aktywność fizyczną (42% badanych ćwiczy 1-2 razy w tygodniu lub w ogóle) stosuje niezdrową dietę (prawie połowa co najmniej 5 razy w tygodniu je słodkie, 34% co najmniej raz w tygodniu fast foody, 30% co najmniej 5 razy w tygodniu pije słodzone napoje) oraz używa używek (kawa, napoje energetyzujące i papierosy) [9]. Respondenci pozyskują informacje na temat zdrowego stylu życia za pośrednictwem Internetu i telewizji. Wśród realizowanych przez RCEZ działań prozdrowotnych badani najczęściej wskazują na podejmowanie tematycznych godzin wychowawczych oraz zachęcających do aktywności fizycznej. W trosce o zdrowie respondenci podejmują aktywność fizyczną i racjonalne odżywianie oraz unikają nałogów. Wśród najważniejszych predyktorów dbałości o zdrowie znalazły się: szeroko rozumiany zdrowy styl życia, adaptacyjne radzenie sobie ze stresem, natomiast głównym źródłem informacji jest Internet. Działania prozdrowotne w placówkach oświatowych powinny przede wszystkim: zapobiegać problemom zdrowotnym, stwarzać warunki sprzyjające dobremu samopoczuciu młodzieży oraz zwracać szczególną uwagę na poszerzanie wiedzy i doskonalenie kadry pedagogicznej w tym zakresie [10]. Raport "Spotlight

on Adolescent Health and well-being” opublikowany przez międzynarodową sieć badawczą HBSC ostrzega, że polska młodzież zajmuje ostatnie miejsca w rankingu samooceny swojego zdrowia i zadowolenia z życia [11]. Nie należy pomijać zagrożeń wynikających z rozwoju technologii, oraz rosnącej liczby osób cierpiących na choroby cywilizacyjne. Należy zauważyć, że to właśnie szkoła jest jednym z najważniejszych środowisk kształtujących postawy, nawyki i wartości, dlatego tak ważne jest przekazywanie rzetelnych informacji na temat zdrowia, kształtowania postaw prozdrowotnych oraz odpowiedzialności za swoje zdrowie i życie. Analizy statystyczne wykazały, że: respondenci najczęściej korzystają z informacji prozdrowotnych uzyskanych podczas godzin wychowawczych i na zajęciach aktywności fizycznej, młodzież szkolna chętnie podejmuje aktywność fizyczną i zdrowy styl życia (tj. unikanie szkodliwych nałogów, zdrowe odżywianie), zdaniem respondentów najważniejsze wyznaczniki promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej są: zdrowy tryb życia i radzenie sobie ze stresem, a informacje na temat zdrowego stylu życia pozyskiwane są głównie za pośrednictwem Internetu. Na szczególną uwagę zasługuje pytanie o samopoczucie w szkole, zdecydowana większość respondentów RCEZ czuje się w szkole bardzo dobrze lub dobrze, co czwarty badany odczuwa niepokój i stres. Uzyskane wyniki można porównać z międzynarodowymi badaniami z 2018 roku, przeprowadzonymi na grupie z Bułgarii, Włoch, Polski, Hiszpanii, które dowiodły, że szkoła jest miejscem postrzeganym jako bezpieczne a młodzież we Włoszech, Polsce i Hiszpanii raczej lubi swoją szkołę [11]. Zachowania zdrowotne młodzieży kształtowane są od wczesnego dzieciństwa i stanowią integralną część procesu socjalizacji pod wpływem rodziny, rówieśników, szkoły a także czynników informacyjnych i marketingowych pochodzących bezpośrednio z obserwowanego środowiska. Młody człowiek nie wymyśla własnego stylu życia, ale kreuje go na podstawie danych i wzorców dostarczanych przez otoczenie [12]. Młodzi ludzie lubią eksperymentować, sprawdzać swoje umiejętności, poznawać zasady życia i podejmować decyzje. Młodzi ludzie nie dostrzegają bezpośrednio związku między swoim zachowaniem a zdrowiem. Ta grupa jest mało podatna na programy profilaktyczne i edukację zdrowotną. Inicjatyw wzmocniających wpływ na kształtowanie postaw zdrowych dzieci i młodzieży pojawia się coraz więcej. Jednym z nich jest pomysł stworzenia szkoły promującej zdrowie. Szkoła promująca zdrowie ma na celu zwiększenie zdolności młodych ludzi do wprowadzania zmian i podejmowania działań. Ma to być miejsce, w którym młodzi ludzie, współpracując z nauczycielami lub innymi osobami, mogą osiągnąć sukces [13].

■ Wnioski

Konieczne jest postawienie młodzieży w roli współtwórców programów profilaktycznych, poznanie potrzeb młodzieży i zaprojektowanie form przekazu informacji tak, aby były atrakcyjne dla młodych odbiorców.

Młodzież uznała zdrowy styl życia oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem za najważniejszy wyznacznik promocji zdrowia.

Zdrowy styl życia jest gwarantem prawidłowego rozwoju psychofizycznego, znacząco wpływa na dobrostan i jakość funkcjonowania w dorosłym życiu.

Podjmując działania prozdrowotne należałoby pokazywać młodym ludziom wiarygodne i rzetelne strony internetowe, sukcesywnie zwiększać wiedzę i budować krytyczne myślenie.

Bibliografia

1. Ostrowska A.: Wstęp do socjologii medycyny, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Instytut Socjologii UW, 1994.
2. World Health Organization: The Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa: An International Conference on Health Promotion, 1998.
3. Kowalewski I.: Promocja zdrowia i bezpieczeństwo w szkole wyższe, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, 2010: 22.
4. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2009, nr 4, poz. 17).
5. Gawęł A.: Zasoby zdrowotne młodzieży gimnazjalnej w kontekście ekosystemu szkoły, Wydawnictwo UJ, 2014: 23.
6. Charzyńska-Gula M., Jaworska M., Bogusz R., Kocka K., Domżał-Drzewicka R., Wasil R.: Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum w świetle opinii wybranej grupy uczniów, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 1999; 4: 431–438.
7. Ponczek D., Olszowy I.: Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie, *Probl Hig Epidemiol*, 2012: 263.
8. Zdrowie psychiczne w czasie pandemii COVID-19. Raport wstępny z badania naukowego kierowanego przez dr hab. Małgorzatę Dragan, 2020.
9. Rudawska I.: Rola mass mediów w promocji zachowań sprzyjających zdrowiu,
10. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2005; 2(20): 239–244.
11. Gawęł A.: Zdrowie w perspektywie pedagogicznej. Indywidualne wybory i społeczne interesy [w:] Kowalski M., Gawęł A. (red.): *Zdrowie wartość edukacyjna*, 2006.
12. Pyżalski J.: Zdrowie psychiczne i dobrostan młodych ludzi w czasie pandemii COVID-19 – przegląd najistotniejszych problemów, *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 2020; 2: 92–115.
13. Czerw A.: Możliwości kształtowania postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce, *Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego. Studia i Prace*, 2012; 4(12): 147–157.
14. Piechaczek-Ogierman G.: *Postawy zdrowotne uczniów i ich socjokulturowe uwarunkowania*, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2009.

14. Zachowania agresywne pacjentów wobec pracowników ochrony zdrowia

Aggressive behavior of patients towards healthcare professionals

Katarzyna Tomaszewska^{1, a}, Alicja Kłos^{1, b}

¹Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

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

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

■ Abstrakt

Wstęp: Pracownicy służby zdrowia zaliczani są do grup zawodowych o jednym z najwyższych poziomów narażenia na przemoc i agresję. Pacjenci często mają nie-realistyczne oczekiwania co do jakości lub czasu działania personelu medycznego i często przekładają swój niepokój na agresywne zachowania wobec otoczenia, nawet wobec osób, które mają pospieszyć im z pomocą.

Cel badań: Celem badań była próba określenia jakich przejawów agresji doświadczają pielęgniarki zatrudnione w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 152 pielęgniarki zatrudnione w Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych. Badanie zostało przeprowadzone od października do grudnia 2020 roku za pomocą metody sondażu diagnostycznego, techniką było badanie ankietowe a narzędziem autorski kwestionariusz ankiety. Analiza statystyczna uzyskanych odpowiedzi została wykonana przy użyciu metody statystyki opisowej. W celu weryfikacji zależności statystycznej między poszczególnymi analizowanymi wartościami zastosowano test Chi Kwadrat (x²) Pearsona. Za poziom istotności uznano $p \leq 0,05$.

Wyniki: 52,0% badanych doświadczyła w trakcie wykonywania swojej pracy agresji niewerbalnej, a 20,0% werbalnej i niewerbalnej. Ankietowane pielęgniarki najczęściej miały do czynienia z agresją w postaci wyzwisk, obelg, wulgarного słownictwa (96%). Z fałszywym publicznym oskarżeniem lub groźbami, straszeniem przez pacjentów/inne osoby miało do czynienia po 75,0% respondentów. Przemocy fizycznej, słabszej niż uderzenie doświadczyło 71,0% badanych.

Wnioski: Pacjenci wykazują przejawy agresji podczas wykonywania przez personel toalety ciała lub zmiany pozycji ułożeniowej. Dane socjodemograficzne respondentów nie miały wpływu na samoocenę poziomu wiedzy o postępowaniu wobec agresywnego pacjenta.

Słowa kluczowe: Zakład Opiekuńczo-Leczniczny, pielęgniarka, pacjent, zachowania agresywne.

■ Abstract

Introduction: Health care workers are considered to be occupational groups with among the highest levels of exposure to violence and aggression. Patients often have unrealistic expectations regarding the quality or timing of medical personnel's performance, and often translate their anxiety into aggressive behavior toward the environment around them, even toward people who are there to rush to their aid.

The aim: The aim of the research was to try to determine what manifestations of aggression are experienced by nurses employed in the Nursing and Treatment Institution.

Material and methods: The study group consisted of 152 nurses employed in Care and Treatment Institutions. The survey was carried out from October to December 2020 using the diagnostic survey method, the technique was a questionnaire survey, and the tool was the original questionnaire. Statistical analysis of the obtained responses was performed using the descriptive statistics method. Pearson's Chi Square (χ^2) test was used to verify the statistical relationship between the individual analyzed values. The level of significance was considered to be $p \leq 0.05$.

Results: 52% of respondents experienced non-verbal aggression while performing their work, and 20% verbal and non-verbal aggression. The surveyed nurses most often dealt with aggression in the form of insults, insults, and vulgar vocabulary (96%). 75% of the respondents dealt with false public accusations or threats or intimidation by patients / other persons. Physical violence, less than a blow, was experienced by 71% of respondents.

Conclusions: Patients show signs of aggression when the toilet staff moves their body or changes their position. The sociodemographic data of the respondents had no impact on the self-assessment of the level of knowledge about how to deal with an aggressive patient.

Keywords: Nursing and Treatment Facility, nurse, patient, aggressive behavior.

■ Wstęp

Według Lorenza agresja jest spontaniczną oraz wrodzoną gotowością do walki, niezbędną do przeżycia. W relacjach między gatunkami agresja przejawia się bardzo często w formie imponowania instynktownego, grożenia przeciwnikowi, zazwyczaj pozwala to uniknąć bezpośredniej walki między stronami. Słabszy osobnik okazuje uległość i kapituluje, co powoduje zahamowanie agresji u silniejszego [1]. Agresja często jest powodem rozpoczęcia wojny, walki, sporu. Pojęcie agresji można również określić jako reakcję dostarczającą negatywnych, szkodliwych bodźców dla innego organizmu. Zachowania agresywne które skierowane są na własną osobę, określa się mianem autoagresji. Pojęcie „agresji” niekiedy jest zastępowane określeniem „stosowanie przemocy” [2]. Jednakże przemoc nie jest tym samym co agresja. Przemoc definiowana jest jako podtyp agresji, czyli skrajne formy agresji fizycznej. Przemoc określana jest jako celowe, zamierzone użycie siły, silne oddziaływanie przeciwko innej osobie w celu zniszczenia, przejęcia kontroli lub ukarania [3, 4].

Etiologia agresji ma podłoże środowiskowo-genetyczne, na tej podstawie rozpatruje się wszelkie czynności związane z wyrządzeniem krzywdy, zadawaniem cierpienia fizycznego oraz moralnego czy powstaniem szkody. Agresja jest reakcją na bodźce zewnętrzne a także czynniki genetyczne. Przemoc jest kojarzona z określoną formą zachowań, odbieraną negatywnie przez społeczeństwo. Intencjonalne działanie, które zmierza do uzyskania przewagi, powoduje to zaburzenie pewnego porządku społecznego, a również zamierzone użycie siły, narusza funkcjonujące normy moralne oraz prawne. Analiza intencji z agresją pozwala na głębsze zrozumienie powstania zjawiska przemocy. Intencjonalność jest bardzo istotnym czynnikiem uruchamiającym szereg zdarzeń, prowadzące do przemocy. Ciąg zdarzeń charakteryzuje rosnąca intensywność świadomego, zamierzonego wywierania presji na daną jednostkę lub grupę, a również wykorzystywania przewagi fizycznej jak i psychicznej w celu uzyskania pożądanej pozycji. Intencjonalność nie zawsze jednak występuje w przypadku agresji, lecz zawsze towarzyszy przemocy. Agresja jest ściśle powiązana z emocjami, które natomiast nie zawsze towarzyszą przemocy, jest ona zazwyczaj efektem kalkulacji określającej korzyści [5]. Agresja wywodzi się z toku ewolucji, zakorzeniona w neurobiologicznym programie zachowań istot żywych, który ma na celu umożliwienie ochrony siebie, uniknięcie bólu fizycznego jak i psychicznego. Działania agresywne często kierowane są nie przeciwko tym, którzy sprowokowali agresję, lecz zostają przeniesione na zastępcze obiekty. Rozładowanie nagromadzonej agresywności często zostaje odroczone w czasie, następuje ze znacznym opóźnieniem [6].

Definicje agresji i przemocy są pojęciami pokrewnymi, pojęcia zachodzą na siebie zakresami, lecz nie są tożsame. Dotyczą negatywnych zachowań oraz stanów psychicznych, różnią się skalą zjawiska, przyczynami i skutkami. Osoba może być wściekła, manifestując swoją wściekłość, aczkolwiek nie musi być postrzegana jako zadająca przemoc. Charakterystyczną cechą zachowań agresywnych jest zazwyczaj równowaga sił pomiędzy stronami, osoba, przeciwko której kierowana jest agresja, posiada możliwość skutecznej obrony. Różnica pomiędzy pojęciami oparta jest na motywach wewnętrznych sprawcy. Przewaga sił odróżnia przemoc od agresji. W przemocy przewaga siły jest zawsze po stronie sprawcy a w przypadku agresji siła obu stron jest zrównoważona. Ważnym aspektem jest rozróżnienie przemocy od agresji, ponieważ od tego, z którym zjawiskiem ma się styczność, będzie zależne podjęcie dalszych działań [3]. W świetle ukazanych definicji można wywnioskować, że każdy akt przemocy jest agresją, aczkolwiek nie każdy przejaw agresji jest przemocą [7].

