**SANATÓRIUM TATRANSKÁ KOTLINA, n. o.**
**SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK**
**SEKCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ODBORE PNEUMOLÓGIA A FTIZEOLÓGIA**
**REGIONÁLNA KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK VYSOKÉ TATRY**
**MAŁOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KRAKOWIE**
**KATOLÍCKA UNIVERZITA V RUŽOMBERKU, FAKULTA ZDRAVOTNÍCTVA**
**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH,**
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

# INOVÁCIE V OŠETROVATEĽSTVE

*„Rozvoj ošetrovateľstva od Florence Nightingale po súčasnosť"*

**Editor: Lukáš Kober**

**VYSOKÉ TATRY 2012**

## Recenzenti/ Recenzenci

**Mgr. Danka Halečková**

*Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o.*

**PhDr., Bc. Mariana Magerčiaková, PhD.**

*Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, SK*

**dr n. med Mariola Glowacka**

*Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgszczy, PL*

**mgr Wojciech Nyklewicz**

*Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego, Warszawa, PL*

**Mgr. Jaroslav Pekara**

*Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha*

*Zdravotně-sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, CZ*

**ISBN 978-80-89542-28-4**

EAN 9788089542284

**I. vydanie**

**© Copyright Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek**

**Zostavil/ Skład:** PhDr. Lukáš Kober, PhDr. Katarína Kovalčíková

**Zborník bol vydaný s podporou**

**Občianskeho združenia pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek**

**Vydavateľ/ Wydawca:**

Regionálna komora Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek

NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy

Vysoké Tatry 059 84

# ZNENIE CELÝCH PRÍSPEVKOV

**(IN EXTENZO)**

**Editori uverejnili celé znenie len tých príspevkov, ktoré autori odovzdali do stanoveného dátumu pred konaním samotnej konferencie.**

## OBSAH


Magerčiaková, M., Ružomberok *(SK)*

**Edukácia v ošetrovateľstve pod vplyvom inovácií** **10**

Závodský, K., Bratislava *(SK)*

**Historicky vývoj a budúcnosť ošetrovateľskej profesie v celosvetovom meradle** **23**

Nyklewicz, W., Lodz, Warszawa *(PL)*

**Zastosowanie psychodramy Gestalt w dyskusji panelowej podczas pielęgniarskiej konferencji**

*Použitie psychodrámy Gestalt v panelovej diskusii na ošetrovateľských konferenciách* **32**

Cisińska, A., Lodz *(PL)*

**Migracje zawodowe pielęgniarek w XX wieku**

*Migrácia sestier v 20. Storočí* **39**

Cinová, J., Ondriová, I., Novotná, Z., Prešov *(SK)*

**Paliatívna starostlivosť a jej hodnotenie zdravotníckou verejnosťou** **48**

Majerčíková, K., Wiczmándyová, D., Trenčín *(SK)*

**Postoj pacienta k vlastnému zdraviu** **55**

Moravcová, H., Vojtová, A., Holá, J., Pardubice *(CZ)*

**Komunikace zdravotnického zařízení** **61**

Porvazník, I., Mokrý, J, Solovič, I., Vyšné Hágy, Martin *(SK)*

**Aktuálny stav rezistencie na antituberkulotiká v SR** **70**

Virgulová, J., Farkašová, J., Ďurová, A., Banská Bystrica *(SK)*

**Riziko pôsobenia múčneho prachu na choroby dýchacích ciest zamestnancov cestovinární** **71**

Witanowska, J., Patyna, H., Katowice *(PL)*

**Próba oceny wiedzy rodziców dzieci chorych na gruźlicę w zakresie opieki.**

*Pokus hodnotenia znalosti rodičov v oblasti zdravia detí s TBC* **81**

Novotná, Z., Cinová, J., Prešov *(SK)*
**Špecifiká hodnotenia pacienta s dýchavicou**
**pri pokročilom onkologickom ochorení**
**98**

Szijartová, V., Varjasiová, Z., Bratislava *(SK)*
**Chyby v ošetrovateľskom manažmente**
**chronickej obštrukčnej choroby pľúc v nemocničnej starostlivosti**
**104**

Varjasiová, Z., Szijartová, V., Bratislava *(SK)*
**Chyby v ošetrovateľskom manažmente**
**chronickej obštrukčnej choroby pľúc v ambulantnej starostlivosti**
**107**

Wojciechowska, M., Żyrardow *(PL)*
**Wpływ edukacji zdrowotnej na jakość życia chorego**
**z Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc**
*Vplyv zdravotnej výchovy na kvalitu života chorých*
*s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc* **110**

Kowalik, J., Zielińska, M., Warszawa *(PL)*
**Ocena jakości życia chorych na**
**Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc (POChP)**
*Kvalita života pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc* **127**

Harvanová, I., Harvan, R., Ružomberok, Vyšné Hágy *(SK)*
**Gynekologická tuberkulóza - neznáma, stále prítomná**
**147**

Mroczkowska, R., Serzysko, B., Zabrze *(PL)*
**Problemy pielęgnacyjne chorych po operacji przeszczepienia płuc**
*Problémy ošetrovania pacientov po transplantáciách pľúc* **154**

Jachimowicz-Gaweł, D., Rydlichowska, D., Leksowski, K., Toruń *(PL)*
**Wybrane aspekty obciążenia praca pielęgniarek**
*Vybrané aspekty pracovného zaťaženia sestier* **163**

Talaga, S., Lubińska-Żądło, B., Buławska, K. Nowy Targ *(PL)*
**Rola motywacji ważnym elementem efektywności edukacji ludzi chorych na cukrzycę**
*Rola motivácie ako významného elementu efektívnosti edukácie ľudí chorých na cukrovku* **179**

Lubińska-Żądło, B., Talaga, S., Nowy Targ *(PL)*
**Założenia teoretyczne pracy zespołowej w wypełnianiu zadań zawodowych pielęgniarek**
*Teoretické predpoklady tímovej práce pri výkone povolania sestry* **189**

Biercewicz, M., Haor, B., Barczykowska, E., Szrajda, J., Kędziora-Kornatowska, K., Bydgoszcz, Toruń *(PL)*
**Niedożywienie jako czynnik ryzyka pogorszenia stanu funkcjonalnego osób w starszym wieku**
*Podvýživa ako rizikový faktor pre zhoršenie funkčného stavu seniorov* **207**

Barczykowska, E., Biercewicz, M., Haor, B., Bydgoszcz, Toruń *(PL)*
**Chory na mukowiscydozę – wybrane diagnozy pielęgniarskie**
*Pacient trpiaci cystickou fibrózou - vybrané ošetrovateľskej diagnózy* **222**

Haor, B., Biercewicz, M., Barczykowska, E., Wojciechowska, R., Ślusarz, R., Włocławek, Bydgoszcz *(PL)*
**Sprawność seniorów w czynnościach dnia codziennego w przebiegu choroby niedokrwiennej serca**
*Účinnosť seniorov v denných aktivitách v priebehu vzniku ischemickej choroby srdca* **237**

Jelonek, J., Kołodziej W., Dąbrowa Górnicza *(PL)*
**Lęk pacjentów przed iniekcjami. Rola pielęgniarki w niwelowaniu tego lęku**
*Úzkosť u pacientov pred injekciou. Úloha sestry pri znižovaní strachu* **252**

Lesińska-Sawicka, M., Nagórska, M., Słupsk *(PL)*
**Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie**
*Kultúrne kompetencie v ošetrovateľstve* **269**

Lesińska-Sawicka, M., Kostogód, A., Słupsk *(PL)*
**Wentylacja domowa w przewlekłej niewydolności oddechowej w przebiegu dystrofii mięśniowej duchenne'a na podstawie studium przypadku**
*Domáca umelá pľúcna ventilácia u pacienta s chronickým respiračným zlyhaním v priebehu Duchennovej svalovej dystrofie – prípadová štúdia* **277**

Bodys-Cupak, I., Wądolny, D., Grochowska, A., Kraków, Bochnia, Tarnow *(PL)*
**Satysfakcja pielęgniarek z kształcenia online na przykładzie Polskiego Uniwersytetu Wirtualnego**
*Spokojnosť sestier s on-line vzdelávaním na príklade Poľskej virtuálnej univerzity* **289**

Hudáková, Z., Novysedláková, M., Zięba, H. R., Kutiš, P., Ružomberok *(SK)*
**Účinky fototerapie a ich využitie v rehabilitácii** **303**

Kober, L., Ružomberok *(SK)*
**TB Management in nursing practice**
*Manažment tuberkulózy v ošetrovateľskej praxi* **311**

Andruszkiewicz A., Nowakowska A. , Basińska A. M., Marzec, A., Banaszkiewicz, M., Felsmann, M. , Kocięcka, A., Bydgoszcz *(PL)*
**Stres a stan zdrowia pielęgniarek oddziałów pulmonologicznych**
*Stres a zdravie sestier na oddeleniach pneumológie* **313**

Andruszkiewicz A., Śpiewak, M., Bydgoszcz *(PL)*
**Funkcjonowanie w chorobie przewlekłej na przykładzie pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego**
*Fungovanie chronických ochorení na príklade pacientov s respiračnými ochoreniami* **327**

Horáková, M., Praha *(CZ)*
**Elektronická zdravotnická dokumentace** **342**

Marzec, A., Faleńczyk K., Pluta, A., Toruń, Bydgoszcz *(PL)*
**Obciążenie opieką i depresyjność opiekunów rodzinnych osób przewlekle chorych przebywających w warunkach domowych.**
*Záťaž pri starostlivosti a depresívnosť opatrovateľov rodinných príslušníkov o chronicky choré osoby v domácom prostredí* **343**

Grochowska, A. , Pochroń, J. , Bodys-Cupak, I., Tarnow *(PL)*
**Rola pielęgniarki w ocenie efektywności żywienia przemysłowego pacjentów w oddziale intensywnej terapii**
*Úloha sestry pri posudzovaní účinnosti priemyselnej výživy u pacientov v intenzívnej starostlivosti* **366**

Tokšiar, Ľ., Pekara, J., Praha *(CZ)*
**Péče o pacienta na neurochirugickém sále**
**372**

Hudáková, Z., Novysedláková, M., Zięba, H. R, Ružomberok *(SK)*
**Význam liečebnej rehabilitácie u seniorov**
**v chronickom štádiu osteoporózy**
**378**

Lewicka, M., Sulima, M., Lublin *(PL)*
**Opieka pielęgniarska nad kobietami po operacjach ginekologicznych**
*Ošetrovateľská starostlivosť o ženy po gynekologických operáciách* **388**

Gutkowska, D., Gugała, B., Iwanicka-Maciura, A., Kołodziej, J., Rzeszow *(PL)*
**Postawy rodziców wobec szczepień ochronnych**
**stosowanych u dzieci**
*Postoje rodičov k očkovaniu u detí* **397**

Schmidtová, A., Šipošová, S., Nová Polianka *(SK)*
**Histamínová intolerancia**
**408**

Kopáčiková, M., Ružomberok *(SK)*
**Možnosti sestry pri ovplyvňovaní psychického prežívania**
**pacienta po amputácii končatiny**
**414**

Michalcová, I., Prešov *(SK)*
**Hodnotenie sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek –**
**práca s elektronickým portálom**
**424**

Iwanicka - Maciura, A., Maciura, L., Gugała, B., Gutkowska, D., Rzeszow *(PL)*
**Przegląd rozwiązań telemedycznych w pielęgniarstwie**
*Prehľad riešenia telemedicíny v ošetrovateľstve* **430**

Glowacka, M., Górecka, I., Plock *(PL)*
**Efektywność treningu aktywnego leczenia farmakologicznego**
**pacjentów psychicznie chorych jako wyznacznik ról pielęgniarki**
*Účinnosť vzdelávania duševne chorých pacientov k aktívnemu*
*farmakologickému liečeniu ako významnej roly sestry* **437**

Glowacka, M., Malik, J., Plock *(PL)*
**Mundur pielęgniarski jako czynnik determinujący wizerunek pielęgniarki**
*Uniforma sestry ako faktor pri určovaní image-u sestry* **450**

Michalcová, I., Prešov, Bratislava *(SK)*
**Sťažnosti na sestry** *(Kontrolný výbor SKSaPA)* **470**

Starosolska H, Kołodziej W., Dąbrowa Górnicza *(PL)*
**Kształcenie przeddyplomowe pielęgniarek w województwie śląskim w latach 1946 – 1977**
*Pregraduálne vzdelávania sestier v Sliezsku v rokoch 1946 – 1977* **478**

Kokoruďová, J., Fialová, A., Rázgová, V., Poprad, Žilina *(SK)*
**Primárna prevencia kardio-vaskulárnych ochorení u detí** **491**

Głowacka, M., Glazik, H., Plock *(PL)*
**Jakość życia pacjentów po wszczepieniu stymulatora serca**
*Kvalita života u pacientov po implantnácii kardiostymulátora* **498**

Gugała, B., Gutkowska, D., Iwanicka –Maciura, A. Jadwiga, K.
**Aspekty dzielenia się wiedzą specjalistyczną wśród pielęgniarek**
*Aspekty výmeny skúseností medzi sestrami* **512**

# EDUKÁCIA V OŠETROVATEĽSTVE POD VPLYVOM INOVÁCIÍ

Mariana Magerčiaková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

**Abstrakt**

Edukácia v ošetrovateľstve je v posledných rokoch pod vplyvom rôznych inovácií, ktoré prispievajú ku jej skvalitňovaniu a efektivite. Autorka sa v príspevku najprv zaoberá stručným historickým prierezom týkajúcim sa poučenia pacienta zo strany sestry, ťažiskovo sa však venuje faktorom, ktoré môžeme považovať za inovácie a ktoré ovplyvnili, ale najmä ovplyvňujú edukačnú činnosť sestier v súčasnosti. Ide predovšetkým o transformáciu vzdelávania sestier, rozširovanie spektra odbornej literatúry so zameraním aj na pedagogiku, resp. edukáciu v ošetrovateľstve, rozširovanie kompetencií sestry, orientáciu nielen na ošetrovanie chorých, ale predovšetkým na prevenciu, zavedenie metódy ošetrovateľského procesu do praxe, riešenie rôznych výskumných úloh a projektov, legislatívne normy, informačné a komunikačné technológie, modernizáciu zdravotníckych zariadení, dokumentovanie edukačnej činnosti a vplyv klubov a svojpomocných skupín pacientov.

**Kľúčové slová:** Edukácia v ošetrovateľstve. Sestra. Zákon. Informačné a komunikačné technológie, Zdravotná dokumentácia.

## Úvod

Edukácia pacienta má v práci zdravotníckeho pracovníka rovnako dôležité postavenie ako realizácia odborných výkonov. Sestry ako jedna z kategórií zdravotníckych pracovníkov vždy edukovali aj edukujú. Bezprostredný kontakt s pacientom sa totiž spája nielen s očakávaním ľudskej blízkosti spojenej s komunikáciou pre poskytovanie psychickej podpory, ale aj inštrukcií a rád najmä v situácii pre pacienta novej. Poučenie a dostatočná informovanosť pacienta prispieva nielen ku jeho psychickej pohode, ale dôsledne edukovaný pacient aj ďaleko lepšie spolupracuje pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Edukačnou činnosťou sestry tiež prispievajú k motivácii k zodpovednosti za svoje zdravie, vplývajú na podporné osoby pacienta (zaangažovať do starostlivosti o pacienta a pocit zodpovednosti za svojho blízkeho človeka) a v neposlednom rade edukáciou napĺňame aj právne požiadavky na výkon profesie zdravotníckeho pracovníka.

*„Edukácia patrí medzi významné piliere ošetrovateľstva. Je to proces výchovy a vzdelávania. Je neodmysliteľnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti a tiež kritériom kvality. Sestry, ako najpočetnejšia skupina zdravotníckych pracovníkov, sú v bezprostrednom kontakte s osobami zdravými aj chorými a ich rodinnými príslušníkmi. Preto by mali byť dobre pripravené na plnenie roly edukátorky. Sestra v edukačnom procese prehlbuje pacientove/klientove vedomosti, rozvíja zručnosti a tiež formuje postoje“* [9].

Ako uvádza Bastable (in Nemcová, Hlinková a kol., 2010) edukácia pacienta sa považuje za súčasť štandardnej starostlivosti, ktorú sestry poskytujú. Už od polovice roku 1800, keď bolo ošetrovateľstvo prvýkrát uznané ako jedinečná disciplína, sa zodpovednosť za vzdelávanie pacientov stala prirodzenou súčasťou úsilia sestier ako poskytovateľov starostlivosti. Zakladateľka moderného ošetrovateľstva Florence Nightingaleová neučila iba sestry, lekárov a iných o dôležitosti vytvárania podmienok na liečbu a starostlivosť v nemocniciach a domovoch pre zlepšenie zdravotnej starostlivosti, ale zdôrazňovala aj dôležitosť vzdelávania pacientov o potrebe adekvátnej výživy, čistého vzduchu, cvičenia a osobnej hygieny pre celkové prospievanie a zdravie človeka. Na začiatku roku 1900 sestry v Anglicku porozumeli významu vzdelávacej roly sestry v prevencii chorôb a udržiavaní zdravia spoločnosti.

V podmienkach Slovenskej republiky sa podľa Závodnej (2005) názory na postup či vlastnú realizáciu edukácie vyvíjali hlavne v posledných desaťročiach 20. storočia. Sestry vykonávajú prax v prirodzených podmienkach, sledujú zdravie celej rodiny, zdravie a vývin detí, matiek, dospelých a starších ľudí. Kto ich potrebuje, tomu poskytujú ošetrovateľské služby. Toto obdobie je však charakterizované obmedzovaním samostatnosti sestier riešiť situácie ošetrovania chorých. V 70. rokoch bola ešte edukácia orientovaná na jednoduché odovzdávanie inštrukcií a informácií. V tomto duchu bolo poukazované na poučenie pacientov aj vo vtedy dostupnej odbornej literatúre:

*„Úlohou lekára, sestier, ako aj ostatných členov chirurgického pracoviska- ktorí majú akýkoľvek podiel na vyšetrení, ošetrení a vôbec celom uzdravovacom procese je vysvetliť pacientovi všetky procedúry, ktoré ho očakávajú. Spôsob osvetlenia vlastného liečebného procesu môže byť jednoduchý alebo zložitý. Dôležité je, aby sa to stalo zrozumiteľne a pokiaľ možno inštruktívne a didakticky (skoro tak ako v škole), aby každý pacient dobre porozumel, nakoľko mu to stav jeho choroby dovoľuje“* [2].

*„Obvodná zdravotná sestra sa pod vedením obvodného lekára zúčastňuje s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi obvodu na zdravotnej výchove obyvateľov. Obvodná sestra vykonáva denne individuálnu zdravotnú výchovu v ordinácii a pri návštevnej službe a sústavne podľa plánu pripravuje skupinové besedy, nástenky, vedie tabule otázok a odpovedí a pod.“* [4].

*„Zdravotnícki pracovníci pri práci v obvode denne prichádzajú do styku s mnohými zdravými a chorými občanmi. Ich povinnosťou je, aby využili každú príležitosť na zvyšovanie ich zdravotného uvedomenia. Zdravotná sestra priebežne vykonáva zdravotnú výchovu chorých a zúčastňuje sa na zdravotnej výchove obyvateľov obvodu. Pri osobnom styku s obyvateľmi obvodu sa má sestra stále zameriavať i na individuálnu zdravotnú výchovu. Okrem toho môže aktívne využívať rozličný zdravotnovýchovný materiál, ktorý obvodnému stredisku dodáva inštruktorka zdravotnej výchovy. Sestra pripravuje nástenky so zdravotnovýchovnou tematikou pre čakáreň, zúčastňuje sa na organizovaní zdravotnovýchovných akcií v obvode, napríklad premietania filmov, usporadovania putovných výstav, besied s občanmi a pod.“* [10].

*„Vo svojom povolaní nesmie sestra zabúdať na zdravotnovýchovnú činnosť v usmerňovaní chorých aj zdravých z hľadiska životosprávy, dodržiavania hygienických návykov a predchádzania chorobám. Sestra sa pri svojej práci stále stretáva s ľuďmi, preto môže nielen uplatňovať zásady socialistického zdravotníctva, ale aj výchovne pôsobiť na občanov, aby si uvedomili vymoženosti socialistickej spoločnosti a chránili ich“* [11].

Ako ďalej uvádza Závodná (2005) až koncom 80. rokov, hlavne zmenou politického systému, sa u nás začali presadzovať zmeny a hodnoty ošetrovateľstva, ktoré sú iné ako hodnoty medicíny. Zdravotná starostlivosť by mala byť humánnejšia a prvoradými v starostlivosti majú byť potreby jednotlivca a skupiny. Začína sa viac využívať edukácia, zdravotnícki pracovníci sa dostávajú do pozície inštruktorov, sprievodcov v rôznych oblastiach s presne formulovanými problémami, s ktorými sa jednotlivci alebo skupiny stretávajú. V 90. rokoch sa kladie dôraz na vytvorenie predpokladu k získaniu aktívneho prístupu jednotlivca alebo skupiny k vlastnému zdraviu. Do popredia sa dostáva individualita chorého a charakter či štádium choroby. Sestra sa okrem ošetrovateľsky, koordinátorky, obhajkyne, manažérky a mnohých ďalších rolí stáva aj pacientovou učiteľkou, vychovávateľkou, edukátorkou. Nemožno tvrdiť, že sestry v minulosti nevykonávali edukačnú činnosť, ale táto ich úloha nebola riadená, kontrolovaná, dokumentovaná a často bola podceňovaná. Edukácia ako súčasť

ošetrovateľskej starostlivosti bola nedostatočná a ani na prípravu na svoju edukačnú činnosť nemali sestry vhodné podmienky.

Príprava sestier na ich edukačnú rolu začala až v rámci **transformácie vzdelávania sestier.** Transformácia ošetrovateľského vzdelávania, ako uvádza Farkašová a kol. (2005), na všetkých stupňoch sa začala začiatkom 90. rokov. Ošetrovateľské vzdelávanie sa aktivovalo ako vysokoškolské denné magisterské a bakalárske štúdium v odbore ošetrovateľstvo určené pre absolventov stredných škôl a maturitou a ako štúdium popri zamestnaní určené pre sestry z praxe. Absolventi magisterského štúdia môžu v odbore ošetrovateľstvo vykonať rigoróznu skúšku a získať titul PhDr. a v postgraduálnom štúdiu získať vedecko- pedagogický titul PhD.

Úplné stredné odborné štúdium v odbore všeobecná sestra, ktoré sa končilo maturitnou skúškou a bolo určené pre absolventov základných škôl, sa od 1. septembra 2001 zrušilo, pretože nespĺňalo kritériá smerníc Európskej únie. Z hľadiska edukačnej činnosti sestier je dôležité, že sestry sú už po transformácii vzdelávania na túto činnosť pripravované, nakoľko do vzdelávania sestier bola implementovaná pedagogika, resp. edukácia v ošetrovateľstve ako vyučovací predmet v rámci študijného programu ošetrovateľstvo.

S transformáciou ošetrovateľského vzdelávania veľmi úzko súvisí aj **vydávanie odbornej literatúry** orientovanej na moderné ošetrovateľstvo. Doteraz bola vydaná v rámci Slovenskej republiky nasledovná odborná literatúra v kontexte edukácie, resp. pedagogiky v ošetrovateľstve:

ZÁVODNÁ, V.: *Pedagogika v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2002, 2005

MAGERČIAKOVÁ, M.: *Edukácia v ošetrovateľstve 1.* Ružomberok: FZ KU, 2007, 2008

MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, Ľ.: *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve.* Martin: Osveta, 2009

NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol.: *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2010

V odbornej literatúre je už rozpracované:

- Charakteristika edukácie a edukačného procesu,
- Ciele a zásady edukácie,
- Metódy, formy a prostriedky edukácie,
- Sestra v role edukátorky,
- Teórie a modely edukácie,
- Motivácia v edukácii,
- Sociálne a multikultúrne aspekty edukácie,

- Edukácia handicapovaných ľudí,
- E-learning, využitie IKT technológií v edukácii,
- Edukácia vo vzťahu k podpore zdravia,
- Etické a právne aspekty edukácie,
- Edukačné štandardy,
- Dokumentácia edukácie (edukačný plán, edukačný list,...),
- Metodické aspekty prípravy edukačných listov a podobne.

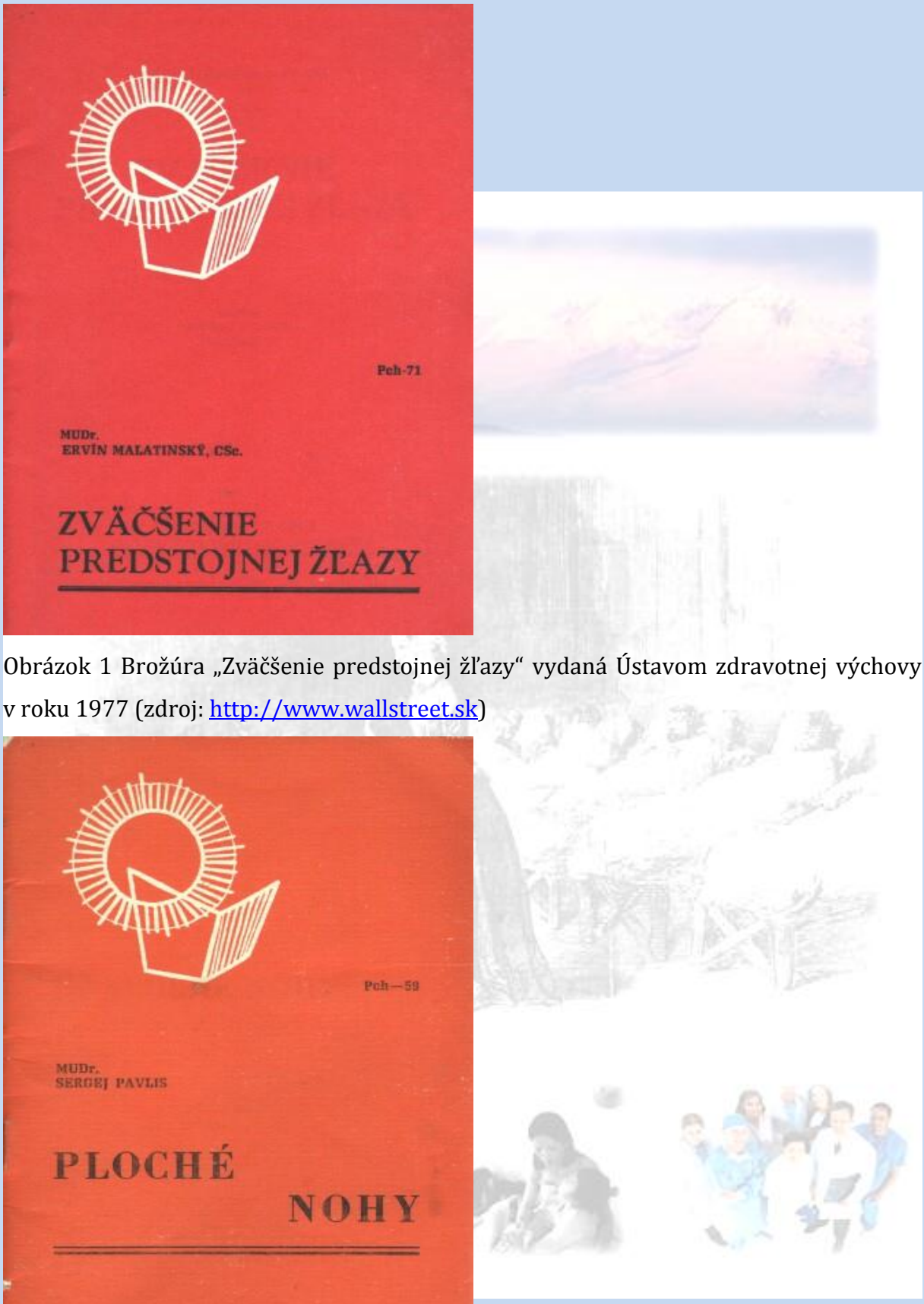
Edukačnú činnosť sestier aj v našich podmienkach však ovplyvňuje aj **štúdium zahraničnej literatúry** z oblasti edukácie, resp. pedagogiky v ošetrovateľstve.

Edukácia pacienta sa už v súčasnosti považuje za súčasť štandardnej starostlivosti, ktorú sestry poskytujú, a dochádza ku **rozširovaniu kompetencií sestry** aj v oblasti edukácie, ako aj požiadaviek na sestru- edukátorku. Trend posledných rokov hovorí v prospech orientácie viac na prevenciu než na liečbu ochorení (edukácia zdravých ľudí). Ako upozorňuje Závodná (2002, s. 51) *„zdravotný stav obyvateľstva v našich podmienkach nie je uspokojivý. Veľmi často pozorovanou príčinou zhoršenia zdravia je práve správanie sa človeka. Z výchovného hľadiska je dôležité presvedčiť ľudí, aby prevzali zodpovednosť za svoje zdravie. To predpokladá zmeniť ich myslenie a konanie“*.

Sestry ako najpočetnejšia skupina zdravotníckych pracovníkov sa denne stretávajú s problematikou rôznych civilizačných a infekčných ochorení, ako aj úrazov. Nejde však iba o ošetrovanie ľudí s rôznymi akútnymi alebo chronickými ochoreniami, či po úrazoch, ale aj **posudzovanie zdravia u ľudí bez zdravotného deficitu**, diagnostikovanie prítomnosti rizikových faktorov, návrh ošetrovateľského plánu, jeho realizáciu a vyhodnotenie so zameraním na elimináciu zistených rizikových faktorov. Preto je namieste zaoberanie sa prevenciou vo svetle starého známeho: „Prevencia je lacnejšia než liečba“. Pôsobenie sestier na rôznych pracoviskách je ideálnou „pôdou“ na motiváciu zdravých aj chorých ľudí k prevencii. Motivovať k prevencii znamená predovšetkým viesť ľudí k prevzatiu zodpovednosti za svoje zdravie. Viesť ľudí k tomu, aby nečakali, že ich zdravotníci budú predvolávať na preventívne prehliadky, ako to bolo kedysi. S prevenciou je nevyhnutné začínať od detstva a pokračovať počas celého obdobia života človeka. Pre seniora má prevencia rovnaký význam ako pre človeka v každej inej životnej etape, preto sestry pracujúce s ľuďmi vo vyššom veku, musia túto skutočnosť zdôrazňovať. Aj toto sú oblasti, ktoré ovplyvňujú edukáciu realizovanú sestrami v posledných rokoch.

Výrazný posun v povolaní sestry a teda aj v jej edukátorskej role predstavujú aj legislatívne normy týkajúce sa poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti **metódou ošetrovateľského procesu**, a to Zákon č. 311/2002 Z. z. o povolaní sestry, o povolaní pôrodnej asistentky, o Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek a o zmene a doplnení zákona Slovenskej národnej rady č. 14/1992 Zb. o Slovenskej komore stredných zdravotníckych pracovníkov a o Slovenskej komore zubných technikov a Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Najmä s transformáciou ošetrovateľského vzdelávania na Slovensku tiež súvisí **riešenie výskumných úloh**, vedeckých projektov a grantov v oblasti pedagogiky v ošetrovateľstve. Cieľom takto zameraného výskumu je nielen mapovanie reálnej situácie a úrovne edukačnej činnosti sestier v prirodzených podmienkach zdravotníckych zariadení, ale aj prezentácia získaných výsledkov na rôznych odborných podujatiach pre sestry a zavádzanie nových efektívnejších prístupov v edukácii do praxe, resp. zavádzanie nových metód a pomôcok (napr. informačný materiál pre pacientov vytvorený sestrami). Sestry sa tak podieľajú nielen na koncipovaní informačných, resp. edukačných materiálov pre pacientov s ohľadom na potreby praxe, ale vytvárajú aj edukačné listy, edukačné štandardy či edukačné programy. Edukačné materiály pre pacientov sú v súčasnosti zdravotníckym zariadeniam ponúkané aj farmaceutickými či inými firmami. V minulosti boli informačné materiály pre pacientov vydávané na našom území výhradne Ústavom zdravotnej výchovy. Letáky a brožúry boli typické uniformitou (rovnaký dizajn obalu- pozri obrázok 1 a 2). V súčasnosti vydávané informačné materiály sú iné najmä z hľadiska formálneho a estetického, čím sú pútavejšie aj pre cieľové skupiny pacientov- edukantov.




Obrázok 1 Brožúra „Zväčšenie predstojnej žľazy“ vydaná Ústavom zdravotnej výchovy v roku 1977 (zdroj: http://www.wallstreet.sk)




Obrázok 2 Brožúra „Ploché nohy“ vydaná Ústavom zdravotnej výchovy v roku 1974 (zdroj: http://www.wallstreet.sk)

Edukačnú činnosť sestier ovplyvnilo aj **vydanie koncepcie odboru ošetrovateľstva** dňa 29. mája 2006, ktorá vymedzuje náplň zdravotnej starostlivosti v odbore, rozvoj starostlivosti v odbore a vzdelávanie pracovníkov ošetrovateľstva. Ku zdokonaleniu edukácie v práci sestier prispievajú aj vzdelávacie podujatia pre sestry aj so zameraním na edukáciu, resp. pedagogiku v ošetrovateľstve, a to konferencie, semináre, kurzy, workshopy a iné. Vzdelávacie a odborné podujatia takéhoto charakteru boli v minulosti organizované výhradne pre lekárov.

Edukácia realizovaná sestrami je ovplyvňovaná aj rozvojom nových technológií, prístrojového vybavenia, liekov, pomôcok, ako aj **modernizáciou zdravotníckych zariadení**, využívaním multimediálnej techniky, nemocničného informačného systému, vytváraním internetových portálov nemocníc či využívaním intranetu. V poslednom období sa využívajú **informačné a komunikačné technológie** nielen vo vzdelávaní, ale aj pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Počítačové siete a internet nachádzajú uplatnenie v mnohých oblastiach nášho života. Umožňujú diaľkovú komunikáciu a spoluprácu ľudí, ktorí by sa inak museli fyzicky stretávať. V zdravotníctve môže ísť o využitie informačného systému pre ďalšie vzdelávanie a odborný rast zdravotníckych pracovníkov, ale prostredníctvom internetu aj o komunikáciu medzi odborníkmi, napríklad pri výmene skúseností, ale aj o komunikáciu medzi zdravotníckymi pracovníkmi a ich pacientmi [6]. Počítače používame v zdravotnej starostlivosti nielen v rámci diagnostického a terapeutického procesu, ale aj ako prostriedok na uchovávanie a odovzdávanie informácií o pacientovi, pri hodnotení kvality poskytovanej starostlivosti, podpore pri rozhodovaní v starostlivosti, pri manažmente starostlivosti a pri výskume [7]. Informačné systémy a internet môžeme využívať aj pri edukačnej činnosti sestier. Sestry ich môžu využívať na vyhľadávanie informácií použiteľných pri edukácii pacientov, ale počítač je výborným pomocníkom aj pri príprave písomných edukačných materiálov pre pacientov. Pri edukácii pacientov môže byť využívaná aj elektronická pošta medzi sestrou a pacientom, a to najmä u detí a mladých ľudí [6]. Významné sú aj možnosti e-learningového vzdelávania pacientov.

S modernizáciou nemocníc, resp. zdravotníckych zariadení súvisí ďalší faktor, ktorý vplýva na kvalitu a efektivitu edukačnej činnosti sestier. V niektorých zdravotníckych zariadeniach sa najmä podľa zahraničných vzorov vytvárajú **edukačné centrá** alebo edukačné miestnosti na jednotlivých oddeleniach či klinikách, prípadne je zriadená pracovná pozícia edukačnej sestry, ktorá sa venuje výhradne vzdelávaniu pacientov.

Aj pod vplyvom moderných informačných a komunikačných technológií sestry čím ďalej tým viac využívajú nielen tradičné alebo klasické **vyučovacie metódy**, ale aj moderné či alternatívne (napr. metódy pravda alebo klamstvo, karta očakávania, kruhy rozhodnutí, pexeso a pod.). To isté platí aj pre častejšie využívanie moderných pomôcok a techniky v edukácii pacientov (počítač, dataprojektor, multimediálne CD, rôzne modely ľudského tela alebo jeho orgánov, dávkovače liekov a pod.).

Sestry majú v podmienkach Slovenskej republiky **dané vzdelávanie pacientov** už aj **legislatívne**, a to Zákonom č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý nadobudol účinnosť 1. januára 2005. Predchádzajúce legislatívne normy (najmä Zákon č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti) upravovali poučenie pacienta výhradne zo strany lekára.

Zákon č. 576/2004 Z. z. okrem iného definuje, že ošetrovateľská prax zahŕňa aj *„výchovu pacienta k podpore, udržiavaniu a obnove zdravia a poskytovanie informácií o potrebnej ošetrovateľskej starostlivosti“* (§ 2, ods. 15, bod c). Ďalej sa v zákone v § 6, ods. 1 Poučenie a informovaný súhlas uvádza, že *„ošetrujúci zdravotnícky pracovník je povinný informovať o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytnúť poučenie“):*

*a) osobu, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, alebo aj inú osobu, ktorú si táto osoba určila,*

*b) zákonného zástupcu, opatrovníka alebo osobu, ktorá má maloleté dieťa v pestúnskej starostlivosti (ďalej len „zákonný zástupca“), ak osobou, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, je maloleté dieťa, osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo osoba s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony (ďalej len „osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas“) a vhodným spôsobom aj osobu nespôsobilú dať informovaný súhlas“.*

Podľa § 6, ods. 2 *„ošetrujúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému*

*stavu osoby, ktorú má poučiť“. „Každý, kto má právo na poučenie podľa odseku 1, má aj právo poučenie odmietnuť. O odmietnutí poučenia sa urobí písomný záznam“* (§ 6, ods. 3).

*„Informovaný súhlas je preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo poučenie podľa tohto zákona. Informovaný súhlas je aj taký preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo odmietnutie poučenia, ak v tomto zákone nie je ustanovené inak“* (§ 6, ods. 4)

*„Informovaný súhlas dáva:*

*a) osoba, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, alebo*

*b) zákonný zástupca, ak osobou, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, je osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas; takáto osoba sa podieľa na rozhodovaní v najväčšej miere, ktorú dovoľujú jej schopnosti“ (§ 6, ods. 5).*

V zákone sa tiež uvádza, že „každý, kto má právo dať informovaný súhlas, má aj právo informovaný súhlas kedykoľvek slobodne odvolať“ (§ 6, ods. 7). Zákon presne vymedzuje aj situácie, v ktorých sa informovaný súhlas nevyžaduje (napr. šírenie prenosnej choroby, ohrozovanie pri duševnej chorobe a podobne).

Spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, informovaný súhlas, odmietnutie informovaného súhlasu a odvolanie informovaného súhlasu sú súčasťou zápisu do zdravotnej dokumentácie. Ak informovaný súhlas dal zákonný zástupca, súčasťou zápisu do zdravotnej dokumentácie je aj vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti (§ 6, ods. 9).

Zápis do zdravotnej dokumentácie je vymedzený v § 21, kde sa v ods. 1 uvádza:

*„Zápis do zdravotnej dokumentácie obsahuje:*

*a) dátum a čas zápisu,*

*b) spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, informovaný súhlas, odmietnutie informovaného súhlasu a odvolanie informovaného súhlasu,*

*c) dátum a čas poskytnutia zdravotnej starostlivosti, ak je odlišný od dátumu a času zápisu,*

*d) rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,*

*e) výsledky iných vyšetrení, ak sú súčasťou poskytovanej zdravotnej starostlivosti, o ktorej sa vykonáva zápis,*

*f) identifikáciu ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka,*

*g) identifikáciu osoby, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytla“.*

Ďalším právnym dokumentom Slovenskej republiky, ktorý upravuje edukáciu realizovanú sestrou, je Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom

a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom s účinnosťou od 15. augusta 2005. Vo vymedzení základných pojmov (§ 1, bod e) sa rozumie *„edukáciou v ošetrovateľstve a edukáciou v pôrodnej asistencii poskytovanie potrebných vedomostí a nácvik zručností súvisiacich s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti a starostlivosti v pôrodnej asistencii“.* V § 2 uvedenej vyhlášky je definovaný rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, v ktorom sa v bode m) uvádza, že registrovaná sestra pri výkone ošetrovateľskej praxe *„edukuje osobu, rodinu alebo komunitu o ošetrovateľskej starostlivosti s dôrazom na sebestačnosť“* a podľa bodu n) *„poskytuje informácie súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v potrebnom rozsahu osobe, rodine alebo komunite“.*

Výrazný vplyv na edukačnú činnosť sestier má aj potreba jej **dokumentovania prostredníctvom edukačných záznamov** u jednotlivých pacientov, ako aj vyjadrenie k oblasti edukácie v ošetrovateľskej prepúšťacej, resp. prekladovej správe pacienta. Záznamy edukačnej činnosti sestier sú súčasťou ošetrovateľskej dokumentácie. Vedenie zdravotnej dokumentácie v našich podmienkach upravuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie zo dňa 24. septembra 2009.

Edukácia realizovaná sestrou musí v súčasnosti spĺňať aj **etické aspekty**, ktoré vyplývajú z etických požiadaviek kladených na osobnosť zdravotníckeho pracovníka, resp. sestry (napr. Etický kódex sestry).

Najmä v období po roku 1989 začali na Slovensku vznikať rôzne **kluby a svojpomocné skupiny** združujúce pacientov alebo ich rodinných príslušníkov a môžeme konštatovať, že aj tento fakt ovplyvňuje edukačnú činnosť sestier, najmä tých, ktoré samy participujú na činnosti takýchto združení. Svojpomoc predstavuje hnutie alebo konkrétny spôsob skupinovej práce. Hartl (1997) hovorí väčšinou o skupinovej práci, Blažek a Olmrová (1994) pod pojmom „svojpomocné skupiny“ predstavujú občianske združenia [1]. Vo všeobecnosti ide o skupiny, resp. združenia ľudí s rovnakým ochorením alebo skupiny rodinných príslušníkov (rodičov alebo partnerov) telesne alebo duševne postihnutých ľudí, ktoré predstavujú určité zázemie a poskytujú im dlhodobú podporu a porozumenie pri zvládaní rovnakých problémov a pri získavaní užitočných informácií a skúseností.

V ošetrovateľstve spočíva význam klubov a svojpomocných skupín najmä v tom, že združujú ľudí s rovnakým zdravotným postihnutím, resp. zdravotným problémom,

prípadne príbuzných takýchto ľudí a informácie o týchto skupinách môže sestra využívať v psychosociálnej podpore pacienta. Členstvo v takomto združení môže sestra odporučiť v rámci edukácie pacienta

**Záver**

Edukácia realizovaná sestrami a jej neustály rozvoj a napredovanie sú ovplyvňované mnohými faktormi, ktoré sestry musia akceptovať a sústavne sa vzdelávať, ak chcú recipientov ošetrovateľskej starostlivosti edukovať efektívne. Oproti minulosti, kedy sestry neboli pripravované na edukačnú rolu, sa sestry vzdelávajú v oblasti pedagogiky, resp. edukácie v ošetrovateľstve v rámci kvalifikačného, postkvalifikačného aj sústavného vzdelávania. *„Pedagogika v ošetrovateľstve má významné miesto, pretože vedie k podporovaniu a upevňovaniu zdravia a zdôrazňuje nevyhnutnosť komplexného pohľadu na poskytovanie zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Preto je nevyhnutné, aby mala sestra vedomosti z pedagogiky, komplexne zvládla edukáciu, osvojila si praktické edukačné postupy a zásady, ktoré bude uplatňovať v ošetrovateľskom procese“* [15].

**Zoznam bibliografických odkazov:**


1. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P.: *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 440 s. ISBN 80-7178-550-4
2. ČERVEŇANSKÝ, J. 1967. Psychologické faktory v chirurgických disciplínach. In: *Psychológia v zdravotníctve a súčasná prax.* Bratislava: Obzor, 1967, s. 117- 126.
3. FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovateľstvo- teória*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005, 216 s. ISBN 80-8063-182-4.
4. KOLEČKOVÁ, J. a kol. 1972. *Ošetrovanie chorých II.* Martin: Osveta, 1972, 352 s.
5. *Koncepcia odboru ošetrovateľstva č. 14535/2006-OO zo dňa 29. mája 2006*
6. MAGERČIAKOVÁ, M.: *Edukácia v ošetrovateľstve 1.* 2. vyd. Ružomberok: Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2008, 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5
7. NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol.: *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010, 259 s., ISBN 978-80-8063-321-9.
8. *Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie č. 07594/2009 – OZS zo dňa 24. septembra 2009*
9. SIMOČKOVÁ, V., LENGYELOVÁ, A. 2012. Edukačná činnosť sestier z pohľadu pacientov. In: *Studia Scientifica Facultatis Pedagogicae, Universitas Catholica Ružomberok*. Ružomberok: Verbum- vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, roč.12, 2012, č. 3, p. 270- 276, ISSN 1336-2232.

10. STAŇKOVÁ, M. 1978. *Teória ošetrovania chorých.* Martin: Osveta, 1978, 308 s.
11. ŠIMURKOVÁ, C. a kol. 1983. *Ošetrovateľstvo I.* Martin: Osveta, 1983, 464 s.
12. *Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom*
13. *Zákon č. 311/2002 Z. z. o povolaní sestry, o povolaní pôrodnej asistentky, o Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek a o zmene a doplnení zákona Slovenskej národnej rady č. 14/1992 Zb. o Slovenskej komore stredných zdravotníckych pracovníkov a o Slovenskej komore zubných technikov*
14. *Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov*
15. ZÁVODNÁ, V. 2002. *Pedagogika v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2002, 96 s. ISBN 80-8063-108-5.
16. ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovateľstve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005, 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

**Kontaktná adresa autora:**
PhDr. Bc. Mariana Magerčiaková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
magerciakova@ku.sk

# HISTORICKY VÝVOJ A BUDÚCNOSŤ OŠETROVATEĽSKEJ PROFESIE V CELOSVETOVOM MERADLE

Karol Závodský

## I. Vzdelávanie sestier v minulosti

O vzdelávaní v ošetrovateľstve nie je možné hovoriť nielen iba v súvislosti so vznikom vzdelávacích inštitúcií, pretože pred nimi muselo existovať nejaké odovzdávanie skúseností a poznatkov, ktoré získali a odovzdávali tí, čo sa zaoberali neprofesionálnym ošetrovateľstvom. Staroveké a čiastočne ani stredoveké pramene nehovoria o ošetrovateľstve ako o samostatnej profesii. Čo však z toho obdobia môžeme spomenúť je, že pôrodné baby boli ako špecialistky pri ženách keď rodili, že ošetrovanie deti bolo v niektorých krajinách výsadou, že to čo dnes označuje sa ako úloha ošetrovateľstva patrili v minulosti do kompetencie kňažiek, že ženy aj muži vykonávali funkciu opatrovateľov, poskytovali starostlivosť, že v starých záznamoch sú popísané princípy ošetrovania a sestry, farmaceuti a lekári sú popisovaní už v gréckej mytológii. Isté je, že starostlivosť o zdravie je od pradávna prepojená s náboženskými praktikami a to nielen v staroveku, ale aj v stredoveku, v kresťanskom období sveta, kedy bola v rukách reholi a náboženských inštitúcií.

Vďaka Florence Nightingaleovej sa stalo ošetrovateľstvo uznávaným povolaním v druhej polovici 19. storočia. Ako vyvrcholenie jej činnosti, sa stala Londýnska škola podnetom pre zakladanie vzdelávacích inštitúcií nielen na celom európskom kontinente, ale aj v Amerike a v Japonsku, ktoré podľa vzoru tejto školy prispôsobili kurikula a systém vzdelávania pre svoje potreby. Pri historickom zobrazovaní začiatkov v profesionálneho ošetrovateľského školstva nemožno nespomenúť Theodora Fliednera z Kaiserwerthe. Založil Evanjelicky spolok pre kresťanskú opateru chorých v Porýní a Vestfalsku, vybudoval nemocnicu a domov diakonís (milosrdných sestier evanjelickej cirkvi ausburského vyznania), ktorí chceli zasvätiť svoj život opatrovaniu a ošetrovaniu chorých (Hanzlíkova, 1999). V tom období sa nedá ešte hovoriť o profesionalizácii a už vôbec nie o vedeckosti ošetrovateľstva.

Významnou stránkou profesionálneho štatútu je špecializované vzdelanie, a ak sa profesia má stať vedným odborom, musí plniť základné kritériá, ako sú:

- mať vlastnú teóriu
- mať špeciálnu terminológiu
- mať svoj výskum

- mať vysokoškolské vzdelávanie

Prelom 19. a 20. storočia sa vyznačoval školami ošetrovateľstva, ktoré sa zriaďovali pri nemocniciach. Akademiácia ošetrovateľského vzdelávania sa začala v USA v roku 1907 (Wolf, 1994). V 40. rokoch 20. storočia sa v USA presadilo, že vo vysokoškolských učebných osnovách bolo potrebne klásť väčší dôraz na klinické zameranie sa vzdelávania sestier. Tak sa dokázalo, že univerzitne vzdelávanie je dôležité nielen pre pedagogičky ošetrovateľky, ale je aj potrebné pre klinickú prax sestier (Deloughery, 1991). V Európe sa tento vývin zabrzdil z dôvodu svetových vojen, ako aj ťažkých povojnových rokov budovania vojnou zničených štátov. V strednej a východnej Európe zasa studena vojna a železná opona prerušila kontinuálny vývoj v rámci spolupráce krajín členov Medzinárodnej rady sestier – ICN. V 60. rokov minulého storočia tendencie vysokoškolského vzdelávania sestier prenikli najprv do západných krajín. Až v rámci uvoľnenia politických pomerov sa preniesli aj na územie bývalého Československa. Začiatky vysokoškolského vzdelávania, podobne ako v USA, boli orientované na sestry – učiteľky. V roku 1986 ICN odporúča vzdelávací systém, citujeme: „Programy sesterského vzdelávania by mali byť vo všeobecnosti paralelné s programami iných profesii, pokiaľ ide o školské zariadenia, úroveň, akademické tituly a všeobecne normy“ (ICN,1986) [1]. Ošetrovateľstvo sa stáva vednou disciplínou, ktorá sa môže tak ako iné odbory študovať ako samostatný odbor. Vzdelávanie sestier patri aj do kompetencie Medzinárodnej rady sestier, ktorá v roku 1989 vydala smernice na tvorbu kurikul, v ktorých stanovuje, že tieto majú odrážať sociálny kontext ošetrovateľstva.

Ošetrovateľské kurikula by mali:

- umožniť liberálne a profesionálne vzdelávanie, prípravu študentov na všeobecnú prax na všetkých urovnaniach: primárnej, sekundárnej, terciálnej
- smerovať k napĺňaniu zdravotných potrieb populácie
- podporovať schopnosť profesie zvládnuť meniace sa zdravotne potreby a ciele v oblasti verejného zdravia
- zohľadňovať súčasnu technológiu vo vzdelávaní a zdravotníctve
- zachytiť problémy, právne a etické dilemy ošetrovateľstva a zdravotníctva
- podporovať zvedavosť a rozvoj ošetrovateľskej vedy a umenia
- zlepšovať riadiace schopnosti a poskytovať možnosti aplikácie týchto schopnosti v komunite a klinickej praxi
- poskytnúť interdisciplinárne skúseností (vytváranie noriem, ICN 89/157/E, 1995)

Z náročných úloh tvorby kurikul vyplýva ich neustále obmieňanie podľa potrieb, čo sa uskutočnuje a ICN sa neustále zaoberá ich tvorbou. Ďalšia dôležitá spoločenská potreba zmien v poskytovaní zdravotníckej starostlivosti sa javí v presune z nemocničného ošetrovania do zariadení v komunite, preto je potrebné aj túto zmenu zakotviť do kurikul, prípadne sa zamerať na vytvorenie ošetrovateľského študijného programu so zameraním sa na komunitnu starostlivosť o zdravie (Salvageova, 1995).

## II. Vzdelávanie sestier v EÚ v súčasnosti

Východiskovými európskymi smernicami, ktorými sa riadi profesionálna príprava sestier v krajinách EÚ sú: 77/453/EEC/EHS/ z 27.6. 1977 o koordinácii ustanovení zákona, predpisu alebo administratívneho opatrenia o činnosti zdravotných sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť, 89/594/EEC/EHS/ o dodatkoch k dohode, 89/595/EEC/EHS/ o dodatkoch k dohode, kvalifikačné štúdium ukončené diplomom 81/1057/EEC/EHS/. ***Európska stratégia WHO vzdelávania sestier spoločne s Mníchovskou deklaráciou 2000 plne podporuje a odporúča vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek na úrovni bakalárskeho stupňa.*** Absolvovaním bakalárskeho štúdia sú sestry kompetentné plniť úlohy ako rovnocenní členovia multiprofesionálneho tímu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v 21. storočí.

V krajinách EÚ sa prostredníctvom stáži zvyšuje transparentnosť získavania vzdelávania a uznávania certifikátov podľa kritérií ICN (International of Nursing) a smernice Rady 77/452,453/EEC. Príkladom je aj projekt Transparency in recognizing nurse qualification and acquiring professional skills. Je prostriedkom na overenie výchovno-vzdelávacích cieľov pri príprave na regulované povolanie sestra podľa Bielej knihy (časť programového vyhlásenia vlády na úseku kompatibilnosti vzdelávania v EÚ), v súlade s projektom Milénium i stratégie vzdelávania sestier v európskom regióne podľa dokumentu SZO na tretie tisícročie. Tento projekt umožňuje porovnať kompatibilnosť odbornej prípravy sestier, vzhľadom na to, že ide o novokoncipované vzdelávanie sestier ako výstup z pilotného projektu PHARE - rozvoj odborného vysokého školstva neuniverzitného typu. Študenti získavajú nové profesijné zručnosti a skúsenosti, aby ich mohli implementovať do našich podmienok.

Súčasné získané výsledky sú:

- zvyšujúca sa kvalita a dostupnosť odbornej prípravy prostredníctvom skúseností z ošetrovateľskej praxe v zahraničí

- prehlbujúce sa odborné poznatky a získavanie nových zručnosti z ošetrovateľského procesu
- získavajúce organizačné a jazykové zručnosti pre prácu v tíme, pracujúc so zahraničnou literatúrou, verejne vystupovanie a obhajovanie dobrého mena svojej školy a krajiny
- prehlbujúce sa právne vedomie v oblasti rešpektovania práv pacientov
- aplikovateľné získané zručnosti a poznatky zo zahraničia do ošetrovateľskej praxe v domovskej krajine, a tak posilniť profesionalizáciu a autonómnosť ošetrovateľskej praxe
- transparentnosť vzdelávania zosúladuje vzdelávanie sestier s kritériami európskej smernice 80/154, 80/155 EEC.,77/452, 453/EEC ICN
- prehlbujúca sa kompatibilnosť systému odbornej prípravy podľa kritérií ICN
- rešpektovanie a napĺňanie nadnárodného akčného plánu vo vzdelávaní sestier, dokument „Stratégia vzdelávania pre sestry a pôrodné asistentky v európskom regióne SZO
- vytvárajúce sa základy pre motiváciu študentov na ideu celoživotného vzdelávania a pre rozvoj progresívnej praxe

## III. Vízia vzdelávania sestier v EÚ v budúcnosti

Súčasný pokrok v telekomunikačných technológiách ponúka nám reálne a praktické príležitosti pre ošetrovateľskú prax. Telezdravie a telenursing umožňujú sestrám a ich klientom vzájomne väčší prístup. Toto má mimoriadny význam pre služby pre mestskú populáciu, pre vidiecke obyvateľstvo a vzdialené oblasti ako aj pre tých, ktorí majú ťažkosti súvisiace s cestovaním. Tieto nové možnosti predpokladajú využitie telekomunikačnej technológie na výmenu informácií medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a klientami, napríklad prostredníctvom dvoch foriem audio-video komunikácie a počítača, pričom vychádzajú zo vzdialeného monitoringu pacientov.

Publikácia ICN Telenursing and Telehealth popisuje množstvo príkladov na telenursing:

- v mestách USA, kde jednotlivci vyžadujú aplikovať komplexné intravenózne roztoky, lieky a fyziologické pozorovanie, takéto poskytovanie starostlivosti možno zabezpečovať priamo v ich domácnostiach, a to v rámci koordinovania elektronických a priamych sesterských návštev. Elektronické vizity sa realizujú prostredníctvom dvoch foriem dialógového video-telefonického systému, kde

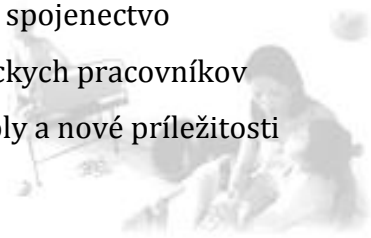
sestra a pacient môžu navzájom komunikovať. Sestra na vzdialenej základni môže pozorovať celkový vzhľad, funkčnosť, preskúmať ranu a intravenóznu plochu

- v Islande telefonická sieť sa používa na podporu matiek s ťažko ovládateľnými deťmi. Štúdium založené na sesterských intervenciách ukazuje, že matky z experimentálnej skupiny boli signifikantne menej unavené, s menšími príznakmi útrap ako matky z kontrolnej skupiny
- v krajinách akými sú napríklad Taliansko, Izrael a Singapur tieto služby zamerané na kardiologický a pulmonálny monitoring fungujú 24 hodín denne počas celého sedemdňového týždňa. Počas týchto siedmich dní to zabezpečujú sestry niekde vo vzdialenej centrálnej stanici sestier
- vo Švédsku Švédska federácia okresných rád mala za cieľ zriadiť telefonické centrum sestier vo všetkých regiónoch krajiny

Napríklad sme sa už oboznámili s ich využívaním na úseku rozvíjania vyučovacích metód pre vzdelávanie na diaľku, napr. http://www.adtesty.sk/. Objavili sa nové technológie, zvyšuje sa internetové spojenie a ďalšie možnosti ako spomínané už telezdravie, ktoré umožňuje lepší prístup k zdravotnej starostlivosti prostredníctvom využívania technológie, telenursing rozširuje prístup k ošetrovateľskej starostlivosti, nové vzdelávacie technológie skvalitňujú možnosti dištančného štúdia, výskumu a komunikácie, zväčšuje sa sieť, ktorá umožňuje deľbu myšlienok a informácií prostredníctvom profesionálnych zdravotníckych pracovníkov a organizácií.

Globalizácia, reforma zdravotníctva a rozvoj ošetrovateľstva prináša so sebou zvýšené požiadavky na vzdelanie. Problémy globalizácie možno vyjadriť v podobe piatich kľúčových výziev a oblastí a premeniť ich na aktivity a navrhnuté stratégie pre ošetrovateľstvo, kde by sa mali sestry viac angažovať:

- spolupráca, partnerstvo a spojenectvo
- zvýšenie počtu zdravotníckych pracovníkov
- nové perspektívy, nové roly a nové príležitosti
- riadenie
- politika a stratégia





Kľúčové cieľe zameriavajú pozornosť na rozvoj vedomostí v manažérstve a vodcovstve, na pomoc pri uskutočňovaní zmien v kurikulách, na podporu programov zúčastňujúcich sa na príprave budúcich generácií sestier-vodcov v ich krajinách a na

prípravu sestier na pozície, ktoré ovplyvňujú a zohrávajú aktívnejšiu rolu pri rozvíjaní koncepcií. Napríklad program ICN „Vedenie pre zmenu“ má za cieľ vybaviť sestry vedomosťami, stratégiami a silou uchopiť sa vedenia, manažmentu a strategických rolí v ošetrovateľstve, ale aj v zdravotníckych službách, a to v prostredí neustálych výziev a zmien. ***Bude treba ešte veľa hovoriť o potrebe prípravy účinných sesterských lídrov, ktorí by boli schopní kvalifikovane ovplyvňovať politiku, boli kreatívni a strategickí pri presadzovaní efektívnych koncepcií.*** Ďalší významný program ICN: „Vedenie počas dohodovacích konaní“, mal vplyv počas mnohých rokov na upevnenie národných sesterských združení v ich vedúcom postavení, reprezentácii a pri dohodovacích konaniach. Cieľom tohto programu je:

- podporovať národné sesterské združenia v ich úsilí pri uplatňovaní vedúcej roly pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a rozmachu profesie
- podporovať vedomosti a skúsenosti počas dohodovacích konaných
- podporovať sebadôveru
- podporovať základné ekonomické vedomosti a manažment
- posilňovanie národných sesterských združení na plnenie ich role v novom prostredí je zásadným momentom. Sesterské združenia musia pokračovať v snahe rozvíjať vedomosti, pomáhať pri formovaní partnerstva a spojenectva, ovplyvňovať politiku a rozvíjať ďalšie aktivity zamerané na zdravie, na efektívnosť pri rozvíjaní koncepcií, a to nielen v rámci zdravotníctva, ale taktiež aj v širšej oblasti verejnej politiky

Medzinárodná rada sestier (ICN) na dosiahnutie úspešnej spolupráce odporúča sestrám:

- ak majú mať hodnotu partnera musia sa zviditeľniť- miestne, národne, regionálne a medzinárodne, iba tak môžu byť prizvané na prípadnú partnerskú spoluprácu
- musia preukázať, že majú čo ponúknuť
- musia mať jasný dôvod alebo názor na úžitok z takejto spolupráce
- musia byť hodnotené ako partneri, ktoré majú svoju cenu sestry sa musia vedieť podeliť so svojimi partnermi o spoločné ciele

V súčasnosti je veľa špeciálnych záujmových sesterských organizácií. Je preto nevyhnutné, aby sa všetky tieto organizácie naučili kolektívne pracovať, a to predovšetkým tam, kde je potrebné ustrážiť problémy týkajúce sa zdravia a sociálnej oblasti. Spojenectvo medzi sesterskými organizáciami môže sestrám zvýšiť autoritu a

dôveryhodnosť pri riešení väčšiny problémov, ktoré spoločne riešia. Ak chcú byť sestry prizývané na spoluprácu musia sa zviditeľniť, musia preukázať, že majú čo ponúknuť, musia byť hodnotené ako partner, ktorý má svoju cenu, musia vedieť podeliť o spoločné ciele so svojimi spoločnými partnermi, musia mať jasný dôvod prípadne presvedčenie, že spolupráca prinesie úžitok.

**Nové ošetrovateľské roly**

Ošetrovateľská prax smeruje k rozvoju a uskutočňuje meniace sa požiadavky klientov a vyspelé úrovne profesionálnych kompetencií. Kreatívne iniciatívy zahŕňajú ***sesterské run-kliniky.*** Mnohé krajiny už dlho mali sesterské run-kliniky a považujú sa za „základný kameň“ vládou ustanovených komunitných služieb poskytujúcich primárnu zdravotnícku starostlivosť, a to predovšetkým na vidieku. Legislatíva niektorých krajín oprávňuje sestrám predpisovať lieky a tým podporuje tento rozvoj ***telenursing a rodinná sestra***. Ako sa postupne na celom svete rozširuje reforma systému zdravotníctva , komunitná starostlivosť nadobúda pre sestry čoraz väčší úsek praxe a rodinná sestra je súčasťou tohto diania. Veľa sestier sa už rozhodlo ísť cestou ***súkromného podnikania ako klinické sestry, výskumníčky a konzultantky***, ale podnikajú aj na úseku mimo ošetrovateľstva. Tento jav má zvyšujúci trend a možno sa sním stretnúť v mnohých krajinách.

Vzostup ošetrovateľstva napomáha vytvárať širšie politické súvislosti a jednotlivé sestry ako aj národné sesterské združenia musia sa aktívne angažovať v politike a politickom dianí.

**Sestry v politike** - v mnohých krajinách sestry sa angažujú v bežnom politickom dianí ako zvolení reprezentanti na národnej vládnej úrovni. Taktiež sú zainteresované v miestnej politike, kde môžu mať významný vplyv na tvorbu miestnych rozhodnutí a zákonov. To je veľmi dôležité v oblasti týkajúcej sa verejného zdravotníctva. Sestry, ktoré sú zainteresované v politickom dianí môžu ovplyvňovať rozhodnutia, regulácie a zákony. Sú v mimoriadne významnej pozícii, pretože môžu ovplyvňovať ďalších politických lídrov rezortu zdravotníctva. Lepšie chápu možné dopady na zdravie obyvateľstva na základe predložených návrhov na diskusiu, môžu poskytnúť údaje a informácie na podporu kľúčových bodov počas diskusie. Rola sestier na ministerstvách a obzvlášť na ministerstve zdravotníctva je rozhodujúca. Majú prístup k štátnym úradníkom a politickému dianiu. Sestry na týchto postoch majú väčšiu možnosť na ovplyvňovanie národnej politiky. Mnohé krajiny v dôsledku reformy systému

zdravotníctva nemajú na takýchto postoch sestry, niekedy však aj preto, že samy sestry si neuvedomujú svoju potenciálnu rolu v politike. Veľkou prioritou sestier v postavení na najvyššej úrovni zdravotného systému, ktoré prešlo významnou zmenou, je schopnosť viesť iných. Podobne aj kolektív sestier (napríklad v národných sesterských združeniach) by mal byť aktívnejším pri hľadaní možností vplyvu na politikov a politiky.

Prečo sú sestry v pozadí a nie sú aktívne v politike? Je to počet faktorov, ktoré tu zohrávajú svoju úlohu:

- obraz o sestrách ako skupine, ktorý samy sestry majú o sebe
- obraz o sestrách, ktoré majú o sebe samy sestry
- konflikty, ktoré súvisia s rolou ženy (napríklad pracovný čas)
- ťažkosti pri popísaní hodnôt ošetrovateľstva
- neprimerané vzdelanie a politický cit
- samy nerobia nič preto, aby sa lepšie zviditeľnili
- nedostatočná strategická príprava
- neprejavuje sa politická sila sestier, prípadne jej formy ako ju využiť

Mimoriadne je dôležité, aby sestry a národné sesterské združenia si verili, že sú – a musia byť – v politickom dianí. ICN a národné sesterské združenia by mali byť aktívnejšími pri presadzovaní primeraného vzdelania a prípravy pre vstup sestier do politiky a medzi politikov. Sestry by nemali iným pripisovať vinu za neúčasť v politike alebo nedostatok zviditeľnenia, prípadne politickému prostrediu. Skôr by sa mali zamerať na príležitosti ako sa vopred obávať. Musia byť aktívnejšie, nie pasívne, ba dokonca apatické. Musia rozvíjať také stratégie, ktoré odstránia ťažkosti. Dôvera a sebaúcta sú základom pre pokrok. Predovšetkým však musia byť pyšné na svoj príspevok, ktorý môžu uskutočniť.

**ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

ASWALL, J. E.: Stratégia vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek v európskom regióne SZO. In *Slovenský zdravotník*. ISSN 1335-4388. 1999, roč. IX., č. 5, s. 3

DELOUGHERY, G. L.: Issue and trends in Nursing, St. Louis, 1991 422s. ISBN 0-8016-2928-4

HANZLÍKOVÁ, A.: Univesitäre Pflegeausbildung in der Slowakei. In: Wien, OGVP 1999, 198s. ISBN 3-9500776-2-6

[1].ICN Vytvorenie noriem pre sesterské vzdelávanie a prax, 89/157E, Bratislava, C:S:M:, 1986. 28s.

KONTROVÁ, Ľ.: Politika ľudských zdrojov v zdravotníctve. Sestra 7-8/2007, str. 4, ISNN 1335-9444

LEININGER, M.: Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices, New York: McGraw-Hill 1995, 727s. ISBN 0-07-039660-3

PEARSON, A.: The competent nurse:. International Journal of Nursing Practice. roč. 8, č. 5, 2002. str.233-234.

SALVAGEOVÁ,J.: Ošetrovateľstvo v akcii, Bratislava. C.S.M.: 1995, 111s. ISBN 80-967081-2-0

STYLES,M..: Report on theRegulation of Nurses – A Report on the Present, a Position for the Future. Geneva: ICN 1986, 50s

www.efnweb.org/

www.icn.ch

http://www.saaic.sk/tempus

**Kontaktná adresa autora:**

PhDr. Karol Závodský

Telefón: +421915239037

Email: zavodsky2001@yahoo.com

Adresa: Dechtice 259, 919 53 Dechtice

# ZASTOSOWANIE PSYCHODRAMY GESTALT W DYSKUSJI PANELOWEJ PODCZAS PIELĘGNIARSKIEJ KONFERENCJI*

## Použitie psychodrámy Gestalt v panelovej diskusii na ošetrovateľskej konferencií

Wojciech Nyklewicz

Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego

Wiosną 2012 rok Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego obchodziła 5-lecie swojej działalności. Z tej okazji zostało zorganizowanych 5 konferencji w 5 miastach Polski, odbywających się w ciągu 5 dni jednego tygodnia, a wspólnym ich tematem było „Pielęgniarstwo – mój zawód, moja odpowiedzialność". Tematyka poszczególnych sesji panelowych dotyczyła porównania organizacji pracy pielęgniarki w Polsce i za granicą, wizerunku medialnego, ryzyka błędów zawodowych i granic odpowiedzialności, teorii i praktyki terapii dożylnej oraz możliwości rozwoju zawodowego w pielęgniarstwie. Tematy poszczególnych paneli stanowiły szkielet programu Konferencji, który zmieniał się w zależności od miejsca obrad i uczestniczących w nich panelistów. Organizatorzy wyszli bowiem z założenia, aby w poszczególnych miastach Polski promować regionalnych prelegentów, opierając się na ich wiedzy i doświadczeniu zawodowym. Stąd szczegółowe treści wystąpień różniły się pomiędzy poszczególnymi miastami. Aby zachować dostęp do pełnej gamy „kolorytu tematycznego", wszystkie wystąpienia panelistów zostały opublikowane w monografii pt. „Biuletyn Jubileuszowy. Pielęgniarstwo – mój zawód, moja odpowiedzialność".

Nowatorskim rozwiązaniem w realizacji Konferencji było zastosowanie techniki psychodramy Gestalt w trakcie dyskusji panelowej pt. „Możliwości rozwoju zawodowego w pielęgniarstwie". Prawdopodobnie było to pierwsze użycie tej techniki podczas konferencji pielęgniarskiej w Polsce. Wybór sposobu zaprezentowania zagadnień wynikał z faktu braku zgłoszonych panelistów do dyskusji na temat rozwoju zawodowego. Dlatego moderator tej sesji podjął się odegrania scenek z udziałem wirtualnych panelistów. W trakcie prezentacji zastosowano połączenie techniki psychodramy Gestalt i techniki „pustych krzeseł", a moderator odgrywał role następujących panelistów wirtualnych: Błękitny Motyl, Pielęgniarka Akademiczka, Niewieczny Kierownik, Pielęgniarka Paliatywna, Psychiatryczka.

Należy zaznaczyć, że wymienione techniki zostały zastosowane jako sposób aktywnego przekazania określonych treści audytorium, czyli posłużyły do komunikowania się z uczestnikami Konferencji. W żadnym razie nie miały one waloru

terapeutycznego czy też pokazu dydaktycznego metod psychoterapii. Celem sesji było zaprezentowanie różnych ścieżek kariery zawodowej w pielęgniarstwie oraz możliwości wprowadzenia nowych funkcji w zależności od warunków zewnętrznych i indywidualnego potencjału z zachowaniem obowiązującego porządku prawnego.

Scenariusz dyskusji panelowej obejmował krótki wykład wprowadzający do tematyki rozwoju zawodowego, wygłoszony przez moderatora. Zaprezentowano w nim podstawy prawne jako ramy zawodowych granic pielęgniarstwa oraz stare i nowe, tudzież potencjalne funkcje i zadania pielęgniarki. Na zakończenie wykładu wprowadzającego przedstawione zostały pytania problemowe do dyskusji, na których powinni skoncentrować się wirtualni paneliści, mianowicie:

- Jak przebiegała ścieżka kariery zawodowej? Najważniejsze etapy…
- Co ułatwia samorealizację w pielęgniarstwie?
- Co utrudnia samorealizację w pielęgniarstwie?
- Moje mocne strony to…
- Czy mogę rozwinąć skrzydła w pielęgniarstwie?

W tym momencie sesji moderator omówił techniczny przebieg dyskusji z udziałem wirtualnych panelistów oraz przedstawił Panelistę Reflektującego, którego zadaniem było wysłuchanie wypowiedzi poszczególnych „gości" z pozycji uczestnika Konferencji, a po zakończeniu wystąpień przekazanie refleksji i podsumowanie spotkania. Intencją tego wprowadzenia było przygotowanie uczestników Konferencji do odbioru tego typu „spektaklu", w którym moderator jako „aktor" wcielał się w poszczególne role, bez uprzedniego przygotowania merytorycznego, co oznacza, że była to improwizacja na określony temat. „Aktor" (moderator) wiedział, że zagra poszczególne role zgodnie ze swoją osobistą wiedzą i doświadczeniem na temat określonych postaci. I tak: Błękitny Motyl, to pielęgniarka/pielęgniarz, osoba, która często zmienia pracę, dąży do niezależności i ciągle poszukuje swojego miejsca w świecie; Pielęgniarka Akademiczka, to nauczyciel akademicki pielęgniarstwa, opowiadający o pracy na wyższej uczelni, o wadach i zaletach oraz o trudnościach kariery zawodowej; Niewieczny Kierownik, to długoletni menadżer w podmiotach opieki zdrowotnej, tym razem budujący od podstaw zespół prywatnego ośrodka leczniczego; Pielęgniarka Paliatywna opowiada o motywacji podjęcia tej pracy i obciążeniu emocjonalnym z faktu towarzyszenia w umieraniu; Psychiatryczka, to pielęgniarka psychiatryczna/pielęgniarz psychiatryczny, osoba opowiadająca o wykształceniu terapeutycznym, którego nikt nie uznaje w miejscu pracy,

o ograniczaniu kompetencji prawie wyłącznie do stróżowania i podawania leków. Były to hasła wyjściowe do odegrania poszczególnych ról.

W zastosowanej technice psychodramy chodziło o odegranie niczym nieskrępowanej ekspresji na zadany temat, dokładnie w taki sposób, jak wyobraża sobie tę rolę „aktor". Z jednej strony było to niezwykle subiektywne przedstawienie, które w każdym z 5 miejsc Konferencji przebiegało inaczej, a z drugiej – była to prezentacja problemów, które realnie występują w określonych środowiskach pracy pielęgniarek. Stosując tę samą technikę odgrywania ról przez inne osoby, uzyskano by różne subiektywne opowieści, identycznie jak subiektywne i niepowtarzalne są ścieżki kariery zawodowej rzeczywistych panelistów. Podobieństwa między nimi biorą się z uogólnień pewnych cech, dzięki czemu można je porównywać ze sobą, mimo indywidualnego sposobu przeżywania tych doświadczeń przez poszczególne osoby i ewentualnych „aktorów", odgrywających te role.

Po krótkim omówieniu techniki prowadzenia sesji panelowej, moderator przywitał i przedstawił wirtualnych panelistów, dla których przy wspólnym stole ustawione były puste krzesła z wizytówkami. Wcielając się w pierwszą rolę, „aktor" (moderator) usiadł na krześle oznaczonym wizytówką „Błękitny Motyl". Wczuwając się w postać, zaczął odgrywać rolę, rozpoczynając monolog sterowany pytaniami problemowymi. Przechodząc do następnej roli, „aktor" odkładał mikrofon na stół, wstawał do pozycji całkowicie wyprostowanej, po czym przesiadał się na kolejne krzesło z wizytówką następnej postaci i dopiero wtedy brał mikrofon do ręki. I znów wczuwał się w odgrywaną postać, po czym zaczynał monolog. Po zakończeniu wystąpień wirtualnych panelistów, „aktor" odkładał mikrofon, wstawał zza stołu i podchodził do mównicy. Tym razem, występując jako moderator, podziękował uczestnikom dyskusji za wystąpienia oraz poprosił o zabranie głosu Panelistę Reflektującego. Panelista Reflektujący dokonywał podsumowania całej sesji, akcentując najważniejsze jego zdaniem wątki wypowiedzi, formułując ostateczne wnioski. Na zakończenie sesji moderator („aktor") dokonywał tzw. „odczarowania siebie", polegającego na głośnym wypowiadaniu frazy: „Nie jestem Błękitnym Motylem, jestem Wojtek", „Nie jestem Pielęgniarką Akademiczką, jestem Wojtek" itd. W procedurze tej chodzi o symboliczne wyjście z zagranych ról i w pełni utożsamienie się z samym sobą.

W trakcie trwania dyskusji panelowej z udziałem wirtualnych gości, zagranych przez „aktora", ważne jest precyzyjne oddzielanie poszczególnych ról. Tak jak w realnej dyskusji, zabierający głos panelista podnosi mikrofon do ust, a po zakończeniu

wypowiedzi przekazuje go następnemu paneliście, identycznie w sytuacji monodramu, „aktor" oddziela poszczególne role od siebie. Temu celowi służyła zmiana krzeseł (przesiadanie się z krzesła na krzesło) oraz podnoszenie mikrofonu ze stołu, by zacząć wypowiedź i odkładanie go z powrotem po jej zakończeniu. Taki zespół zachowań ma znaczenie dla widza, który dzięki temu powinien mieć poczucie odrębności poszczególnych postaci, zagranych przez „aktora". Równie istotne jest oddzielanie poszczególnych ról dla samego „aktora", by w jego subiektywnym przeżywaniu poszczególnych postaci nie mieszać ich zawodowych życiorysów i cech osobowych. Ewentualne nieoddzielenie ról mogłoby spowodować brak widocznej i słyszalnej różnicy pomiędzy poszczególnymi wirtualnymi panelistami, postrzeganej z perspektywy widza. Również „aktor" mógłby w takiej sytuacji przeżywać „zamieszanie" i poczucie dyskomfortu.

Oceniając z perspektywy czasu zastosowanie techniki psychodramy Gestalt w dyskusji panelowej z udziałem wirtualnych panelistów, należy wspomnieć o pozytywnych i negatywnych aspektach takiego przedsięwzięcia. Zgodnie z założeniami psychodramy Moreno, a później psychodramy Gestalt, które dały początek konstruowaniu dramek i odgrywaniu scenek w dydaktyce, „aktorem" może być każdy człowiek niezależnie od wieku (również dzieci w wieku przedszkolnym), niezależnie od wykonywanej profesji oraz doświadczenia życiowego i zawodowego. Do grania ról niepotrzebne są żadne zdolności aktorskie. Wychodzi się z założenia, iż każdy człowiek ma jakieś wyobrażenie na temat określonej roli społecznej, i że jest to wyobrażenie subiektywne, podobnie jak subiektywnie odgrywamy życiowe role zgodnie z naszą subiektywną o nich wiedzą. Robimy to najlepiej, jak w danym momencie możemy zrobić. W świecie psychodramy dydaktycznej nie ma przydziału ról do płci, co oznacza, że zarówno mężczyźni mogą zagrać role kobiece, tak i kobiety mogą zagrać role męskie. W tym sensie psychodrama dydaktyczna jest uniwersalną techniką, której zastosowanie ograniczone jest jedynie możliwościami kreacji „reżysera" i „aktorów". W psychodramie Gestalt „aktor" może odgrywać również role przedmiotów, np. łóżka lub komputera.

Ogromną zaletą psychodramy dydaktycznej, zastosowanej w tej konkretnej sesji panelowej było to, że wirtualni paneliści mogli bez wewnętrznej cenzury opowiedzieć o problemach, które polska mentalność cenzuruje *a priori*. Takim przykazaniem cenzorskim są frazy: „Swoje brudy pierzemy w swoim domu" oraz „niewygodne problemy zamiata się pod dywan". Sytuacja konferencji i wystąpienie publiczne jest dla wielu prelegentów dość krępującym doświadczeniem, w którym przekazują

skrupulatnie przemyślane i ocenzurowane informacje, by odnieść medialny sukces bardziej, niż poruszyć drażliwy temat i narazić się na negatywne opinie uczestników. My, Polacy, o trudnych sprawach raczej rozmawiamy ściszonym głosem, w zaufanym gronie osób myślących podobnie. Zdecydowanie unikamy konfrontacji, polemiki i ewentualnej krytyki, a gdy do takich dochodzi, zazwyczaj pojawiają się wtedy elementy przemocy, bardziej ważny staje się „argument siły, niż siła argumentu". Można przypuszczać, że w tej konkretnej dyskusji realni paneliści poruszyliby te zagadnienia ze swoich ścieżek kariery zawodowej, które uznają za bezpieczne do opublikowania. Ostatecznie, podczas wystąpienia na konferencji podpisujemy się pod swoja wypowiedzią nazwiskiem, głosem i twarzą. Tej przeszkody w wyrażaniu drażliwych faktów i niepopularnych opinii nie ma „aktor", bowiem zgodnie z konwencją psychodramy dydaktycznej, gra on cudzą rolę – nie gra samego siebie. Będąc na scenie, przemawia w imieniu kogoś innego, jakiejś anonimowej postaci Błękitnego Motyla czy Akademiczki albo Niewiecznego Kierownika. Mówi o sprawach trudnych, nie obarczając się odpowiedzialnością za wyobrażenia swoich słuchaczy. W sytuacji realnych prelegentów, słuchacze także mają swoje indywidualne wyobrażenia o tym, co mówi prelegent, jednak jeśli przeżywają oni w związku z tym negatywne konotacje i emocje, to chętnie obciążają odpowiedzialnością za nie właśnie realnego prelegenta. Zatem, zaletą psychodramy dydaktycznej jest możliwość podjęcia trudnej tematyki bez narażania kogokolwiek na agresję, lecz nie do końca. Otóż moderator i zarazem „aktor" omawianej sesji panelowej spotkał się z jednym przypadkiem ostrej krytyki wyrażonej nie wprost w postaci natrętnego przekonywania, że „opisana sytuacja w konkretnej uczelni nie występuje, a wszyscy pracujący tam nauczyciele są bardzo zadowoleni ze stosunków międzyludzkich".

Zastosowanie psychodramy dydaktycznej w środowisku pielęgniarskim napotyka na opór. Jej krytycy mówią, że nie każdy potrafi zagrać rolę jak w teatrze, zwłaszcza przy dużym audytorium. Największa obawa dotyczy domniemanej tremy, która mogłaby sparaliżować „aktora". Z całą pewnością może być to problem nie do pokonania, lecz jeśli realni prelegenci radzą sobie z nią podczas zwyczajnych wystąpień na konferencjach, to oznacza, że dysponują odpowiednimi umiejętnościami opanowywania strachu przed wystąpieniami publicznymi. Innym argumentem przeciw zastosowaniu psychodramy jest obawa przed czasowym pozostaniem w roli odgrywanej przez „aktora". Tak, jest to potencjalny problem, który zdarza się nawet po dobrym „odczarowaniu samego siebie". Jednak zagrożenia nie są większe od tych, jakie

doświadczają widzowie filmów wyświetlanych w kinach i w telewizji, zwłaszcza przy użyciu technik coraz bardziej imitujących rzeczywistość (3D, 5D). Oglądając filmy, czytając literaturę czy słuchając opowieści przyjaciół, niektórzy z nas przeżywają identyfikację z bohaterami tych historii. Doznajemy wtedy stany emocjonalne podobne do uczuć, przeżywanych przez wspomniane postaci, lecz zmiany te przecież przemiją.

Jeszcze innym zarzutem przeciwko zastosowaniu psychodramy w sesjach panelowych na konferencjach jest to, że bardziej wiarygodni są realni ludzie, opowiadający swoje prawdziwe historie. I tu należy zgodzić się z apologetami tego poglądu, bowiem nie ma to, jak osobiste świadectwo – prawdziwy człowiek, prawdziwe doświadczenie. Taka osoba może stać się modelem (mistrzem) do naśladowania dla innych, którzy w tym momencie poszukują określonych wzorców zachowań i cech osobowych. „Aktor" w psychodramie daje również takie możliwości, jednak świadomość konwencji gry, pewnego rodzaju fikcji i udawania kogoś innego, może zniwelować oczekiwany efekt.

Na podstawie nielicznych informacji zwrotnych od uczestników Konferencji z zastosowaniem psychodramy dydaktycznej (w konwencji Gestalt) do poprowadzenia dyskusji panelowej, można sformułować jedynie ogólne wnioski o przydatności tej formy przekazu. Wrażenie zrobiła sama technika komunikacji i tematyka podjętych problemów.

Z perspektywy moderatora tej sesji i „aktora" warte podkreślenia jest to, że psychodrama dydaktyczna nie musi być wyłącznie używana w małych grupach osób szkolących się (studentów czy uczestników kształcenia podyplomowego). Może być formą zastępującą wykład lub urozmaicającą go wtedy, gdy wplatamy weń studium przypadku czy też omawiamy przykłady jakichś zdarzeń. Z całą pewnością daje nauczycielowi czy prelegentowi ogromną przestrzeń do kreacji, zaś uczestnikom konferencji i wykładów przykuwa uwagę i pobudza wyobraźnię. Ten pozornie jednostronny przekaz od nadawcy do odbiorcy tak naprawdę jest dialogiem, ponieważ „aktor" widzi zainteresowanie i żywe reakcje widzów. Raz wywołuje uśmiech, innym razem „zagotują się" emocje, a twarze zarumienią się wyrazem uczuć. To wywołuje rezonans „aktora" i następującą po nim odpowiedź, wszak granie ról panelistów, osób opowiadających „swoje historie" jest tak samo interaktywne, jakby odbywało się naprawdę.

Interesujące byłoby powtórzenie techniki dramy dydaktycznej w sytuacji konferencji pielęgniarskiej przy jednoczesnym dokonaniu pomiaru cech reakcji uczestników sesji na

tego typu przekaz. Ważne byłoby sprawdzenie poziomu komunikatywności, czyli zgodności intencji nadawcy z rozpoznaniem tej intencji przez odbiorcę.

*Jest to subiektywny opis doświadczenia prowadzenia dyskusji panelowej z udziałem wirtualnych panelistów z perspektywy pomysłodawcy, moderatora i „aktora" w jednej osobie.

**Piśmiennictwo**

Grzesiuk L. (red.): Psychoterapia. PWN, Warszawa, 1994.

Kratochvil S.: Podstawy Psychoterapii. Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2003.

Pankowska K.: Edukacja przez dramę. WSiP, Warszawa, 1997.

**Kontakt na autora:**

mgr Wojciech Nyklewicz

Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego

E-mal: wnyklewicz@wp.pl

# MIGRACJE PIELĘGNIAREK W XX WIEKU

## Migrácia sestier v 20. storočí

Anna Cisińska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie

**Wstęp**

W dobie globalizacji procesy migracji ludności stały się normą i elementem otaczającej nas rzeczywistości. Mobilność stała się jedną z istotnych wartości na rynku pracy, zwłaszcza w obrębie profesji, wymagających szczególnych kwalifikacji i kompetencji zawodowych, o znaczeniu strategicznym dla rozwoju cywilizacyjnego, co dotyczy m.in. sektora opieki zdrowotnej. Specjalizacja na rynku pracy dokonała się dzięki kształceniu zawodowemu, które w wielu obszarach świata nie rozwinęło się w stopniu odpowiadającym lokalnym potrzebom. Równocześnie obserwujemy stopniowy wzrost świadomości zdrowotnej oraz popytu na usługi medyczne wysokiej jakości, co dotyczy zarówno starzejących się społeczeństw krajów rozwiniętych, jak i odznaczających się dużym potencjałem demograficznym krajów rozwijających się.

Migracja pielęgniarek we współczesnym świecie jest zjawiskiem szeroko badanym, chociażby w ramach projektów Registered Nursing Forecast czy PROMETHEUS (Professional Mobility in The European Union Study). Warto spojrzeć na opisywane zagadnienie z perspektywy historycznej, także po to, aby ukazać jego złożone uwarunkowania i swoistą ewolucję. Geneza owej mobilności zawodowej czy też migracji ma swoje korzenie w ubiegłym stuleciu i skomplikowanych procesach, jakie wówczas zachodziły. Temat ten zasługuje na ujęcie monograficzne, stąd moje rozważania sygnalizują jedynie wybrane jego aspekty.

**Rozwinięcie**

W ogólnym znaczeniu migracja oznacza przemieszczanie się ludzi – proces występujący od zarania ludzkości. Jego specyfika i skala była następstwem rozwoju cywilizacyjnego i postępu naukowo-technicznego, a także przemian politycznych, gospodarczych i kulturowych. Interesujące nas zjawisko migracji konkretnej grupy zawodowej w szerokim przedziale czasowym i bez ograniczeń terytorialnych łączy się znaczeniowo z pojęciem mobilności, definiowanej jako gotowość do zmiany miejsca pracy w zależności od potrzeb rynku. Odległość, jaka wyznacza skalę migracji w odniesieniu do jednostek, nie ma znaczenia; migracją nazwiemy zarówno ruch ze wsi do

miast, czy też z aglomeracji na prowincję, jak i podróże międzykontynentalne. Podobnie rzecz ma się z czasem trwania opisywanej ruchliwości społecznej: mogła ona następować zarówno na okres kontraktu o pracę (migracje czasowe), jak i wiązać się z wyjazdem na stałe. Spoiwem naszych rozważań jest zatem przemieszczanie się pielęgniarek w każdej skali tego zjawiska.

Kluczem do opisania złożoności zagadnienia migracji pielęgniarek w XX stuleciu jest znajomość historii najnowszej, gdyż siłą napędową owego zjawiska były w głównej mierze procesy historyczne. Chronologicznie pierwszą przyczyną migracji pielęgniarek była edukacja – chęć nabywania kwalifikacji oraz doskonalenia zawodowego. Specyfika kształcenia zawodowego, zainicjowanego w XIX wieku, polegała na funkcjonowaniu sieci szkół, czy precyzyjniej mówiąc – ośrodków szkoleniowych (bardzo często były to szpitale, jak znany St. Thomas Hospital w Londynie). Wraz z profesjonalizacją zawodu pielęgniarki i towarzyszącym jej praktykom certyfikowania kwalifikacji, młode dziewczyny, które chciały wykonywać ten zawód, musiały podróżować do wspomnianych ośrodków. To samo dotyczyło wielu praktykujących już pielęgniarek, które z kolei odczuwały potrzebę doskonalenia wiedzy i umiejętności. Przykładem takiej migracji jest pielęgniarka Sophia Mannerheim (1863-1928). Celem zdobycia gruntownej wiedzy z zakresu pielęgniarstwa wyruszyła do Londynu, gdzie w 1902 r. ukończyła szkołę Florence Nightingale. Wśród innych pielęgniarek na podkreślenie zasługują Mary Breckinridge (1881-1965); Margaret Sander (1879-1966); Elizabeth Grace Neill (1846-1926); Linda Richards (1841-1930).

Motywacja edukacyjna migracji stanowiła niewątpliwie jeden z najważniejszych czynników rozwoju pielęgniarstwa. Charakterystyczny dla pionierskich czasów klimat szerzenia szlachetnych ideałów zawodu przyczynił się do wykreowania swoistego etosu – bardzo podobnego w różnych rejonach świata. Było to możliwe dzięki „przeszczepianiu" uniwersalnych wzorców w lokalnych środowiskach za sprawą pielęgniarek, które podróżowały po świecie.

Jedną z najbardziej oczywistych przyczyn migracji pielęgniarek było (i jest) poszukiwanie miejsca zatrudnienia. Niedopasowanie popytu i podaży na rynku pracy – źródło bezrobocia frykcyjnego – dotyczyło także personelu opieki zdrowotnej. Zapotrzebowanie na pracowników w tej dziedzinie jest wypadkową stanu rozwoju opieki zdrowotnej w danym kraju, jego struktury organizacyjnej i mechanizmów finansowania, procesów demograficznych i profilu kształcenia zawodowego. Specyfika pracy pielęgniarki, niezależnie od kraju, – w ramach zinstytucjonalizowanej ochrony

zdrowia – wiąże się przede wszystkim z siecią zakładów opieki zdrowotnej i placówek pokrewnych. Warunkiem znalezienia pracy było istnienie szpitala, przychodni, punktu medycznego, domu opieki społecznej, przedszkola, szkoły, niekiedy gabinetu lekarskiego czy dużego przedsiębiorstwa produkcyjnego. Przykładowo, Zespół Szkół Medycznych w Łowiczu, istniejący w latach 1983-2003, kształcił pielęgniarki w liczbie daleko przewyższającej potrzeby lokalnego rynku pracy. Zakłady opieki zdrowotnej w trzydziestotysięcznym mieście i jego okolicach zatrudniały jedynie część absolwentów szkoły; większość z nich szukała zatrudnienia w Warszawie, Łodzi lub innych miastach Polski. Nie jest to przypadek odosobniony; specjalizacja oraz konsolidacja szkolnictwa zawodowego była naturalną cechą systemu edukacji i dlatego tworzono ośrodki kształcące kadry pielęgniarskie na potrzeby nie lokalnego, lecz regionalnego czy wręcz ogólnokrajowego rynku pracy.

Często spotykanym motywem migracji pielęgniarek były względy ekonomiczne, a mianowicie poszukiwanie bardziej atrakcyjnych płacowo miejsc pracy pomimo możliwości pracy zawodowej w miejscu zamieszkania lub jego pobliżu. Siłą napędową tego rodzaju migracji były dysproporcje między wynagrodzeniami w poszczególnych krajach, a niekiedy w obrębie różnych pracodawców.

Ważną przyczyną migracji pielęgniarek były procesy historyczno-polityczne w dwudziestowiecznym świecie. Na migracje wpłynął niewątpliwie system kolonialny, tworzący szereg więzi administracyjnych, gospodarczych i kulturowych między metropoliami i ich zamorskimi posiadłościami. Było normą, że wykwalifikowane w Europie kadry zasilały kolonie, przyjmując tam często odpowiedzialne role społeczne i edukacyjne. Najlepiej zjawisko to widać na przykładzie imperium brytyjskiego. Między rokiem 1896 a 1966 (przełomowym dla dekolonizacji Afryki) organizacja Colonial Nursing Association wysłała do zamorskich posiadłości Korony brytyjskiej blisko 8,5 tys. pielęgniarek [1]. Początkowo były to wolontariuszki, kierujące się pobudkami religijnymi czy też chęcią podróżowania po egzotycznych częściach świata, ale z czasem organizacja przekształciła się w typową agencję pracy, oferującą atrakcyjne warunki zatrudnienia. Migracje te wspierał brytyjski rząd, gdyż zaangażowane pielęgniarki mogły szkolić swoje następczynie oraz personel niższego szczebla, a także przyczyniać się do krzewienia kultury brytyjskiej. Duże znaczenie miało także podwyższenie standardu życia i pracy mieszkańców kolonii, a punktu widzenia brytyjskiego aparatu administracji – głównie urzędników kolonialnych i ich rodzin. Należy pamiętać, że pielęgniarki nie

[1] R. Wall, The International Health Division's Views on Nursing Practice, Policy and Education in British Malaya, London 2010, s. 1.

tylko opiekowały się chorymi i pomagały nielicznym lekarzom, ale w trudny do przecenienia sposób popularyzowały elementarne zasad higieny oraz profilaktyki chorób zakaźnych.

Innym dwudziestowiecznym procesem o masowej skali była postępująca urbanizacja i industrializacja poszczególnych rejonów świata. Powstające w następstwie rozwoju demograficznego aglomeracje miejskie (np. w Azji) generowały zapotrzebowanie na instytucje opieki zdrowotnej. Wzrost gospodarczy odnotowywany w wielu krajach umożliwiał poprawę jakości usług medycznych, co na ogół oznaczało tworzenie nowych miejsc pracy dla wykwalifikowanych pielęgniarek. Równocześnie rozwijały się także regiony rolnicze, a wzrost świadomości ich mieszkańców sprzyjał korzystaniu z profesjonalnych świadczeń medycznych, stąd przeciwstawne zjawiska migracji ze wsi do miast oraz z miast na prowincję; ten ostatni kierunek charakteryzował przemieszczanie się kadr wyżej wykwalifikowanych np. w krajach Ameryki Południowej.

Specyficzny charakter migracji wymuszały działania wojenne. Szczególnym miejscem pracy pielęgniarek były formacje zbrojne. Mobilny charakter pracy, a właściwie służby wojskowej, wiązał się z przemieszczaniem sił zbrojnych. Burzliwy wiek XX, obfitujący w konflikty polityczne w różnych rejonach świata, był areną wielu wojen, w których udział brały także pielęgniarki, niosąc pomoc medyczną rannym żołnierzom i ludności cywilnej. Temat ten, z natury rzeczy niezwykle szeroki, z pewnością doczeka się wielu opracowań monograficznych; w naszych rozważaniach stanowi jedynie egzemplifikację zjawiska migracji, związanej w wykonywaniem zawodu pielęgniarki – w jakże szczególnych warunkach.

W sensie formalnym, pielęgniarki były na ogół powoływane do regularnej służby wojskowej na podstawie przepisów mobilizacyjnych, obowiązujących w poszczególnych krajach. Kobiety, wykonujące zawody medyczne, mimo ewidentnego braku równouprawnienia w tamtych czasach, były traktowane zazwyczaj podobnie do żołnierzy rezerwy – w odróżnieniu od pozostałej części społeczeństwa. Obok obligatoryjnej mobilizacji i przydziału do określonej jednostki armii, stosowano także procedury rekrutacji ochotniczek. W większości przypadków wydzielano specjalne jednostki żeńskie, zajmujące się pomocą medyczną, czy to w ramach struktur wojskowych, czy tzw. służb pomocniczych. Jedną z najstarszych, największych i najbardziej wyspecjalizowanych formacji tego typu był Army Nurse Corps – Korpus Pielęgniarek Armii Stanów Zjednoczonych, utworzony na przełomie XIX i XX wieku. W

okresie I wojny światowej (1914-1918) jego liczebność wzrosła z 4 tys. do ponad 21 tys. kobiet, przy czym w ostatnim roku wojny znaczna ich część służyła w Europie – w szpitalach wojskowych i bazach armii amerykańskiej i brytyjskiej, a także na okrętach wojennych. W 1918 r. uruchomiona została Szkoła Pielęgniarska A.N.C., wyznaczając standardy kształcenia personelu pielęgniarskiego pod kątem potrzeb wojska. Specyfika pracy pielęgniarek na froncie i tuż za jego linią wymagała przede wszystkim wiedzy i umiejętności w zakresie chirurgii i to było wyróżnikiem ich wysokich kompetencji zawodowych.

W czasie II wojny światowej (1939-1945) liczba pielęgniarek służących w Army Nurse Corps w różnych częściach świata, przede wszystkim w Europie i rejonie Pacyfiku, przekroczyła 57 tys.; mimo noszenia międzynarodowych emblematów pomocy medycznej, oznaczających sanitariuszy, 215 pielęgniarek zginęło w wyniku działań wojennych. Udział amii USA w kolejnych konfliktach zbrojnych w II połowie XX w. również oznaczał obecność personelu pielęgniarskiego. W czasie wojny koreańskiej (1950-1953) w rejonie walk znalazło się 600 pielęgniarek, zaangażowanych w jednostkach MASH (Mobil Army Surgical Hospital – Ruchomy Wojskowy Szpital Chirurgiczny), składających się standardowo z 10 lekarzy chirurgów, 12 pielęgniarek i ok. 200 osób personelu pomocniczego i technicznego. Były to szpitale polowe, przeznaczone dla ok. 200 pacjentów, zlokalizowane bardzo blisko linii frontu – dla ułatwienia szybkiego transportu rannych; o ile skuteczność pomocy medycznej była dzięki temu znacznie wyższa, to jednak ryzyko ostrzału artyleryjskiego rzutowało znacząco na poziom bezpieczeństwa personelu medycznego i samych pacjentów. Jedna z pielęgniarek, kpt. Elizabeth Allen, wspominała, że w czasie silnego ostrzału w celu skuteczniejszej ochrony pacjentów pielęgniarki lokowały ich nie na łóżkach polowych, ale… w skrzyniach na amunicję [2]. Ponad 11 tys. pielęgniarek zostało zmobilizowanych w czasie wojny wietnamskiej. Wśród 58 tys. nazwisk żołnierzy amerykańskich, poległych w Wietnamie, które umieszczono na słynnym monumencie w Waszyngtonie, znajduje się 8 kobiet. Wszystkie były pielęgniarkami. Pierwszą pielęgniarką, która zginęła we wspomnianej wojnie, była Carol Ann Drazba. Poświęcony jej pomnik w rodzinnym miasteczku Scranton w Pensylwanii odsłonięto w 2012 r.

Ostatni z dużych konfliktów zbrojnych w XX w., w jakim udział brała amerykańska armia, operacja „Pustynna Burza" (1990-1991 – po ataku irackim na

[2] J. Bellafaire, Volunteering For Risk: Black Military Women Overseas during the Wars in Korea and Vietnam, www, on-line, http://womenshistory.about.com/gi/o.htm?zi=1/XJ&zTi=1&sdn=womenshistory&cdn=education &tm=34&f=00&tt=14&bt=1&bts=1&zu=http%3A//womensmemorial.org/Education/BWOHistory.html, dostęp 02.08.2012

Kuwejt) wymagała przerzucenia w rejon Zatoki Perskiej 2200 pielęgniarek Army Nurse Corps, które zasiliły personel medyczny 44 szpitali polowych. W ocenie specjalistów, zajmujących się historią medycyny wojskowej, konflikt ten zmienił w istotny sposób specyfikę pracy personelu medycznego za linią frontu, w tym – pielęgniarek. Głównym zadaniem stało się ustabilizowanie stanu pacjentów, umożliwiające bezpieczną ewakuację rannych do oddalonych szpitali.

Choć w sensie liczebnym zmobilizowane i wysłane w rejon konfliktów zbrojnych pielęgniarki stanowiły niewielki odsetek swojego środowiska zawodowego, ich rola była bardzo istotna i godna odnotowania. Praca w odległości tysięcy kilometrów od domu i rodziny, na ogół w bardzo niebezpiecznych warunkach, w nieustannym stresie i dużym obciążeniu fizycznym, trwająca często kilkanaście miesięcy i dłużej, jest krańcowym przykładem okresowych migracji zawodowych pielęgniarek.

Operowanie precyzyjnymi liczbami w odniesieniu do migracji pielęgniarek na przestrzeni XX w. nie jest możliwe. Wynika to przede wszystkim z obszernych ram chronologicznych, w obrębie których obserwujemy mniej lub bardziej masowe migracje ludności, nie zawsze uchwytne w materiałach źródłowych, a już rzadko kiedy opracowane pod kątem kryteriów zawodowych. Aż do czasu powstania Międzynarodowego Centrum Migracji Pielęgniarek (International Centre on Nurse Migration) pod auspicjami International Council of Nurses nie istniał globalny system gromadzenia takich informacji. Baza danych LABORSTA, prowadzona przez Międzynarodową Organizację Pracy (ILO), nie wyodrębnia, niestety, personelu medycznego, sytuując jego przedstawicieli w obrębie szeroko rozumianego sektora usług oraz wolnych zawodów (obejmujących przede wszystkim przypadki samozatrudnienia). Nie pomogą też ogólnodostępne dane innej agendy ONZ - Międzynarodowej Organizacji ds. Migracji (IOM) z uwagi na nieco inny profil działalności, ukierunkowanej na problemy imigrantów i ich status formalno-prawny.

Warto pamiętać o wielu problemach, jakie towarzyszyły migracjom pielęgniarek na przestrzeni omawianego okresu. Stopniowe niwelowanie trudności pokazuje dynamikę przemian, jakie dokonały się w aspekcie m.in. edukacji i współpracy międzynarodowej, co można uznać za sukces ludzkości, przełamującej bolesne doświadczenia dwudziestowiecznych wojen i totalitaryzmów.

Ogromną rolę w pracy pielęgniarki odgrywa komunikacja – zarówno z innymi pracownikami opieki zdrowotnej, jak i pacjentami. Podstawowym warunkiem, umożliwiającym pracę zawodową w innym kraju, jest znajomość języka w stopniu

niezbędnym do bezpiecznej i efektywnej pracy. Przeszkoda w postaci nieznajomości języka stopniowo traciła na znaczeniu – wraz z rozwojem edukacji (upowszechniającej naukę języka angielskiego, a w krajach anglojęzycznych – hiszpańskiego i francuskiego) oraz postępem globalizacji, która nadała językowi angielskiemu status uniwersalnej platformy komunikacji. Język angielski jest językiem urzędowym dla dużej części ludzkości, w tym w wielu krajach rozwijających się, gdzie zapotrzebowanie na wykwalifikowany personel medyczny stale wzrasta. W wielu szpitalach na Bliskim Wschodzie, niezależnie od urzędowego języka arabskiego, funkcjonuje dokumentacja anglojęzyczna, co znacząco ułatwia perspektywy zawodowe osobom spoza kręgu cywilizacji arabskiej. Pewnym ułatwieniem w krajach nieanglojęzycznych jest możliwość przyswojenia niezbędnego zasobu słownictwa, a także uniwersalny charakter terminologii medycznej.

Kolejną barierą w migracji zawodowej pielęgniarek była konieczność uzyskania wiz oraz nostryfikacja uprawnień w zakresie wykonywania zawodu. W przypadku wyjazdów do pracy, koordynowanych przez organizacje międzynarodowe, agencje pracy czy inne podmioty, formalności te załatwiano zazwyczaj na etapie rekrutacji, który trwał od kilku tygodni do kilku miesięcy – w zależności od docelowego miejsca zatrudnienia. Wizy – domena świata zamkniętych granic – były dystrybuowane w ramach polityki zagranicznej państwa oraz układów stowarzyszeniowych; w okresie zimnej wojny (1947-1989) przepływ ludzi przez „żelazną kurtynę", oddzielającą kraje komunistyczne od demokratycznego Zachodu, był ściśle reglamentowany i de facto ograniczany. Nie oznacza to, że pielęgniarki z państw „demokracji ludowej" nie miały szans pracować za granicą, jednak otwarte rynki pracy były ograniczone do krajów „zaprzyjaźnionych".

Poza wymaganą dokumentacją, poświadczającą kwalifikacje, w większości krajów wymagana była rejestracja, pozwalająca na wykonywanie zawodu. Stosowne licencje wydawały organy administracji (w większości państw Afryki) lub samorządu zawodowego (np. brytyjska Rada Pielęgniarstwa i Położnictwa). Czas realizacji tych procedur oraz charakter wymagań zależał przede wszystkim od przepisów, obowiązujących w danym kraju, a w praktyce w dużej mierze od sprawności aparatu administracyjnego; na ogół państwa, w których brakowało wykwalifikowanego personelu medycznego, upraszczały procedury, w odróżnieniu od zbiurokratyzowanych norm w krajach chroniących rynek pracy przed obcokrajowcami.

Na zakończenie należy wspomnieć o inicjatywach integrujących środowiska zawodowe pielęgniarek z różnych krajów, co sprzyjało migracjom. Przykładem takich wartościowych przedsięwzięć było stworzenie w 1899 r. międzynarodowej federacji organizacji zawodowych pielęgniarek – International Council of Nurses (Międzynarodowej Rady Pielęgniarek) z siedzibą w Genewie; warto odnotować, że była to pierwsza w dziejach kobieca organizacja zawodowa o zasięgu międzynarodowym. Jedną z wielu form jej działań stało się wydawanie periodyku „International Nursing Review" („Międzynarodowy Przegląd Pielęgniarski"), którego pierwszy numer ukazał się w 1926 r. [3]. Idea zawodowej solidarności ponad narodami i granicami państw niewątpliwie sprzyjała akceptacji osób migrujących w poszukiwaniu pracy.

**WNIOSKI:**

Migracje pielęgniarek w XX w. wynikały z uwarunkowań historycznych, politycznych, ekonomicznych i społecznych, a dodatkową motywację stanowiły potrzeby w zakresie edukacji i doskonalenia zawodowego oraz działalności dobroczynnej. Nie bez znaczenia były sprawy rodzinne i osobiste. Można odnieść wrażenie, że aspekty finansowe zaczęły dominować nad innymi w późniejszym okresie, kiedy pojawiło się z jednej strony zjawisko nadpodaży na rynku pracy (efekt rozwoju edukacji zawodowej, ale nierównomiernego w skali globu), z drugiej zaś – ułatwieniu uległy prawne i organizacyjne warunki przemieszczania się między granicami państw. Migracje pielęgniarek wywarły bezpośredni wpływ na systematyczne podnoszenie poziomu pielęgniarstwa i jakości usług medycznych w wielu rejonach świata dzięki transferowi specjalistycznej wiedzy, technik i – co bardzo ważne – wartości, składających się na etos opisywanego zawodu. Proces ten wciąż trwa w odniesieniu do krajów rozwijających się. Tematyka migracji pielęgniarek w ujęciu historycznym oraz historyczno-socjologicznym jawi się jako frapujący obszar badawczy, wnoszący wartościowe treści do powszechnej historii pielęgniarstwa, która pozostaje cennym źródłem inspiracji.

[3] Supporting nurses In ca ring their communities: a conversation with Linda Carrier-Walker, "International Nursing Review", t. 58, 2011, nr 4, s. 405.

**BIBLIOGRAFIA:**

A War Nurse's Diary, Diggory Press, 2005, ss. 102.

Donahue P., Nursing, the Finest Art. An Illustrated History, Maryland Heights 1996, ss. 380.

Goldin I., Cameron G., Balarajan M., Exceptional People: How Migration Shaped Our World and Will Define Our Future, Princeton 2011, ss. 352.

„ICMN eNews" 2006-2012

Supporting nurses in caring their communities: a conversation with Linda Carrier-Walker, "International Nursing Review", t. 58, 2011, nr 4, s. 405-407.

Warner A., Nurse at the Trenches. Letters Home from World War One Nurse, 2005, ss. 72.

**Kontakt na autora:**

Dr n. med. Anna Cisińska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie

Adres do korespondencji:

Łódź ul. Konstytucyjna 3 m. 36

90-150 Łódź

# PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ A JEJ HODNOTENIE ZDRAVOTNÍCKOU VEREJNOSŤOU

Jana Cinová, Iveta Ondriová, Zuzana Novotná
Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove, Prešov

## Úvod

Paliatívna starostlivosť sa stala jedným z hlavných cieľov riešenia zdravotnej politiky a čoraz diskutovanejšou je medzi zdravotníckou, ako aj laickou verejnosťou. Je nespochybniteľnou skutočnosťou, že na Slovensku pribudne denne 32 pacientov s nevyliečiteľným ochorením a asi 135 ľudí denne zomiera. Takmer 12 000 pacientov ročne tvorí cieľovú skupinu pre odbor paliatívnej starostlivosti, ktorá sa snaží vyplniť priestor na dôstojné umieranie a smrť. V paliatívnej starostlivosti dominuje holistický prístup k pacientovi a z tohto dôvodu nie je možné pri jej poskytovaní oddeliť medicínsku, ošetrovateľskú, sociálnu, psychologickú a duchovnú zložku. V porovnaní s predošlými rokmi je v súčasnosti poskytovanie lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti umierajúcim pacientom na kvalitatívne vyššej úrovni, no aj napriek tomu máme pred sebou ešte veľmi dlhú cestu v jej skvalitnení.

Vývoj paliatívnej starostlivosti nepochybne záleží aj na vytvorení zákonoch súvisiacich s danou starostlivosťou so zameraním sa na jej podporu a rozvoj či od spôsobu jej financovania. V neposlednom rade významným aspektom v jej rozvoji je aj úroveň myslenia tých, ktorí o záležitostiach súvisiacich s paliatívnou starostlivosťou rozhodujú [1].

## Jadro

Pre poskytovane paliatívnej starostlivosti čo najvyššej možnej kvality boli vypracované princípy charakterizujúce paliatívnu starostlivosť, princípy opisujúce podstatu hospicovej starostlivosti, princípy zamerané na pacientov a ich rodiny, ako aj princípy hospicov zamerané na dosiahnutie cieľov pacientov a rodín [2]. Filozofiu paliatívnej starostlivosti je možné aplikovať okrem inštitúcií paliatívnej starostlivosti aj v ďalších nemocničných zariadeniach [5]. Práve z tohto dôvodu sme sa rozhodli v jednotlivých nemocničných zariadeniach zmapovať hodnotenie paliatívnej starostlivosti z pohľadu sestier a lekárov.

**Ciele prieskumu**

Hlavným cieľom prieskumu bolo zistiť, ako hodnotí poskytovanie paliatívnej starostlivosti zdravotnícka verejnosť.

**Metodika a vzorka prieskumu**

Prieskum bol realizovaný v roku 2011 prostredníctvom metódy neštandardizovaného dotazníka. Dotazníkom sme sledovali identifikačné údaje: pohlavie, vek, pracovisko, odborné pracovné zaradenie a dĺžku odbornej praxe. Na jednotlivé zdravotnícke pracoviská sme administrovali 100 dotazníkov, no ich návratnosť nebola 100%. Reprezentatívna vzorka prieskumu bola zastúpená zdravotníckou verejnosťou – sestrami a lekármi, ktorí poskytujú paliatívnu starostlivosť v Prešovskom a Košickom kraji. Nakoľko sme nerealizovali komparatívny prieskum, počet respondentov v jednotlivých skupinách nebol zhodný. Prvú skupinu respondentov tvorilo 47 sestier a druhú skupinu respondentov prieskumu tvorilo 20 lekárov.

**Výsledky prieskumu**

Tab. 1 Vnímanie náročnosti poskytovania paliatívnej starostlivosti

| | **sestra** | | **lekár** | |
|---|---|---|---|---|
| ***možnosti odpovedí*** | ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| psychicky náročné | 35 | 57 | 13 | 42 |
| fyzicky náročné | 14 | 23 | 7 | 23 |
| zachovávam si profesionálny prístup | 5 | 8 | 10 | 32 |
| nerozlišujem rozdiel od poskytovania štandardnej starostlivosti | 7 | 12 | 1 | 3 |
| iné | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tab. 2 Hodnotenie materiálno-technického vybavenia pracovísk

| | **sestra** | | **lekár** | |
|---|---|---|---|---|
| ***možnosti odpovedí*** | ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| vyhovuje | 11 | 23 | 7 | 37 |
| viac vyhovuje | 7 | 15 | 7 | 37 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| priemerné | 24 | 51 | 4 | 21 |
| viac nevyhovuje | 5 | 11 | 1 | 5 |
| nevyhovuje | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tab. 3 Hodnotenie personálneho zabezpečenia pracovísk

| ***možnosti odpovedí*** | **sestra** | | **lekár** | |
|---|---|---|---|---|
| | ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| vyhovuje | 11 | 23 | 7 | 37 |
| viac vyhovuje | 6 | 13 | 5 | 26 |
| priemerné | 26 | 55 | 6 | 32 |
| viac nevyhovuje | 4 | 9 | 1 | 5 |
| nevyhovuje | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tab. 4 Vnímanie náročnosti priebehu fáz umierania

| ***možnosti odpovedí*** | **sestra** | | **lekár** | |
|---|---|---|---|---|
| | ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| šok, popieranie reality a izolácia | 7 | 13 | 3 | 14 |
| hnev, zlosť, vzbura | 10 | 19 | 6 | 29 |
| vyjednávanie | 1 | 2 | 1 | 5 |
| depresia, zúfalstvo | 17 | 32 | 8 | 38 |
| akceptácia, zmierenie sa s realitou | 9 | 17 | 1 | 5 |
| žiadnu z fáz nevnímam ako náročnú | 9 | 17 | 2 | 9 |

Tab. 5 Vnímanie náročnosti rešpektovania práv umierajúceho pacienta

| ***možnosti odpovedí*** | **sestra** | | **lekár** | |
|---|---|---|---|---|
| | ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| právo na úľavu a zmiernenie bolesti | 20 | 24 | 9 | 26 |
| právo na humánnu starostlivosť | 12 | 14 | 5 | 15 |
| právo na sprevádzanie blízkou osobou | 17 | 20 | 5 | 15 |
| právo na dôstojné zomieranie | 19 | 22 | 10 | 29 |
| právo nebyť resuscitovaný alebo odmietnuť aplikáciu liečebných zákrokov a postupov | 17 | 20 | 5 | 15 |

Tab. 6 Náročnosť identifikácie potrieb umierajúcich

| *možnosti odpovedí* | sestra | | lekár | |
|---|---|---|---|---|
| | ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| biologické potreby | 2 | 6 | 0 | 0 |
| psychické potreby | 12 | 32 | 5 | 45 |
| sociálne potreby | 10 | 27 | 1 | 9 |
| spirituálne potreby | 1 | 3 | 1 | 9 |
| všetky sféry potrieb | 12 | 32 | 4 | 36 |

Tab. 7 Náročnosť uspokojovania potrieb umierajúcich

| *možnosti odpovedí* | sestra | | lekár | |
|---|---|---|---|---|
| | ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| biologické potreby | 3 | 9 | 0 | 0 |
| psychické potreby | 11 | 32 | 6 | 50 |
| sociálne potreby | 11 | 32 | 2 | 17 |
| spirituálne potreby | 1 | 3 | 0 | 0 |
| všetky sféry potrieb | 8 | 24 | 4 | 33 |

**Diskusia**

Na základe výsledkov prieskumu, ktoré sú prezentované parciálnym spôsobom konštatujeme, že poskytovanie paliatívnej starostlivosti má v súčasnosti z pohľadu zdravotníckej verejnosti svoje významné opodstatnenie, no je nesmierne náročné. Martinková (2010) uvádza, že v paliatívnej starostlivosti sú na zdravotnícky personál kladené vysoké nároky na fyzickú kondíciu, no predovšetkým na psychiku. Tento fakt umocňujú aj zistené výsledky nášho prieskumu. Ondriová, Fertáľová, Slaninková (2008) uvádzajú, že každý človek má právo na dôstojný život a na dôstojnú smrť. Na základe výsledkov prieskumu do pozornosti uvádzame, že rešpektovanie, uplatňovanie práv nevyliečiteľne chorých a umierajúcich pacientov je zdravotníckou verejnosťou v praxi vnímané za náročné. Prieskumom sme okrem iného zisťovali aj postoj respondentov k hodnoteniu vnímania náročnosti priebehu jednotlivých fáz procesu zomierania. Z analýzy získaných údajov konštatujeme, že fáza depresie a zúfalstva je pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti vnímaná ako najnáročnejšia, oproti ostatným fázam.

Munzarová (2005) poukazuje na dosiahnutie najvyššej možnej kvality života nevyliečiteľne chorého a umierajúceho i jeho rodiny, ako na hlavný cieľ paliatívnej starostlivosti. Človek je vnímaný ako holistická bytosť, ktorá má svoje biologické, psychologické, sociálne a spirituálne potreby. Ich neuspokojenie prináša do života človeka dyskomfort, ba dokonca až utrpenie. Ak chceme udržať čo najvyššiu kvalitu života nevyliečiteľne chorého a umierajúceho pacienta je potrebné efektívne tieto potreby identifikovať. Kvalitná identifikácia potrieb ešte neznamená aj kvalitu života nevyliečiteľne chorého, nakoľko predstavuje len jeden z dôležitých krokov na ceste k nej. Veľmi dôležité je zabezpečiť uspokojenie týchto potrieb. Zo zistení prieskumu do pozornosti uvádzame fakt, že respondenti sa s problémom identifikácie potrieb u nevyliečiteľne a terminálne chorého stretávajú, predovšetkým vo sfére psychologických potrieb. Ak porovnávame identifikáciu a uspokojovanie potrieb zisťujeme, že viac respondentov uvádza problém s uspokojovaním potrieb oproti ich identifikácií. Poskytovanie paliatívnej starostlivosti akoukoľvek formou si vyžaduje kvalitné a vyhovujúce materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie, ktoré predstavujú významné faktory ovplyvňujúce jej celkovú kvalitu. Z výsledkov prieskumu konštatujeme, že respondenti materiálno-technické vybavenie a personálne obsadenie pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti hodnotia priemerne, no považujú ich za významné aspektmi.

Na základe analýzy parciálnych výsledkov prieskumu navrhujeme v rámci poskytovania paliatívnej starostlivosti podporovať zriaďovanie nových inštitúcií pre poskytovanie paliatívnej starostlivosti, zriadiť pri geriatrických a doliečovacích klinikách/oddeleniach a pri klinikách/oddeleniach dlhodobo chorých jednotky paliatívnej medicíny, vypracovať štandardy pre poskytovanie paliatívnej starostlivosti, zabezpečiť kvalitné a moderné materiálno-technické vybavenie kliník/oddelení, dbať na efektívne personálne zabezpečenie či neustále podporovať u zdravotníckej verejnosti, ktorá poskytuje paliatívnu starostlivosť prevenciu syndrómu vyhorenia.

## Záver

Poskytovanie paliatívnej starostlivosti má v súčasnom ošetrovateľstve svoje významné opodstatnenie. Z tohto dôvodu je potrebné v tejto oblasti realizovať aj výskumy v oveľa väčšej miere, na základe ktorých by navrhnuté odporúčania boli efektívnym prínosom pre ošetrovateľskú prax. Aj napriek faktu, že pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti máme pred sebou ešte dlhú cestu, snahy všetkých

kompetentných by mali nepretržite smerovať k jej skvalitňovaniu. Je nutné vyzdvihnúť poskytovanie paliatívnej starostlivosti na Slovensku na štandard európskych krajín. Nespochybniteľným je aj fakt, že kvalita paliatívnej starostlivosti bude narastať iba za predpokladu, ak kvalita života terminálne chorých a umierajúcich pacientov nadobudne prednosť pred ekonomickým faktorom.

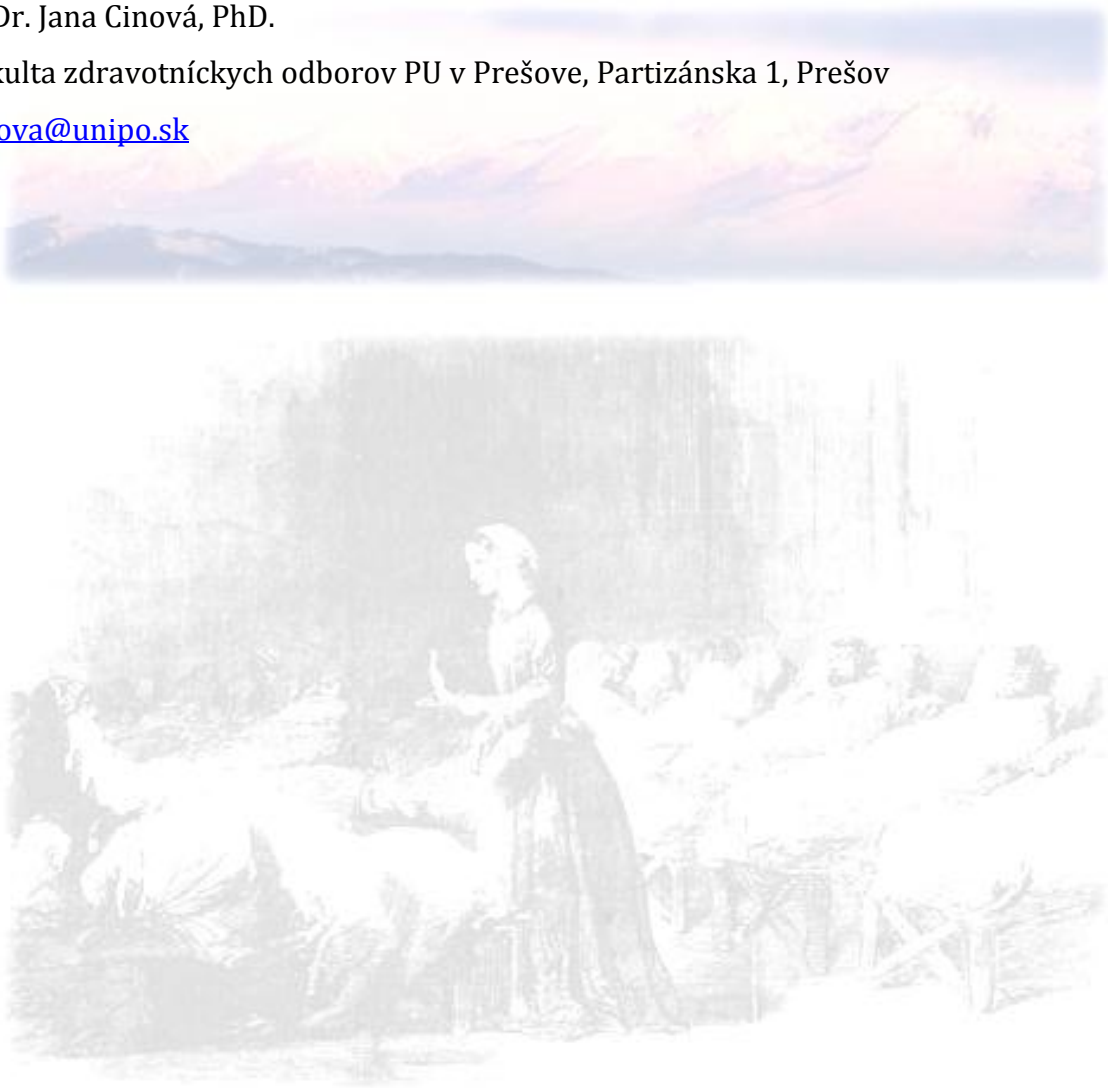
Medicína a ošetrovateľstvo ako vedecké disciplíny, majú humánnu povinnosť akceptovať multikultúrne a spirituálne dimenzie svojho umenia ošetrovať a liečiť. Lekár a sestra by nemali vnímať proces zomierania ani smrť pacienta ako osobnú porážku. Voči zomierajúcim máme oveľa väčšie záväzky, než len tie, ku ktorým nás zaväzuje medicínsky či ošetrovateľský prístup [6].

**Zoznam bibliografických odkazov**


1. HUDÁKOVÁ, Z. 2011. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava: Tlačiareň svidnícka, s.r.o. 2011. 342 s. ISBN 978-80-8132-016-3.
2. MAGUROVÁ, D., RYBÁROVÁ, Ľ., UHEROVÁ, Z. 2007. Hospicová starostlivosť a jej typy. In *Molisa 4.* Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2007, s. 109-112, ISBN 978-80-8068-622-2.
3. MARTINKOVÁ, J. 2010. Osobnostné predpoklady a rola sestry v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti – Suplement 2.* ISSN 1337-9917, 2010, roč. 3, č. 2, s. 32-33.
4. MUNZAROVÁ, M. 2005. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
5. NÉMETH, F. a kol. 2009. *Geriatria a geriatrické ošetrovateľstvo.* Martin: Osveta, 2009. 194 s. ISBN 987-80-8063-314-1.
6. NOVOTNÝ, R., NOVOTNÁ, Z., ONDRIOVÁ, I. 2010. Kontextuálny transkultúrny medicínsky model v etike zodpovednosti. In *Molisa 7.* Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2010. ISBN 978-80-555-0233-5, s. 98-99.
7. ONDRIOVÁ, I., FERTAĽOVÁ, T., SLANINKOVÁ, J. 2008. Postoj sestier k problematike umierania, smrti a eutanázie. In *Molisa 5.* Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2008. ISBN 978-80-8068- 882-0, s. 150-152.

8. SOBOTOVÁ, M. 2011. Konzultant CINOVÁ, J. Postoj zdravotníckej verejnosti k poskytovaniu paliatívnej starostlivosti. Diplomová práca. Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove, 2011. 84 s.

**Kontakt na autora:**
PhDr. Jana Cinová, PhD.
Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove, Partizánska 1, Prešov
cinova@unipo.sk



# POSTOJ PACIENTA K VLASTNÉMU ZDRAVIU

[1]Katarína Majerčíková, [2]Darina Wiczmándyová

[1]Zdravotnícka služba, Veliteľstvo Pozemných síl OS SR, Trenčín

[2]Trnavská univerzita, detašované pracovisko Michalovce

Posledná doba priniesla do oblasti zdravotníctva nielen zmenu poskytovania zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, ale v prvom rade aj zmenu postoja pacientov k svojmu zdraviu. Jej výsledkom je prevzatie zodpovednosti pacienta za svoje zdravie, prevzatie rozhodovania nad starostlivosťou, ktorá sa mu poskytuje, a v neposlednom rade poskytnutie informácií od zdravotného personálu na vytvorenie správneho rozhodnutia.

Otázne je, či klienti/pacienti naozaj prevzali zodpovednosť za svoje zdravie. Zvyšuje sa incidencia kardiovaskulárnych ochorení a nádorových ochorení spôsobených najmä nesprávnym životným štýlom. Je teda dôležité zistiť, prečo klienti/pacienti nedodržiavajú zdravý životný štýl, resp. čo ich naopak motivuje k jeho dodržiavaniu.

Nezastupiteľnú úlohu v tomto procese má sestra, ktorá svojimi radami, postojom a ochotou pomáha klientom/ pacientom nielen pri zvyšovaní svojho preventívneho potenciálu, ale aj v orientácii v spleti poskytovaných zdravotníckych informácií na zdopovednejší prístup ku svojej liečbe.

Posledná doba priniesla so sebou okrem rozvoja moderných technológií aj neustály pokrok v medicíne. Máme modernejšie a výkonnejšie diagnostické metódy, nové spôsoby liečby a nové lieky, zmenil sa prístup k pacientovi, ktorý už nie je pasívnym prijímateľom starostlivosti, ale jej aktívnym účastníkom, čo malo za následok prevzatie zodpovednosti za vlastné zdravie, zmenu postoja k zdraviu a úprava negatívneho životného štýlu ako hlavného činiteľa vplývajúceho na zdravie.

Zdravie je jedným zo základných pojmov, ktorými sa zaoberá ošetrovateľstvo. Každý človek chápe zdravie inak, čo je podmienené spoločnosťou, v ktorej žije, jeho vzdelaním, a v nepodstatnom rade aj vlastnými postojmi a hodnotami. Postoj k zdraviu sa formuje aj rodinou, v ktorej vyrastá, a výchovou, ktorú si nesie so sebou do budúcnosti. V posledných rokoch majú však vplyv na jedinca aj masmediálne prostriedky, ktoré ho ovplyvňujú ako pozitívne, tak aj negatívne.

Sestra je dôležitým členom zdravotníckeho tímu, ktorá sa podieľa na zmene postoja pacienta k svojmu zdraviu. Pomáha mu orientovať sa v spleti zdravotníckych informácií zahlcujúcich pacienta z každej strany a nachádzať si vlastný smer

podporujúci a udržujúci zdravie. Aj vďaka jej pomoci sa pacienti stávajú zodpovednejšími voči sebe a svojmu zdraviu.

No nie vždy sa rady sestry stretávajú s ochotou vypočuť si ich a porozumieť im zo strany pacienta. Človek je tvor omylný a mnoho vecí si musí vyskúšať na vlastnej koži, aby mal záujem o rady iných.

**Psychológia zdravia**

V polovici sedemdesiatych rokoch 20. storočia sa v psychológii začal objavovať pojem „psychológia zdravia“. Postupne sa jeho poznatky preniesli aj do odboru ošetrovateľstva, čím sa začlenili aj do sytému poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Tieto poznatky využívajú sestry vo všetkých oblastiach práce s pacientom. Psychológia zdravia je vymedzená ako oblasť behaviorálnej medicíny zaoberajúca sa prevenciou a životným štýlom. Jej definíciu navrhol Joseph D. Matarazzo. Podľa neho je „zoskupenie špecifických vzdelávacích a výchovných, vedeckých a odborných príspevkov psychológie k podpore a udžiavaniu zdravia, k prevencii a liečbe ochorení a príbuzných dysfunkcií a k analýze a zlepšeniu systému zdravotnej starostlivosti a utváraniu zdravotnej politiky“.

Psychológia zdravia je medziodborová oblasť, ktorá sa zaoberá využívaním psychologických znalostí a techník v zdraví, chorobe a zdravotnej starostlivosti. Klinická psychológia zdravia sa zaoberá chovaním pacienta a zdravotníkov, skúma komunikáciu medzi nimi a ich vieru a presvedčenie, odpovedá na otázky, čo vedie človeka k vyhľadaniu preventívnej starostlivosti, čo ho v nej udrží a čo odradí. Nakoľko psychológia zdravia sa snaží porozumieť nezdravému chovaniu ľudí, zaoberá sa modelmi, ktorými sa snaží ovplyvniť životný štýl, čím úzko nadväzuje na oblasť ošetrovateľstva [1].

**Čo človek chce**

Nie každý z nás dodržiava zdravý životný štýl, vykonáva preventívne činnosti na elimináciu civilizačných ochorení, či dodržiava liečebný režim. Ak chceme porozumieť správaniu ľudí, pochopiť a vedieť predvídať do budúcnosti, ako budú za určitých okolností jednať, pýtame sa, čo chcú. Príčiny, či dôvody ľudského chovania, ktoré mu dávajú psychologický zmysel, sa nazývajú **motívy**. Sú to funkčné prvky osobnosti, ktoré určujú smer a intenzizu jeho chovania. V užšom zmysle vyjadrujú motívy vedomé

zámery alebo nevedomé ciele jednania, v širšom zmysle vyjadrujú ciele chovania vôbec, teda i tie, ktoré si celkom neuvedomujeme.

Motívy vysvetľujú, prečo má chovanie človeka určitý smer a prebieha s určitou silou. Považujú sa za základnú jednotku motivácie. Podstatou procesu motivácie je zameranie a aktivácia jedinca. V motivácii sa odráža jednak vnútorný psychický a somatický stav jedinca, ale pôsobia naň aj najrôznejšie vplyvy z vonkajšieho prostredia. Z hľadiska vnútorného stavu jedinca je zdrojom motivácie nejaká potreba. To znamená, že sa táto potreba stáva aktuálnym osobným motívom. Z hľadiska vonkajšieho prostredia je zdrojom motivácie iniciácia. To znamená, že nejaký vonkajší podnet, ktorý sa stal subjektívne významným, vyvolá vznik potreby, a tá sa stane motívom jednania. Dosiahnutie rovnováhy znamená dosiahnutie určitých cieľov.

Motivácia je posilňovaná i emočnými momentami. Emočný moment súvisí:

- nespokojnosťou a nechuťou, vyplývajúcimi z aktuálneho stavu neuspokojenia určitej potreby,
- uspokojením a pocitom pohody, ktorý vyplýva z predpokladu alebo reálne dosiahnutého želaného cieľa, ku ktorému motivované správanie smerovalo [2].

Znamená to, že ak chceme od pacienta, aby dodržiaval liečebný režim, či venoval dôležitosť vlastnému zdraviu, je podstatná správna motivácia. V prvom rade človek musí nájsť motív u seba, na čo nadväzuje podpora okolia, či zdravotníckeho personálu. Ak je naopak demotivovaný, správne zvolenou komunikáciou sa zistí príčina demotivácie a spoločným prístupom zameraným na pacienta sa sestra snaží túto u neho eliminovať.

**Kompliancia k zdravotnej starostlivosti**

Kompliancia, čiže poddajnosť, je rozsah, po ktorý sa počínanie osoby zhoduje s radami zdravotníckych pracovníkov. Pacientovo podrobenie sa danej rade má veľký význam pre všetkých zdravotníckych pracovníkov. Uvádza sa, že až 30% všetkých pacientov je nepoddajných. Podriadenie sa môže byť úplné, čiastočné alebo nijaké.

To, či sa osoba podriadi liečebnému režimu, či preventívnemu opatreniu, závisí od mnohých faktorov, medzi ktoré patrí vek, vzdelanie, náklady, komplexita režimu, ťažkosti, ktoré musí pacient podstúpiť, jeho oceneniu zdravia a oboznámenie s ťažkosťami, ktoré prináša samotné ochorenie.

Niektorí ľudia sa lepšie podriaďujú preventívnym činnostiam, či liečebnému režimu. Prvým krokom u sestry je identifikovať nepoddajnosť. Môže sa pacienta spýtať, či vykonáva nejaké preventívne činnosti smerujúce k podpore svojho zdravia, alebo

naopak, dodržiava liečebný režím. Ak nie, treba zistiť prečo, a pomôcť pacientovi prekonať dané prekážky. Na zvýšenie poddajnosti môže sestra vykonať tieto činnosti:

- prejaviť láskavú starostlivosť – úprimný záujem o pacientove problémy a rozhodnutia a súčasne uznať jeho právo na rozhodnutie,
- nabádať k „zdravému“ správaniu pozitívnym posmelením,
- zistiť, prečo pacient nedodržiava predpísaný režim, či preventívne opatrenia – v prípad potreby prispeje informáciou, opraví nesprávne pochopené, navrhne poradenstvo v problémoch, ktoré nedokáže ovplyvniť,
- využíva pomôcky na posilnenie výučby – môže poskytnúť letáčiky na prečítanie,
- nadviazať pri starostlivosti vzťahy voľnosti, vzájomného porozumenia a vzájomnej zodpovednosti s pacientom a podpornými osobami – poskytnutím vedomostí, zručností a informácií sestra vkladá pacientom do rúk „moc“ nad ich zdravím a zakladá vzťah spolupráce, ktorý vyúsťuje do ich lepšej poddajnosti [2].

Pri zvyšovaní kompliancie u pacienta je dôležité rešpektovať aj jeho osobnosť a názor. Niekedy však pacientovi stačia správne zvolené slová, na ktoré môže nadväzovať ukážka, či demonštrácia, aby sa pacient zamyslel a vytvoril si myšlienkovvý plán na zmenu svojho zdravotného správania. Ak je vnútorne presvedčený, že zmenu vykonať chce, stačí málo, aby ju aj vykonal. Vtedy je rada a opora od sestry tou správnou iniciáciou.

**Model postoja k zdraviu**

V 50. rokoch Rosenstock zostavil model postoja k zdraviu (health belief model - HBM) s úmyslom predpovedať, ktorí ľudia by mohli alebo nemohli uplatňovať preventívne opatrenia. Becker modifikoval tento model a zahrnul do neho tieto komponenty:

- **individuálne vnímanie** – zahŕňa uvedomenie si vnímavosti (napr. pozitívna rodinná anamnéza môže spôsobiť, že sa osoba môže cítiť vysoko ohrozená), uvedomenie si závažnosti (či ochorenie spôsobuje vo vnímaní človeka smrť alebo vážne následky), uvedomenie si ohrozenia (uvedomenie si vnímavosti a závažnosti spoločne determinujú celkové vnímanie ohrozenia chorobou),
- **modifikujúce faktory** – demografické vplyvy (vek, pohlavie, rasa, národnosť), sociopsychologické vplyvy (spoločenský tlak, vplyv rovesníkov, či inej skupiny), štruktúrne vplyvy (zahrňujú vedomosti o danej chorobe a o predchádzajúcom kontakte s ňou), popudy konania (vnútorné – pocit slabosti, príznaky poruchy

zdravia, myšlienková orientácia na chorobu blízkej osoby, vonkajšie – masmediálne kampane, rady iných, ochorenie člena rodiny alebo priateľa, článok v novinách),

- **pravdepodobnosť konania** – závisí od uvedomenia si výhod konania zmenšených o známe obmedzenia, zahrňuje uvedomenie si výhod preventívneho konania (napr. prestať fajčiť ako prevencia rakoviny pľúc), uvedomenie si nevýhod konania (napr. zvýšené výdavky, zmeny životného štýlu). Penderová k tomu pridala ešte význam zdravia pre danú osobu a uvedomenie si sebaovládania (ľudia, ktorí si uvedomujú, že dokážu bdieť nad svojím zdravím, sa s väčšou pravdepodobnosťou zapájajú do preventívnych akcií) [2].

**Zmena životného štýlu**

Pravdepodobnosť, že sa človek rozhodne pre zdravotne preventívny čin, je ovplyvnená dvoma faktormi:

- nakoľko človek usúdi, že mu daný zdravotný problém hrozí, čo závisí aj na tom, aké má vodítka – napríklad či sa stretáva s osvetovými akciami,
- ako posúdi pre a proti prípadného činu – napríklad koľko by ho stála preventívna prehliadka času a peňazí.

Vnímanie hrozby je ovplyvnené vekom a pohlavím, osobnostnými faktormi a znalosťou problému. Zistilo sa, že väčšina ľudí je na základe presvedčenia o hrozbe ochorenia a zisku z činu ochotná podrobiť sa preventívnym prehliadkam a screeningovým programom, dodržiavať rady lekára a meniť správanie. Zvlášť dôležité je, aby verili, že oni sami sú náchylní k danému ochoreniu, že dané ochorenie – keby vzniklo – by malo vážne následky, a že zisky z prevencie prevážia nad stratami [3].

**Podpora zdravia**

Z pohľadu podpory zdravia nesie človek za svoje správanie zodpovednosť. Podpora zdravia je súčasťou zdravotnej výchovy. No rozhodujúci význam pre ďalší zdravotný osud človeka má najčastejšie jeho životná orientácia. Znamená to, že akonáhle sa začne brať do úvahy aj hodnotový systém a životná orientácia, prestáva jednoduchá zdravotná výchova stačiť. Je známou skutočnosťou, že len ten človek, ktorý si váži sám seba, si dokáže vážiť aj svoje zdravie. Preto je dôležité, aby sa podpora zdravia zamerala najmä na oslovenie a povzbudenie sebaúcty každého človeka.

V podpore zdravia sa uplatňujú tri prístupy:

- **prístup zameraný na zmenu chovania človeka** – využíva informácie o zdravotných rizikách, usiluje sa o zvyšenie vedomostí človeka,
- **prístup sebaposilnenia** – využíva techniky angažovaného učenia, usiluje sa o zvýšenie vplyvu jedinca na jeho okolie,
- **prístup kolektívneho činu** (ku zmene prostredia) – ľudia sa organizujú a spoločne jednajú, aby zmenili prostredie, ktoré neprospieva ku zdraviu (komunitný prístup) [1].

Sestry zohrávajú významnú úlohu v dosahovaní zdravého spôsobu života u pacienta. Pomáhajú im sledovať zdravie, predvídať choroby a poskytujú rady o zdraví. V mnohých prípadoch musia bojovať s predsudkami pacientov voči lekárom, liekom, vyšetreniam, či zdravotnému systému, s ich nechuťou vykonávať preventívne činnosti, či podrobiť sa liečebnému režimu. No aj napriek tomu, že si to často neuvedomujú, ovplyvnili svojím prístupom množstvo ľudí. Rada sestry v správnom čase, na správnom mieste a v neposlednom rade povedaná milým slovom pre pacienta tým najväčším kreditom.

**Literatúra:**


1. BAŠTECKÁ, B. a kol. Klinická psychologie v praxi. 2003. Praha : Portál, 2003. 420 s. ISBN 987-80-7178-735-3.
2. KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIEROVÁ, R. 1995. Ošetrovateľstvo 1. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
3. ZACHAROVÁ, E. – ŠÍMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, J. 2011. Základy psychológie pro zdravotnícke obory. Praha : Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.


**Kontakt na autora:**


PhDr. Katarína Majerčíková
Veliteľstvo PS OS SR, Trenčín
Štúrova 727/13
Liptovský Hrádok, 03301

# KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

Helena Moravcová, Anna Vojtová, Jana Holá
Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

**Abstrakt**

Článek přináší poznatky z výzkumu prováděného v rámci studentské grantové soutěže na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Projekt se zabývá zjišťováním stávajícího stavu komunikace ve vybraných zdravotnických zařízeních a určení nejdůležitějších faktorů ovlivňující komunikaci. Část projektu je zaměřena na marketingovou komunikaci zdravotnického zařízení a její význam pro prosperitu organizace, druhá část projektu se zabývá interní komunikací a jejím významem v managementu organizace.

Článek přináší výsledky základní analýzy komunikace ve vybrané nemocnici, zpracované na základě teoretické rešerše a výsledků kvalitativního výzkumu.

## 1. Úvod do problematiky komunikace

V každé fungující organizaci se sleduje hlavně tok informací z vnějšího okolí, informací z prostředí, ve kterém organizace provozuje svoji základní činnost. Uvnitř firmy je tok informací neméně důležitý a ještě mnohem rychlejší. Sdílení vnějších i vnitřních informací a práce s nimi, vytváření know-how, však nejsou jedinou náplní komunikace probíhající uvnitř organizace, neboť komunikace prostupuje všemi manažerskými funkcemi a je základním spojovacím článkem v procesu řízení. Bez komunikace si nelze vůbec organizaci a její fungování představit. V tomto kontextu chápeme proces komunikace jako výměnu, předávání a přijímání informací, které by měly jasně odrážet aktivitu a cíle organizace.

V praxi managementu se pak význam komunikace konkrétně projevuje zejména v těchto činnostech: sdělování zpráv, informací, rozhodnutí, vyjasňování skutečností, stavů, situací, přesvědčování, ovlivňování, implementace zpětné vazby ve všech komunikačních vztazích, konkrétní činy manažerů, jejich chování, dodržování firemních pravidel zásad i obecného etického a morálních rámce, sdílení společných hodnot. [4]

V organizaci je komunikace především podmínkou pro výkon práce a nástrojem pro ovlivňování pracovních postojů, aktivitu a chování pracovníků. Organizace tím, jak komunikuje, jak komunikují její manažeři, vytváří prostředí pro spolupráci všech pracovníků a přímo ovlivňuje dosahování cílů a prosperitu. Informace, které jsou

předmětem komunikace z organizace směrem do vnějšího i vnitřního okolí, jsou součástí koordinované marketingové činnosti, resp. marketingové komunikace v rámci celého komunikačního mixu. Je velmi důležité, aby si management uvědomoval všechny směry komunikace firmy a nepodceňoval komunikaci s žádným z partnerů, vhodně volil formy komunikace se všemi cílovými skupinami (pacienti stávající a potenciální, spolupracující partneři, řídící a kontrolní organizace, široká veřejnost). Obrázek 1 naznačuje rozsáhlou komunikaci firmy výčtem nejdůležitějších vnějších i vnitřních partnerů fungující organizace.

Obrázek 1 Nejdůležitější vnější a vnitřní partneři firmy [4]

Poslední průzkum Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (EASHW) přinesl žebříček nejčetnějších zdrojů pracovního stresu. V celkovém výsledku zahrnujícím nejen členské země EU (celkem 31) se na čelních místech stresorů objevuje jak komunikace mezi vedením a zaměstnanci, tak nedostačující komunikace mezi zaměstnanci navzájem. V České republice se dokonce na prvních třech místech bezkonkurenčně objevuje špatná komunikace, a to mnohem výrazněji než v jiných zemích. Celých 62 % pracovníků souhlasí s tvrzením, že jim potíže při výkonu práce způsobuje nedostatečná komunikace mezi kolegy navzájem a 65 % pracovníků označuje za hlavní stresor nedostatečnou komunikaci mezi vedením a pracovníky. Tak silná nespokojenost s komunikací se nevyskytuje podle průzkumu v žádné jiné zemi. [2] Na uvedeném výzkumu je možné ukázat, jak důležitá pro pracovníky a potažmo pro organizaci, neboť komunikace zcela určitě ovlivňuje angažovanost pracovníků, jejich výkony a pracovní postoje. Z tohoto důvodu je nutné, aby management věnoval svou pozornost i interní komunikaci. Interní komunikace probíhající uvnitř organizace prostupuje všemi procesy a je spojovacím článkem v procesu řízení celé organizace. Základní potřeby managementu v oblasti komunikace vycházejí z oblastí řízení lidských

zdrojů, kultury firmy, rozhodování, řešení konfliktů, řízení změny a využívání technologií. [10] Ucelenější rozsah interní komunikace z hlediska jejich cílů, klíčových procesů a metodik a jejího významu pro organizaci uvádí Holá ve své monografii. [5] Význam interní komunikace zmiňují také autoři publikací personálního managementu [1] [7] i autoři zabývající se firemní marketingovou komunikací [6]. Komunikací mezi managementem zdravotnických zařízení a jeho pracovníky se zabývá např. Gladkij a kol. [3]

Interní komunikace lze z hlediska obsahu definovat jako propojení tří základních oblastí, které současně reprezentují její hlavní cíle: informační zabezpečení pracovníků pro výkon jejich práce, informační a motivační propojení nutné ke spolupráci, formování žádoucích pracovních postojů (pracovního chování a jednání) k dosažení stability pracovníků a organizace.

Neefektivní komunikace se projevuje především nedostatkem, neaktuálností nebo nejednoznačností informací a absencí zpětné vazby. Tyto nedostatky způsobují informační šumy, které pak společně s nedostatkem prostoru pro jejich objasňování zásadně ovlivňují pracovní výkon a mohou vést až k jeho paralyzování. Z tohoto titulu lze interní komunikaci (zahrnující komunikaci mezi vedením a pracovníky, komunikaci v týmu i osobní komunikaci při spolupráci) chápat jako důležitou pracovní podmínku.[4] (Holá, 2011, s. 5)

## 2. Studentský projekt: komunikace zdravotnického zařízení

V rámci projektu studentské grantové soutěže na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice je zpracováváno téma komunikace zdravotnického zařízení vznikají tak dvě diplomové práce se zaměřením na marketingovou komunikaci a komunikaci interní. Projekt se zabývá zjišťováním stávajícího stavu komunikace ve vybraných zdravotnických zařízeních a určení nejdůležitějších faktorů ovlivňující komunikaci. Část projektu je zaměřena na marketingovou komunikaci zdravotnického zařízení a její význam pro prosperitu organizace. Druhá část projektu se zabývá interní komunikací a jejím významem v managementu organizace.

Ve vybraných spolupracujících nemocnicích byl proveden základní kvalitativní výzkum formou rozhovorů s manažery na zvolené téma komunikace. Na základě kompilace teoretické rešerše a výsledků kvalitativního výzkumu jsou zpracovány základní analýzy stavu komunikace v nemocnici a dále se připravují kvantitativní ověření významu interní komunikace a vliv marketingové komunikace na pacienty.

## 3. Marketingová komunikace ve vybrané nemocnici

Hlavním úkolem zdravotnických zařízení je kvalitní uspokojování individuálních zdravotních potřeb obyvatel, a je proto nezbytné tyto potřeby co nejlépe rozpoznat. [3] Ve zdravotnictví se marketing velmi často zjednodušuje a nejčastěji zaměřujeme především na užití nástrojů marketingové komunikace zaměřena především na public relations (dále jen PR). Marketingová komunikace zdravotnických zařízení by se však měla zaměřovat nejen na pacienty, ale také na zaměstnance, odbornou veřejnost, spolupracující firmy a nadřízené a kontrolní orgány [9].

### 3.1 Marketingová komunikace s pacienty

Ve sledované nemocnici (a. s. vlastněná krajem, 500 zaměstnanců) se management snaží především o marketingovou komunikaci s cílem informovat klienty o svých službách a vytvářet image nelhostejné moderní nemocnice s cílem neustále zvyšovat počty klientů, kteří si zařízení vyberou pro svou léčbu. Marketingová komunikace zařízení je zaměřena na pacienty s odložitelnými elektivními výkony, které dále dělí do čtyř skupin:

- pacienti chirurgičtí (různé druhy operací),
- pacienti interní (především s chorobami GIT a kardiologičtí),
- pacienti vyžadující dlouhodobou intenzivní a ošetřovatelskou péči (nemocnice má jako jediná v kraji oddělení tohoto typu),
- pacienti specifičtí (zejména rodičky).

O rodičky je v současné době velký konkurenční boj mezi zdravotnickými zařízeními; ovšem zajímavostí je, že právě na tuto skupinu nemocnice marketingovou komunikaci vůbec nezaměřuje, a to proto, že rodičky si mezi sebou šíří velmi dobré reference a o služby nemocnice v tomto oboru je proto obrovský zájem. Nemocnice postrádá jak plán marketingové komunikace, tak i odborníka, který by se touto problematikou profesionálně zabýval. Nemocnice se zabývá především aktivitami public relations.

PR nemocnice můžeme rozdělit do několika skupin: tvorba pozitivní image nemocnice, Press Relations, Corporate Publishing, online PR, krizová komunikace, služby navíc. [9]

**Tvorba pozitivní image**

Základem pozitivního image nemocnice je jednotná pozitivní prezentace organizace. Corporate identity se zaměřuje jak dovnitř (interní PR zaměřená na zaměstnance), tak i vně organizace (externí PR zaměřená na rozmanité skupiny veřejnosti – klienty, odborníky, spolupracující firmy apod.). Externí PR téměř vždy převažují [9].