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) przemoc w miejscu pracy to „incydenty, w których pracownicy są wykorzystywani, zagrożeni lub atakowani w okolicznościach związanych z ich pracą, w tym dojazdy do pracy i z pracy, wiążące się z wyraźnym lub domniemanym wyzwaniem dla ich bezpieczeństwa, dobrego samopoczucia lub zdrowia” [8].

Pracownicy służby zdrowia są uznawani za grupy zawodowe, w których poziom narażenia na przemoc i agresję należy do najwyższych [9]. Personel zatrudniony w sektorze ochrony zdrowia znajduje się w tzw. zawodach wysokiego ryzyka, narażenia na akty agresji w miejscu pracy, tak jak policja czy służba więzienna [10]. Z wyników badań przeprowadzonych już w 2013 roku których autorem jest

profesor Sonya Wallbank wynika, że pielęgniarstwo jest bardziej stresującym zawodem niż służba w wojsku. Pielęgniarki wykazują wyższy poziom stresu i wypalenia zawodowego niż członkowie sił zbrojnych [11].

Doświadczenie agresji ze strony pacjentów lub ich rodzin wywołuje wśród pracowników negatywne konsekwencje, do których można zaliczyć takie emocje jak: złość, frustracja, bezsilność, samoobwinianie się, wycofywania się z obowiązków, bądź bezwarunkowe agresywne odruchy w stosunku do atakującego lub innych osób.

W efekcie długotrwałego kontaktu z agresją może dojść do zjawiska absencji, zmiany miejsca zatrudnienia lub nawet zaprzestania pracy w wykonywanym zawodzie, wypalenie się zawodowo. Skutkiem jest zmniejszenie liczby personelu oraz pogorszeniem jakości opieki zdrowotnej. Trudno opisać wpływ agresji na jakość opieki, ponieważ każdy kraj posiada inne metody leczenia, system edukacji, algorytmy i standardy postępowania ze zjawiskiem agresji. Można jednak wyciągnąć wnioski, że bez względu na kraj, kulturę czy warunki opieki, psychologiczne reakcje personelu na agresję pacjentów lub ich rodzin są podobne, zawsze negatywne [6, 12]. Spostrzeganie agresji warunkuje sposób postępowania z pacjentami, którzy przejawiają takie zachowania. Pozytywny sposób postrzegania agresji jest następstwem mniejszego poziomu wypalenia zawodowego [13, 14, 15].

Cel badań: Celem badań była próba określenia jakich przejawów agresji doświadczają członkowie personelu medycznego zatrudnionego w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy.

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone wśród 152 pielęgniarek zatrudnionych w Zakładach Opiekuńczo-Lecznicych w okresie od października do grudnia 2020 roku. Udział w przeprowadzonych badaniach był anonimowy oraz dobrowolny. Badania zostały zrealizowane poprzez metodę sondażu diagnostycznego jako technikę wykorzystano nadania ankietowe, narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety złożony jest z danych socjodemograficznych oraz pytań, które dotyczą rodzaju przejawiania agresji, okoliczności i jej skutków. Ostatnie 3 pytania dotyczą oceny radzenia sobie z agresją oraz określenia poziomu wiedzy na ten temat.

■ Analiza statystyczna

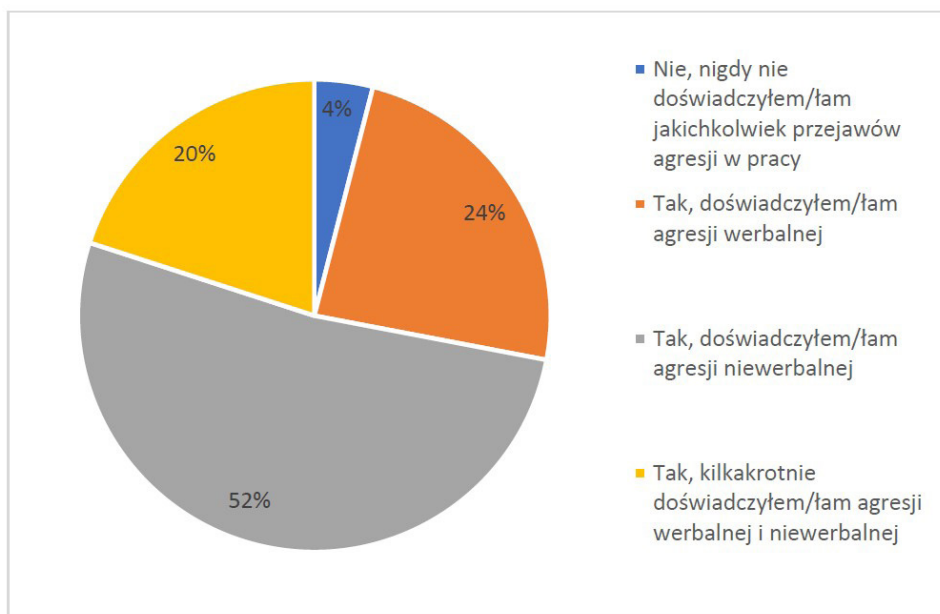
Analizę statystyczną wyników przeprowadzono poprzez metodę statystyki opisowej. W celu sprawdzenia czy względem zmiennych występują istotne zależności przeprowadzono analizę za pomocą nieparametrycznego testu Chi Kwadrat Pearsona dla danych jakościowych. Po określeniu rozkładu (niezgodny z normalnym) zastosowano do porównania dwóch grup Test U Manna-Whitneya a dla trzech i więcej Test Kruskala-Wallisa. Przyjęto, iż „p” o wartości niższej niż 0,05 wskazuje na występowanie związku istotnego statystycznie.

■ Wyniki

Badaniem ankietowym objęto grupę 152 pielęgniarek. W wieku 20-30 lat było 16,0% badanych. Od 31 do 40 lat miało również 16,0% osób, a 41-50 lat miało 12% respondentów. Ponad połowa ankietowanych (56,0%) była w wieku 51 lat i więcej. Od 1 do 10 lat pracowało w zawodzie 40% badanych. Grupa 4,0% osób wykonywała

swój zawód od 11 do 20 lat. Nieliczni byli też badani (12,0%), którzy pracowali od 21 do 30 lat. Grupa 44,0% respondentów dysponowała stażem pracy wynoszącym ponad 40 lat. Respondenci to w większości kobiety (84,0%). Mężczyźni, to 16,0% ankietowanych. Grupa 16,0% badanych ukończyła studium medyczne a liceum medyczne 36,0% badanych. Studia wyższe licencjackie miało 32,0% osób, natomiast 16,0% respondentów posiadało tytuł magistra pielęgniarstwa.

Zaledwie 4,0% respondentów nigdy nie doświadczyło jakichkolwiek przejawów agresji w pracy. Agresji werbalnej doświadczyło 24,0% badanych. Ponad połowa ankietowanych (52,0%) doświadczyła w trakcie wykonywania swojej pracy agresji niewerbalnej. Kilkakrotnie doświadczyło agresji werbalnej i niewerbalnej 20,0% badanych. Wyniki przedstawia Ryc.1

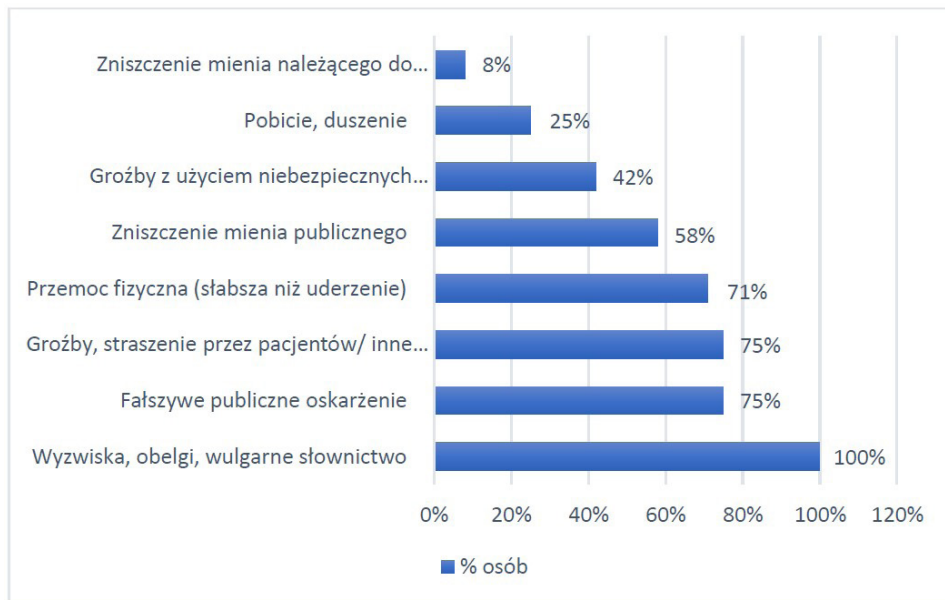


Ryc. 1. Doświadczenie agresji werbalnej lub niewerbalnej w pracy zawodowej

Pielęgniarki o stażu pracy powyżej 20 lat częściej doświadczały agresji niewerbalnej (57,1%) oraz jednocześnie agresji werbalnej i niewerbalnej (35,7%), w porównaniu do osób ze stażem pracy do 20 lat ($p < 0,0001$). Znaczna część respondentów (48,0%) nie potrafiła ocenić, jaki rodzaj agresji zazwyczaj doświadcza. Staż pracy ankietowanych nie wpływał znacząco ($p = 0,1387$) na rodzaj najczęściej doświadczanej agresji. Nie stwierdzono, by wykształcenie badanych osób w sposób znaczący wpływało na rodzaj najczęściej doświadczanej agresji.

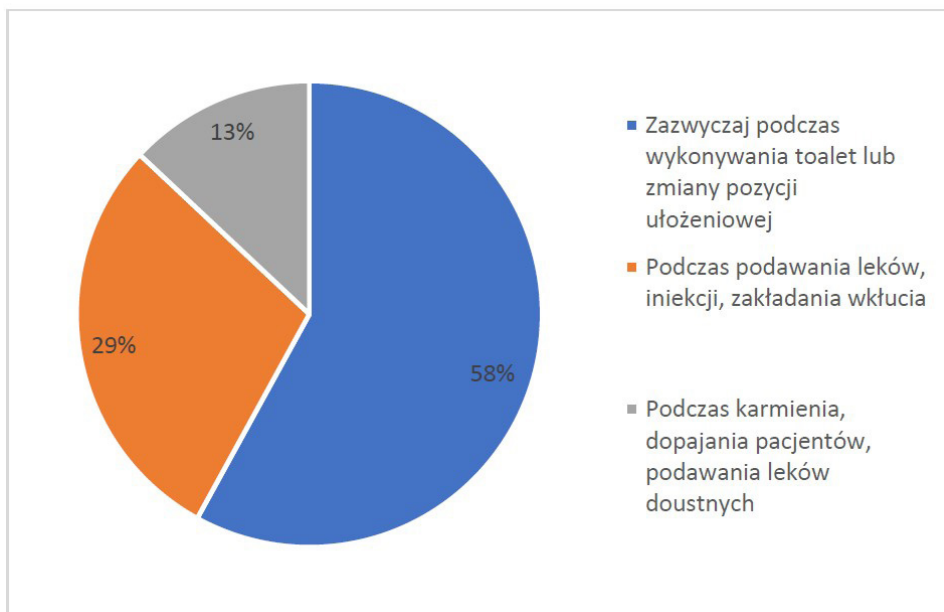
Pielęgniarki najczęściej miały do czynienia z agresją w postaci wyzywk, obelg, wulgarnego słownictwa (100%). Z fałszywym publicznym oskarżeniem lub groźbami, straszeniem przez pacjentów/ inne osoby miało do czynienia po 75,0% osób. Przemocy fizycznej, słabszej niż uderzenie doświadczyło 71,0% respondentów. Grupa 58,0% badanych przyznała, że zetknęła się z uporczywym nękaniami przy

pomocy organów ścigania. Ze zniszczeniem mienia publicznego spotkało się 42,0% badanych a 25,0% osób miało do czynienia z groźbami użycia niebezpiecznych przedmiotów. W nielicznych przypadkach respondenci zetknęli się z takimi przejawami agresji, jak pobicie, duszenie (8,0%), czy zniszczenie ich prywatnego mienia (4,0%) (Ryc. 2).



Ryc. 2. Przejawy agresji, z którymi się spotkano

Analiza badań własnych wykazała, że respondenci, którzy ukończyli studium/liceum medyczne częściej spotykali się takimi przejawami agresji, jak przemoc fizyczna ($p=0,0012$), groźby, straszenie przez pacjentów ($p=0,0180$), groźby z użyciem niebezpiecznych przedmiotów ($p=0,0009$), pobicie, duszenie ($p=0,0066$), uporczywe nękanie przy pomocy organów ścigania ($p<0,0001$), czy zniszczenie mienia publicznego ($p<0,0001$). Ankietowani twierdzili, że agresję wobec nich przejawiali najczęściej pacjenci (63,0%). Na rodziny pacjentów jako najczęściej przejawiające agresywne zachowania wskazało 33,0% osób. Tylko 4,0% ankietowanych było zdania, że agresji doświadczyło ze strony innych członków personelu medycznego. Agresji ze strony pacjentów badani doświadczali najczęściej podczas wykonywania toalety lub zmiany pozycji ułożeniowej (58,0%). Podczas podawania leków, iniekcji, zakładania wkłucia z przejawami agresji ze stron pacjentów miało do czynienia 29,0% osób. Najrzadziej agresji ze strony pacjentów personel medyczny doświadczał podczas karmienia, dopajania, podawania leków doustnych (13,0%). Wyniki przedstawia Ryc. 3.



Ryc. 3. Sytuacje, w których najczęściej doświadczane były przejawy agresji pacjentów

Źródło: opracowanie własne.