Zkoumaná nemocnice úspěšně prošla v roce 2009 certifikací, nově ji také čeká akreditace. Certifikací a akreditací chce nemocnice garantovat kvalitu léčebné a ošetřovatelské péče. Nemocnice sleduje a vyhodnocuje hodnocení kvality služeb pacienty, pracuje se zpětnou vazbou od pacientů, jasně tak deklaruje ochotu zlepšovat své služby na základě přání pacientů. Ve spolupráci s městem a dalšími organizacemi pořádá nemocnice zhruba 2x do roka mini veletrh Zdravé město. Prezentuje se tedy jako místní nemocnice, poskytující kvalitní služby s ochotou zlepšovat se ve spolupráci s pacienty. Nemocnice zavedla pro své pacienty program Věrnostní slevové karty, ve kterém má pacient možnost získat slevy na nákup v nemocniční lékárně. Nemocnice také spustila program Poukázek na péči, kdy pacient věnuje nemocnici finanční příspěvek v určité výši (500, 1000, 2000 Kč), a tím si de facto zakoupí poukázku na péči a služby poskytované ve zdravotnickém zařízení. Nemocnice dále nabízí screening astma bronchiale za pomoci spirometrie, která určí riziko vzniku astmatu u dětí. Pro dospělé pacienty jsou to pak tři druhy preventivních vyšetření pro určení hladiny cukru v krvi, natočení EKG, kolonoskopie (screening kolorektálního karcinomu pro pacienty starší 55 let). Nemocnice také nově zavedla informační desky na pokojích hospitalizovaných pacientů, kde lze najít veškeré důležité informace týkající se hospitalizace (co s sebou do nemocnice, práva a povinnosti pacientů, domácí řád oddělení, jmenný seznam personálu pečujícího o pacienty, fotografie nemocnice a oddělení, kontakty na zdravotnické zařízení, atd.).

**Press Relations**

Press Relations neboli vztahy organizace s médii jsou jádrem PR. Výsledkem dobrého fungování těchto vztahů je příznivá mediální publicita organizace [9].

Spolupráce nemocnice s médii je velmi omezená. S televizními stanicemi zdravotnické zařízení spolupracuje pouze na jejich výzvu. V kategorii tištěných médií spolupracuje zdravotnické zařízení pravidelně s místním deníkem, jehož pravidelnou rubrikou je stránka fotografií matek s novorozenci. Sporadicky také nemocnice

spolupracuje s MF DNES. Zhruba 10x do roka rozesílá nemocnice tiskové zprávy. Díky spolupráci zdravotnického zařízení s nizozemskou firmou bylo možné vybudovat nemocniční rádio Pohoda. Jeho vysílací místnost je přímo v areálu nemocnice a rádio je propojené na všechna oddělení nemocnice a pokoje pacientů kromě dětského oddělení. Rádio vysílá pro hospitalizované pacienty v odpoledních hodinách a hraje především písně na přání pacientů.

**Corporate Publishing**

Organizace často využívají ke komunikaci s interní i externí veřejností svá vlastní média, což velmi přispívá k tvorbě pozitivní image organizace. Hlavními médii corporate publishing jsou časopisy pro zákazníky a zaměstnance, výroční zprávy a další publikace pro veřejnost [9]. Tato část PR bohužel v marketingové komunikaci nemocnice chybí. Zdravotnické zařízení nevydává žádný svůj časopis, bulletin nebo noviny. Nemocnice vydává pravidelně výroční zprávy. Systémově neřeší interní PR zaměřené na zaměstnance ani jinou formu interní komunikace.

**Online PR**

Na rozdíl od tradičních médií dokáže internet sloučit všechny druhy komunikace s veřejností: reklamu, marketing, PR i žurnalistiku a navíc tuto komunikaci zásadně urychluje. Organizace využívají online PR především tvorbou svých webových stránek. V poslední době se online PR začínají rozšiřovat také na sociální sítě, kde si společnosti vytvářejí své profily [9].

Správu webových stránek nemocnice zajišťuje externí firma, informace mohou publikovat dedikovaní pracovníci. Na webových stránkách lze nalézt nejen profil a strategii společnosti a její medicínské zaměření, základní informace o nemocnici a jednotlivých odděleních, informace o poskytované péči a službách. Intranet nemocnice nemá k sociálním sítím má vedení nemocnice negativní postoj.

**Krizová komunikace**

V životě organizace existuje spousta věcí, které se nemusí podařit. Z hlediska PR je každá negativní událost organizace úzce spojena se zhoršením image a s tím spojenými důsledky. V těchto chvílích musí PR oddělení vést komunikaci s okolím a médii, aby udrželo dobrou image organizace. Proto je pro management organizace důležité „zapojovat fenomén nepředvídatelného do úvah v řízení podniku“ [9].

Nemocnice má vypracované poplachové směrnice, v případě potřeby je svolán krizový štáb složený z vedení společnosti a primářů všech oddělení. Všichni zaměstnanci jsou v této oblasti pravidelně proškolováni. Kompetentní pro komunikaci s médii je pouze ředitel společnosti, který je zároveň i jejím tiskovým mluvčím.

**Služby navíc**

Služby navíc jsou aktivity organizace, které nelze zařadit do žádné z předchozích kategorií. Ovšem i tyto aktivity pomáhají vytvářet pozitivní vztah mezi organizací a veřejností a jsou nedílnou součástí marketingové komunikace organizace.
Zdravotnické zařízení poskytuje (stejně jako nyní již téměř všechny nemocnice v ČR) možnost nadstandardního ubytování na téměř všech odděleních. Dále spolupracuje s mateřskou a základní školou při nemocnici. Již čtvrtým rokem běží v nemocnici projekt dobrovolnické činnosti, ve kterém spolupracuje nemocnice se školami. Jako další službu nemocnice pravidelně pořádá bohoslužby. Ty se konají 1x měsíčně a trvají cca 20 minut, aby je mohli absolvovat i těžce nemocní pacienti. V neposlední řadě nemocnice spolupracuje s kineziologem, který zde za pomoci svého psa provádí kanysterapii.

### 3.2 Marketingová komunikace se zaměstnanci

Komunikace se zaměstnanci je velmi úzce spojena s komunikací s pacienty a jejím cílem jsou spokojení zaměstnanci, kteří nemocnici dále doporučují a referují o ní v pozitivním světle. Jako základ marketingové komunikace se zaměstnanci vnímá vedení nemocnice především dostatečnou informovanost zaměstnanců o všem, co se v nemocnici děje, a dále také nabídku veškerých vyšetření zdarma stejně jako pacienti. Tedy interní Public Relations.

Vedení společnosti preferuje jako informační kanál přímé osobní setkání se zaměstnanci, ke kterému dochází pravidelně minimálně 4x do roka na provozních schůzích, kde mají zaměstnanci možnost se i vyjádřit k jednotlivým krokům vedení. Dalším důležitým informačním kanálem je intranet, kde mají zaměstnanci k dispozici veškeré informace (novinky, aktuality, vyhlášky, směrnice, standardy péče atd.) a vedení společnosti při interních auditech kontroluje schopnost zaměstnanců s intranetem pracovat a také, zda si informace pročítají. Tento kanál zajišťuje především informační vybavenost pracovníků. Sociální výhody pro zaměstnance, které reprezentují respekt a zájem zaměstnavatele o své pracovníky se soustředí především na možnosti veškerých screeningových vyšetření jako pacienti, plus navíc možnost vyšetření krve dle potřeby a

při zjištění nejasností na EKG mají možnost navazujícího vyšetření – zátěžového EKG. Mezi další výhody zaměstnanců patří karta umožňující parkování v areálu nemocnice a také slevy na obědy v nemocniční jídelně. V neposlední řadě také nemocnice pořádá pro své zaměstnance semináře a přednášky v rámci celoživotního vzdělávání. Zdravotnické zařízení má také zhotovený nový systém zapracování nových zaměstnanců.

**Závěrečné shrnutí**

Nemocnice využívá komunikaci pouze se dvěma z pěti uvedených cílových skupin komunikace, konkrétně pak s pacienty a se zaměstnanci. Naopak v komunikaci s ostatními cílovými skupinami (odborná veřejnost, nadřízené a kontrolní orgány a spolupracující firmy) nevidí nemocnice racionální důvody pro její využívání. Nejvyužívanější formou komunikace je vnější Public Relations, ve kterém má hlavní slovo ředitel nemocnice, který současně zastává i úlohu tiskového mluvčího.

Analýze marketingové komunikace ve vybrané nemocnici ukázala, že se nejedná o systémové řešení. Nemocnice své kroky volí víceméně náhodně a rozhoduje se na základě aktuální situace, nikoli podle předem stanovené marketingové strategie. Nemocnice nemá jasně deklarovanou dlouhodobou strategii vlivem nejasného rozvoje krajského zdravotnictví, a potažmo zdravotnictví obecně. Nemocnice také neměří výsledky své komunikace, důsledky svých rozhodnutí a nemá zaměstnance, který by se na danou problematiku specializoval.

Interní komunikace v nemocnici řeší zejména po linii řízení, pro informační vybavenost využívá dokumentaci na intranetu a informační systémy, porady a mítinky, které také využívá pro interní PR.

**Použitá literatura:**

[1] BARON, A. ARMSTRONG, M. 2007.*Human Capital Management: Achieving Added Value Through People*. 1st ed. London: KoganPage, 2007. 226 p. ISBN 978-0-7494-4938-4.

[2] EASHW - Evropské agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví. 2010. *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risk*. Poslední revize 15. 2. 2011 [cit. 2011-06-06]. Dostupný z WWW: http://osha.europa.eu/en/slc_cse_search_results.

[3] GLADKIJ, I. et al. 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

[4] HOLÁ, J. 2006. *Interní komunikace ve firmě.* 1. vyd. Brno: Computer Press, 2006. 235 s. ISBN 978-80-251-1250.

[5] HOLÁ, J. 2011. *Jak zlepšit interní komunikaci.* 1. vyd. Brno: Computer Press, 2011. 317 s. ISBN 978-80-251-2636-3.
[6] HORÁKOVÁ, I., STEJSKALOVÁ, D., ŠKAPOVÁ, H. 2008. *Strategie firemní komunikace*. 2. vyd. Praha: Management Press, 2008. 254 s. ISBN 978-80-7261.
[7] KOUBEK, J.2004. *Řízení pracovního výkonu.* 1. vyd. Praha: Management Press, 2004. 209 s. ISBN 978-80-7261-116-1.
[8] MILLER, K. 2009. *Communication Theories: Perspectives, processes and context.* 2nded. Boston: Wadsworth Cengage Learning, 2009. 355 pp. ISBN 0-07-293794-7.
[9] SVOBODA, Václav. *Public relations moderně a účinně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 244 s. ISBN 80-247-0564-8
[10] WRIGHT, M. 2009. *Gower handbook of Internal Communication*. 1st. ed. Farnham: Gower Publishing, 2009. 468 pp. ISBN: 0-5660-8689-1.

**Autorky článku:**

Bc. Helena Moravcová, studentka magisterského oboru Ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Studentská 95, Pardubice, helena.moravcova@student.upce.cz

Bc. Anna Vojtová, studentka magisterského oboru Ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Studentská 95, Pardubice, anna.vojtova@student.upce.cz

Ing. Jana Holá, Ph.D, odborný asistent a vedoucí Katedry informatiky, managementu a radiologie, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Studentská 95, Pardubice, jana.hola@upce.cz, tel: 466 037 737.

# REZISTENCIA NA ANTITUBERKULOTIKÁ – AKTUÁLNY PROBLÉM AJ V SR

Igor Porvazník[1], Juraj Mokrý[2], Ivan Solovič[1]

[1]Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie, Vyšné Hágy,

[2]Ústav farmakológie JLF UK, Martin

Napriek tomu, že tuberkulóza (TB) patrí v súčasnosti na území SR k zriedkavejším respiračným ochoreniam a Slovenská republika (SR) sa zaraďuje ku krajinám s jej nízkym výskytom, jej incidencia v niektorých krajinách z roka na rok rastie. Oveľa závažnejší je však fakt, že sa objavujú čoraz častejšie kmene mykobaktérií, ktoré sú rezistentné na rôzne antituberkulotiká (AT).

Cieľom tejto práce je poukázať na rastúci problém, ktorým sa stávajú kmene *Mycobacterium tuberculosis* s rezistenciou na jedno alebo viaceré AT.

Podľa najnovších zistení až 3,6 % všetkých nových prípadov na celom svete predstavuje multirezistentnú tuberkulózu (MDR-TB). V rámci SR bolo identifikovaných za rok 2011 9 prípadov MDR-TB, pričom bola zistená rezistencia na prvolíniové antituberkulotiká – izoniazid (9), rifampicín (9), streptomycín (5), pyrazínamid (5) a ethambutol (1) – ako aj druholíniové antituberkulotiká – kanamycín (5), ethionamid (3) a cykloserín (1). Vzhľadom na zachovanú citlivosť na fluorchinolóny a polypeptidové antibiotiká (kapreomycín) môžeme konštatovať, že na Slovensku nie je v súčasnosti diagnostikovaný ani jeden prípad tuberkulózy tzv. XDR-TB.

Hoci v SR pozorujeme pokles výskytu TB, toto ochorenie predstavuje celosvetovú hrozbu a globalizácia zvyšuje riziká jej importu, a to najmä jej epidemiologicky závažnejších foriem (MDR a XDR). Aj preto je sledovanie účinnosti AT v individuálnych prípadoch nevyhnutné na hodnotenie stupňa rezistencie a výskytu multirezistentných kmeňov v rámci SR.

*Práca bola podporená projektom "Dobudovanie Centra experimentálnej a klinickej respirológie – CEKR2" spolufinancovaným zo zdrojov ES.*

**Kontakt na autora:**

Mgr. Igor Porvazník

Oddelenie mikrobiológie

NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy

059 84 Vysoké Tatry

E-mail: porvaznik@hagy.sk

# RIZIKO PÔSOBENIA MÚČNEHO PRACHU NA CHOROBY DÝCHACÍCH CIEST ZAMESTNANCOV CESTOVINÁRNÍ

Virgulová, J., Farkašová, J., Ďurová, A.
FZ SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

## Úvod

Pracovné prostredie je súčasťou životného prostredia človeka spolu so spoločensko-ekonomickým a sociálnym prostredím, pričom „ prostredie sa definuje ako vnútorné štruktúry a vonkajšie vplyvy, to znamená vplývanie celého komplexu prostredia na osobu a jej zdravie “ [1]. Toto prostredie ho ovplyvňuje pozitívne aj negatívne. Kým z pozitívneho hľadiska je to ekonomická a sociálna istota, z negatívneho je to hlavne poškodzovanie zdravia, teda choroby z povolania. „ Za zdraviu škodlivé faktory pracovného prostredia sa považujú tie fyzikálne, chemické a biologické faktory, ktoré dokázateľne poškodzujú zdravie, ako aj faktory, ktoré zaťažujú ľudský organizmus a negatívne ovplyvňujú jeho fyziologické a psychické funkcie“ [2].

## Vlastný text práce

Prach je polydisperzný tuhý aerosól, ktorý vzniká pri mechanickom spracovaní pevných materiálov ( ťažba surovín, rezanie, vŕtanie, brúsenie ), pri rozdrobovacích procesoch ( mletie, drvenie ), ale i bez zásahu, napr. rozptýlením častíc z neupraveného zemského povrchu vplyvom prúdenia vzduchu [3]. „ Dýchací systém je v pracovnom prostredí vystavený širokej škále zdraviu škodlivých látok. Respiračný systém sa preto stáva rozhodujúcou vstupnou bránou profesionálnych nox do organizmu a je súčasne ich cieľovým orgánom “ [4]. Podľa nariadenia vlády č. 300 / 2007 sa pevné aerosóly bez toxického účinku delia podľa mechanizmu účinku na: prachy s prevažne fibrinogénnym účinkom ( kremeň, voľný oxid kremičitý...), prachy s možným fibrinogénným účinkom ( sadze, zváračské dymy a. i.), prachy s prevažne nešpecifickým účinkom ( hnedé uhlie, lignit, vápenec...), prachy s prevažne dráždivým účinkom (niektoré minerálne prachy, textilné prachy, živočíšne prachy, rastlinné prachy...), minerálne vláknité prachy ( azbest, čadič, sklo, troska...). Podľa expertov WHO môže mať organický prach nasledovné účinky na organizmus: alergická reakcia (môže spôsobiť sennú nádchu alebo bronchiálnu astmu), vznik bisinózy (pri spracovaní bavlny, ľanu a jemnej konopy, môže vyvolať chronickú obštrukčnú chorobu pľúc (CHOCHP), imunologické zmeny v parenchýme pľúc ( farmárske pľúca u pracujúcich s plesnivým senom, bagasóza u

pracujúcich s cukrovou trstinou), jednoduchá nešpecifická iritácia dýchacích ciest spôsobená napr. prachom zo sisalu, juty, čaju, kávy, z ktorej sa neskôr môže vyvinúť nešpecifická CHOCHP[5].

„Okrem mechanického, dráždivého, toxického, fibroplastického účinku stupeň poškodenia ľudského organizmu závisí do značnej miere od dávky ( t.j. od množstva a času), tento kvantitatívny vzťah pri alergizujúcom a infekčnom agense neplatí“ [2]. Múka je druh organického prachu, ktorý vzniká mletím rôznych druhov obilnín, najmä pšenice. Využíva sa k výrobe chleba, pečiva, cestovín, krúp a cukrárenských výrobkov [6]. O zložení múky nás informuje tab.1 vypracovaná podľa pracovnej skupiny severských štátov – The Nordic Expert Group.

**Tab. 1 Substancie, ktoré môžu byť obsiahnuté v múčnom prachu [13].**

| Komponenty | Príklady |
|---|---|
| Obilie | glykoproteíny, škrob |
| Roztoče | dermatophagoides, lepidoglyphus, blomia, tyrophagus, glycyphagus, acarus |
| Plesne | penicillium, aspergillus, alternaria |
| Hmyz | moľa obilná, zrniar ryžový |
| Enzýmy | a-amyláza, proteáza, maltogénna amyláza, xylanáza, glukoamyláza, glukózooxidáza |
| Chemické prísady | konzervanty (kyselina sorbová, kyselina octová), bielidlá, antioxidanty, emulgátory, vitamíny |
| Ostatné prísady | droždie, sójová múka, sušené vajcia, cukry |
| Koreniny a príchute | aníz, kardamón, škorica, klinčeky, zázvor, citrón, muškátový orech, mäta, vanilka |

Múka patrí medzi látky s vysokou molekulovou hmotnosťou, ktoré majú schopnosť vyvolávať v organizme Ige – sprostredkovanú alergickú senzitizáciu. V počiatočných fázach môže spôsobovať rinitídu a rinokonjunktivitídu, neskôr môže prejsť do chronického zápalového ochorenia – bronchiálnej astmy. Táto sa klinicky manifestuje až po určitom období latencie [7]. Výskumom realizovaným v ČR sa zistilo, že profesionálnou alergickou rinitídou bolo postihnutých viac žien ako mužov (25:9) po priemernej dĺžke expozície 7,6 rokov pričom priemerný vek v dobe zistenia ochorenia bol 36,9 rokov. U viac ako polovici postihnutých pracovníkov sa zistila ďalšia profesionálna choroba, a to bronchiálna astma [8]. Profesionálna astma môže byť podmienená aj neimunologicky – iritačne indukovaná astma, ktorá vzniká bez obdobia latencie po jednorazovej inhalácii škodliviny vyššej koncentrácie. Možná je aj

kombinácia imunologickej a neimunologickej profesionálnej astmy [7]. V rokoch 1993-2002 bolo na Slovensku hlásených 228 prípadov profesionálnej astmy, čo predstavuje v priemere 7. – 8. miesto v počte hlásených chorôb z povolania. V roku 2002 bola profesionálna astma najčastejšie vo vekovej skupine 40 – 45 rokov, pričom viac bolo postihnutých žien ( 85 %). Najčastejším alergénom bola múka a mlynský prach, srsť zvierat, slama a seno [9]. Faktory, ktoré ovplyvňujú stupeň poškodenia zdravia a priebeh ochorenia v prípade expozície múčnym prachom sú veľkosť častíc, koncentrácia a doba expozície. Najmenšie častice múčneho prachu majú priemer 1μm a najväčšie 200 μm. Miesto, kde sa tieto častice ukladajú, je ovplyvnený faktormi ako veľkosť častíc, hustota, tvar ako aj vdychovaný objem. Častice s vyšším aerodynamickým priemerom sú uložené v nosohltanovej oblasti ( inhalovateľná frakcia ) a častice s nižším priemerom sa ukladajú v dolných dýchacích cestách - respirabilná frakcia. Najčastejšími ťažkosťami v súvislosti s múkou sú prejavy nádchy, potom prejavy rinokonjuktivitídy a na poslednom mieste sú prejavy astmy. Tieto údaje nám ďalej potvrdzujú, že pri alergickom agense neplatí kvantitatívny vzťah medzi stupňom poškodenia organizmu a dávkou [2], t.j. počet senzibilných jedincov nerastie priamo úmerne s koncentráciou múčneho prachu v pracovnom prostredí, pretože aj malé koncentrácie alergénu môžu vyvolať zápal a obštrukciu bronchov [10]. Výnimkou je iritačne indukovaná astma, pri ktorej je stupeň poškodenia priamo ovplyvnený koncenráciou prachu v ovzduší [7]. V podobnom výskume v Sudáne bolo vyšetrených 36 pracovníkov pekární pracujúcich osem a viac hodín denne. Skúmali sa respiračné príznaky pomocou dotazníka a pľúcne funkcie pomocou prenosného spirometra. Výsledky ukázali, že u pracovníkov, ktorí boli zamestnaní v pekárňach menej ako 3 roky, nedošlo k žiadnym výrazným zmenám v pľúcnych funkciách. Naopak 25 % pracovníkov, ktorí boli exponovaní po dobu troch a viac rokov, mali respiračné príznaky a výrazne znížené hodnoty pľúcnych funkcií [11]. Klusáčková (2003) uvádza výskum v ČR, kedy sa sledoval vývoj zdravotného stavu pacientov s profesionálnou astmou počas pracovného zaradenia a po vyradení z rizikového pracoviska. Vyšetrených bolo 40 osôb s diagnostikovanou profesionálnou astmou, u ktorých boli profesionálnym alergénom vysokomolekulové látky ( múka, bavlna, slepačie perie). Priemerná doba práce v rizikovom prostredí bola 28,7 mesiacov. Počas pracovného zaradenia a po vyradení z práce ( v priemere po 5,8 rokoch) sa porovnávali nasledovné parametre: počet eozinofilov v periférnej krvi, celkové IgE protilátky, kožné prick testy, pľúcne funkcie – spirometria a bodypletysmografia.

Hneď po vyradení z práce došlo u väčšiny pacientov k zlepšeniu príznakov astmy, ktorá však úplne vymizla len u piatich osôb. U ostatných sa ťažkosti rôznej intenzity objavili znovu alebo sa len zmiernili [12].

Medzi pracovné miesta, pri ktorých je prítomná expozícia múke ako prachu patria: pekárne a predajne pečiva, mlyny, cukrárne, predajne a výrobne cestovín, farmy ( mletie a kŕmenie zvierat ), závody sušiace, presievajúce a baliace slad, závody na miešanie zmesí pre zvieratá [13]. Náplňou práce pracovníkov v cestovinárňach je hlavne: príprava cestovinovej zmesi – miesenie a vytláčanie, tvarovanie cestovín, sušenie cestovín, balenie cestovín [14]. Najvyšším koncentráciám múčneho prachu sú vystavení pracovníci pri miesení cesta a činnostiach súvisiacich s čistením priestorov [13]. Ak sú ale priestory na miesenie zabezpečené kvalitným odsávaním, koncentrácia prachu klesá na minimum. Určitý podiel prašnosti sa predpokladá v miestnostiach určených na sušenie a balenie cestovín. Ale vzhľadom na alergizujúci účinok múčneho prachu je samotné vdychovanie nízkym rizikovým faktorom, musí byť prítomný ešte jeden dôležitý aspekt, a to citlivý, čiže senzibilný jedine [15]. V dostupnej literatúre ako aj v internetových zdrojoch je najviac preferovaná problematika pekární, len málo autorov sa venuje cestovinárňam. Aká je podobnosť eventuálne rozdiel medzi týmito pracoviskami? Z hľadiska technológie výroby môžeme miesenie považovať za spoločný znak oboch pracovísk, rozdiel je v dokončovacích postupoch. V pekárňach sa proces končí pečením a v cestovinárňach sušením. Ďalším spoločným znakom je múka, ktorá je prítomná v oboch prípadoch. Rozdiel môže byť v použitých prísadách. Kým v pekárňach sa stretávame s množstvom prísad, ktoré slúžia na vylepšenie kvality cesta alebo chute ( chemické prísady, koreniny, príchute a iné ), pri výrobe cestovín sú tieto značne redukované. Na výrobu klasických cestovín sa používa pšeničná múka alebo krupica a voda. Klasická múka môže byť nahradená zemiakovou a pri gluténovej intolerancii kukuričnou. Ako prísady na báze prírodných farbív sa pridávajú kurkuma, špenát alebo paradajky. Taktiež sa môžu do cesta pridávať aj vajcia ( čerstvé alebo sušené ), tie ale nie sú podmienkou [14].

**Ciele prieskumu:**

**Hlavný cieľ:**

Predstavuje práca v cestovinárňach vyššie riziko vzniku profesionálnej choroby - nádchy, rinokonjuktivitídy a astmy?

**Čiastkové ciele:**

1. Zistiť, či pracovníci v cestovinárňach trpeli na alergické ochorenie pred nástupom do zamestnania.
2. Zistiť, či majú zvýšené zdravotné problémy dýchacieho systému v súvislosti s vykonávaním práce.
3. Zistiť, koľko zamestnancov cestovinární je fajčiarmi.
4. Zistiť, či sa na pracovisku dodržiavajú zásady prevencie vzniku profesionálnej choroby dýchacích ciest.
5. Zistiť úroveň vedomostí zamestnancov cestovinární k danej problematike.

**Metodika:**

Na realizáciu prieskumu sme si zvolili empirickú metódu zberu informácií – dotazník. Zber údajov sme realizovali v mesiacoch november a december 2011 a január 2012. Rozdali sme 120 dotazníkov pracovníkom, ktorí sú zamestnaní v cestovinárňach v Banskobystrickom a Košickom kraji. Z celkového počtu 120 dotazníkov sa nám vrátilo 91 dotazníkov, čo predstavuje 75,83 %. Výber respondentov bol zámerný a realizoval sa na základe nižšie uvedených kritérií: pracovníci boli zamestnaní v cestovinárňach a boli vystavení expozícii múčnemu prachu. Priemerný vek respondentov bol 39 rokov. Najmladší respondent mal 21 rokov a najstarší respondent mal 62 rokov. Najviac respondentov bolo vo vekovom rozhraní 25 – 34 rokov s počtom 33 (36,27 %). Pohlavie respondentov bolo prevažne ženské. Počet žien bol 59 (64,84 %) a mužov 32 (35,16 %). Priemerný počet odpracovaných rokov v cestovinárňach bol 9 pričom najviac odpracovaných rokov bolo 37. Najviac pracovníkov bolo v rozhraní 0 – 9 odpracovaných rokov s počtom 60 (65,94 %).

**Výsledky:**

16 % zamestnancov malo zistenú v čase pred zamestnaním a nástupom do cestovinární pozitívnu alergickú anamnézu. Z nich 37 % na prach a pele, 21 % na trávu a zmes obilnín. 17% z oslovených respondentov udáva počas práce kašeľ a ťažkosti s dýchaním. Z ďalších alergických prejavov 23 % respondentov udávalo počas výkonu práce pocit upchatého nosa, 19 % svrbenie v nose a záchvaty dýchania. 66 % respondentom úplne ustupujú príznaky alergie úplne mimo pracoviska a 26 % respondentom ustupujú príznaky mimo pracoviska len čiastočne. 37 % oslovených respondentov sú fajčiari. 10 % respondentov trpí ochoreniami dýchacích ciest aspoň 3x ročne, pričom 24 % má výraznejšie dýchacie zdravotné ochorenia od nástupu do cestovinární. 9 %

respondentov malo vyšetrených vitálnu kapacitu pľúc a z nich 75 % malo zvýšené hodnoty. 31 % nami oslovených respondentov nevedelo, že múčny prach môže vyvolať alergickú reakciu v organizme. 99 % potvrdilo, že zamestnávateľ v súčasnosti neposkytuje zamestnancom žiadne možnosti ani finančnú podporu čo sa týka rekondičných ani ozdravovacích pobytov. 18 % je presvedčených, že zamestnávateľa nezaujímajú výsledky preventívnych prehliadok zamestnancov.

**Diskusia**

Podľa zákona 124/2006 je zamestnávateľ povinný zabezpečiť vstupné preventívne prehliadky potenciálnych zamestnancom. Podľa odborného usmernenia MZ SR č. 10525/2010 sú v náplni lekárskych prehliadok vo vzťahu k práci u osôb exponovaných okrem iného aj múčnym prachom uvedené vyšetrenia, ktoré tieto alergie ako aj ich následky potvrdia. Sú tieto vyšetrenia v súvislosti s možným alergizujúcim pracovným prostredím samozrejmosťou? Venuje sa dostatočná pozornosť alergickej anamnéze potenciálnych zamestnancov? Ak áno, prečo sa môže stať, že pracovníci na takéto pracovisko nastúpia? Odpoveďou môže byť zlá socioekonomická situácia v regiónoch, kde tieto pracoviská prevádzkujú. Ľudia napriek škodlivosti na zdravie sú nútení prijať prácu, ktorá je k dispozícii. Ďalšou možnosťou je, že nastúpili do zamestnania bez patričného poučenia o možných rizikách a následkoch na svoje zdravie. V prípade, že sú informovaní o následkoch svojho rozhodnutia a nastúpia na takéto pracovisko, mali by sa chrániť a byť zaradení na pozície s minimálnou expozíciou alebo na miesta, kde nie sú vystavení účinkom múčneho prachu. V prípade cestovinární je to však ťažko realizovateľné, pretože múčny prach je prítomný prakticky v každej fáze výroby cestovín [15]. V prípade vzniku astmy u pracovníkov s pozitívnou alergickou anamnézou po nástupe do cestovinární môže tento fakt vylúčiť astmu ako chorobu z povolania. V najväčšom počte boli v našom prieskume označené prejavy nádchy, konkrétne pocit upchatého nosa, svrbenie v nose a záchvaty kýchania . Nakoľko nádchu môžeme považovať za preastmatický stav je potrebné týmto prejavom venovať zvýšenú pozornosť [16]. Ďalšie príznaky ako kašeľ, sťažené dýchanie a pocit nedostatku vzduchu môžu signalizovať výskyt astmy u zamestnancov. Vzhľadom na to, že existuje aj latentná forma astmy, ktorá sa môže klinicky manifestovať až po určitom bezpríznakovom období je na zistenie skutočného počtu astmatikov potrebné podrobnejšie vyšetrenie. Ústup alergizujúcich príznakov mimo pracoviska cestovinární potvrdzuje pracovné prostredie ako determinujúce poškodenie zdravia. Čiastočný ústup ťažkostí mimo

pracoviska môže napríklad u astmatikov znamenať, že trpeli latentnou formou astmy aj pred nástupom do cestovinární a klinicky sa prejavila iritačným pôsobením múčneho prachu. Túto formu astmy zhoršujú aj inhalačné alergény mimo práce [17], alebo dráždivé látky ako cigaretový dym, výfukové plyny a pod. [10]. Ak sú ťažkosti respondentov rovnaké v každom prostredí, čo v tomto prípade udalo 8 %, môže byť charakter ochorenia a vyvolávajúca príčina iná. Môže sa napríklad jednať o alergiu na prach a roztoče, ktoré sa objavujú rovnako v múčnom prachu ako aj v domácom prostredí [18].

Pružinec sa domnieva, že [19] je fajčenie jedným z faktorov, ktoré podmieňujú vznik astmy, zaujímal nás počet fajčiarov a bývalých fajčiarov v cestovinárňach. 37 % respondentov udáva spotrebu do 10 cigariet denne a od 11 do 20 cigariet denne udáva 41 %. Bývalých fajčiarov bolo 11 %. Podľa Paulloviča [20] fajčenie zhoršuje zápalový proces v dýchacích cestách aj kvalitu života astmatikov, preto ho považujeme za významný negatívny faktor u pracovníkov v cestovinárňach z pohľadu prevencie aj prognózy už vzniknutého ochorenia. Osoby, ktoré sú vystavené škodlivým účinkom múčneho prachu by mali prikladať väčší dôraz na ochranu svojho zdravia aj mimo pracoviska. Taktiež by mali zodpovedne pristupovať k pravidelným preventívnym prehliadkam. 7% z celkového počtu 91 respondentov udáva, že sa týchto prehliadok nezúčastňujú pravidelne. Vzhľadom na to, že viac ako polovicu (62 %) tvoria respondenti do 45 rokov, môže predstavovať zodpovednejší prístupu pracovníkov k zdravému životnému štýlu a k prevencii väčší zdravotný benefit do budúcnosti. Fišerová (2004) udáva, že na základe vyšetrení VKP (vitálnej kapacity pľúc) je možné stanoviť typ a stupeň poškodenia pľúc len orientačne a bývajú súčasťou komplexného vyšetrenia [21]. My sa však domnievame, že toto relatívne neinvazívne a časovo nenáročné vyšetrenie by malo byť jedným zo základných orientačných vyšetrení na vyhľadávanie astmy u pracovníkov s expozíciou múčnemu prachu. Podľa odborného usmernenia č. 10525 / 2006 sú tieto zaradené do náplne lekárskych prehliadok takže môžu byť súčasťou preventívnych prehliadok napr. každé tri roky na pracoviskách zaradených do druhej kategórie. Vzhľadom na to, že astmou na Slovensku trpí približne 300 000 ľudí a má stúpajúcu tendenciu mal by sa klásť dôraz na primárnu ako aj sekundárnu prevenciu, čiže včasné rozpoznanie príznakov a zabránenie zhoršenia zdravotného stavu [22]. Podľa Nariadenia 300 / 2007 je zamestnávateľ povinný informovať zamestnancov o škodlivosti pracovného prostredia a o možných rizikách poškodenia zdravia na pracovisku. Otázkou je, preto prečo 31% zamestnancov v našom

prieskume nevedelo, že múčny prach môže vyvolať alergickú reakciu organizmu? Keby boli o tomto fakte informovaní, rozhodli by sa aj napriek tomu nastúpiť na takéto rizikové pracovisko? Ďalšou povinnosťou zamestnávateľa je zabezpečiť zdravotný dohľad pred expozíciou a počas expozície ( Zákon 124 / 2006 ). 18 % zamestnancov si ale myslí, že sa ich zamestnávateľ nezaujíma o výsledky ich preventívnych prehliadok. Môže sa síce stať, že zamestnávateľ pozná zdravotný stav svojich zamestnancov, ale ich o tom neinformuje. V každom prípade by mala byť komunikácia medzi zamestnávateľom a zamestnancom lepšia. Povinnosť poskytovania ozdravovacích pobytov je legislatívne upravená v Zákone 124 / 2006. V prípade cestovinární to nie je povinné, ale takáto „odmena" môže byť pre zamestnancov zakotvená v kolektívnej zmluve nad rámec povinnej legislatívy [23]. Záleží však to nielen od firemnej politiky a ochoty zamestnávateľov, ale v súčasnosti hlavne od finančnej situácie firiem, prevádzkujúcich tento typ zamestnania.

**Záver**

Realizovaný prieskum bol zameraný na problematiku ochorenia dýchacích ciest u pracovníkov v cestovinárňach. Zistili sme, že práca v cestovinárňach u pracovníkov, ktorí sú vystavení expozícii múčnemu prachu je riziková na zdravie a vyvoláva prejavy poškodenia respiračného systému. Výsledky prieskumu ukazujú, že existujú určité nedostatky zo strany zamestnávateľov, zamestnancov ako aj zdravotníckych pracovníkov, ktoré ale nie sú neodstrániteľné. Sledovanie vplyvu pracovného prostredia na zdravie pracovníkov, cielené vyhľadávanie senzibilných jedincov, zvyšovanie informovanosti zamestnancov, spolupráca s ostatnými zdravotníckymi odborníkmi v oblasti zdravia pri práci – toto všetko by mohlo byť náplňou práce sestry na komunitnej úrovni, ktorá by sa mohla uplatniť ako stály zamestnanec vo väčších podnikoch či ako externý spolupracovník v menších podnikoch. Človek strávi približne polovicu svojho života v práci a jednou z jeho základných hodnôt je zdravie. Sme presvedčení, že zvýšenie pozornosti na ochranu zdravia pracovníkov a pracovné prostredie môže znamenať zníženie rizika vzniku profesionálnych chorôb a zníženie práceneschopnosti, čo znamená aj zníženie nákladov zamestnávateľa a nákladov na liečbu. Dlhodobým cieľom je čo najdlhšie a najefektívnejšie využitie produktívneho veku zamestnancov bez zbytočných následkov na kvalitu ich života.

**Bibliografické odkazy:**

1. FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. *Ošetrovateľstvo – teória.* Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.

2. BUCHANCOVÁ, J. a kol. 2003. Pracovné lekárstvo a toxikológia. 1. vyd. Martin : Osveta, 2003. 1133 s. ISBN 80-8063-113-1.

3. HOLLEROVÁ, J. 2007. Prašnost na pracovišti. Státní zdravotní ústav. [online]. 2007. [ cit. 2011-11- 01]. Dostupné na internete: http://www.szu.cz/tema/praovni-prostredi/prasnost-na-pracovisti-1.

4. LEGÁTH, Ľ. 2007. Profesionálne ochorenie dýchacieho systému v podmienkach podzemných pracovísk – stále aktuálna problematika. In *Acta Montanistica Slovaka*. [online]. 2007, roč. 12, č.2 s. 140 – 145. ISSN 1335-1788. [ cit. 2012-01-29]. Dostupné na internete: http://actamon.tuke.sk/pdf/2007/n2/9legath.pdf.

5. JAROŠ, F. 1995. *Choroby dýchacích orgánov a organický prach.* Martin : Osveta, 1995. 203 s. ISBN 80-217-0470-5.

6. MOLNÁROVÁ, J. 2007. *Rastlinná výroba 1. Obilniny Strukoviny Olejniny.* Nitra: Slovenská poľnohospodárska univerzita, 2007. 184 s. ISBN 978-80-8069-896-6.

7. ČÁPOVÁ, G. 2001. Problém profesionálnej astmy. In *Zdravotnícke noviny*. 2001, roč. 6, č. 22, s. 2. ISSN 1335 – 4477.

8. BRHEL, P. 1998. Profesionální alergická onemocnení dýchacích cest. In Klinická imunológia a alergológia. 1998, roč. 8, č. 3, s. 12-14. ISSN 1335-0013.

9. CHOVAN, L. 2003. Kombinovaná liečba chronickej obštrukčnej choroby pľúc. In *Zdravotnícke noviny – príloha Lekárske listy.* 2003, č. 13, s. 12. ISSN 1335-4477.

10. NEMERY, B. 2005, Astma ako choroba povolania. In *Zdravotnícke noviny – príloha Lekárske listy.* 2005, roč.10, č.10, s. 22 – 26. ISSN 1335-4477.

11. AHMED, A. H. - BILAL, I. E. - MERGHANI, T. H. 2009. Effects of exposure to flour dust on respiratory symptoms and lung funktion of bakery workers: a case control study. In Sudanese journal of publick health. [online]. 2009, roč. 4, č. 1, s. 210-213. [Citované 2012-01-06]. Dostupné na internete:http://www.sjph.net.sd/files/vol4i1/sjph-vol4i1-p210-213.pdf.
ISSN 1990-7567.

12. KLUSÁČKOVÁ, P. – PELCLOVÁ, D. – LEBEDOVÁ, J. 2003. Buněčné změny v indukovaném sputu u pacientú s astma bronchiále profesionale. In *klinická imunológia a alergológia.* 2003, roč. 13, č. 3, s. 19-20. ISSN 1335-0013.

13. LUNDBERG, P. 1998. Consensus report for Flour Dust. In *Scienrific basis for swedish occupational tandards XIX.* [online]. 1998, č.25, s. 14-20. [Citované 2011-11-13]. Dostupné na internete: http://gupea.ub.gu.se/bistream/2077/4178/1/ah1998_25.pdf.
14. KILL, R.C. – TURNBULL, K. 2001. *Pasta and semolina technology.* 1. Vyd.. Oxford: Blackwell Sciencie Ltd., 2001. 226 s. ISBNA 0-632-05349-6.
15. BIANCHI, B. - CASSANO, F. - MONGELLI, C. 2008. Experimental trials to evaluate risks from noise and particulate matter in a pasta factory. In International Conference: September 15-17, 2008, Ragusa – Italy. [online]. [Citované 2012-01-06]. Dostupné na internete: http://www.ragusashwa.it/CD_2008/lavori/TOPIC1/orale/BIANCHI.pdf.
16. BRHEL, P. 1998. Profesionální alergická onemocnení dýchacích cest. In Klinická imunológia a alergológia. 1998, roč. 8, č. 3, s. 12-14. ISSN 1335-0013.
17. HAJDUKOVA, Z. 2002. Profesionální astma. In *zdravotnícke noviny – příloha Lékařské listy.* [online]. [Citované 2012-01-03]. ISSN 1214-7664. Dostupné na internete: http://www. zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/profesionalni-astma-148934.
18. ŠPIČÁK, V. 2003. *Bydlení pro alergiky.* 1. Vyd. Brno: Eva group spol.s.r. o.,2003. 77 s. ISBN 80-86517-47-0.
19. PRUŽINEC, P. 2002. *Moja alergia.* Bratislava: Bonus, 2002. 148 s. ISBN 80-968-491-3-
20. PAULOVIČ, D. 2007. Pacient s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc a bronchiálnou astmou versus fajčenie. In *Alergia, astma a my.* roč, 2007. č. 2, s.12 – 15. ISSN 1337-6667.
21. FIŠEROVÁ, J. akol. 2004. *Funkční vyšetření plic.* 2. Vyd. Praha: geum, 2004. 128 s. ISBN 80-86256-38-3.
22. SALAT, D. 2006. Prečo je dôležitá kontrola astmy a ako ju môžeme merať. In *Alergia, astma a my. roč*. 2006, č.1, s. 13-15. ISSN 1337-6667.
23. BOBELA, J. 2007. Rekondičné pobyty pre zamestnancov. In Konfederácia odborových zväzov SR. [online]. 2007. [Citované 2012-01-30]. Dostupné na internete: http://www.kozsr.sk/?page=./archiv/bozp/aktualnetemy2.

**Kontakt na autora:**
PhDr. Jana Virgulová
FZ SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici
Sládkovičova 21
974 05 Banská Bystrica
jana.virgulova@szu.sk, 048/3248032

# PRÓBA OCENY WIEDZY RODZICÓW W ZAKRESIE OPIEKI NAD DZIECKIEM CHORYM NA GRUŹLICĘ

## Pokus hodnotenia znalostí rodičov v oblasti zdravia detí s tuberkulózou

Jolanta Witanowska, Halina Patyna

Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego Katedry Pediatrii Wydziału Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Gruźlica *(tuberculosis)* jest chorobą zakaźną. W przebiegu choroby najważniejszą rolę odgrywają szczepienie ochronne, izolowanie i leczeni chorych i nosicieli, likwidowanie źródeł zakażenia, zapewnienie higienicznych warunków życia. [1] Gruźlicę wywołują prątki – bakterie Gram- - kwasoodporne z grupy *mycobacterium tuberculosis*. Gruźlica w XIX wieku i w pierwszej połowie XX była chorobą społeczną w Europie i nadal nią jest. Prawdziwym przełomem w zwalczaniu tej choroby stało się zastosowanie leków przeciwprątkowych. Pierwszym lekiem było streptomycyna wynaleziona w 1945 roku przez Selmana Abrahama Waksmana ze Stanów Zjednoczonych. Do zakażenia gruźlicą dochodzi w wyniku kontaktu z chorym prątkującym. Szczególnie niebezpieczni są chorzy, którzy wydzielają dużą liczbę prątków, wykrytych podczas badania bezpośredniego plwociny. Zakażenie prątkiem gruźlicy przebiega w większości bezobjawowo.

Od ponad 200 lat gruźlica jest jednym z najważniejszych problemów zdrowotnych i społecznych. W ubiegłym wieku centrum zachorowań na gruźlicę znajdowało się w Europie Zachodniej, co wiązało się z biedą i przeludnieniem oraz fatalnymi warunkami sanitarnymi. W XIX wieku gruźlica nie występowała w Afryce. Następnie epidemia powoli przesuwała się z północnego-zachodu w kierunku południowo-wschodnim i większość nowych zachorowań blisko siedem milionów rocznie występuje w 20 krajach Azji i Afryki. W krajach wysokorozwiniętych chorobowość i umieralność na gruźlicę systematycznie się zmniejsza. Do rozprzestrzeniania się choroby nadal przyczynia się głód, niedożywienie, bezdomność, ograniczona dostępność do służby zdrowia, alkoholizm, narkomania, starzenie się społeczeństwa, zwiększona migracja ludności. Szczególnie ważną rolę w szerzeniu się gruźlicy zarówno w krajach bogatych i biednych odgrywa zakażenie HIV.[2]

**Celem pracy** była próba zbadania stanu wiedzy rodziców/opiekunów dzieci chorych na gruźlicę w zakresie opieki, objawów i leczenia. Planuje się wykorzystać otrzymane dane do prowadzenia działań edukacyjnych wobec rodziców dzieci chorych

na gruźlicę tak, aby wyjść na przeciw ich potrzebom i oczekiwaniom. Profesjonalna wiedza pielęgniarki w omawianym zakresie pozwoli na edukowanie rodziców oraz chorych dzieci dla uzyskania lepszych efektów samoopieki. Edukacja dotyczyć będzie także współpracy rodziców we własnym środowisku rodzinnym oraz z wychowawcami w szkole. Dzieci chore na gruźlicę oraz dzieci, u których występuje wzmożony odczyn tuberkulinowy po opuszczeniu szpitala mimo dalszego leczenia przeciwprątkowego lub z włączoną chemio profilaktyką mogą uczęszczać do szkoły, brać czynny udział w życiu społecznym, ale nadal podlegają kontroli poradni przeciwgruźliczej.

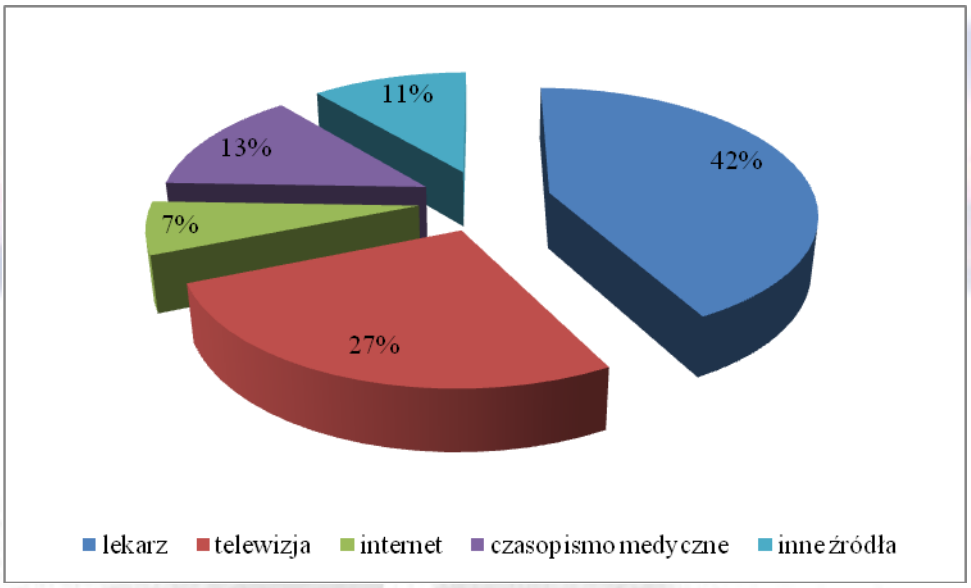
W pracy zastosowano **autorski kwestionariusz**, który zawiera pytania zamknięte. Kwestionariusz składa się z 30 pytań. Ankieta była rozprowadzana wśród rodziców w dniu przyjęcia do szpitala. Rodzice zostali poinformowani o celu badań oraz otrzymali dodatkowe informacje dotyczące wypełnienia ankiety.

Badanie przeprowadzono w Wojewódzkim Centrum „Pediatrii" w Istebnej w okresie od grudnia 2009 roku do marca 2010 roku za zgoda Dyrekcji i Ordynatora Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc. Leczenie gruźlicy w Wojewódzkim Ośrodku prowadzone jest od 1946 roku. Obecnie Ośrodek zajmuje się diagnostyką i leczeniem schorzeń układu oddechowego oraz przyjmuje dzieci i młodzież w wieku od 2 do 18 lat z rozpoznaną gruźlicą, a także wykonuje diagnostykę w kierunku podejrzenia i zakażenia prątkiem gruźlicy. W badaniu wzięło udział 45 rodziców dzieci chorych na gruźlicę oraz ze wzmożonym odczynem tuberkulinowym.

W grupie badanych najwięcej było kobiet 31 osób (73%), zaś mężczyzn było 14 (27%). badanych podzielono według wielu i tak w wieku 20-25 był 1 badany (2%), 25-30 – 12 osób (27%), 35-40 – 14 osób (31%), a najwięcej osób było powyżej 40 roku życia 18 osób (40%). W grupie badanych wykształcenie podstawowe miało 9 osób (20%), średnie 21 (45%), wyższe 10 (24%), inne 5 (11%). 67%, czyli 30 osób mieszkało w mieście, na terenach podmiejskich 4 osoby (9%), a 11 badanych (24%) mieszkało na wsi.

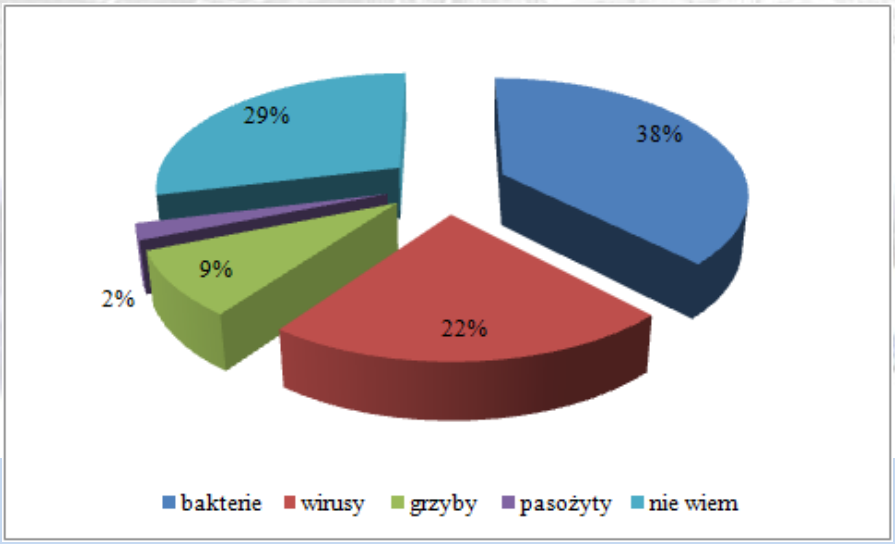
**Omówienie wyników**

Informacje o gruźlicy 42% badanych uzyskało od lekarza, 27% z telewizji, 13% z czasopism medycznych, 11% z innego źródła, a 7% z Internetu (wykres 1).




**Wykres 1. Źródła informacji o gruźlicy preferowane przez badanych.**

Wśród respondentów na pytanie jaki czynnik wywołuje gruźlicę 38% odpowiedziało, że bakterie, 22% wirusy, grzyby 9%, pasożyty 2%, a 29% badanych w ogóle nie wie co wywołuje gruźlicę (wykres 2).

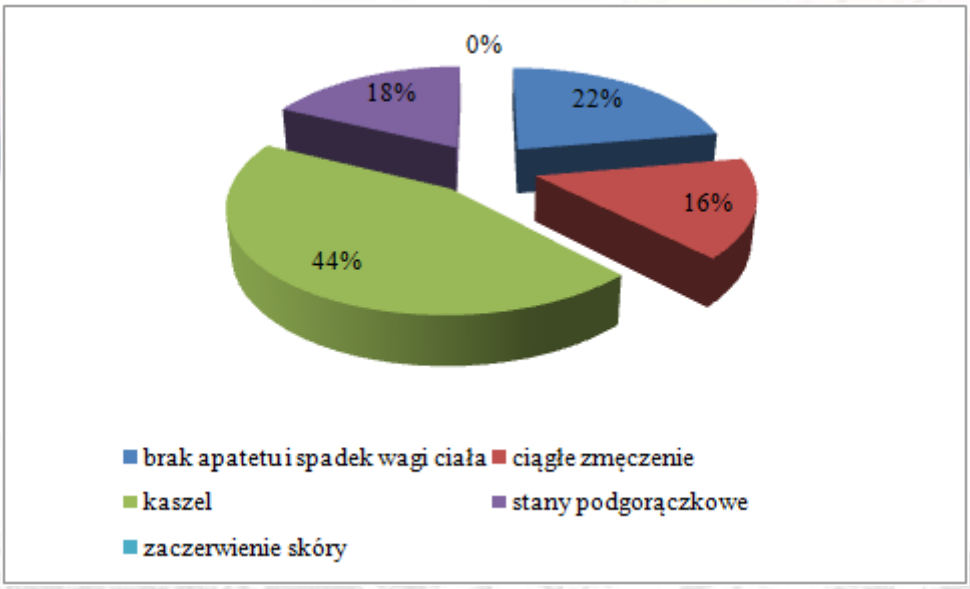



**Wykres 2. Czynniki wywołujące gruźlicę w opinii respondentów**

*Źródło: badanie własne*

Wśród badanych rodziców na pytanie, jakie są objawy choroby 44% udzieliło odpowiedzi, że kaszel, 22% brak apetytu i spadek wagi ciała, 18% badanych stany podgorączkowe, a 16% ciągłe zmęczenie (wykres 3).

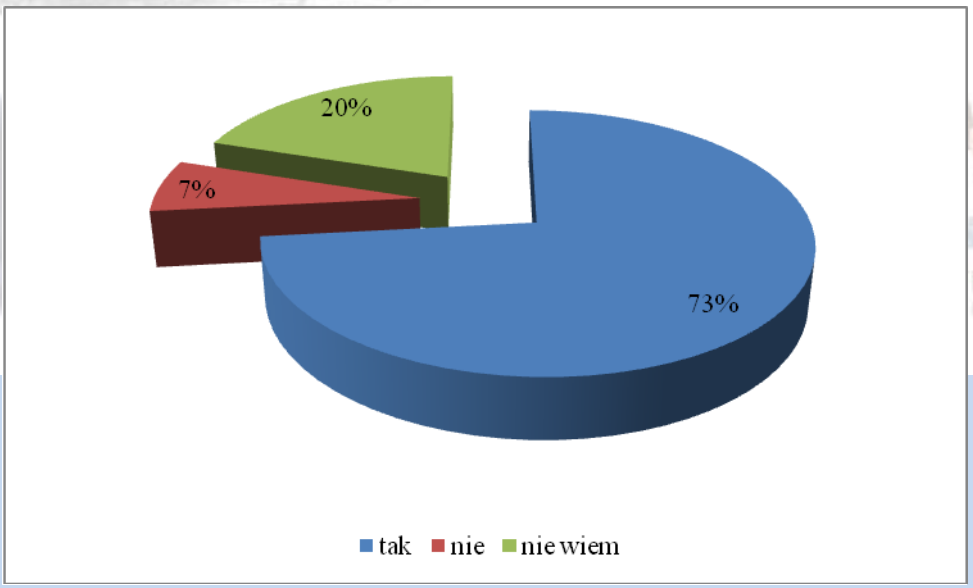
**Wykres 3. Objawy gruźlicy według badanych.**




Źródło: *badanie własne*

73% respondentów uważa, że przestrzeganie godzin przyjmowania leków i diety jest warunkiem prawidłowego leczenia, 7% nie, a 20% badanych nie wie (wykres 4).

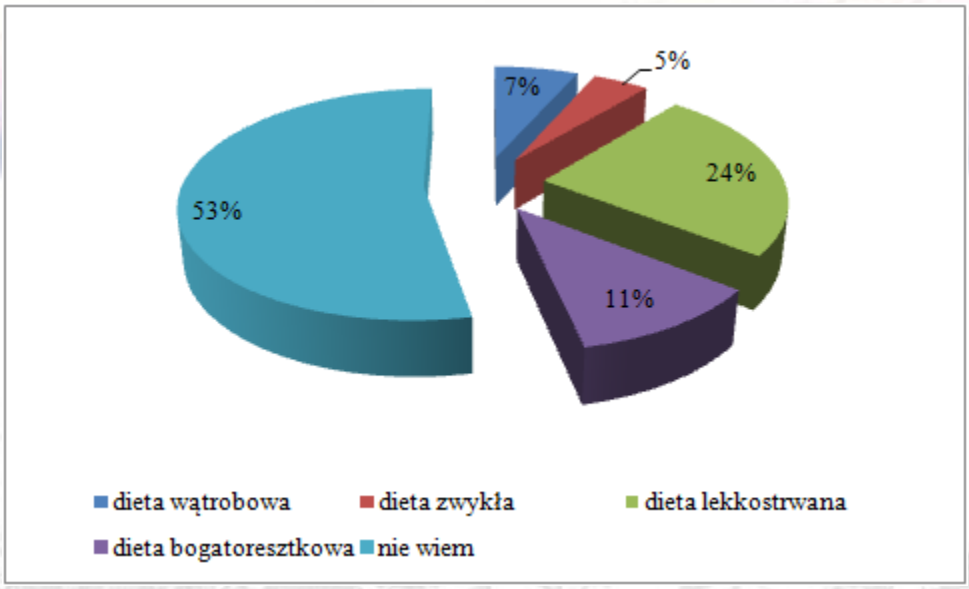
**Wykres 4. Dieta i leki jako warunek prawidłowego leczenia gruźlicy w opinii badanych.**



Źródło: *badanie własne*

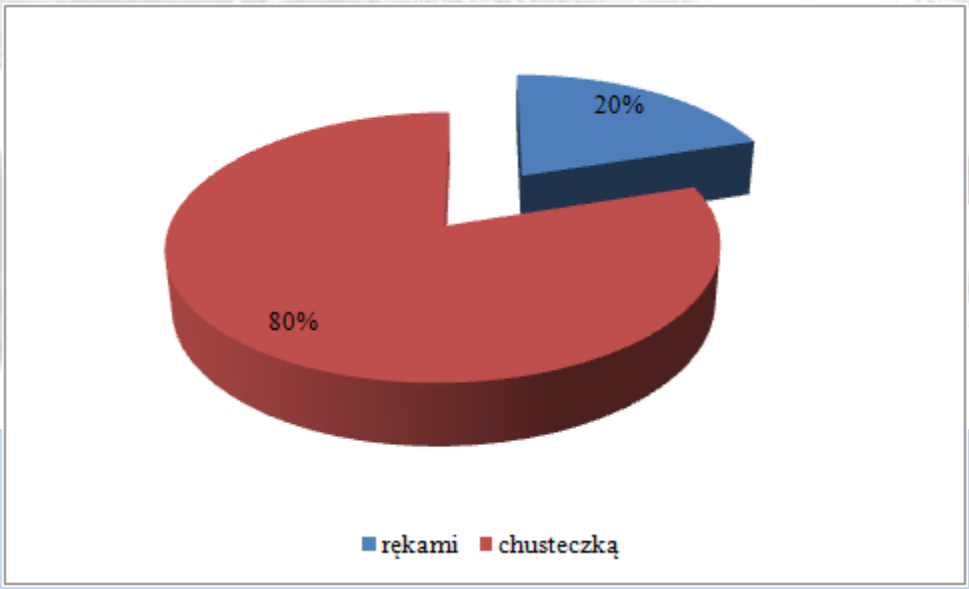
Wśród badanych na pytanie o rodzaj diety w leczeniu chorego na gruźlicę uzyskano następujące odpowiedzi: dietę wątrobową 7%, dietę zwykłą 5%, dietę lekkostrawną 24%, dietę bogatoresztkową 11%, a 53% ankietowanych odpowiedziało, że nie wie jaka powinna być stosowana dieta (wykres 5).

**Wykres 5. Dieta w gruźlicy według badanych**




W pytaniu o sposób zasłaniani ust podczas kaszlu na prawidłową odpowiedź „chusteczką" wskazało 80% badanych, 20% osób odpowiedziało *„zasłanianie rękami"* (wykres 6).

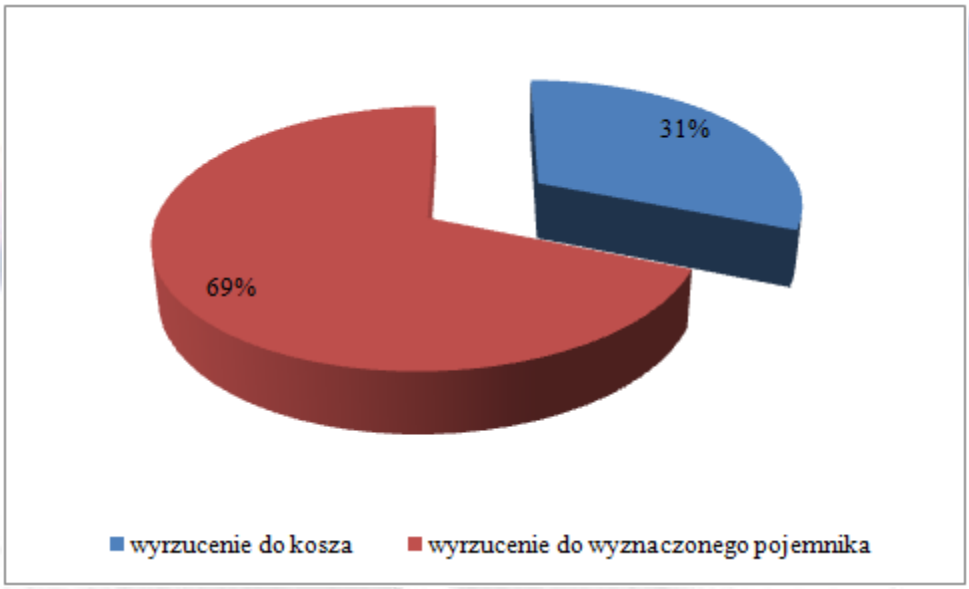
**Wykres 6. Znajomość zasad higieny kaszlu według respondentów.**




Źródło: *badanie własne*

W zapytaniu o sposób postępowania z chusteczką po odkrztuszonej wydzielinie przez pacjenta 31% badanych odpowiedziało, że należy wyrzucać ją do kosza, a 69% uważało, że należy wyrzucić do wyznaczonego pojemnika (wykres 7).

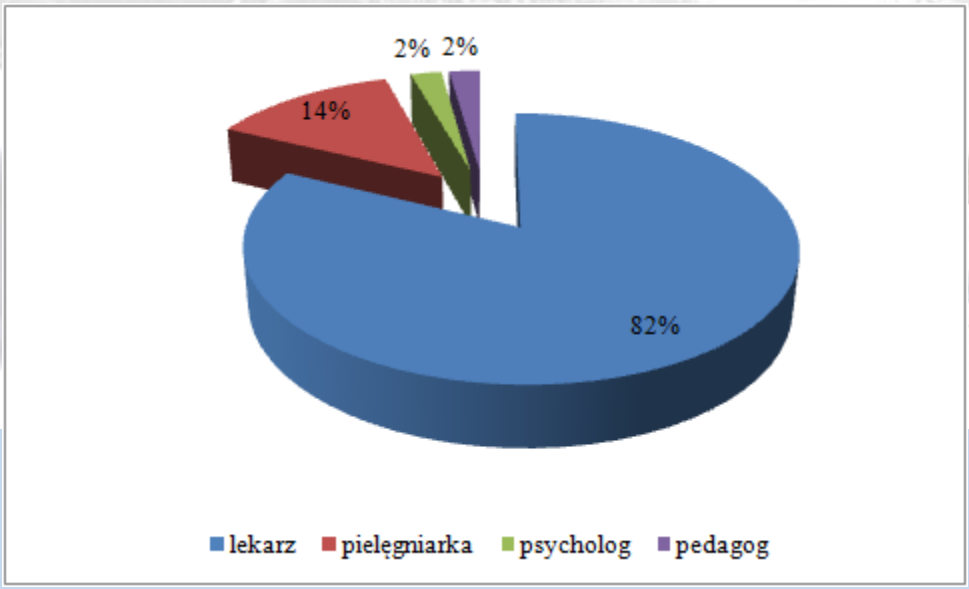
**Wykres 7. Postępowanie z wydzieliną po odkrztuszaniu w opinii badanych.**




Źródło: *badanie własne*

Podczas leczenia przeciwprątkowego dziecko/pacjent powinien być pod opieką lekarza, pielęgniarki, psychologa i pedagoga, jednak wśród badanych 82% respondentów odpowiedziało, że pod opieką lekarza, 14% pielęgniarki, a po 2% pod opieką psychologa i pedagoga (wykres 8).

**Wykres 8. Sprawowanie opieki nad chorym na gruźlicę według respondentów.**




Źródło: *badanie własne*

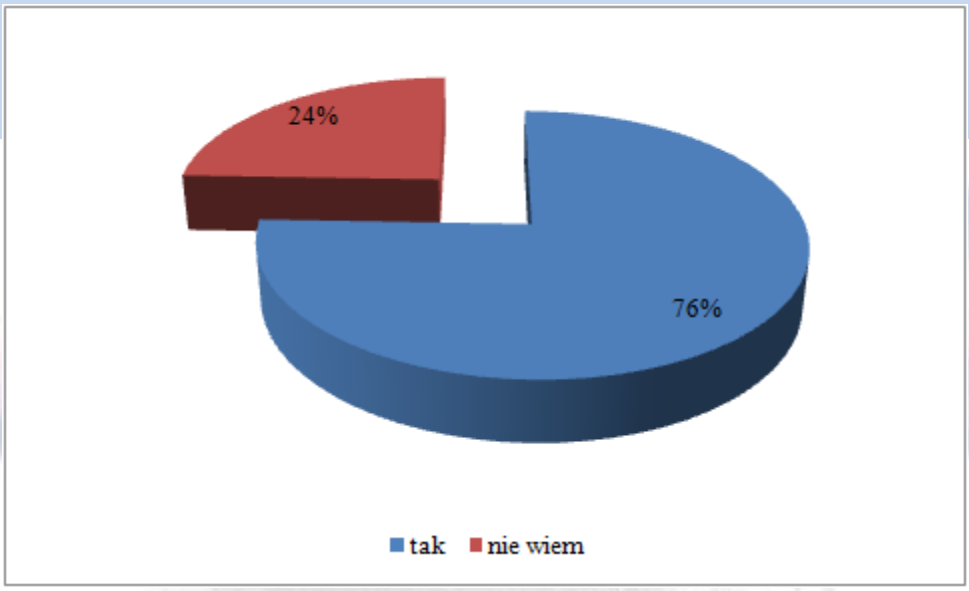
Po leczeniu szpitalnym i dalszym kontynuowaniu leczenia przeciwprątkowego w domu 19 badanych (42%) odpowiedziało, że należy przyjmować regularnie leki i prowadzić higieniczny tryb życia oraz przestrzegać diety, 14 badanych (27%) przyjmować regularnie leki i prowadzić higieniczny tryb życia, 10 (22%) – przyjmować regularnie leki, a 7 badanych (9%) odpowiedziało, że tylko przestrzegać diety (wykres 9).

**Wykres 9. Przestrzeganie zasad podczas przyjmowania leków przez chorego w opinii badanych.**

Źródło: *badanie własne*

Na pytanie badanych czy po leczeniu gruźlicy można ponownie zachorować, 36 (76%) respondentów opowiedziało tak, a 9 (24%) nie (wykres 10).

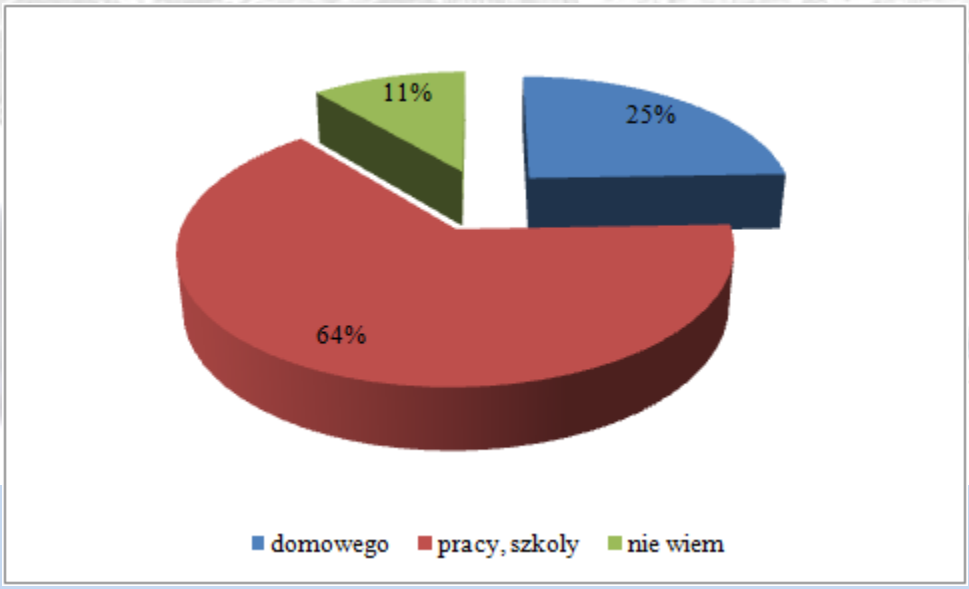
**Wykres 10. Wiedza badanych w zakresie znajomości ponownego zachorowania po leczeniu gruźlicy.**




Źródło: *badanie własne*

Zapytano badanych, czy pacjent u którego wykonano badania diagnostyczne oraz włączone leczenie przeciwprątkowe, które nadal będzie kontynuował może wrócić do środowiska domowego odpowiedziało 11 (25%) osób, do środowiska domowego, pracy i szkoły odpowiedziało 29 (64%), a 5 (11%) respondentów nie wie (wykres 11).

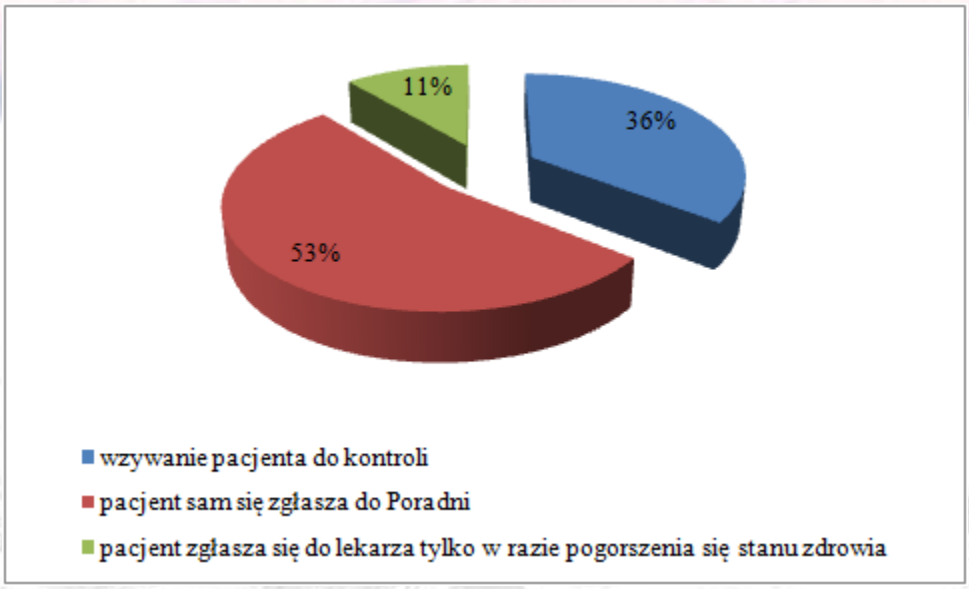
**Wykres 11. Powrót pacjenta do środowiska rodzinnego deklarowany przez badanych.**




Źródło: *badanie własne*

Po leczeniu szpitalnym pacjent nadal przyjmuje leki w domu i podlega kontroli w poradni przeciwgruźliczej. Badanym podsunięto różne możliwości z których prawidłową odpowiedź byłą że pacjent sam się zgłasza do poradni i ją zaznaczyło 24 (53%) respondentów, 16 (36%) badanych jest zdania, że poradnia powinna wzywać pacjenta do kontroli, 5 (11%) osób, że pacjent zgłasza się tylko do lekarza w razie pogorszenia się stanu zdrowia (wykres 12).

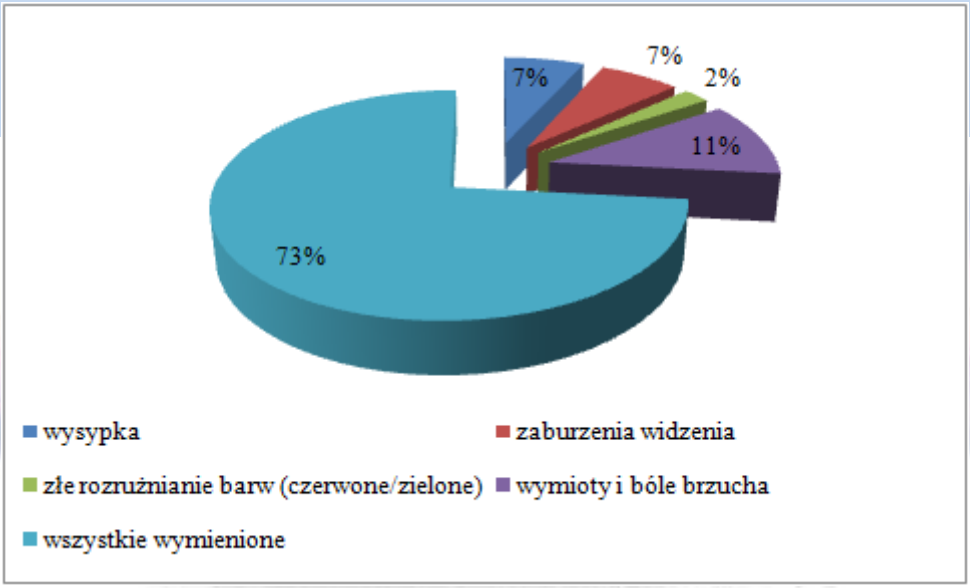
**Wykres 12. Postępowanie pacjenta po wypisie ze szpitala w opinii badanych.**




Źródło: *badanie własne*

W czasie przyjmowania leków przeciwprątkowych w domu mogą wystąpić niepokojące objawy. Zapytano badanych czy należy zgłosić się do lekarza. 34 (75%) badanych odpowiedziało tak, 3 (7%) osoby tylko z wysypką, 3 (7%) osoby zaburzenia widzenia, a 5 (11%) badanych wymioty i bóle brzucha (wykres 13).

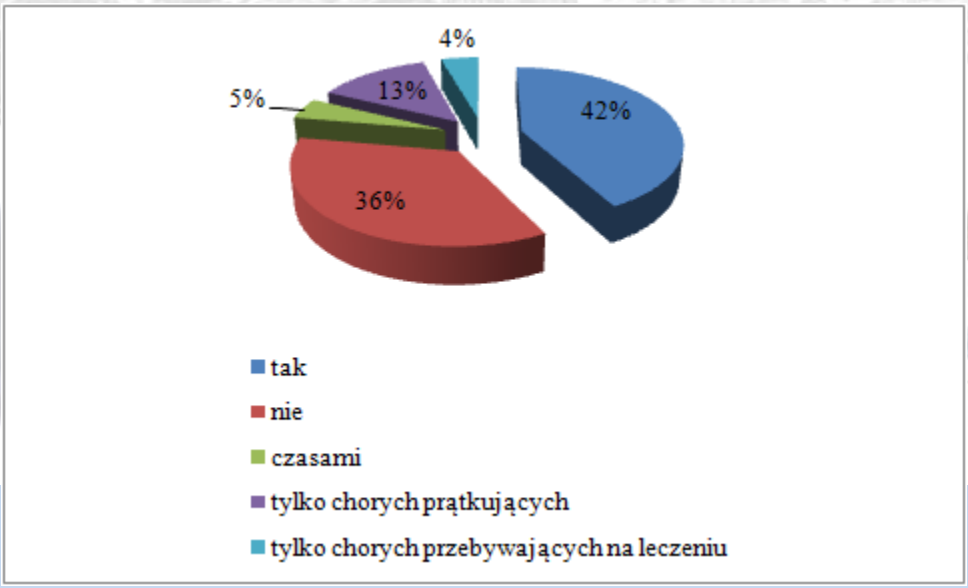
**Wykres 13. Wiedza badanych w zakresie wystąpienia objawów niepokojących podczas leczenia gruźlicy.**




Źródło: *badanie własne*

Podczas leczenia pacjentów w szpitalu Narodowy Program Zwalczania Gruźlicy wymaga zgłaszania chorych na leczeniu przeciwprątkowym do stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Zapytano respondentów, czy ich zdaniem, należy zgłaszać tych chorych 19 (42%) badań odpowiedziało tak, 16 (36%) osób, że nie, tylko chorych prątkujących 6 (13%), chorych przebywających na leczeniu 2 (4%), a 2 (5%) osoby, że tylko czasami (wykres 14).