Badani ze stażem pracy powyżej 20 lat, również częściej twierdzili, że doznawali agresji w momencie karmienia pacjenta, dopajania, podawania leków doustnych (21,4%). Osoby ze stażem pracy do 20 lat częściej stykały się z agresją pacjentów podczas podawania leków, iniekcji, zakładania wkłucia (40,0%) - $p=0,0034$. Grupa 64,0% badanych przyznała, że nigdy nie wystąpiły u nich ślady na ciele spowodowane agresją pacjenta. Uraz powierzchowny, siniak, zadrapanie jako wynik agresji w miejscu pracy dotyczył częściej osób ze stażem pracy powyżej 20 lat (64,3%; $p<0,0001$). Tylko co trzecia badana osoba (33,0%) zawsze brała pod uwagę możliwość wybuchu agresji w trakcie wykonywania czynności przy pacjencie. Staż pracy personelu medycznego nie wpływał znacząco ($p=0,5582$) na przygotowanie się do wybuchu agresji w trakcie wykonywania czynności przy pacjencie. Zdaniem 28,0% osób, spokojny ton głosu, niewykonywanie gwałtownych ruchów, uprzedzenie pacjenta o wszystkich czynnościach, które się wykonuje znacznie niweluje ryzyko agresywnego zachowania ze strony pacjenta. W opinii 56,0% badanych ryzyko to jest nieznacznie ograniczone dzięki takim zachowaniom. Według 16,0% respondentów być może takie zachowania obniżają ryzyko agresji ze strony pacjenta. Osoby z wykształceniem wyższym częściej (50,0%) twierdziły, że właściwe zachowanie może zminimalizować prawdopodobieństwo agresji ze strony pacjenta ($p<0,0001$). Ponad połowa badanych (52,0%) była zdania, że zdecydowana większość personelu posiada wystarczający poziom wiedzy, by odpowiednio reagować na agresję ze strony pacjentów. W opinii 40,0% osób, tylko co drugi pracownik prawidłowo reaguje na zachowania agresywne,

natomiast 4,0% badanych uznało, że zdecydowanie mniejsza część personelu medycznego postępuje w takich sytuacjach prawidłowo – tabela nr 1.

Tabela 1. Wiedza ankietowanych na temat postępowania z pacjentami przejawiającymi zachowania agresywne a staż pracy

Zmienne		Staż pracy			Ogółem	
		Do 20 lat	21 lat i więcej			
Wiedza ankietowanych na temat postępowania z pacjentami przejawiającymi zachowania agresywne a staż pracy	Tak, cały personel umiejętnie postępuje z agresywnymi pacjentami	n	4	4	4	
		%	0,0%	7,1%	4,0%	
	Tak, zdecydowana większość personelu posiada wystarczający poziom wiedzy	n	24	28	52	
		%	54,5%	50,0%	52,0%	
	Co drugi pracownik prawidłowo reaguje na zachowania agresywne	n	20	20	40	
		%	45,5%	35,7%	40,0%	
	Zdecydowanie mniejsza część personelu postępuje prawidłowo	n	0	4	4	
		%	0,0%	7,1%	4,0%	
	Ogółem %		n	44	56	100
			100,0%	100,0%	100,0%	

$$\chi^2=6,968; p=0,0729$$

Źródło: opracowanie własne.

■ Dyskusja

Według Międzynarodowej Organizacji Pracy osoby zatrudnione w sektorze ochrony zdrowia są najbardziej narażoną grupą zawodową na akty agresji w miejscu pracy, tuż po pracownikach zajmujących się ochroną mienia [16]. Konsekwencje agresywnych zachowań wobec członków personelu medycznego są zróżnicowane, dotyczyć mogą różnych sfer funkcjonowania. Celem badania była próba określenia jakich przejawów agresji doświadczają członkowie personelu medycznego zatrudnionego w Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym.

W badaniu własnym zaledwie 4,0% pielęgniarek nigdy nie doświadczyło jakichkolwiek przejawów agresji w pracy. Agresji werbalnej doświadczyło 24,0% badanych. Ponad połowa respondentów (52,0%) doświadczyła w trakcie wykonywania swojej pracy agresji niewerbalnej. Kilkakrotnie doświadczyło agresji werbalnej i niewerbalnej 20,0% badanych. Istnieje ścisła zależność pomiędzy agresją a środowiskiem pracy, wpływa to negatywnie zarówno na zadowolenie personelu z wykonywanej pracy, jak również na jakości organizacji pracy w danej instytucji. W badaniu przeprowadzonym przez Adamowskiego agresja niewerbalna przejawiała się głównie w kierunku personelu medycznego zatrudnionego w szpitalach psychiatrycznych. Najbardziej powszechnymi formami agresji wykazywanej przez pacjentów jest podniesiony ton głosu, groźby oraz szantaż. Owe formy przejawiania agresji zostały wymienione zarówno przez personel szpitali oddziałów ogólnych i psychiatrycznych, jak również w podstawowej opiece zdrowotnej. W przypadku lekarzy najczęściej przejawianą formą agresji jest szantaż. Pielęgniarki natomiast najczęściej stają w obliczu podniesionego tonu głosu krzyków, wulgaryzmów, niegrzecznego zachowania pacjentów. Ataki fizyczne na pielęgniarki mają miejsce częściej niż na przedstawicieli innych grup zawodowych. Problemy z agresją pacjentów są bardziej powszechne wśród pracowników oddziałów szpitali ogólnych niż personelu zatrudnionego w podstawowej opiece zdrowotnej [17].

Wśród pracowników, którzy doświadczyli agresji, największą częstość występowania przemocy zgłaszali pielęgniarki (64,3%), a następnie personel pomocniczy niemedyczny (14,4%), a najrzadziej pracownicy administracyjni (3,8%). Najwięcej aktów agresji miało miejsce podczas pomocy i opieki nad pacjentem (38,2%) oraz działań wspierających dla pacjentów (33,8%) i miało miejsce w obecności pacjentów (47,3%), tj. w salach pacjentów i gabinetach lekarskich oraz we wspólnych lokalizacjach (34,3%). Najczęstsze zdarzenia miały miejsce wiosną, między kwietniem a czerwcem oraz podczas popołudniowych i porannych zmian [18]. W Kanadzie odnotowano, że prawie jedna trzecia tj. 29,0% pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalach oraz placówkach opieki długoterminowej doświadczyło napaści fizycznej ze strony pacjentów w przeciągu ostatnich 12 miesięcy, a 44,0% pielęgniarek doświadczyło przemocy emocjonalnej. Na akty agresji w pierwszej kolejności najbardziej narażony jest personel zakładów psychiatrycznych, 55,0% kanadyjskich pielęgniarek psychiatrycznych zgłosiło doświadczenie przemocy werbalnej lub emocjonalnej, 19,5% doświadczyło molestowania seksualnego, a 20,3% przyznało się do nadużycia przemocy fizycznej na ostatnich pięciu dyżurach [19]. Inne badania przeprowadzone w 25 prowincjach Turcji, w których udział w nich wzięło 1300 członków personelu medycznego wykazały, że 86,8% respondentów było narażonych na formy agresji werbalnej, psychicznej lub fizycznej przynajmniej raz. 23,7% respondentów stwierdziło, iż byli narażeni na agresję fizyczną w roku ubiegłym, natomiast 98,3% badanych osób narażonych było na agresję słowną w ubiegłym roku. Biorąc pod uwagę płeć, znacznie częściej mężczyźni przejawiają akty agresji 68,33%, kobiety natomiast 31,67% [20]. 71% pracowników ochrony zdrowia zadeklarowało narażenie na agresję werbalną, a 38% na agresję fizyczną, w ciągu ostatniego roku. Ponadto 4,0% incydentów agresji zakończyło się poważnymi uszczerbkami na zdrowiu. Według innego badania dotyczącego wypadków nagłych 91,6% personelu pielęgniarskiego zostało narażonych na przemoc werbalną, a 19,7%

na przemoc fizyczną w ubiegłym roku [21]. W badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych 78,0% lekarzy pogotowia ratunkowego doświadczyło co najmniej jednego incydentu przemocy w minionym roku, 75,0% zgłosiło przejawy agresji werbalnej, a 21,0% agresji niewerbalnej. W badaniu przekrojowym 36,4% respondentów zadeklarowało doświadczenie agresji werbalnej lub fizycznej w miejscu pracy. 29,8% przebadanych pracowników padło ofiarą przemocy słownej, 15,9% doświadczyło przemocy fizycznej, a 9,9% podło ofiarą przemocy seksualnej. Pracownicy medyczni w znacznie wyższym stopniu narażeni byli na przemoc w ośrodkach psychiatrycznych oraz oddziałach intensywnej terapii [22]. Według World Medical Association coraz częściej zostają zgłaszane przypadki ataku na personel medyczny z powodu obaw, że są oni źródłem zakażenia SARS-CoV-2. W Indiach odnotowano najwięcej przypadków, pracownicy ochrony zdrowia są dyskryminowani oraz atakowani fizycznie. Incydenty były także zgłaszane na całym świecie, m.in.: we Francji, Meksyku, Turcji, Wielkiej Brytanii, Australii oraz Stanach Zjednoczonych [23]. Wiele krajów zgłosiło przypadki agresji na pracownikach ochrony zdrowia, a niektóre są w szczególności dotknięte owym problemem [24].

Agresja wobec pracowników służby zdrowia jest problemem globalnym, dotyczy personelu medycznego na całym świecie.

■ Wnioski

Ankietowane pielęgniarki najczęściej spotykały się z agresją w postaci wyzwisk, obelg, wulgarnego słownictwa.

Pacjenci wykazują przejawy agresji podczas wykonywania przez personel toalety ciała lub zmiany pozycji ułożeniowej.

Nie wykazano, by staż pracy badanych znacząco różnicował opinię o poziomie wiedzy personelu medycznego na temat postępowania z pacjentem agresywnym.

Poziom wykształcenia respondentów nie miał wpływu na samoocenę poziomu wiedzy o postępowaniu wobec agresywnego pacjenta.

Bibliografia

1. Pelto-Piri V., Warg L.E., Kjellin L.: Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: a critical incident technique analysis of staff descriptions, *BMC Health Serv Res*, 2020; 20(1): 362. doi: 10.1186/s12913-020-05239-w. PMID: 32336265; PMCID: PMC7184692.
2. Plaszczyńska-Żywko L., Podstawa M., Milan H., Wojnar-Gruszka K., Sega A.: Occurrence of patients' aggressive behaviours towards nurses and paramedics, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2019; 27: 144–148. 10.5114/ppiel.2019.92535.
3. Żywucka-Kozłowska E., Szczechowicz A., Rzeczkowska K.: *Problemy współczesnego świata. Zagadnienia wybrane*, Kortowski Przegląd Prawniczy Monografie, 2018: 27–34.
4. Lickiewicz J., Nag T., Ravnanger C., Jagielski P., Makara-Studzińska P.: The Perception of aggression towards the medical personnel of psychiatric wards in Poland and in Norway – a comparative analysis, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2019; 3: 61–70. DOI: 10.12740/APP/110698

5. Adeniyi O.V., Puzi N.: Management approach of patients with violent and aggressive behaviour in a district hospital setting in South Africa, *S Afr Fam Pract* (2004), 2021; 63(1): 1–7. doi: 10.4102/safp.v63i1.5393. PMID: 34797099; PMCID: PMC8603198.
6. Bauer J.: Granica bólu. O źródłach agresji i przemocy, *Dobra Literatura*, 2015: 53, 238–239.
7. Kliś A.: Profilaktyka agresji i przemocy u pacjentów w ośrodkach dializ, *Forum Nefrologiczne*, 2011, 4(2): 177–178.
8. Tworus R., Ilnicki S., Szymańska S.: Agresja, przemoc, przestępstwo – przyczyny i korelacje, *Lekarz Wojskowy*, 2016; 94(2): 175.
9. Christie W., Jones S.: Lateral Violence in Nursing and the Theory of the Nurse as Wounded Healer, *The Online Journal of Issues in Nursing*, 2015: 6.
10. Lickiewicz J., Sałapa K., Musiał Z., Dzikowska M.: Agresja wobec personelu medycznego w ocenie studentów pielęgniarstwa – propozycja narzędzia, *Wyd. Via medica*, 2017: 89.
11. Christie W., Jones S.: Lateral Violence in Nursing and the Theory of the Nurse as Wounded Healer, *The Online Journal of Issues in Nursing*, 2015: 6.
12. Lickiewicz J., Piątek J.: Doświadczanie agresji w pracy pielęgniarzkiej, *Sztuka Leczenia*, 2014; 12: 3–4.
13. Lickiewicz J., Sałapa K., Musiał Z., Dzikowska M.: Skala postrzegania agresji wobec personelu (POAS) – doniesienie wstępne, *Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*, 2018: 79.
14. Kowalczyk K., Krajewska-Kułał E.: Wybrane problemy zdrowotne i zawodowe pracowników ochrony zdrowia, *Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*, 2019; 1: 33.
15. Siemienicki B., Wiśniewska-Nogaj L., Kwiatkowska W.: Agresja – zjawisko, skutki, zapobieganie. Perspektywa pedagogiki kognitywistycznej, psychoprofilaktyki oraz edukacji moralnej, *Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu*, 2020: 32.
16. Drabek M., Merecz D., Mościcka A.: Skala narażenia na agresję w miejscu pracy pracowników służby zdrowia i sektora usług, *Medycyna Pracy*, 2007; 58: 300.
17. Mroczek B., Mormul J., Kotwas A., Szkup M., Kurpas S.: Agresja pacjentów wobec pracowników służby zdrowia, *Prog Health Sci*, 2014; 4: 67.
18. Viottini E., Politano G., Fornero G., et al.: Determinants of aggression against all health care workers in a large-sized university hospital, *BMC Health Serv Res*, 2020; 20: 215. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05084-x>
19. Stevenson K.N., Jack S.M., O'Mara L., et al.: Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study, *BMC Nurs*, 2015; 14: 35. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0079-5>
20. Atman H., Aba G.: Violence against health care workers. A retrospective study, *Int. J. of Health Science Research and Policy*, 2016; 1: 6.
21. Pinar T., Acikel C., Pinar G., Karabulut E., Saygun M., Bariskin E., Guidotti T.L., Akdur R., Sabuncu H., Bodur S., Egri M., Bakir B., Acikgoz E.M., Atceken I., Cengiz M.: Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study, *J Interpers Violence*, 2017; 32(15): 2345–2365. doi: 10.1177/0886260515591976. Epub 2015 Jun 28. PMID: 26124224.
22. Vento S., Cainelli F., Vallone A.: Violence Against Healthcare Workers: A Worldwide Phenomenon With Serious Consequences, *Front Public Health*, 2020; 8: 570459. doi: 10.3389/fpubh.2020.570459. PMID: 33072706; PMCID: PMC7531183.

23. Jia H., Fang H., Chen R., Jiao M., Wei L., Zhang G., Li Y., Wang Y., Wang Y., Jiang K., Li J., Jia X., Ismael O.Y., Mao J., Wu Q.: Workplace violence against healthcare professionals in a multiethnic area: a cross-sectional study in southwest China, *BMJ Open*, 2020; 10(9): 037464. doi: 10.1136/bmjopen-2020-037464. PMID: 32907902; PMCID: PMC7482505.
24. Hu H., Gong H., Ma D., Wu X.: Association between workplace psychological violence and work engagement among emergency nurses: The mediating effect of organizational climate, *PLoS One*, 2022; 17(6): 0268939. doi: 10.1371/journal.pone.0268939. PMID: 35648797; PMCID: PMC9159547.