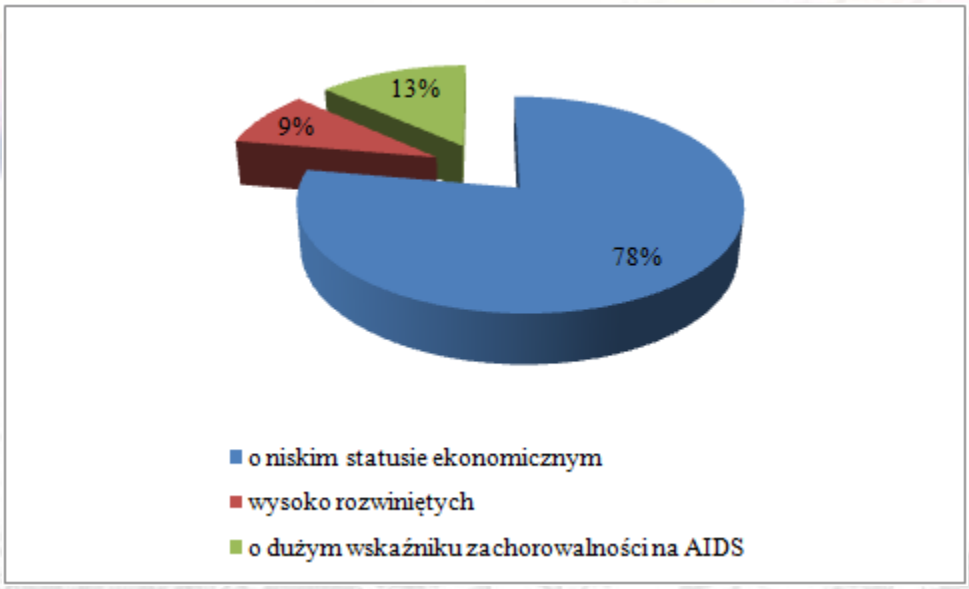
**Wykres 14. Zgłaszanie chorych na gruźlicę w opinii respondentów.**




Źródło: *badanie własne*

Podczas przeprowadzenia badań zapytano respondentów w jakich krajach występuje gruźlica. Wyniki badań klasyfikują się następująco: o niskim statusie ekonomicznym odpowiedziało 35 (78%) osób, w krajach wysokorozwiniętych 4 (9%) osoby, a 6 (13%) osób w krajach o dużym wskaźniku zachorowalności na AIDS (wykres 15).

**Wykres 15. Zachorowalność na gruźlicę w opinii badanych.**




Źródło: *badanie własne*

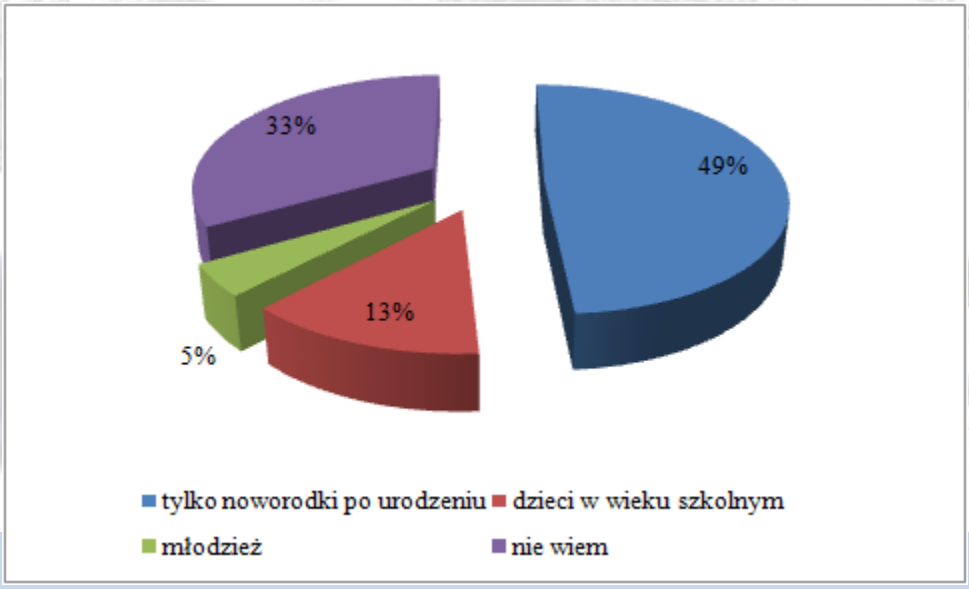
Ankietowanym zadano pytanie na czym polega walka z gruźlica: 23 (51%) osoby odpowiedziały na konieczności szybkiego wykrywania chorych na gruźlicę. 6 (13%) badanych wybrało odpowiedz: systematyczne przyjmowanie leków przeciwprątkowych, a 16 (36%) osób zaznaczyło odpowiedz okresowe badanie chorych o podwyższonym ryzyku zachorowalności (wykres 16).

**Wykres 16. Walka z gruźlicą według respondentów.**

Źródło: *badanie własne*

Podjęto próbę sprawdzenia wiedzy na temat szczepień w kierunku gruźlicy. Wyniki przedstawiają się następująco: 22 (49%) badanych odpowiedziało, że tylko noworodki po urodzeniu, 6 (13%) osób – dzieci w wieku szkolnym, 2 (5%) osoby u młodzieży, a 15 (33%) respondentów nie wie w jakim okresie życia stosowane są szczepienia przeciw gruźlicy (wykres 17).

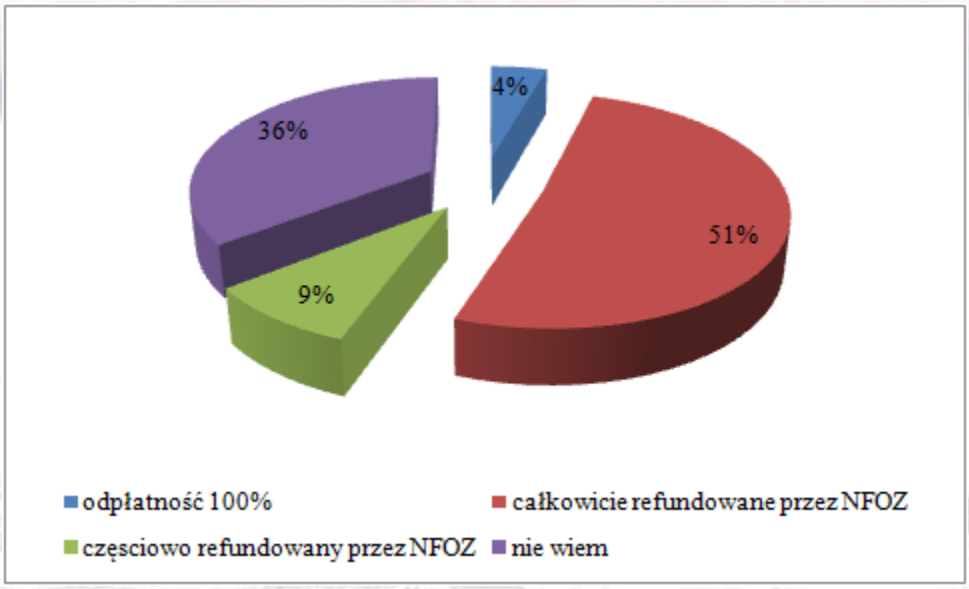
**Wykres 17. Wiedza badanych w zakresie znajomości szczepienia w kierunku gruźlicy.**




Źródło: *badanie własne*

Zbadano także znajomość zasad odpłatności za leczenie gruźlicy w Polsce i tak wśród badanych 23 (51%) respondentów odpowiada, że leczenie jest całkowicie refundowane przez NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), 4 (9%) – że częściowo refundowane przez NFZ, 2 (4%) badanych odpowiada, że odpłatność jest 100%, a 16 (36%) nie ma takiej wiedzy (wykres 18).

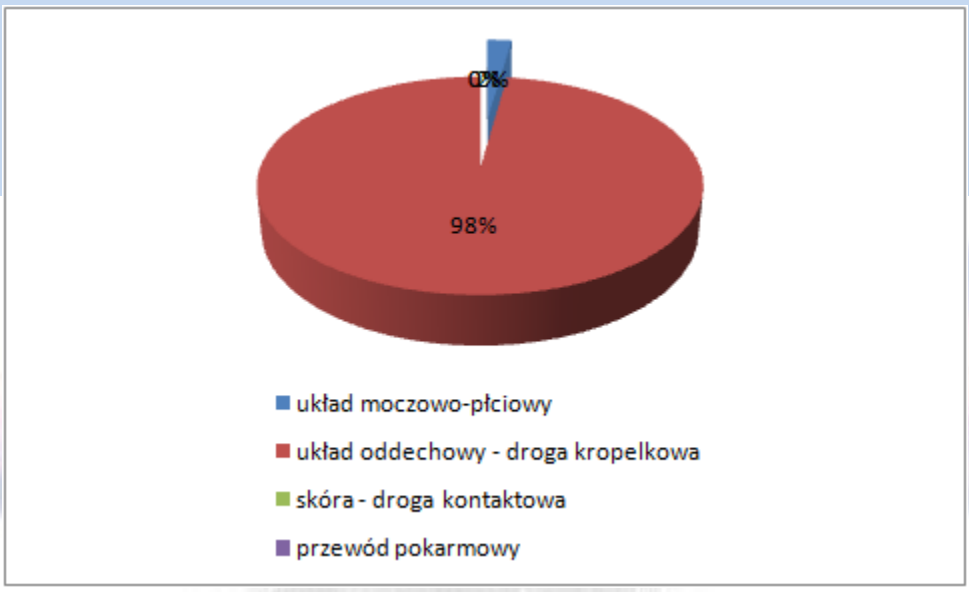
**Wykres 18. Znajomość zasad odpłatności leczenia gruźlicy w Polsce w opinii badanych.**




Źródło: *badanie własne*

Na pytanie jaka istnieje droga zakażenie prątkiem gruźlicy przeważająca ilość (98%) pytanych odpowiedziała, że układ oddechowy. Tylko jedna osoba (mniej niż 1%) wybrała układ moczowo-płciowy. Skóra i przewód pokarmowy nie zostały zaznaczone przez ani jednego pytanego (wykres 19).

**Wykres 19. Droga zakażenia gruźlicą według respondentów.**




Źródło: *badanie własne*

Prace prowadzone nad gruźlicą są bardzo ważnym elementem w profilaktyce tej choroby. Wiedza na temat tego schorzenia pozwala na prawidłowe postępowanie ludzi w chorobie w czasie leczenia i w jej zapobieganiu. Należy brać pod uwagę fakt, że w wieku rozwojowym największe ryzyko zachorowania występuje u niemowląt i małych dzieci. Gruźlicy popierwotnej nie obserwuje się u dzieci poniżej 10 roku zycia., ale może ona wystąpić u młodzieży w okresie dojrzewania. Najczęstsze objawy to napadowy kaszel, cechy zwężenia dróg oddechowych, świsty, duszność aż do niewydolności oddechowej, a także podwyższona temperatura ciała. Nierozpoznana lub źle leczona gruźlica u najmłodszych dzieci prowadzi do rozsiewu drogą naczyń krwionośnych lub drogą oskrzelową i powstania prosówki lub serowatego zapalenia płuc.[3] Gruźlica, o której rzadko obecnie myślimy, powinna być brana pod uwagę w diagnostyce różnicowej chorób układu oddechowego u dzieci. Skąpe i niecharakterystyczne objawy kliniczne mogą towarzyszyć zaawansowanym zmianom w płucach i drogach oddechowych.[4] Dlatego też w badaniach własnych pytano badanych rodziców o objawy gruźlicy u dzieci i 44% wskazało, że najczęstszym objawem jest kaszel, 22% brak apetytu i spadek wagi ciała, 18% badanych stany podgorączkowe, a 16% ciągłe zmęczenie.

W Polsce gruźlica płuc jest leczona przez lekarzy w poradniach zajmujących się chorobami układu oddechowego. Chorzy na gruźlicę płuc podlegają obowiązkowej hospitalizacji w okresie prątkowania. Nie ma odrębnego finansowania zwalczania gruźlicy. Zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 roku [5] lekarz, który podejrzewa lub

rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej ma obowiązek zgłoszenia tego faktu w ciągu 24 godzin państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania przypadku lub państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu, albo innym podmiotom właściwym ze względu na rodzaj choroby zakaźnej, zakażenia lub zgonu z powodu choroby zakaźnej. Na mocy ustawy osoby, które miały styczność z chorymi na gruźlicę w okresie prątkowania, podlegają nadzorowi epidemiologicznemu, badaniu klinicznemu, badaniom diagnostycznym, a także w razie potrzeby profilaktycznemu stosowaniu leków. [6] W związku z tym w badaniach własnych zapytano badanych rodziców dzieci chorych na gruźlicę, czy ich zdaniem, należy zgłaszać tych chorych. I tak 42% badań odpowiedziało twierdząco, 36% osób stwierdziło, że nie.

Istotnym problemem w terapii gruźlicy jest systematyczne i zgodne ze zleceniem lekarza stosowanie leków przeciw gruźliczych, tj. dawki jednorazowej oraz jej podział w ciągu doby. Badania takie prowadził Bello i wsp. dowodząc, że prawidłowe stosowanie terapii przez chorych jest nie tylko skuteczniejsze, ale i bardziej opłacalne. Zdaniem autorów badań edukacja w tym zakresie znacznie zmniejsza liczbę chorych.[7]

Zgodnie z danymi opracowywanymi przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc zarejestrowano 62 zachorowania u dzieci do 14 roku życia (w roku 2009 zarejestrowano ich 99). Współczynnik zapadalności wynosi 1,1. Swoistą metodą zapobiegania są stosowane od 80 lat szczepienia BCG, obowiązkowe w Polsce, wykonywane zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych u noworodków najpóźniej w ciągu 24 godzin od urodzenia. W roku 2010 zaszczepiono tą szczepionką 386.072 noworodków, co stanowiło 93,4% ogółu dzieci żywo urodzonych.

W zakresie strategii zwalczania gruźlicy ważną kwestią pozostaje fakt, iż w myśl obowiązujących regulacji prawnych wszystkie działania mające na celu zapobieganie, wykrywanie i leczenie są bezpłatne dla wszystkich osób przebywających w Polsce, także dla cudzoziemców i uchodźców.[8] W badaniach własnych podjęto próbę sprawdzenia wiedzy badanych rodziców na temat szczepień przeciwgruźliczych. Prawie połowa tj. 49% badanych odpowiedziało, że w Polsce szczepieniom takim podlegają tylko noworodki po urodzeniu, 13% odpowiedziało, że dzieci w wieku szkolnym, a 5% uważało, że szczepiona jest młodzież. Aż 1/3 badanych (33%) respondentów nie wiedziało w jakim okresie życia stosowane są szczepienia przeciw gruźlicy. Badania

własne wykazały także, że jedynie połowa badanych (51%) orientuje się, że leczenie gruźlicy w naszym kraju jest bezpłatne.

**Podsumowanie i wnioski**

Praca przedstawia ocenę poziomu wiedzy rodziców na temat zagadnień związanych z gruźlicą, jej objawami, leczeniem oraz profilaktyką. Problem gruźlicy w obecnych czasach jest bardzo istotny, a społeczeństwo w tym pacjenci i ich opiekunowie nie posiadają dostatecznej wiedzy na temat tego schorzenia. Gruźlica nadal jest uważana za chorobę, która występuje tylko wśród ludzi biednych, u których warunki materialne i mieszkaniowe są bardzo trudne. Ważne jest aby zmienić tę świadomość w społeczeństwie, co służyć będzie wszystkim nie tylko chorym. Zarazić gruźlicą możemy się wszędzie, w szkole, pracy, w autobusie, czyli tam gdzie człowiek chory może przebywać. Słowo gruźlica budzi wśród rodziców „strach", najlepszą jednak radą na te obawy jest wiedza o gruźlicy, jej objawach, leczeniu i profilaktyce i tą wiedzę powinna przekazywać pielęgniarka od momentu pierwszego zetknięcia z chorym tzn. od przyjęcia pacjenta i kontynuować w czasie całego pobytu w szpitalu. Postępowanie w czasie choroby i po wypisie ze szpitala będzie zależeć od wiedzy wyniesionej z pobytu w szpitalu i kontaktu z personelem medycznym. To też będzie rzutowało na dalsze postępowanie pacjenta oraz jego opiekę i na dalsze oczekiwane rezultaty w samoopiece.
Po opracowaniu materiału badawczego wyciągnięto następujące wnioski:

1. Wiedza rodziców w zakresie opieki nad dzieckiem z gruźlicą jest niezadowalająca. Znaczny deficyt wiedzy stwierdzono w zakresie zasad podawania leków, znajomości czynników wywołujących gruźlicę.
2. Jako źródło informacji badani najczęściej wybierali lekarza i czasopisma medycznych oraz Internet i telewizję.
3. Badania należy kontynuować i powtórzyć na większej grupie.

**Piśmiennictwo**


1. Fleischer M, Bober-Gheek B.: Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego, PZWL Warszawa 2002, s. 510.
2. Zielonka T.: Gruźlica w Polsce i na świecie, „Polski Merkuriusz Lekarski", 2006, XXI 123, s. 243.
3. Rogozińska-Zawiślak A, Wiankowska-Śmiecińska E.: Gruźlica dzieci i młodzieży– problem nadal aktualny i ważny. Przegl.Pediatr. 2006, vol 36, no 4, 301-306.

4. Pabijasz D, Grzybowska-Chlebowczyk U, Lechowicz-Szynalik Z.: Atypical course of pulmonary tuberculosis in 16-years old girl. Pediatr.Pol. 85, 2, 2010, s. 175–178.
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. (Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570).
6. Korzeniewska-Koseła M.: Postępowanie wobec osób z kontaktu z chorym na gruźlicę - aktualne zalecenia dla krajów europejskich o małej częstości występowania gruźlicy i polska perspektywa. Med.Praktyczna 2011,2, s. 37-49.
7. Bello S I, Itiola O.A.: Drug adherence amongst tuberculosis patients in the University of Ilorin Teaching Hospital, Ilorin, Nigeria. African Journal of Pharmacy and Pharmacology, 2010, 4(3), s. 109-114.
8. Raport Głównego Inspektora Sanitarnego. Stan Sanitarny Kraju w roku 2010 (http://www.gis.gov.pl; pobrane 26.08.2012).

**Kontakt na autora:**
Dr n. med. Jolanta Witanowska
E-mail: jwitanowska@sum.edu.pl

# ŠPECIFIKÁ HODNOTENIA PACIENTA S DÝCHAVICOU PRI POKROČILOM ONKOLOGICKOM OCHORENÍ

Zuzana Novotná, Janka Cínová

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove, Prešov

## Úvod

**Dýchavica** je subjektívny pocit nedostatku vzduchu, sťaženého prehlbujúceho sa dýchania, alebo pocit skráteného dychu s nemožnosťou dostatočne zhlboka dýchať. Dýchavica priamo poukazuje na stav oxygenácie a vyjadruje nepomer medzi potrebou respirácie a schopnosťou dýchacích orgánov a celého tela zabezpečiť požadovanú ventiláciu. Pretože dýchavica je subjektívny pocit, fyzická zmena dýchania nemusí nevyhnutne odrážať to, ako pacient dýchavičnosť prežíva. Preto iba človek, ktorý má tento pocit môže povedať nakoľko je jeho dýchavica závažná. Skutočné prežívanie dýchavice pacientom je výsledkom komplexných vzťahov medzi odchýlkami v dýchaní a fyziológiou, a vnímaním týchto odchýlok [1]. Pocit dýchavice u pacienta je významne ovplyvnený jeho pocitmi a tým ako príčiny dýchavice chápe. Čím dlhšie symptóm trvá, tým je pravdepodobnejšie, že psychické faktory ako strach, depresia, úzkosť a frustrácia ovplyvní vnímanie a intenzitu dýchavice. Preto príčiny dýchavice u pokročilého ochorenia bývajú veľmi komplexné, vzhľadom k tomu, že jej príčinou je nielen choroba, ale aj liečba a iné stavy, a nie je možné ignorovať aj emocionálne a kognitívne aspekty. Dýchavica nie je iba častým symptómom pri pokročilom nádorovom ochorení, ale je často aj veľmi závažná.

## Dýchavica u onkologického pacienta

**Dýchavica** je jedným z najobávanejších a najdevastujúcejších symptómov pokročilého nádorového ochorenia. Až 78 % onkologických pacientov v konečnom štádiu ochorenia má niektorý z respiračných symptómov: kašeľ, parciálnu alebo globálnu respiračnú nedostatočnosť, hemoptoe, stridor, záchvatovitú dýchavicu, bolesti na hrudníku a pocit nedostatku vzduchu [2]. K primárnym ochoreniam, ktoré spôsobujú dýchavicu u onkologických pacientov patrí primárny alebo sekundárny nádor pľúc a následná deštrukcia alebo obštrukcia pľúcneho tkaniva, nádorová embolizácia pľúc a celková slabosť (vrátane oslabených dýchacích svalov). Frekvencia pľúcnych metastáz u pacientov s nádorovým ochorením je závislá od lokalizácie primárneho nádoru.

Najčastejšie metastázuje do pľúc melanóm, karcinóm prsníka, M. Hodgkin, karcinóm obličiek, testikulárny karcinóm, sarkóm a choriokarcinóm [6]. Ďalšie príčiny súvisia s infekciami, rádioterapiou a chemoterapiou, útlmom kostnej drene a následnou anémiou alebo infekciou. Významný vplyv majú psychické faktory ako úzkosť, strach, depresia, zlosť [3].

V ošetrovateľskej literatúre sa objavuje niekoľko modelov dýchavice, ktoré poskytujú pohľad na tento problém z perspektívy pacienta. Uvádzame tri modely dýchavice, ktoré kulminujú do integrovaného modelu, ktorý chápe dýchavicu ako holistický problém ( tabuľka 1). Podľa neho nie je možné oddeliť emocionálne prežívanie pocitu dýchavice od fyzickej skúsenosti, t.z. všetky faktory (fyzické, emocionálne, sociálne), ktoré prispievajú k tomuto pocitu sú dôležité. Lekárska a ošetrovateľská starostlivosť sa snaží umožniť pacientovi dýchavicu spracovať a pomôcť mu získať nad ňou pocit kontroly. Tento model si kladie za cieľ zlepšiť starostlivosť o pacienta a je kompatibilný s metódami, ktoré používajú fyzioterapeuti a ergoterapeuti [4].

**Tabuľka 1 Tri modely dýchavice (**O´CONOR, M., ARANDA, S. 2005)

| |
|---|
| **1. Fyziologicko/neutrálny model**<br><br>**Popis:** Dýchavica súvisí s nervovými cestami, biochemickými procesmi a nedostatkom kyslíka.<br>**Liečba:** Závisí na schopnosti liekov zmeniť tieto procesy. |
| **2. Biopsychosociálny model**<br><br>**Popis:** Pocit dýchavice nezávisí len od nervových a biochemických procesov, ale závisí aj od postojov pacienta a jeho schopnosti vyrovnávať sa zo stresom.<br>**Liečba:** Zahŕňa metódy k zmene správania a psychosociálnych faktorov. |
| **3. Integrovaný model** (obsahuje obidva predchádzajúce modely)<br><br>**Popis:** Duševné a telesné prežívanie dýchavice je chápané ako neoddeliteľné. Súvisia spolu, a preto môžu naštartovať začarovaný kruh, kedy úzkostné pocity sú posilnené fyziologickými zmenami a fyzickými príznakmi, ktoré dýchavicu stále zhoršujú.<br>**Liečba:** Berie ohľad na pocity aj na fyziologické zmeny, snaží sa zlepšiť schopnosť pacienta chápať (a byť pochopený) a lepšie sa vyrovnávať so stresom. |

Dýchavicu možno analogicky porovnať s bolesťou, je ochranným mechanizmom pred ventilačným zlyhaním. Ešte pred niekoľkým rokmi úroveň liečby dýchavice pri nádorových ochoreniach výrazne zaostávala za úrovňou liečby bolesti. Zmiernenie respiračných symptómov má v manažmente liečby onkologických pacientov prioritný význam, preto pozornosť venovaná príčinám, diagnostike a liečbe týchto pacientov stále stúpa [2].

**Hodnotenie dýchavice**

Subjektívne hodnotenie dýchavice sa podobne ako bolesť veľmi ťažko kvantifikuje. Pri hodnotení je potrebné pochopiť problém z pohľadu pacienta – čo pre neho dýchavica znamená a ako ovplyvňuje jeho každodenný život. Takéto hodnotenie si vyžaduje čas a niekedy je potrebné sa k pacientovi opakovane vracať, hlavne vtedy, ak je veľmi dýchavičný alebo vyčerpaný. Na posúdenie stupňa dýchavice boli vytvorené viaceré dotazníky s rôznymi kritériami hodnotenia. Využívajú sa nielen na pri rozhodovaní o samotnej liečbe, ale aj pri hodnotení účinnosti terapie. Jednou z jednoduchších škál je vizuálne-analógová škála v dĺžke 10cm na ktorej pacient vyjadrí svoje pocity od 0 – stav bez dýchavice, až po 10 – stav najintenzívnejšej dýchavice.

Najčastejšie používanou stupnicou je BDI (Baseline Dyspnea Index), ktorá vyjadruje stupňom 1 až 4 vplyv dýchavice na obmedzenie bežných denných aktivít (tabuľka 2). Dôležité je zvoliť si jednotnú škálu hodnotenia dýchavice a dôkladne ju konkrétnemu pacientovi vysvetliť [3].

**Tabuľka 2 Hodnotenie dýchavice (**CHOVANOVÁ, V. 2008)

| | |
|---|---|
| **0. stupeň** | Bez dýchavice |
| **1. stupeň** | Dýchavica pri väčšej fyzickej námahe |
| **2. stupeň** | Dýchavica pri chôdzi po rovine tempom primeraným zdravím rovesníkom |
| **3. stupeň** | Dýchavica sprevádzajúca bežnú aktivitu – obliekanie, osobná hygiena |
| **4. stupeň** | Dýchavica v pokoji |

Pre potreby paliatívnej starostlivosti bol ako pomôcka vytvorený dotazník na hodnotenie dýchavice podľa Cornera a O´Driscolla, ktorý je výsledkom výskumu a skúseností sestier, ktoré pracujú na klinike liečby dýchavice. Dotazník umožňuje získať informácie, na základe ktorých sa plánujú intervencie a hodnotí sa ich úspešnosť. Je

pomerne náročný na čas, ale zároveň umožňuje nadviazanie vzťahu medzi sestrou a pacientom i jeho rodinou [4].

**Tabuľka 3 Komplexné hodnotenie dýchavice (**O´CONOR, M., ARANDA, S. 2005)

| ***V rámci hodnotenia dýchavice sa zameriame na tieto oblasti:*** |
|---|
| ▪ Počúvame pacienta (ako dýchavica začala, aké problémy pacientovi spôsobuje, ako sa s ňou pacient vyrovnáva).<br>▪ Získavame informácie o rodine, sociálnom zázemí, práci a domácich podmienkach, zaujímame sa ako dýchavica tieto oblasti ovplyvnila).<br>▪ Zistíme, čo dýchavica znamená pre pacienta a jeho rodinu, aké pocity dýchavica vyvoláva, zaujímame sa o pacientove pocity a myšlienky na budúcnosť.<br>▪ Posúdime do akej miery ovplyvňuje dýchavica funkčné schopnosti pacienta.<br>▪ Identifikujeme faktory, ktoré dýchavicu zmierňujú alebo zhoršujú.<br>▪ Stanovíme charakter a intenzitu dýchavice.<br>▪ Identifikujeme príznaky, ktoré môžu poukazovať na hyperventiláciu (panický atak, rýchle zmeny v spôsobe dýchania).<br>▪ Zameriame sa na signifikantnú úzkosť alebo depresiu.<br>▪ Zistíme osobné ciele pacienta.<br>▪ Stanovíme praktické opatrenia k liečbe dýchavice v domácom prostredí alebo v nemocnici.<br>▪ Identifikujeme faktory, ktoré vyžadujú odporúčanie pacienta iným profesionálom v rámci multidisciplinárneho týmu. |

Na objektivizáciu dýchavice sa podobne ako bolesť používajú zobrazovacie metódy – snímok hrudníka v dvoch projekciách, CT, ultrasonografické vyšetrenie pri pohrudnicovom výpotku, ventilačno-perfúzny sken pri podozrení na embolizáciu do pľúc. Funkčné vyšetrenie slúži na rozlíšenie charakteru a stupňa ventilačnej poruchy. Môže ísť o obštrukciu periférnych alebo centrálnych dýchacích ciest, reštrikčnú ventilačnú poruchu spôsobenú pohrudnicovým výpotkom alebo postihnutím interstrícia pľúc. Vyšetrenie acidobázickej rovnováhy a krvné plyny určí stupeň respiračnej insuficiencie, ktorá môže byť globálna alebo parciálna a respiračnú alebo metabolickú acidózu či alkalózu [3].

**Záver**

Dýchavica je jedným z najzávažnejších a najťažšie znášaných symptómov pokročilého onkologického ochorenia [2]. Pred zahájením liečby akéhokoľvek zo symptómov pokročilého onkologického ochorenia je potrebné zodpovedať niektoré dôležité otázky: Aká je príčina daného symptómu? Môžeme pacientovi ponúknuť kauzálnu liečbu? Je daný symptóm pre pacienta významný? [1].

Ideálnou liečbou telesných symptómov je odstránenie príčiny, ktorá ich vyvolala. Pri pokročilých nádorových ochoreniach sa príčina väčšinou ovplyvniť nedá a zostáva iba symptomatická liečba. Preto je potrebné zistiť do akej miery je daný symptóm pre pacienta dôležitý, akými prostriedkami ho môžeme zmierniť, aké nežiaduce účinky bude mať na pacienta zvolená liečba , aký bude mať liečba vplyv na kvalitu života pacienta v porovnaní zo stavom bez liečby a podobne. Vzhľadom k týmto aspektom je veľmi dôležitá otvorená a aktívna komunikácia s pacientom o jeho ťažkostiach, o pozitívnych i negatívnych účinkoch symptomatickej liečby, pričom telesné symptómy je potrebné hodnotiť a riešiť v širšom kontexte pacientovho prežívania. Hlavným cieľom starostlivosti o pacienta s dýchavicou je minimalizovať distres a disabilitu, ktoré dýchavica často spôsobuje, čo predpokladá dôkladné vyšetrenie a presné znodnotenie problému [4].

**Zoznam bibliografických odkazov:**


1. ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. 2006. Klinická onkológie pro sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
2. BERŽINEC, P. 2009. Inhalácia morfínu pri nádorovej dýchavičnosti – prehľad literatúry a vlastné skúsenosti. In Paliatívna medicína a liečba bolesti. ISSN 1337-9917, 2009, roč. 2, s. 122-124.
3. CHOVANOVÁ, V. 2008. Liečba dýchavice pacientov s onkologickým ochorením. In Paliatívna medicína a liečba bolesti. ISSN 1337-9917, 2008, roč. 1, s. 75-76.
4. O´CONOR, M., ARANDA, S. 2005. Paliatívni péče pro sestry. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
5. ROZBORILOVÁ, E. 2008. Možnosti inhalačnej liečby pri respiračných ochoreniach. In Via practika. ISSN , roč. 5, s. 63-65.
6. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. 2004. Paliatívní péče. Praha: Grada Publishing, 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.

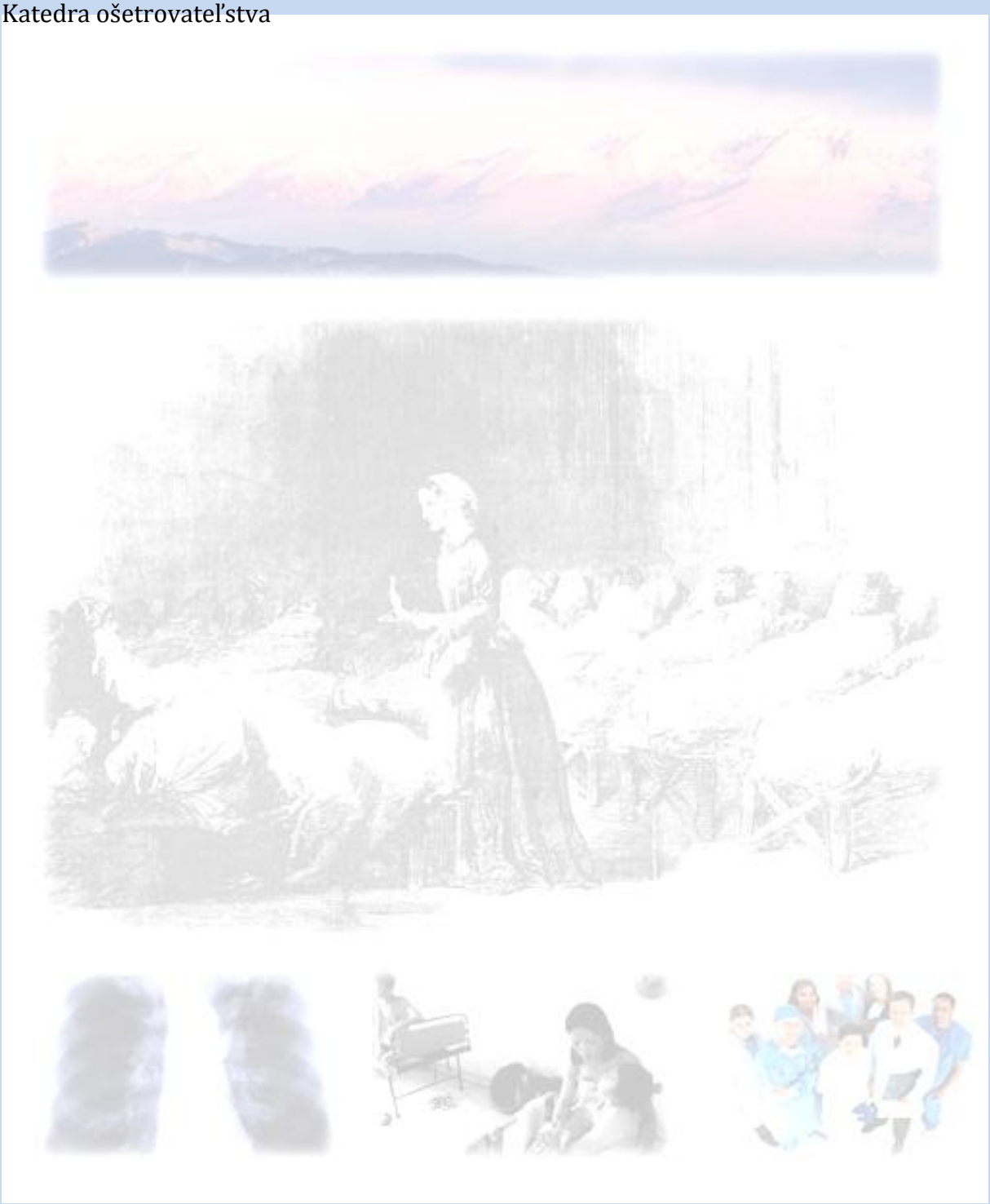
**Kontakt na autora:**

PhDr. Zuzana Novotná, PhD.

Mail: novotnz0@unipo.sk

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove

Katedra ošetrovateľstva



# CHYBY V OŠETROVATEĽSKOM MANAŽMENTE CHRONICKEJ OBŠTRUKČNEJ CHOROBY PĽÚC V NEMOCNIČNEJ STAROSTLIVOSTI

Viera Szijartová, Zuzana Varjasiová

Klinika pneumológie a ftizeológie SZU I. JIS, UNB – Bratislava

## Úvod

Chronická obštrukčná choroba pľúc ( CHOCHP) je najčastejším chronickým ochorením pľúc a predstavuje závažný zdravotnícky, ekonomický a spoločenský problém ľudskej populácie. Jej základným znakom je progresívne sa zhoršujúca priechodnosť dýchacích ciest, ktorá vedie k respiračnej insuficiencii až k smrti. Dnes je CHOCHP celosvetovo na 5. Mieste v poradí príčin smrti a predpokladá sa že do roku 2020 sa dostane na 3. Miesto [1]. Podľa WHO obštrukčnou chorobou trpí na celom svete asi 600 mil. ľudí a približne 3 mil. každoročne na toto ochorenie zomiera. Za jedným z hlavných faktorov ovplyvňujúci vznik CHOCHP je fajčenie. Ide o chronicky pôsobiacu noxu.

Pacienti s CHOCHP tvoria veľké percento hospitalizovaných pacientov na pľúcnych klinikách. Na našej klinike v časovom období 2010-2011 bolo hospitalizovaných 145 pacientov s CHOCHP.

Manažment pacientov s CHOCHP počas hospitalizácie spočíva v zmiernení symptómov, v zlepšení tolerancie námahy a v zlepšení klinikého stavu pacienta.

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je uspokojenie bio-psycho-sociálnych potrieb, ale hlavnou prioritou ošetrovateľského manažmentu u hospitalizovaných pacientov s CHOCHP je zabezpečiť stabilizované hodnoty vitálnych funkcii, acidobázickej rovnováhy, správna aplikácia inhalačnej liečby, kontrolovaná oxygenoterapia, cielená dychová rehabilitácia, eliminovať riziká nozokomiálných infekcii.

Sledovanie vitálnych funkcii je závislé od správne naložených EKG zvodov, správne naloženej tlakovej manžety a saturačného senzora. Úlohou sestry je predchádzať nesprávnemu naloženiu či už EKG zvodov, tlakovej manžety a podobne. Odber krvi na vyšetrenie acidobázy je odber artériovej alebo kapilárnej krvi z artérie radiális, bruška prstu pomocou setu na krvné plyny. Najčastejšie chyby v manažmente, na ktoré sme sa snažili poukázať sú: nesprávne zvolené pomôcky, nesprávne zvolené miesto oberu, nedostatočné množstvo materiálu, nedostatočná spolupráca pacienta s personálom a nesprávny transport materiálu.

Aplikácia inhalačnej liečby má svoje pozitíva aj negatíva. Vo veľkej miere je množstvo dopraveného lieku závislé od geometrie dýchacích ciest, charakteru veľkostí častíc inhalačného lieku, správneho použitia inhalačných pomôcok. Pacienti s CHOCHP musia byť poučení o správnej aplikácii inhalačnej liečby, musia vedieť správne používať inhalátory aby boli schopní dosiahnúť dostatočnú rýchlosť prietoku, aby pomocou DPI zabezpečili dodávku účinnej a reproukovateľnej látky. Aby sme dosiahli správnu aplikáciu lieku je nevyhnutá profesionálna edukácia acientov a dosiahnutie self manažmentu. Edukáciu môže vykonať len sestra s vysokou teoretickou aj praktickou úrovňou. Nevyhnutnou zložkou edukácie je využitie dostupných pomôcok, letákov, inhalačných nadstavcov aplikátorov.

Neoddeliteľnou súčasťou manažmentu o pacientov s CHOCHP je oxygenoterapia, ktorá sa aplikuje spôsobmi danými pre jednotlivé pracoviská. Jedno však musíme pod čiarknuť a to je prietok kyslíka pri danej chorobe. Špecifickú starostlivosť si vyžadujú pacienti s tracheostomickou kanylou pri CHOCHP. Veľkým rizikom pre všetkých pacientov nie len na pľúcnych klinikách sú nozokomiálne infekcie ktorých šírenie závisí od troch základných podmienok a to zdroj nákazy, cesta prenosu, vnímavý jedinec. Pacientov s CHOCHP nozokomialna bronchopneumónia ohrozuje až v 26%. Ako preventívne opatrenia na zabránenie širenia inekcie chceme poukázať na hygienické a epidemiologické zásady , na zásady bariérovej ošetrovateľskej techniky a na zásady hygieny rúk.

Kvalitné ošetrovateľské záznamy tvoria 50% úspechu, poskytuje komplexný pohľad o ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov.

**Záver**

V prezentácii sa venujeme ošetrovateľskému manažmentu o pacientov s CHOCHP počas hospitalizácií, a našou snahou je poukázať na omyly a chyby v starostlivosti a pri aplikácii liečby. Cieľom prezentácie nie je „vytýkať“ omyly práve naopak, poukázať na ne s pozitívnym nadhľadom, ktorý nás povedie k predvídaniu a predchádzaniu skutočností ktoré by v konečnom dôsledku ovplyvnili zdravotný stav pacienta.

**Použitá lieteratúra:**

1. ROZBORILOVÁ, EVA., PNEUMOLÓGIA, PNEUMOONKOLÓGIA A HRUDNÍKOVÁ CHIRURGIA. Vydavateľstvo: infoma business trading. 2011, ISBN 978-80-890 87-52-5, str.23

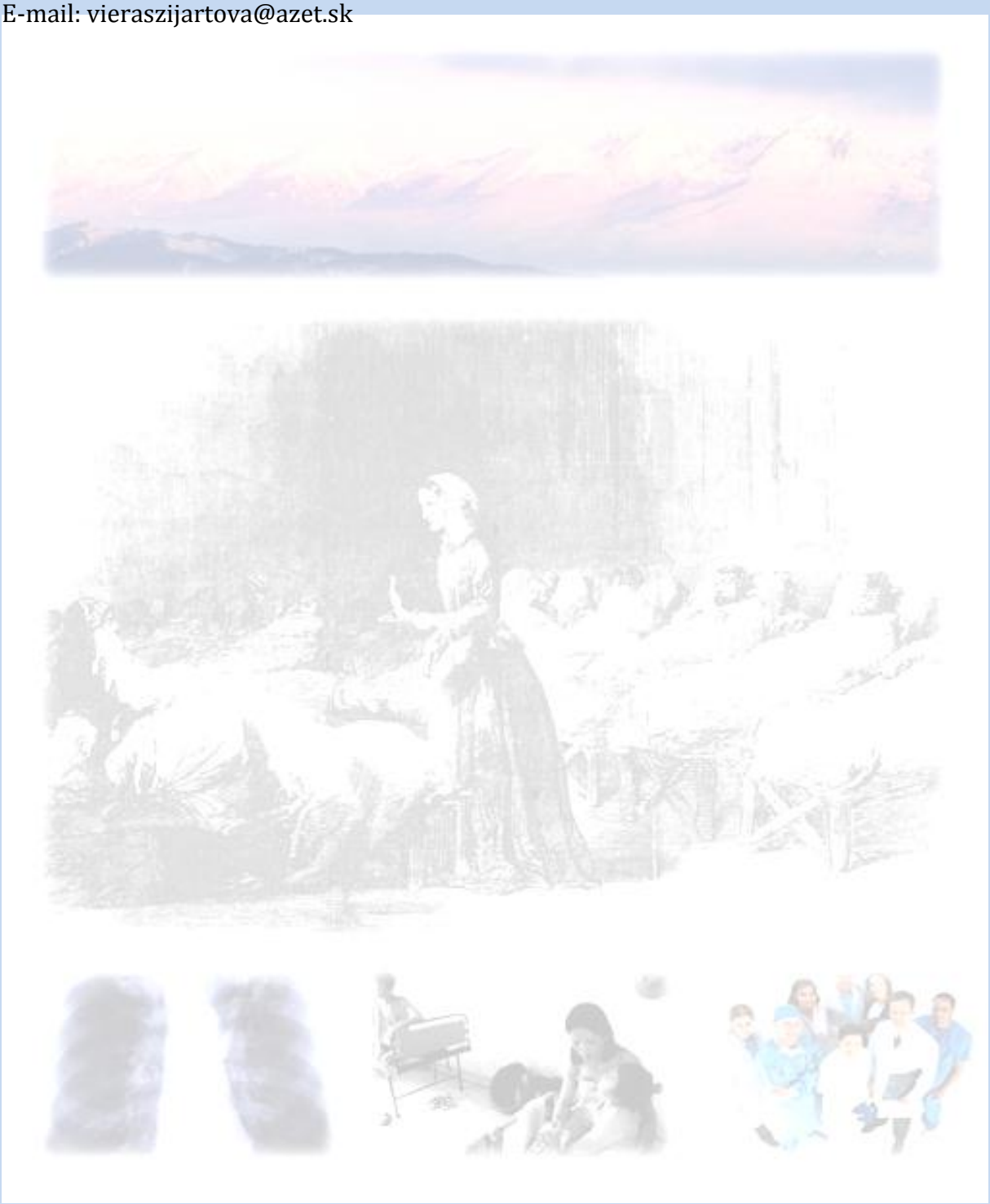
**Kontakt na autora:**

Bc. Szijartová Viera,

Klinika pneumológie a ftizeológie SZU I. JIS, UNB – Bratislava,

Nemocnica – Ružinov, Ružinovská 6 Bratislava 826 06.

E-mail: vieraszijartova@azet.sk



# CHYBY V OŠETROVATEĽSKOM MANAŽMENTE CHRONICKEJ OBŠTRUKČNEJ CHOROBY PĽÚC V AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI

Zuzana Varjasiová, Viera Szijartová

Klinika pneumológie a ftizeológie SZU I. JIS, UNB – Bratislava

## Úvod

Chronická obštrukčná choroba pľúc je v súčasnosti jednou z hlavných príčin morbidity a mortality svetovej i našej populácie. Skutočnosť, že CHOCHP je letálne ochorenie podporuje snahy o včasnú detekciu a čo najúčinnejšiu liečbu.

Cieľom racionálneho manažmentu CHOCHP je nasledovné: zmierniť symptómy, predísť progresii choroby, zlepšiť toleranciu námahy, zlepšiť kvalitu života, predísť komplikáciám, predísť exacerbáciám a liečiť ich, redukovať mortalitu. Podmienkou úspechu pri CHOCHP je adekvátna liečba. Pri nevhodnej liečbe ochorenie naďalej progreduje.

Prednáška je zameraná na problematiku chronickej obštrukčnej choroby pľúc, zo zameraním na úlohu sestry v ošetrovateľskom manažmente pacientov.

Edukácia tvorí jednu z metód práce sestier v manažmente pacientov v primárnej, sekundárnej aj terciálnej starostlivosti. Má za úlohu zvýšiť zdravotné uvedomenie pacientov. Ňou sa dosahuje dodržiavanie liečby, rehabilitácie a nariadení (najmä obmedzení) pri dlhodobom liečení. O stanovení diagnózy je treba presvedčiť pacienta, aby uveril nálezu lekára, prijal lieky ako účelné a bral ich podľa nariadenia, cvičil ak je to potrebné, dodržiaval diétu ak je súčasťou liečenia.

## Metodika

Objektom skúmania v našej práci boli pacienti so stanovenou diagnózou CHOCHP sledovaní na špecializovaných pneumoftizeologických ambulanciách Univerzitnej nemocnici Bratislava –Ružinov, alebo vyšetrovaní na Klinike funkčnej diagnostiky SZU. Formou dotazníkového prieskumu sme zisťovali úroveň vedomostí pacientov o ochorení, o správnom užívaní inhalačných liekov, o dychovej rehabilitácii, o pravidelnej kontrole inhalačnej techniky zo strany zdravotníckych pracovníkov, o rizikových a zhoršujúcich faktoroch ochorenia, o expozícii fajčeniu a jeho škodlivým následkom. Ďalej sme analyzovali, edukačný vplyv zdravotníckych pracovníkov na pacientov s CHOCHP.

**Výsledky**

Pri analýze postoja pacientov k fajčeniu, sme zistili, že tretina z opýtaných pacientov naďalej fajčí, pričom zo skupiny fajčiarov skoro polovica denne vyfajčí až 20 cigariet.

Pri analýze vedomostí pacientov o ochorení sme zistili, že, viac ako polovica opýtaných pacientov s CHOCHP pozná možnosti liečby ochorenia, ako aj možnosti farmakologickej aj nefarmakologickej intervencie. Ako faktory vplývajúce na priebeh ochorenia CHOCHP označili pacienti pokračovanie vo fajčení, pobyt v znečistenom prostredí a nepravidelné užívanie predpísanej liečby. Ďalej sme analyzovali, či boli pacienti poučení svojím lekárom alebo sestrou čo robiť, ak začne ich zdravotný stav zhoršovať ( dýchavica, kašeľ, vykašliavanie spúta, tieseň na hrudníku....). Z odpovedí pacientov vyplýva, že poučení boli a viac ako polovica pacientov si upraví dávkovanie liekov podľa akčného plánu, alebo navštívi svojho pneumológa. Aj napriek poučeniu tretina pacientov nevie ako zareagovať v prípade zhoršujúceho sa zdravotného stavu, alebo nepodnikne žiadne kroky. Najviac informácií respondentom poskytol lekár-pneumológ - 69% a 13% pacientom sestra.

V ďalšej prieskumnej položke sme chceli od respondentov zistiť, či ovládajú správnu techniku dávkovania inhalačných foriem liekov, ktoré sú základným pilierom farmakologického manažmentu CHOCHP. Vyhodnotením odpovedí pacientov sme zistili, že z celkového počtu respondentov 49% pacientov ovláda a pravidelne užíva inhalačné formy liekov, 41% pacientov ich skôr ovláda.

Nasledovala položka, v ktorej sme sa respondentov pýtali, či ovládajú a pravidelne používajú dychové cvičenia. Prekvapujúce bolo naše zistenie, že viac ako polovica pacientov nepozná dychové cvičenia, tretina pacientov síce pozná dychové cvičenia, ale používa ich len pri hospitalizácii.

Na čiastkový problém, kde sme si položili otázku, či sa zdravotnícki pracovníci dostatočne venujú zdravotnej výchove a edukácii u pacientov s CHOCHP sme zamerali ďalšie prieskumné otázky. Z analýzy prieskumnej položky, ktorá sa zaoberala zistením, či boli pacienti poučení o ochorení CHOCHP, vyplynulo, že 92 (73%) opýtaných pacientov sa zúčastnilo na edukačnom stretnutí a 34 (27%) pacientov sa ho nezúčastnilo.

V nadväzujúcej položke sa mohli respondenti vyjadriť k časovej dĺžke edukácie. Pri 40% pacientov bolo edukácii venovaných 10 - 20 minút, u 34% pacientov 5- 10 minút, u 14% pacientov 20-30 minút a u 5% pacientov viac ako 30 minút. Analýzou prieskumnej položky, ktorá sa zaoberala zisťovaním, či vedomosti pacientov, ktoré získali

počas edukácie, boli overené spätne, sme zistili, že z 92 respondentov, ktorí absolvovali výuku, sa až u 64% vedomosti neoverili spätne.

Na základe tejto analýzy konštatujeme, že časová dĺžka edukácie je krátka, vedomosti pacientov nie sú spätne overované a zdravotníci venujú malú pozornosť kvalitnej edukácii pacientov.

V nadväzujúcej položke sa mohli respondenti sa vyjadriť, či pľúcny lekár alebo sestra kontrolujú aplikáciu inhalačných liekov. Znepokojujúce je naše zistenie, že 41% pacientov kontroloval pľúcny lekár alebo sestra iba jeden krát a to na začiatku liečby, 10% nekontroloval vôbec ! Len 30% pacientov kontroloval pľúcny lekár alebo sestra pravidelne pri každej návšteve. U 49% pacientov používal zdravotnícky personál edukačné inhalačné pomôcky, u 31% pacientov letáky, u 18% pacientov literatúru alebo videozáznam. Z analýzy poslednej dotazníkovej položky vyplynulo, že napriek závažnému dopadu CHOCHP na zdravie a život pacientov je veľká časť pacientov s vedomosťami, ktoré získali počas edukácie skôr spokojná, alebo dokonca veľmi spokojná.

**Záver**

Je potrebné, aby si sestry začali uvedomovať, že dôležitou súčasťou ich práce je aj poskytovanie zdravotnej výchovy so zameraním na rozmanité aspekty ochorenia. Liečba pacientov s CHOCHP bude prebiehať správnym smerom a zlepší kvalitu ich života len vtedy, ak pacient pochopí, akým ochorením trpí, aká je správna cesta k liečbe a úprave životného štýlu.

**Kontakt na autora:**

Zuzana Varjasiová

UNB- Ružinov, Klinika pneumológie a ftizeológie I SZU

E-mail: varjasiovazuzana@gmail.com

# WPŁYW EDUKACJI ZDROWOTNEJ NA JAKOŚĆ ŻYCIA CHOREGO Z PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBĄ PŁUC

## Vplyv zdravotnej výchovy na kvalitu života chorých s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc

Małgorzata Wojciechowska[1,2] Jadwiga Stańczyk-Janiszewska[3] Zbigniew Kopański[1]

[1]Collegium Masoviense. Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie

[2]Akademia Wychowania Fizycznego im. J. Piłsudskiego Warszawie

[3]Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

## Wstęp

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP) to przewlekła, zapalna choroba, polegająca na zmniejszonym przepływie powietrza przez drogi oddechowe, co jest skutkiem ograniczonej drożności dróg oddechowych, zwężeniu oskrzeli i przewlekłego procesu zapalnego w oskrzelach [1]. U osób zdrowych oskrzela są drożne, czyste, bez zmian patologicznych. W swobodny sposób przewodzą powietrze do płuc, a każdy wypełniony powietrzem pęcherzyk zostaje szybko usunięty. U osoby chorej na POChP światło oskrzeli jest zwężone, mniejsze, dostaje się do oskrzeli mniej powietrza, zatem ściany oskrzeli są grubsze, bardziej obrzęknięte, same oskrzela są obkurczone, produkują więcej śluzu, który podczas kaszlu chory odksztusza. Pęcherzyki płucne i oskrzela są powiększone, nie opróżniają się sprawnie, przez co płuca wyglądają jak nadmuchany balon [2]. „Ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe ma zwykle charakter postępujący i towarzyszy mu nieprawidłowa odpowiedź zapalna na szkodliwe gazy, pyły, której najważniejszą przyczyną jest dym tytoniowy. Chociaż POChP zajmuje same płuca, to przyczynia się w dużej mierze do powikłań ze strony innych układów" [3 s.522]. Pacjenci stosując leki wziewne odczuwają ulgę i lepsze samopoczucie, niestety nie na długo, ponieważ parametry przepływu nie powracają do normy. Choroba postępuje i prowadzi do przewlekłej niewydolności oddechowej.

Za główny czynnik etiologiczny POChP uważa się palenie papierosów zarówno czynne, jak i bierne. Palenie wpływa niekorzystnie na cały przebieg choroby, dając możliwości szybszego postępu i zaostrzenia objawów. Ważnym czynnikiem rozwoju choroby jest zanieczyszczone powietrze atmosferyczne, w którym osoba przebywa lub pracuje tj. wdychanie dymu z pieców i palenisk domowych oraz wykonywanie zawodów z narażeniem na czynniki szkodliwe (pyły organiczne) np: malarze, tynkarze, spawacze, górnicy, rolnicy, pracownicy odlewni. Wpływ na rozwój choroby, ale w mniejszym

stopniu mają: późny wiek (ludzie starsi), niski status społeczny, alkoholizm i predyspozycje genetyczne do astmy i rozedmy płuc. Palenie papierosów w ciąży naraża na zachorowanie nie tylko matkę, ale i dziecko w przyszłości. Wzrost płuc przez palenie tytoniu w życiu płodowym jest upośledzone. Może spowodować nie tylko wcześniactwo, niską masę urodzeniową czy zakażenie układu oddechowego, ale może być także przyczyną chorób układu oddechowego, w tym POChP w przyszłości [1]. Inne środowiskowe czynniki ryzyka mające mniejsze znaczenie to substancje chemiczne, drażniące i opary. Rzadkim czynnikiem ryzyka powstania choroby jest nieswoista nadreaktywność oskrzeli i uwarunkowany genetycznie niedobór antytrypsyny naturalnego inhibitora enzymów proteolitycznych [3].

W przebiegu toczącego się procesu zapalnego w drogach oddechowych dochodzi do zmian prowadzących do zmniejszenia się światła w drogach oddechowych. W wyniku tego występują zaburzenia wentylacji, dochodzi do przewlekłego niedotlenienia i zmian wtórnych w naczyniach płucnych [4]. Choroba rozwija się podstępnie, często objawy chorobowe są niezauważone bądź lekceważone przez pacjenta. Jest rozpoznawana zwykle późno, ponieważ kaszel często przez chorego jest traktowany jako niegroźne następstwo palenia tytoniu. Pierwszym objawem jest zwykle poranny kaszel z odksztuszaniem plwociny bez przyczyny zapalnej i przebiegającej infekcji. Do typowych objawów choroby należy postępująca duszność, w znacznym stopniu ograniczająca sprawność i wydolność fizyczną chorego. Początkowo duszność występuje po wysiłku, w okresie zaostrzenia choroby bądź w zaawansowanym jej stadium ma charakter spoczynkowy. Pacjenci chorujący na POChP często skarżą się na świsty i furczenia, które osłuchowo łatwo zbadać. Mają one związek z zawirowaniem przepływu powietrza przez zwężenia w dużych oskrzelach. U chorych w zaawansowanym stadium choroby stwierdza się sinicę obwodową, która dotyczy dalszych części kończyn, nosa, warg, uszu, jamy ustnej i języka. Charakterystyczny jest również wygląd pacjenta - klatka piersiowa jest ustawiona wdechowo, ma beczkowaty kształt. W zaawansowanej chorobie pacjenci dzielą się na chorych z PZO czyli tzw. niebieskich sapaczy i chorych z rozedmą czyli różowych dmuchaczy. Pacjenci tzw. niebiescy sapacze, to osoby najczęściej młode, łatwo odpluwający plwociną, dobrze tolerujący wysiłek, słabo odczuwający duszność. Pacjenci z rozedmą to zwykle osoby starsze, mające małe BMI, beczkowaty kształt klatki piersiowej, rzadko odpluwają plwociną, źle tolerują jakikolwiek wysiłek, w sposób znaczny dokucza im duszność, nawet spoczynkowa [4]. U każdego pacjenta, który zgłasza uporczywy, przewlekły,

długotrwający kaszel, duszność i odpluwanie szczególnie poranne należy podejrzewać ryzyko choroby POChP. Rozpoznanie tej jednostki chorobowej opiera się przede wszystkim na badaniu przedmiotowym, podmiotowym, a także czynnościowym płuc tzw. spirometrii [3]. Spirometria pozwala określić stopień wydolności oddechowej, ułatwia ocenić stopień zaawansowania czyli stadium choroby, służy również do monitorowania przebiegu choroby oraz oceny skuteczności prowadzonego leczenia. Kolejnym ważnym badaniem w diagnostyce POChP jest radiogram klatki piersiowej, pozwala zróżnicować inne jednostki chorobowe o podobnej etiologii np. rak płuca. Badania laboratoryjne pomocne przy diagnostyce POChP to przede wszystkim morfologia krwi obwodowej - hematokryt i liczba erytrocytów znacznie przekraczają normę fizjologiczną [5]. W przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc w stadium zaawansowanym ważną rolę odgrywa gazometria krwi tętniczej wykonywana, gdy chory oddycha powietrzem atmosferycznym. Badanie można wykonywać u chorych, którzy są w stabilnym stanie klinicznym z $FEV_1 < 50\%$ wartości należnej lub z klinicznymi objawami niewydolności oddechowej albo prawokomorowej niewydolności serca [1]. Posiew plwociny, to także badanie ułatwiające rozpoznawanie POChP, szczególnie o zaostrzonym przebiegu, kiedy to wydzielina ma charakter ropny. Związane to jest z obecnością aktywnych drobnoustrojów. Inne badania dotyczące diagnostyki POChP to EKG i echokardiografia - oba badania wykonywane są celem potwierdzenia bądź wykluczenia przerostu prawej komory serca oraz nadciśnienia płucnego [6].

Choroba przewlekła to utrzymujący się stan patologiczny, który dając dolegliwości o różnym nasileniu trwa do końca życia pacjenta. Taka choroba najczęściej ma tok naprzemienny, cechując się okresami remisji i zaostrzeń. Celem leczenia choroby przewlekłej jest głównie złagodzenie jej objawów, zlikwidowanie lub ograniczenie dolegliwości i maksymalne wydłużenie czasu trwania remisji. Choroba przewlekła powoduje stopniowe uzależnianie się chorego od pomocy innych osób, wywołuje wrażenie niewidzialnego inwalidztwa. Ze względu na pogarszający się stan zdrowia, chory musi często rezygnować z pełnienia dotychczasowych ról społecznych co wzmaga poczucie dysfunkcji i własnej bezużyteczności. Narastająca duszność ogranicza codzienną aktywność, zaburza sen, obniża tolerancję wysiłku fizycznego, wraz z towarzyszącym kaszlem oraz innymi nakładającymi się na siebie czynnikami skutecznie powoduje pogorszenie jakości życia [3]. Chorzy określają brak możliwości samoobsługi, konieczność zaprzestania pracy zawodowej podporządkowanie się długotrwałej terapii

i świadomość postępu choroby jako najbardziej traumatyczne i dokuczliwe skutki choroby. Życie pacjenta naznaczone jest lękiem przed zaostrzeniem choroby, obawą o przyszłość, strachem przed kolejnym atakiem duszności powodując bunt przeciw chorobie i frustrację [7]. Dlatego pacjent, jak i jego rodzina zmuszeni są do przystosowania się do zaistniałej sytuacji, zmiany priorytetów, przeorganizowania podziału obowiązków domowych i ciągłej nauki radzenia sobie ze skutkami choroby w codziennym życiu jednocześnie z niego nie rezygnując.

W przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc edukacja chorych odgrywa znaczącą rolę, chociaż sama w sobie nie poprawia czynności płuc chorego, to skutecznie przyczynia się do osiągnięcia umiejętności radzenia sobie z chorobą, kontroli jej przebiegu oraz osiągnięcie przez chorego zdolności do samoopieki. Według Karskiego [8] edukacja zdrowotna to podstawowy element promocji zdrowia i ma na celu dostarczać wiedzę i informację na temat zdrowia oraz wzmacniać działania na jego rzecz, zapobiegać chorobom poprzez zmianę zachowań i postaw osobniczych. Promocja zdrowia jest wpisana w zakres udzielanych przez pielęgniarkę świadczeń. Zapis taki można znaleźć w ustawie o zawodach pielęgniarek i położnych (Dz. U RP 1996, nr.19). Do najbardziej istotnych zadań pielęgniarki w ramach edukacji zdrowotnej należą: kształtowanie u pacjenta odpowiedzialności za własne zdrowie, motywowanie do podejmowania działań prozdrowotnych w odniesieniu do siebie i najbliższych, przygotowanie pacjenta do samokontroli własnego stanu zdrowia oraz pomaganie w tworzeniu warunków sprzyjających w utrzymaniu i wzmacnianiu zdrowia. Priorytetem w edukacji chorego na POChP jest spowodowanie zaprzestania palenia tytoniu, co warunkuje spowolnienie postępu choroby oraz ograniczenie jej następstw [2]. Wyposażenie chorego w materiały o tematyce antynikotynowej jak broszury, ulotki, czasopisma oraz praktyczne, proste ale regularne poradnictwo to jedna z najlepszych metod odzwyczajania chorego od nałogu palenia tytoniu. Należy przekazać choremu podstawową wiedzę na temat istoty choroby. Zapoznać z czynnikami ryzyka i możliwościami ich eliminowania, patofizjologią choroby, wyjaśnić jak prawidłowo przyjmować leki oraz poinstruować jak korzystać ze sprzętu specjalistycznego np. inhalator, nebulizator czy koncentrator tlenu. Pacjent powinien dowiedzieć się od pielęgniarki jakie konkretne kroki musi podjąć w sytuacji nagłych zaostrzeń choroby, wiedzieć kiedy i gdzie należy szukać pomocy.

Bardzo ważne jest wprowadzenie w życie pacjenta rehabilitacji oddechowej celem, której jest poprawienie wentylacji płuc, ułatwienie odksztuszania wydzieliny oraz profilaktyka powikłań np. zapalenia płuc i zachęcenie chorego do samodzielnego

wykonywania ćwiczeń [7]. Należy chorego zapoznać z technikami: kaszlu kontrolowanego, efektywnego oddychania np. oddychanie przez tzw. zasznurowane usta, przyjmowania pozycji łagodzącej duszność oraz sposobów unikania ataków duszności [9]. Większość chorych z POChP unika ruchu i wysiłku fizycznego podczas kiedy bezruch w przypadku tej choroby to pułapka. Należy uświadomić choremu skutki takiego postępowania i nakłonić do podejmowania rozsądnej aktywności fizycznej. Każdy pacjent może wykonywać odpowiednie ćwiczenia nawet w zaawansowanej fazie choroby. Spacer, jeśli może chodzić, poruszanie rękami i nogami jeśli chodzenie jest zbyt forsowne, a w przypadku osoby leżącej może chociażby napinać mięśnie brzucha.

Wykazano, że trening fizyczny właściwie dobrany do stanu i możliwości danego pacjenta pozwala uzyskać odczuwalną poprawę wydolności fizycznej chorego oraz znieść szybkie męczenie się [10]. Zakres prowadzonej edukacji oraz jej intensywności musi być dopasowana do indywidualnych potrzeb i oczekiwań pacjenta biorąc pod uwagę stopień ciężkości choroby. Chorzy potrzebują udzielania nie tylko porad medycznych, oczekują od pielęgniarki wspomagania w rozwiązywaniu złożonych problemów wynikających z przebiegu choroby i wsparcia przy wprowadzaniu koniecznych zmian w swoim życiu. Pielęgniarka będąc profesjonalnym i dobrym doradcą musi również dostrzegać obawy podopiecznego i brać pod uwagę wskazane przez niego korekty jej działań, a nie tylko wymagać podporządkowania się zaleceniom.

Należy zachęcać, a nie zmuszać do wprowadzania przekazanej wiedzy i umiejętności w życie przez chorego nie odbierając prawa do samostanowienia i podejmowania ostatecznych decyzji. Autorki w swojej pracy założyły że:

1. Pacjenci posiadają niepełną wiedzę na temat istoty Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc.
2. Zaprzestanie palenia tytoniu przez chorego jest warunkiem zatrzymania postępu choroby.
3. W okresie stabilizacji choroby często pacjenci zaprzestają systematycznego przyjmowania leków i nie prowadzą rehabilitacji oddechowej co prowadzi do zaostrzeń choroby.
4. Pacjenci z Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc nie posiadają umiejętności prowadzenia skutecznej samoopieki i samopielęgnacji.
5. Pielęgniarka poprzez edukację pacjenta ma istotny wpływ na poprawę ogólnego stanu zdrowia i jakości życia chorego z Przewlekłą Obturacyjną Chorobą płuc.

**Cele pracy:**

1. Ocena wiedzy pacjentów na temat Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc.
2. Ocena umiejętności samoopieki i podejmowanych działań przez pacjentów w sytuacjach zaostrzeń choroby i stanów zagrożenia życia.
3. Ocena wpływu zadań wychowawczych i edukacyjnych prowadzonych przez pielęgniarki na zachowania prozdrowotne pacjentów z Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc.

**Metoda badań:**

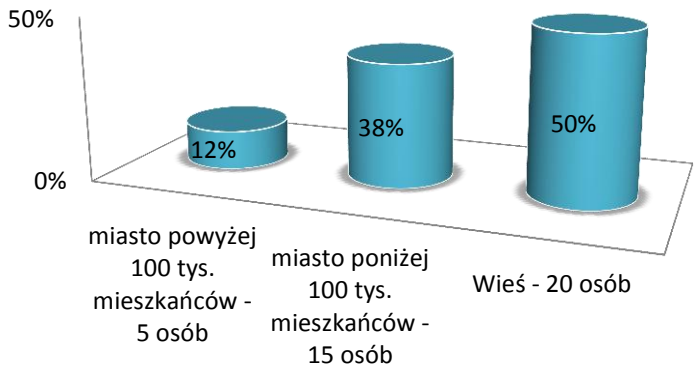
Informacje potrzebne do napisania pracy zebrano metodą sondażu diagnostycznego, techniką była ankieta, a jako narzędzie badawcze posłużył autorski kwestionariusz ankiety. Według Łobockiego „przez metodę sondażu rozumie się metodę badań, której podstawową funkcją jest gromadzenie informacji o interesujących badacza problemach w wyniku relacji słownych osób badanych, nazywanych respondentami. Cechą konstytutywną metody sondażu jest „wypytywanie" czy sondowanie opinii. Tak więc częścią składową metody tej są zadawane respondentom pytania. Przy czym odpowiedzi na nie mogą być pisemne lub ustne. W przypadku odpowiedzi pisemnych przybiera ona formę ankiety czy – inaczej mówiąc – badań ankietowych" [11s.243]. Ankieta składała się z 28 pytań, w tym z 7 pytań tzw. metryczkowych i 21 pytań tematycznych. Pacjenci wypełniali ankietę dobrowolnie i anonimowo. Przeprowadzając ankietę autorki chciały uzyskać od respondentów informacje na temat zasobu posiadanych przez nich wiedzy na temat własnej choroby oraz poznać ich opinie i postawy wobec różnych zagadnień dotyczących POChP.

**Teren badania:**

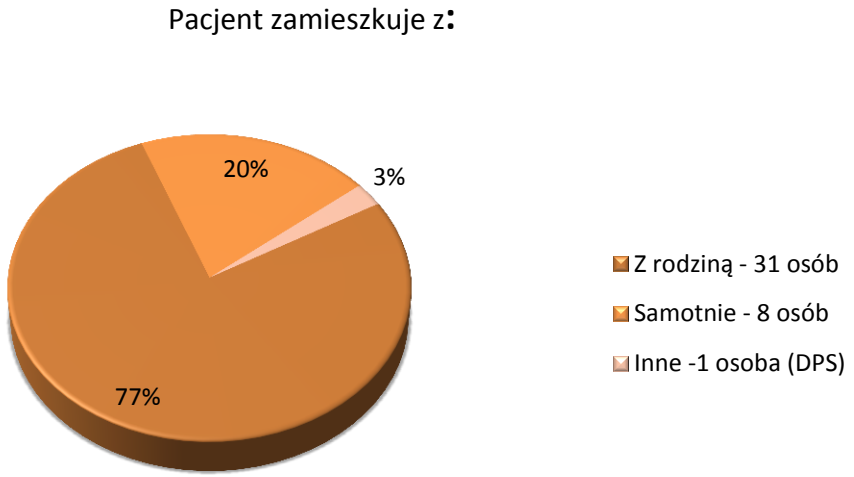
Badanie zostało przeprowadzone wśród pacjentów oddziału Pulmonologii na terenie jednego ze szpitali województwa łódzkiego w roku 2011. Obejmowały grupę osób z rozpoznaną Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc. Kwestionariusz ankiety rozdano 60 pacjentom, spośród których 40 osób prawidłowo wypełniło ankietę - co uznano za 100% badanych. W badaniu udział wzięło 21 mężczyzn i 19 kobiet w różnym wieku. Najmłodszy respondent miał 47 lat, najstarszy 73 lata. Osoby badane różniły się wykształceniem i tak: 14 z nich miało wykształcenie podstawowe, 15 osób zawodowe, 8 wykształcenie średnie oraz 3 osoby wykształcenie wyższe.