15. Marginalizacja społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi

Social marginalization of people with mental disorders

Alicja Kłos^{1,a}, Irena Brukwicka^{1,b}, Iwona Dudzik^{2,c}, Paulina Romanik³

¹Institut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

²Institut Humanistyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

³Absolwent Collegium Masoviense Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie

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

^b <https://orcid.org/0000-0002-2213-702X>

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

■ Abstrakt

Wstęp: Pojęcie marginalizacji jest problemem współczesnego świata. Dotyka jednostek, grup społecznych i całych państw, przybierając różne formy. Zjawisko, nad którym do tej pory przeprowadzono wiele badań, jest wciąż aktualne. Obecnie nauka na wielu płaszczyznach stara się pogłębić wiedzę na ten temat. Człowiek na różnych etapach życia uczestniczy jednocześnie w różnych środowiskach i w różnych kręgach organizacji społecznej, angażuje się w różne interakcje w tym samym czasie, jest zależny od wpływów zamierzonych i niezamierzonych. Bardzo powszechne w społeczeństwie jest postrzeganie osoby chorej psychicznie przez pryzmat wyłącznie jej choroby, przy jednoczesnym ignorowaniu cech, które ta osoba reprezentuje poza swoją chorobą. Na pierwszy plan wysuwa się choroba psychiczna, która definiuje daną osobę. Budzi to w ludziach lęk i niepewność, co sprzyja wzmocnieniu negatywnych opinii o osobach z chorobami psychicznymi. Lęk wobec osób z chorobami psychicznymi, dla osób bez wiedzy psychiatrycznej, jest czymś "naturalnym".

Cel badań: Celem badań było zbadanie świadomości społecznej w zakresie marginalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Materiał i metody: Badaniem objęto 112 osób, z czego 60% respondentów stanowiły kobiety, a 40% to mężczyźni. Badanie zostało przeprowadzone anonimowo za zgodą respondentów. Narzędziem badawczym zastosowanym w badaniu był autorski kwestionariusz ankiety. Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny.

Wyniki: Z badania wynika, że największym problemem jest brak wiedzy w zakresie chorób psychicznych, aż 67% respondentów przyznało, że chciałoby

ją pogłębić. Kolejnym problemem jest to, że temat chorób psychicznych w Polsce wciąż jest tabu. Respondenci uważają problem marginalizacji osób z chorobami psychicznymi za ważny, ale nie podejmują żadnych działań, aby mu zapobiec. Największym problemem dla osób z chorobami psychicznymi jest ich samotność i izolacja. Respondenci najczęściej czują się zakłopotani w kontaktach z osobami chorymi psychicznie. Osoby chore często postrzegane są jako niebezpieczne, chcące wyrządzić krzywdę innym.

Wnioski: W Polsce potężnym problemem jest marginalizacja społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi. Brak wiedzy, a często także brak możliwości jej pogłębienia powoduje, że zarówno chorzy izolują się od społeczeństwa, jak i społeczeństwo świadomie dąży do izolacji chorych. Aby zmienić tę sytuację najbardziej potrzebna jest interwencja osób publicznych oraz organizacji zarówno rządowych jak i pozarządowych.

Słowa kluczowe: choroba psychiczna, marginalizacja, stygmatyzacja, społeczeństwo.

■ Abstract

Introduction: The concept of marginalization is a problem of the modern world. It affects individuals, social groups and entire countries, taking various forms. The phenomenon, on which a lot of research has been conducted to date, is still relevant. Currently, science on many levels is trying to deepen the knowledge of this subject. A person at different stages of life participates simultaneously in different environments and in different circles of social organization, engages in different interactions at the same time, depends on intended influences and unintended ones. It is very common in society to view a mentally ill person through the prism of his illness alone, while ignoring the qualities that this person represents outside of his illness. What comes to the forefront is the mental illness that defines a person. This arouses fear and insecurity in people, which promotes the reinforcement of negative opinions about people with mental illnesses. Anxiety toward people with mental illness, for those without psychiatric knowledge, is something "natural."

Aim of the study: The purpose of the study was to investigate public awareness of the marginalization of people with mental disorders.

Materials and methods: The survey covered 112 people, of whom 60% of the respondents were women and 40 were men. The survey was conducted anonymously with the consent of the respondents. The research tool used in the study was the author's questionnaire. The research method used was a diagnostic survey.

Results: The survey found that the biggest problem is a lack of knowledge in the field of mental illness, and as many as 67% of respondents admitted that they would like to deepen it. Another problem is that the topic of mental illness in Poland is still taboo. Respondents consider the problem of marginalization of people with mental illnesses to be important, but do not take any action to prevent it. The biggest problem for people with mental illness is their loneliness and isolation. Respondents most often feel embarrassed when interacting with mentally ill people. Sick people are often seen as dangerous, wanting to do harm to others.

Conclusions: In Poland, social marginalization of people with mental disorders is a powerful problem. Lack of knowledge, and often a lack of opportunities to deepen it, cause both the sick to isolate themselves from society, and society consciously seeks to isolate the sick. The intervention of public figures and both governmental and non-governmental organizations is most needed to change this situation.

Keywords: mental illness, marginalization, stigma, society.

■ Wstęp

Marginalizacja w dużej mierze zakłada deficyt praw statusowych przyznawanych jednostkom lub całym grupom społecznym. Charakteryzuje się ograniczeniem uczestnictwa w określonym systemie społecznym i ograniczeniem dostępu do jego podstawowych instytucji, tj. rynku konsumpcyjnego, rynku pracy, systemu instytucji wymiaru sprawiedliwości, systemu gwarancji socjalnych czy edukacji. Marginalizacja może wynikać z życia w określonych warunkach kulturowych i społecznych. Tymczasem skutkuje ona brakiem motywacji do inicjowania działań mających na celu zmianę zaistniałej sytuacji [1]. Jest to więc cykl, który często działa na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Marginalizacja określa zarówno stan rzeczy jak i proces, który go powoduje. Osoby z zaburzeniami psychicznymi należą do grup najbardziej narażonych na marginalizację i stygmatyzację ze strony społeczeństwa. Na swojej drodze napotykają szereg nadużyć społecznych, w tym wiele przeszkód związanych m.in. z zapewnieniem profesjonalnej opieki zdrowotnej, bezrobociem, trudnościami finansowymi i dyskryminacją. W pojedynkę nie jesteśmy w stanie spowodować, aby nasze życie przebiegało dokładnie tak, jak chcemy, zgodnie z naszymi preferencjami. To, jak funkcjonujemy, jest w dużej mierze kreowane przez globalną wizję jednostki. Marginalizacja i wykluczenie osób zmagających się z chorobami psychicznymi związane jest z tym, że społeczność ma problem z akceptacją inności. Badania socjologiczne pokazują, że dystans wobec tego typu choroby jest jednym z najbardziej negatywnych zjawisk, które utrwalają niedostosowanie społeczne. Marginalizacja to nie tylko fakt społeczny związany z określonymi warunkami życia, to także wewnętrzna akceptacja tych warunków. Mimo, że wiedza o zaburzeniach psychicznych na całym świecie wciąż rośnie, stopień stygmatyzacji tych osób nie zmienia się, a w niektórych przypadkach można nawet odnotować jego pogłębienie. Większość osób z zaburzeniami psychicznymi, odczuwa lęk przed wizytą u specjalisty, co skutkuje brakiem odpowiedniej pomocy medycznej. Przyczyn tego zjawiska jest wiele. Jednym z podstawowych powodów jest brak odpowiedniej edukacji społeczeństwa w tym kierunku. Innymi przyczynami są uprzedzenia wobec osób chorych psychicznie powstałe na przestrzeni wielu pokoleń wstecz, co skutkuje również jawną dyskryminacją osób chorych psychicznie [2].

Bardzo powszechne w społeczeństwie jest postrzeganie osoby chorej psychicznie przez pryzmat wyłącznie jej choroby, przy jednoczesnym ignorowaniu cech, które ta osoba reprezentuje poza swoją chorobą. Na pierwszy plan wysuwa się choroba psychiczna, która definiuje daną osobę. Budzi to w ludziach lęk i niepewność, co sprzyja wzmocnieniu negatywnych opinii o osobach z chorobami psychicznymi. Lęk wobec osób z chorobami psychicznymi, dla osób bez wiedzy psychiatrycznej,

jest czymś "naturalnym". Przerza ich pozorna nieprzewidywalność i możliwość spowodowania przez chorych zagrożenia [3]. Ze względu na brak dostatecznej edukacji na temat chorób psychicznych oraz stereotypy przypisywane osobom chorym psychicznie, często sami chorzy wycofują się ze społeczeństwa, obawiając się bycia ocenianym. Nie dają też szansy społeczeństwu, by postrzegało ich inaczej, przez co zamykają koło, tworząc stereotypy. Sytuację tę obrazuje model błędnego koła stygmatyzacji - stygmatyzacja stwarza warunki do dyskryminacji, która powoduje poczucie niższości u chorych, co ostatecznie prowadzi do wycofania się z życia społecznego, pogorszenia stanu zdrowia. Jedną z głównych przyczyn stygmatyzacji osób chorych psychicznie jest ich wizerunek przedstawiany w mediach.

Przykładem przedstawienia osoby chorej psychicznie jest Anders Breivik, który dokonał z zimną krwią zabójstwa 69 osób. Pięć lat później media doniosły, że inny zaburzony psychicznie młody człowiek, zainspirowany czynem Breivika, próbował zamordować jak najwięcej osób w centrum handlowym w Monachium [1].

Do stygmatyzacji, a tym samym marginalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi przyczynia się również brak nauczania o zdrowiu psychicznym w szkołach oraz niewystarczająco przeszkoleni w tym zakresie pedagodzy. W związku z brakiem edukacji w wyżej wymienionym obszarze, dzieci czerpią swoją wiedzę z mediów, od członków rodziny lub od innych rówieśników. Z tego powodu nie są w stanie przypisać niepokojących objawów u siebie lub rówieśników wskazujących na problemy ze zdrowiem psychicznym. Dziecko, które zachowuje się inaczej niż jego rówieśnicy, jest często przez nich wyśmiewane lub po prostu wykluczane i ignorowane [4]. Osoby chore psychicznie często ocierają się o dyskryminację, zarówno prawną jak i społeczną. Ogranicza się im dostęp do równego traktowania przez prawo i takiego samego korzystania z usług, edukacji, jak osobom zdrowym. Przejawia się to w wykluczeniu zarówno przez jednostki, jak i przez większe grupy społeczne [2]. Przejawów marginalizacji jest wiele, począwszy od ograniczeń w kręgu rodzinnym, jak i przez samo społeczeństwo, po aspekty prawne, które ograniczają dostęp do równego traktowania. Kluczowe znaczenie ma tu jednak fakt, że na wykluczenie wpływa przede wszystkim społeczeństwo, które wyklucza osoby chore w każdym aspekcie swojego życia publicznego [5].

Można więc powiedzieć, że marginalizacja osób chorych psychicznie to błędne koło tworzone przez chorych, ich rodziny i społeczeństwo. Poprzez braki w edukacji i brak systemu wystarczająco dostosowanego do potrzeb osób chorych psychicznie, chorzy nie mają szans na dobry zarobek. Często oznacza to również, że nie mają dostępu do dobrze wykwalifikowanych specjalistów, a następnie często sami odchodzą ze społeczeństwa, przez co są postrzegani jako margines. Takie wycofanie sprawia, że społeczeństwo nie wie, kto jest odpowiedzialny za chorobę.

Cel badań: Celem badań było zbadanie świadomości społecznej w zakresie marginalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Materiał i metody: Badaniem objęto 112 osób, z czego 60% respondentów stanowiły kobiety, a 40 % to mężczyźni. Badanie zostało przeprowadzone anonimowo za zgodą respondentów. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz autorski kwestionariusz ankiety. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

■ Wyniki

Jak wynika z badania, najczęstszymi problemami, z jakimi borykają się osoby z zaburzeniami psychicznymi, są izolacja społeczna, samotność (80,4%). Dzieje się tak dlatego, że osoby chore izolują się od reszty społeczeństwa, ponieważ boją się, że zostaną przez nie ocenione w negatywny sposób. W dalszej kolejności respondenci wskazali na brak akceptacji i pomocy ze strony rodziny i otoczenia (64,3%), co spowodowane jest tym, że zarówno rodzina, jak i otoczenie często nie posiadają wystarczającej wiedzy na temat chorób psychicznych, z powodu której starają się unikać takich osób. W przypadku zwiększonego ryzyka samobójstwa (64,3%) powodem jest to, że osoby chore często są niezrozumiane przez resztę społeczeństwa, czują się bezradne i nie potrafią sobie poradzić. Respondenci wskazywali również na gorszą jakość życia (53,6%), ograniczony dostęp do ważnych zasobów i usług (49,1%) oraz brak uczestnictwa jednostek i grup w ważnych sferach/aspektach życia społecznego (46,4%). Wszystkie te problemy są ze sobą powiązane, a brak odpowiedniego dostępu do ważnych zasobów i uczestnictwa w ważnych aspektach życia przyczynia się do ogólnie gorszej jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi (Tab.1).

Tab. 1. Postrzeganie ludzi z zaburzeniami psychicznymi

Postrzeganie ludzi z zaburzeniami psychicznymi						
	Izolują się/ są samotni	Nie są akceptowani i nie otrzymują pomocy ze strony rodziny i bliskich	Są bardziej narażeni na popełnienie samobójstwa	Prowadzą gorszą jakość życia	Mają ograniczony dostęp do niektórych usług i zasobów	Nie uczestniczą w ważnych wydarzeniach społecznych
%	80%	64%	64%	54%	49%	46%
N	50	72	72	60	55	52

$$\chi^2=0,005; p=0,9446$$

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tab. 2. Wykształcenie a postrzeganie osób chorych psychicznie

Postrzeganie	Wykształcenie			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Izolacja społeczna, samotność	19%	14%	19%	19%
N	21	16	21	21
Ubóstwo, bieda	5%	3%	2%	5%
N	6	3	2	6
Brak akceptacji i pomocy ze strony rodziny i otoczenia	14%	10%	15%	16%
N	16	11	17	18

Wykształcenie \ Postrzeżenie	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Problemy psychiczne	14%	7%	8%	7%
N	16	8	9	8
Gorsza jakość życia	15%	17%	12%	12%
N	17	19	13	13
Obniżenie statusu ekonomicznego	5%	3%	6%	5%
N	6	3	7	6
Ograniczenie dostępu do ważnych zasobów i usług (np. pracy, edukacji, opieki medycznej)	5%	10%	13%	11%
N	6	11	15	12
Zwiększone ryzyko samobójstwa	14%	15%	14%	16%
N	16	17	16	18
Brak uczestnictwa jednostek i grup w ważnych sferach/aspektach życia społecznego	9%	21%	11%	9%
N	10	24	12	10
Ogółem	100%	100%	100%	100%

$$\chi^2=1,205 \text{ p}=0,5473$$

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Na poziomie istotności 0,05 można stwierdzić, że istnieje związek między wykształceniem a postrzeżeniem.

Tab. 3. Wiek a postrzeżenie osób chorych psychicznie

Wiek \ Postrzeżenie	<25	25-44	44-65	>65
Izolacja społeczna, samotność	19%	23%	17%	10%
N	21	26	19	11
Ubóstwo, bieda	3%	3%	4%	13%
N	3	3	4	15
Brak akceptacji i pomocy ze strony rodziny i otoczenia	15%	18%	12%	9%
N	17	20	13	10
Problemy psychiczne	9%	8%	9%	14%
N	10	9	10	16
Gorsza jakość życia	13%	13%	15%	11%
N	15	15	17	12

Postrzeganie	Wiek			
	<25	25-44	44-65	>65
Obniżenie statusu ekonomicznego	5%	4%	7%	20%
N	6	4	8	22
Ograniczenie dostępu do ważnych zasobów i usług (np. pracy, edukacji, opieki medycznej)	6%	5%	9%	10%
N	710	6	10	11
Zwiększone ryzyko samobójstwa	16%	17%	15%	0%
N				
Brak uczestnictwa jednostek i grup w ważnych sferach/ aspektach życia społecznego	14%	9%	12%	13%
N	16	10	13	15
Ogółem	100%	100%	100%	100%

$$\chi^2=0,215; p=0,6428$$

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Na poziomie istotności 0,05 możemy przyjąć, że nie ma zależności między wiekiem a postrzeganiem.

Tab. 4. Czynniki ryzyka zwiększające bycie marginalizowanym przez osoby chore psychicznie

Czynniki ryzyka zwiększające bycie marginalizowanym przez osoby chore psychicznie			
Niewystarczająca edukacja	Środowisko w którym żyjemy	Własne przekonania	Wygląd/zachowanie osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi
81%	65%	46%	29%
91	73	52	32

$$\chi^2=0,341; p=0,5592$$

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Jak wynika z weryfikacji i analizy ankiet, respondenci najczęściej wskazywali na nieodpowiednie wykształcenie - 81%, środowisko, w którym żyjemy - 65% oraz własne przekonania - 46,% - jako czynniki zwiększające prawdopodobieństwo marginalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi (Tab. 4).

■ Dyskusja

Powoli zwiększa się wiedza społeczeństwa na temat różnych zaburzeń psychicznych, ale stopień marginalizacji i stygmatyzacji osób zmagających się z tymi zaburzeniami jest nadal bardzo wysoki [6]. Głównym problemem badawczym w tym badaniu była odpowiedź na pytanie, co powoduje marginalizację społeczną osób z różnymi zaburzeniami. Na postawę ludzi zdrowych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi duży wpływ ma doświadczenie badanych w kontaktach z osobami chorymi psychicznie. Niezmiernie istotnym elementem jest promowanie zdrowia psychicznego w tym zapobieganie depresji, inspirowanie zainteresowań i praca nad poczuciem własnej wartości [15]. Dlatego też, w badaniach własnych pytano respondentów, czy znają osoby z zaburzeniami psychicznymi. Większość osób zadeklarowała, że zna takie osoby, tylko 16,1% badanych zaznaczyło odpowiedź "nie". Wśród osób, które osobiście znają osoby z zaburzeniami psychicznymi, 45,5% wskazało, że był to ktoś z bliskich znajomych. Dla 35,7% był to ktoś z dalszej znajomości. Osoby, które wskazały siebie stanowiły 22,3%. Tymczasem w badaniach przeprowadzonych przez CBOS pt. Polacy wobec chorób psychicznych i chorých psychicznie stwierdzono, że ponad 50% respondentów miało bezpośredni kontakt z chorymi psychicznie, prawie jedna piąta miała z nimi kontakt jedynie za pośrednictwem mediów lub literatury, a ponad jedna czwarta nie miała w życiu kontaktu z chorymi psychicznie [7]. W artykule "Postawy społeczne wobec osób chorych psychicznie" wskazano, że uczestnicy badania zdecydowanie rzadko mieli bezpośredni kontakt z osobami chorymi psychicznie w swoim codziennym życiu (42,5%). Wielu respondentów nie potrafiło sobie przypomnieć, czy kiedykolwiek miało kontakt z osobami chorymi (17,5%) [8].

Kolejnym zagadnieniem poruszonym w badaniach własnych było poznanie opinii respondentów na temat problemów, z jakimi borykają się osoby z zaburzeniami psychicznymi. Według badanych najczęstszymi problemami, z którymi borykają się osoby z zaburzeniami psychicznymi są: izolacja społeczna, samotność (80,4%), brak akceptacji i pomocy ze strony rodziny i otoczenia (64,3%), zwiększone ryzyko samobójstwa (64,3%), gorsza jakość życia (53,6%), ograniczony dostęp do ważnych zasobów i usług (49,1%) oraz brak uczestnictwa jednostek i grup w ważnych sferach/aspektach życia społecznego (46,4%). Określając cechy osób z zaburzeniami psychicznymi i problemy, z jakimi się borykają, należy przytoczyć badania przeprowadzone przez CBOS, z których wynika, że prawie połowa badanych (45%) twierdzi, że osoby z zaburzeniami psychicznymi prawie zawsze zachowują się w sposób nieinteligentny. Nieco mniejsza liczba osób jest zdania, że chorzy prawie zawsze mówią coś "na wyrost" (43%), mają zaniedbany wygląd lub higienę (42%), a także charakteryzują się przejawami lęku (41%) [7]. Kolejny sondaż, również przeprowadzony przez CBOS na ten sam temat zaledwie trzy lata później, pokazuje następujący rozkład wyników: osoby z zaburzeniami psychicznymi prawie zawsze zachowują się w sposób niezrozumiały (38%), mówią "od rzeczy" (38%), a także wykazują lęk (36%). Ponadto dość często stwierdzano, że osoby te mają zaniedbany wygląd lub niedostateczną higienę (34%), boją się bez powodu (31%), nie kontrolują tego, co robią (27%) oraz słyszą różne nieokreślone głosy (26%) [9].

Z badań własnych wynika, że w kontaktach z osobami chorymi psychicznie osoby zdrowe najczęściej odczuwają zakłopotanie (78,6%) współczucie (54,5%),

strach (52,7%) i ciekawość (43,8%). Ponadto respondenci wskazywali na takie uczucia jak: bezradność (39,3%), wstręt (17,9%), obojętność (15,2%), pogardę (8%), życzliwość (8%), sympatię (3,6%) i szacunek (3,6%). Jak wynika z badań CBOS respondenci, w sytuacji bezpośredniego kontaktu z osobą chorą psychicznie najczęściej odczuwają współczucie (57%), zakłopotanie (52%), bezradność (38%), strach (37%) oraz litość (34%) [7]. Z kolei inne badanie podejmujące tę samą tematykę wskazało, że niemal co drugi badany, wchodząc w interakcję z osobą z zaburzeniami psychicznymi, odczuwał lęk (46,9%) i współczucie (46,9%). Ponadto często odczuwano zakłopotanie (39,4%), bezradność (30,6%), strach, niepokój (23,1%). Najrzadziej badani wskazywali na śmiech (3,8%) i rozdrażnienie (6,9%) [8]. W artykule "Postawy mieszkańców Lublina wobec zaburzeń psychicznych i osób z zaburzeniami psychicznymi" najczęściej wyrażano przekonanie, że emocją odczuwaną wobec chorych psychicznie jest współczucie (77,1%). Duża liczba respondentów wskazała na zakłopotanie i zażenowanie w kontaktach z osobami chorymi psychicznie (67,3%), a także bezradność (59,5%), oraz strach (52,7%). Takie wyniki badań wskazują, że społeczeństwo ma wciąż zbyt małą wiedzę na temat chorób psychicznych [10]. Analiza badań własnych wykazała, że według 51,8% respondentów, choroby psychiczne raczej należą do grupy chorób wstydlivych, a 35,7% uważa, że zdecydowanie należą do wstydlivych. Tylko 3,6% stwierdziło, że choroby psychiczne nie należą do grupy chorób wstydlivych, a 2,7% że zdecydowanie nie. Wyniki podobnego pytania w ankiecie przeprowadzonej przez CBOC wskazują, że zdecydowana większość respondentów (76%) twierdzi, że choroby psychiczne są schorzeniami, które najczęściej ukrywa się przed innymi ludźmi, ponieważ są to choroby wstydlive [7]. W artykule M. Babickiego, K. Kotowicza, P. Piotrowskiego, et.al. pt. Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorych psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce wskazano, że 19% respondentów uważa, że choroba psychiczna jest powodem do wstydu [2].

Powyższe wyniki badań pokrywają się z badaniami przeprowadzonymi w 2012 roku przez CBOS, które również dotyczyły wstydlivych zaburzeń psychicznych, które są ukrywane przed innymi [11]. Blisko trzy czwarte respondentów potwierdza istnienie piętna wstydu związanego z chorobami psychicznymi, podkreślając istnienie stygmatyzacji i marginalizacji takich osób [12]. Z badań przeprowadzonych przez B. Jankowiak, D. Bujalską, D. Kondzior i in. wynika, że 54,1% respondentów uważa, że choroby psychiczne nie należą do chorób wstydlivych i nie należy ich ukrywać przed innymi ludźmi. Jednak prawie, co czwarty respondent (23,9%) uzależnia wstydlivość choroby psychicznej od jej rodzaju [8]. Według badań CBOS z 2012 roku 65% respondentów wskazało, że ma przychylny stosunek do osób z zaburzeniami psychicznymi. Jednak zdecydowana większość tych osób sprzeciwiłaby się, gdyby osoba chora psychicznie opiekowała się ich dzieckiem (79 proc.) lub była ich nauczycielem (71 proc.). Sprzeciw wobec tego, by taka osoba została lekarzem, wskazało 62% osób. Natomiast 59% badanych wyraziło sprzeciw, aby taka osoba została ich burmistrzem, a 46%, aby była ich przełożonym w pracy [13]. Ponadto z innego badania wynika, że 89,45% respondentów stwierdziło, że jako pracodawcy nie zatrudniliby w swojej firmie osób korzystających z pomocy psychiatrycznej [14]. Jeśli chodzi o przyczyny chorób psychicznych, to w badaniach własnych większość respondentów - 82,1% - wskazała jako przyczynę czynniki

biologiczne. W dalszej kolejności 29,5% wskazało na złe wybory osób cierpiących, a 24,1% na słabą osobowość. Takie przyczyny jak mechaniczne uszkodzenie mózgu wskazało 20,5%, natomiast narkotyki - 8,1%, traumę - 7,1%, karę - 5,4%, alkohol - 4,5%, a dzieciństwo - 0,9%. wśród badanych 8% osób wskazało odpowiedź "inne". Z kolei z innych badań wynika, że jako przyczyny chorób psychicznych respondenci najczęściej wskazywali traumatyczne przeżycia (80,6%), uwarunkowania genetyczne (77,4%), a także negatywne czynniki w okresie rozwoju płodowego (77,2%). Ponadto respondenci wskazywali na przyczyny związane z otoczeniem pacjenta - nieodpowiednie warunki bytowe (49,7%), a także zanieczyszczone środowisko (36,3%) [10].

■ Wnioski

Wiedza na temat zaburzeń psychicznych w społeczeństwie jest wciąż niewystarczająca. Aż 67% respondentów uważa, że posiada niewystarczający poziom wiedzy na ten temat i chciałoby ją pogłębić.

Tematy rozmów dotyczące marginalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi to wciąż temat tabu w naszym kraju.

Największym źródłem wiedzy o chorobach psychicznych jest Internet.

Zdecydowana większość respondentów uważa, że choroby psychiczne to choroby wstydlive.

Respondenci podkreślają, że problem marginalizacji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi jest ważny. Jednak, jak pokazują dalsze badania, nie pogłębiają swojej wiedzy na ten temat i nie rozmawiają o nim w najbliższym otoczeniu.

Przyczyną występowania marginalizacji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi jest niewystarczająca edukacja na ten temat.

Osoby zdrowe w kontakcie z osobami chorymi psychicznie najczęściej odczuwają zakłopotanie.

Największym problemem, z jakim borykają się osoby chore psychicznie, jest ich izolacja społeczna i samotność.

Najczęstszym stereotypem dotyczącym osób z zaburzeniami psychicznymi jest to, że są one niebezpieczne i chcą zrobić krzywdę innym.

Bibliografia

1. https://studiamedioznawcze.pl/Numery/2016_4_67/krawczynski.pdf
2. Babicki M., Kotowicz K., Piotrowski P., Stramecki F., Kobyłko A., Rymaszewska J.: Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce, *Psychiatr. Pol.*, 2018; 52: 93–102.
3. Świtaj P.: Rola diagnozy psychiatrycznej w procesie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi, *Post. Psychiatr. Neurol.*, 2014; 18(4): 377–386.
4. <https://www.ore.edu.pl/2020/11/uczen-z-zaburzeniami-psychicznymi-w-szkole/> [dostęp: 12.12.2021].
5. <https://liberte.pl/przejawy-wykluczenia-spolecznego/> [dostęp: 12.12.2021].
6. Schomerus G., Schwahn C., i in.: Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis, *Acta Psychiatr. Scand.*, 2012; 125: 440–452.
7. CBOS: Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie, 2005.

8. Jankowiak B., Bujalska D., Kondzior D., i.in.: Postawy społeczeństwa wobec osób chorych psychicznie [w:] Krajewska-Kułak A., Łukaszuk C. (red.): *W drodze do brzegu życia*, 2015; 13: 603–605.
9. CBOS: *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*, 2008.
10. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie: „Postawy mieszkańców Lubelszczyzny wobec zaburzeń psychicznych i osób z zaburzeniami psychicznymi”, 2013: 26–44.
11. Omyła-Rudzka M.: *Stosunek do osób chorych psychicznie*, CBOS, 2012.
12. Wciórka J.: *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie. Komunikat z badań*, CBOS, 2005.
13. CBOS: *Komunikat z badań: stosunku do osób chorujących psychicznie*, 2012.
14. Babicki M., Kotowicz K., i.in.: *Obszar stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce*, *Psychiatria Polska*, 2018; 52(1): 93.
15. Brukwicka I., Dudzik I., Kłos A., Twardak M.: *Zachowania i tendencje samobójcze w kontekście profilaktyki* [w] Rejman K., i.in. (red.): *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu, 2021; 9: 51.