**Wyniki badania:**

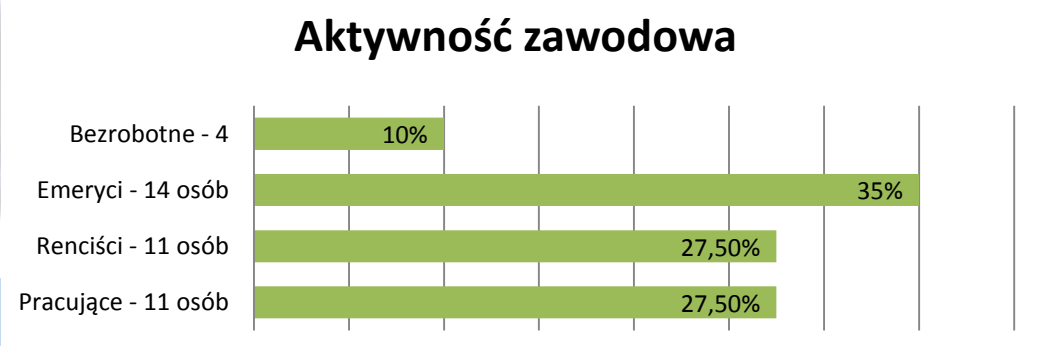
Na podstawie przeprowadzonego badania za pomocą ankiety, dokonano poniższej analizy odpowiedzi respondentów i tak:



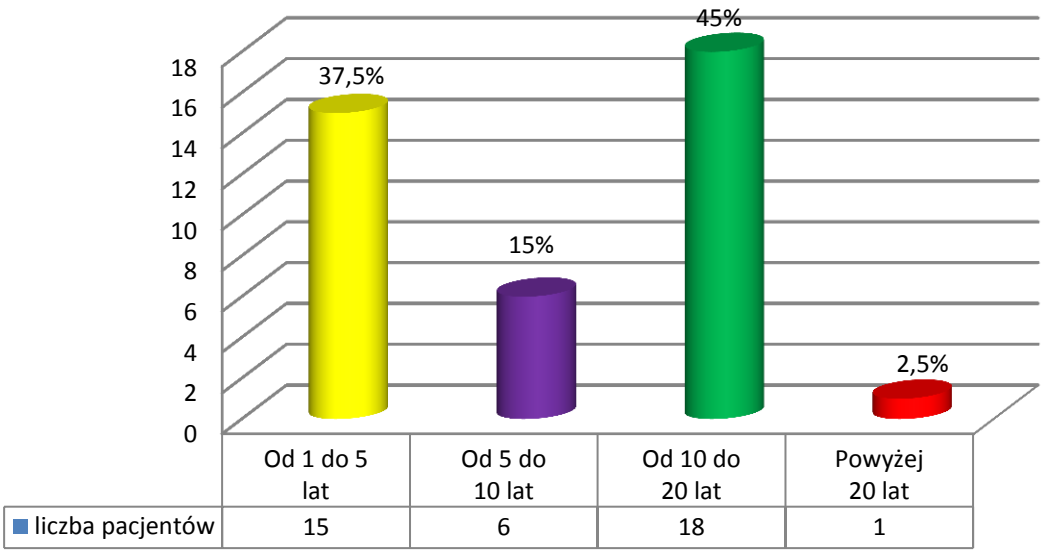

Rycina 1. Podział respondentów ze względu na miejsce zamieszkania



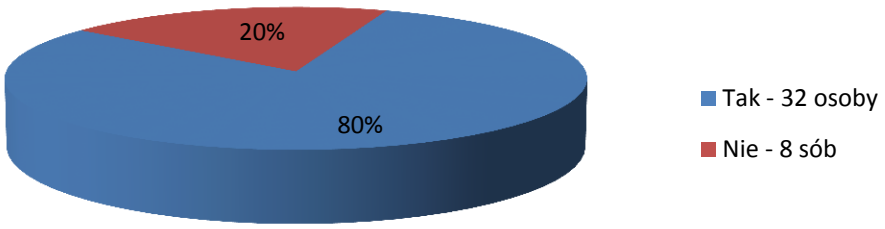

Rycina 2. Struktura osób badanych ze względu na zamieszkiwanie z rodziną



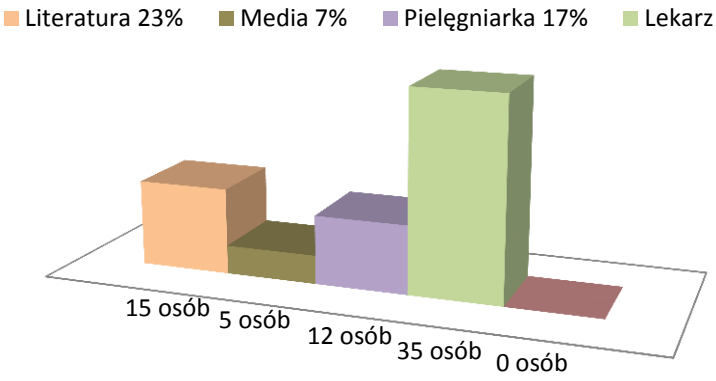

Rycina 3. Podział respondentów ze względu na aktywność zawodową



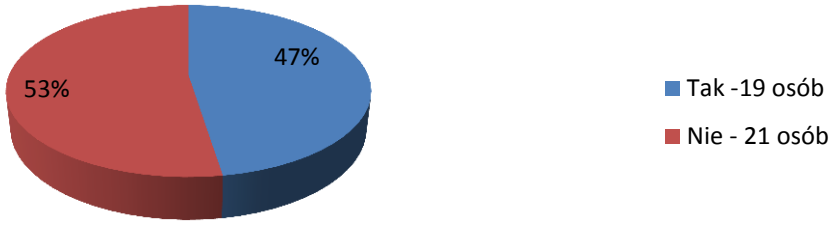

Rycina 4. Czas trwania zdiagnozowanej choroby wśród ankietowanych



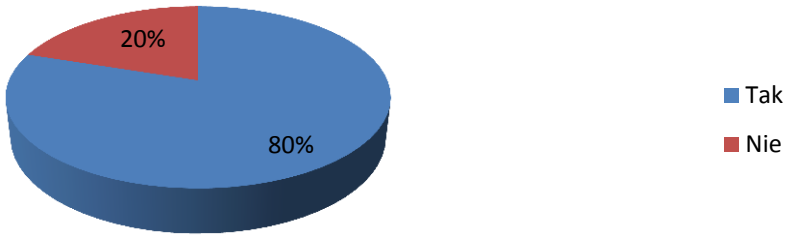

Rycina 5. Możliwość korzystania z pomocy rodziny w razie pogorszenia stanu zdrowia



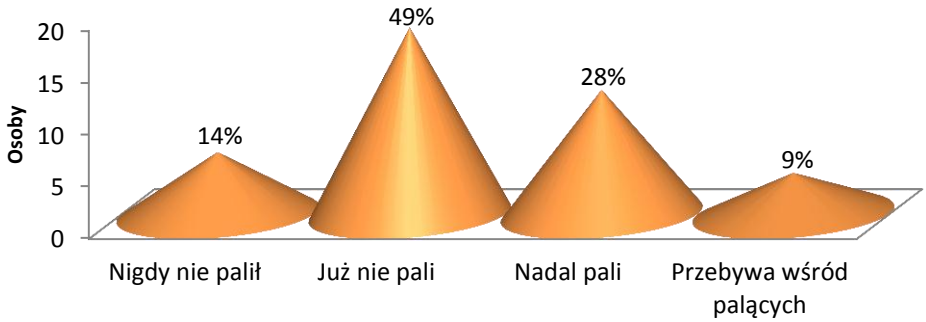

Rycina 6. Źródła, z których pacjenci czerpali wiedzę na temat swojej choroby (możliwość wielokrotnego wyboru)



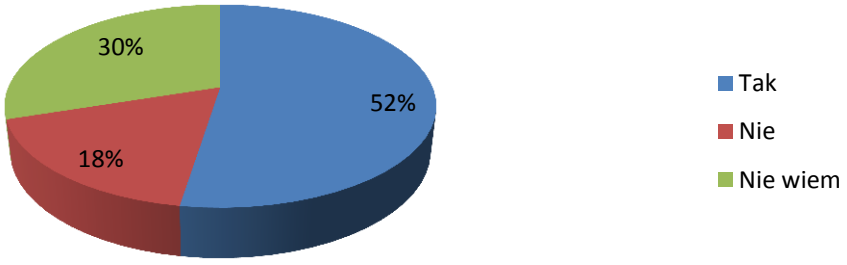

Rycina 7. Znajomość przez badanych czynników ryzyka POChP



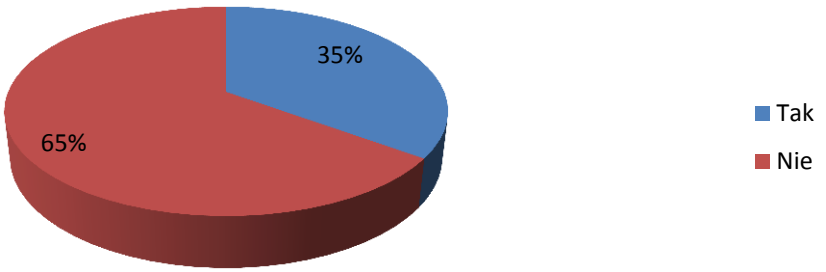

Rycina 8. Umiejętność rozpoznania przez chorego objawów zaostrzenia choroby



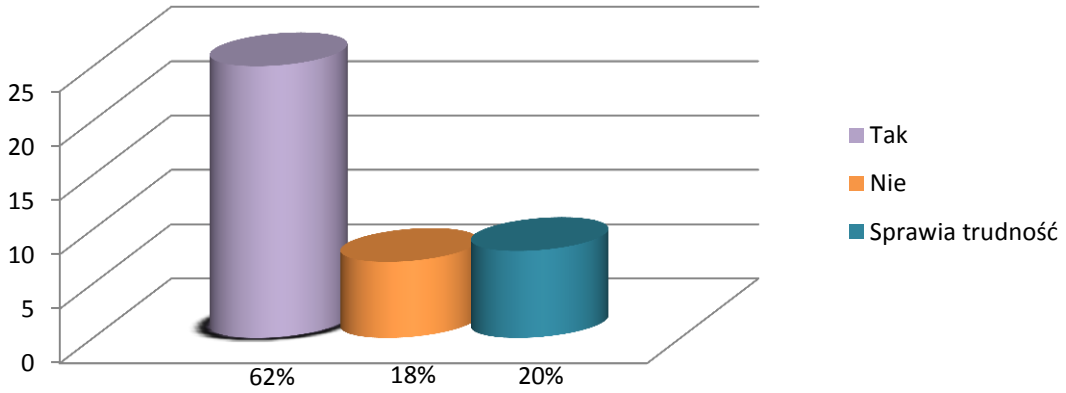

Rycina 9. Palenie papierosów przez badanych (możliwość wielokrotnego wyboru)



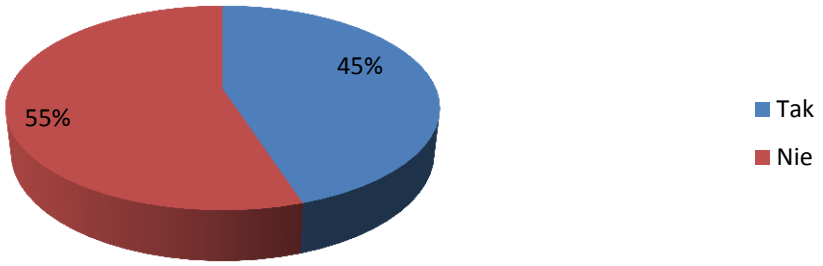

Rycina 10. Wpływ przebywania w zadymionych pomieszczeniach zdaniem respondentów na przebieg choroby



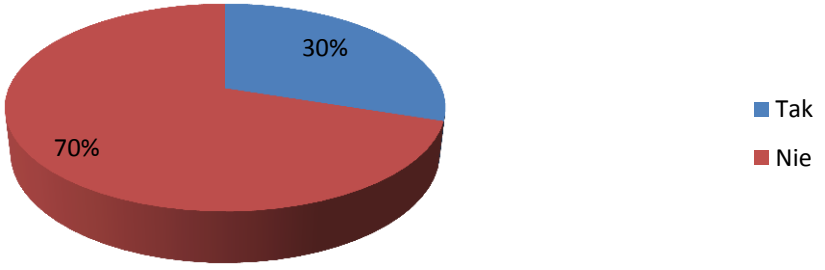

Rycina 11. Znajomość przez badanych. programów profilaktycznych w zakresie POChP



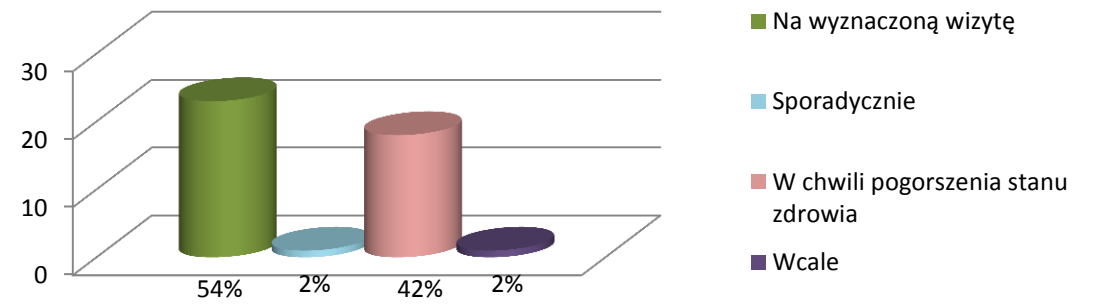

Rycina 12. Umiejętność korzystanie z nebulizatorów



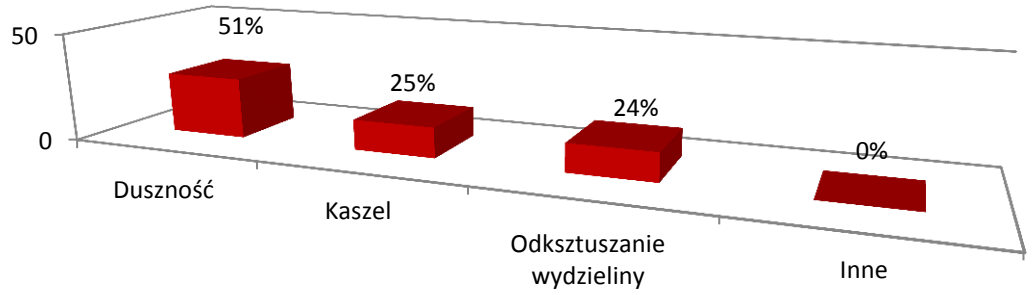

Rycina 13. Znajomość przez ankietowanych metod zmniejszania duszności



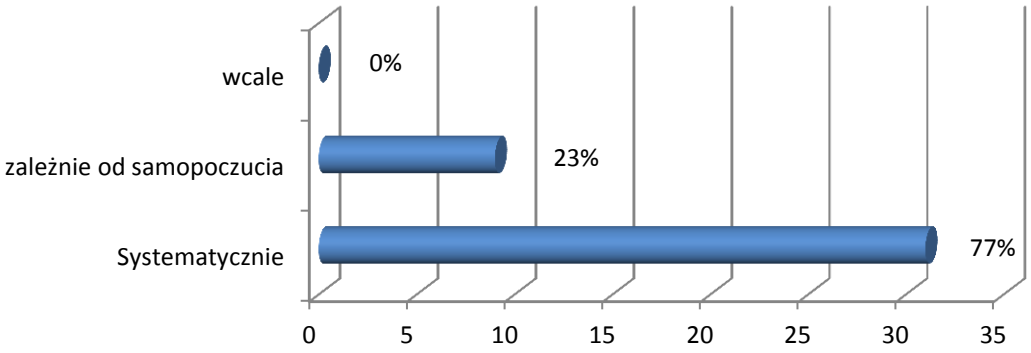

Rycina 14. Systematyczność prowadzenia gimnastyki oddechowej



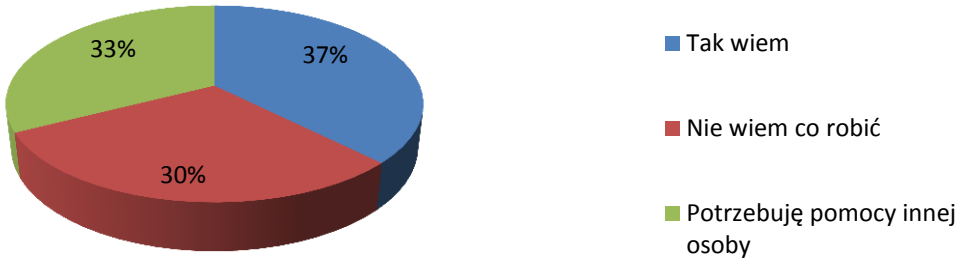

Rycina 15. Częstość wizyt chorego u lekarza POZ (możliwość wielokrotnego wyboru)



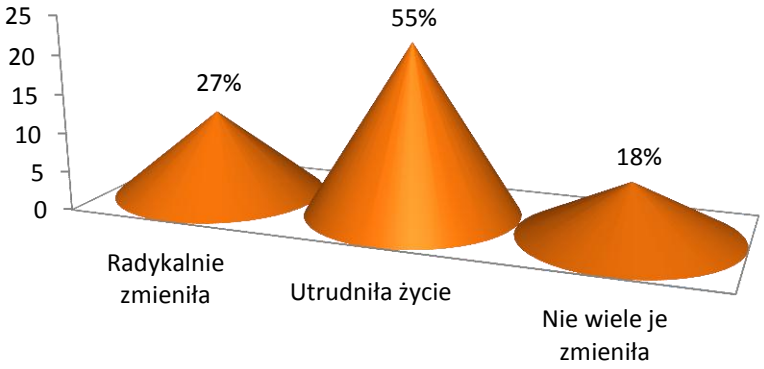

Rycina 16. Najbardziej przeszkadzający w życiu objaw choroby zdaniem badanych (możliwość wielokrotnego wyboru)



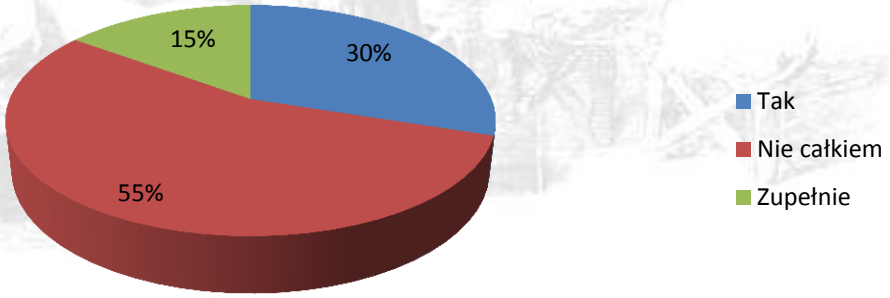

Rycina 17. Sposób przyjmowania leków



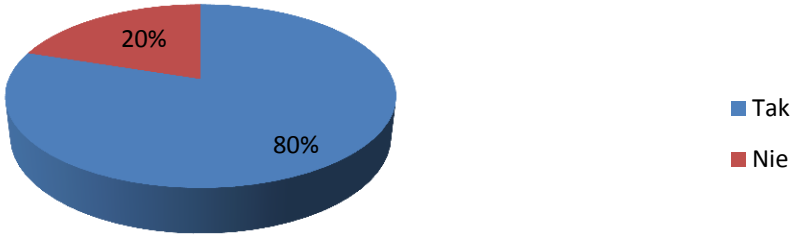

Rycina 18. Umiejętność postępowanie pacjenta w zaostrzeniach choroby



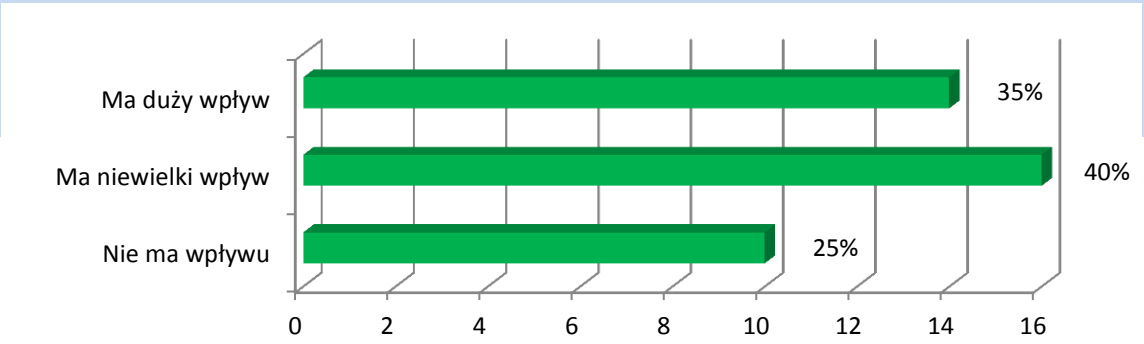

Rycina 19. Wpływ choroby na życie badanych pacjentów



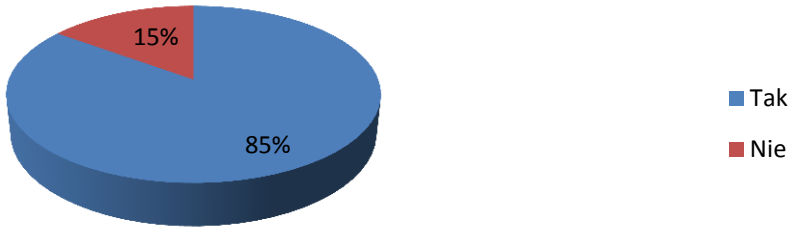

Rycina 20. Ograniczenie kontaktów towarzyskich z powodu choroby



Rycina 21. Ograniczenie aktywności fizycznej pacjenta przez chorobę




Rycina 22. Wpływ rehabilitacji na stan zdrowia badanego




Rycina 24. Łatwiejsze radzenie sobie z chorobą dzięki informacjom uzyskanym od pielęgniarki

**Dyskusja**

Celem pracy była ocena wiedzy pacjentów na temat własnej choroby, ich umiejętności samoopieki oraz ocena, w jakim stopniu działania profilaktyczne, edukacyjne i wychowawcze podejmowane przez pielęgniarki wywołują zmianę zachowań pacjenta na zachowania prozdrowotne. Badania prowadzone były na grupie 40 pacjentów (mężczyzn i kobiet) ze stwierdzoną Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc w czasie trwania ich hospitalizacji. Wiek badanych kształtował się od 47 do 73 lat. Były to osoby z różnym stażem choroby, największą grupę (45%) stanowiły osoby chorujące powyżej 10 lat. Połowa respondentów to mieszkańcy wsi, pozostali zamieszkiwali mniejsze i większe miasta. Z przeprowadzonego badania wynika, że nie wszyscy chorzy mogą liczyć na pomoc ze strony bliskich w razie zaostrzenia choroby i nagłego pogorszenia stanu zdrowia, tak odpowiedziało 20% ankietowanych i jest to wynik proporcjonalny do ilości osób samotnie mieszkających. Zdecydowana jednak większość deklaruje wsparcie ze strony rodziny w trudnych momentach życia związanych z przebiegiem choroby. Niepokojący jest fakt, że większość respondentów nie zna

czynników ryzyka choroby ani programów profilaktycznych jej dotyczących. Jest to potwierdzenie jednego z założeń pracy mówiącego, że pacjenci posiadają niepełną wiedzę na temat istoty POChP. Źródłem, z jakiego chorzy czerpią informacje o swojej chorobie w większości przypadków jest lekarz - tak odpowiedziało aż 52% badanych. Pozostali chorzy na źródło swojej wiedzy wskazują pielęgniarkę, literaturę, tylko 5 osób wskazało media, jako główne źródło informacji na temat POChP. Zdecydowana większość ankietowanych pytana o to czy potrafi rozpoznać u siebie zaostrzenia choroby odpowiedziała twierdząca, ale już mniejsza grupa pacjentów wie jak należy się zachować w nagłym załamaniu stanu zdrowia. Część z nich potrzebuje w tej sytuacji pomocy innych osób, niektórzy zupełnie nie wiedzą jak postąpić w chwili zagrożenia własnego życia. Są to wyniki wskazujące na posiadanie przez chorych zbyt mało umiejętności potrzebnych do prowadzenia samoopieki w sposób skuteczny i wystarczający. Pozytywem jest natomiast wynik systematyczności przyjmowania leków zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Tylko niewielu z respondentów zalecone im leki dozuje sobie w zależności od swojego samopoczucia (23%), nieco mniej obowiązkowości wykazują respondenci, jeśli chodzi o wizyty u lekarza POZ, 42% z ankietowanych do lekarza zgłasza się wtedy, kiedy następuje znaczne pogorszenie stanu zdrowi, a nie na wyznaczoną przez lekarza wizytę. Świadczy to o zaprzestawaniu systematyczności w przyjmowaniu leków oraz lekarskich wizyt kontrolnych przez pacjentów w okresie stabilizacji choroby, co potwierdza kolejne założenie pracy. Pacjenci w większości chętnie i sprawnie radzą sobie z korzystaniem z nebulizatorów i inhalatorów aplikując sobie poprawnie zalecone leki wziewne, ale są też tacy, którym ta wydawałoby się prosta czynność z jakiegoś powodu sprawia trudność. Ponieważ tą drogą w leczeniu POChP podaje się większość najbardziej istotnych leków osoby te nie przyjmują ich wcale. Najbardziej jednak martwiącym wynikiem przeprowadzonego badania jest znaczna ilość pacjentów pozostających, mimo uciążliwości związanych z chorobą i jej przyczyn, czynnymi palaczami tytoniu. Stanowią oni 28% respondentów i chociaż nie tworzą większości to konieczne jest wzmożenie działań profilaktycznych w zakresie problematyki palenia tytoniu wśród osób chorych na POChP oraz intensywna ich edukacja. Przez pryzmat takich wyników widać jak wiele jeszcze trzeba zrobić w zakresie poradnictwa antynikotynowego. Byłymi palaczami okazała się grupa 21 osób spośród 40 badanych i tylko 4 osoby z badanej grupy deklarują, że nie paliły nigdy w życiu. Na domiar złego nie wszyscy są przekonani, że przebywanie w zadymionych pomieszczeniach lub wśród osób palących jest ciągle szkodliwe dla ich zdrowia i

przebiegu choroby. Zaprzestanie palenia tytoniu jest warunkiem spowolnienia postępu choroby i złagodzenia jej skutków, niestety sami chorzy ciągle jeszcze lekceważą ten problem. Z odpowiedzi respondentów na pytania zawarte w ankiecie wynika, że najbardziej dokuczliwym objawem POChP jest duszność, która zaburza komfort życia i obniża jego jakość. Część z pacjentów potrafi poprzez zastosowanie metod zmniejszania duszności, radzić sobie z tym traumatycznym objawem choroby, jednak przeważa liczba osób nie znająca takich technik. Tylko 30% badanych pacjentów prowadzi systematyczną gimnastykę oddechową, która poprawia przecież wydolność oddechową. Mało tego, ponad połowa ankietowanych uważa, że rehabilitacja nie ma wpływu na poprawę ogólnego stanu zdrowia lub ma wpływ ale tylko w nieznacznym stopniu. Poprzez tego typu zaniedbania i brak świadomości, poniekąd sami chorzy przyczyniają się do nawracania zaostrzeń choroby i ogromnego spadku wydolności fizycznej własnego organizmu. Sami zresztą ankietowani przyznają aż w 80%, że ograniczyli swoją aktywność fizyczną. Konsekwencją takich zachowań jest również wysoki wskaźnik osób ograniczających na skutek choroby kontakty towarzyskie, aż do skrajnych przypadków całkowitej z nich rezygnacji prowadzącej do niepotrzebnej izolacji społecznej. Gdyby jednak wszystkie te osoby, prowadziły racjonalny, systematyczny trening w formie prostych nieforsujących ćwiczeń fizycznych i stosowali gimnastykę oddechową z całą pewnością mogliby pełnić więcej ról społecznych, a ich kondycja i samopoczucie byłyby dużo lepsze. Ta przewlekła choroba radykalnie zmienia lub co najmniej znacznie utrudnia życie ludzi. Ma wpływ na każdą jego dziedzinę, tylko 18% badanych określiło zmiany spowodowane POChP w swoim życiu jako niewielkie. Jednym z założeń pracy było to, że pielęgniarka odgrywa ważną rolę w edukacji pacjentów. Wyniki badania potwierdziły to założenie. Wskazówki i instrukcje otrzymane od pielęgniarek pacjenci uznali za praktyczne i przydatne w zmaganiach z uciążliwościami niesionymi przez chorobę. Pielęgniarka jest osobą, która zmienia postępowanie i świadomość chorego po to, aby umiał radzić sobie w trudnych sytuacjach, przyznało to 85% respondentów. Priorytetem dla osób sprawujących opiekę nad chorymi z POChP powinno być dostarczenie im praktycznej wiedzy i konkretnych umiejętności, niezbędnych do podejmowania skutecznej samoopieki. Należy dołożyć wszelkich starań, aby maksymalnie i możliwie trwale podnieść jakość życia tych pacjentów.

**Wnioski:**

Z analizy wyników przeprowadzonego badania można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Pacjenci posiadają niepełną wiedzę na temat Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc. Głównym źródłem czerpania informacji o swojej chorobie dla pacjentów jest lekarz, natomiast od pielęgniarki uczą się konkretnych czynności i umiejętności potrzebnych do podjęcia samoopieki. Większość pacjentów nie zna programów profilaktycznych dotyczących POChP.
2. Prawie wszyscy badani pacjenci z łatwością rozpoznają u siebie zaostrzenia choroby i stany zagrożenia życia. Natomiast już tylko część z nich wie jak należy postąpić w tych sytuacjach. Podejmowana przez chorych samoopieka jest niewystarczająca. Większość z nich w dużym stopniu swoje funkcjonowanie opiera na pomocy innych osób, niemal całkowicie się od nich uzależniając.
3. Grupa pacjentów objętych prowadzonymi przez pielęgniarki działaniami edukacyjnymi i wychowawczymi zmienia swoje zachowania na prozdrowotne. Potrafią wykorzystać zdobytą wiedzę w codziennym życiu, a samoopieka tych chorych staje się świadoma i pełna. Umiejętność radzenia sobie z własną chorobą, przekłada się na poprawę jakości życia, co jest głównym celem prowadzonej edukacji zdrowotnej.

**Piśmiennictwo**


1. Chazan R.: Pneumonologia praktyczna . α -medica press, Bielsko - Biała 2005
2. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. „ Medycyna praktyczna" wydanie specjalne 2/2008
3. Pierzchała W.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc - kliniczny podręcznik. a- medica press, Bielsko – Biała 2006
4. Chazan R.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc - podręcznik z testami samosprawdzającymi. α - medica press. Bielsko – Biała 2001
5. Beers M.H., Porter R.S., Jones T.V. (wsp.): The Merck Manual. Podręcznik diagnostyki i terapii. Urban & Porter, Wrocław 2008
6. Januszewicz W., Kokot F.: Interna, tom 1. PZWL., Warszawa 2006
7. Koźelski J.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc w oczach chorych i lekarzy. „Alergia Astma Immunologia", 9 (4), 2004 s. 175 - 177

8. Karski J.B.: Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia. CeDeWu, Warszawa 2006
9. Drozdowski J., Bakuła S., Drozdowska A. (wsp): Wpływ rehabilitacji na jakość życia u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. „Pneumonologia i Alergologia Polska", 75 (2), 2007 s.147 - 152
10. Kasibowska - Kuzniar K., Jankowska R., Kuźniar T.: Jakość życia w zaostrzeniach przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. „Polskie archiwum medycyny wewnętrznej'' 114 (4) 2005 s. 1010 - 1015
11. Łobocki M.: Metody i techniki badań pedagogicznych. Oficyna wydawnictwa Impuls., Kraków 2000

**Kontakt na autora:**
Małgorzata Wojciechowska
92-305 Łódź, ul. Służbowa 31 m 44b
e-mail: malgorzataw62@gmail.com
telefon +48601241125

# OCENA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBĘ PŁUC (POCHP)

## Kvalita života pacientov s CHOCHP

Jolanta Kowalik, Małgorzata Zielińska

Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Wydział Rehabilitacji, Samodzielny Zakład Pielęgniarstwa

**Streszczenie**

**Wstęp.** Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest schorzeniem, które powszechnie występuje w ogólnej populacji. Według danych WHO na świecie na POChP choruje około 80 milionów ludzi, a w Polsce ponad 20% populacji powyżej 40 roku życia. POChP prowadzi do inwalidztwa oddechowego, znacznie obniża komfort życia i wpływa na wszystkie aspekty aktywności pacjenta.

**Cel.** Celem pracy była ocena wpływu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na fizyczne i psychospołeczne funkcjonowanie chorych.

**Materiał i metoda.** W badaniu wzięło udział 50 pacjentów z POChP w wieku 30-78 lat. Większość z nich to mężczyźni (30/60%), było 20 kobiet (40%). Jedynie 8 osób nigdy nie paliło papierosów. W badaniu wykorzystywano autorski kwestionariusz do badania jakości życia osób z POChP przygotowany do celów tej pracy.

**Wyniki.** Badanie wykazało, że pacjenci mieli problemy z dźwiganiem i podnoszeniem rzeczy, pokonywaniem pieszo kilku pięter oraz spacerem długości około i ponad 1 km. Ponad 80% osób biorących udział w badaniu powiedziało, że kaszel męczy ich, ponad 40% stwierdziło, że kaszel i duszność zakłócały sen. Około 70% pacjentów odczuwało strach

i niepokój, kiedy nie mogli oddychać. Ponad 40% uważa się, że ze względu na trudności z oddychaniem stali się inwalidami. Dla ponad połowy chorych kaszel i problemy z oddychaniem były kłopotliwe w obecności innych, w ocenie ponad 40% choroba była uciążliwa dla rodziny i przyjaciół. Prawie połowa (46%) osób biorących udział w badaniu określiła swój obecny stan zdrowia jako dostateczny, prawie 40% osób jako zły lub bardzo zły. Natomiast porównując ze stanem zdrowia sprzed roku 64% osób stwierdziło, że ich stan zdrowia jest trochę lub dużo gorszy niż rok temu.

**Wnioski**. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że choroba POChP wpływa negatywnie na funkcjonowanie chorych

**Summary**

**Introduction.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a prevalent disease in the general population. According to the WHO there are about 80 million of people with COPD in the world (about 20% of polish population aged 40 and more). COPD leads to respiratory disability, considerably reduces the comfort of living, and affects all aspects of patient activity.

**Aim.** The purpose of the study was the assessment of the impact of the COPD on the physical and psychosocial functioning of the patients.

**Material and Method.** The study involved 50 patients with the COPD aged 30-78 years. More of them were men (30/60%), there were 20 women (40%). Only 8 patients never smoked. In this study a questionnaire constructed by authors were used to test the quality of life of the people with the COPD.

**Results.** The study showed that the patients had problems with carrying and lifting things, walking several floors and away and over a length of about 1 km. Over 80% of people participating in the survey said that the cough tired of them, over 40% said that the cough and shortness of breath interfered with sleep. About 70% of patients experienced fear and anxiety when they cannot breathe. Over 40% believed that because of the difficulty of breathing became disabled. For more than half of the patients cough and breathing problems were embarrassing in front of others, and in the assessment of more than 40% illness was burdensome for family and friends. Almost half (46%) of participants of the study identified their current health status was passable, nearly 40% of people as bad or very bad. 64% of people said that their health is a little or a lot worse than a year ago.

**Conclusions.** Based on the survey, it was found that the disease COPD negatively affects the functioning of the patients.

**Wstęp.** W leczeniu każdej choroby oprócz realizacji celów medycznych ważną rolę odgrywa realizacja celów pozamedycznych, tj. poprawa samopoczucia chorego, które pozwala na sprawne funkcjonowanie fizyczne i psychospołeczne. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie to stan pełnego psychicznego, fizycznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby. Choroba obniża jakość życia poprzez negatywny wpływ na wszystkie strefy życia człowieka, powodując inwalidztwo, odizolowanie rodzinne

i społeczne. Jakość życia zależną od stanu zdrowia (Health Related Quality of Life – HRQL) określa się jako ogólną subiektywną ocenę sytuacji życiowej chorego. Obejmuje ona cztery obszary: sprawność ruchową, stan psychiczny, somatyczny oraz społeczny. Głównym celem badań jest poznanie subiektywnych odczuć chorego, jego samopoczucia oraz ocena wpływu stosowanych metod leczenia na funkcjonowanie chorego [1]. Celem działań medycznych stał się nie tylko efekt terapeutyczny, to jak długo będzie żył człowiek z chorobą, ale także jak będzie żył.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jednostką chorobową składającą się z dwu od dawna znanych schorzeń – przewlekłego zapalenia oskrzeli (PZO) i rozedmy płuc. Obie choroby charakteryzuje wspólny objaw: upośledzenie drożności oskrzeli, a najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania jest palenie tytoniu [2]. POChP jest przewlekłym stanem chorobowym, który można leczyć i mu zapobiegać, charakteryzującym się postępującym i nieodwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe [3]. Zmniejszenie przepływu powietrza jest związane ze zmianami zapalnymi w obrębie dróg oddechowych, które zwężają się, a płuca ulegają patologicznej deformacji. Zmiany te są wynikiem reakcji pęcherzyków płucnych na dym tytoniowy, szkodliwe gazyi pyły. POChP nie ogranicza się tylko do płuc, ale ma również następstwa układowe [4].

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest dużym problemem zdrowotnym zarówno w Polsce, jak i na świecie. Schorzenie to jest najczęstszą przewlekłą chorobą płuc, poważnym problemem medycznym i społecznym, prowadzącym do znacznej absencji chorobowej, inwalidztwa oddechowego, a nawet śmierci. Według danych WHO na świecie na POChP choruje około 80 milionów ludzi, a w Polsce ponad 20% populacji powyżej 40 roku życia. Jest obecnie czwartą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce i na świecie. Dane epidemiologiczne podają, że na POChP i jej powikłania rocznie w Polsce umiera ok. 15000 osób, są to dane porównywalne do statystyk światowych [2,5].

POChP jest ogólnoustrojową przewlekłą chorobą zapalną, która rozwija się w wyniku interakcji wielu czynników środowiskowych i osobniczych. Głównym i najważniejszym czynnikiem ryzyka jest palenie tytoniu – ok. 90% przypadków. Również bierne wdychanie dymu tytoniowego zwiększa ryzyko zachorowania na POChP. Ważny jest też udział czynników genetycznych w rozwoju schorzenia – niedobór $\alpha_1$-antytrypsyny. Innymi czynnikami ryzyka mającymi mniejsze znaczenie są: narażenie zawodowe na pyły, zanieczyszczenie środowiska oraz zanieczyszczenie powietrza wewnątrz pomieszczeń i częste infekcje układu oddechowego w dzieciństwie [3,6].

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest schorzeniem trwającym kilkadziesiąt lat. Bardzo ważnym aspektem choroby jest to, iż przebiega bardzo podstępnie, jest schorzeniem postępującym, prowadzącym do uzależnienia się od pomocy innych, inwalidztwa i śmierci. Chorzy na POChP skarżą się na: przewlekły kaszel z odksztuszaniem, duszność oraz złą tolerancje wysiłku fizycznego. W konsekwencji powoduje to obniżenie szeregu psychicznych i fizycznych domen jakości życia [2,7]. Duszność jest główną przyczyną ograniczenia wysiłków, co powoduje dalsze pogorszenie sprawności fizycznej oraz występowanie duszności po coraz mniejszych wysiłkach. Chory w trakcie duszności nie może pogłębić oddechów, a jedynie może zwiększyć częstość oddechów z powodu rosnącego zapotrzebowania na tlen. Występowanie duszności w trakcie wysiłku fizycznego powoduje, że chorzy zaczynają go unikać. W ciężkiej postaci POChP zmiany w płucach oraz zmiany ogólnoustrojowe są bardziej nasilone, częściej dochodzi do zaostrzeń, a to w konsekwencji pogarsza jakość życia, prowadzi do izolacji społecznej, rodzinnej, obniża sprawność intelektualną oraz stan psychiczny chorego. Zaostrzenia POChP powodują szczególnego rodzaju obniżenie jakości życia chorych. Naukowcy wykazali, że osoba zdrowa chodzi w ciągu dnia ok. 90 minut. Chory na POChP 60 minut, a w trakcie zaostrzenia prawie przestaje chodzić z powodu duszności. Ograniczenie to utrzymuje się długo [8,9].

Podstawą profilaktyki i leczenia choroby jest zaprzestanie palenia papierosów, które ma potwierdzoną w badaniach naukowych skuteczność zapobiegania postępowi choroby. Nawet u chorych z ciężką obturacją oskrzeli rzucenie nałogu jest korzystne, gdyż przedłuża życie, zwalnia obniżanie wartości natężonej objętości wydechowej, pierwszo sekundowej ($FEV_1$). Chory na POChP powinien unikać środowiska zadymionego i zapylonego, należy dążyć do zmniejszenia lub wyeliminowania narażenia na szkodliwe zanieczyszczenia powietrza. Postępowanie w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc ukierunkowane jest na monitorowanie i ocenę choroby, wyeliminowanie lub ograniczenie czynników ryzyka, leczenie stabilnej POChP oraz jej zaostrzeń. Leczenie zależy od ciężkości schorzenia, ma na celu zwiększenie tolerancji wysiłku, łagodzenie objawów, poprawę ogólnego stanu zdrowia, zapobieganiu zaostrzeniom oraz zmniejszenie śmiertelności [3].

Leki łagodzą objawy, zmniejszają częstość i ciężkość zaostrzeń, poprawiają ogólny stan zdrowia, zwiększają wydolność chorego, ale nie hamują postępującego upośledzenia czynności płuc [3]. Farmakoterapia jest leczeniem przewlekłym, a podstawą jest stosowanie leków rozszerzających oskrzela: $\beta_2$-mimetyki (salbutamol,

formoterol), leki przeciwcholinergiczne (bromek, titropium), metyloksantyny (teofilina, aminofilina). Skuteczniejsze i wygodniejsze są leki wziewne oraz długo działające. W celu zapobiegania zaostrzeniom POChP zalecane jest stosowanie glikokortykosterydów (GKS) wziewnych (np. budezonit, pulmicort). U pacjentów w zaawansowanym okresie choroby w zmniejszeniu duszności pomocne są opioidy np. morfina. Stosowanie leków przeciwkaszlowych jest przeciwwskazane [10,11].

W terapii, na każdym etapie choroby, ważną rolę odgrywa rehabilitacja, której głównym celem jest przywrócenie maksymalnego stopnia sprawności w życiu codziennym, niezależności i poprawy jakości życia. Rehabilitacja obejmuje: ćwiczenia oddechowe, ogólnousprawniające ćwiczenia fizyczne, odzwyczajenie od palenia, wsparcie psychiczne, poradnictwo żywieniowe [3,5,6]. Rehabilitacja oddechowa jest działaniem zmierzającym do poprawy fizycznego i społecznego funkcjonowania chorego z schorzeniami płuc. Działania te nie są w stanie zatrzymać procesów patofizjologicznych w płucach, pomagają natomiast uczyć chorego funkcjonowania z upośledzeniem oraz zmniejszają lub zapobiegają powikłaniom POChP – spadkowi masy ciała i obniżeniu aktywności fizycznej [7,12]. Chorym na POChP towarzyszy subiektywne odczucie utraty ważnych dotąd wartości: rezygnacja z pracy zawodowej, ograniczenie lub rezygnacja z aktywności fizycznej i społecznej oraz kontaktów międzyludzkich. Kumuluje się poczucie uzależnienia od innych, odizolowania, bycia ciężarem. Duszność jest przyczyną lęku i depresji i odwrotnie obniżenie nastroju i niepokój powodują nasilenie duszności. Tak powstaje efekt „błędnego koła". Depresja i lęk częściej dotyczy kobiet [2,13].

**Cel pracy**. Celem pracy była ocena wpływu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na fizyczne i psychospołeczne funkcjonowanie chorych.

Sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Czy i w jakim stopniu choroba wpływa na funkcjonowanie fizyczne pacjentów z POChP?
2. Czy i w jakim stopniu choroba wpływa na funkcjonowanie psychiczne pacjentów z POChP?
3. Czy i w jaki sposób choroba wpływa na funkcjonowanie społeczne pacjentów z POChP?

**Materiał i metoda.** Badanie zostało przeprowadzone w Klinice Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii w jednym z warszawskich szpitali, w okresie od czerwca do października 2011 roku. Grupę badawczą stanowiło 50 chorych na przewlekłą

obturacyjną chorobę płuc o różnym stopniu zawansowania choroby. Ankietowani zostali poinformowani o anonimowości ankiety oraz dobrowolnym udziale w badaniu. Odpowiedzi udzielali samodzielnie. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki, jaką jest ankieta. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który posłużył do gromadzenia danych. Kwestionariusz ankiety był projektem autorskim, przygotowanym samodzielnie na potrzeby badania. Pierwsza część kwestionariusza to pytania dotyczące sytuacji socjoekonomicznej pacjentów. Następne pytania dotyczyły informacji na temat przebiegu choroby w ostatnim okresie. Kolejne pytania dotyczyły wpływu choroby na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne chorych.

**Wyniki badań.** Tabela 1 przedstawia informacje socjoekonomiczne dotyczące osób biorących udział w badaniu. W badaniu wzięło udział 50 pacjentów chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, w tym 20 kobiet (40%) i 30 mężczyzn (60%). Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci powyżej 70 roku życia – 25 osób (50%), w przedziale 56-70 lat było 21 osób (42%), a w przedziale 30-55 lat – 4 osoby (8%). Najliczniejszą grupą byli mieszkańcy miast pow. 100 tys. mieszkańców – 29 osób (58%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby mieszkające na wsi – 8 osób (16%), mieszkańcy miast do 40 tys. – 6 osób oraz mieszkańcy miast pomiędzy 40 a 100 tys. mieszkańców – 7 osób.

Tabela 1 Charakterystyka badanej grupy.

| | | | Ilość pacjentów | Wartość % |
|---|---|---|---|---|
| **1** | Płeć | Kobiety | 20 | 40% |
| | | Mężczyźni | 30 | 60% |
| **2** | Wiek pacjentów | 30-45 lat | 1 | 2% |
| | | 46-55 lat | 3 | 6% |
| | | 56-70 lat | 21 | 42% |
| | | Powyżej 70 lat | 25 | 50% |
| **3** | Miejsce zamieszkania | Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców | 29 | 58% |
| | | Miasto 40tys.-100 tys. mieszkańców | 7 | 14% |
| | | Miasto do 40 tys. mieszkańców | 6 | 12% |
| | | Wieś | 8 | 16% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **4** | Źródło utrzymania | Czynny zawodowo | 5 | 10% |
| | | Emeryt/rencista | 42 | 84% |
| | | Nie pracuję zawodowo | 3 | 6% |
| **5** | Rodzaj wykonywanej pracy | Pracownik umysłowy | 12 | 24% |
| | | Pracownik fizyczny | 38 | 76% |
| **6** | Kiedy rozpoznano chorobę | 40-50 rok życia | 9 | 12% |
| | | 51-60 rok życia | 16 | 32% |
| | | 61-70 rok życia | 20 | 40% |
| | | Po 70 roku życia | 5 | 10% |

42 osoby (84%) biorące udział w badaniu to emeryci i renciści. 5 osób (10%) deklarowało, że są czynni zawodowo, a 3 osoby (6%) w ogóle nie pracują. Wśród chorych biorących udział w badaniu pracujących fizycznie było 38 (76%) osób, a pracowników umysłowych – 12 osób (24%). U 20 osób (40%) POChP rozpoznano między 61, a 70 rokiem życia, u 16 osób (32%) między 51, a 60 rokiem życia, u 5 osób (10%) powyżej 70 roku życia.

Tabela 2 Charakterystyka badanej grupy pod względem przebiegu choroby.

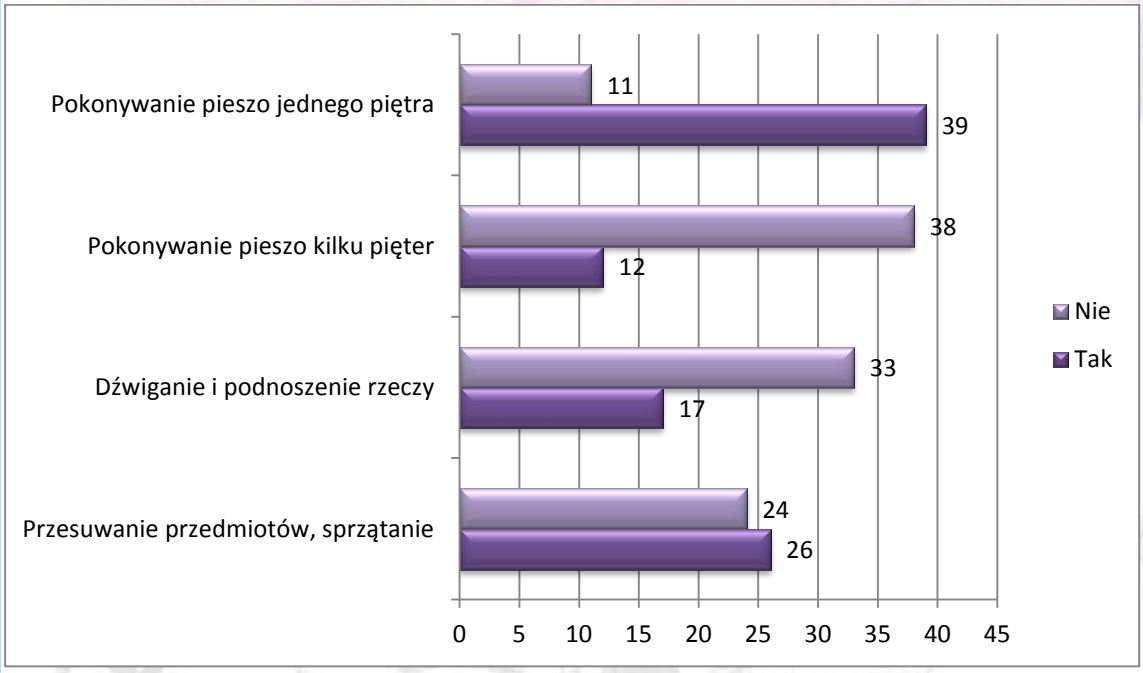
| | | | Ilośc pacjentów | Wartość % |
|---|---|---|---|---|
| **1** | Objawy wystepujące przed rozpoznaniem choroby | Kaszel | 31 | 60% |
| | | Duszność wysiłkowa | 14 | 28% |
| | | Duszność spoczynkowa | 1 | 2% |
| | | Zmęcenie | 5 | 10% |
| **2** | Uzaleznienie od palenia tytoniu | Tak palę | 12 | 24% |
| | | Obecnie nie palę | 30 | 60% |
| | | Nigdy nie paliłem/łam | 8 | 16% |
| **3** | Częstość występowania zaostrzeń choroby w ciągu ostatniego roku | Jeden raz w miesiącu | 14 | 28% |
| | | Co 2-3 miesiące | 11 | 22% |
| | | Co 4-6 miesięcy | 22 | 44% |
| | | Częściej | 3 | 6% |
| **4** | Korzystanie z porad lekarza rodzinnego w ciągu ostatniego | Jeden raz w miesiącu | 19 | 38% |
| | | Co 3 miesiące | 15 | 30% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | roku | Co 6 miesięcy | 10 | 20% |
| | | Jeden raz w roku | 3 | 6% |
| | | Inne | 3 | 6% |
| **5** | Pacjenci objęci opieką lekarza specjalisty pulmonologa | Tak | 39 | 78% |
| | | Nie | 11 | 22% |
| **6** | Hospitalizacja z powodu zaostrzeń w ostatnich miesiącach | Tak | 38 | 76% |
| | | Nie | 12 | 24% |
| **7** | Częstość przyjmowania leków | Jeden raz dziennie | 4 | 8% |
| | | 2 razy dziennie | 15 | 30% |
| | | 3 razy dziennie | 23 | 46% |
| | | Cześciej | 8 | 16% |
| **8** | Uciążliwości związane z przyjmowaniem leków | Nie sprawia mi trudności | 37 | 54% |
| | | Jest uciążliwe | 9 | 18% |
| | | Jest bardzo uciążliwe | 4 | 8% |
| **9** | Systematyczność przyjmowania leków | Tak | 46 | 92% |
| | | Nie | 4 | 8% |

Tabela 2 przedstawia charakterystykę badanej grupy pod względem przebiegu choroby. Najczęstszym objawem występującym przed rozpoznaniem choroby, który wymieniali ankietowani był kaszel – 31 osób (60%) i duszność wysiłkowa – 14 osób (28%), zmęczenie i duszność spoczynkowa występowała tylko u 6 osob (12%). Obecnie tytoniu nie pali 30 osób (60%) spośród badanych, 12 osób (24%) pali tytoń, a 8 osób (16%) nigdy nie paliło tytoniu. W ciągu ostatniego roku najliczniejszą grupę stanowili chorzy, u których zaostrzenia występowały co 4-6 miesięcy – 22 osoby (44%), jeden raz w miesiącu – 14 osób (28%), co 2-3 miesiące – 11 osób (22%), a częściej niż raz w miesiącu u 3 osób (6%). W badanej grupie 19 osób (38%) deklaruje korzystanie z porad lekarza rodzinnego jeden raz w miesiącu, 15 osób (30%) co 3 miesiące, a tylko 3 osoby (6%) jeden raz w roku. Większość badanych – 39 osób (78%) jest pod stałą opieką lekarza pulmonologa, 11osób (22%) nie korzysta z porad lekarza pulmonologa. Większość biorących udział w badaniu – 38 osób (76%) była hospitalizowana w ciągu ostatnich kilku miesięcy z powodu zaostrzeń POChP. Najliczniejszą grupę stanowili chorzy przyjmujący leki trzy razy dziennie – 23 osoby (46%) i przyjmujący leki dwa razy dziennie – 15 osób (30%). Tylko 4 osoby (8%) przyjmują leki raz dziennie. Dla

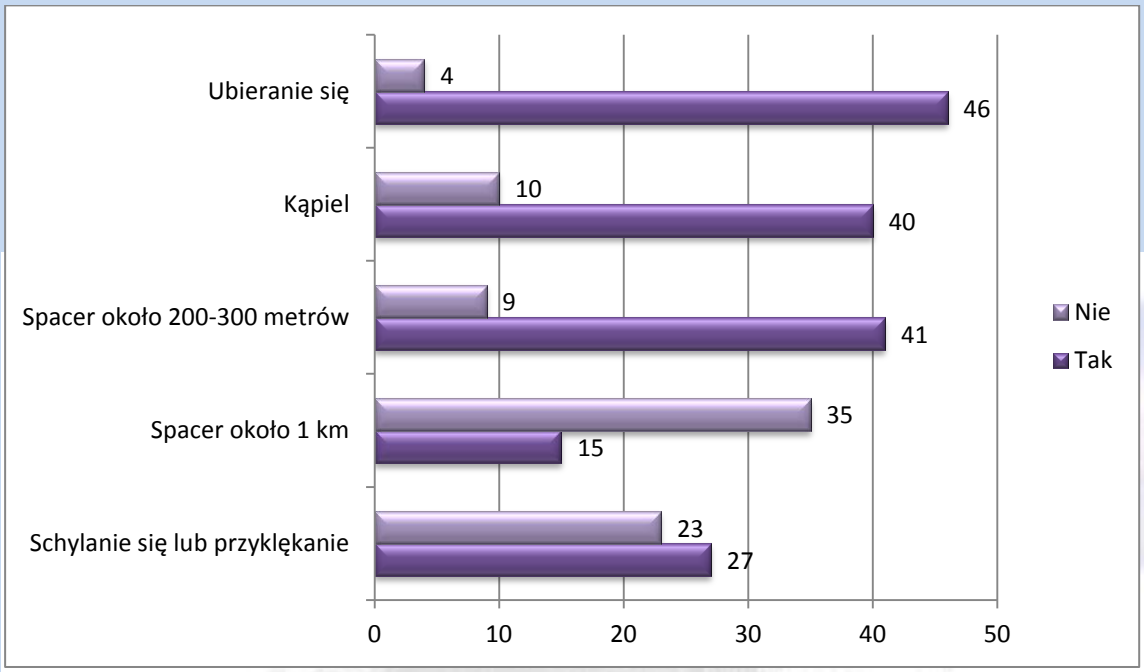
większości badanych – 37 osób (74%) przyjmowanie leków nie stanowi żadnej uciążliwości, dla 13 ankietowanych (24%) jest to uciążliwe i bardzo uciążliwe. Prawie wszyscy biorący udział w badaniu systematycznie przyjmują leki – 46 osób (92%), tylko 4 osoby (8%) nie przyjmuje leków systematycznie. Wsród chorych, którzy nie przyjmują leków systematycznie 2 osoby stwierdziły, że przyczyną tego było zapominanie, a dla 2 osób zbyt wysoka cena tych leków.

**Wpływ choroby na funkcjonowanie fizyczne**



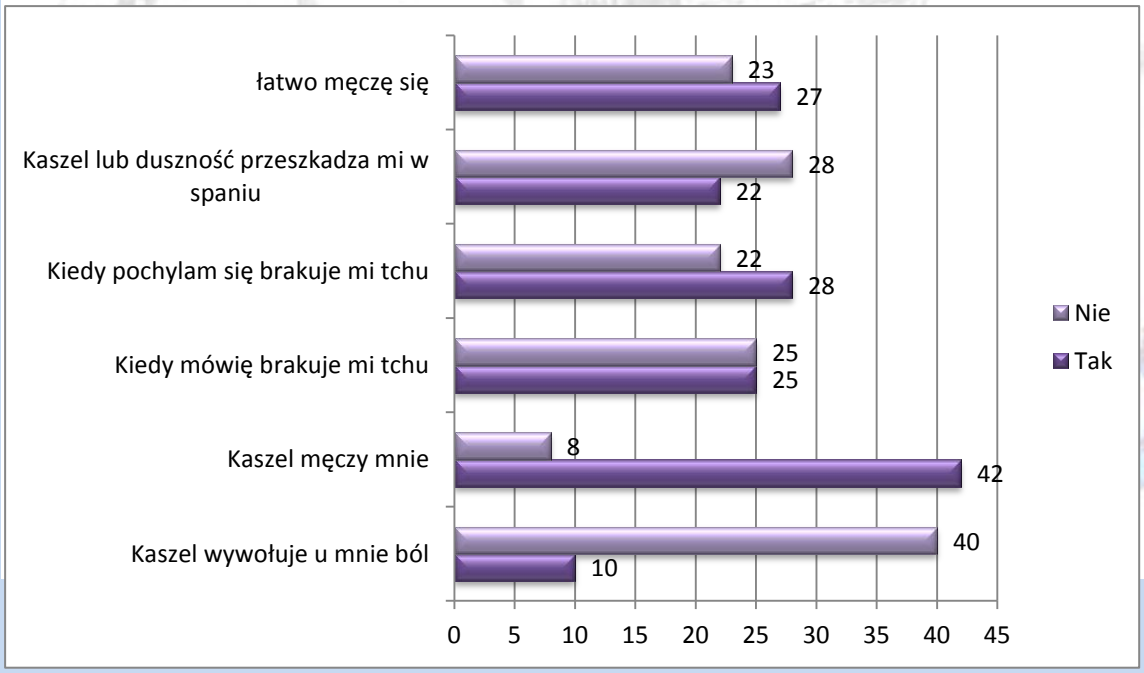

**Rycina 1** Wykonywania niektórych czynności przez pacjentów (1).

Osobom biorącym udział w badaniu zadano pytanie, czy aktualnie stan ich zdrowia pozwala na wykonywanie podanych czynności. 26 (52%) pacjentów oceniło, że w obecnym stanie mogą przesuwać przedmioty i sprzątać, natomiast 24 (48%) pacjentów miało problemy z wykonywaniem tych czynności. 17 (34%) pacjentów stwierdziło, że nie mają trudności w dźwiganiu i podnoszeniu przedmiotów, 33 (66%) pacjentów natomiast miało takie problemy. 12 (24%) pacjentów mogło pokonać pieszo kilka pięter, 38 (76%) pacjentów nie mogło tego wykonać. Natomiast jedno piętro mogło pokonać pieszo 39 (78%) pacjentów, a 11 (22%) stwierdziło, że choroba im na to nie pozwala (Rycina 1).



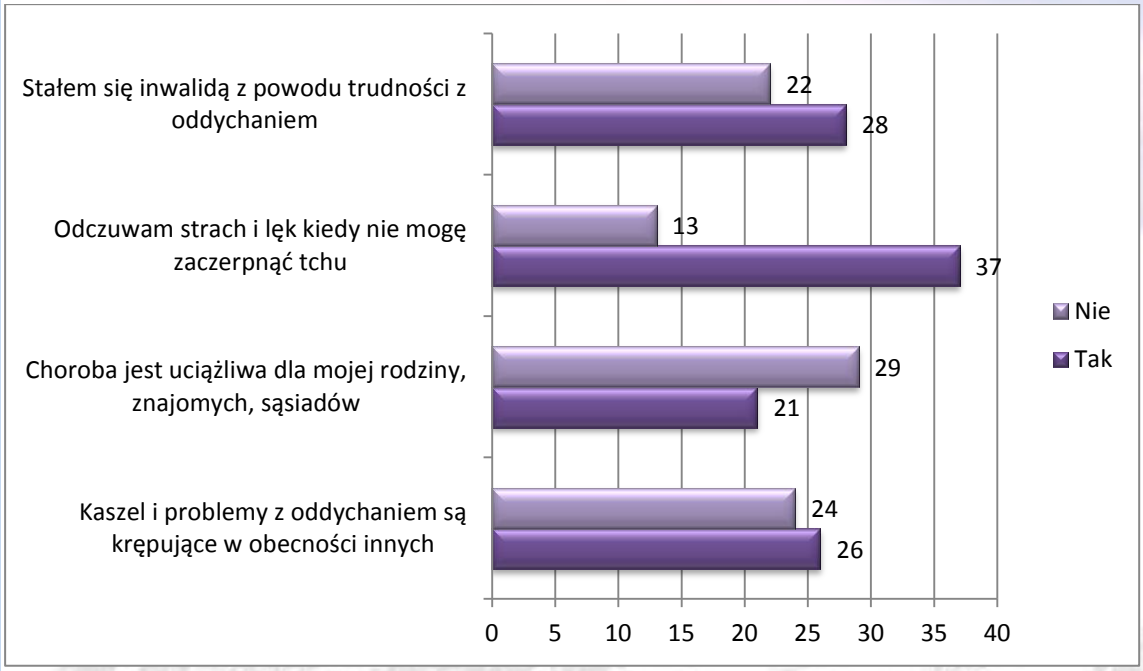

**Rycina 2** Możliwość wykonywania niektórych czynności przez pacjentów (2).

Ponad połowa – 27 (54%) pacjentów oceniło, że w obecnym stanie mogą schylać się lub przyklękać, natomiast 23 (46%) pacjentów miało problemy z wykonywaniem tych czynności. 15 (30%) pacjentów stwierdziło, że mogą spacerować około 1 kilometra, 35 (70%) pacjentów natomiast nie. Zdecydowana większość, bo 41 (82%) pacjentów mogło pokonać pieszo 200-300 metrów, 9 (18%) pacjentów nie mogło tego wykonać. Kąpiel nie była problemem dla 40 (80%), a ubieranie się dla 46 (92%) pacjentów (Rycina 2).




**Rycina 3** Odczucia towarzyszące objawom kaszlu i duszności.

Kolejne pytanie kwestionariusza dotyczyło określenia jakie odczucia i objawy towarzyszą występowaniu u tych chorych kaszlu i duszności. U 40 (80%) osób kaszel nie wywołuje bólu, natomiast 42 chorych (84%) stwierdza, że kaszel ich męczy. Prawie połowa badanych – 22 osoby (44%) twierdzi, że kaszel przeszkadza im w spaniu, 25 osób (50%) ma odczucie braku tchu podczas mówienia, 28 osób (56%) odczuwa brak tchu podczas schylania się, a 27 osób (54%) łatwo się męczy (Rycina 3).




**Rycina 4** Wpływ objawów choroby na życie chorych.

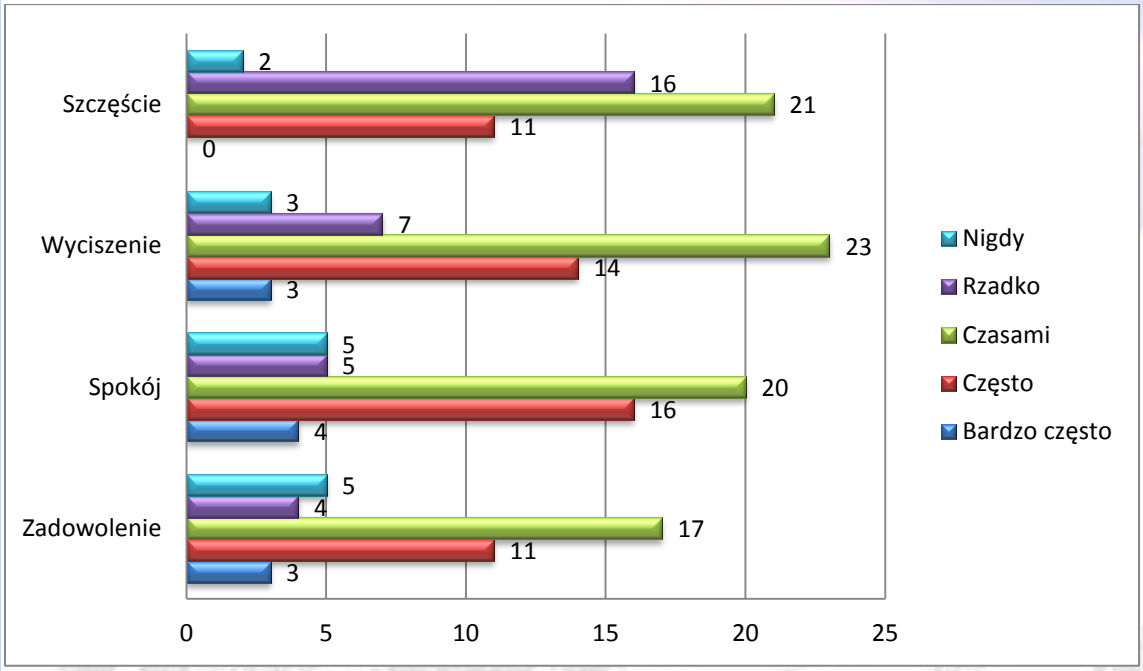
Osoby biorące udział w badaniu musiały określić występowanie konkretnych problemów w ich życiu. Dla 26 osób (52%) biorących udział w badaniu kaszel i problemy z oddychaniem są krępujące w obecności innych. 21 chorych (42%) uważa, że choroba jest uciążliwa dla ich rodziny i znajomych. Zdecydowana większość, bo 37 osób (74%) odczuwa strach i lęk, gdy nie mogą zaczerpnąć tchu. Ponad połowa badanych – 28 osób (56%) uważa, że stali się inwalidami z powodu trudności w oddychaniu (Rycina 4).

**Wpływ choroby na funkcjonowanie psychiczne**

Chorzy na POChP biorący udział w badaniu odpowiadali na pytania związane z odczuciami towarzyszącymi chorobie. Spośród ankietowanych 40 osób (80%) jest pogodzonych z chorobą, a tylko 7 osób (14%) deklaruje, że nigdy nie pogodzą się z chorobą. Zapytano chorych czy POChP wpływa na samopoczucie i stan psychiczny. U 35 ankietowanych (70%) choroba wpływa na samopoczucie i stan psychiczny, a u 15 (30%) schorzenie nie ma wpływu. Spośród 35 pacjentów, którzy odpowiedzieli

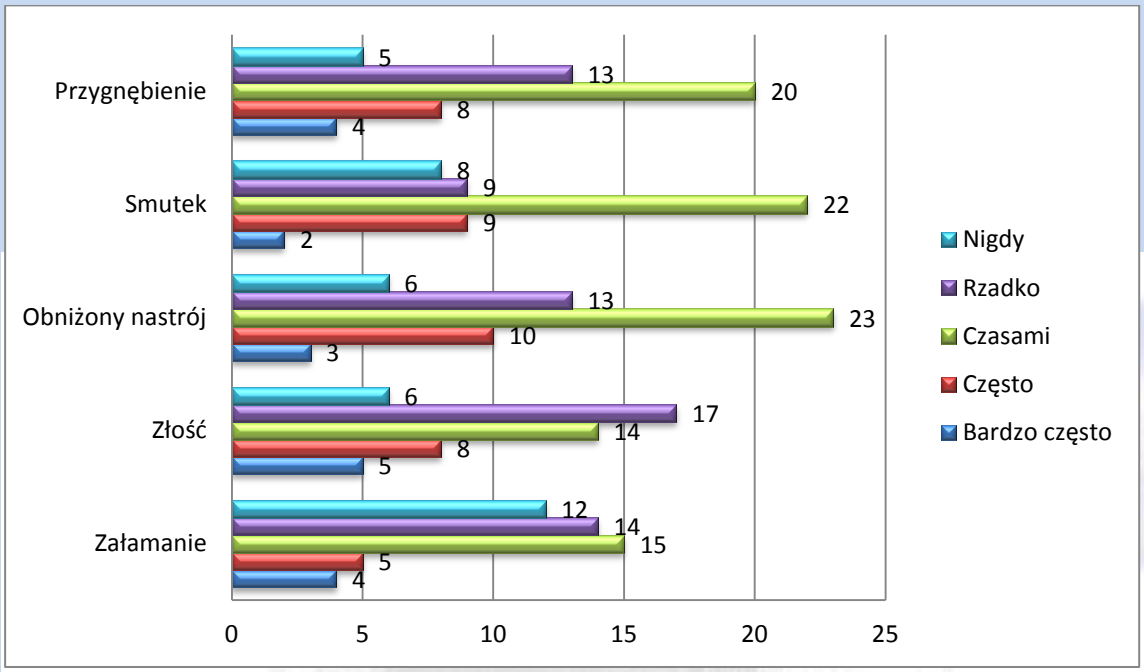
twierdząco na pytanie: jak często w ciągu ostatniego miesiąca choroba wpływała na stan emocjonalny, 26 osób (75%) stwierdziło, że czasami i często choroba wpływała na ich stan emocjonalny, 6 osób (17%) rzadko, a w przypadku 3 osób (8%) bardzo często.

Ryciny 5 i 6 przedstawiają odpowiedzi pacjentów biorących udział w badaniu na pytanie o częstość występowania uczuć zwiazanych z chorobą w ciągu ostatniego miesiąca.




**Rycina 5** Uczucia towarzyszące chorych w ciągu ostatniego miesiąca.

Pacjenci określili, że uczucie szczęścia odczuwało często 11 (22%) osób, czasami – 21 (42%) osób, a rzadko – 16 (32%) osób. Uczucie wyciszenia w ciągu ostatniego miesiąca towarzyszyło bardzo często 3 (6%) osobom, często – 14 (28%), czasami – 23 (46%), rzadko – 7 (14%) i nigdy 3 (6%) osobom. Uczucie spokoju odczuwało bardzo często 4 (8%) osoby, często – 16 (32%), czasami – 20 (40%), rzadko i nigdy po 5 (10%) osób. Uczucie zadowolenia towarzyszyło w ciągu ostatniego miesiąca bardzo często 3 (6%) osobom, często – 11 (22%), czasami – 17 (34%), rzadko – 4 (8%), a nigdy 5 osobom (10%).



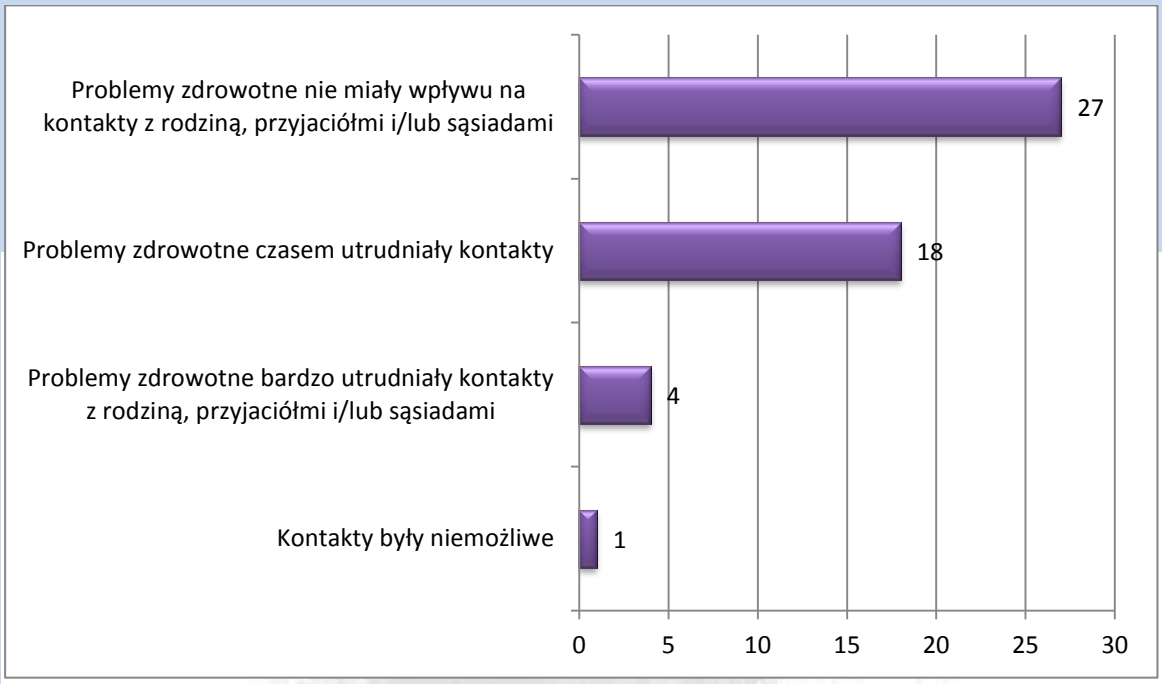

**Rycina 6** Uczucia towarzyszące chorym w ciągu ostatniego miesiąca.

W ciągu ostatniego miesiąca uczucie przygnębienia towarzyszyło bardzo często 4 (8%) osobom, często – 8 (16%), czasami – 20 (40%), rzadko – 13 (26%), a nigdy 5 (10%) osobom. Smutek odczuwało bardzo często 2 (4%) osoby, często – 9 (18%), czasami – 22 (44%), rzadko – 9 (18%), a nigdy 8 (16%) osób. Obniżony nastrój towarzyszył bardzo często 3 (6%) osobom, często – 10 (20%), czasami – 23 (46%), rzadko – 13 (26%), a 6 (12%) osobom nigdy. Uczucie złości w ciągu ostatniego miesiąca odczuwało bardzo często 5 (10%) osób, często – 8 (16%), czasami – 14 (28%), 17 (34%) rzadko, a 6 (12%) osób nigdy. Załamanie z powodu choroby w ostatnim miesiącu 4 osoby (8%) odczuwało bardzo często, 5 (10%) często, 15 (30%) czasami, 14 (28%) rzadko, a 12 osób (24%) nidgy.

**Wpływ choroby na funkcjonowanie społeczne**

Chorzy na POChP biorący udział w badaniu odpowiedzieli na pytania dotyczące wpływu choroby na ich funkcjonowanie społeczne. W pierwszej kolejności zadano pytanie, czy choroba zmieniła podejście innych osób do osób biorących udział w badaniu. Większość chorych – 33 osoby (58%) nie widzi różnicy w podejściu innych do siebie przed zachorowaniem i obecnie, tylko 17 osób (42%) widzi zmianę podejścia.

Kolejne pytanie dotyczyło oceny, czy problemy zdrowotne chorych wpływają na kontakty towarzyskie z rodziną, przyjaciółmi i sąsiadami.



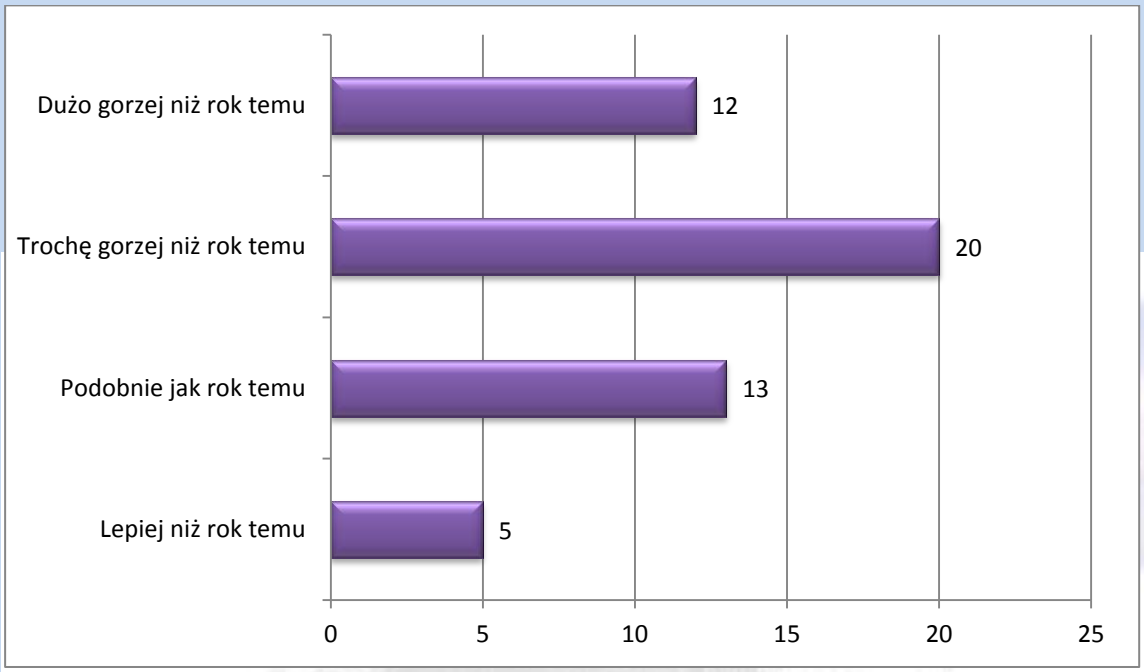

**Rycina 7** Wpływ problemów zdrowotnych na kontakty towarzyskie z rodziną, przyjaciółmi i sąsiadami.

POChP nie miało wpływu na kontakty z rodziną i innymi osobami u 27 osób (54%), u 18 osób (36%) czasami kontakty były utrudnione, natomiast dla 5 osób (10%) kontakty były niemożliwe lub bardzo utrudnione (Rycina 7).

Kolejne pytanie dotyczyło subiektywnej oceny przez chorych biorących udział w badaniu ich możliwości samoopieki. Tylko 7 ankietowanych (14%) jest uzależnionych od pomocy innych, większość – 26 osób (52%) potrzebuje czasami pomocy w cięższych czynnościach, a 17 osób (34%) jest całkowicie samodzielnych.

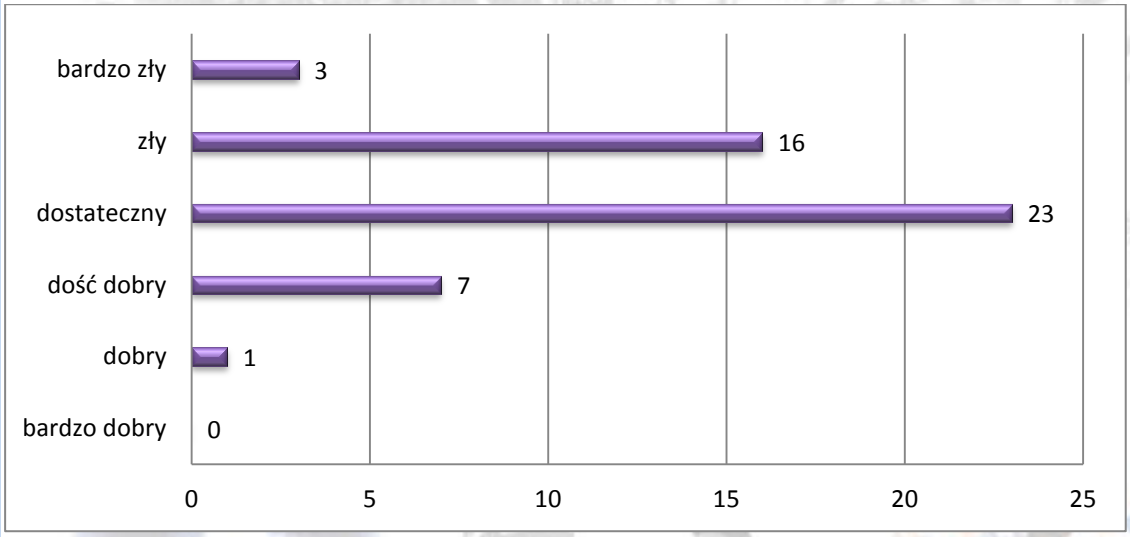
**Generalna ocena stanu zdrowia i funkcjonowania**

Chorzy biorący udział w badaniu zostali zapytani o ogólną ocenę ich stanu zdrowia w porównaniu ze stanem sprzed roku.