16. Znaczenie empatii w opiece nad pacjentami w warunkach szpitalnych

The importance of empathy in caring for patients in the hospital setting

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

¹Absolwent Collegium Masoviense Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie

²Instytut Humanistyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

³Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

^a <https://orcid.org/0000-0001-6109-1880>

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

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

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

■ Abstrakt

Wstęp: Empatia jest powszechnym zjawiskiem w życiu codziennym. Szczególne miejsce zajmuje w opiece zdrowia. Jej wpływ jest nie tylko widoczny w relacjach międzyludzkich, ale przekłada się także na stan zdrowia chorych.

Cel pracy: Celem prezentowanego opracowania było określenie wpływu empatii na poprawę stanu zdrowia pacjentów w warunkach szpitalnych.

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone w listopadzie i grudniu 2021 roku. W ankiecie wzięło udział 115 pielęgniarek pracujących w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Leżajsku. Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariusza składającego się z 20 pytań. Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej.

Wyniki i wnioski: W opinii badanych empatia okazywana pacjentom przebywających w placówkach medycznych jest przez chorych odbierana jako pozytywne zjawisko. Większość pacjentów oczekuje zachowań empatycznych. U pracowników szpitalnych współodczuwanie zwiększa poczucie satysfakcji i efektywność pracy.

Słowa kluczowe: empatia, opieka, ochrona zdrowia.

■ Abstract

Introduction: Empathy is a common phenomenon in everyday life. It takes a special place in healthcare. Its impact can be seen not only in social relations, but it also affects patients health state.

The aim of the study: The aim was to determine empathy impact on patients' health state improvement in hospital environment.

Material and methods: The research was done in November and December 2021.

115 nurses working in the Independent Public Healthcare Complex in Leżajsk participated in the survey. It was conducted using a questionnaire consisting of 20 questions. The obtained results were statistically analysed.

Results and conclusions: According to the respondents' opinion, the empathy shown to patients staying at medical facilities is perceived by them as a positive aspect. Most patients are expecting empathetic behaviour. As it comes to medical workers, compassion increases the sense of satisfaction and work efficiency.

Keywords: empathy, care, health protection.

■ Wstęp

Empatia w jej szerokim znaczeniu jest jednym z głównych tematów, jakim zajmuje się psychologia i socjologia moralności. Jest ona bardzo głęboko zakorzeniona w życiu codziennym. To sprawia, że jej pozytywne skutki są niezauważalne. Ludzie bardzo łatwo przyzwyczajają się do zachowań empatycznych, dlatego w przypadku ich braku lub nieumiejętności w okazywaniu, życie społeczne ulega zaburzeniu. Empatia „wciśnięta” jest w nasze życie tak mocno, że obecna jest na każdym poziomie naszego funkcjonowania. Szczególnie ważna i potrzebna jest w sytuacjach trudnych i kryzysowych. Zachowania empatyczne powodują wzmocnienie i zwiększają skuteczność podejmowanych działań. W świecie współczesnym, gdzie obecna jest komercjalizacja, konsumpcjonizm i dążenie do swoich celów bez skrępowań, obecność empatii powoduje, że drugi człowiek staje się bliższy. To, kim jest i to co czuje, jest tak samo ważne. Dlatego okazywanie empatii w relacji personel medyczny – pacjent nabiera szczególnego znaczenia, i ma szczególną rolę do spełnienia w procesie powrotu do zdrowia. Pod pojęciem empatii rozumiemy umiejętność do wczuwania się, rozumienia tego, co ktoś myśli i czuje. Jest to spoglądanie na jakąś trudność, problem oczami drugiej osoby. Możliwe jest zrozumienie jej obaw, motywacji postępowania i przyczyn podejmowanych decyzji [1]. Empatia jest ciągle poddawana badaniom, aby ją poprawnie określać i definiować. Każda z nauk ocenia ją pod innym kątem. Wydaje się, że w naukach medycznych zajmuje ona specjalne miejsce, a w szczególności ma zastosowanie w praktyce. Współcześni pacjenci oczekują od służby zdrowia nie tylko skupienia na ich fizyczności i leczenia chorób ciała. Potrzebują niejednokrotnie wsparcia psychicznego, pomniejszającego ich niepokoje i obawy. Na poprawę zdrowia cierpiącego ma wpływ nie tylko właściwa pielęgnacja czy dobre lekarstwo, ale równie ważna jest atmosfera i postawa otaczających osób [2].

Zawody medyczne to szczególny rodzaj profesji, gdzie oprócz wysokich kwalifikacji, ciągłych szkoleń i podnoszenia kompetencji zawodowych, istotne znaczenie mają określone cechy charakteru i postawy. Praca z drugim człowiekiem, zwłaszcza chorym i cierpiącym, wymaga zaangażowania, chęci wychodzenia naprzeciw innym ludziom, współczucia, życzliwości i cierpliwości. Pielęgniarstwo jest zawodem gdzie bezinteresowna pomoc i empatia spełniają bardzo ważne zadanie. Ich rolą jest niesienie wsparcia, dodawanie otuchy i nadziei.

Żyjący na przełomie XIX i XX w. lekarz, filozof i działacz społeczny Władysław Biegański podkreślał, że „...medycyna urodziła się z niedoli, a jej rodzicami

chrzestnymi byli miłosierdzie i współczucie. Bez pierwiastka filantropijnego medycyna byłaby najpospolitszym, a może wstrętnym nawet rzemiosłem". Według tych słów szczególne znaczenie mają pomoc pełna altruizmu i towarzyszenie w niedoli. Autor ten uważał, że przyszli medycy, już na etapie szkolnym powinni być uczeni współczucia, poczucia obowiązku i traktowania człowieka podmiotowo. Te podstawowe cechy niosące pozytywne emocje nazywane są empatią i współodczuwaniem. Przyjmując postawę przepełnioną empatią kierujemy naszą uwagę na uczucia i potrzeby innych ludzi [3]. Uważa się powszechnie, że pielęgniarki, lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia powinni wykazywać się wysokim poziomem empatii, ponosząc pełną odpowiedzialność za efekt świadczonej opieki zdrowotnej [4]. Pracują oni bowiem ciągle z ludźmi w ich trudnym momencie życia, często u schyłku egzystencji, zwracając uwagę na ich często nietypowe potrzeby [5]. Empatia jest konieczna w procesie leczenia, pielęgnowania, czy niesienia opieki choremu. Jest niezbędnym elementem sukcesu terapeutycznego. Od personelu medycznego wymaga wysiłku i zaangażowania. Fundamentem w komunikacji z pacjentem jest empatyczne podejście i próba zrozumienia osoby chorej. Motywuje ona także pacjenta do rozwoju własnego, samoopieki i chęci powrotu do zdrowia. Daje choremu poczucie godności i poszanowania go jako człowieka. Zespół terapeutyczny traktując pacjenta z empatią musi znaleźć tzw. „złoty środek”. Zdarza się bowiem, że chorzy mają wygórowane żądania. Oczekują rzeczy niemożliwych, a ich postępowanie jest życzeniowe i niejednokrotnie roszczeniowe. Personel medyczny powinien wykazać się wtedy opanowaniem i cierpliwością, bowiem od przedstawicieli tego zawodu wymaga się wysokiego poziomu moralnego [6]. Nie należy krytykować poglądów chorego, tylko skupić się na wykonywaniu swoich czynności, mających na celu pomoc pacjentowi. Według przebywających w szpitalu wyznacznikiem dobrej opieki jest poszanowanie ich godności i respektowanie praw, a nie tylko sam pobyt w placówce ochrony zdrowia, wykonywanie badań i otrzymywanie lekarstw. Skupienie na chorym jako całości z jego problemami natury fizycznej i psychicznej, pozwala na holistyczne podejście do pacjenta [7].

W dzisiejszym mocno zabieganym i skomercjalizowanym świecie empatia zajmuje szczególne miejsce. Chorzy potrzebują od personelu medycznego nie tylko profesjonalizmu, umiejętności zawodowych, ale także wrażliwości empatycznych [1]. Współodczuwanie jest cechą bardzo pożądaną społecznie. Dzięki niej buduje się podstawowe relacje międzyludzkie. Empatia uważana jest za fundament do budowania prawidłowej więzi między chorym, a terapeutą. To właśnie dzięki niej tworzy się nić porozumienia. Pacjent czuje się ważny i zrozumiany, a terapeuta zdobywa zaufanie u współrozmówcy. Pielęgniarstwo jest zawodem, gdzie kontakt z pacjentem odgrywa podstawowe zadanie. Zachowania empatyczne i wychodzenie naprzeciw drugiego człowieka, przyczyniają się do poznania chorego i jego problemów. Szczególne znaczenie w relacji pacjent – personel medyczny ma także zauważenie samego siebie, swoich ograniczeń i mocnych stron. Pozwala to lepiej wykorzystać własny potencjał i służyć innym [8].

■ Rozwinięcie

Praca w zakładach opieki zdrowia wymaga od personelu medycznego kontaktu z różnymi ludźmi. Każdy jest na swój sposób inny. Każdy ma swoje

oczekiwania od współrozmówcy. Będąc w trudnej sytuacji jaką są problemy zdrowotne, chorzy mają nadzieję na pomoc fachowej kadry szpitalnej. Pacjenci potrzebują przewodnika po nieznanym dla nich systemie zdrowotnym, aby terapia była dla nich osiągalna i pomocna. Ludzie cierpiący chcą być wysłuchani, zrozumiani, nieosądzani, by ich emocje były wzięte pod uwagę. Już samo wystąpienie choroby czy pobyt w szpitalu jest sytuacją trudną i obciążającą. Dlatego wsparcie i współtowarzyszenie w tym czasie osób, które służą pomocą, dobrym słowem czy zrozumieniem sprawia, że powrót do zdrowia staje się łatwiejszy. Kontakt z chorym powinien być nieprzypadkowy i fachowy. Powinien odbywać się spokojnie bez pośpiechu i zniecierpliwienia. Pacjent powinien czuć się ważny i zaopiekowany [9]. W procesie terapeutycznym więcej korzyści i szybszy poziom zdrowienia osiągnie chory, w przypadku gdy personel medyczny podchodzi do niego ze zrozumieniem i większą empatią. Współodczuwanie okazywane chorym znacznie zmniejsza lęk, osamotnienie i uruchamia czynniki adaptacyjne do nowej trudnej sytuacji [10]. Nadmierne posługiwanie się językiem medycznym w stosunku do chorych, może zakłócać empatię i powodować niechęć do pracowników szpitala [11]. Próba zrozumienia chorego, jego emocji i towarzyszących mu obaw, dostarcza więcej informacji personelowi medycznemu o chorobie, i o tym jaki ma ona wpływ na życie pacjenta. Empatyczna rozmowa zmniejsza strach, niepokój, a zarazem zwiększa poczucie satysfakcji z porady lekarskiej czy pielęgniarskiej. Motywuje także do leczenia i podejmowania działań prozdrowotnych. Postawa nacechowaną empatią pozwala na zauważenie problemu u osoby chorej, odpowiednią reakcję i pomoc z wykorzystaniem profesjonalnej wiedzy [12]. Zadaniem personelu medycznego jest też przekazanie choremu trudnej informacji o stanie zdrowia w przypadku niekorzystnego rokowania. Taka rozmowa powinna odbywać się spokojnie, bez pośpiechu. Nie można wywierać presji o konieczności podejmowania szybkich decyzji. Każdy chory powinien być traktowany indywidualnie. Nie wszyscy chcą usłyszeć całą diagnozę. Czasami potrzebują czasu na oswojenie się. W takich sytuacjach medycy muszą wykazać się wysoką empatią, stopniowo informować pacjenta o stanie zdrowia i leczeniu. Podstawą w takich konwersacjach musi być życzliwość i szczerść. Najtrudniejsza prawda musi być tak przedstawiona, aby nie odbierać nadziei na wyzdrowienie. Cierpiący muszą być zapewnieni o wsparciu i pomocy w walce o powrót do sprawności [13]. Okazywana przez personel szeroko rozumiana empatia, pełna życzliwości, wsparcia i zrozumienia pozwala choremu na oswojenie się z sytuacją choroby. W przypadku chorób przewlekłych, niemożliwych do pełnego wyleczenia, pacjenci i ich rodziny potrzebują szczególnego zainteresowania. „Obecność” lekarzy i pielęgniarek pomaga zaakceptować trudności i ułożyć życie na nowo. Terapeutyczna rozmowa z chorym pełna otwartości, wsparcia, serdeczności i chęci udzielenia pomocy wywiera pozytywny wpływ na powrót do zdrowia. Pacjenci zaczynają wierzyć w skuteczność leczenia, wykazują chęć współpracy i próby walki o własne zdrowie [14]. Człowiek cierpiący i wymagający opieki musi być postrzegany jako osoba. Nie może być traktowany jako jednostka chorobowa, ciekawy przypadek. Wymaga on traktowania osobowego z empatią i szacunkiem [15]. Osoby empatyczne są obdarzane większym zaufaniem i szacunkiem ze strony współrozmówcy. Chorzy odczuwają, że otrzymają od nich więcej wsparcia i zrozumienia, bez obawy o niesłuszną czy niesprawiedliwą ocenę,

że będą mogli wiele kwestii przedyskutować, nie obawiając się nieuzasadnionej postawy. W pracy pielęgniarki ważną rolę spełnia zaufanie pacjenta do personelu medycznego. Strach chorego przed nową sytuacją, która jest pewnego rodzaju zagrożeniem dla zdrowia lub życia potęgowany jest niewiedzą i obawą o przyszłość. W takim wypadku istotne jest okazywanie empatii, która wytworzy akceptację i nadzieję na poprawę zdrowia. Pielęgniarka jako osoba najbliższa pacjentowi podczas procesu leczenia powinna okazywać mu wsparcie, szacunek, akceptację i motywować do samopielęgnacji. Ważne by potrafiła słuchać, zauważać problemy i odpowiednio na nie reagować [16]. Podczas pobytu w szpitalu pacjenci zwracają uwagę na dyspozycyjność personelu, udzielanie niezbędnych informacji, fachowość wykonywanych czynności, traktowanie cierpiącego z szacunkiem i powagą oraz zachowanie dyskrecji. Wszystkie te cechy wynikają z empatycznego podejścia i powodują poczucie satysfakcji u chorego. Postawa współtowarzyszenia osobie cierpiącej podnosi ją na duchu, podbudowuje i utwierdza w przekonaniu o jej wartości. Działania takie sprawiają, że pacjenci zaczynają wierzyć we własne możliwości i sami zaczynają się angażować w proces zdrowienia poprzez edukację i samopielęgnację [17]. Rozmawiając z chorym o jego sytuacji zdrowotnej należy pamiętać nie tylko o empatycznej postawie, ale także o szczerości. Skupić się na omawianiu nie tylko choroby, ale również możliwości leczenia, opieki i sposobach pielęgnacji, pomocy w szybszym powrocie do zdrowia. Trzeba pozwolić pacjentowi pytać i udzielać mu odpowiedzi [18]. Zaangażowanie w proces leczenia, i traktowanie pacjenta indywidualnie wzmocni w nim poczucie zadowolenia. Cierpiący zauważy, że jest traktowany jako osoba, a nie kolejny przypadek kliniczny. Chory poczuje, że jego problem został zauważony i będzie potraktowany poważnie. Wzbudzi to w nim nadzieję na poprawę swojego stanu zdrowia i wyleczenie. Komunikacja mająca podłoże w empatii, pozytywnie wpłynie na adaptację do nowej trudnej sytuacji i zmniejszy stres spowodowany chorobą. Nie każdy pacjent wymaga opieki ze strony innych w takim samym zakresie. Dla niektórych chorych wystarczające jest tzw. dobre słowo. Inni oczekują pomocy przy każdej czynności. Personel medyczny musi znaleźć w tych sytuacjach rozsądne rozwiązanie. Wśród natłoku obowiązków nie ma możliwości całkowitego poświęcenia czasu jednej osobie. Pielęgniarki w swojej pracy muszą wykazać się szczególnym rodzajem empatii. Takiej, która motywuje chorych do samoopieki i zachęca ich do pracy nad poprawą własnego zdrowia [19]. Opieka pielęgniarska oparta na empatii zapewnia choremu lepsze samopoczucie, podbudowuje jego wiarę w poprawę zdrowia i daje bezpieczeństwo [20]. Pojawiająca się choroba powoduje zaburzenia w sferze emocjonalnej. Chory odczuwa bardzo dużo emocji takich lęk, strach, poczucie zagrożenia i musi zmierzyć się z sytuacją, która jest nowa. Może to skutkować trudnościami w podjęciu rozsądnej decyzji o leczeniu. Towarzyszenie drugiej osoby, która okazuje zrozumienie, współtowarzyszy, a zarazem ma fachową wiedzę co do sposobu leczenia jest pomocne i powoduje zmniejszenie zdenerwowania [21]. Kontakt z drugim człowiekiem podszyty empatią powoduje, że ludzie czują się dostrzegani, potrzebni, a nawet kochani. Chorzy doświadczają troski, zrozumienia i chęci pomocy. Zachowanie takie buduje zaufanie i nadzieję na poprawę zdrowia [22]. Relacji pacjent – pielęgniarka towarzyszy niejednokrotnie wiele barier utrudniających szczerą komunikację. Chory z obawy o ocenę i odrzucenie może nie chcieć

współpracy. Odpowiednia postawa pracowników ochrony zdrowia pełna życzliwości, chęci pomocy powoduje otwartość i wolę współpracy [23]. Współczesne pielęgniarstwo różni się od tego jakim było na początku. Jest to zawód zaufania publicznego. Pomimo wielu zmian i przeobrażeń, niesienie pomocy chorym, cierpliwość, odwaga oraz opieka nad cierpiącymi nie uległy zmianie. Od personelu wymaga się nowych umiejętności i ciągłego doskonalenia. Jednak empatia i praca z zaangażowaniem, pełna współczucia pozostaną zawsze cechą charakterystyczną w pracy pielęgniarki [24]. Personelowi medycznemu rozmawiając z chorym, pomocne w okazywaniu empatii jest doświadczenie w pracy, i znajomość trudności wynikających z choroby. Jednakże nie można ulec rutynie i wszystkim pacjentom przypisywać tych samych problemów. Każdy cierpiący jest inny i wymaga indywidualnego podejścia. Dla osób przebywających w szpitalu empatia to także cierpliwe i umiejętne wyjaśnienie istoty choroby, sposobów i możliwości leczenia, a także poprawy samopoczucia. Chory informowany o swoim stanie zdrowia, o wynikach badań i planowanych zabiegach nie będzie miał poczucia zagubienia. Poczuje się ważny i dostrzegany [25]. Zdolności empatyczne pielęgniarek mają szczególne znaczenie dla chorych leczonych przewlekle. Obecność drugiej osoby zmniejsza poczucie bólu i stresu. Zachowania takie jak sympatia, serdeczność, umiejętność słuchania i współczucia nie da się udawać na dłuższą metę. Pacjenci przebywający długo w szpitalu zauważą osoby naprawdę zaangażowane i życzliwe. I tylko z takim personelem będą chciały wytworzyć relacje zaufania [26]. W chorobach nierokujących poprawy empatyczny kontakt, poprawiający jakość opieki uważany jest za narzędzie terapii, wpływające na lepsze poczucie chorego. Relacja personel medyczny – pacjent zaspokaja cierpiącemu potrzebę obecności drugiej osoby, ale także zmniejsza lęk i napięcie powodowane chorobą i związanymi z nią trudnościami. Empatia okazana choremu wpłynie na poprawę jego stanu nie tylko fizycznego, ale także psychicznego. Jego problem zostanie zauważony, zrozumiany, a jednocześnie objęty fachową opieką lekarską [27].

■ **Cel pracy**

Celem niniejszego artykułu było określenie wpływu empatii na poprawę stanu zdrowia pacjentów w warunkach szpitalnych na przykładzie personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Leżajsku.

■ **Materiał i metody**

Do realizacji badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, gdzie jako technikę zastosowano ankietę, do przeprowadzenia której opracowano autorski kwestionariusz ankiety. Pytania miały one zamknięty charakter z jednokrotną możliwością wyboru. Uzyskane w trakcie prowadzenia badań wyniki zostały zebrane i przedstawione w postaci graficznej w niniejszym artykule.

■ **Wyniki badań**

Ankietowani mieli wskazać jakich zachowań empatycznych pacjenci oczekują najczęściej od personelu. Zostali poproszeni o zaznaczenie swoich odpowiedzi w kolejności od 1 do 6. Wyniki ankietowanych zaprezentowano w tabeli 1.

Tabl. 1. Oczekiwania zachowań empatycznych od personelu medycznego

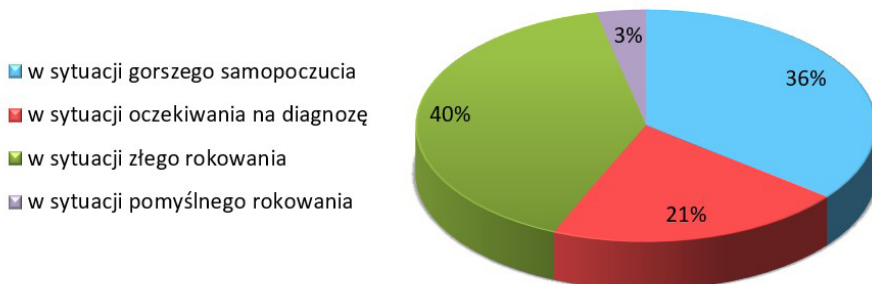
Proszę wskazać w kolejności, od 1 – 6 jakich zachowań empatycznych według Pani/Pana pacjenci oczekują najczęściej od personelu?	N		Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
	Ważne	Brak danych					
uważne słuchanie	115	0	2,04	2,00	1,135	1	6
indywidualne traktowanie	115	0	2,59	2,00	1,206	1	6
nieocenianie	115	0	4,16	4,00	1,225	1	6
nieporównywanie	115	0	5,09	5,00	1,005	2	6
umiejętność wczucia się w sytuację innej osoby	115	0	5,03	5,00	1,059	1	6
zrozumienie	115	0	2,10	2,00	1,038	1	6

Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę uzyskane średnie ankietowane, chorzy w pierwszej kolejności oczekują uważnego słuchania 2,04 +/-1,135, zrozumienia 2,10 +/-1,038 oraz indywidualnego traktowania 2,59 +/-1,206. W dalszej kolejności znalazły się takie odpowiedzi jak nieocenianie 4,16 +/-1,225, umiejętność wczucia się w sytuację innej osoby 5,03 +/-1,059 oraz nieporównywanie 5,09 +/-1,005.

Ankietowani udzielili również odpowiedzi na pytanie: „Proszę wskazać, w jakich sytuacjach Pani/Pana zdaniem pacjenci najczęściej oczekują zachowań empatycznych?” Respondenci odpowiedzieli na nie w następujący sposób:

Proszę wskazać, w jakich sytuacjach Pani/Pana zdaniem pacjenci najczęściej oczekują zachowań empatycznych?

**Ryc. 2. Sytuacja rodzinna pacjenta, a oczekiwanie zachowań empatycznych**

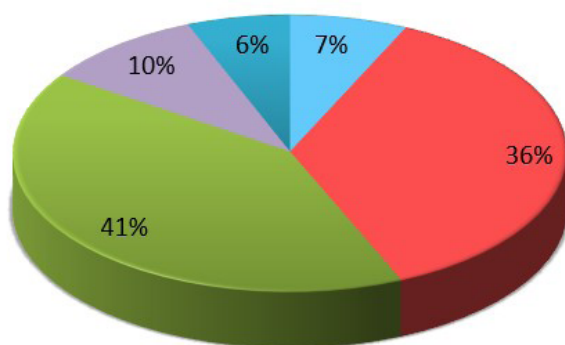
Źródło: opracowanie własne.

Dokonując analizy powyższej ryciny zauważamy, że najwięcej respondentów 40,9% i 36,5% stwierdziło podobnie. Obie grupy uważają, iż „pacjenci samotni częściej oczekują okazywania zachowań empatycznych” oraz „pacjenci posiadający bliskich rzadziej oczekują okazywania zachowań empatycznych”. Znacznie mniej badanych 9,6% stwierdziło, iż „pacjenci samotni rzadziej oczekują okazywania zachowań empatycznych” i 7,0% pielęgniarek podało, że chorzy, którzy mają członków rodziny częściej oczekują okazywania zachowań empatycznych. 6,1% respondentów uznało sytuację rodzinną bez znaczenia.

W kolejnym pytaniu respondenci byli zapytani, czy samopoczucie chorego ma wpływ na oczekiwania zachowań empatycznych od personelu medycznego? Odpowiedzi na to pytanie zostały zestawione na rycinie 3.

Proszę wskazać, czy sytuacja rodzinna pacjenta (chory posiadający bliskich, samotny) ma wpływ na oczekiwania pacjentów na zachowania empatyczne ze strony personelu medycznego?

- pacjenci posiadający bliskich częściej oczekują okazywania zachowań empatycznych
- pacjenci posiadający bliskich rzadziej oczekują okazywania zachowań empatycznych
- pacjenci samotni częściej oczekują okazywania zachowań empatycznych
- pacjenci samotni rzadziej oczekują okazywania zachowań empatycznych
- sytuacja rodzinna pacjenta nie ma znaczenia



Ryc. 3. Samopoczucie chorego, a oczekiwanie zachowań empatycznych

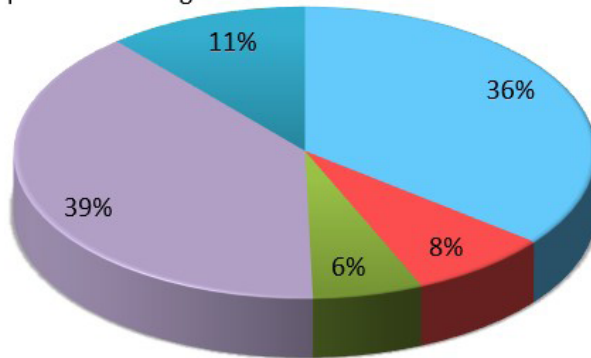
Źródło: opracowanie własne.

39,1% badanych oznaczyło odpowiedź „pacjenci z dobrym samopoczuciem oczekują mniej zachowań empatycznych”. Natomiast 35,7% ankietowanych wskazało stwierdzenie przeciwne „pacjenci z gorszym samopoczuciem oczekują więcej zachowań empatycznych”. 11,3% respondentów uznało, że samopoczucie chorego nie ma znaczenia. Pozostali wypowiedzieli się w podobnym tonie. 7,8% zaznaczyło odpowiedź „pacjenci z dobrym samopoczuciem oczekują więcej zachowań empatycznych”, a 6,1% zaznaczyło „pacjenci z gorszym stanem zdrowia oczekują mniej zachowań empatycznych”.

W dalszej kolejności respondenci udzielali odpowiedzi, czy stan zdrowia chorego ma wpływ na oczekiwania zachowań empatycznych od personelu medycznego? Zestawione odpowiedzi przeanalizowano na rycinie 4.

**Proszę wskazać czy Pani/Pana zdaniem
samopoczucie chorego ma wpływ na oczekiwania
zachowań empatycznych od personelu medycznego?**

- pacjenci z gorszym samopoczuciem oczekują więcej zachowań empatycznych
- pacjenci z dobrym samopoczuciem oczekują więcej zachowań empatycznych
- pacjenci z gorszym samopoczuciem oczekują mniej zachowań empatycznych
- pacjenci z dobrym samopoczuciem oczekują mniej zachowań empatycznych
- samopoczucie chorego nie ma znaczenia



Ryc. 4. Stan zdrowia chorego, a oczekiwanie zachowań empatycznych

Źródło: opracowanie własne.

Poddając analizie to pytanie łatwo zauważyć dwie wykluczające się odpowiedzi jako dominujące. 38,3% badanych stwierdziło, iż „pacjenci z gorszym stanem zdrowia oczekują więcej zachowań empatycznych”, oraz 32,2% oznaczyło odpowiedź „pacjenci z dobrym stanem zdrowia oczekują mniej zachowań empatycznych”. 14,8% uznało pacjentów w dobrym stanie zdrowia jako domagających się większej empatii. 7,8% respondentów uważa, że stan zdrowia nie ma znaczenia. 7,0% spośród badanych wnioskowało za odpowiedzią „pacjenci z gorszym stanem zdrowia oczekują mniej zachowań empatycznych”.

Ankietowani wskazali również, jakie sytuacje według nich zwiększają satysfakcję w pracy. Respondenci zostali poproszeni o zaznaczenie odpowiedzi od 1-

(Przy czym 6 – najbardziej satysfakcjonujące, 1 – najmniej). Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabl. 2. Sytuacje powodujące zwiększenie satysfakcji z pracy według personelu medycznego

Proszę wskazać, jakie sytuacje Pani/ Pana zdaniem powodują większą satysfakcję w pracy. Proszę zaznaczyć od 1-6. (Przy czym 6 – najbardziej satysfakcjonujące, 1 – najmniej):	N		Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
	Ważne	Brak danych					
uważne słuchanie pacjenta	115	0	3,82	4,00	1,780	1	6
indywidualne traktowanie chorego	115	0	2,70	2,00	1,426	1	6
nieocenianie pacjenta	115	0	2,42	2,00	1,383	1	6
nieporównywanie do innych chorych	115	0	3,04	3,00	1,672	1	6
umiejętność wczucia się w sytuację pacjenta	115	0	4,44	5,00	1,306	1	6
zrozumienie chorego	115	0	4,61	5,00	1,302	1	6

Źródło: opracowanie własne.