**Rycina 8** Ocena stanu zdrowia w porównaniu z tym sprzed roku.

20 osób (40%) oceniło swój stan zdrowia trochę gorzej niż rok temu, dużo gorzej niż rok temu – 12 osób (22%), podobnie jak rok temu – 13 osób (26%), tylko 5 osob (10%) swój stan zdrowia oceniło lepiej niż rok temu (Rycina 8).




**Rycina 9** Subiektywna ogólna ocena stanu zdrowia dokonana przez osoby biorące udział w badaniu.

Pacjenci z POChP zostali również poproszeni o ocenę ich aktualnego stanu zdrowia. Większość ankietowanych 23 osoby (46%) ocenia swój stan zdrowia jako dostateczny, 8 osób (16%) jako dobry i dość dobry, 16 osób (32%) jako zły i 3 osoby (6%) jako bardzo zły (Rycina 9).

**Dyskusja.** Przewlekła obturacyjna choroba płuc należy obecnie do jednych z ważniejszych problemów związanych ze zdrowiem publicznym. Choroba jest ważnym problemem, ponieważ jest jedną z głównych przyczyn obniżonej sprawności, przewlekłej chorobowości jak również i umieralności. Dotyczy to zarówno Polski jak i populacji na całym świecie. W roku 2004 choroba ta zajmowała 4 miejsce wśród przyczyn zgonów [1]. Jak już wspomniano we wstępie, bardzo ważne jest nie tylko przedłużanie życia chorych, ale także należy zwracać uwagę na to, aby jakość tego życia była możliwie najwyższa. Dlatego też w ochronie zdrowia coraz więcej jest badań dotyczących oceny jakości życia chorych zależnej od stanu zdrowia. Jest to subiektywna ocena wpływu choroby na funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne dokonywana przez chorych.

Przedstawione badania przeprowadzono na grupie 50 chorych na POChP w jednym z warszawskich szpitali. Większość stanowili mężczyźni, znaczną część grupy tworzyli emeryci i renciści po 50 roku życia. Zdecydowana większość wykonywała pracę fizyczną.

U większości osób badanych choroba została rozpoznana po 50 roku życia. Głównymi objawem objawami choroby, które występowały u osób badanych przed rozpoznaniem choroby były kaszel i duszność wysiłkowa. Tylko 8 osób spośród 50 nigdy nie paliło papierosów (obecnie nie pali 38 osób). U połowy ankietowanych zaostrzenia choroby w ciągu ostatniego roku występowały raz w miesiącu lub co 2-3 miesiące. Ponad połowa chorych korzystała z porad lekarza rodzinnego przynajmniej raz na 3 miesiące. Ponad 70% ankietowanych była w ostatnich miesiącach hospitalizowana. Większość chorych przyjmuje leki 2 razy lub częściej w ciągu dnia. Przyjmowanie leków większości nie sprawia trudności. Prawie wszyscy przyjmują leki systematycznie.

W celu oceny wpływu POChP na funkcjonowanie fizyczne chorym zadano pytania dotyczące możliwości wykonywania przez nich niektórych czynności, takich jak: przesuwanie przedmiotów, sprzątanie, podnoszenie rzeczy, pokonywanie pieszo pięter, schylanie się i klękanie, spacer, kąpiel, ubieranie się. W badanej grupie największe ograniczenia występowały w przypadku dźwigania i podnoszenia rzeczy, pokonywania pieszo kilku pięter oraz spaceru długości około i ponad 1 km. Większość badanych nie miała problemu z pokonaniem pieszo 1 piętra, pokonaniem pieszo ok. 200-300 m, z kąpielą i ubieraniem się. Wyniki te potwierdzają badania Borosa i Lubińskiego, którzy w badaniach przekrojowych przeprowadzonych na bardzo dużej grupie chorych na POChP (9310 osób) 31% tej grupy nie miało żadnych problemów związanych z chodzeniem. W

badaniach Borosa i Lubińskiego prawie 60% nie zgłaszała żadnych problemów związanych z samo opieką, a 41% osób nie zgłaszało problemów związanych ze zwykłymi, codziennymi aktywnościami [15].

Najczęstszymi objawami POChP, które wywierają największy wpływ na funkcjonowanie chorych jest duszność i kaszel z odksztuszaniem wydzieliny. Ponad 80% osób biorących udział w badaniu stwierdziło, że kaszel je męczy, ponad 40% stwierdziło, że kaszel i duszność przeszkadza im w spaniu, ponad połowa określiła, że w czasie pochylania brakuje im tchu, dla połowy badanych ten problem występuje podczas mówienia. Większość, 80% badanych stwierdziło, że kaszel nie wywołuje u nich bólu. Katarzyna Kieczka w badaniach jakości życia chorych na astmę i POChP w województwie mazowieckim i lubelskim na grupie 100 osób zaobserwowała, że u 28% chorych kaszel wywołuje ból, a dla ponad 80% jest objawem męczącym, ponad 60% badanych zgłaszało, że kaszel i duszność przeszkadza im podczas snu, odczuwa brak tchu podczas mówienia, a ponad 70% podczas schylania się [16]. W badaniach Borosa i Lubińskiego 40.5% badanych nie obserwuje bólu i dyskomfortu związanego z chorobą [15].

W grupie badanej do celów tej pracy ponad 70% osób odczuwa strach i lęk kiedy nie mogą zaczerpnąć powietrza. Ponad 40% uważa, że z powodu trudności z oddychaniem stali się inwalidami. W baniach K. Kieczki prawie połowa badanych odczuwa strach i lęk kiedy nie mogą zaczerpnąć tchu, a ponad 80% uważa się za inwalidę z powodu trudności z oddychaniem [16].

W badaniach do celów tej pracy 80% osób stwierdziło, że jest pogodzona z chorobą. Stwierdzili oni jednak, że choroba ma wpływ na ich samopoczucie i stan emocjonalny. Chorych tych zapytano o częstość występowania takich uczuć jak: szczęście, zadowolenie, spokój, wyciszenie. Ponad 60% osób przyznało, że często i czasami odczuwa szczęście. Podobne wyniki obserwowano w przypadku pozostałych uczuć pozytywnych. W przypadku oceny występowania tzw. uczuć negatywnych chorzy byli zapytania o częstość występowania smutku, przygnębienia, obniżonego nastroju, złości i załamania. Ponad 60% osób określiło, że obniżony nastrój, smutek i przygnębienie występuje u nich często lub czasami, przygnębienie i obniżony nastrój występował rzadko u ponad 20% osób. Załamanie i złość u około 40% występowały często lub czasami, natomiast u około 60% występowały rzadko lub nigdy. W badaniach Borosa i Lubińskiego depresję i lęk z powodu choroby odczuwa prawie 46% chorych [15].

Badając wpływ choroby na funkcjonowanie społeczne oceniano m.in., czy choroba wpłynęła na podejście innych osób do osób biorących udział w badaniu. Większość z nich nie zauważyła takiej zmiany. Ponad połowa tych osób stwierdziła również, że problemy zdrowotne nie miały wpływu na kontakty z rodziną i innymi osobami. Natomiast dla ponad połowy kaszel i problemy z oddychaniem były krepujące w obecności innych, a w ocenie ponad 40% osób choroba jest uciążliwa dla rodziny i znajomych. W badaniach Kieczki ponad 60% badanych stwierdziła, że kaszel i problemy z oddychaniem są krępujące w obecności innych osób i podobnie jak w badaniach własnych ponad 40% osób stwierdziło, że choroba jest uciążliwa dla rodziny i znajomych [16].

W badaniach wpływu choroby na funkcjonowanie pacjentów ważna jest również generalna ocena stanu zdrowia przez tych chorych, jak również porównanie stanu zdrowia obecnego i tego, jaki był przed rokiem. Prawie połowa (46%) osób biorących udział w badaniu określiła swój obecny stan zdrowia jako dostateczny, prawie 40% osób jako zły lub bardzo zły. Natomiast porównując ze stanem zdrowia sprzed roku 64% osób stwierdziło, że ich stan zdrowia jest trochę lub dużo gorszy niż rok temu.

Jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc jest uwarunkowana przez wiele przyczyn, między innymi przez występowanie duszności, depresji, lęku i nietolerancji wysiłku [17]. Większość badań jakości życia tych chorych przeprowadzana jest przy użyciu kwestionariuszy wystandaryzowanych swoistych lub ogólnych. Badania do celów tej pracy zostały przeprowadzone na grupie 50 osób w jednym ze szpitali w Warszawie. Wykorzystany został kwestionariusz autorski. Przeprowadzone badania oraz analiza wyników wskazują na potrzebę poszerzenia grupy badanych chorych, zastosowanie większej ilości zmiennych, jak również przeprowadzenie analizy porównawczej między nimi. Zasadna jest ocena wpływu poszczególnych zmiennych i objawów choroby, jak również np. rehabilitacji na funkcjonowanie tych chorych. Ważne i zasadne wydaje się dokonanie oceny jakości życia przez rodziny chorych na POChP. Wykonanie badań przy użyciu narzędzia wystandaryzowanego i dokonanie obliczeń statystycznych dałoby możliwość porównywania wyników i ich uogólnienia na całą populację chorych na POChP. Te poszerzone badania, nowe uzyskane wyniki i ich analiza umożliwiłyby pogłębienie wiedzy na temat funkcjonowania fizycznego i psychospołecznego tych chorych.

**Wnioski**

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że choroba POChP wpływa negatywnie na funkcjonowanie chorych. Wysunięto następujace wnioski:

1. Przewlekła obturacyjna choroba płuc wpływa negatywnie na funkcjonowanie fizyczne osób biorących udział w badaniu. Większość z nich ma problemy z wykonywaniem niektórych czynności życia codziennego. Objawy towarzyszace chorobie negatywnie wpływają na funkcjonowanie chorych.
2. Przewlekła obturacyjna choroba płuc wpływa negatywnie na samopoczucie i stan emocjonalny chorych, mimo że większość z nich jest pogodzona z chorobą. Chorzy określili, że zarówno tzw. uczucia pozytywne jak i negatywne występują w ich życiu z podobną częstotliwością.
3. Przewlekła obturacyjna choroba płuc wpływa negatywnie na funkcjonowanie społeczne. Połowa chorych oceniła, że stosunek innych osób do nich nie zmienił się. Zauważają oni, że objawy choroby są dla nich krępujące w obecności innych oraz że objawy choroby mogą być krępujące dla otoczenia.
4. Wiekszość chorych na POChP biorących udział w badaniu określiło swój stan zdrowia jako dostateczny lub zły w porównaniu ze stanem zdrowia sprzed roku.

**Piśmiennictwo**


1. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K, Sury M i wsp. Ocena funkcjonowania pacjentów w starszym wieku w odniesieniu do jakości życia w świetle kwestionariusza Oceny Przewlekle Chorych. Probl Hig Epidemiol 2009;90(4):596-576.
2. Jasik A, Marcinkowska-Suchowierska E. Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Post Nauk Med 2010;5:340-345.
3. Szczeklik A (red). Choroby wewnętrzne. Tom 1. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005, 522-530.
4. Malinowska-Lipień I, Starzec G, Gabryś T i wsp. Poziom wiedzy pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc na temat wpływu nikotynizmu na rozwój choroby. Wyniki wstępne. Probl Piel 2007;15(1):39-43.
5. Wiatr E (red). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). Pneumonol Alergol Pol 2004;72:1-28.

6. Płusa T (red). Astma oskrzelowa i przewlekła obturacyjna choroba płuc. Wyd. Medpress, Warszawa 2001, 11-49.
7. Kasibowska-Kuźniar K, Jankowska R, Kuźniar T. Wpływ rehabilitacji oddechowej na jakość zycia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP). Wiad Lek 2007; 60(3-4):158-164.
8. Górka L, Krajnik M, Demps-Kostańska I i wsp. Potrzeba paliatywnej opieki u chorych na ciężką postać POChP – badanie ankietowe. Med Paliat 2009;3:115-118.
9. Lubiński W. Przewlekła obturacyjna choroba płuc u starszych osób. Geriatria 2008;2:151-156.
10. GawryśJ, Jaczewska-Maryjaszczyk J, Banaś i wsp. Nowy kierunek leczenia POChP. Geriatria 2010;4:199-202.
11. Pawliczak R. Meandry terapii astmy oskrzelowej i POChP – czy lekarz powinien myśleć? Alergia 2008;2:31-35.
12. Osiadło G, Dzierżęga J. Skuteczność kinezyterapii oddechowej w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. Wiad Lek 2007; LX(9-10):418-421.
13. Curtis JR. Opieka paliatywna oraz opieka końcowego okresu życia u chorych na ciężką postać POChP. Med Paliat 2009; 3(3):134-143.
14. Bąk-Drabik K, Ziora D. Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. Pneumonol Alergol Pol 2004,72,128-133.
15. Boros P, Lubiński W. Health state and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Poland. Pol Arch Med Wew 2012;122(3):73-81.
16. Kieczka KM. Jakość życia chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc mieszkających w województwie mazowieckim i lubelskim. Pielęgniarstwo XXI wieku 2010;30-31(1-2):17-23.
17. Tsiligianni I, Kocks J, Tzanakis N, i wsp. Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a systematic review and meta-analisis of Pearson correlations. Prim Care Respr J 2011;20(3): 257-268.

**Kontakt na autora:**

Dr n. med. Jolanta Kowalik

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Wydział Rehabilitacji, Samodzielny Zakład Pielęgniarstwa

E-mal: jolantakowalik@gmail.com

# GYNEKOLOGICKÁ TUBERKULÓZA - NEZNÁMA, STÁLE PRÍTOMNÁ

Ivana Harvanová, Róbert Harvan
Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva. Ružomberok

## Úvod

Samotný pojem tuberkulóza (ďalej tbc) je zastrašujúci, verejnosť ju naďalej vníma negatívne a spája ju s nižšou spoločenskou vrstvou, čo už dnes pravdou zväčša nie je, pokiaľ hovoríme o mimopľúcnej forme tbc. Gynekologická tuberkulóza patrí k mimopľúcnej forme tbc, ktorá postihuje ženský genitál od vaječníkov, maternice po vonkajšie rodidlá. Naša prednáška má za úlohu ozrejmiť zdravotníckej verejnosti toto ochorenie, aby sa na ňu nezabúdalo pri diagnostike ženských problémov, keďže symptomatológia je málo zjavná a môže pripomínať rad iných diagnóz. Cieľom našej prednášky priblížiť samotnú diagnózu, ako aj kvalitu života a psychické prežívanie pacientky s ochorením gynekologická tbc.

## Charakteristika gynekologickej tuberkulózy

Pôvodcom ochorenia tuberkulóza sú mykobaktérie - Mykobacterium tuberculosis, ktorého názov Kochov bacil (BK) pochádza od jeho objaviteľa Róberta Kocha (1882). Ochorenie sa vyskytuje ako primárna infekcia – najmä pri pľúcnej tbc, alebo metastazuje z primárneho ložiska do okolitých orgánov a systémov lymfogénnou, či hematogénnou cestou – najčastnejšia príčina mimopľúcnej tbc. Ženská genitálna tbc vzniká najčastejšie práve diseminácou mykobaktérií hematogénnou cestou. Bránou vstupu mykobaktérií do organizmu sú dýchacie cesty, čo potvrdzuje prevaha pľúcnych foriem tuberkulózy. Menej častými vstupnými bránami sú tráviaci trakt, koža, mandle, sliznica nosohltanu, očné spojovky a pod. [2, 5]. Príčina ochorenia nie je známa. Môže ísť o recidivujúci proces po prekonanej pľúcnej tbc napr. v detstve, o ktorej pacient ani nemusí vedieť, alebo sa tbc vyskytuje v rodine pacientky. V prípade súčasného pľúcneho tbc procesu a zároveň gynekologickej tbc hovoríme o synchrónnej včasnej genitálnej tbc [5]. Tbc ženskej pohlavnej sústavy postihuje najčastejšie vajíčkovody, potom vaječníky, endometrium, ale aj vulvu, vaginálnu oblasť, hrdlo maternice či prsnú žľazu (Obr. 1). Prognóza ochorenia je pri zachovanej citlivosti na základné AT, dodržaní liečebných režimov a ich dĺžky dobrá [2].

**Klinický obraz ochorenia**

Vo všeobecnosti sa morfologický nález prejaví všetkými typmi tbc zápalu (proliferatívny, exsudatívny) aj prítomnosťou tuberkulov (typické tbc uzlíky) s centrálnou kazeóznou nekrózou (tvarohovitá masa v strede uzlíka). Spomínané prejavy sú nebezpečné najmä rizikom ich prechodov do zrastov, ktoré sú častou príčinou sterility, infertility a chronických bolestí.

Klinicky sa gynekologická tbc ďalej prejavuje chronickými a recidivujúcimi adnexitídami, endometritídami, ktoré spôsobujú bolesti podbruška a krížov (syndróm „pelvic pain"), ktoré však nereagujú na nešpecifickú antibiotickú a antiflogistickú liečbu. Endometritída sa môže prejavovať aj amenoreou, či abnormálnym krvácaním a pyometriou [5]. U žien s ganekologickou tbc sa však najčastejšie vyskytuje infertilita, abnormálne krvácanie, amenorea a spomínaný syndróm „pelvic pain".

Podľa toho, ktorú časť ženského genitálu postihuje tbc sú špecifické aj jednotlivé príznaky aj samotný vznik. *Tbc vajíčkovodov* vzniká najmä hematogénnou cestou z primárneho pľúcneho ložiska, lymfogénnou cestou z gastrointestinálneho traktu, alebo priamym prechodom infekcie z močového mechúra. Príznaky sa prejavia prítomnosťou tbc granulómov s charakteristickou kazeifikáciou, ktoré môžu viesť k vzniku zrastov, alebo po čase granulómy fibrotizujú a kalcifikujú. Rizikom pri obojstrannom postihnutí je sterilita. *Tbc vaječníkov* sa taktiež prejavuje vznikom granulómov a zvyčajne adheruje k vajíčkovodom. *Tbc zápal pobrušnice* ja často vyskytuje u imunosupresívnych osôb a vzniká sekundárnym rozsevom z ložiska v panvovej, alebo brušnej dutine. Prejavuje sa malými sivými uzlíkmi na peritoneu, ktoré často sprevádza ascites. *Tbc endometritída* sa môže vyskytnúť v každom veku a je druhou najčastejšou v rebríčku gynekologického tbc postihnutia, pričom vzniká prenesením infekcie z vajíčkovodov. Taktiež sa prejaví vznikom granulómov, ktorých dôkaz sa získa kyretážou maternice. *Tbc hrdla maternice* (tbc cervicitis) je problematické z hľadiska nejasnej a nešpecifickej symptomatológie (taktiež prítomné granulómy), ktorá evokuje napríklad cervikálny karcinóm, či nešpecifickú cervicitídu. Podobné je to aj s tbc *vaginitídou* a *vulvitídou*, ktoré sa javia skôr ako ulcerácie, aj granulómami. Priebeh ochorenia je zväčša nebolestivý a v polovici prípadov sa nevyskytuje abnormálne menštruačné krvácanie. Zvyšná polovica prípadov gynekologickej tbc sa prejaví oligomenoreou, poprípade amenoreou. Tlak a bolesti podbruška sú pri diferenciálnej diagnostike problémom, ktorý sťažuje rozlíšenie diagnózy od príznakov apendicitídy [2].

**Liečba gynekologickej tuberkulózy**

Základom liečby je správne nastavenie a užívanie antituberkulotík (AT). V prvých 2 mesiacoch sa užíva 3-kombinácia AT, v nasledujúcich 4 mesiacoch 2-kombinácia AT, ktorú samozrejme stanoví gynekológ s ohľadom na základné fyziologické faktory. V niektorých prípadoch sa indikuje hystrektómia s obojstrannou adnexektómiou, najmä u žien s pokročilou chorobou a vo vyššom veku [5].

Výskumy ukázali, že tbc nekomplikuje pôrod a rizikové obdobie nastáva skôr po pôrode, je nutné poznať vplyv ochorenia a jeho liečby na plod a novorodenca. Liečba je tak ako aj diagnostika sťažená, užívanie AT podlieha prísnej kontrole a obmedzeniam, vzhľadom na ich možné teratogénne účinky. Žena s aktívnou tbc môže užívať aj 4-kombináciu AT, avšak je v tomto prípade nutná izolácia matky od dieťaťa. U tehotných žien vzniká riziko prenosu tbc z matky na plod, poprípade hrozí infikovanie dieťaťa pri dojčení. Ak žena nie je infekčná, dojčiť môže [5].

**Diagnostika**

Napriek moderným vyšetrovacím metódam určených pre diagnostiku ženskej genitálne tbc, je stanovenie diagnózy problematické z dôvodu nešpecifickosti klinických príznakov, anatomických pomerov vnútorných genitálií, ako aj paubacilarity a nízkeho výskytu tejto choroby. Dôležitosť správnej diagnostiky a následnej liečby nemusíme ani zdôrazňovať, pretože táto forma tbc môže negatívne ovplyvniť reprodukčnú funkciu ženy celoživotnou stigmatizáciou. Pre diagnostiku tbc je nutná hospitalizácia, keďže tento proces je zdĺhavejší a vyžaduje mnohé postupy [1].

Hlavným faktorom je zistenie prítomnosti mykobaktérií – BK, na základe mikroskopického a kultivačného vyšetrenia dobratého moču, spúta, menštruačnej krvi, cervikálneho hlienu, či vaginálneho flóru [5]. Významný je tuberkulínový kožný test podľa Mantouxovej, nazývaný Mantoux podľa Kreibicha, kedy sa aplikuje 0,1 ml čisteného tuberkulínu do podkožia na predlaktí, pravej a ľavej strane podbruška a sleduje sa reakcia na tuberkulín vo forme začervenania, opuchu miesta vpichu, svrbenia či pálenia (Obr. 2). Test sa odčítava po 24, 48 a 72 hodinách [4].

Ďalší dôkaz prítomnosti BK nám potvrdí aj histológia materiálu získaného pri invazívnych aj vyšetrovacích metód (hysterosalpingografia, hysteroskópia, diagnostickú videolaparoskópia). Tie sa však pre invazívnosť a ohrozenie zachovania fertility u mladých žien indikujú vtedy, keď predchádzajúce vyšetrenia nepriniesli exaktné dôkazy [5].

**Psychické prežívanie pacientky s gynekologickou tuberkulózou**

Pre dôkladné a presné stanovenie diagnózy je často nutná hospitalizácia pacientky podozrivej na ženskú genitálnu tbc. Samotná podstata fungovania ženy v rodine a spoločnosti je špecifická a preto každé ochorenie (a hlavne dlhodobé a nevyliečiteľné), či vyradenie z domáceho a pracovného života pôsobí na ženu ako stresový faktor, ktorý sa odrazí a dopadá na každú oblasť je života. V konečnom dôsledku sa podpíše aj na fungovaní rodiny a jej jednotlivých členov. Toto sú dôvody pre profesionálnu a empatickú prácu s pacientkou počas hospitalizácie, ktorá zväčša trvá týždeň pre diagnostiku a po potvrdení diagnózy približne mesiac z dôvodu nastavenia liečby, sledovania ich účinkov a kontrolných vyšetrení počas liečby. Samozrejme aj po prepustení do domáceho prostredia pacientka naďalej užíva lieky, dodržiava zásady životosprávy a podstupuje pravidelné kontroly u svojho gynekológa.

Po dôkladnej informovanosti pacientky, edukácii a po nastavení vhodnej liečby je situácia stabilizovaná aj v oblasti psychiky a emocionality pacientky. Ochorenie v liečbe pacientka zvláda relatívne pokojne, pretože komplikácie nehrozia vzhľadom na pokrytie AT. Sestra ako edukátorka sa zameriava na poučenie pacientky o novej úlohe, ktorú bude zastávať ako pacient – rodič, pacient – vychovávateľ a pripraví partnera a členov rodiny na novú situáciu v rodine. Ak ide o mladú ženu, sestra pomáha zvládať jej záťažovú situáciu prostredníctvom rodičov a známych so zreteľom na budúcnosť a pozitívne myslenie, keďže choroba je liečiteľná, no vyžaduje len trpezlivý a dlhodobý precízny režim.

Užívanie AT je náročné – pôsobia nepriaznivo na celý organizmus, orgány a sústavy, sú agresívne a spôsobujú rad nežiaducich účinkov. K najzávažnejším patrí možnosť porúch sluchu, alebo poškodenie zraku, z čoho vyplýva nutnosť pravidelných kontrol ORL oblasti a očí. Sestra poučí pacientku o užití AT počas dňa tak, aby si dávku liekov rozdelila na viacero časových odstupov, keďže spôsobujú žalúdočné problémy, nauzeu, bolesti žalúdka, alebo vracanie. Môžu spôsobiť svrbenie pokožky celého tela, potenie, nevoľnosť, vyvolávajú pocit akoby mal pacient chrípku, zvýšenie telesnej teploty, upozorníme pacientku, že sfarbujú moč, pot, sliny a slzy na oranžovo (obr. 3) [3].

Každé ochorenie pôsobí na človeka nepriaznivo a ovplyvňuje jeho správanie, reakcie, emocionalitu a niektoré rysy osobnosti, pričom to výrazne ovplyvňuje samotná osobnosť chorého i vekové obdobie, v ktorom sa pacient nachádza. Na celé prežívanie ochorenia vplýva samozrejme predchádzajúca skúsenosť i osobnosť zdravotníckeho pracovníka, ktorý disponuje odbornými vedomosťami, profesionálnym prístupom,

schopnosťou správne využívať komunikáciu, psychológiu, empatiu a psychohygienu. Gynekológia si vyžaduje uplatnenie psychológie so zreteľom na bio-psycho-sociálny vývin ženy a rolu, ktorá je pre ženu typická. Vzhľadom na ženskosť je potrebné zamerať pozornosť najmä na psychický stav a sociálne pozadie jej života, ktorý toto dlhodobé ochorenie značne postihne. K základným intervenciám patrí: vytvorenie pozitívneho vzťahu medzi zdravotníkom a pacientkou, znižovať obavy a strach, ohľaduplné a taktné jednanie, vhodná komunikácia, umožnenie kontaktu s príbuznými, na základe psychosociálnej anamnézy poskytnúť psychologickú pomoc ženám, ktoré sú náchylnejšie, citlivejšie, pomoc pri identifikácii ženskej roly a vytvorení podmienok pre plnenie sociálnych rolí, ktoré s ženstvom súvisia, poskytnutie pomoci pri zmene sebaponímania ako dôsledku zníženého sebavedomia až menejcennosti v súvislosti so zmenami vyplývajúcich z ochorenia [4, 6].

**Záver**

Gynekologická tbc postihuje prevažne mladé ženy vo veku 20-40 rokov, čo v sebe zahŕňa hneď niekoľko problémov, s ktorými sa sestra pomáha pacientke vysporiadať, aby mohla naďalej viesť plnohodnotný život, čo nie je pri gynekologickej tbc problémom [2]. Naďalej ostáva dôležitý najmä fakt, že ide o málo známu chorobu o ktorej sa veľa nehovorí a na ktorú sa pri gynekologických ťažkostiach nemyslí. Dopady takéhoto postupu nepriaznivo ovplyvnia celý život pacientky, či už pre pretrvávajúce ťažkosti, ktoré nereagujú na žiadnu liečbu, neustále neprínosné hospitalizácie a napokon sa dotknú pacientky ako ženy, ktorú ovplyvnia v partnerskom, sexuálnom a osobnom živote.

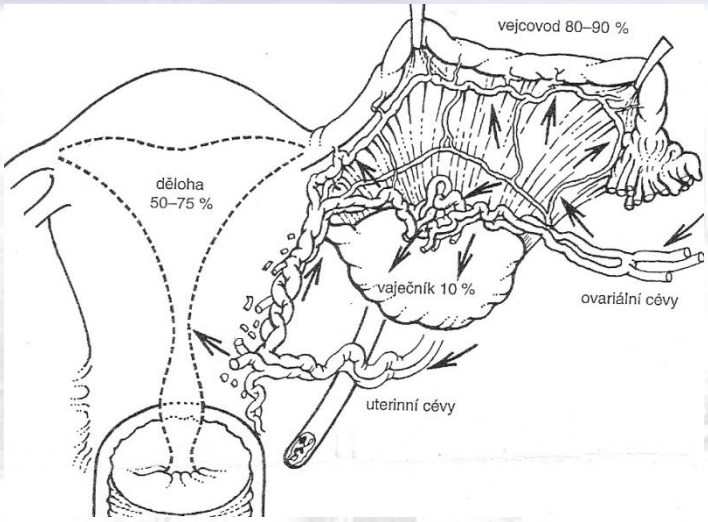
**POUŽITÁ LITERATÚRA**


1. ADAM, R., REFKOVÁ, Z. Poznámky k súčasným možnostiam diagnostiky ženskej genitálnej tuberkulózy. In *Studia pneumologica phtiseologica*. Martin : Osveta. ISSN 0371-2222, 1997, roč. 57, č. 4, s. 162-164.
2. NETVAL, M. et al. Mimolicní tuberkulóza. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 152 s. ISBN 80-247-0654-7
3. NETVAL, M. Ortopedická tuberkulóza. 1vyd. Praha : TRITON, 2002. 127 s. ISBN 80-7254-271-0
4. SOLOVIČ, I. et al. *Tuberkulóza pre prax sestry*. 1. vyd. Ružomberok : VERBUM, 2010. 218 s. ISBN 978-80-8084-582-7.

5. SOLOVIČ, I. et al. *Tuberkulóza – vybrané kapitoly.* 1. vyd. Poprad : SLZA, 2008. 197 s. ISBN 978-80-970024-4-2.
6. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

**OBRÁZKY**

Obr. 1. *Percentuálny pomer postihnutia jednotlivých častí ženskej pohlavnej sústavy tuberkulózou (Zdroj: NETVAL, M. et al. Mimolicní tuberkulóza. 2004, s. 105)*




Obr. 2. *Príklad kožnej reakcie na intrakutánne podaný tuberkulín (Zdroj: autor)*

Obr. 3. *Nežiaduce účinky AT a parametre nutné monitorovať počas ich užívania (Zdroj: Netval. Ortopedická tuberkulóza. 2002, s. 60)*

| Názov AT | Nežiadúci účinok | Monitorovanie |
|---|---|---|
| INH | Periférna neuropatia, toxická psychóza, kožná reakcia, horúčka | ● hepatálne faktory (AST, ALT) |
| EMB | Neostré videnie, porucha farbocitu, kožná reakcia | ● renálne funkcie<br>● očné vyšetrenie |
| STM | Porucha vestibulárneho aparátu, ototoxicita | ● audiogram |
| RIF | Renálne poškodenie, kožná reakcia, oranžové sfarbenie moču, potu, slín a sĺz, hepatitída, akútne renálne zlyhanie, trombocytopenická purpura, chrípkový syndróm | ● kreatinín a urea, hepatálne faktory (AST, ALT), počet trombocytov |
| PZA | Hepatotoxicita, akútna dna, problémy gastraointestinálneho traktu, anorexia, nauzea | ● hepatálne faktory (AST, ALT), kyselina močová |

**Kontakt na autorov:**

Autor: Mgr. Ivana Harvanová, ivana.harvanova@gmail.com

Spoluautor: Mgr. Robert Harvan, robert.harvan@gmail.com

Adresa: Vyšné Hágy 26, Vysoké Tatry, 05984

Zamentnávateľ: Katolícka univerzita v Ružomberku, fakulta zdravotníctva, Nám. A. Hlinku 60, 034 01 Ružomberok

# PROBLEMY PIELĘGNACYJNE CHORYCH PO OPERACJI PRZESZCZEPIENIA PŁUC

Renata Mroczkowska, Bogusława Serzysko

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach
Zespół ds. promocji zawodów pielęgniarki i położnej
Katedra i Klinika Wad Wrodzonych Serca .Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej
Zespół ds. promocji zawodów pielęgniarki i położnej
Śląskie Centrum Chorób

## WSTĘP

Transplantacja płuc jest uznanym sposobem leczenia zarówno dorosłych, jak i dzieci z krańcowo zaawansowanymi zmianami w płucach. [1] Jednostkami chorobowymi najczęściej leczonymi tą metodą, określaną przez niektórych jako jedną z najtrudniejszych technicznie interwencji chirurgicznych, pozostają: uogólniona rozedma płuc, idiopatyczne włóknienie płuc, mukowiscydoza oraz pierwotne nadciśnienie płucne.[2] Chory po przeszczepie to bardzo specyficzny pacjent. Jest on związany z poradnią transplantacyjną oraz z pracującą tam pielęgniarką przez całe swoje życie, a opieka nad nim to kalejdoskop wszystkich dziedzin pielęgniarstwa od chirurgicznego począwszy, przez neurologiczne, dermatologiczne, kardiologiczne, pulmonologiczne, psychiatryczne na onkologicznym kończąc [3]

Opieka pielęgniarska nad chorym zarówno w pierwszych dobach po zabiegu jak i w późniejszym okresie jest uzależniona od specyfiki postępowania z przeszczepionym narządem. Powrót chorego do normalnego życia zależy w równej mierze od doświadczenia, zaangażowania i zorganizowania całego zespołu opiekującego się chorym zarówno w ośrodku transplantacyjnym , jak i w jego środowisku domowym . Jest to specyficzna opieka, która dała podwaliny nowej dziedzinie pielęgniarstwa jaką jest pielęgniarstwo transplantacyjne. W warunkach polskich niestety nadal brakuje fachowej literatury w tej materii, stąd konieczność stałej wymiany doświadczeń pomiędzy pielęgniarkami transplantacyjnymi a pielęgniarkami innych specjalności, które w trakcie wykonywania swojego zawodu mogą się zetknąć z pacjentem po przeszczepie płuc. Praca ta to zbiór wskazówek, które należy wziąć pod uwagę opracowując plan opieki pielęgnacyjnej dla takiego pacjenta.

**GŁÓWNE PROBLEMY PIELĘGNACYJNE**

We wczesnym okresie po przeszczepie na pierwszy plan wysuwa się monitorowanie wydolności krążeniowo – oddechowej chorego, czynności przeszczepu, procesu odrzucania, doznań bólowych, ryzyka zakażenia( płuca są narządem wyjątkowym z racji stałego narażenia na działanie środowiska zewnętrznego) funkcjonowania innych narządów (np. nerek) Przedstawione zadania są możliwe do zrealizowania tylko dzięki ścisłej współpracy pomiędzy zespołami: pielęgniarskim, lekarskim i fizjoterapeutycznym. Ważnym elementem opieki pielęgniarskiej jest wnikliwa obserwacja każdego chorego, mająca na celu wczesne rozpoznanie problemów jakie mogą się pojawić na każdym etapie leczenia, wynikające z przeprowadzonego zabiegu operacyjnego i stosowanej immunosupresji.[4]

**Wydolność układu oddechowego** kontrolujemy dzięki pomiarom gazometrii tętniczej i SPO2 czyli wypełnienia tlenem krwi tętniczej. W początkowych dobach po zabiegu u pacjenta stosowana jest tlenoterapia – zapewniamy SPO2 na poziomie 95-97%. Krótkotrwałe spadki SPO2 < 90% mogą być spowodowane czynnościami wymagającymi od pacjenta znacznego wysiłku, takimi jak zmiana pozycji w łóżku, uciążliwy kaszel. Niepokojące są natomiast długotrwałe spadki SPO2 z towarzyszącą dusznością i spłyceniem oddechu. Przyczyną może być ból rany pooperacyjnej podczas intensywnie prowadzonej rehabilitacji. Jej zadaniem jest m.in. utrzymanie drożności drzewa oskrzelowego.[5] Przeszczepione płuca nie mają normalnych połączeń nerwowych. Z tego względu płuca nie odczuwają bodźców drażniących, pacjent nie umie reagować kaszlem na gromadzącą się w oskrzelach, poniżej linii zespolenia z oskrzelem dawcy, gęstą, śluzową wydzielinę.

Do szóstej doby po zabiegu zalecane jest oklepywanie, stymulacja kaszlu i wykrztuszania wydzieliny w odstępach 2h przez całą dobę oraz z zachowaniem jednej dłuższej przerwy ( max .około 3h) na ciągły sen pacjenta .[5]

Przez pierwsze 24 godziny po operacji przeszczepu jednego płuca (SLT) pacjent leży na boku nieoperowanym. Po operacji przeszczepu obu płuc (DLT) leży płasko na plecach przez 24 godziny. Pozycje te mają ułatwić ewakuację płynu z opłucnej oraz rozprężanie się płuc. Po około 12 godzinach od zakończenia operacji rozpoczęta zostanie fizjoterapia. Zmiana pozycji ułożeniowych powoduje nieprzyjemne doznania bólowe u pacjentów, sygnalizowane poprzez spłycenie oddechu. Musimy pamiętać, że długotrwały spadek SPO2 może być również objawem groźniejszego powikłania, jakim jest zaczopowanie światła oskrzela przez gęstą wydzielinę, której pacjent nie umie

wykrztusić. Jedyną drogą wyjścia z tej sytuacji jest wykonanie bronchoskopii i udrożnienie oskrzela. Bronchoskopia jest częstym badaniem wykonywanym u pacjenta po przeszczepie płuc, czy to planowo –diagnostyczne (pobranie materiału do badań mikrobiologicznych , biopsja przezoskrzelowa płuc) czy w sytuacjach trudnych , nagłych jak ta wyżej wspomniana, dlatego ważnym jest aby pielęgniarka potrafiła prawidłowo przygotować potrzebny sprzęt, fachowo asystować podczas zabiegu i zgodnie z obowiązującymi zasadami zabezpieczyć bronchoskop po badaniu. Wraz z upływem czasu i poprawą wydolności oddechowej staramy się ograniczać stosowanie tlenu(całkowite wycofanie w zależności od stanu pacjenta około 2 tygodnie po zabiegu) Chory z przeszczepionymi płucami jest najczęściej od niego uzależniony. Całkowite jego odstawienie (mimo prawidłowych wartości SPO2 ) może być przyczyną psychicznego lęku. Podsumowując, należy powiedzieć, że stały pomiar SPO2 i wnikliwa obserwacja chorego pozwala prawidłowo rozpoznać problem i wdrożyć odpowiednie postępowanie.[5] W rehabilitacji wraz z pielęgniarką bierze udział fizykoterapeuta. Intensywność ćwiczeń uzależniona jest od ogólnego stanu pacjenta. Jest to indywidualny program ćwiczeń oddechowych. Aktywna, wieloaspektowa rehabilitacja pozwala pokonać problemy związane z odnerwieniem płuc oraz wczesnym uruchomieniem . Czynnikami, które warunkują powodzenie działań są: zapewnienie właściwej wentylacji i odpowiedniego nawilżenie powietrza, wyeliminowanie bólu pooperacyjnego.[4] Niezwykle pomocnym w tej kwestii okazało się zastosowanie mikrotorakotomii. Znacznie zmniejszyło dolegliwości bólowe i pozwoliło na szybsze uruchomienie pacjenta, będące priorytetem w leczeniu chorych po przeszczepie płuc. Już w drugiej dobie po zabiegu podejmowane są próby biernego a później czynnego sadzania pacjenta. Codzienna obserwacja i kontrola rany pooperacyjnej pozwala na rozpoznanie zmian zapalnych w okolicy miejsca operowanego. Zaczerwienienie, ocieplenie, wysięk lub wydzielina o charakterze surowiczym , ropnym w obrębie rany świadczą o infekcji. Toaletę rany rozpoczynamy bezpośrednio po zabiegu operacyjnym . Raz dziennie dezynfekujemy i zabezpieczamy jałowym opatrunkiem. Prawidłowo rana goi się przez rychłozrost. Między 14 – 20 dobą usuwamy szwy. Zupełne zagojenie przez wytworzenie blizny następuje po 6 tygodniach. Kości klatki piersiowej ulegną zagojeniu po 2-3 miesiącach. W tym czasie pacjentowi nie wolno nadwyrężać mięśni brzucha i miejsc nacięcia. Dozwolony ciężar do dźwigania to maksymalnie 5 kg. Nie wolno wykonywać przysiadów, pompek i brzuszków. Musimy uświadomić pacjenta, że

wydłużone gojenie spowodowane jest przyjmowaniem leków sterydowych ( immunosupresja) stąd konieczność dodatkowej ostrożności.

**Układ krążenia** jest monitorowany dzięki ocenie wydolności hemodynamicznej pacjenta. Wnikliwie analizujemy zapis elektrokardiograficzny pod kątem ewentualnych zaburzeń rytmu serca. Dokonujemy pomiarów inwazyjnych i nieinwazyjnych ciśnienia krwi, oceniamy rzut serca. Niezmiernie ważna jest ocena pracy nerek i wątroby. Prowadzimy bilans płynów. Oceniamy diurezę godzinową. Badamy palpacyjnie wielkość wątroby. Oznaczamy na zlecenie lekarskie poziom kreatyniny, prób wątrobowych. Wszystko po to aby w porę wychwycić ewentualną niewydolność prawo lub lewokomorową serca. W późniejszym okresie z powodu stosowanej immunosupresji problemem może być nadciśnienie tętnicze i hipercholesterolemia przyczyniająca się do powstania choroby wieńcowej czy zawału serca. Naszym zadaniem jest odpowiednie wyartykułowanie pacjentowi tego problemu . Wdrożenie zbilansowanej diety z ograniczeniem tłuszczów, cukru i nade wszystko soli. Wyeliminowanie takich produktów jak: frytki, paluszki, produkty konserwowane ze względu na ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego. Zdrowa dieta powinna zawierać: owoce, warzywa, pełnoziarniste pieczywo, mleko i nabiał niskotłuszczowy, chude mięso oraz ryby.

**Immunosupresja**

Przeszczepienie allogennego narządu (od innego dawcy) zawsze związane jest ze wzbudzeniem odczynu odpornościowego, dlatego pacjent po przeszczepie musi przyjmować leki immunosupresyjne, obniżające aktywność układu immunologicznego. Jest to kuracja skojarzona, polegająca na łączeniu ze sobą grup leków o różnych punktach działania na komórki. We wczesnym okresie po transplantacji stosuje się silniejszą immunosupresję (indukcja) a w kolejnej fazie przechodzi się na odpowiedni schemat leczenia podtrzymującego, stosowanego dożywotnio. Immunosupresja choć konieczna, nie jest pozbawiona efektów ubocznych. Ważnym jest by pielęgniarka i jej podopieczny – zdawali sobie sprawę, że działania uboczne stosowanych leków są czymś naturalnym – zwłaszcza w bezpośrednim okresie po transplantacji. Jest to czas, gdy organizm przyzwyczaja się zarówno do nowego narządu, jak i do wielu silnych leków, które musi przyjmować. Każdy pacjent inaczej reaguje na stosowane leki[6] Główne objawy uboczne to:

1.Nadciśnienie tętnicze i hipercholesterolemia (Cyklosporyna, Tacrolimus)

Prawidłowa waga, regularne ćwiczenia, unikanie soli , kawy i alkoholu ułatwią utrzymanie prawidłowych wartości ciśnienia. W pierwszym roku po przeszczepie alkohol jest zupełnie zabroniony. W późniejszym etapie należy go mocno ograniczać podczas przyjmowania sterydów. Zawsze należy skonsultować to z lekarzem prowadzącym.

2.Toksyczny wpływ na nerki(Cyklosporyna ,Tacrolimus, Acyclovir) i zatrzymanie wody w organiżmie (Solumedrol , Prednizon)

Obrzęki twarzy, kostek, dłoni. Objętość produkowanego codziennie moczu jest bardzo dobrym wskaźnikiem wydolności nerek, dlatego pielęgniarka informuje pacjenta jak ważna jest obserwacja ilości i jakości wydalonego moczu. Ponadto pacjent zostaje poinformowany o konieczności ważenia się, nagły przyrost wagi jest sygnałem do natychmiastowego skontaktowania się z lekarzem. Zaleca się picie dużych ilości płynów ok.2-3 l na dobę

3.Nadmierne owłosienie, trądzik (Cyklosporyna, Prednizon)

4.Przerost dziąseł (Cyklosporyna )

Regularna higiena jamy ustnej i kontrole w poradni stomatologicznej pozwolą na uchwycenie zmian we wczesnym stadium . Każda interwencja stomatologiczna wymaga profilaktyki antybiotykowej.

5.Zaburzenia żołądkowo-jelitowe(Cyklosporyna , Tacrolimus, Sirolimus, Mykofenolan Mofetilu , Prednizon, Solumedrol)

6.Skłonność do infekcji(Cyklosporyna, Tacrolimus, Mykofenolan Mofetilu, Prednizon, Solumedrol, Surowice antylimfocytarne)

Przyjmowane specyfiki utrudniają zwalczanie infekcji dlatego bardzo ważne jest unikanie kontaktu z ludźmi chorymi, dziećmi (zwłaszcza w wieku 3-7 lat z powodu chorób zakaźnych takich jak odra, ospa, świnka, różyczka ) i zwierzętami, szczególnie w przeciągu pierwszych sześciu miesięcy po zabiegu. Stężenie immunosupresji jest w tym czasie najwyższe. Pacjent powinien przywiązywać szczególną uwagę do higieny osobistej. .Naszym zadaniem zaś jest nauczenie chorego zasad samokontroli . Objawami niebezpiecznymi wymagającymi natychmiastowej konsultacji lekarskiej są:

- temperatura ciała powyżej 37,5$^{o}$C. Pacjent powinien ją mierzyć codziennie o tej samej porze w 20 min. po posiłku lub przyjęciu napoju,
- duszność lub utrudnienie oddychania po wysiłku lub w spoczynku. Ewentualnie spadek FEV1 o 10% w mikrospirometrii,

-przewlekły, uporczywy kaszel z zalegającą w oskrzelach wydzieliną

- zmiana charakteru, koloru lub zapachu plwociny.

Częstą infekcją wirusową pojawiającą w tym czasie jest cytomegalia (CMV) Prawie 80% chorych przed przeszczepem miało kontakt z tym patogenem. Dla ludzi ze sprawnym układem odpornościowym jest on zupełnie nie groźny. Dla osób po przeszczepie, nieleczony może być szczególnie niebezpieczny. Objawy infekcji: nudności, biegunka, dreszcze, gorączka, zmęczenie.

7.Choroby nowotworowe(Cyklosporyna, Mykofenolan Mofetilu, Sirolimus)

Badania naukowe wskazują, że leki immunosupresyjne zwiększają częstość występowania chłoniaków, raka skóry, raka jelita grubego, raka szyjki macicy. Nowotwory te mogą się rozwijać w dowolnym czasie po transplantacji [6] W pierwszych miesiącach po zabiegu kiedy częste są epizody odrzutu, dominują chłoniaki . Jednak najczęściej występującym nowotworem jest rak skóry. Dlatego naszym pacjentom zalecamy regularną kontrolę całej skóry ze zwróceniem szczególnej uwagi na okolice grzbietu, ramion, uszu i karku. Stosowanie filtrów przeciwsłonecznych SPV 30 i więcej. Ograniczenie spacerów w godzinach 11.00-15.00.

8.Cukrzyca (Tacrolimus, Prednizon , Solumedrol)

U wielu pacjentów po transplantacji dochodzi do zaburzeń gospodarki węglowodanowej . We wczesnym okresie pooperacyjnym u chorych z rozpoznaną cukrzycą stosowana jest insulinoterapia stałym wlewem insuliny przy kontroli poziomu glikemii co 2 godziny. W okresie rekonwalescencji kiedy następuje normalizacja zapotrzebowania na insulinę u pacjenta prowadzi się terapię insuliną w dawkach frakcjonowanych 4 razy na dobę, a następnie prowadzona jest insulinoterapia mieszankami - insuliny krótkodziałającej i insuliny długo działającej. Kontrola poziomu glikemii prowadzona jest w zależności od stosowanej insulinoterapii. Pomiar glikemii służy do modyfikacji diety, , aktywności fizycznej i dawek leków, pozwala pacjentowi i lekarzowi na ocenę cukrzycy i podejmowanie decyzji terapeutycznych. Hemoglobina glikowana HBAlc jest najlepszym parametrem oceniającym efektywność leczenia cukrzycy[4]

9.Upośledzenie czynności szpiku ( Sirolimus, Surowice antylimfocytarne)

Główne symptomy to anemia, leukopenia i trombopenia .Główną zasadą towarzyszącą stosowaniu tych leków jest regularna kontrola morfologii krwi obwodowej.

10.Osteoporoza (Prednizon)

Czynnikiem profilaktyki jest aktywność fizyczna oraz odpowiednia bogata w wapń dieta. Zaleca się wypijanie 3 szklanek mleka lub 3 jogurtów ewentualnie zjadanie 10 plasterków żółtego sera dziennie. Dodatkowo wspomagająco pacjent powinien przyjmować witaminę D3 oraz preparaty wapnia.

11. Depresyjne działanie na układ nerwowy i kłopoty psychologiczne (Cyklosporyna, Tacrolimus, Solumedrol, Prednizon)

Obejmujące drżenie rąk i nóg, zaburzenia snu, zaburzenia nastroju , bóle głowy, zaburzenia widzenia (stąd bezwzględny zakaz prowadzenia samochodu w pierwszych 3 miesiącach po zabiegu) zmiany nastroju , koszmary senne, poty nocne i zaburzenia snu.

Rozumiejąc wagę tych problemów staramy się przywrócić naturalny rytm snu i czuwania, nie ponaglać chorego, akceptować i werbalizować odczucia, wspierać go emocjonalnie, ułatwiać kontakt z rodziną i z innymi pacjentami. Umożliwiać kontakt z psychologiem. [4]

Żelazną zasadą przy stosowaniu immunosupresji jest ścisłe przestrzeganie ustalonych dawek i godzin zażywania specyfików, nieregularne przyjmowanie lub pominięcie kolejnej zaleconej dawki może przyczynić się do ciężkich powikłań a nawet odrzucania przeszczepionego narządu. [4] Pacjent zawsze powinien mieć przy sobie kartę informacyjną dotyczącą przyjmowanych leków na wypadek konieczności skorzystania z usług innego szpitala czy poradni. Podczas kuracji nie może sam aplikować sobie leków ziołowych, przeciwzapalnych, witaminowych itp. Często wchodzą one w groźne interakcje z przyjmowanymi immunosupresorami. Jedynym bezpiecznym lekiem przeciwbólowym jest paracetamol. Zupełnie zakazane są grejpfruty ponieważ podwyższają poziomy leków we krwi. Kobiety powinny pamiętać, że niektóre z leków obniżają skuteczność doustnych środków antykoncepcyjnych ( nie zalecanych ) stąd konieczność metod podwójnego zabezpieczenia(tzw. „spirale" są zabronione) szczególnie przy Rapamycynie, która hamując podziały komórkowe może uszkadzać płód.

**Odrzucanie przeszczepu**

Po przeszczepie mogą wystąpić różne powikłania. Do najgroźniejszych zalicza się między innymi reakcje odrzutu. Równocześnie trzeba powiedzieć, że występują one u prawie każdego pacjenta. Średnio pacjent po transplantacji ma około 1-2 epizody odrzucania. Rozpoznanie opiera się o zespół objawów klinicznych a kiedy nie dają

one jednoznacznego obrazu wykonuje się biopsję przezoskrzelową przeszczepionego płuca.[6] Kluczową sprawą jest jak najszybsze podjęcie działań zapobiegawczych stąd taki nacisk na obserwację pacjenta, wypracowanie u niego nawyku samokontroli i samoobserwacji. Pielęgniarka powinna dobrze znać i klasyfikować niepokojące objawy takie jak:

-uczucie zmęczenia,

- duszność,

-pogorszenie wydolności wysiłkowej

-spadek FEVI o 10%,

Pacjent wykonuje mikrospirometrię dwa razy dziennie o stałej porze, na czczo lub dwie godziny po posiłku. Jeżeli wartość FEV1 będzie niższa przez dwa kolejne dni o około 10%, od ustalonej , jego indywidualnie normy - należy zgłosić ten fakt lekarzowi .

-wzrost temperatury ciała >37,5$^{o}$ C,

- utrata apetytu,

-przyrost wagi ciała> 2,0 kg przez 3 kolejnych dni.

Należy też mieć świadomość, że czasem odrzucanie może przebiegać bezobjawowo, stąd konieczność częstych wizyt u specjalisty transplantologa.

**WNIOSKI**

Transplantacja jest metodą leczenia ratującą lub przedłużającą życie wielu chorym. Powodzenie jest zależne w równej mierze od wzajemnej współpracy, fachowości, wiedzy i zrozumienia profesjonalnej służby zdrowia i biorcy narządu. Zespół pielęgniarski odgrywa znaczącą rolę nie tylko w przygotowaniu pacjenta do przeszczepu ale również w przygotowaniu chorego do samokontroli i samoopieki w okresie po transplantacji. Edukacja zdrowotna przeprowadzona przez wyszkoloną pielęgniarkę, zdającą sobie sprawę z wagi problemu jakim jest właściwe postępowanie po przeszczepie narządu, umiejętność rozpoznawania objawów niepokojących i radzenia sobie z ich ewentualnym wystąpieniem, jest fundamentalnym elementem powodzenia w przywróceniu pacjenta do pełni życia. Chory wcześniej niejednokrotnie wykluczony z życia przez chorobę, ograniczony dostępem do tlenu, po udanym przeszczepie pragnie żyć bez ograniczeń. Rolą pielęgniarki jest uświadomienie choremu konieczności zmiany stylu życia, wprowadzenia kontroli nad swoim ciałem i prawidłowego analizowania wysyłanych przezeń sygnałów. Aktywność fizyczna, prawidłowa waga, właściwa dieta,

ograniczenie używek, samoobserwacja w połączeniu z regularnymi wizytami u specjalisty równa się długoletniemu zachowaniu prawidłowej funkcji przeszczepionego płuca .

**PIŚMIENNICTWO**


1. Aurora P, Gyi K, Carby M: Transplantation. In: Hudson M, Geddes D, Bush A. Cystic Fibrosis, 3rd ed. London: Edward Arnold, Hachette Livre UK company; 2007, p. 291-307.
2. Tomasz Grodzki: Dylematy transplantologii. Pneumonol Alergol Pol 2007; 75: 251-255
3. Iwona Trzcińska :Opieka pielęgniarska. http://drugieserce.jaw.pl/koordynator/?opieka-pielegniarska,22
4. Halina Pisarska , Izabela Fabian ;Elementy opieki pielęgniarskiej u chorych po przeszczepie płuc. http://drugieserce.jaw.pl/przeszczepy_narzadow/?pl_elementy-opieki,25
5. Joanna Foik : Rehabilitacja po transplantacji płuc w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu – nowe wyzwania , nowa szansa dla chorych ; Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2007; 4 (1): 83–87.
6. Maria Lizak, Yoshiya Toyoda, Shaf Keshavjee, Marian Zembala ; Życie po transplantacji płuc .Podręcznik dla pacjentów i ich rodzin ;3,2,21-23


**Kontakt na autorov:**


1. Mgr Renata Mroczkowska

Tel. 0048 505071054

e-mail : renata.mroczkowska@tlen.pl

2. Dr n. ekonom. Bogusława Serzysko

**a.** Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach

Tel. 0048 502118159

**WYBRANE ASPEKTY OBCIĄŻENIA PRACĄ PIELĘGNIAREK**

**Vybrané aspekty pracovného zaťaženia sestier**

Dorota Jachimowicz-Gaweł (1), Danuta Rydlichowska(2), Krzysztof Leksowski(3)

1. Zakład Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Katedra Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu , p/o kierownika dr Dorota Jachimowicz-Gaweł
2. Absolwent Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
3. Zakład Medycyny Zapobiegawczej i Zdrowia Środowiskowego, Katedra Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, kierownik dr hab. n. med. Krzysztof Leksowski, prof. UMK

**Streszczenie**

Celem podjętych badań była ocena wybranych aspektów obciążenia fizycznego pracą pielęgniarek. Metodą badawczą zastosowaną w badaniach własnych była metoda obserwacyjno - tabelaryczna wg. Lehmanna. Grupę badaną stanowiło 60 pielęgniarek, 57 kobiet i 3 mężczyzn w wieku od 31 do 58 lat. Średnia wieku wynosiła 45. Porównano wysiłek energetyczny i obciążenie statyczne pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu na oddziałach zabiegowych i w opiece ambulatoryjnej oraz pracujących na dyżurze rannym i nocnym. Wydatek energetyczny efektywny w pracy pielęgniarek na wybranych oddziałach szpitalnych zabiegowych kwalifikuje pracę na tym stanowisku do grupy prac o średnio - ciężkim obciążeniu, w opiece ambulatoryjnej o lekkim obciążeniu. Nie wykazano istnych różnic w pracy pielęgniarek na dyżurze dziennym i nocnym.

**Słowa kluczowe**: pielęgniarka, prac, obciążenie pracą, obciążenie fizyczne, wysiłek statyczny, wysiłek dynamiczny, wydatek energetyczny, metoda Lehmanna

Istotną rolę w życiu każdego człowieka odgrywa praca. Jest źródłem radości, fasynacji, inspiracji, daje możliwość zaspakajania różnego rodzaju potrzeb, ale może też być zródłem zmęczenia, stresu, frustracji i innych negatywnych stanów. Z punktu widzenia zdrowia człowieka, badania których przedmiotem jest praca zasługują na wzmożone zainteresowanie. Do szczególnych zawodów, wiążących się ze znacznym obciążeniem, należą zawody medyczne, do których zaliczamy zawód pielęgniarki. Osoby

wykonujące ten zawód podlegają znacznym obciążeniom psychicznym i fizycznym. Te pierwsze prowadzą do szeroko opisanego w literaturze zjawiska wypalenia zawodowego, te drugie do obciążeń układu mięśniowo-szkieletowego a tym samym zmian zwyrodnieniowych [1-4].

Pielęgniarka ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością. Ma obowiązek udzielić pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi. Obowiązkiem pracowniczym personelu pielęgniarskiego jest ratowanie życia ludzkiego, w związku z tym personel ten nie może korzystać z przysługującego ogółowi zatrudnionych uprawnienia, zawartego w kodeksie pracy w art. 210, do powstrzymania się od wykonywania pracy niebezpiecznej. Pielęgniarki nie korzystają więc z przysługującego ogółowi zatrudnionych uprawnienia do powstrzymania się od wykonywania pracy niebezpiecznej zgodnie z art. 210 § 5 w zw. z art. 210 § 1 Kodeksu pracy.

Z wypaleniem zawodowym pielęgniarek związane są rozmaite stresory przynależne temu zawodowi, w tym: nadmierne obciążenie psychiczne pracą, konfrontacja ze śmiercią i umieraniem, ustawiczny kontakt z człowiekiem chorym, cierpiącym i jego rodziną, oraz emocjonalne wymagania pacjentów i ich rodzin. Ponadto wymagania, dotyczące kwalifikacji, doskonalenia zawodowego, postawy etycznej, odpowiedzialności, dyspozycyjności są bardzo duże. Wymagania te niestety nie przekładają się na wysoki prestiż społeczny zawodu ani status materialny. Ponadto, zdaniem Autorów pracy pomimo licznych regulacji prawnych chroniących zdrowie pielęgniarki podczas wykonywania czynności zawodowych, istniejące często w jednostkach opieki zdrowotnej określone warunki organizacyjno-techniczne, czy też „ciche" przyzwolenie kadry zarządzającej powodują, że często dochodzi do sytuacji nadmiernego obciążenia fizycznego pracą [3, 5].

Obciążenie pracą rozumiane jest jako całokształt warunków zewnętrznych i wymagań w systemie i procesie pracy zaburzających fizjologiczną i psychiczną równowagę organizmu. W definicjach obciążenia uwzględnia się różne procesy. Są to:

- procesy umysłowe,
- procesy fizjologiczne,
- napięcie emocjonalne,
- cechy zadania i warunki pracy [6].

Obciążenie pracą wywołuje czynnik uciążliwy, który powoduje przeciążenie i zmęczenie organizmu, utrudnia pracę lub przyczynia się do zmniejszenia zdolności jej wykonania. Konarska i Widerszal-Bazyl za najbardziej dominujące skutki obciążenia pracą uznają dolegliwości układu mięśniowo - szkieletowego oraz stres zawodowy i jego negatywny wpływ na zdrowie pracownika [7].

G. Gaweł do czynników wpływających na obciążenie pracą zalicza:

- materialne warunki pracy pojmowane jako fizyczne środowisko oraz organizację stanowiska i czasu pracy,
-rodzaj wykonywanej pracy ( praca umysłowa, fizyczna, monotonia, monotypia),
- specyfikę zadań wynikającą z roli organizacyjnej,
-stosunki interpersonalne,
- klimat i kulturę organizacyjną w zakładzie pracy,
- możliwości rozwoju i kariery [8].

Nadmierne obciążenie pracą powoduje przeciążenie i zmęczenie organizmu, utrudnia pracę lub przyczynia się do zmniejszenia zdolności jej wykonania [7]. Do czynników wpływających na obciążenia pracą zaliczamy: materialne warunki pracy pojmowane jako fizyczne środowisko oraz organizację stanowiska i czasu pracy, specyfikę zadań wynikającą z roli organizacyjnej, stosunki interpersonalne, klimat i kulturę organizacyjną w zakładzie pracy, możliwości rozwoju i kariery [8].

Wysiłek fizyczny w myśl ergonomii ma miejsce wówczas, gdy występuje przewaga organu wykonawczego – mięśni (efektorów). Wyróżnia się:

- pracę dynamiczną, która jest wykonywana przy udziale skurczów izotonicznych mięśni i krótkotrwałych skurczów izometrycznych – kurczenie i rozciąganie – praca mięśni,
- pracę statyczną, która jest wykonywana z przeważającym udziałem skurczów izometrycznych mięśni, gdy występuje jedynie napięcie mięśni bez ich ruchu. Dla pracy dynamicznej oblicza się wydatek energetyczny. Na ilość energii, zużywanej przez organizm w czasie wykonywania pracy składają się:
- wydatek energetyczny na spoczynkową przemianę materii czyli ilość energii jaka jest potrzebna do podtrzymania procesów życiowych,
- energia zużytkowana na wykonanie danej czynności czyli tzw. wydatek energetyczny na pracę efektywną, inaczej efektywny wydatek energetyczny (kcl /ef./ min. lub kJ/ef./ min. lub w W). Wydatek energetyczny (jak wyżej wspomniano) obliczany jest dla pracy dynamicznej. Jednakże na całkowite obciążenie fizyczne pracownika składa się również

obciążenie pracą statyczną. Wysiłek statyczny charakteryzuje się małym zużyciem energii. W tym wysiłku przepływ krwi jest zahamowany przez skurcz mięśni, a zbierające się produkty przemiany materii powodują zakwaszenie komórek mięśni – bóle mięśniowe i uczucie zmęczenia. Maksymalny czas wysiłku statycznego zależy od czasu i siły mięśni użytej do wykonania czynności. Im większa grupa mięśni bierze udział w pracy, tym dłużej może być ona wykonywana [7, 9].

Cel badań

Celem podjętych badań była ocena wybranych aspektów obciążenia fizycznego pracą pielęgniarek W oparciu o cel badań sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jak jest stopień ciężkości wykonywanej pracy przez badane pielęgniarki?
2. Z jakim wydatkiem energetycznym wiąże się wykonywanie pracy przez badane pielęgniarki?
3. Czy istnieją różnice stopnia ciężkości wykonywanej pracy przez pielęgniarki z oddziałów szpitalnych i ambulatoryjnych?
4. Czy istnieją różnice stopnia ciężkości wykonywanej pracy przez pielęgniarki pracujące na dyżurach i dziennych?
5. Czy istnieją różnice w ponoszonym wydatku energetycznym przez pielęgniarki oddziałów szpitalnych i ambulatoryjnych?
6. Czy istnieją różnice w ponoszonym wydatku energetycznym przez pielęgniarki pracujące na dyżurach nocnych i dziennych?
7. Czy istnieją różnice w ponoszonym wydatku energetycznym przez pielęgniarki pracujące na oddziale neurochirurgii i laryngologii?
8. Jaki jest poziom wysiłku statycznego badanych pielęgniarek?
9. Czy występują różnice w poziomie wysiłku statycznego pielęgniarek z oddziałów szpitalnych i ambulatoryjnych?
10. Czy występują różnice w poziomie wysiłku statycznego pielęgniarek pracujących na dyżurze dziennym i nocnym?

**Metody**

Metodą badawczą zastosowaną w badaniach własnych była metoda obserwacyjno - tabelaryczna wg. Lehmanna. W ogólnej ocenie wysiłku fizycznego tą metodą uwzględnia się:

- wydatek energetyczny (kJ / 8h lub kcal / 8h), wyrażający pracę mechaniczną (wysiłek dynamiczny) wykonaną podczas czynności roboczych,

- wysiłek statyczny, związany ze stałym napięciem mięśni podczas pracy w wymuszonej pozycji ciała, oceniany za pomocą metody Kirschnera i Filipkowskiego,
- powtarzalność ruchów, określającą uciążliwość pracy wywołaną jednostronnym obciążeniem układu mięśniowego w wyniku wykonywania jednostajnych, monotonnych ruchów roboczych. W badaniach własnych nie uwzględniono trzeciego elementy, ponieważ nie występuję w pracy badanych pielęgniarek. Dla właściwego przebiegu badania wysiłku fizycznego metodą Lehmanna konieczne jest wyodrębnienie typowych czynności roboczych na danym stanowisku, pogrupowaniu ich w cykle i określenie czasu ich trwania czyli wykonanie chronometrażu. Chronometraż obejmuje typowe czynności, powtarzające się każdego dnia. Pomiar czasu trwania poszczególnych czynności był wykonany kilkakrotnie dla różnych osób i przy różnej intensywności pracy, dla uzyskania charakterystycznej uśrednionej fotografii dnia roboczego na określonym stanowisku. Pojedyncze czynności zostały pogrupowane, w oparciu o schemat opracowany przez Prof. Annę Ksykiewicz-Dorotę [9, 10].

W ocenie wydatku energetycznego efektywnego pielęgniarek na oddziałach szpitalnych uwzględniono fakt, że pracują one w systemie 12 – godzinnym (720 minut), a więc ich dzień roboczy jest równy 1,5 dniówki. Dla porównywania ich wysiłku dynamicznego z obowiązującymi w Polsce normami, odnoszącymi się do 8 - godzinnego dnia roboczego, dokonano stosownych przeliczeń. Podobne przeliczenia zastosowano dla pielęgniarek z opieki ambulatoryjnej, gdyż ich czas pracy wynosił 7 godzin i 35 minut (455 minut). W analizie opisowej otrzymanych wyników zastosowano tabele, w których przedstawiono liczebność i procent. Obliczono również średnią wraz z odchyleniem standardowym. Graficzną interpretację danych przedstawiono w postaci wykresów słupkowych pionowych.

Zastosowano również nieparametryczny Test U Manna-Whitneya, do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma populacjami (grupami). W pracy zastosowano również nieparametryczny Test rang Kruskala-Wallisa, stosowany do porównania wielu prób niezależnych (grup). Oznaczenia w teście Kruskala-Wallisa:

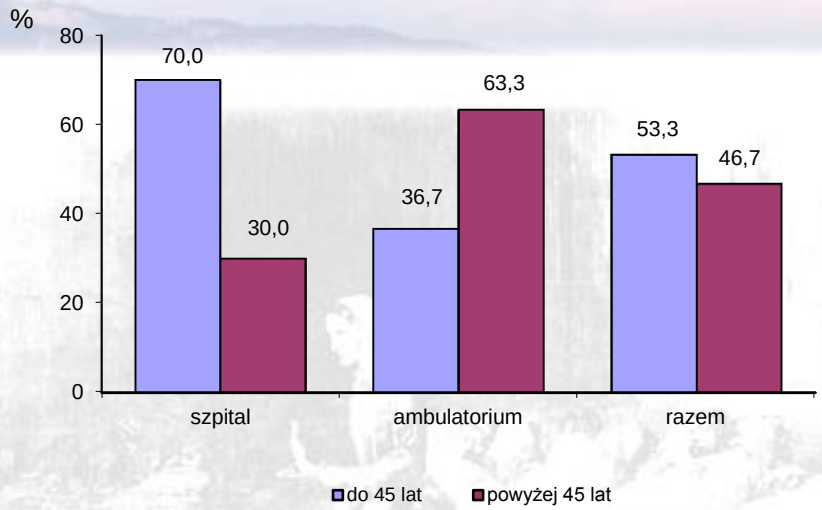
df ( ) – liczba stopni swobody i liczebność próby

H – wartość testu

Poziom p (p) – poziom istotności

Przyjęto hipotezę zerową ($H_0$), że nie ma różnicy w badanych grupach. Przyjęto również poziom istotności $p \leq 0,05$ jako poziom istotny statystycznie. Wszystkie obliczenia i ryciny wykonano arkuszem kalkulacyjnym Microsoft Excel i Statistica 10.0

Grupę badaną stanowiło 60 pielęgniarek, 57 kobiet i 3 mężczyzn w wieku od 31 do 58 lat. Średnia wieku wynosiła 45. Wyodrębniono dwie grypy badane ze względu na wiek: do 45 lat i powyżej. Połowa badanych była zatrudniona w opiece stacjonarnej, połowa w opiece ambulatoryjnej. W grupie pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu 16 z nich pracowało na oddziale otolaryngologii, 14 na oddziale neurochirurgii. Większość badanych posiadała wykształcenie średnie (62%), pozostała grupa wyższe (38%). Poniżej przedstawione ryciny ilustrują rozkład badanej grupy ze względu na wiek i rodzaj dyżuru.




**Ryc. 1. Rozkład badanych ze względu na wiek**

**Tabela I. Rodzaj dyżuru pełnionego przez badaną grupę.**

| Grupa/Dyżur | Szpital | | Ambulatorium | | Razem | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | liczba | % | liczba | % | liczba | % |
| dzienny | 18 | 60,0 | 30 | 100,0 | 48 | 80,0 |
| nocny | 12 | 40,0 | 0 | 0,0 | 12 | 20,0 |
| **Razem** | 30 | 100,0 | 30 | 100,0 | 60 | 100,0 |

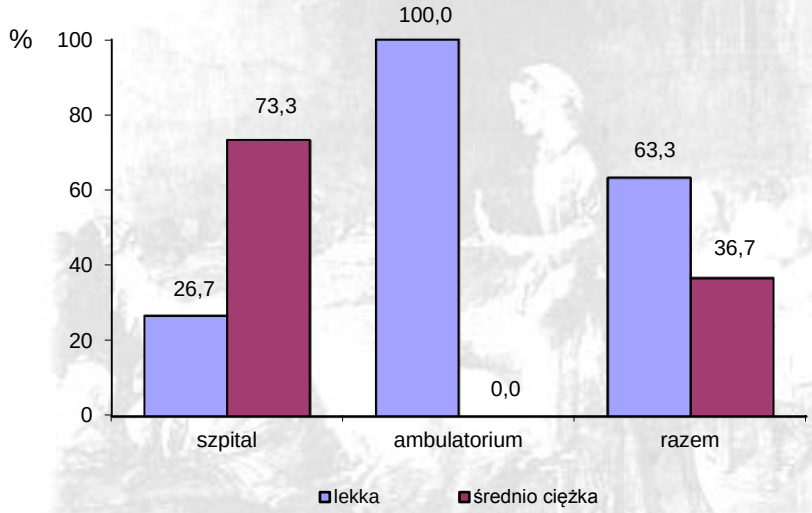
W badaniach zastosowano dobór celowy, uwzględniający specyfikę miejsca pracy. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Badania przeprowadzano od stycznia do końca kwietnia 2012 roku w wybranych 2 placówkach medycznych w Bydgoszczy, Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 i Przychodni Wielospecjalistycznej „Bartodzieje".

**Wyniki badania**

Poniżej przedstawiona tabela II oraz rycina 2. ilustruje klasyfikacje ciężkości pracy w zależności od wydatku energetycznego.

**Tabela II. Klasyfikacja ciężkości pracy (na podstawie wydatku energetycznego efektywnego).**

| **Grupa/Klasyfikacja** | **Szpital** | | **Ambulatorium** | | **Razem** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | liczba | % | liczba | % | liczba | % |
| lekka | 8 | 26,7 | 30 | 100,0 | 38 | 63,3 |
| średnio ciężka | 22 | 73,3 | 0 | 0,0 | 22 | 36,7 |
| **Razem** | 30 | 100,0 | 30 | 100,0 | 60 | 100,0 |



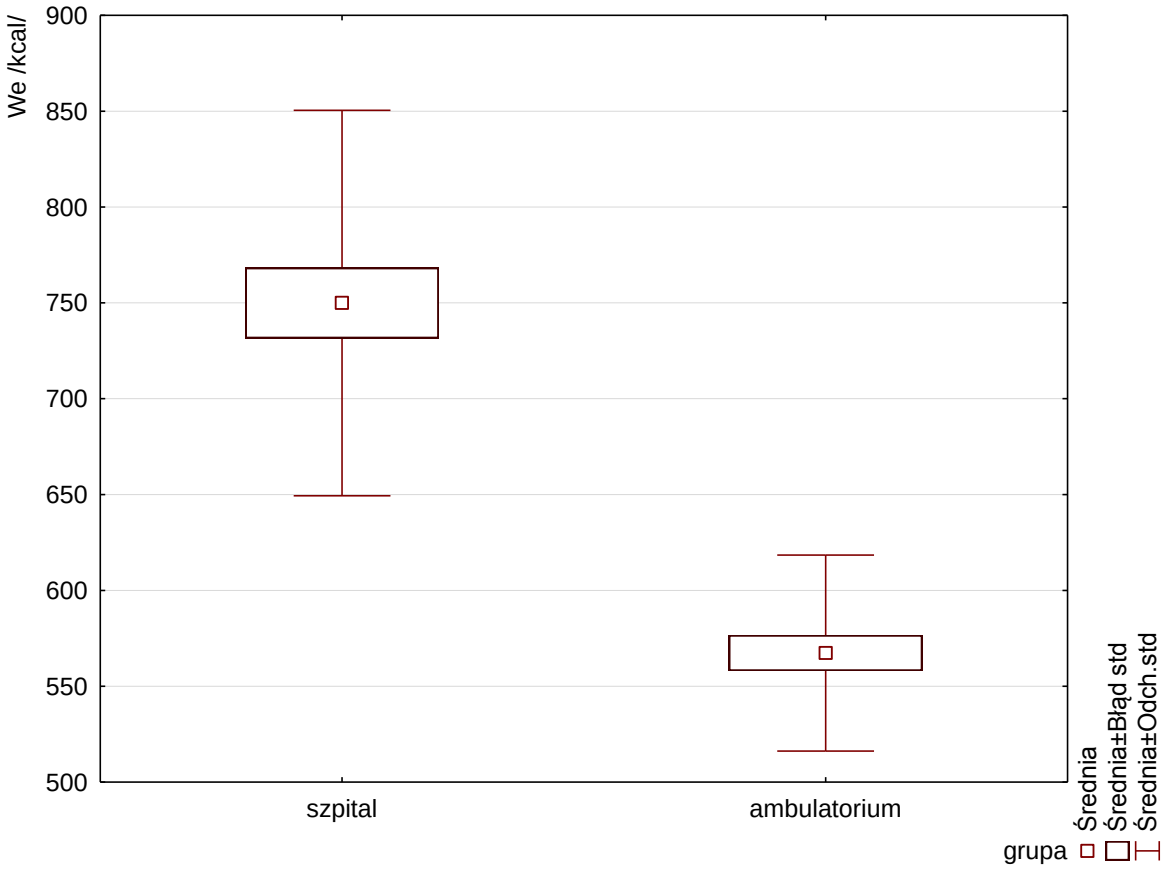

**Rycina 2. Klasyfikacja ciężkości pracy (na podstawie wydatku energetycznego efektywnego).**

Jak wynika z zamieszczonej tabeli oraz ryciny ponad połowa badanych z obydwu jednostek wykonywała prace zakwalifikowane jako lekką (63%), pozostała grupa jako ciężką. Wszyscy zatrudnieni w ambulatorium wykonywali prace zakwalifikowana jako lekką. Różnice te były istotne statystycznie, co ilustruje tabela III.

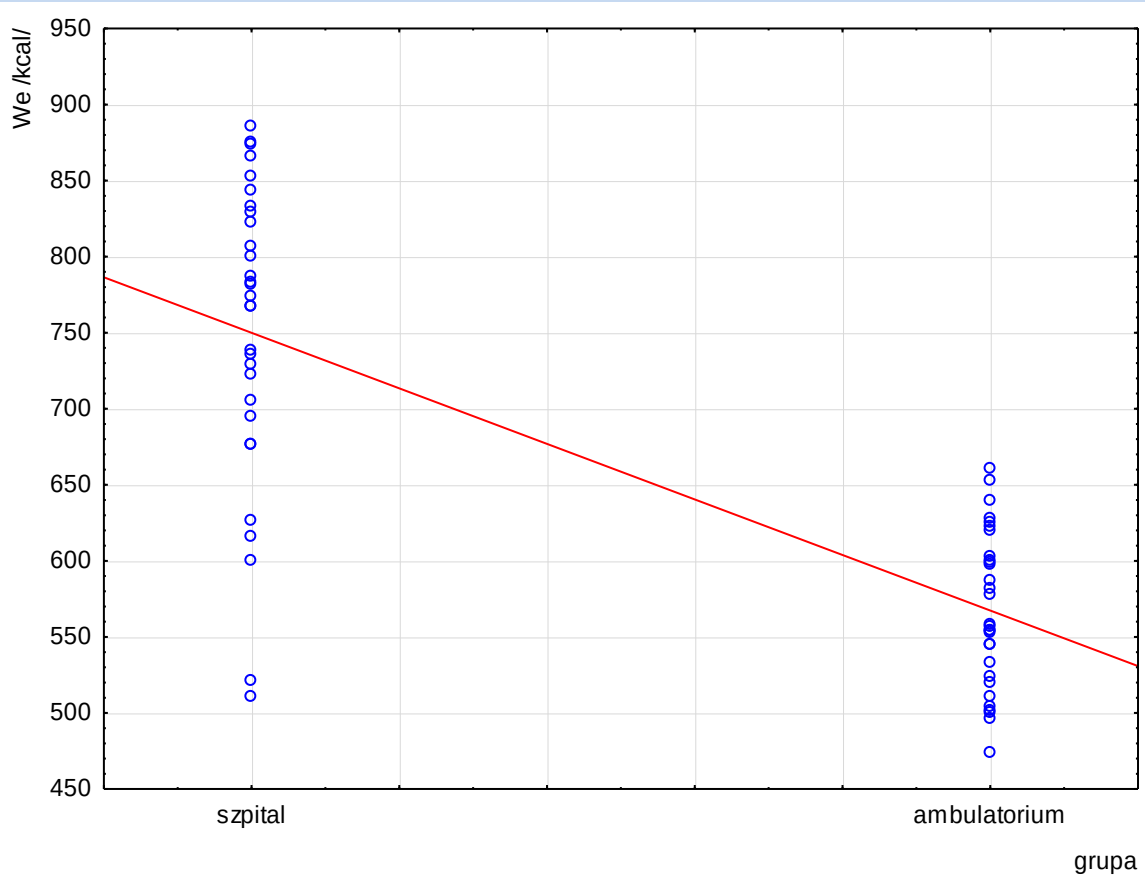
**Tabela III. Różnice w grupach pod względem ciężkości klasyfikacji pracy**

| Sum. rang szpital | Sum. rang ambulatorium | U | Z | poziom p | Z popraw. | poziom p | N ważn. szpital | N ważn. ambulatorium | 2*1str. dokł. p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1297,5 | 532,5 | 67,5 | 5,648 | 0,000 | 5,648 | 0,000 | 30 | 30 | 0,000 |

Poniżej zamieszczona rycina 3. oraz 4. przedstawia rozkład średnich wydatku energetycznego pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu i ambulatorium oraz rozrzut uzyskanych wyników.




**Rycina 3. Rozkład średnich wydatku energetycznego**




**Rycina 4. Rozrzut wyników wydatku energetycznego w grupach**

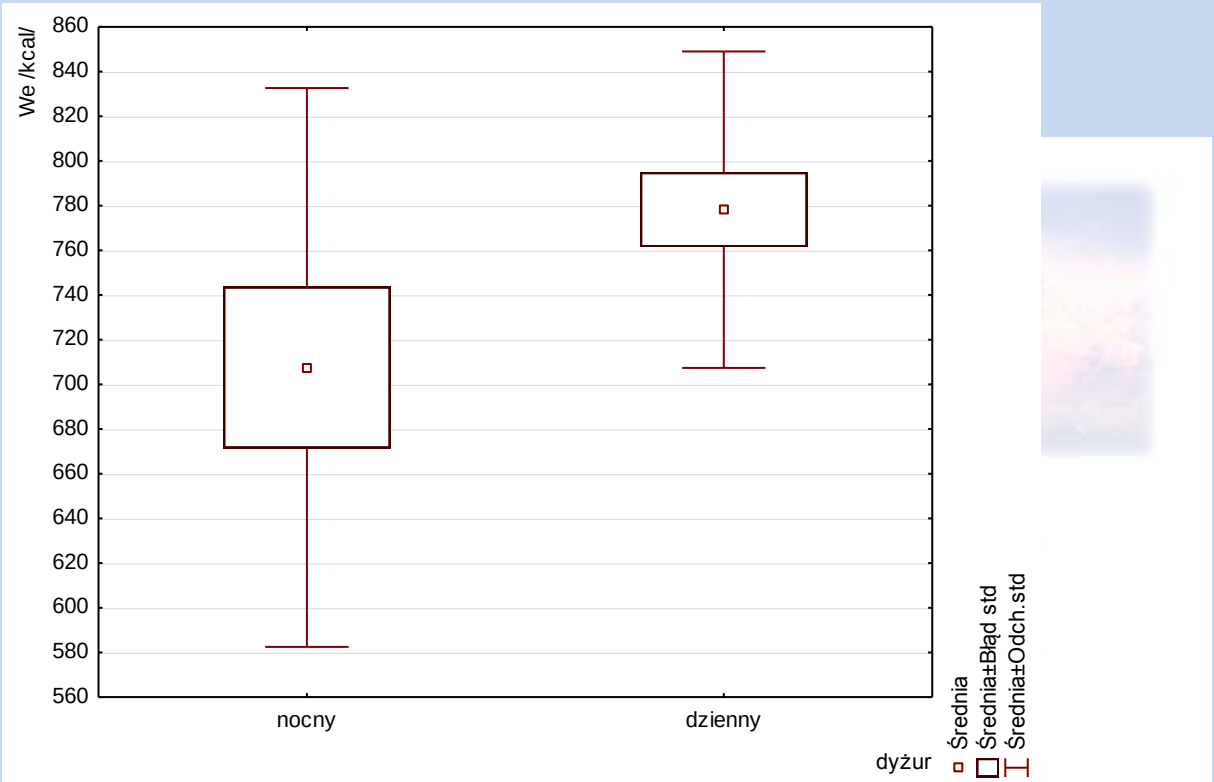
Jak wynika z zaprezentowanych rycin, zdecydowanie większy wydatek energetyczny ponoszą pielęgniarki z oddziałów szpitalnych niż z ambulatorium. Różnica wynosi około 200 kcal. Różnica ta jest istotna statystycznie, co przedstawiono w zamieszczonej poniżej tabeli.

**Tabela IV. Różnice w grupach pod względem wyników wydatku energetycznego**

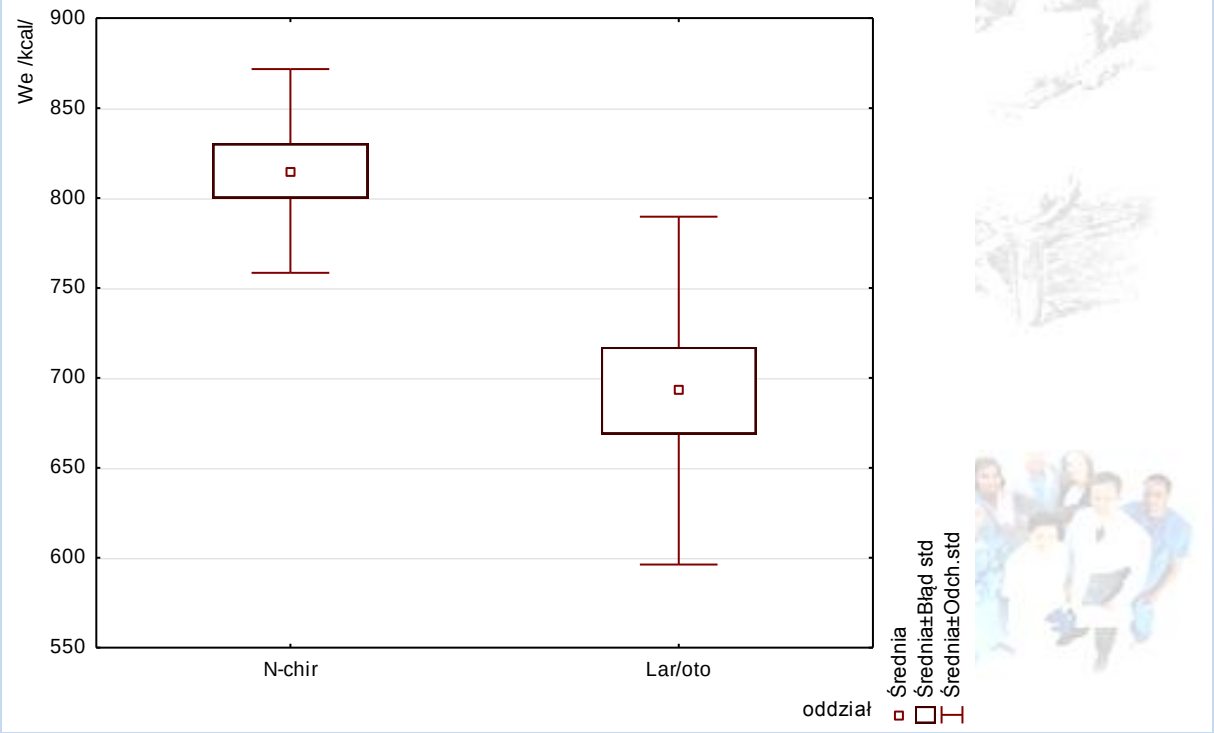
| Sum. rang szpital | Sum. rang ambulatorium | U | Z | poziom p | Z popraw. | poziom p | N ważn. szpital | N ważn. ambulatorium | 2*1str. dokł. p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1245,0 | 585,0 | 120,0 | 4,871 | 0,000 | 5,836 | 0,000 | 30 | 30 | 0,000 |

Niewielka różnica występuje również w wydatku energetycznym w pracy pielęgniarek na dyżurach dziennych i nocnych, co ilustruje rycina 5. Nie wykazano w tym przypadku istotności statystycznej. Dosyć znaczną natomiast różnicę wykazano w wydatku energetycznym pielęgniarek zatrudnionych w oddziale neurochirurgii w porównaniu do pielęgniarek z oddziału otolaryngologii, co ilustruje zamieszczona poniżej rycina 6. Różnica wynosi 130 kcal. i jest istotna statystycznie (tab. V). Wydatek energetyczny

pielęgniarek z oddziału neurochirurgii jest wyższy w odniesieniu do całej badanej grupy pielęgniarek, pracujących w szpitalu.




**Rycina 5. Wyniki średnie wydatku energetycznego w dyżurach.**




**Rycina 6. Wyniki średnie wydatku energetycznego w oddziałach szpitalnych**

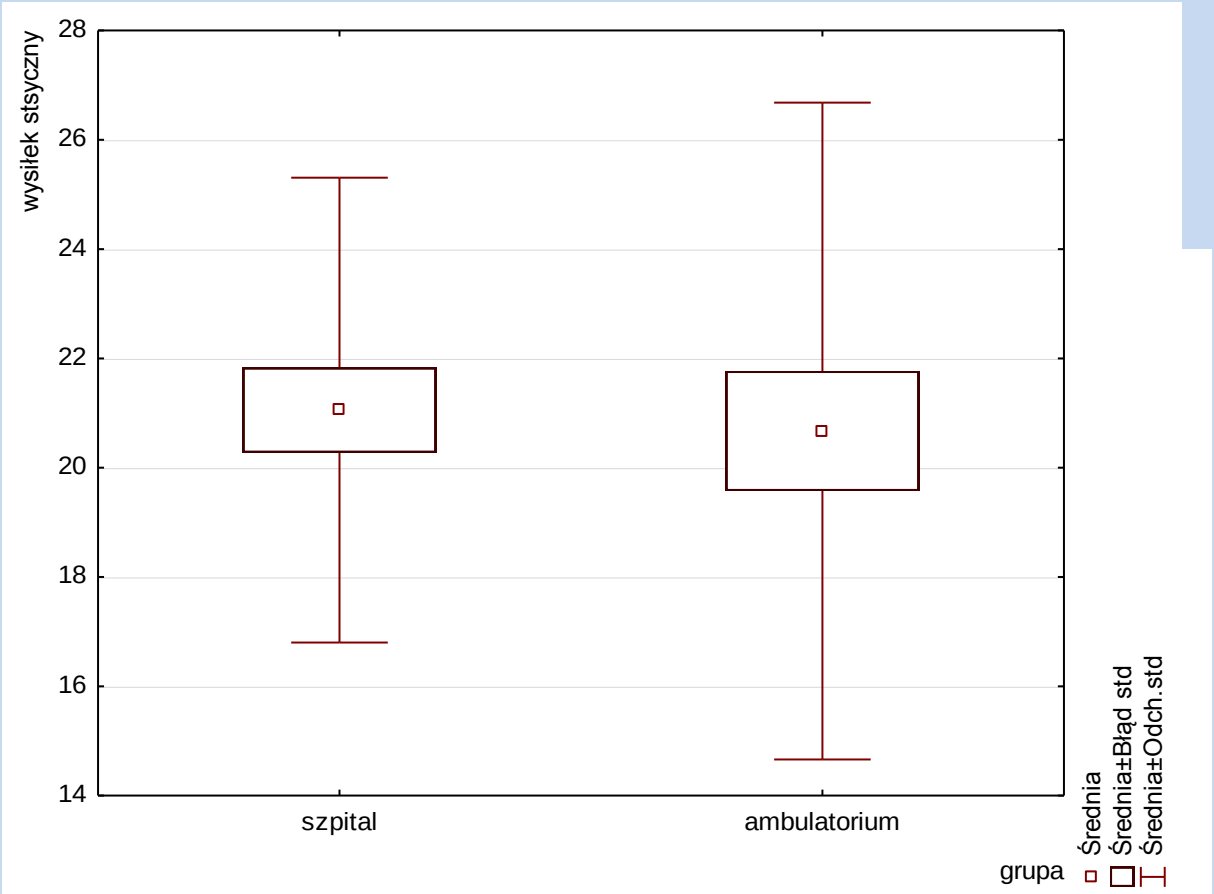
**Tabela V. Różnice wyników wydatku energetycznego ze względu na oddział.**

| Sum. rang otolaryngol | Sum. rang N-chir | U | Z | poziom p | Z popraw. | poziom p | N ważn. otolaryngol | N ważn. N-chir | 2*1str. dokł. p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 166,0 | 299,0 | 30,0 | -3,388 | 0,001 | -3,388 | 0,001 | 16 | 14 | 0,000 |

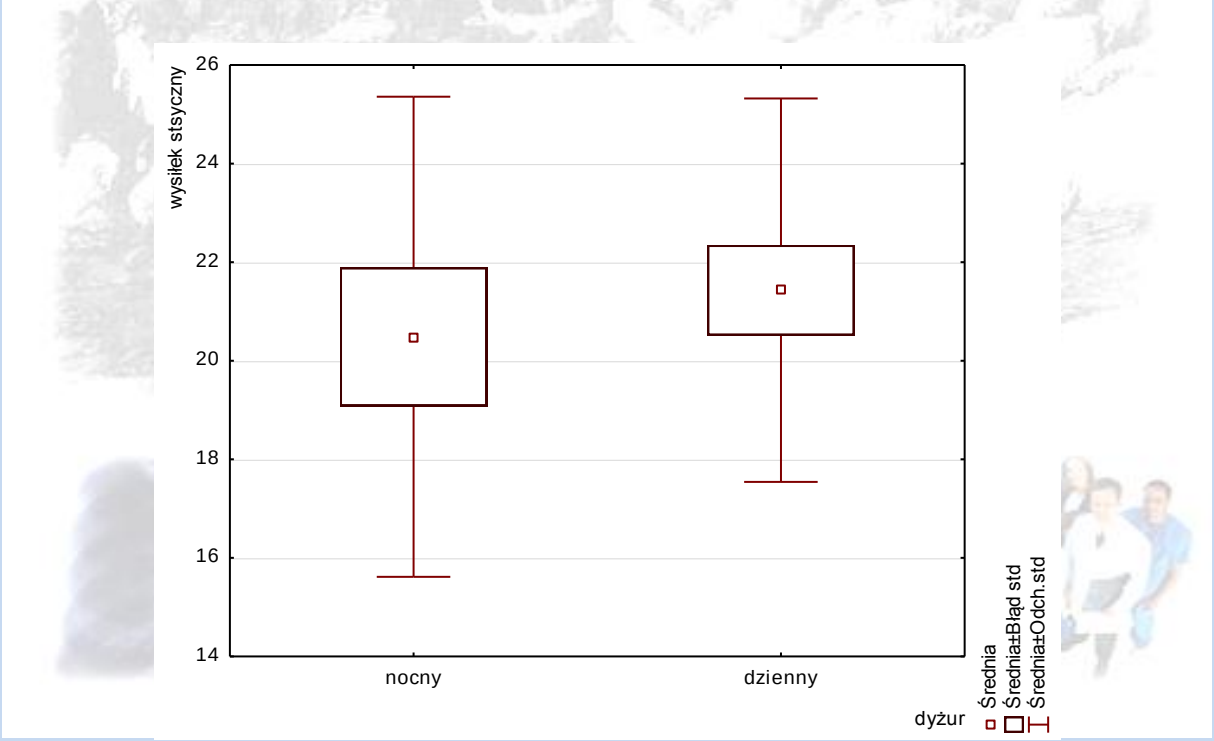
**Tabela VI. Średnie obciążenia statycznego w badanych grupach**

| Grupa | N | Średnia | Odchylenie standardowe | Ufność -95,0% | Ufność +95,0% | minimum | maksimum | Q25 | mediana | Q75 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| szpital | 30 | 21,1 | 4,253 | 19,47 | 22,64 | 13,9 | 28,8 | 18,2 | 20,4 | 25,7 |
| ambulatorium | 30 | 20,7 | 6,010 | 18,43 | 22,92 | 11,0 | 29,7 | 16,5 | 20,9 | 26,4 |
| **Razem** | 60 | 20,9 | 5,165 | 19,53 | 22,20 | 11,0 | 29,7 | 16,5 | 20,5 | 25,9 |

Poniżej zamieszczone ryciny 7 i 8 ilustrują wielkość obciążenia statycznego badanych z uwzględnieniem miejsca pracy oraz dyżuru. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami. Nieco wyższym obciążeniem charakteryzują się pielęgniarki zatrudnione w szpitalu oraz na dyżurze rannym.




**Rycina 7. Rozkład średnich obciążenia statycznego w grupach**




**Rycina 8. Wyniki średnie obciążenia statycznego w dyżurach.**

**Dyskusja**

Przeprowadzone badania własne można potraktować jako pilotażowe. Zastosowana w badaniach własnych metoda Lehmanna okazała się przydatna do oceny obciążenia statycznego i dynamicznego pracą. Badania obciążenia fizycznego są czaso- i pracochłonne, ale niezwykle potrzebne. Nadmierne obciążenia fizyczne pracą pielęgniarek są przyczyną dolegliwości mięśniowo-szkieletowych, wywołujących ból, dyskomfort, niesprawność. W konsekwencji prowadzą do obniżenia jakości wykonywanej pracy i niesprawności. Zawód pielęgniarki kwalifikowany jest w literaturze jako drugi w kolejności po pracownikach przemysłu pod względem wielkości obciążenia fizycznego i związanych z pracą dolegliwości w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego [11, 12]. Aby móc podjąć działania eliminujące występowanie tego rodzaju dolegliwości, konieczna jest identyfikacja i pomiar czynników je wywołujących. Przedstawione w niniejszej pracy badania stanowią zaledwie „kroplę w morzu potrzeb". Ze zdaniem tym zgadzają się również inni Autorzy [11, 13]. Przeprowadzone badania wykazały, że pracę wykonywaną przez pielęgniarki na oddziałach szpitalnych możemy zakwalifikować jako średnio-ciężką. Wykazano istotne różnice w porównaniu do pracy wykonywanej w opiece ambulatoryjnej. Uzyskane wyniki należałoby wykorzystać do zidentyfikowania czynników przyczyniających się do nadmiernego obciążenia pracą, usprawnienia organizacji pracy, planowania długości dyżurów. Zintensyfikowanie tych badań mogłoby być przydatne do wywierania presji na decydentów w kwestii bezwzględnego przestrzegania norm zatrudnienia pielęgniarek. Nadmierne obciążenie fizyczne pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach, przy ograniczonej ilości personelu, braku sprzętu usprawniającego pracę, przyzwoleniu na łamanie przepisów, dotyczących dopuszczalnych norm obciążenia, braku wiedzy samego personelu odnośnie obowiązujących przepisów i rozwiązań ergonomicznych, nadmiernego obciążenia licznymi obowiązkami, przyczynia się zdaniem Autorów pracy do „destrukcji" pielęgniarstwa, ograniczania samodzielności w zawodzie, ograniczania realizowanych funkcji i nadmiernego eksponowania funkcji instrumentalnej. Ponadto znacznie obniża jakość wykonywanej pracy, może stać się przyczyną błędów, uchybień, a tym samym stać się zagrożeniem dla pacjenta.

Przeprowadzone badania wykazały również przydatność metody Kirschnera do oceny obciążenia statycznego. Średnia obciążenia statycznego (czas pracy, w którym pielęgniarka przyjmuje pozycję uciążliwą) w badanej grupie wyniosła 21%, nieco mniejsze wśród pielęgniarek opieki ambulatoryjnej, co może również stanowić

zagrożenie występowania dolegliwości mięśniowo-szkieletowych. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pod względem obciążenia statycznego pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu a w opiece ambulatoryjnej. Badani wykazały również, że głownie wysiłek dynamiczny jest czynnikiem wpływającym na obciążenie pracą. Przeprowadzona fotografia dnia pracy pozwoliła na wyodrębnienie szeregu czynników wywołujących nadmierne obciążenie pracą, jak wadliwe stereotypy w wykonywaniu pewnych czynności, braki kadrowe i sprzętowe, nadmierne obciążenie obowiązkami nie wynikającymi z zakresu czynności pielęgniarki, niewłaściwe rozwiązania architektoniczne i ergonomiczne, przyjmowanie niewłaściwych pozycji podczas wykonywania pewnych czynności przez same pielęgniarki. Stosowanie pozycji pochylonej zamiast siedzącej jest główną przyczyną nadmiernego obciążenia statycznego, ponadto przyczynia się do zwiększonego wydatku energetycznego, co powoduje nadmierne zmęczenie podczas dyżuru. O ile na wykonanie określonej czynności w pozycji stojącej pochylonej pielęgniarka średnia zużywa 0,8 kcal /min., to na wykonanie tej samej czynności w pozycji siedzącej potrzeba 0,3 kcal/min., czyli ponad dwukrotnie mniej. Przyczyn tego stanu rzeczy należy również upatrywać w niewystraczającym zaopatrzeniu w niezbędny sprzęt, niewłaściwej organizacji pracy, braku świadomości co do konsekwencji[14].

Badania przeprowadzane w Polsce jak i w innych krajach dowodzą, że pielęgniarki podlegają dużym obciążeniom fizycznym [15]. Jako przyczyny tych obciążeń podawanych jest wiele korelujących ze sobą czynników: wymuszona postawa ciała, podnoszenie i transportowanie pacjentów, przemieszczanie mebli i sprzętu medycznego. Kułagowska i Kosińska jako dodatkowe czynniki obciążenia wymieniają: typ oddziału, prace zmianową, niedobór personelu, pracę pod presją czasu, przestrzeń pracy, środki pracy i czynnik ludzki [14].

**Wnioski**

W oparciu o uzyskane wyniki badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Wydatek energetyczny efektywny w pracy pielęgniarek na wybranych oddziałach szpitalnych zabiegowych kwalifikuje pracę na tym stanowisku do grupy prac o średnio - ciężkim obciążeniu.
2. Wydatek energetyczny efektywny w pracy pielęgniarek w opiece ambulatoryjnej kwalifikuje pracę na tym stanowisku do grupy prac o lekkim obciążeniu.

3. Większe obciążenie energetyczne występuje w pracy pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu w oddziałach zabiegowych w porównaniu do pracy pielęgniarek zatrudnionych w ambulatorium.
4. Nie wykazano istotnych różnić obciążenia energetycznego w pracy pielęgniarek na dyżurach dziennych i nocnych.
5. Obciążenie statyczne pielęgniarek jest niewielkie. Nie wykazano różnić pomiędzy pielęgniarkami zatrudnionymi w szpitalu i ambulatorium orz pracujących na dyżurach dziennych i nocnych.

**Piśmiennictwo**


1. Lewandowska A., Litwin B., Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki, Annales Academiae Medicae Stetinensis Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2009, 55, 3
2. Aouil B., Leźnicka M., Jachimowicz-Wołoszynek D., Zaremba J.: Wypalenie zawodowe – próba oceny skali zjawiska w województwie kujawsko-pomorskim. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2011, 92(3), 436-440
3. Jachimowicz-Wołoszynek D., Jakubowska Mirosława, Leźnicka M.: Analiza zachowań i przeżyć związanych z pracą na przykładzie pielęgniarek. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2011, 92(4), 725-732
4. Woderska A., Zjawisko wypalenia zawodowego na przykładzie personelu pielęgniarskiego wybranych placówek opieki zdrowotnej, Praca licencjacka napisana pod kierunkiem dr Doroty Jachimowicz-Wołoszynek, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń, 2005
5. Kowalczuk K. i wsp.: Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy, w: Problemy higieny i epidemiologii 2008, 89 ( 2 ), 211 - 215
6. Wasińska K.: Jakość środowiska pracy i jej wpływ na funkcjonowanie człowieka w systemach technicznych, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Tadeusza Kotarbińskiego, Zielona Góra 1999, 20
7. Konarska M., Widerszal – Bazyl M. : Metody ergonomicznej analizy i oceny obciążenia pracą, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Warszawa 2002
8. Ksykiewicz – Dorota A. (red.): Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej, Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2008, 110 – 111
9. Ksykiewicz – Dorota A. ( red. ) : Zarządzanie w pielęgniarstwie, wydawnictwo Czelej Sp. z o. o., Lublin 2005, 431

10. Ksykiewicz – Dorota A. (i wsp.): Metoda określania i oceny pozycji ciała pielęgniarki odcinkowej w oddziale szpitalnym, Zdrowie Publiczne, 1992, 103, 9, 469 – 475
11. Kułagowska E.: Obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego podczas prac wykonywanych przez pielęgniarkę anestezjologiczną. Medycyna Pracy, 2008, 59(4), 287-292
12. Kee D., Karwowski W.: A comparison of three observational techniques for assessing postural loads in industry. Int. J. Occup. Saf. Ergon. 2007;13(1), 3–14
13. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M.: Czynniki szkodliwe oraz obciążenia pracą pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu. Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 3, 269-273.
14. Kułagowska E. Kosińska M., Obciążenie fizyczne pielęgniarek – przyczyny i skutki. Zdrowie Publiczne, 2002, 112, 109 – 112
15. Kosińska M., Kułagowska E., Problemy ujawnione w trakcie ustalania stopnia ciężkości pracy fizycznej pielęgniarek, Annales Uniwersitatis Mariae Curie – Skłodowska Lublin Polonia 2000, Sectio D, Medicina LV, VII (23)

# ROLA MOTYWACJI WAŻNYM ELEMENTEM EFEKTYWNOŚCI EDUKACJI LUDZI CHORYCH NA CUKRZYCĘ

## Rola motivácie ako významného elementu efektívnosti edukácie ľudí chorých na cukrovku

Stanisława Talaga, Bogumiła Lubińska, Krystyna Buławska
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

**Wstęp.**

Choroby przewlekłe stanowią wiodącą przyczynę umieralności na świecie, około 63% zgonów. Cukrzycą jako jedną z 10 najważniejszych chorób przewlekłych na świecie, stanowi poważny problem zdrowotny zarówno dla samych chorych jak i dla całych społeczeństw. Według danych epidemiologicznych opublikowanych przez Międzynarodową Federację ds. Cukrzycy około 285 milionów ludzi na świecie choruje na cukrzycę, a do roku 2025 liczba ta wzrośnie do ponad 380 milionów. W Unii Europejskiej chorobowość cukrzycy oblicza się na poziomie 8,6% populacji między 20 a 79 rokiem życia. Oznacza to, że ponad 31 milionów obywateli Unii Europejskiej to chorzy na cukrzycę. Na terenie Unii Europejskiej w okresie ostatnich 20 lat mamy do czynienia ze stale rosnącą liczbą zgonów z powodu powikłań cukrzycy. Około 75-80% chorych na cukrzycę umiera z powodu chorób układu krążenia – wiodącej przyczyny zgonów w Europie. Cukrzyca stała się obecnie główną przyczyną ślepoty u osób dorosłych, niewydolności nerek i amputacji kończyn, a także głównym czynnikiem ryzyka (równoważnikiem) niedokrwiennej choroby serca, zawału serca, udaru mózgu, miażdżycy tętnic kończyn dolnych oraz wad wrodzonych u noworodków. Choroba ta skraca średni oczekiwany okres życia przeciętnie o 10-15 lat [1].

Zwrócić należy również uwagę na znaczne i stale rosnące koszty związane z epidemią cukrzycy. Koszt podejmowanych działań związanych z profilaktyką i leczeniem cukrzycy w większości krajów członkowskich Unii Europejskiej wynosi ponad 10% całości wydatków przewidzianych na opiekę zdrowotną (w niektórych przypadkach suma ta wynosi nawet 18,5%). Szacuje się, że w Polsce choruje 2,6 mln osób, z których ponad 750 tys. nie wie, że jest chorym[ 1,2]. Udowodniono, że jedyną drogą do zmniejszenia negatywnych skutków epidemii cukrzycy jest: 1) pierwotna prewencja, zwłaszcza w odniesieniu do cukrzycy typu 2; 2) wtórna prewencja odnosząca się do powstawania powikłań; 3) racjonalna emancypacja społeczna osób z cukrzycą. Skuteczność działań edukacyjnych w znacznym stopniu uzależniona jest od

czasu , w którym rozpoczyna się nauczanie chorego. Choroba przewlekła przebiega bowiem fazowo.

Edukacja zdrowotna osób z cukrzycą powinna przekroczyć obszar typowych zajęć dydaktycznych i zawierać składnik psychoterapeutyczny i socjalny. Jest to więcej niż edukacja, jest to też wzmacnianie osobowości, umiejętności radzenia sobie ze stresem. Wynikiem edukacji powinna być zmiana hierarchii wartości życiowych pacjenta i wzbogacenie osobowości chorego tak, aby miał on silną motywację do ścisłego stosowania zaleceń w codziennym życiu [3].

Bez motywacji chory, nawet jeśli dysponuje wystarczającym zasobem wiedzy o swojej chorobie, nie będzie się stosował do otrzymanych wskazówek. Podmiotem oddziaływania edukacyjnego jest nie tylko pacjent, ale także jego szeroko rozumiane środowisko. Włączenie rodziny w proces edukacji nie tylko umożliwia poznanie i zrozumienie problemów pacjenta przez jego otoczenie, ale także czynne współuczestnictwo [4].

**Rozwinięcie**

Pierwszą reakcją na rozpoznanie cukrzycy jest zazwyczaj bunt przeciw chorobie jako niesprawiedliwemu, złośliwemu zrządzeniu losu. Wiele osób kieruje się wtedy w sprawach leczniczych przede wszystkim emocjami. Zazwyczaj człowiek nie potrafi w tym momencie myśleć racjonalnie o swojej chorobie i adaptacji. Ta postawa w niedługim czasie przeradza się w agresję wobec całego świata, walkę ze wszystkimi. Bunt chorego skupia się na kimkolwiek, w tym także na osobach z zespołu terapeutycznego. Okres trzeci to okres rezygnacji, a niekiedy i nihilizmu terapeutycznego. Jest to najtrudniejszy etap dla pielęgniarki, lekarza i pozostałych członków zespołu terapeutycznego. Wymaga z ich strony nawiązania prawdziwego emocjonalnego kontaktu z chorym. Okres czwarty (wymiennie z okresem trzecim) to czas „wadzenia się" z personelem medycznym, każda decyzja jest przyjmowana z rezerwą, krytycyzmem. Okres piąty, najbardziej twórczy dla pacjenta i najbardziej pożądany z punktu widzenia działania zespołu leczącego, to okres akceptacji, w którym następuje sprawna wymiana informacji między lekarzem lub innym członkiem zespołu a chorym, w którym chory staje się zdolny do analizowania informacji uzyskiwanych od terapeutów, a dzięki samokontroli uzyskuje także samodzielnie praktyczne informacje odnoszące się do dalszej terapii; poprawia się wtedy skuteczność leczenia. Choroby przewlekłe wymagają długich lat aktywnego leczenia, zmuszają chorych do regularnych kontaktów z różnymi, zmieniającymi się osobami z zespołu terapeutycznego. Efekty lecznicze zawodzą często oczekiwania

chorych. Mimo niewyleczalności chorób, uzyskuje się jednak poprawę stanu zdrowia kosztem stałych, codziennych starań i ograniczeń. Wykształcenie silnych mechanizmów motywacyjnych do codziennej realizacji zaleceń lekarskich staje się w tej sytuacji warunkiem skuteczności działania. W środowisku medycznym panuje coraz większe zrozumienie idei partnerstwa w leczeniu chorób przewlekłych. Partnerstwo zwiększa bowiem motywację do leczenia. W ten sposób poprawia jego skuteczność. Rzeczywistość wskazuje jednak, że bardzo często daleko jest do praktycznej realizacji tej idei. Zakłada ona bowiem złożony proces przekształcenia zachowań człowieka w celu podtrzymania zdrowia, ograniczenia skutków choroby [5]. Zespół terapeutyczny zawsze powinien dążyć do ustalenia głównych cech osobowości pacjenta, w celu ich wykorzystania w praktyce leczniczej. Należy więc zawsze wiedzieć:

1. do czego pacjent dąży,
2. czy umie określić swoje podstawowe cele życiowe i lecznicze,
3. czy umie zrezygnować z doraźnych przyjemności, aby zrealizować odległy, ale główny cel,
4. czy odczuwa motywy i zna sposoby osiągnięcia celu,
5. jaka jest rzeczywista sprawność jego działania,
6. czy potrafi kontrolować swoje związane z chorobą pobudzenia emocjonalne,
7. jak zachowa się w sytuacjach dodatkowego stresu,
8. czy dąży do podejmowania zadań trudnych, czy też łatwo się wycofuje,
9. czy skupia się na wykonywaniu istoty zadania czy tylko na zewnętrznym obrazie („jak wypadnie") wykonywania zadań, powstającym w oczach innych ludzi,
10. czy ludzi, przedmioty i wydarzenia ocenia tylko z pozycji własnych interesów i korzyści, czy też dostrzega potrzeby innych ludzi i angażuje się w ich realizację, czy sprawnie przystosowuje się do zmian zachodzących w jego bliższym i dalszym środowisku społecznym,
11. czy zachowanie przed chorobą i obecnie w podobnych sytuacjach byłoby zbliżone? Powyższe podejście do nauczania w cukrzycy musi się stać w Polsce powszechne. Dobre motywowanie chorego prowadzi do postawy, w której pacjent w pełni akceptuje swoją chorobę;

- ✓ Pacjent nie zaprzecza w całości lub w części istnieniu cukrzycy. Cukrzyca nie jest winą lub kalectwem - to zwykły fakt.
- ✓ Cukrzyca należy do jego szczególnej indywidualności. To On i Jego cukrzyca znajduje się w ramach Jego osobowości.

- ✓ Musi ją doskonale poznać na co dzień, dużo nauczyć się. Nie ona zapanuje nad Nim, ale On okiełzna ją w całości podda swojej wiedzy, umiejętnościom, woli i pełnej kontroli.
- ✓ Od Niego jedynie zależy, jak pewnie i jak dobrze będziesz się czuł.
- ✓ Pamięta, że ma bardzo wielu przyjaciół i sojuszników Swojej woli pracy, praktycznego zniewolenia i opanowania cukrzycy. Zaliczani są do nich wiedza o cukrzycy, lekarz, pielęgniarka, nauka i technika, osiągnięcia na całym świecie, rodzina, przyjaciele, inne osoby z cukrzycą, organizacja chorych na cukrzycę, społeczeństwo, jego instytucje [6].

Postawy pacjentów pomocne w wzmacnianiu motywacji to postawa dawcy, samarytanina, poszukiwacza, żołnierza, artysty, bohatera. Niekiedy jednak mogą powstać postawy niekorzystne. Należy zatem zwrócić uwagę na osobowość pacjenta. Każdy człowiek wykazuje szczególne cechy psychiczne, indywidualną skalę wartości, bardziej lub mniej rozwiniętą wrażliwość na problemy ogólniejsze, lepsze lub gorsze zrozumienie celów ogólnych, dążeń własnych i potrzeb innych, charakter zachowań i motywacji działań oraz kulturę, etykę i sprawność życiową. Każdy ma odrębną osobowość. Tę warstwę jednostki ludzkiej łatwiej jest intuicyjnie wyczuć, trudniej określić w formie definicji, która by nie budziła wątpliwości. Dawniej posługiwano się do tego celu pojęciem cech charakteru lub różnych wymiarów osobowości [7]. Osobowość, do celów związanych z omawianą problematyką, należałoby określić jako zbiór cech i mechanizmów psychicznych, które warunkują ukierunkowanie, kontrolę i spójność ludzkiego postępowania. W zakres osobowości wchodzą także przekonania, a więc osobiste, zabarwione emocjonalnie opinie, poglądy, także opinie bardziej zobiektywizowane i postawy, a więc trwała gotowość do reagowania w określony sposób, predyspozycja do określonych zachowań. Są to mechanizmy widzenia siebie i świata. Oczywiście ulegają one przemianom. Osobowość jest strukturą dynamiczną. Zmienia się w wyniku integrowania, a więc scalania różnych poznawczych i emocjonalno-motywacyjnych mechanizmów regulujących stosunek jednostki do siebie, do swojej choroby, do swojego zdrowia i do otoczenia oraz kontrolę własnego działania. Pochodną osobowości jest hierarchia wartości i celów. Edukacyjna regulacja osobowości umożliwia psychospołeczne przystosowanie jednostki, jej „ja" do swoich biologicznych i metodycznych warunków i potrzeb, a także do otoczenia, do środowiska wewnętrznego i zewnętrznego. Jak wiadomo, to przystosowanie może mieć charakter regulacji egocentrycznej, a więc takiej, która wyłącznie zmierza do ochrony lub wzrostu własnego

„ja". U jednostki, która z powodu np. choroby szuka ochrony, regulacja osobowości nastawiona jest na utrzymanie stanu dotąd posiadanego zdrowia. Swoistą dla tej sytuacji emocją jest uczucie zagrożenia, utraty sprawności życiowej, roli społecznej, stanowiska, zaufania otoczenia i prestiżu. Stan ten może powodować powstawanie agresywnych form obrony, np. w postaci nadmiernych reakcji emocjonalnych typu gniewu, drażliwości, podejrzliwości, abnegacji. Powstaje wtedy w istocie zachowanie lękliwe, nieśmiałe, wycofujące się, niepewne lub też złośliwe, agresywne, nieufne, roszczeniowe. Egocentryczna osobowość zdolna jest poznawać i widzieć świat tylko z punktu widzenia indywidualnego interesu jednostki. Rzutuje to na treści myślenia- człowiek jest wciągnięty tylko w swoją aktualną sytuację i plany na bliską przyszłość w szukaniu skutecznych, ale tylko doraźnych sposobów działania. Z punktu widzenia celów leczenia cukrzycy egocentryczna regulacja osobowości jest niekorzystna. Wielu ludzi reguluje swoją osobowość inaczej- socjocentrycznie lub prospołecznie. Wywołuje to adaptacje, które Reykowski określa jako „zorganizowanie ze względu na cele pozaosobiste, przy czym celami tymi może być zaspokojenie potrzeb innych ludzi, spełnienie wymagań zawartych w zadaniu egzekwowania normy, dążenie do doskonałości realizowanego dzieła". Działania prospołeczne wynikać mogą także z odległych celów osobistych. Tego typu osobowość polepsza adaptację chorego do celów leczenia, rodzi dodatnie emocje i pozytywną motywację. W programach edukacji terapeutycznej należy dążyć do przeobrażeń osobowości, do jej wzmocnienia. Tworzy się w ten sposób skuteczniejszą terapeutycznie postawę życiową wobec cukrzycy. Można wymienić następujące sposoby oddziaływania:

- przekazanie chorym konstruktywnych schematów poznawczych, umiejętności i motywacji do działania na rzecz celów leczniczych. Są to programy edukacji zdrowotnej, samokontroli, rehabilitacji, samopomocy i inne;
- wytworzenie w strukturze myślenia chorych dominujących idei związanych z głównymi celami życiowymi i leczniczymi;
- ukierunkowanie regulacji osobowości na stronę prospołeczną, wytworzenie gotowości do dodania odwagi innym;
- nastawienie zadaniowe motywacji.

Jak wynika z przeglądu problemów psychospołecznych rodzących się z faktu zachorowania na cukrzycę, u osób tych istnieje konieczność zwiększenia psychicznej odporności na stres [8].

W zakresie działań należy dążyć do rozwiązania takich zadań, jak:

- zrozumienie choroby, jej objawów i celów leczenia;
- wyuczenie się zabiegów służących leczeniu: wstrzyknięć, testowań, sporządzania diety itp.;
- ocena ograniczeń życiowych narzuconych przez chorobę;
- wytworzenie postawy pozytywnej akceptacji dla powyższych potrzeb -także wśród członków rodziny;
- potrzeba wytrenowania w realizacji reżimu leczniczego, w spełnianiu roli leczniczej, asymilacja zachowań leczniczych przez członków rodziny;
- wytworzenie korzystnego i stabilnego stosunku chorego i rodziny z fachowymi, medycznymi opiekunami [9].

Człowiek w swoim życiu dokonuje wielu wyborów. Ogniwem łączącym wszystkie składowe leczenia cukrzycy jest edukacja pacjenta, uważana dziś za fundament terapii tej choroby. Charońska pod pojęciem edukacji zdrowotnej rozumie całokształt działań zmierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy styl życia i przyczyniać się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływania na zdrowie [10].

W „Szkole dla pacjentów z cukrzycą" zastosowano w podobnym układzie organizacyjnym dwa odmienne programy pod względem sposobu przedstawienia treści edukacyjnych i psychologicznych. Pierwszy rodzaj programu przekazywał przede wszystkim wiedzę i techniczne aspekty umiejętności samoopiekuńczych i samokontrolnych. W drugim rodzaju podobne finalne cele edukacyjne osiągano za pomocą programów budujących przede wszystkim motywację pacjentów. Program zorientowany na zwiększenie motywacji zawierał więcej treści i zajęć wyjaśniających mechanizmy działań samoopiekuńczych, przedstawiał dowody na ich skuteczność, kreował pozytywne emocje i zachowania, był konfrontowany z realnymi okolicznościami życiowymi. Okazało się, że przy tych samych warunkach organizacyjnych i nakładzie pracy program budujący motywację odznaczał się istotnie większą skutecznością i trwałością wyników. Zwiększenie motywacji pacjentów, uzyskiwanie ich emocjonalnie uwarunkowanego, wynikającego z „wewnętrznego przekonania" działania stanowi preferencyjny paradygmat edukacji terapeutycznej [11].

Oddziaływania edukacyjne są sposobem na pełne obiektywne i subiektywne przystosowanie się do życia z chorobą przewlekłą. Skuteczność leczenia chorób przewlekłych, w tym również cukrzycy, zależy w dużym stopniu od dobrej współpracy między pacjentem a zespołem terapeutycznym. Z punktu widzenia diabetologii rolą

edukacji zdrowotnej jest taki wpływ na wiedzę pacjenta o chorobie, postawę wobec choroby i zachowania zdrowotne, aby utrzymać stan okołonormoglikemii, zapobiegać ostrym i przewlekłym powikłaniom choroby, a także uzyskać poczucie dobrej jakości życia. Pacjent odpowiednio zmotywowany, posiadający wiedzę i umiejętności niezbędne do radzenia sobie z problemami związanymi z tą chorobą, jest czynnym członkiem zespołu diagnostyczno-terapeutycznego oraz może podejmować optymalne działania samoopielęgnacyjne.

Chorzy z cukrzycą typu 2 stanowią bardzo niejednorodną grupę o różnych problemach i potrzebach. Programy szkolenia w typie 2 cukrzycy powinny uwzględniać fakt, że w tej grupie chorych znaczny odsetek stanowią osoby starsze, często w wieku podeszłym, chorzy ze znaczną otyłością, chorzy z zaawansowanymi przewlekłymi powikłaniami cukrzycy, a także z różnymi schorzeniami dodatkowymi [12].

Specjalistycznych programów wymagają osoby ze stopą cukrzycową, niewidome i słabo widzące, chorzy z powikłaniami naczyniowymi, z przewlekłą niewydolnością nerek - dializowani itd. Ze względu na liczbę edukowanych osób rozróżnia się edukację grupową i edukację indywidualną. Zaletą tej pierwszej są, między innymi pozytywne interakcje między chorymi, obserwacja innych, wzajemne wzmacnianie motywacji. Zwykle organizowane są 5-dniowe kursy. Za optymalną liczbę biorących udział w szkoleniu uważa się 4-10 osób. Edukacja grupowa wymaga określonych nakładów organizacyjnych. Wskazana jest uważna selekcja pacjentów do określonych grup. Walorami edukacji indywidualnej jest bezpośrednia relacja pacjenta z osobą nauczającą, możliwości dostosowania tematyki, tempa przekazywania wiedzy do możliwości pacjenta. Szkolenie indywidualne szczególnie zalecane jest, np. u osób ze świeżo wykrytą cukrzycą. Dobrze byłoby również, aby pacjent okresowo mógł brać także udział w szkoleniu grupowym, organizowanym w ośrodku specjalistycznym. Bardzo przydatne mogą też być szkolenia prowadzone przez organizacje społeczne, zrzeszające chorych na cukrzycę i ich rodziny, we współpracy z specjalistami [13].

Pomoc i zaangażowanie pielęgniarki pomaga pacjentom wzmóc motywację do dalszego uczenia się w celu samokontroli choroby. Niezbędne jest podejmowanie ustawicznych działań, które krzewią kulturę zdrowotną wychowują i pouczają, czym jest zdrowie i choroba. Kształcenie chorych na cukrzycę powinno być stale wznawiane, ponieważ programy edukacyjne są wciąż uwspółcześniane. Istnieje potrzeba ciągłego kształtowania postawy przewlekle chorych, przy czym nie idzie tu jedynie o dopływ nowej wiedzy dotyczącej postępów w leczeniu choroby, ale o ciągłe przypominanie już

wcześniej nabytych informacji w celu ich utrwalenia. Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do najczęściej spotykanych w praktyce samokontroli zagadnień, takich jak dieta, stosowanie leków, podejmowanie ograniczonych decyzji leczniczych, korekta stylu życia, zachowanie się w zmiennych warunkach życia itp. Pojęcie edukacji przewlekle chorych można by określić za pomocą celów, jakie ma ona spełnić:

1. przekazanie wiedzy, umiejętności i motywów psychoemocjonalnych, które umożliwiają partnerską interakcję pacjenta i lekarza i skuteczniejsze leczenie cukrzycy;
2. wskazanie, że cukrzyca i jej ciągła kontrola nie stanowi drogi do katastrofy, ale odwrotnie może stać się szansą racjonalnej przebudowy osobowości w kierunku tworzenia nowych wartości, których dotąd pacjent nie posiadał lub sobie nie uświadamiał. Tworzy to podstawy do samowychowania i do ukształtowania prozdrowotnego zachowania (behawioru);
3. przeciwdziałanie lękowi, znużeniu, depresji, frustracji, zagubieniu sensu życia przez wykształcenie twórczego podejścia do problemów związanych z cukrzycą;
4. zwiększenie psychicznej odporności pacjenta przez uświadomienie mu mechanizmów zjawisk związanych z chorobą, przysposobienie do roli pacjenta, wyzwolenie kreatywności w stosunku do swojej osoby;
5. zbudowanie i wzmocnienie kontaktu chorego z sobą samym i z otoczeniem, nastawienia altruistycznego zamiast egoistycznego;
6. umożliwienie podejmowania zadań ważnych z punktu widzenia społecznej roli pacjenta, osiąganie poczucia dobrej jakości życia, godności i autonomii, eliminacja dyskryminacji społecznej i autodyskryminacji.

Opisanie edukacji chorego na cukrzycę za pomocą tych 6 zadań, jakie ma ona spełnić wskazuje, że oprócz celów operacyjnych, umożliwiających ciągłe i skuteczne działanie kontrolujące cukrzycę, edukacja ta powinna powodować wytworzenie nowych wartości osobowościowych i moralnych. Stanowi więc sposób na pełną, obiektywną i subiektywną adaptację do faktu chorowania na cukrzycę [14,15].
Bez reedukacji i bieżącego sprawdzania posiadanych wiadomości o chorobie, osoba przewlekle chora szybko popada w rutynę, zapomina i powtarza stare błędy w terapii. Zajęcia z psychologiem klinicznym również powinny mieć charakter cykliczny. Dzięki włączonym mechanizmom obronnym, stałej pomocy zespołu terapeutycznego oraz troski wyedukowanej rodziny, istnieje zdecydowanie większa szansa na zaakceptowanie choroby przewlekłe[15,16].

**Wnioski:**

1. Cukrzyca jest chorobą dotyczącą wszystkich aspektów życia pacjenta, dlatego w edukacji należy brać pod uwagę holistyczny charakter choroby.
2. Edukacja w zakresie umiejętności i manipulacji jest zawsze mało skuteczna; natomiast zmieniać się powinna w większym stopniu osobowość i zachowanie pacjenta.
3. Przebudowa osobowości i zachowań pacjenta ma za podstawę intelektualną i emocjonalną motywację.
4. W wyniku efektywnej edukacji pacjent powinien stać się pełnoprawnym partnerem dla profesjonalnego zespołu terapeutycznego.

**Piśmiennictwo:**


Czech A., Tatoń J.: Epidemia cukrzycy oraz kosztów ekonomiczno- społecznych – dlaczego w Polsce nie wykorzystuje się skutecznych programów prewencji cukrzycy typu 2 –„inertia preventiva”? , Medycyna Metaboliczna nr 1/2010, s. 43- 48.

Nowak D.: Żywienie w cukrzycy, Poradnik Lekarza Praktyka, nr 6/2002, s. 31-35.

Heropolitańska-Janik J.: Składnik poznawczy i emocjonalny w pedagogice terapeutycznej chorych na cukrzycę, Medycyna Metaboliczna nr 2/2002, s. 54-57.

Otto-Buczkowska E.: Edukacja chorych na cukrzycę, ze szczególnym uwzględnieniem cukrzycy typu 2, Lekarz, Elamed, nr 4/2002, s.16-18.

Tatoń J., Czech A.: Podręcznik edukacji terapeutycznej, PWN, Warszawa 2000.

Tatoń J.: Przyjacielski poradnik domowej samoopieki i samokontroli cukrzycy, PZWL, Warszawa 2004.

Tatoń J.: Uzdrawiający potencjał osobowości i uczuć w postępowaniu z osobami z cukrzycą, Medycyna Metaboliczna, nr 2/2005, s.23- 31.

Reykowski J., Emocje i motywacja. W: T. Tomaszewski (red): Psychologia, PWN, 1985.

Tatoń J., Czech A., Bernas M.: Intensywne leczenie cukrzycy typu 2, PZWL, Warszawa 2005.

Charońska E.: Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej, CEM, Warszawa 1997.

Bernas M.: Badania skuteczności programów edukacji terapeutycznej dla pacjentów z cukrzycą. Porównanie programów zorientowanych na badanie wiedzy, technicznych umiejętności i motywacji, Medycyna Metaboliczna, nr 1/2011, s. 27- 31.

Pupek-Musialik D., Kujawska-Łuczak M.: Odrębności postępowania medycznego u osób w podeszłym wieku chorujących na cukrzycę, Medycyna Metaboliczna, nr 4/2006, s. 34-39.

Tatoń J., Bernas M.: Pedagogika zdrowotna w cukrzycy, Medycyna Metaboliczna, nr 3/2002, s. 25-34.

Tatoń J.: Nauczania samoopieki, PWN, Warszawa 1995.

Luźniak P., Wojciechowska-Luźniak A.: Prewencja cukrzycy typu 2 oparta na dowodach – szansa wdrożenia do praktyki w Polsce, Medycyna Metaboliczna, nr 1/2010, s. 56-67.

Zimbardo P. G., Gerrig R.J.: Psychologia i życie, PWN, Warszawa 2007.

**Informacja o autorach:**

Stanisława Talaga Instytut Pielęgniarstwa
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
Bogumiła Lubińska –Żądło Instytut Pielęgniarstwa
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
Krystyna Buławska Instytut Pielęgniarstwa
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

**Kontakt na autora:**

Instytut Pielęgniarstwa
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
34-400 Nowy Targ
ul. Kokoszków 71

# ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE PRACY ZESPOŁOWEJ W WYPEŁNIANIU ZADAŃ ZAWODOWYCH PIELĘGNIAREK

## Teoretické predpoklady tímovej práce pri výkone povolania sestry

Bogumiła Lubińska-Żądło, Stanisława Talaga
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
Instytut Fizjoterapii

**WSTĘP**

Obserwowane w ostatnich latach zmiany społeczno-gospodarcze, zmieniające się trendy i nowe kierunki działań mające zapewnić wysoką jakość usług, w tym także medycznych przyczyniły się w znacznym stopniu do przeobrażeń na rynku pracy. Dynamiczny postęp we współczesnej opiece nad zdrowiem człowieka oraz w zakresie świadczenia usług zdrowotnych na rzecz pacjentów i ich rodzin powoduje wiele przemian. Do opieki zostają wprowadzani coraz to nowi profesjonaliści, np. psycholog, terapeuta zajęciowy, socjolog, rehabilitant, pracownik socjalny, analityk medyczny, logopeda, pedagog, dietetyk. Rola lekarza, pielęgniarki i samego pacjenta ulega wielkim przemianom. Lekarz przestał być jedynym profesjonalistą, decydentem i poleceniodawcą zapewniającym osiąganie celów opieki. Pielęgniarka z roli biernego wykonawcy staje się profesjonalistką-ekspertem pielęgniarstwa, także zmienia się pacjent z posłusznie wykonującego polecenia lekarza na świadomego swoich praw, głównego decydenta w sprawach własnego zdrowia.

Każda grupa zawodowa ma do odegrania istotną, swoistą rolę i funkcje. Niemniej jednak istnieje duży obszar działań wspólnych, np. promowanie zdrowia, profilaktyka, który powinien skupiać profesjonalistów różnych dyscyplin. Zatem wyodrębnić można dwa rodzaje zespołów; jednodyscyplinarne i interdyscyplinarne. Zespół jednodyscyplinarny skupia pracowników jednej dyscypliny, np. zespoły lekarskie, pielęgniarskie, rehabilitacyjne itp. Zespoły te zmierzają do zapewnienia ciągłości i podnoszenia poziomu świadczonej przez siebie pomocy. Zespoły pielęgniarskie skupiają się na jakości pielęgnowania i podnoszeniu jego poziomu, na zapewnieniu opieki zindywidualizowanej i ciągłej. Zespoły interdyscyplinarne skupiają profesjonalistów różnych dyscyplin, którzy w danej instytucji zapewniają opiekę poszczególnym pacjentom. Jeżeli celem działań tych osób jest udzielanie świadczeń diagnostyczno – leczniczo - usprawniających, to taka grupa ludzi określana jest jako zespół

terapeutyczny. Skład zespołu może być różny, zależny przede wszystkim od problemów pacjenta i jego rodziny.

W pracy zespołowej istotne jest postrzeganie każdego z profesjonalistów jako samodzielnego i niezależnego praktyka, który wykonuje szczegółowe czynności i zadania na rzecz osiągnięcia wspólnego celu.

W czasach oszczędzania i minimalizowania kosztów, źródeł większej wydajności poszukuje się między innymi w pracy zespołowej. Praca zespołowa wydaje się być dobrym rozwiązaniem wielu problemów, z którymi w czasie kryzysu mogą borykać się przedsiębiorstwa. Praca w grupie może także hamować spadek motywacji i równoważyć wahania w poziomie wydajności poszczególnych członków.

Istota pracy zespołowej powinna sprowadzać się do równania 2 + 2 > 4. Dobrze działający zespół i uzupełniające się umiejętności poszczególnych jego członków nie tylko przyspieszają realizację projektów, ale przede wszystkim zwiększają szanse na ich powodzenie - sprzyjają wyższej wydajności pracy i integracji międzyludzkiej.

W psychologii pracy zwraca się uwagę na fakt, iż odpowiedni podział zadań uruchamia efekt synergii co wpływa na efektywniejsze, skuteczniejsze i w krótszym czasie wykonywanie zadań. Praca zespołowa to nie tylko sposób działania czy zarządzania, to także określony sposób myślenia o sobie i swoim miejscu w określonym otoczeniu.

Problematyka pracy zespołowej jest bardzo złożona, trudna i obszerna. W niniejszym opracowaniu przedstawiono bardzo zwięzłe ujęcie tych zagadnień. Omówiono podstawowe zagadnienia z zakresu tworzenia i funkcjonowania zespołu, cechy i zasady pracy zespołowej, skuteczność zespołu, a także role pełnione w zespole zarówno pozytywnie jak i negatywnie wpływające na funkcjonowanie zespołu.

## 1. Rozważania teoretyczne.

### *1.1. Definicja zespołu i znaczenie pracy zespołowej*

Określenie „zespół" we współczesnym świecie używane jest powszechnie i trudno ustalić, co ten termin tak naprawdę oznacza. Ogólnie można stwierdzić, iż jest to grupa ludzi, których łączy wspólny cel. Istnieje wiele definicji zespołu, S. G. Cohen i D. E. Bailey sformułowały następującą definicję: *Zespół to grupa osób, które podczas wykonywania powierzonych im zadań są od siebie wzajemnie zależne, wspólnie odpowiadają za wyniki pracy, postrzegają siebie oraz są przez innych postrzegane jako odrębna jednostka*

*społeczna, osadzana w ramach innego, większego systemu społecznego lub kilka takich systemów (np. przedsiębiorstwa lub korporacji) oraz które tworząc wzajemne relacje, przekraczają granice strukturalne w organizacji.*[4] J. K. Katzenbach i D. K. Smith w swojej książce „ Siła zespołów" definiują zespół jako *niewielką grupę osób obdarzonych komplementarnymi umiejętnościami, połączonych wspólnym celem, celami cząstkowymi oraz nastawieniem, za które czują się współodpowiedzialni*.[5] WHO definiuje zespół, *jako niehierarchiczną grupę ludzi o różnych zawodach/kwalifikacjach świadczących usługi w danym zakresie na rzecz innych osób*.[6] Z kolei definicja stworzona przez The Quality Assurance Project wydaje się być prostą a zarazem oddającą sedno, *zespół to grupa wchodzących w interakcje osób, połączonych wspólnym celem, za który w równym stopniu ponoszą odpowiedzialność*.[7]

Biorąc pod uwagę powyższe definicje stwierdzić należy, że zespół to co najmniej dwie osoby, które współdziałają ze sobą i są od siebie wzajemnie uzależnione w sensie realizacji wspólnego celu. Zatem aby powstał zespół muszą być spełnione następujące kryteria :

– zbiór ludzi, którzy tworzą zespół musi mieć wspólny cel,

– między członkami zespołu musi istnieć współpraca,

– w zbiorze osób muszą istnieć normy,

– żeby można było mówić o zespole musi istnieć struktura zespołowa,

– poszczególni członkowie zależą wzajemne od siebie w ten sposób, że sukces jednostki zależy od sukcesu zespołu i odwrotnie.

W czasach oszczędzania i redukcji kosztów, większej wydajności poszukuje się między innymi w pracy zespołowej. Praca zespołowa jest głównym i prawdopodobnie najważniejszym czynnikiem organizacyjnym zapewniającym wysoki poziom usług. Stanowi jednocześnie wyższą formę organizacji pracy ze względu na korzyści jakie może przynieść w warunkach właściwego jej zorganizowania. Zespołowy system pracy jest stosowany prawie we wszystkich dziedzinach działalności gospodarczej, projektowaniu, konstruowaniu, a nawet w pracach naukowych. Dobrze dobrany zespół i uzupełniające się umiejętności jego członków przyspieszają realizację projektów, zwiększają szanse na

4 Cohen S. G., Bailey D.E.; What Makes Teams Works: Group Effectiveness Research from the Shop Floor to the Executive Suite, Jorunal of Management 23, 3, 1997, s. 239-290

5 Katzenbach J. R., Smith D.K.; Siła zespołów. Wpływ pracy zespołowej na efektywność organizacji. [w:] 6 nawyków wydajnego zespołu, HELION, Onepress, Gliwice 2008, s. 38

6 Piątek A. Ksykiewicz-Dorota A .i wsp.; Pielęgniarskie Stanowisko pracy w Szpitalu Wojskowym i Wojskowym Szpitalu Wojewódzkim. [w:] Doskonalenie organizacji opieki pielęgniarskiej w lecznictwie stacjonarnym, red. Ksykiewicz-Dorota A. Rusecki P., ABRYS, Kraków- Lublin 1996, s. 126.

7 Kohn S.E., O'Comell V. D.; 6 nawyków wydajnego zespołu, HELION, Onepress, Gliwice 2008, s. 37

ich powodzenie, sprzyjają wyższej wydajności pracy i tworzeniu się więzi między współpracownikami.

Istotę pracy zespołowej najlepiej oddaje definicja WHO, która mówi, iż jest to *metoda pracy mająca wspólny cel, która umożliwia różnym osobom najlepsze wykorzystanie swoich umiejętności przez połączenie wiedzy i doświadczenia.*[8] Według A. Sejhiewicza praca zespołowa *to podstawowa forma organizacji pracy, przez którą rozumie się określony stopień organizacyjnego zespolenia wykonawców w procesie pracy dla wykonania określonych zadań*. Z kolei B. House pracę zespołową definiuje, *jako rodzaj działań zbiorowych gdzie wykonanie pewnych uporządkowanych zbiorów czynności i operacji powierza się określonej grupie osób lub gdy pewna grupa osób wykonuje zespołowo zadanie zlecone indywidualnie na każdego z nich*.[9]

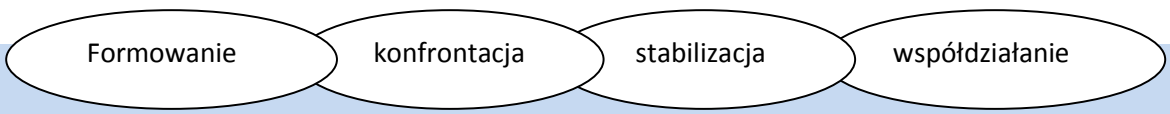
Z przytoczonych definicji wynika, iż model pracy zespołowej jest głównym i najważniejszym czynnikiem organizacyjnym zapewniającym wysoki poziom jakości pracy. Praca zespołowa zwiększa korzyści przypadające na pojedynczego wykonawcę w stosunku do sytuacji, w której miałby on pracować indywidualnie. Jest to efekt synergii (współdziałanie różnych czynników, którego efekt jest większy niż suma poszczególnych oddzielnych działań).

W świetle powyższych definicji zespół pracowniczy można traktować jako :

4. samodzielną jednostkę lub element przedsiębiorstwa, który funkcjonuje jako odrębne ogniwo pozostające pod wpływem swojego otoczenia,
5. system działający z rozmysłem, na który oddziałuje i wpływa cały szereg funkcjonujących różnorodnych czynników m.in. natury ekonomicznej, socjologicznej czy technologicznej,
6. dynamicznie zmieniająca się kombinacja kapitału ludzkiego, która stoi na wejściu do organizacji, podlega transformacji i jest przetwarzana w stany wyjściowe, pojawiające się na wyjściu jako produkt gotowy (usługa informacyjna).

### *1.1.1.Fazy rozwoju zespołu.*

Każdy zespół przechodzi pewne fazy rozwoju.




8 Piątek A. Ksykiewicz-Dorota A. i wsp.; Pielęgniarskie Stanowisko pracy w Szpitalu Wojskowym i Wojskowym Szpitalu Wojewódzkim [w:] Doskonalenie organizacji opieki pielęgniarskiej w lecznictwie stacjonarnym, red. Ksykiewicz-Dorota A. Rusecki P., ABRYS, Kraków- Lublin 1996, s. 126.

9 http://gawedama.republika.pl/mg/pr_ze.html

W fazie *pierwszej*, *formowania - konstytuowania się*, członkowie zespołu poznają się wzajemnie, sprawdzają swoje zachowania, badają, które zachowania interpersonalne są akceptowane a które odrzucane przez innych członków grupy. Członkowie zespołu ustalają podstawowe reguły gry, na tym etapie może pojawić się wstępna struktura zespołu.

*Druga faza rozwoju to komunikacja i podejmowanie decyzji,* wyłania się często powoli. Na tym etapie zespołowi może brakować jedności, a wzorce interakcji mogą być nierówne. Jednocześnie niektórzy członkowie zespołu mogą zacząć się wybijać i zdobywać uznanie jako przywódcy zespołu albo przynajmniej odgrywać główną rolę w kształtowaniu jego programu.

*Trzecia faza rozwoju, stabilizacji - zwana fazą motywacji i wydajności*, zwykle zaczyna się od gwałtownego wybuchu aktywności. Na tym etapie poszczególne osoby zaczynają rozumieć i akceptować swoje role i role innych i wykształcać poczucie jedności.

Ostatnia *czwarta faza* kształtowania się zespołu to *współdziałanie*. Zespół rzeczywiście zaczyna koncentrować się na swych właściwych zadaniach. Członkowie podejmują role, które przyjęli, pojawiają się interakcje, wysiłki są nastawione na osiągnięcie celów zespołu. Podstawowa struktura zespołu nie jest już problemem otwartym, lecz stała się mechanizmem realizacji celów zespołu.[10]

### *1.2. Tworzenie i organizacja zespołu*

Rozwój zespołu może nastąpić samoczynnie, częściowo w wyniku zastosowanych strategii przez lidera a częściowo w wyniku gotowości członków do integracji społecznej, która umożliwia funkcjonowanie grupy.

W prawidłowo funkcjonującym zespole kierownik powinien mieć na uwadze podstawowe zasady funkcjonowania zespołu:

1. *Zasada minimalnej* liczby członków zespołu - im większy zespół pracowniczy tym więcej problemów pod względem przekonań, postaw (społecznych, politycznych, moralnych) tym wolniej będą przebiegać procesy współżycia, współdziałania.

Duży zespół to problem dla kierownika - występuje stosunkowo mała liczba kontaktów z podwładnymi, ograniczony przepływ informacji, trudności w egzekwowaniu realizowanych zadań przez członków zespołu, trudności w odpowiednim motywowaniu podwładnych. Mały liczebnie zespół - to silniejsza motywacja, to więzi personalne, integracja zespołu, częstszy kontakt z podwładnymi, szybszy przepływ informacji.

10 Biernacka M., Korba J., Smutek Z.; Podstawy przedsiębiorczości - podręcznik dla liceum ogólnokształcącego, liceum profilowanego i technikum – OPERON Gdańsk, 2010, s. 26-27

Optymalny skład zespołu jest uzależniony od kilku czynników i rodzajów pracy, od charakteru wykonywanych działań, od przestrzeni na której ten zespół ma działać, od stosowanych środków łączności, od poziomu kwalifikacji pracowników, od cech i osobowości kierownika.

*2. Zasada rezerwy kwalifikacyjnej*

- Kp < Wg - kwalifikacje są mniejsze od stawianych wymagań,
- Kp = Wg - kwalifikacje są równe stawianym wymaganiom (sytuacja idealna),
- Kp > Wg - kwalifikacje przewyższają stawiane wymagania (w dłuższym przedziale czasu nie jest to dobre rozwiązanie).

3. *Zasada perspektywy działania* - potrzeba, konieczność poinformowania kandydata na członka zespołu o misji zespołu, celach stawianych przed zespołem, o warunkach działania - funkcjonowania zespołu po to, żeby kandydat mógł na wejściu wyzwolić emocje dodatnie lub ujemne.

*4. Zasada elastycznej bazy technicznej* - większość zespołów pracowniczych funkcjonuje w niestabilnych warunkach, uzasadnia to konieczność nadania im - już w trakcie ich organizacji - takiego kształtu, takich cech, które gwarantowałyby im odpowiednią zdolność adaptacyjną. W kształtowaniu zdolności adaptacyjnej zespołu - obok czynnika ludzkiego - niemałe znaczenie ma także baza techniczna.[11]

### *1.2.1. Etapy tworzenia zespołu*

W trakcie rozwoju zespołu można wyodrębnić następujące etapy :

9. ***Formowania*** – charakterystycznymi cechami tego etapu jest duża zależność od wskazówek i wytycznych przywódcy zespołu, wyeksponowana funkcja kierownicza lidera, brak jasności co do ról i obowiązków poszczególnych członków zespołu, dominuje niepokój, testowanie zadania, częste ignorowanie.

10. ***Ścierania się*** - dominuje atmosfera konfliktu, rodzi się emocjonalny opór wobec lidera, wobec stawianych zadań, metod; konflikt wobec wszystkiego; podejmowane są próby znalezienia miejsca w zespole w odniesieniu do innych jego członków i przywódcy; dochodzi do rywalizacji o stanowiska; zdarza się, że członkowie zespołu podważają rolę przywódcy; powstają kliki i frakcje, które mogą wywołać walkę o wpływy. Aby możliwy był dalszy rozwój zespołu, niezbędne jest zawieranie kompromisów.

11. ***Normowania*** – zespół zaczyna osiągać porozumienia i zgodę, etap ten daje możliwość kształtowania spójności grupy, norm i zasad współżycia, współdziałania,

11 Jasiński Z.; [red:] Zarządzanie pracą. Organizowanie, Planowanie, Motywowanie, Kontrola. Przedsiębiorstwo jako system pracy. Rola kierowników w osiąganiu sukcesu . Placet. Warszawa, 1999, s. 66-77

choć ciągle jeszcze występuje otwarta i dynamiczna wymiana poglądów; podejmowanie mniej znaczących decyzji można przydzielić poszczególnym członkom zespołu; zespół jest mocno zaangażowany i ma silne poczucie jedności; lider jest ogólnie szanowany, a część przywództwa dzielona jest pomiędzy członków zespołu.

12. ***Działania*** – w tym etapie członkowie zespołu mają wizję działania; zespół wie dokładnie co i dlaczego robi, cele i zadania zostały zaakceptowane, członkowie zespołu mają wspólną wizję działania i może on zacząć działać samodzielnie; wszystkiego rodzaju problemy interpersonalne zostały rozwiązane; przywódca przekazuje zespołowi zadania i projekty do wykonania, zespół podejmuje działanie według przypisanych członkom zespołu ról. [12] [13]

### *1.3. Cechy i zasady pracy zespołowej*

Nie każdy rodzaj wykonywanej pracy przez grupę ludzi można nazwać zespołową. Aby praca miała formę pracy zespołowej winna wyróżniać się następującymi cechami :

- współdziałanie czyli zorganizowane działanie zmierzające do realizacji wspólnego celu,
- współpraca,
- współpartnerstwo,
- możliwość i chęć udzielenia sobie pomocy,
- możliwość łączenia zawodów i specjalności,
- możliwość pełnienia funkcji w zależności od kwalifikacji, umiejętności, zdolności, aktualnych możliwości,
- zbiorowa odpowiedzialność za rezultaty pracy,[14]

W miarę dojrzewania i kolejnego etapu rozwoju, w pracy zespołu można zaobserwować cztery cechy :

- ***Struktura zespołów*** - podziału ról i zadań. Nie jest zbyt istotne dla integracji i współpracy w zespole, czy podział zadań jest narzucony odgórnie, czy dokona się samoistnie. Nie musi być on również niezmienny. Ważne natomiast jest, żeby każdy członek zespołu otrzymał określoną funkcje lub sam mógł ją wybrać. Poza tym każdy członek zespołu nie tylko musi być przez pozostałych zaakceptowany, lecz sam musi zaakceptować swoją rolę oraz swój udział w zespole. Umożliwia to efektywną pracę całego zespołu. Niejasny podział zadań lub słabe zrozumienie pełnionej funkcji obniży

12 Griffin R.W.; Podstawy zarządzania organizacjami. PWE, Warszawa, 2006, s. 626-628
13 Kohn S.E. O'Comell V.D.; 6 nawyków wydajnego zespołu. HELION ,Gliwice, 2008, s. 55-57
14 Biernacka M., Korba J., Smutek Z.; Podstawy przedsiębiorczości. Podręcznik OPERON, Gdynia 2010, s. 24-25

jakość pracy i może spowodować nieporozumienia i zniechęcenie. Powstają wskutek tego trudności ze wzajemną komunikacją, zastrzeżenia co do wzajemnych kompetencji itp. W rezultacie uniemożliwi to optymalne rozwiązanie problemu. Opisanie oraz podział funkcji i obowiązków nie muszą być przeprowadzone w sposób zbiurokratyzowany i autorytarny, ważne jest aby istniała możliwość zmian w ramach ustaleń w grupie.

- ***Jasno określony cel*.** Nie jest istotne to, czy cel dla zespołu zostanie wyznaczony z zewnątrz, czy sam go sobie wyznaczy, musi on zostać zaakceptowany przez zespół. Warunkiem tej akceptacji jest zgodność celów organizacji z celami osobistymi pracowników (wynagrodzenie, akceptacja, odpowiedzialność). Jeśli nie będzie tej zgodności, to mogą również zaistnieć konflikty interesów i zespół nie będzie efektywnie pracował.

- ***Sprawna interakcja***. Istotną przesłanką powstania i tworzenia zespołu jest dobra, wzajemna komunikacja jego członków, która jest nośnikiem zdarzeń. Umożliwia ona wzajemne wykorzystanie doświadczeń i wiedzy członków zespołu. Jednocześnie komunikacja jest instrumentem pracy zespołu, za pomocą którego analizuje się i rozwiązuje problemy, podejmuje decyzje i koordynuje prace w kierunku wyznaczonego celu. Poza tym komunikacja jest tym instrumentem, który umożliwia rozpoznawanie i rozwiązywanie wewnętrznych problemów zespołu.

Komunikacja służy też utrzymaniu kontaktów wewnątrz całego przedsiębiorstwa i pomaga różnym zespołom tworzyć sensowną całość w organizacji. Jeśli komunikacja będzie utrudniona przez biurokratyczno-autorytarną lub sztywną, formalną strukturę organizacyjną wówczas zagrożona będzie sprawność zespołu. Komunikacja może dobrze funkcjonować wówczas, gdy zespól nie ogranicza się tylko do sporadycznych spotkań. Dobrej komunikacji sprzyjają takie elementy jak: brak oficjalności, przyjazna atmosfera, umiejętność wysłuchiwania innych, swoboda wyrażania poglądów i pomysłów.