Według badanych pielęgniarek najbardziej satysfakcjonujące okazały się zrozumienie chorego 4,61 +/-1,302 oraz umiejętność wczucia się w sytuację pacjenta 4,44 +/-1,306. Niższe wyniki dotyczą uważnego słuchania pacjenta 3,82 +/-1,780, nieporównywania do innych chorych 3,04 +/-1,672, indywidualnego traktowania chorego 2,70 +/-1,426 oraz nieoceniania pacjenta 2,42 +/-1,383.

Poniżej przedstawiono odpowiedzi ankietowanych na kolejne pytanie.

**Proszę wskazać, co powoduje według Pani/Pana
okazywanie zachowań empatycznych pacjentom?**



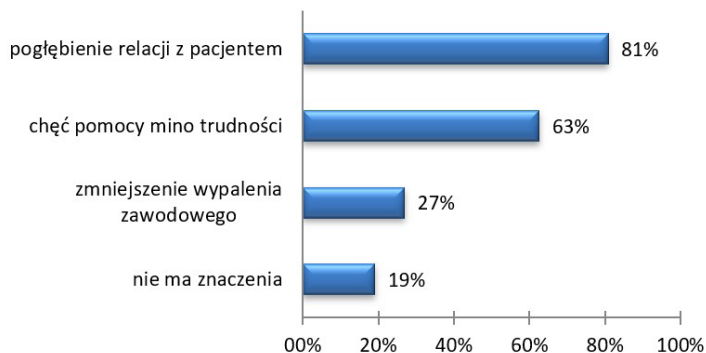
Ryc. 5. Skutki okazywania empatii pacjentom

Źródło: opracowanie własne.

Dokonując analizy ryciny umieszczonej powyżej, można zauważyć, iż znaczna większość ankietowanych 74,8 % uważa, że okazywanie empatii chorym powoduje większe poczucie satysfakcji. Niewiele ponad połowa badanych 53,9 zaznaczyła odpowiedź efektywniejsza praca. 33,0% ankietowanych stwierdziło, że empatyzowanie z chorymi poprawia atmosferę wśród personelu medycznego. 18,3% pielęgniarek zaznaczyło zmniejszenie stresu. 15,7% respondentów stwierdziło, że okazywanie współodczuwania nie ma znaczenia na wykonywaną pracę.

Pielęgniarki zostały poproszone też o udzielnie odpowiedzi, co powoduje u personelu medycznego okazywanie empatii chorym. Wyniki prezentują się w następujący sposób:

**Proszę wskazać, co powoduje Pani/Pana zdaniem
okazywanie empatii pacjentom u personelu
medycznego?**



Ryc. 6. Skutki okazywania empatii pacjentom, u personelu medycznego

Źródło: opracowanie własne.

Pielęgniarki w 80,9% uznały, że okazywanie empatii pacjentom pogłębia relacje z pacjentem. 62,6% badanych wskazało, że empatia budzi chęć pomocy mimo pojawiających się trudności. 27% stwierdziło, iż współodczuwanie powoduje zmniejszenie wypalenia zawodowego. 19% nie ma zdania.

■ Dyskusja

Wilczek-Rużyczka E. w swojej książce „Empatia pracowników medycznych” zaprezentowała badania różnych autorów, skupiające się na wpływie zachowań empatycznych na poprawę stanu zdrowia. Z analizy wynika, że zainteresowanie pacjentem i jego problemami zmniejsza motywację do podejmowania wysiłków i zwiększa zaangażowanie w proces leczenia [12]. Z analizy badań uzyskanych w niniejszej pracy także wynika, iż empatia okazywana chorym podczas pobytu w placówce medycznej powoduje pozytywne emocje i szybszy powrót do zdrowia.

Większość badaczy zjawiska empatii prowadziło swoje rozważania na gruncie rodzinnym, społecznym i w zakładach pracy analizując, czy współodczuwanie wpływa na pozytywne relacje międzyludzkie. Badania dotyczące omawianego problemu wśród osób związanych z opieką zdrowia dotyczą głównie zmian zachodzących w trakcie nabywania doświadczenia zawodowego i ewolucji tego podejścia w trakcie trwania i zakończenia nauki w zawodzie [28]. Podczas analizowanych opracowań zauważono, iż empatia zestawiana była także z wypaleniem zawodowym i poczuciem satysfakcji z wykonywanej pracy [29].

Dokonując przeglądu badań prowadzonych przez innych autorów można wyciągnąć następujące wnioski: Współodczuwanie i współczucie okazywane pacjentom podczas trudnego doświadczenia jakim jest choroba pomaga w lepszym zrozumieniu, komunikacji, wyższej jakości opieki, nawiązania bliższej relacji i pomocy w akceptacji stanu zdrowia [30, 31]. Wyniki przedstawione w powyższych pozycjach pośrednio mają związek i odpowiadają na problem szczegółowy jaki został założony w niniejszej pracy. Empatia okazywana pacjentom w warunkach szpitalnych niesie za sobą korzyści, powodujące szybszy powrót do zdrowia, lepsze rokowanie i chęć zaangażowania i wyzdrowienia dla chorych. Pozytywne jej skutki są też zauważalne w relacjach między personelem medycznym w zmniejszeniu wypalenia zawodowego, zwiększeniu poczucia satysfakcji i odciążeniu stresu.

■ Wnioski

Chorzy przebywający w szpitalu, niezależnie od wieku, sytuacji rodzinnej czy zdrowotnej, odbierają empatię jako pozytywy gest. Pacjenci wymagający leczenia szpitalnego oczekują zachowań empatycznych ze strony medyków.

Empatia nie wpływa na chorych w takim samym stopniu. Pielęgniarki niezależnie od swojego wieku, wykształcenia czy stażu pracy udzielały podobnych odpowiedzi.

Pacjenci przebywający w szpitalu potrzebują zachowań empatycznych ze strony pracowników szpitalnych. Nie każdy chory oczekuje jej na jednakowym poziomie. Jednak dla wszystkich pacjentów empatia pełni szczególną rolę.

Empatia w pracy zawodowej pielęgniarki pełni szczególną rolę.

■ Podsumowanie

Empatia to zjawisko istniejące nie tylko na płaszczyźnie medycznej. Występuje ono także w życiu rodzinnym, zawodowym, i w każdej sferze życia codziennego. Jednak szczególną rolę odgrywa w ochronie zdrowia. Jest to zjawisko bardzo ważne, nie tylko wpływające, ale przede wszystkim kształtujące i rozwijające relacje międzyludzkie. Prawidłowo funkcjonujący zakład pracy, rodzina, środowisko lokalne, a w szczególności placówki medyczne oparte są na współodczuwaniu. Empatia pojawia się wszędzie tam, gdzie zachodzą interakcje pomiędzy różnymi ludźmi.

Wymagają one od obcych sobie ludzi zaangażowania, chęci współpracy i zrozumienia drugiej osoby. Zrozumienie innych i często bezinteresowna pomoc, to bardzo ważny element w pracy personelu pielęgniarskiego. To pielęgniarki w ramach swojej pracy i wykonywania obowiązków towarzyszą pacjentowi w trudnych chwilach, okazując mu wsparcie i niejednokrotnie próbując przetrwać mu ciężkie doświadczenia. Empatia jest to wrażliwość na otaczające sytuacje, dostrzeganie problemów, zrozumienie postaw innych i pomaganie bez oceniania [32]. Empatia odgrywa szczególną rolę w pracy medyków. To na niej opiera się i w dużym stopniu zależy skuteczność zastosowanej terapii. Niejednokrotnie od postaw personelu medycznego uzależnione jest zbudowanie zaufania i chęć poddania się procesowi leczenia. Lekarze i pielęgniarki w swojej pracy powinni uświadomić sobie i pamiętać o potrzebach, uczuciach i wartościach wyznawanych przez innych ludzi. W przypadku ochrony zdrowia pojawia się także czynnik komplikujący prawidłowy przebieg relacji międzyludzkich. Jest to choroba i doświadczenie kryzysu zdrowotnego. Pojawienie się trudności może skutecznie utrudnić współpracę w dążeniu do zdrowia. Dlatego personel medyczny w szczególny sposób powinien wykazywać się cierpliwością, zrozumieniem i chęcią pomocy. Dzięki współodczuwaniu takie relacje są możliwe i poprzez ich okazywanie łatwiejszy dla pacjentów jest powrót do zdrowia. Chorzy mając wsparcie ze strony pracowników medycznych, chcą współpracować i poddają się proponowanemu leczeniu i współuczestniczą w dążeniu do zdrowia [33]. Empatia to podstawowa zdolność i umiejętność w kontaktach interpersonalnych. Pomaga ona w terapii i gwarantuje wysoką jakość leczenia. Dzięki niej możliwe jest nawiązanie relacji terapeutycznych, które przekładają się na współodczuwanie emocji, nie pozbawiając utraty tożsamości personelu medycznego. Pielęgniarstwo to zawód, w którym praca z człowiekiem i dla człowieka ma szczególne znaczenie. Z tego powodu od pielęgniarek wymaga się dużego zaangażowania i pracy dla innych [34].

Empatia jest uczuciem wszechobecnym w życiu codziennym. Jednocześnie ludzie często nie mają świadomości jej okazywania i stosowania. Jednakże współodczuwanie i współtowarzyszenie ma podstawowe znaczenie na rozwój i egzystencje. Szczególne miejsce zajmuje ona w warunkach szpitalnych. Personel medyczny stale przebywający z ludźmi i ich cierpieniem w swojej pracy powinien kierować się zachowaniami empatycznymi. Dzięki takiemu wsparciu i pomocy chorym będzie łatwiej podjąć próbę leczenia i walki o swoje zdrowie.

Bibliografia

1. Pawlik W. (red.): Empatia moralność a życie społeczne, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 2016: 7–14, 8.
2. Włoszczak-Szubbda A.: Empatia – pomoc i przeszkoda w pracy zawodowej personelu medycznego, Wydawnictwo Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, 2016: 7, 74–75.
3. Kliszcz J.: Psychologia dla fizjoterapeutów i masażyistów, Wydawnictwo Difin SA, 2015: 116.
4. Zborowicka M., Kłos A., Brukwicka I., Dudzik I., Bajger B.: Motywacja w pracy pielęgniarki [w:] Rejman K., Noworól J., Cebulak M., Dziechciaż M., Stawarz B., Kłos A. (red.): Interdyscyplinarność współczesnej medycyny, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. Ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu, 2018: 131.
5. Zieliński Ł., Dudzik I., Brukwicka I., Kłos A., Bajger B.: Zjawisko ageizmu wśród personelu pielęgniarskiego [w:] Rejman K., Noworól J., Cebulak M., Dziechciaż M., Stawarz B., Kłos A. (red.): Interdyscyplinarność współczesnej medycyny, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. Ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu, 2018: 105.
6. Pilip K., Dudzik I., Kłos A., Brukwicka I.: Dylematy etyczne zawodu pielęgniarki [w:] Rejman K., Noworól J., Cebulak M., Dziechciaż M., Stawarz B., Kłos A. (red.): Interdyscyplinarność współczesnej medycyny, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. Ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu, 2021: 140.
7. Wilczek-Rużyczka E. (red.): Komunikowanie się z chorym psychicznie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2019: 63–65, 9.
8. Kliszcz J.: Empatia i jej związek z wybranymi cechami osobowości w kontekście ich znaczenia dla kształtowania relacji terapeutycznej z pacjentem [w:] Podrórska M. (red.): Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy terapeuty, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania w Gdańsku, 2017: 300–301.
9. Pietrzak M., Knoff B., Kryczka T. (red.): Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2021: 128.
10. http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-6fba13d0-30a4-4228-8867-501d3f94d622/c/9_195.pdf [dostęp: 14.12.2022].
11. Makara-Studzińska M.: Komunikacja w opiece medycznej, Oficyna Wydawnicza Medical Education sp. z o.o., 2017: 20.
12. Wilczek-Rużyczka E.: Empatia pracowników medycznych, Wolters Kluwer Polska SA, 2017: 11, 66.
13. Rusin B. (red.): English in Medicine. Conversations, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2019: 12–13.
14. Strzelecki W., Siwiec S., Tomczak J., Cybulski M. (red.): Psychologia w naukach medycznych V, Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2019: 26–27.
15. Kaptacz A., Walden-Gałuszko K., Pielęgniarstwo opieki paliatywnej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2016: 31.
16. Koper K., Koper A.: Pielęgniarstwo onkologiczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2020: 30.
17. Markowski A., Doroszewski J., Kulus M.: Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja, Wolters Kluwer Polska SA, 2014: 65.

18. Cybulski M., Krajewska-Kułak E. (red.): *Opieka nad osobami starszymi*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2016: 113.
19. Krajewska-Kułak E. (red.): *Pacjent INNY wyzwaniem opieki medycznej*, Wydawnictwo Silva Rerum, 2016: 310.
20. Ślusarska B., Zarzycka D., Majda A. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2017; 2: 302.
21. Nowakowska H.: *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2016: 42.
22. Włoszczak-Szubbda A.: *Empatia – pomoc i przeszkoda w pracy zawodowej personelu medycznego*, Wydawnictwo Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, 2016: 41.
23. Kwiatkowska A.: *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012: 69.
24. Czerwińska B., Polewicz D. (red.): *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2013: 3.
25. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.): *Geriatryczna i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2017: 135.
26. Coban G.I., Yurdagul G.: *The relationship between cancer patients' perception of nursing care and nursing attitudes towards nursing profession*, *Asia Pac J Oncol Nurs*, 2014: 16–21.
27. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Założenia teoretyczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2013; 1: 64.
28. https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/247914/motyka_empatia_a_studia_pielegniarskie_2006.pdf?sequence=1&isAllowed=y [dostęp: 03.12.2022].
29. https://jms.ump.edu.pl/uploads/2011/4/277_4_80_2011.pdf [dostęp: 20.12.2022].
30. <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/141214> [dostęp: 20.12.2022].
31. <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/247914> [dostęp: 20.12.2022].
32. Kliś M.: *Rola empatii w życiu rodziny*. <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.mhp-a224f701-5767-4eaa-961a-> [dostęp: 03.12.2022].
33. Howe D.: *Empatia. Co to jest i dlaczego jest taka ważna*, Wydawnictwo Ingenium, 2013: 175–190.
34. Motyka M., Surmacka J., Rogala M.: <https://www.termedia.pl/Journal/-134/pdf/-35679-1?filename=file-content-in-pdf.pdf>, 2017: 103–106. [dostęp: 27.11.2022].



**Doskonała
Nauka**



**Ministerstwo
Edukacji i Nauki**

„Projekt dofinansowany ze środków budżetu państwa,
przyznanych przez Ministra Edukacji i Nauki w ramach
Programu „Doskonała nauka II” na podstawie umowy
nr MONOG/SP/0010/2023/01 z dnia 4.07.2023r.

ISBN 978-83-67959-44-5