- ***Wydajność zespołu*.** Badania wykazują, że zespoły są aż czterokrotnie bardziej wydajne niż zwykłe grupy pracowników. Ponadto zespoły znacznie usprawniają rozwój zawodowy człowieka, pozwalając na przyjmowanie do siebie ludzi bez doświadczenia, którzy szybko i płynnie czerpią wiedzę od doświadczonych kolegów. Praca zespołowa jest wskazana szczególnie wówczas, gdy pojawiają się skomplikowane problemy, trudne decyzje i zadania. Istotą pracy zespołowej jest nie tylko ułatwienie pracy poprzez jej

rozdzielenie, lecz wzrost efektywności jako skutek wyższej wydajności zespołu, niż sumy wydajności poszczególnych pracowników.[15]

### *1.4. Korzyści pracy zespołowej*

Zespoły w sensie kompetencji merytorycznych różnią się od siebie w zależności od specyfiki funkcjonowania i zadań jakie mają do wykonania. Jednak niezależnie od kompetencji merytorycznych wspólnymi obszarami działania zespołowego są : zadania, jednostka, zespół, organizacja i otoczenie.

***1. Zadanie***

Charakter zadań zespołu powinien wpływać na sposób jego budowy. Zespół pracując razem powinien wykonywać określone zadania sprawniej aniżeli luźno pracująca grupa. Aby tak się stało należy uwzględnić cele - czy i jak są precyzowane? Czy proces osiągania celów jest monitorowany i w jaki sposób? W jaki sposób oceniane są rezultaty osiągane przez zespół? Jak to rzutuje na dalszą pracę zespołu?

***2. Jednostka***

Kolejnym obszarem analizy jest indywidualny członek zespołu. Zespół jest silny osobami, które go tworzą oraz relacjami, które są między nimi. Można by to zapisać w postaci równania **Zespół = Osoby + Relacje.** Chcąc zbudować dobrze funkcjonujący zespół musimy dobrać odpowiednio ich członków. W tym celu należy dokonać analizy pod kątem czy dana jednostka ma kompetencje potrzebne zespołowi? Jakie ma motywacje? Jakie jest jej nastawienie do wykonywanych zadań? Jakie są jej możliwości? I wreszcie jaki jest wkład
w sukces zespołu?

***3. Zespół***

Nie bez znaczenia są występujące relacje jakie zachodzą między poszczególnymi członkami zespołu. Modyfikują one postawy i zachowania członków. Analizując działanie zespołu nie sposób pominąć następujących czynników: przywództwo, role poszczególnych osób
w zespole, komunikacja pomiędzy członkami zespołu, konflikty, analiza problemów, podejmowanie decyzji, spotkania zespołu i jego spójność, koordynacja działań oraz wartości i normy.

***4. Organizacja – otoczenie wewnętrzne zespołu***

Przy dużej organizacji analizując sposób jej działania warto zwrócić uwagę na :

15 Griffin R.W.; Podstawy zarządzania organizacjami. PWE, Warszawa, 2006, s. 698-700

miejsce zespołu w strukturze organizacji, klimat organizacyjny, wsparcie dla rozwoju kompetencji pracowników oraz sposoby motywacji.

***5. Otoczenie organizacji***

Niejednokrotnie zespół wykonuje swoje zadania częściowo na zewnątrz a częściowo wewnątrz organizacji albo całkowicie poza macierzystą organizacją, czyli w jej otoczeniu. Działania zespołu będą skuteczne jeśli w swoim sposobie działania zespół uwzględni specyfikę otoczenia, które może być : sprzyjające lub wrogie, rozpoznane lub niejasne.[16]

Największą zaletą pracy zespołowej jest zwiększenie wydajności – zintegrowana grupa jest bardziej efektywna w działaniu niż poszczególne osoby wchodzące w jej skład. Według P. Hofstaettera, przyczyn wysokiej wydajności zespołu upatrywać należy w trzech głównych czynnikach:

- większej wiedzy zespołu jako całości,
- zwielokrotnionej mobilizacji do działań oraz
- możliwości łagodzenia napięć emocjonalnych.

W opinii Hofstaettera zespół wie więcej. Wiedza poszczególnych członków grupy - konkretne zdolności, umiejętności lub praktyczne doświadczenia – ulegają kumulacji. Dzięki temu zespół jest zdolny wypełnić luki w wiedzy posiadanej przez jednostkę. Grupa jest także w stanie wyeliminować błędy, które uszły uwadze pojedynczego pracownika. W przypadku zadań problemowych o wysokim stopniu złożoności, zespół może znaleźć nowe możliwości postępowania.[17]

Rozszerzenie horyzontów członków zespołu następuje poprzez wzajemne czerpanie z posiadanej wiedzy. Oprócz korzyści dla zespołu jako ogółu, team work jest szansą dla jego poszczególnych członków. Skoro zespół wie więcej, pojedynczy pracownik otrzymuje możliwość uczenia się zarówno od całej grupy, jak i najbliższych współpracowników. Drugim istotnym elementem zespołu jest jego działanie mobilizujące. Dotyczy to przede wszystkim dyskusji zespołowej - im więcej koncepcji powstaje w czasie rozmowy, tym więcej nowych impulsów do działania uzyskuje grupa. Mobilizujące a zarazem aktywizujące oddziaływanie zespołu nie ogranicza się tylko do myślenia. Według badań jednej z największych prywatnych szkół zarządzania i biznesu na świecie INSEAD, dzięki procesom dynamiki grupowej wzrasta skłonność do podświadomego wpływania na członków zespołu i zachęcania ich do większego

16 Taraszkiewicz M., Nalepa K. F.; Zespół. Praca zespołowa. Praca w zespole. TRENDY uczenie w XXI wieku. Internetowy magazyn CDON, Luty 2007/www.trendy.codn.edu.pl

17 Griffin R.W.; Podstawy zarządzania organizacjami. PWE, Warszawa, 2006, s. 620-626

zaangażowania w obowiązki. Stymulująca funkcja zespołu przejawia się także w większej wiarygodności opinii grupy jako całości. Poglądy zespołu są uznawane za bardziej wartościowe od opinii pojedynczego pracownika.

Trzecim ważnym obszarem oddziaływania grupy jest sfera emocjonalna. Rozwój więzi grupowych zwiększa pozytywny wpływ grupy na pracownika. Praca zespołowa zmniejsza stres i łagodzi napięcia emocjonalne.

Zespołowa organizacja pracy stwarza możliwości:

- korzystniejszego podziału pracy w ramach zespołu,
- wzajemnej pomocy i grupowego rozwiązania problemów,
- lepszego przepływu informacji i łatwiejszego komunikowania,
- lepszej wymiany doświadczeń, uczenia się od innych, a także wyrównywania rytmu pracy.

Z dobrze zbudowanego i właściwie kierowanego zespołu płyną następujące korzyści:

- wzrasta samoświadomość własnej wartości – każdy z członków ma poczucie przydatności w zespole, równocześnie widząc wartość innych,
- usprawnia się komunikacja interpersonalna między członkami,
- wzrasta współpraca, poprawiają się wzajemne stosunki, zwiększa się zaufanie względem siebie,
- występują szybsze, trafniejsze decyzje,
- członkowie motywują się wzajemnie, mniej bezpośredni i mniej pewni siebie członkowie zespołu uaktywniają się,
- wzrasta jakość produktów lub usług,
- podnosi się produktywność i zyski,
- zwiększa się elastyczność, co pozwala na lepsze dostosowywanie do zmieniających się warunków,
- wzrasta zaangażowanie się w proces wdrażania postanowień zespołu,
- wzrasta poczucie bezpieczeństwa, kontakty stają się mniej formalne.[18]

### *1.5. Skuteczność zespołu.*

Skuteczny zespół to taki zespół, którego struktura, przywództwo i metody działania odpowiadają wymaganiom jakie stawia przed tym zespołem zadanie.

Cechy skutecznego zespołu Mac Gregora :

18 Taraszkiewicz M., Nalepa K. F.; Zespół. Praca zespołowa. Praca w zespole. TRENDY uczenie w XXI wieku. Internetowy magazyn CDON. luty/2007/www.trendy.codn.edu.pl

1. przyjaźń,
2. rozluźniona atmosfera,
3. prowadzenie szerokich dyskusji ale tematycznie związanych z realizowanym zadaniem,
4. cele i zadania są zrozumiałe dla członków zespołu i są przez nich akceptowane,
5. zespół słucha krytycznych opinii,
6. przywódca nie dominuje nad pozostałymi członkami zespołu.

Skuteczność zespołu w dużej mierze zależy od mocnych stron pracy zespołowej.

Do zalet pracy zespołowej zaliczyć należy :

- uzyskiwanie lepszych rezultatów niż w pracy jednostek,
- podniesienie wydajności pracy,
- stworzenie warunków do wykorzystania indywidualnych umiejętności w interesie zespołu,
- fakt, iż pozwala ona na wykonywanie każdemu członkowi zespołu tego, co jest dla niego odpowiednie, sprzyja wzrostowi zadowolenia z pracy,
- zmniejszenie się poczucia zależności od przełożonego,
- wzmocnienie się więzów pomiędzy poszczególnymi członkami zespołu (integracja), grupa staje się całością,
- osłabienie fluktuacji, a przez to obniżenie się kosztów z tym związanych,
- odciążenie aparatu kierowniczego od wykonywania zadań w miarę prostych, rutynowych, o niskim stopniu odpowiedzialności,
- umożliwienie dokonywania korzystnego podziału pracy i stworzenie możliwości wzajemnej pomocy, grupowego rozwiązywania problemów; ułatwienie, przyspieszenie, udrożnienie przepływu informacji i procesu komunikowania się, wymiany doświadczeń; ułatwienie pokonywania różnic wynikających z indywidualnych postaw; umożliwienie wspólnego tempa pracy; uaktywnienie procesu wzajemnej kontroli i samokontroli.

Potencjalne wady pracy zespołowej :

- może prowadzić do konformizmu,
- może pojawić się w zespole lider - samozwaniec wymuszający na członkach grupy przyjęcie postaw negatywnych,
- zmusza do częściowej rezygnacji z własnych ambicji na rzecz norm i wartości funkcjonujących w zespole,
- zespół potrzebuje więcej czasu na podjecie decyzji lub rozwiązanie danego

problemu niż indywidualny pracownik[19].

### *1.6. Typy zachowań w zespole*

W literaturze przedmiotu wyróżnia się następujące typy zachowań w zespole:

1. Zachowania zadaniowe - pomagają one zespołowi na ustalenie i realizację wspólnych celów (np. poszukiwanie informacji, pozyskiwanie informacji, zachęcanie do podejmowania decyzji, wypracowywanie norm, wzorów, stanowisk);
2. Zachowania zespołowe - wzmacniają, budują harmonię i spójność zespołu (np. motywowanie, nagradzanie członków zespołu, poszukiwanie kompromisu dla dobra zespołu, podtrzymywanie komunikacji wewnętrznej); (zachowania zadaniowe i zespołowe są potrzebne w zachowaniach zespołu);
3. Zachowania indywidualne - niepożądane działania powstające w wyniku niezaspokojenia potrzeb indywidualnych pracownika i przeszkadzające zespołowi w osiągnięciu celu. (np. dominacja, dążenie do zdobycia dominacji nad grupą, agresja, atakowanie pozytywnych pomysłów.

Skuteczność pracy zespołu jest największa, gdy między zachowaniami zadaniowymi i zespołowymi zachodzi czy istnieje właściwa proporcja a zachowania indywidualne są ograniczone do minimum.

### *1.7. Role w zespole*

W literaturze podanych jest wiele sposobów wyodrębniania ról w zespole, które powinny istnieć po to, aby zespół dobrze funkcjonował.

#### *1.7.1. Role pozytywne*

1. **Przewodnik** (Role w zespole: kieruje procesem działania, pracą zespołu, ustala cele i priorytety, wykorzystuje zdolności interpersonalne np. przy dyskusjach. Cenne umiejętności: koncentruje pracę zespołu na jego działaniach, łagodzi trudności, podtrzymuje zespół w działaniach. Przewodnik jako lider zespołu jest efektywny w kierowaniu zespołem, ale nie zawsze odpowiada potrzebom zespołu. Jego cechy osobowości: jest zrównoważony, indywidualista, dominujący charakter, przynaglający do działania).
2. **Wykonawca** (Role w zespole: praktyczny organizator, określa zadania i role organizatorskie, ustala logiczną drogę postępowania, wyjaśnia cele. Cenne umiejętności:

19 Osmelak J.; Zarządzanie zasobami ludzkimi. Bydgoszcz, 2009, s. 15-21

koncentruje się na sprawach praktycznych, jest systematyczny w działaniu, charakteryzuje go upór w dążeniu do osiągnięcia celu. Wykonawca jako lider zespołu pomaga w szybkim realizowaniu zadań, ale łatwo może przeoczyć rozwiązania niekonwencjonalne i innowacyjne. Cechy osobowości: zrównoważony, opanowany, preferuje stabilne struktury, jest efektywny i systematyczny w działaniu).

3. **Kierownik** (Role w zespole: kieruje zadaniem, nadaje kształt wynikom pracy zespołu, określa metody i sposoby działania. Cenne umiejętności: interweniuje, gdy zespół nie realizuje zadania, dostarcza energii zespołowi, prowadzi zespół do celu. Kierownik jako lider zespołu potrafi prowadzić zespół do szybkich decyzji, jest efektywny w dziedzinach, w których się specjalizuje, może być jednak postrzegany jako wykorzystujący zespół do firmowania własnych decyzji. Cechy osobowości: niespokojny, energiczny, impulsywny, jasno myślący, rywalizujący z innymi).

4. **Pomysłodawca** (Rola w zespole: jest źródłem oryginalnych pomysłów, może wydawać się krytyczny przy rozwiązywaniu problemów, często przyjmuje radykalną postawę. Cenne umiejętności: koncentruje się na najważniejszych zagadnieniach, proponuje nowe koncepcje, nowe rozwiązania, gdy zespół nie idzie do przodu. Pomysłodawca jako lider potrafi stymulować zespół do działania, ale jego dążenie do władzy może ograniczyć inwencję zespołu. Cechy osobowości: koncentruje się na najważniejszych kwestiach, introwertyk, intelektualista).

5. **Poszukiwacz źródeł** (Rola w zespole: zewnętrzna informacja, gromadzi informacje, improwizator, reprezentacja grupy na zewnątrz. Cenne umiejętności: wykorzystuje zdolności interpersonalne do rozwiązywania konfliktów i obniżania napięć w grupie. Poszukiwacz źródeł jako lider potrafi utrzymać poziom działania, ale czasami wydaje się, że ważniejsze dla niego są kontakty zewnętrzne niż praca w grupie. Cechy osobowości: zrelaksowany, entuzjastyczny, zrównoważony, dominujący ekstrawertyk).

6. **Analityk** (Rola w zespole: zajmuje się treścią, analizą, przyjmuje i interpretuje informacje, ocenia krytycznie wszystkich i wszystko. Cenne umiejętności: dba o zespół, nie podejmuje niekorzystnych decyzji, dba aby nic nie zostało pominięte. Analityk jako lider prowadzi do szybkich efektywnych rozwiązań, ale jest krytykiem i może zburzyć pewność członków zespołu. Cechy osobowości: zrównoważony, introwertyk, poważny, krytyczny).

7. **Dusza zespołu** (Rola w zespole: bazuje na komunikacji wewnętrznej, podnosi morale zespołu, popiera i rozwija poglądy innych, stanowi równowagę dla dominujących członków zespołu. Cenne umiejętności: buduje ducha zespołu będąc tego najlepszym

przykładem, rozładowuje napięcia w zespole. Dusza zespołu jako lider jest znakomitym człowiekiem do budowania jedności w zespole, jest doskonały w zespole dojrzałym, natomiast dla zespołu niedoświadczonego jest zbyt radykalny. Cechy osobowości: zrównoważony ekstrawertyk, nie dąży do dominacji, lojalny wobec zespołu, wyczulony na potrzeby innych).

8. **Kontroler** (Role w zespole: wprowadza ład i porządek, dotrzymuje terminów, realizuje plan działania, zwraca uwagę na szczegóły. Cenne umiejętności: sprawdzanie wyników pracy zespołu, podnoszenie jakości wyników pracy zespołu, podnoszenie efektywności pracy zespołu. Kontroler jako lider może być efektywny, bo dba o wykonanie zadań, ale może nie docenić sił twórczych w zespole. Cechy osobowości: niespokojny introwertyk, duże poczucie obowiązku, martwi się o przyszłość).[20]

Proporcje występowania każdej z tych ról zależeć będą od zadania jakie zespół będzie miał do wykonania oraz otoczenia, w którym zespół działa.

### *1.7.2. Role negatywne*

Role negatywne to takie zachowania, które zaspokajając jednostkowe potrzeby danej osoby psują jednocześnie efektywne działanie zespołu.

W literaturze najczęściej można spotkać następujący podział :

1. **Agresor** – osoba taka atakuje innych w sposób, który jest dla nich trudny i przykry. Może wybierać tych, którzy przewodzą zespołowi, albo tych, którzy jej „podpadną" w jakiś inny sposób. Najczęściej nie atakuje wszystkich, bo to skończyłoby się dla niej szybko przegraną. Agresor wchodzi często w kontakt z innymi poprzez atak.
2. **Dominujący–** nie umie wygodnie słuchać i wykonywać poleceń innych. Dlatego stara się uzyskać odpowiednią władzę, nawet kosztem zagrożenia dla zadań zespołu. Może to robić poprzez działania wprost lub w bardziej subtelny, mniej widoczny dla innych sposób.
3. **Blokujący** – osoby te stopują aktywność innych. Nie wysuwają przy tym własnych pomysłów na rozwiązania.
4. **Szukający uznania** – osoby takie potrzebują poklasku grupy. Zdobywają je jednak nie poprzez zaangażowanie się w realizację celów zespołu i pomoc innym, ale przez skupianie uwagi członków sprawach, które odciągają od wykonania zadań i jednocześnie stawiają naszego „bohatera" w świetle reflektorów.

20 Taraszkiewicz M., Nalepa K. F.; Zespół. Praca zespołowa. Praca w zespole. TRENDY uczenie w XXI wieku. Internetowy magazyn CDON. luty/2007/www.trendy.codn.edu.pl

5. **Playboy** – osoba, która ściąga na siebie zainteresowanie całości lub części grupy poprzez prowokujące, ekstrawaganckie zachowania. Playboy nie umie pozostawać w cieniu. Musi skupiać uwagę i uznanie innych.

6. **Ofiara** – osoba taka poszukuje pomocy i osób, które jej będą pomagać. Nie jest to jednak zdrowa forma szukania wsparcia, podczas której osoba chętnie rośnie w siłę i potrzebne kompetencje i zaczyna sobie coraz lepiej radzić sama. Ofiara ciągle znajduje jakieś problemy, bo właśnie dzięki nim zyskuje uwagę i zainteresowanie innych.

7. **Rzecznik innych** – nie umie lub nie chce mówić o tym, na czym mu zależy. Ukrywając swoje potrzeby w potrzebach innych, występuje w ich imieniu, mimo, że nikt go do tego nie upoważnia. Jeśli jest sprawny społecznie i ma wystarczająco dużo czasu może nawet zorganizować sobie prawo do rzeczywistej reprezentacji innych. Zawsze jednak chodzi o takie jego własne potrzeby, które nie są skierowane na lepszą realizację zadań, które zespół ma wykonać.

8. **Spowiednik** – uzyskuje uwagę innych zwierzając się ze swoich prywatnych problemów i spraw.

9. **Bierny** – osoba taka wycofuje się z aktywności na rzecz wykonywanego zadania lub aktywności wspierającej potrzebne procesy grupowe. Nie chodzi tu o chwilowe wycofanie się dla nabrania sił. Osoba taka reaguje stale opóźnieniem reakcji, brakiem zaangażowania itp. Często markuje działanie.[21]

Role w zespole to względnie trwałe sposoby zachowania się osoby. Najważniejsze są te, które powinny istnieć po to, aby zespół dobrze działał. Role te opisują zespoły zachowań, które są zespołowi potrzebne.

***Zakończenie***

We współczesnym świecie umiejętności komunikowania się i współpracy w zespole są równie ważne jak umiejętności techniczne. Grupa jest w stanie osiągnąć pożądane efekty gdy dobór jej członków i kierownictwa jest odpowiedni. W zespole ludzie nie poddają się krytyce, ale wzajemnie słuchają. Sytuacje konfliktowe traktowane są jako wyzwanie do poszukiwania konstruktywnych działań i rozwiązań. W zespole atakuje się problem a nie człowieka. Praca w zespole pozwala jej członkom zidentyfikować się nie tylko z zadaniem, ale z grupą ludzi, z którymi się współpracuje. Poczucie współzawodnictwa i współodpowiedzialności sprawia, że każdy członek zespołu czuje się jednakowo ważną i

21 Taraszkiewicz M., Nalepa K. F.; Zespół. Praca zespołowa. Praca w zespole. TRENDY uczenie w XXI wieku. Internetowy magazyn CDON. luty/2007/www.trendy.codn.edu.pl

wartościową osobą. Ludzie czerpią z siebie nawzajem uzyskując wyraźnie lepsze efekty, niż w sytuacji gdyby działali w pojedynkę.

Oczywiście najlepiej byłoby mieć najlepszy zespół, ale jest to osiągalne tylko w teorii. W realnych sytuacjach jakość zespołu powinna odpowiadać klasie zadań, które mamy do wykonania. Wtedy uzyskamy optymalny układ wykorzystania sił i środków.

**PIŚMIENNICTWO**


1. Biernacka M., Korba J., Smutek Z.; Podstawy przedsiębiorczości. Podręcznik, OPERON Gdynia 2010
2. Brudnik E.; Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie – przewodnik po metodach aktywizujących. OWN, Kielce, 2003 cz.1 i cz.2
3. Cohen S. G., Bailey D.E.; What Makes Teams Works: Group Effectiveness Research from the Shop Floor to the Executive Suite, Jorunal of Management 23, 3, 1997
4. Everard B., Morris G..; Effective School Management. Paul Chapman Publishing, London, 1990
5. Gregorczyk S., Romanowska M., Sopińsk A., Wachowiak P.; Przedsiębiorstwo bez tajemnic (podręcznik do nauczania przedsiębiorczości do liceum ogólnokształcącego, profilowanego, technikum), WSiP Warszawa 2002
6. Griffin R.W.; Podstawy zarządzania organizacjami, PWE, Warszawa 2006
7. http://gawedama.republika.pl/mg/pr_ze.html
8. Jasiński Z.; (red.):Zarządzanie pracą.- Organizowanie, planowanie, motywowanie, kontrola. Przedsiębiorstwo jako system pracy. Rola kierowników w osiąganiu sukcesu, Placet. Warszawa 1999
9. Katzenbach J. R., Smith D.K.; Siła zespołów. Wpływ pracy zespołowej na efektywność organizacji. [w:] 6 nawyków wydajnego zespołu, HELION, Onepress, Gliwice 2008, s. 38
10. Kohn S. E., O'Comell V. D.; 6 nawyków wydajnego zespołu, HELION, Onepress, Gliwice 2008
11. Na zlecenie MEN: - Jak żyć z ludźmi (umiejętności interpersonalne), - program profilaktyczny dla młodzieży; ćwiczenia grupowe, Wyd. Agencja Informacji Użytkowej, Warszawa 1990
12. Osmelak J.; Zarządzanie zasobami ludzkimi, Bydgoszcz 2009
13. Piątek A., Ksykiewicz Dorota A. i wsp.; Pielęgniarskie Stanowisko pracy w Szpitalu Wojskowym i Wojskowym Szpitalu Wojewódzkim [w:] Doskonalenie organizacji opieki pielęgniarskiej w lecznictwie stacjonarnym, red. Ksykiewicz Dorota A., Rusecki P.,

ABRYS, Kraków - Lublin 1996
14. Rutkowska E.; Zespół rehabilitacyjny i zadania jego członków w profilaktyce i terapii niepełnosprawności. [w:] Rutkowska E. (red.) : Rehabilitacja i pielęgnowanie niepełnosprawności, Wyd. CZELAJ, Lublin 2002
15. Taraszkiewicz M., Nalepa K. F.; Zespół. Praca zespołowa. Praca w zespole, TRENDY uczenie w XXI wieku. Internetowy magazyn CDON, Luty/2007/www.trendy.codn.edu.pl
16. Węglińska M.; Jak przygotować się do lekcji. Wybór materiałów dydaktycznych, IMPULS, Kraków 1998
17. Woodcock M.; Podręcznik doskonalenia pracy zespołowej, Wyd. finansowane z funduszy PHARE UE Program TERM 1979

**Kontakt na autorov:**

1. Dr n. med. Bogumiła Lubińska-Żądło
bogda_alina@o2.pl
Dr n. med. Stanisława Talaga

2. Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
Instytut Fizjoterapii
ul. Kokoszków 71, 34 – 700 Nowy Targ woj. małopolskie
3. Bogumiła Lubińska-Żądło
34 – 745 Spytkowice 17, woj. małopolskie

# NIEDOŻYWIENIE JAKO CZYNNIK RYZYKA POGORSZENIA STANU FUNKCJONALNEGO OSÓB W STARSZYM WIEKU

## Podvýživa ako rizikový faktor pre zhoršenie funkčného stavu seniorov

Monika Biercewicz[1], Beata Haor[2], Ewa Barczykowska[3], Justyna Szrajda[4], Kornelia Kędziora-Kornatowska[1]

[1]Katedra i Klinika Geriatrii Collegium Medicum Bydgoszcz, Polska

[2]Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Collegium Medicum Bydgoszcz, Polska

[3]Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego Collegium Medicum Bydgoszcz, Polska

[4]Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego Collegium Medicum Bydgoszcz, Polska

## Streszczenie

***Wstęp:*** Niedożywienie zaliczane jest do jednych z ważniejszych problemów medycznych dotyczących populacji osób starszych. Niejednokrotnie problemy związane z odżywianiem skutkują pogorszeniem stanu zdrowia oraz jakości życia. Ocena stanu odżywienia stanowi ważną składową całościowej oceny geriatrycznej. Celem pracy była ocena stanu odżywienia pacjentów hospitalizowanych na oddziale geriatrycznym w nawiązaniu do ich sprawności funkcjonalnej (ADL, IADL, BI). ***Materiał i metody:*** badaniem objęto 127 pacjentów (88 kobiet i 39 mężczyzn) w wieku 65 lat i powyżej hospitalizowanych w Klinice Geriatrii. Do oceny badanych wykorzystano ustrukturyzowany kwestionariusz wywiadu, pełną wersję kwestionariusza oceniającego stan odżywienia *Mini Nutritional Assessment* (MNA) oraz wystandaryzowane skale do oceny stanu funkcjonalnego w geriatrii - *Activities Daily Living Katza (ADL), Instrumental ADL Scale Lawton (IADL), Barthel Index (BI).* ***Wyniki:*** Dokonując oceny stanu badanych stwierdzono, że w większości przypadków była to populacja sprawna funkcjonalnie – ADL (4,89±1,53), IADL (20,96±5,45), BI (81,02±21,90) a średnia punktacja badanych w odniesieniu do MNA (22,13±4,18). Z analizy grupy badawczej wynika, że większość osób sprawnych czynnościowo nie wykazuje zagrożenia stanem niedożywienia, natomiast jest ono zauważalne w przypadku osób z ograniczeniem sprawności. ***Wnioski:*** Stwierdzono istotną statystycznie korelację między MNA a ADL, IADL i BI, co oznacza wzajemny wpływ stanu odżywienia na wydolność funkcjonalną i odwrotnie. W przeprowadzonej analizie stwierdzono 3 istotne determinanty

różnicujące stan odżywienia w badanej grupie (wiek, sposób zamieszkania oraz liczbę przyjmowanych leków).

***Słowa kluczowe:*** *niedożywienie, osoby starsze, wydolność funkcjonalna*

**Wstęp**

Obserwowane od dłuższego czasu zjawisko demograficznego starzenia się społeczeństw dotyczy już niemal wszystkich krajów starego kontynentu, a zwłaszcza państw Zachodniej Europy (Wielka Brytania, Niemcy, Włochy, Francja, Hiszpania). Wiele prognoz analizujących sytuację demograficzną Europy wskazuje na zwiększanie się odsetka osób w wieku starszym określane przez demografów jako „siwienie kontynentu". Szacuje się, iż w 2060 r., udział ludności w wieku 65. lat i większym wzrośnie z 23.6% w Luksemburgu, 24.7% w Wielkiej Brytanii i 25.0% w Danii do **36.2% w Polsce, 36.1% w Słowacji** i 35.0% w Rumunii [1]. Istotne jest aby zachodzące zmiany demograficzne znalazły swoje odzwierciedlenie w zainteresowaniu się zagadnieniami dotyczącymi ludzi starszych, ich funkcjonowaniem oraz problemami tej grupy osób w każdym starzejącym się państwie.

Jednym z poważnych problemów zdrowotnych spotykanych w populacji osób starszych jest niedożywienie. Uważa się, że występuje ono u co najmniej 5-10 % osób starszych mieszkających we własnym środowisku. Wśród osób przebywających w instytucjach oraz szpitalach częstość niedożywienia jest co najmniej 5-krotnie większa i sięgać może według niektórych autorów, nawet 70 % [2,3,4,5]. Niedożywienie może przyczyniać się do rozwoju wielu schorzeń lub zaostrzać przebieg chorób przewlekłych a przyczyny jego występowania w starości są złożone – wpływ mają zarówno czynniki medyczne, psychologiczne jak i socjoekonomiczne. Stan odżywienia nie pozostaje także bez znaczenia w odniesieniu do wydolności funkcjonalnej i jakości życia starszego pacjenta [6]. Stanowi również poważny czynnik ryzyka zgonu osób starszych [7]. Problem niedożywienia może być jednak trudny do rozpoznania ponieważ cechy niedożywienia mogą współistnieć z prawidłowymi wynikami powszechnie stosowanych pomiarów takich jak: „należna" masa ciała, procentowa zawartość tkanki tłuszczowej czy BMI. Niemniej jednak wczesne wykrywanie i zapobieganie rozwojowi niedożywienia ma istotne znaczenie rokownicze dla pacjentów w podeszłym wieku [8]. Ze względu na poważne konsekwencje ocena ryzyka niedożywienia jest uwzględniana w całościowej ocenie geriatrycznej. Niestety biorąc pod uwagę światowe badania dotyczące tego

zagadnienia, problem ten jest w Polsce jeszcze zbyt rzadko zauważany lub nie jest wcale diagnozowany i odpowiednio leczony.

**Cel pracy**

Celem głównym badań była ocena wpływu niedożywienia na sprawność funkcjonalną osób starszych.

Wyodrębniono następujące problemy badawcze:

1. Czy stan odżywienia badanych (MNA) koreluje ze stanem funkcjonalnym (ADL, IADL, BI)?
2. Jakie determinanty różnicują stan odżywienia w badanej grupie?

**Materiał i metoda**

**Przebieg badań**

Badania przeprowadzono w Klinice Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1. im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy w latach 2009 - 2010. Z grupy 175 kolejno przyjmowanych osób ostatecznie do badań zakwalifikowano 127 pacjentów ( wyłączono 48 częściowo przebadanych chorych – z powodu przeniesienia na inny oddział lub zgonu), spełniających następujące kryteria:

- osoba skierowana na leczenie szpitalne do Kliniki Geriatrii,
- wiek osoby 65 lat i powyżej (granica starości wg ONZ),
- bez zaburzeń świadomości,
- uwzględniona pełna procedura przeprowadzenia badań zgodna z decyzją Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

**Charakterystyka badanej grupy**

Wśród 127 badanych (tabela 1) było 39 mężczyzn i 88 kobiet. Wiek badanych zamykał się w przedziale od 65 (najmłodszy pacjent) do 95 (najstarszy pacjent) lat (średnia wieku wyniosła 78±6 lat), a najliczniejszą grupę stanowili chorzy w wieku 75 - 89 lat. Większość osób pochodziło z miasta oraz mieszkało z dorosłym opiekunem (współmałżonek, dziecko).

Dokonując charakterystyki klinicznej badanych należy stwierdzić, iż w większości przypadków byli to chorzy z polipatologią. W badanej grupie średnio występowały 3 jednostki chorobowe. Dominującymi schorzeniami były choroby układu

krążenia, które wystąpiły u 45 osób. Przeszło połowa badanych (75 osób – 59%) przyjmowała więcej niż 5 leków w ciągu doby, co jest powiązane z wielochorobowością i występowaniem zjawiska wielolekowości, charakterystycznego dla pacjentów tej grupy wiekowej (w badanej grupie średnia wyniosła 5±2 leków). Najkrótszy czas hospitalizacji badanych to 4 dni, najdłuższy zaś 21 dni (średnio 9,4±3,9 dni).

**Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy**

| Zmienna | N | % | Min. | Maks. | M | SD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Płeć** | | | | | | |
| Kobiety | 88 | 69,3 | - | - | - | - |
| Mężczyźni | 39 | 30,7 | - | - | - | - |
| **Wiek** (średnia wieku i odchylenie standardowe 78±6) | | | | | | |
| 65 - 74 lat | 40 | 31,5 | - | - | - | - |
| 75 - 89 lat | 81 | 63,8 | - | - | - | - |
| 90 i więcej lat | 6 | 4,7 | - | - | - | - |
| **Miejsce zamieszkania** | | | | | | |
| Miasto | 108 | 85,0 | - | - | - | - |
| Wieś | 19 | 15,0 | - | - | - | - |
| **Sytuacja rodzinna** | | | | | | |
| Samotny | 47 | 37,0 | - | - | - | - |
| Z opiekunem | 80 | 63,0 | - | - | - | - |
| **Liczba chorób towarzyszących** (ilość chorób) | | | | | | |
| | 127 | 100 | 0 | 8 | 3,3 | 1,8 |
| **Schorzenie główne** | | | | | | |
| Choroby krążenia | 45 | 35,4 | - | - | - | - |
| Choroby oddechowe | 14 | 11,0 | - | - | - | - |
| Choroby pokarmowe | 11 | 8,6 | - | - | - | - |
| Choroby metaboliczne | 8 | 6,2 | - | - | - | - |
| Nowotwory | 3 | 2,3 | - | - | - | - |
| Schorzenia układu ruchu | 2 | 1,6 | - | - | - | - |
| Choroby nerwowe | 3 | 2,3 | - | - | - | - |
| Choroby moczowo-płciowe | 4 | 3,1 | - | - | - | - |
| Inne | 37 | 29,1 | - | - | - | - |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ilość przyjmowanych leków** (średnia ilość przyjmowanych leków i odchylenie standardowe 5±2) | | | | | | | |
| Do 4 leków | | 51 | 40,2 | - | - | - | - |
| 5–9 leków (wielolekowość) | | 75 | 59,0 | - | - | - | - |
| 10 leków i więcej | | 1 | 0,8 | - | - | - | - |

*Opis:* Min. – minimalna wartość, Maks. – maksymalna wartość, M – średnia, SD – odchylenie standardowe

## Metodyka

Techniką badawczą wykorzystaną podczas prospektywnej oceny pacjentów była technika obserwacji i pomiaru. W badaniach wykorzystano standardowe skale najczęściej stosowane w praktyce klinicznej/pielęgniarskiej w Polsce i na świecie oraz ustrukturyzowany formularz do dokumentowania danych personalnych: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, sytuacja rodzinna, rozpoznanie kliniczne (schorzenie główne), liczba chorób towarzyszących oraz ilość przyjmowanych leków. Biorąc pod uwagę wiek pacjentów podzielono ich na trzy podgrupy zgodnie z tzw. podokresami starości: 65-74 r. ż. (starość wczesna), 75-89 r.ż. (starość późna), 90 r.ż. i powyżej (długowieczność). Narzędzia zastosowane do oceny stanu pacjenta:

**Skala Katza – ADL (*Activities of Daily Living Katza*)** [9], jest najbardziej rozpowszechnioną skalą do oceny czynności dnia codziennego pacjentów przewlekle chorych a także osób starszych. W podstawowych czynnościach życia codziennego ocenia się takie jej składowe jak: jedzenie, ubieranie się, higienę osobistą, poruszanie się oraz zaspakajanie potrzeb biologicznych (korzystanie z toalety, kontrolowanie wydalania moczu i stolca). W skali tej oprócz wykrywania problemów związanych z wykonywaniem czynności codziennych, określić można również rodzaj i zakres potrzebnej pomocy. Najwyższy końcowy wynik – 6 pkt. świadczy o tym, że dana osoba jest zdolna do wykonywania podstawowych czynności w pełnym zakresie. Obniżanie się punktacji wskazuje na pogłębiające się zaburzenia czynnościowe.

Ocenę pacjentów za pomocą ADL dokonano w dniu przyjęcia do Kliniki, zgodnie z kryteriami zalecanymi przez Kostkę i wsp. [8]. Dla potrzeb analiz statystycznych przyjęto następujące kryteria kwalifikowania chorego: I grupa (6-5 pkt.) – czynności w pełni zachowane; II grupa (4-3 pkt.) – umiarkowana niesprawność oraz III grupa (2-1pkt.) – ciężkie upośledzenie czynnościowe.

**Skala Lawtona - IADL (*Lawton Instrumental ADL Scale)*** [10], zajmuje się oceną sprawności osób starszych w zakresie złożonych czynności życia codziennego takich jak np.: prowadzenie rozmów telefonicznych, samodzielne posługiwanie się pieniędzmi, robienie zakupów, podróżowanie z wykorzystaniem transportu publicznego, sprzątanie czy przyjmowanie leków. Są to czynności, których wykonywanie jest warunkiem zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Utrata funkcji w zakresie IADL nie przekreśla możliwości samodzielnego zamieszkania, wyznacza natomiast obszar pomocy jaka musi być udzielona przez opiekunów, aby pozostanie osoby niesprawnej w środowisku domowym było możliwe.

Ocenę pacjentów za pomocą IADL dokonano w dniu przyjęcia do Kliniki, zgodnie z kryteriami zaproponowanymi przez Grodzickiego i wsp. [11]. Dla potrzeb analiz statystycznych przyjęto następujące kryteria kwalifikowania chorego: I grupa (27-19 pkt.) – wysoki stopień sprawności; II grupa (18-10 pkt.) – średni stopień sprawności oraz III grupa (9 pkt.) – niski stopień sprawności.

**Skala Barthel – BI (*Barthel Index*)** [12], opublikowana została w roku 1965 i jest do tej pory najbardziej rozpowszechnioną metodą oceny czynności życia codziennego (*Activities of Daily Living - ADL*). Przyznając określoną ilość punktów - 0, 5, 10, 15, dokonuje się oceny zdolności do samoobsługi. Ocenia się w punktach 10 czynności codziennych takich jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się z łóżka na krzesło, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kąpiel, poruszanie się po płaskim terenie, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się, kontrola oddawania moczu i stolca.

Ocenę pacjentów za pomocą BI dokonano w dniu przyjęcia pacjenta do Kliniki zgodnie z kryteriami zaproponowanymi przez Kostkę i wsp. [8]. Dla potrzeb analiz statystycznych przyjęto następujące kryteria kwalifikowania chorego: I grupa (0-20 pkt.) – bardzo poważne ograniczenie sprawności, II grupa (25-45 pkt.), – poważne ograniczenie sprawności, III grupa (50-70 pkt.) – średnie ograniczenie sprawności, IV grupa (75-95 pkt.) – lekkie ograniczenie sprawności oraz V grupa – całkowita sprawność (100 pkt.).

**Skala Oceny Stanu Odżywienia – MNA (*Mini Nutritional Assessment*)** została opublikowana przez zespół Guigoz i wsp. w 1994 roku [13]. Jest to skala oceniająca zarówno stan odżywienia jak i sprawność funkcjonalną. Wersja pełna kwestionariusza zawiera 18 pytań dotyczących stopnia odżywienia. Maksymalna ilość punktów do uzyskania to 30 [8].

Ocenę pacjentów za pomocą MNA dokonano w dniu przyjęcia do Kliniki zgodnie z kryteriami zaproponowanymi przez Grodzickiego i wsp. [11]. Dla potrzeb analiz statystycznych przyjęto następujące kryteria kwalifikowania chorego: I grupa (30-24 pkt.) – dobry stan odżywienia; II grupa (23,5-17 pkt.) - ryzyko niedożywienia oraz III grupa (poniżej 17) – niedożywienie.

**Komisja Etyki**

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (KB nr 79/2008).

**Analiza statystyczna**

Wyniki opracowano za pomocą programu *Microsoft Excel* oraz programu *STATISTICA version 9.1*. (*licencja CM UMK*). Za statystycznie znamienny w pracy przyjęto poziom istotności o wartości $p<0,05$.

W opracowaniu statystycznym materiału wykorzystano statystykę ilościowo - wartościową, a także metody opisu statystycznego: miarę położenia - średnią arytmetyczną (M), miarę zróżnicowania - odchylenie standardowe (SD), wartość minimalną (Min), maksymalną (Max). Do wykazania korelacji pomiędzy poszczególnymi skalami użytymi w ocenie pacjentów posłużono się współczynnikiem korelacji *rang Spearmana* ($r_S$). W celu porównania grup zmiennych zastosowano *test kolejności par Wilcoxona (W).* Do potwierdzenia różnic istotnych statycznie pomiędzy średnimi w porównywanych grupach posłużono się testem *U Manna Whitney'a (Z)* (dla 2 grup) i testem ANOVA *rang Kruskala-Wallisa (H)* (dla grup >2).

**Wyniki**

**1. Korelacja pomiędzy stanem odżywienia badanych (MNA) a skalami funkcjonalnymi (ADL, IADL, BI)**

W ocenie stanu czynnościowego (funkcjonalnego) w dniu hospitalizacji badani uzyskali następujące wyniki (punkty - średnia wartości i odchylenie standardowe) w ocenie poszczególnymi skalami: *Activities of Daily Living* – ADL (4,89±1,53), *Instrumental Activities of Daily Living* - IADL (20,96±5,45), *Barthel Index* - BI (81,02±21,90). Oznacza to, że w większości przypadków była to populacja sprawna funkcjonalnie (tabela 2).

Dokonano również oceny stanu odżywienia badanych za pomocą *Mini Nutritional Assessment* – MNA, otrzymując średnią 22,13±4,18 punkty, co oznacz, że są to osoby z ryzykiem niedożywienia (tabela 2).

**Tabela 2. Stan funkcjonalny i odżywienia badanej grupy**

| | N | % | Min. | Maks. | M | SD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ADL | 127 | 100 | 1,000 | 6,000 | 4,889 | 1,533 |
| IADL | 127 | 100 | 9,000 | 27,000 | 20,968 | 5,455 |
| BI | 127 | 100 | 20,000 | 100,000 | 81,023 | 21,906 |
| MNA | 127 | 100 | 11,000 | 29,000 | 22,133 | 4,182 |

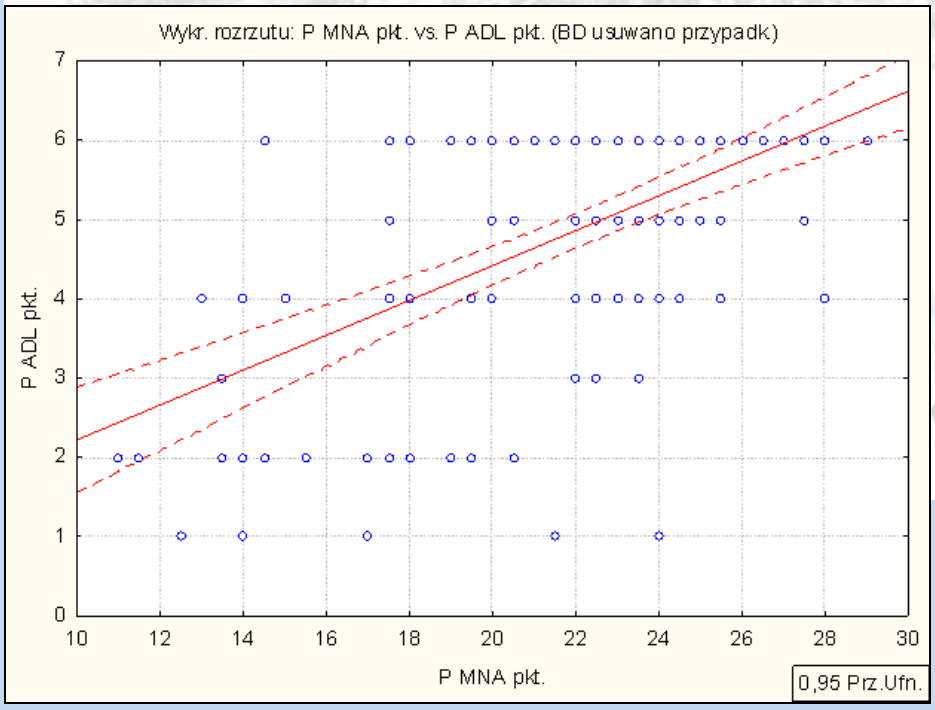
*Opis:* Min. – minimalna wartość, Maks. – maksymalna wartość, M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tabela 3 przedstawia wyniki korelacji pomiędzy użytymi w pracy skalami funkcjonalnymi (ADL, IADL, BI) a stanem odżywienia badanych (MNA).

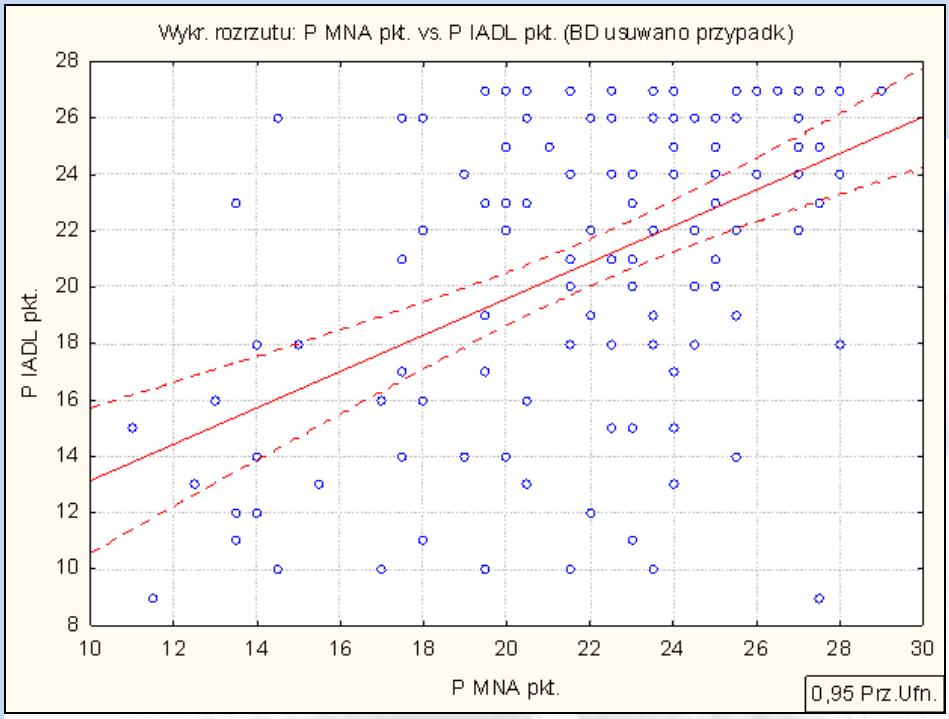
**Tabela 3. Korelacja pomiędzy skalami MNA, ADL, IADL, BI**

| | ADL | IADL | BI |
|---|---|---|---|
| **MNA** | 0,461* | 0,483* | 0,535* |

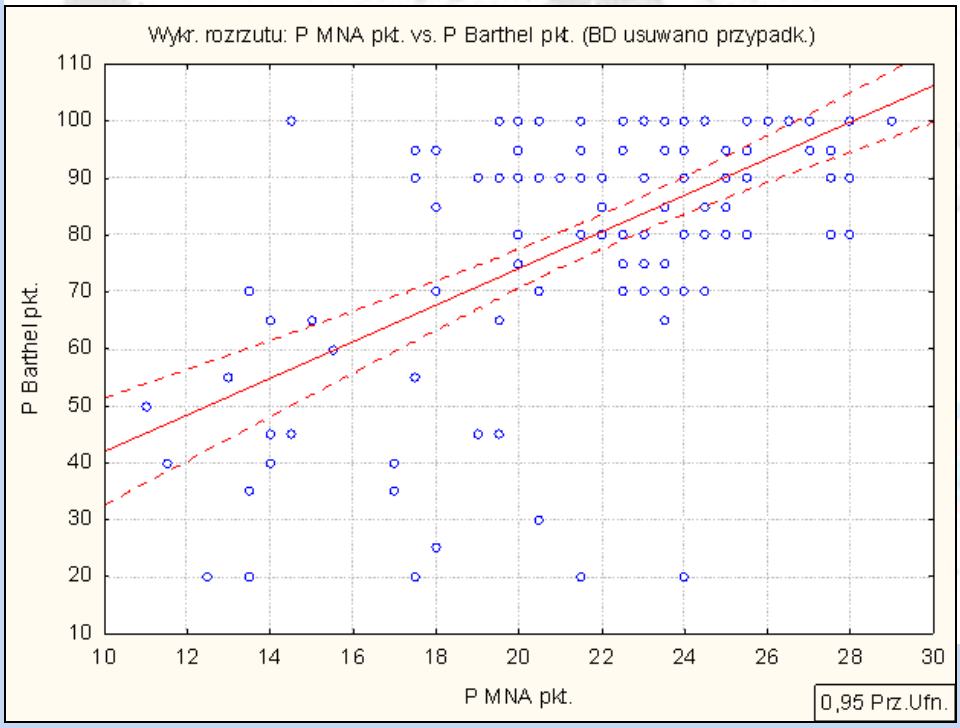
*Opis: Oznaczone współczynniki korelacji $r_S$ są istotne z* $p<0,05$*



Ryc. 1. Korelacja pomiędzy skalą MNA a ADL




Ryc. 2. Korelacja pomiędzy skalą MNA a IADL




Ryc. 3. Korelacja pomiędzy skalą MNA a BI

W przypadku korelacji skal MNA, ADL, IADL, BI, uzyskano statystycznie istotne wartości współczynnika *rang Spearmana* w przedziale 0,461 - 0,535 (tabela 3, ryc. 1-3). Oznacza to, że pomimo innej budowy poszczególnych skal, zauważa się wzajemny wpływ stanu odżywienia (tabele 4) na wydolność funkcjonalną i odwrotnie ($p<0,05$).

Z analizy tabeli 4 wynika, że większość osób sprawnych czynnościowo (grupa I ADL i IADL, IV i V BI) nie wykazuje zagrożenia stanem niedożywienia (grupa III MNA). W przypadku wysokiej sprawności według skali ADL wynik wskazujący na niedożywienie odnotowano tylko u 1 osoby, w skali IADL u 2 osób a według BI jedynie u 1 osoby.

Zauważa się natomiast, iż zdecydowanie częściej niedożywienie (grupa III MNA) występuje u osób z ograniczeniem sprawności funkcjonalnej czyli dla grup: III-ADL (9 osób), II i III-IADL (12 osób) oraz I i II-BI (7 osób). Analiza statystyczna potwierdziła tą zależność ($p<0,000$).

**Tabela 4. MNA a wydolność funkcjonalna (ADL, IADL, BI)**

| | **MNA** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Grupa I** | | **Grupa II** | | **Grupa III** | | | |
| | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | ***W*** | ***p*** |
| ADL Grupa I | 48 | 37,80 | 40 | 31,5 | 1 | 0,79 | | |
| ADL Grupa II | 5 | 3,94 | 11 | 8,66 | 4 | 3,15 | 3,36 | 0,00006 |
| ADL Grupa III | 1 | 0,79 | 8 | 6,3 | 9 | 7,09 | | |
| IADL Grupa I | 47 | 37,01 | 37 | 29,13 | 2 | 1,57 | | |
| IADL Grupa II | 6 | 4,72 | 22 | 17,32 | 11 | 8,66 | 4,81 | 0,00001 |
| IADL Grupa III | 1 | 0,79 | 0 | 0 | 1 | 0,79 | | |
| BI Grupa I | 1 | 0,79 | 2 | 1,57 | 2 | 1,57 | | |
| BI Grupa II | 0 | 0 | 6 | 4,72 | 5 | 3,94 | | |
| BI Grupa III | 2 | 1,57 | 8 | 6,30 | 6 | 4,72 | 8,91 | 0,00001 |
| BI Grupa IV | 33 | 25,98 | 32 | 25,20 | 0 | 0 | | |
| BI Grupa V | 18 | 14,17 | 11 | 8,66 | 1 | 0,79 | | |

**2. Determinanty różnicujące stan odżywienia w badanej grupie**

W badanej populacji wyodrębniono 7 czynników mogących wpływać na stan odżywienia badanych. Wśród wymienionych poniżej czynników, trzy z nich (wiek,

sytuacja rodzinna i ilość przyjmowanych leków) w sposób istotny statystycznie różnicowały badaną grupę (tabela 5).

Biorąc pod uwagę wiek badanych stwierdzono istotne statystycznie różnice między średnią punktacją w skali MNA a podgrupami wiekowymi badanych (*p=0,006).* Oznacza to, że wraz z wiekiem ryzyko wystąpienia niedożywienia jest większe.

Poddając analizie sytuację rodzinną/zamieszkanie badanej populacji stwierdzono istotne statystycznie różnice między średnimi wartościami w grupie osób samotnych a mieszających z opiekunem (*p=0,049*), co oznacza, że osoby samotne w większym stopniu narażone są na wystąpienie ryzyka niedożywienia.

W przypadku osób przyjmujących większą ilość leków (5-9 leków, n=75) również zaobserwowano niższą średnią w punktacji w skali MNA (18,831) w porównaniu z grupą osób przyjmujących do 4 leków (22,548). Uzyskane różnice są istotne statystycznie (*p=0,048*).

**Tabela 5. Wybrane determinanty a stan odżywienia badanych**

| | **[1] Płeć** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Kobieta** | | **Mężczyzna** | | ***Z*** | ***p*** |
| | **M** | **SD** | **M** | **SD** | | |
| **MNA** | 21,994 | 4,091 | 22,448 | 4,418 | 0,484 | 0,482 |

| | **[2] Wiek** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **65 - 74 lat** | | **75 - 89 lat** | | **90 i więcej lat** | | ***H*** | ***p*** |
| | **M** | **SD** | **M** | **SD** | **M** | **SD** | | |
| **MNA** | 22,700 | 4,269 | 22,160 | 3,985 | 18,000 | 4,626 | 51,370 | 0,006 |

| | **[3] Miejsce zamieszkania** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Miasto** | | **Wieś** | | ***Z*** | ***p*** |
| | **M** | **SD** | **M** | **SD** | | |
| **MNA** | 22,277 | 4,249 | 21,315 | 3,775 | -0,591 | 0,554 |

| | **[4] Sytuacja rodzinna/zamieszkanie** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Samotny** | | **Z opiekunem** | | ***Z*** | ***p*** |
| | **M** | **SD** | **M** | **SD** | | |
| **MNA** | 21,510 | 3,216 | 24,087 | 5,006 | -1,884 | 0,049 |

| | **[5] Rozpoznanie kliniczne (M)*** | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **[1]** | **[2]** | **[3]** | **[4]** | **[5]** | **[6]** | **[7]** | **[8]** | **[9]** | ***H*** | ***p*** |
| **MNA** | 23,21 | 21,39 | 22,09 | 21,43 | 20,83 | 19,75 | 23,83 | 18,62 | 21,74 | 15,384 | 0,052 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 0 | 7 | 3 | 0 | 3 | 5 | 3 | | |

**[6] Liczba chorób towarzyszących (M)**

| | **Brak** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | ***H*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ***N=9*** | ***N=12*** | ***N=20*** | ***N=31*** | ***N=24*** | ***N=18*** | ***N=9*** | ***N=3*** | ***N=1*** | | |
| **MNA** | 22,000 | 20,541 | 24,225 | 22,790 | 20,666 | 22,000 | 20,944 | 24,166 | 22,500 | 10,634 | 0,223 |

**[7] Ilość przyjmowanych leków**

| | **Do 4 leków (n=51)** | | **5-9 leków (n=75)** | | **10 i więcej (n=1)** | | ***H*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **M** | **SD** | **M** | **SD** | **M** | **SD** | | |
| **MNA** | 22,548 | 4,749 | 18,831 | 3,769 | 22,000 | - | 2,147 | 0,048 |

**Opis:*

*[1] – Choroby układu krążenia (n=45)*

*[2] – Choroby układu oddechowego (n=14)*

*[3] - Choroby układu pokarmowego (n=11)*

*[4] - Choroby metaboliczne (n=8)*

*[5] – Nowotwory (n=3)*

*[6] - Schorzenia układu ruchu (n=2)*

*[7] - Choroby układu nerwowego (n=3)*

*[8] - Choroby układu moczowo-płciowego (n=4)*

*[9] – Inne np. zatrucia lekami, anemia, KOG (n=37)*

## Dyskusja

Analizując wyniki przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż u osób w starszym wieku niedożywienie stanowi ważny problem medyczny, istotny także w kontekście ich wydolności/sprawności funkcjonalnej. Wysoka sprawność funkcjonalna jest w dużym stopniu odzwierciedleniem samodzielności i niezależności starszego pacjenta – bardzo często przesądza o zamieszkaniu czy pozostaniu starszej osoby w swoim środowisku domowym. W przeprowadzonych badaniach własnych wykazano istnienie korelacji stanu odżywienia pacjentów z ich stanem czynnościowym, badanym za pomocą wystandaryzowanych skal stosowanych w geriatrii – ADL, IADL oraz BI. W Polsce niestety jest niewiele doniesień na ten temat. Podobne badanie opublikowane było w 2011 roku przez Strugałę i Wieczorowską-Tobis, w której autorki donoszą o wysokiej sprawności funkcjonalnej badanych mimo występowania ryzyka niedożywienia - tłumacząc to zjawisko utrzymującymi się u osób starszych przez dłuższy czas zdolnościami kompensacyjnymi [14]. Większość światowych badań dotyczących tego zagadnienia wskazuje jednak na obniżoną wydolność funkcjonalną w zakresie ADL, IADL czy BI w przypadku osób z ryzykiem niedożywienia lub niedożywionych [6,15]. Trudno jest jednak określić kierunek tego zjawiska a mianowicie czy niedożywienie powoduje obniżenie sprawności w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych czy odwrotnie. W niektórych badaniach autorzy

wskazują także, iż niska punktacja otrzymana w skali MNA prognozuje obniżenie sprawności funkcjonalnej po pewnym czasie [16,17].

Przeprowadzone badania własne wskazały również na istnienie pewnych czynników socjomedycznych, które wyraźnie różnicowały stan odżywienia badanych. Należał do nich wiek, sposób zamieszkania oraz liczba przyjmowanych leków. Oznacza to, że wraz z wiekiem wzrasta ryzyko wystąpienia niedożywienia, bardziej narażone są osoby samotne oraz przyjmujące większą liczbę leków. Wydaje się to zasadne biorąc pod uwagę, że osoby starsze stanowią szczególnie dużą grupę konsumentów leków, które z kolei mogą powodować skutki uboczne w postaci np.: zaburzeń łaknienia, braku apetytu czy gorszego samopoczucia. Samotności natomiast często towarzyszy obniżenie nastroju (depresja), która znacznie zwiększa ryzyko niedożywienia. Osamotnienie to także ważny czynnik psychologiczny, który w konsekwencji doprowadza do mniejszej dbałości o prawidłowe odżywianie. Wyniki takie nie zostały potwierdzone jednak u Strugały i Wieczorowskiej-Tobis [14], natomiast zwrócono na nie uwagę w badaniach przeprowadzonych przez Grip i wsp., Gabrowską i wsp., Morrone i wsp. oraz Johnson [18,19,20,21].

**Wnioski**

1. Stwierdzono istotne statystycznie korelacje pomiędzy skalą do oceny stanu odżywienia (MNA) a skalami do oceny stanu funkcjonalnego (ADL, IADL, BI), co przemawia o wzajemnym wpływie stanu odżywienia na wydolność funkcjonalną i odwrotnie.
2. W przeprowadzonej analizie stwierdzono 3 istotne determinanty różnicujące stan odżywienia w badanej grupie a były to: wiek, sposób zamieszkania oraz liczba przyjmowanych leków.

**Piśmiennictwo**

1. Woźniak Jakub., http:// egospodarka. pl/33899, Ludnosc – w – UE – prognoza – 2008 - 2060, 1, 39, 1.html z dnia 24.07.2012 godz. 12:15

2. Kagansky N., Berner Y., Koren-Morag N. et al.: Poor nutritional habits are predictors of poor outcome in very old hospitalized patients. Am J Clin Nutr 2005, 82(4) 84-91.

3. Wieczorowska-Tobis K.: Zagrożenia wynikające z niedożywienia osób starszych W: Jakość życia w starości- mity i rzeczywistość. Jakrzewska-Sawińska A. (red.) Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum

Domowe". Poznań 2009, 24-34.
4. Lara-Pulido A., Guevara-Cruz M.: Malnutrition and associated factors in elderly hospitalized. Nutr Hosp 2012, 27(2), 652-55.
5. Keller H.H., Østbye T., Goy R.: Nutritional risk predicts quality of life in elderly community-living Canadians. J Gerontol A Biol Sci Med Sc 2004, 59, 68-74.
6. Oliveira M, Fogaça K, Leandro –Merhi V. Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly. Nutr J 2009, 8:54 (1-8).
7. Persson MD, Brismar KE, Katzarski KS et al.: Nutritional status using Mini Nutritional Assessment and Subjective Global Assessment predict mortality in geriatric patients. J Am Geriatr Soc 2002, 50, 1996-2002.
8. Kostka T., Koziarska-Rościszewska M.: Choroby wieku podeszłego. PZWL. Warszawa 2009.
9. Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W. et al.: Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963, 185, 914-19.
10. Lawton M.P., Brody E.M.: Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969, 9, 179-86.
11. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A.: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Via Medica. Gdańsk 2007.
12. Mahoney F.I., Barthel D.: Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J *1965*, 14, 56-61.
13. Guigoz Y., Vellas B., Garry P.J. :Mini nutritional assessment : A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Gerontology 1994, (2), 15-59.
14. Strugała M., Wieczorowska-Tobis K.: Ocena stanu odżywienia pacjentów Oddziału Geriatrycznego w kontekście ich sprawności funkcjonalnej. Geriatria 2011, 5, 89-93.
15. Saka B., Kaya O., Ozturk G.B. et al.: Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. Clin Nutr 2010, 29(6), 745-78.
16. Lee L.C., Tsai A.C.: Mini-Nutritional Assessment predicts functional decline of elderly Taiwanese: result of a population-representative sample. Br J Nutr 2012, 107(11), 1707-13.
17. Mirarefin M., Sharifi F., Fakhrzadeh H. et al.: Predicting the value of the Mini Nutritional Assessment (MNA) as an indicator of functional ability in older Iranian adults (Kahrizak elderly study). J Nutr Health Aging 2011, 15(3), 175-80.
18. Griep M.I., Mets T.F., Collys K. et al.: Risk of malnutrition in retirement homes

elderly persons measured by the “Mini-Nutritional Assessment”. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2000, 5 (2), 57-63.

19. Gabrowska E., Spodaryk M.: Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zachowań żywieniowych starszych mieszkańców Krakowa. Gerontol Pol 2003, 11(1), 35-7.

20. Morrone A., Donini L.M., Scardella P. et al.: Malnutrition in the elderly: clinical features, psychological and social determinants. Preliminary results. Ann Ig 2011, 23(2), 161-72.

21. Johnson J.: Psychosocial correlates of nutritional risk in older adults. Can J Diet Prac Res 2005, 66, 95-7.

**CHORY NA MUKOWISCYDOZĘ – WYBRANE DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE**

**Pacient trpiaci cystickou fibrózou – vybrané ošetrovateľské diagnózy**

Ewa Barczykowska[1], Monika Biercewicz[2], Beata Haor[3]

[1]Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Collegium Medicum im. L Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

[2]Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

[3]Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielegniarskiej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

**Streszczenie**

Mukowiscydoza to choroba wieloukładowa spowodowana zaburzeniem czynności gruchołów zewnątrzwydzielniczych, prowadzącym do nieodwracalnych zmian destrukcyjnych, zwłaszcza w obrębie układu oddechowego i przewodu pokarmowego.

Standardowe postępowanie terapeutyczne w mukowiscydozie jest wielokierunkowe i obejmuje m.in. fizjoterapię klatki piersiowej, stosowanie antybiotyków, leków rozszerzających oskrzela i przeciwzapalnych, tlenoterapię oraz leczenie późnych następstw choroby i powikłań.

Ze względu na postęp choroby i występujące u każdego chorego różnorodne zmiany patofizjologiczne zachodzi konieczność indywidualnego dobierania zestawu zabiegów fizjoterapeutycznych oraz okresowych konsultacji z fizjoterapeutą. Formułowanie diagnoz pielęgniarskich pozwala na ustalenie oraz weryfikowanie indywidualnego planu opieki nad pacjentem oraz podejmowanie odpowiedzialnych interwencji pielęgniarskich.

**Summary**

Cystic fibrosis is a multiorgan disease caused by disturbance in a function of the exocrine glands that leads to irreversible destructive changes, especially in the respiratory and gastrointestinal tract.

Common treatment in cystic fibrosis is multidirectional and contains among others chest physiotherapy, administration of antibiotics, mucolytic and anti-inflammatory drugs, oxygen therapy as well as treatment of late onset consequences and complications.

Due to a progress of the disease and multiple pathophysiological changes that affect each patient there is a need to select an individual set of physiotherapeutic procedures and cyclic consults with a physiotherapist. Expressing the nursing diagnoses allows establishing and verifying a plan of care over a patient and responsible nursing interventions.

**Wstęp**

Mukowiscydoza *(ang. cystic fibrosis – CF)* jest najczęściej występującą genetycznie uwarunkowaną chorobą rasy białej o autosomalnym recesywnym typie dziedziczenia charakteryzującą się patofizjologicznymi zmianami ogólnoustrojowymi i wielonarządowymi [1,2]. Częstość występowania CF w Polsce ocenia się na 1/2500 żywo urodzonych noworodków, a co 25. osoba jest nosicielem nieprawidłowego genu CFTR *(Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator)* i nie występują u niej objawy kliniczne, czy zaburzenia elektrolitowe [3].

Przyczyną choroby jest mutacja genu kodującego syntezę białka CFTR regulującego transport jonów w obrębie błony komórkowej. Zaburzenie błonowego transportu chloru prowadzi do zwiększonej reabsorpcji jonów sodu i wody, powoduje niezdolność do wytwarzania prawidłowej wydzieliny śluzowej w płucach oraz zaburzenia funkcji wydzielniczej trzustki. Następstwem zagęszczenia oraz wzrostu lepkości śluzu jest nieodwracalne, postępujące uszkodzenie układu oddechowego [1,2,4]. Przewlekłe zakażenia dróg oddechowych i zapalenie oskrzeli prowadzą do stopniowego pogłębiania się niewydolności oddechowej [5]. Ponadto w 85-90% przypadków chorzy cierpią z powodu zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki oraz problemów żołądkowo-jelitowych [1].

Leczenie zmian w obrębie układu oddechowego obejmuje przede wszystkim fizjoterapię, farmakoterapię (leki mukolityczne, leki rozszerzające oskrzela, antybiotyki, przeciwzapalne – niesteroidowe i sterydy), tlenoterapię oraz leczenie późnych następstw choroby i powikłań [6,7,8]. Leczenie zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego polega głównie na substytucyjnym podawaniu preparatów zawierających enzymy trzustkowe przed posiłkami, leków zmniejszających wydzielanie kwasu solnego, preparatów witamin A, D, E i K. Wymagane jest stosowanie diety bogatobiałkowej, bogatotłuszczowej i wysokokalorycznej (wysokie spożycie kalorii – 130% normy) [2,9].

Zabiegi fizjoterapeutyczne u dziecka chorego na mukowiscydozę należy rozpoczynać jak najwcześniej. W mukowiscydozie patologiczna wydzielina i patogenna

flora bakteryjna występują przed pojawieniem się objawów uzasadniających wczesne wprowadzenie rutynowej fizjoterapii klatki piersiowej. Dlatego rozpoczęcie fizjoterapii już w wieku niemowlęcym, kiedy na ogół nie ma jeszcze głównych objawów choroby, daje olbrzymią szansę na opóźnienie progresji choroby [10]. Odpowiednio prowadzona terapia dla większości chorych w wieku dorosłym przekłada się na zadowalającą jakość życia chorych [7].

Postępy w medycynie doprowadziły do wydłużenia życia chorych na mukowiscydozę [2,6,7]. Średnia długość życia tych chorych w ciągu ostatniej dekady wzrosła z 31 do 37 lat (w 1999 r. wynosiła 30 lat) [9,11]. Przewidywana średnia życia dla dzieci urodzonych w XXI wieku wynosi 50 lat [12].

**Rozwinięcie**

**I Diagnoza pielęgniarska**

U chorego występuje duszność wdechowo-wydechowa, kaszel oraz odpluwanie śluzowo-ropnej wydzieliny wynikające z zalegania zagęszczonego, lepkiego śluzu w drogach oddechowych.

**Cel opieki**

Usunięcie zalegającej w drogach oddechowych wydzieliny, ułatwienie odksztuszenia wydzieliny i oddychania oraz zmniejszenie duszności.

**Postępowanie pielęgniarskie**

- prowadzenie farmakoterapii – podanie leków mukolitycznych, rozszerzających oskrzela, przeciwzapalnych i antybiotyków zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- systematyczne (kilkukrotnie w ciągu dnia) prowadzenie zabiegów fizjoterapeutycznych, indywidualnie opracowanych dla chorego przez fizjoterapeutę – drenaż ułożeniowy z wykorzystaniem technik wspomagających oraz altermatywnych metod oczyszczania oskrzeli;
- dostosowanie czasu stosowania każdej metody drenażowej do ilości zalegającej wydzieliny i kontunuowanie zabiegu do całkowitego jej usunięcia;
- zapewnienie higieny podczas odpluwania wydzieliny;
- po wykonaniu zabiegów fizjoterapeutycznych ułożenie chorego w wygodnej, wysokiej pozycji z zastosowaniem udogodnień;
- obserwowanie i ocena nasilenia duszności oraz monitorowanie: oddechu, tętna, zabarwienia powłok skórnych, aktywności chowego oraz subiektywnej oceny duszności;

- zapewnienie optymalnego mikroklimatu w pokoju chorego, wietrzenie, utrzymanie wilgotność 50-60% oraz temperatury powietrza 18-20$^0$ C;
- zachęcanie do korzystania 1-2 razy w tygodniu z rehabilitacji prowadzonej ambulatoryjnie;
- zalecenie konieczności poddawania się badaniom kontrolnym prowadzonym przez fizjoterapeutów w specjalistycznych ośrodkach.

**Ocena efektów działania**

Ilość zalegającej wydzieliny utrzymuje się w niewielkim stopniu, nie powoduje zaostrzeń choroby, nie zaburza oddechu u chorego.

**Uzasadnienie podjętych działań**

Fizjoterapia należy do podstawowych metod leczenia mukowiscydozy [13]. Najistotniejszym jej zadaniem powinno być oczyszczanie oskrzeli z nadmiaru zalegającej, gęstej i często trudnej do usunięcia wydzieliny [14]. Odpowiednie techniki fizjoterapeutyczne dobierane są każdemu choremu indywidualnie, z uwzględnieniem: wieku chorego, stanu zaawansowania choroby, występowania objawów nadreaktywności oskrzeli, stopnia motywacji oraz preferencji chorego odnośnie danej techniki [15].

U dzieci do 3. roku życia stosowane są bierne ćwiczenia fizjoterapeutyczne, nie wymagające współpracy podczas drenażu. Po ukończeniu 3. roku życia ćwiczenia bierne stopniowo zastępowane są ćwiczeniami aktywnymi. Naukę rozpoczyna się od ćwiczeń oddechowo-wydechowych oraz ćwiczeń przedłużonego oddechu w formie zabawowej. Po 10. roku życia wprowadzane są techniki drenażowe, które dziecko może wykonać samodzielne. U dorosłych preferowane są techniki do samodzielnego stosowania [10,13].

Stan zaawansowania choroby, obecność lub możliwość wystapienia powikłań decydują o ułożeniu pacjenta w odpowiedniej pozycji oraz zastosowaniu technik i urządzeń wspomagających oczyszczanie oskrzeli [15,16].

W przypadku występowania nadreaktywności oskrzeli należy zachować ostrożność stosując maskę PEP lub Fluter, które mogą pogłebić obturację oskrzeli. U tych chorych przezd wykonaniem zabiegów terapeutycnych z zastosowaniem tych urządzeń wskazane jest podanie leku rozszerzającego oskrzela [16].

Zaleca się, aby chorym z małą motywacją do stosowania zabiegów fizjoterapeutycznych polecać zabiegi łatwe i nie pochłaniające dużo czasu np. Flutter lub maskę PEP [13].

Zgodnie ze Stanowiskiem Polskiej Grupy Roboczej Mukowiscydozy: *fizjoterapia powinna być stosowana codziennie nawet u chorych, którzy nie wykazują objawów ze strony układu oddechowego. Powinna być kontynuowana przez całe życie pacjenta i traktowana jako obowiązkowy zabieg higieniczny mający wpływ nie tylko na jego stan zdrowia, ale również na kształtowanie odpowiednich postaw zdrowotnych* [15].

Program fizjoterapeutyczny ma charakter długofalowy i opiera się na trzech podstawowych zasadach:

- przyzwyczajenie do systematycznego wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych,
- jak najwcześniejsze wprowadzenie czynnych form fizjoterapii,
- dążenie do usamodzielnienia się pacjenta (nauka autodrenażu).

Czas trwania zabiegów oraz liczba sesji fizjoterapeutycznych w ciągu dnia zależą od stanu zaawansowania choroby oraz stosowanej metody drenażowej. Wraz z progresją zmian w płucach zmienia się ilość i jakość zalegającej w oskrzelach wydzieliny. W związku z tym chorzy z zaawansowanym procesu chorobowym wymagają częstszych sesji fizjoterapeutycznych w ciągu dnia oraz wydłużenia czasu ich trwania [13]. Zabiegi wykonuje się 2-3 razy dziennie po 15-20 minut. U niemowląt do pierwszego roku życia czas drenażu jest nieco krótszy i wynosi 5-10 min. W zaawansowanych stanach choroby czas drenażu należy zwiększyć do 30-40 minut [15]. Każdą metodę drenażową należy stosować przez określony czas: drenaż ułożeniowy powinien trwać od 2 do 10 minut w każdej pozycji ułożeniowej, aktywny cykl oddechowy 20-40 min w każdej pozycji, przez Flutter i maskę PEP należy oddychać od 10 do 15 minut, drenaż autogeniczny powinien trwać 30 minut. Czas drenażu należy uzależniać od ilości zalegającej wydzieliny i kontynuować do całkowitego jej usunięcia [15].

Wskazane jest, aby standardy opieki fizjoterapeutycznej nakładały obowiązek monitoringu rozwoju psychomotorycznego dzieci do 3. roku życia oraz rozwoju fizycznego u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, a także zawierały planową edukację chorych dzieci i ich rodziców [15].

Drenaż ułożeniowy stosowany był już w latach 50. i jest jedną z pierwszych metod stosowanych w leczeniu chorych na mukowiscydozę. W Polsce nadal jest bardzo popularny i powszechnie stosowany przez 66% dzieci i młodzieży oraz 54% chorych dorosłych. Polega on na układaniu pacjenta w takich pozycjach, aby oskrzele drenujące dany segment płuca było ustawione prostopadle do podłoża. W wyniku takiego

ułożenia, wydzielina siłą ciężkości może spłynąć z oskrzeli drobnych do oskrzeli centralnych skąd będzie wykrztuszona [15]. Celem stosowania technik drenażowych wynikającym z istoty choroby jest rozluźnienie, przesunięcie oraz usunięcie zalegającej w drzewie oskrzelowym wydzieliny [13,15,17]. Prawidłowo prowadzony drenaż ułożeniowy zakłada układanie pacjenta 5-6 pozycjach. Podczas zabiegu należy wykonywać wstrząsania lub uciski klatki piersiowej, najczęściej w leżeniu na bokach i we współpracy z chorym [13,17].

W celu popawy skuteczności drenażu wprowadzono tzw. techniki wspomagające, które usprawniają transport zalegającej wydzieliny oskrzelowej, zmniejszają pracę oddechową poprzez bierne wspieranie ruchu wydechowego, zmieniają wzór oddechowy poprzez manualną pomoc kierunkową podczas wdechu oraz poprawiają ruchomość klatki piersiowej [13]. Do technik tych zalicza się:

- oklepywanie – wykonywane jest dłonią złożoną w łódkę nad tym fragmentem płuca, który ma największą szansę na oczyszczenie;
- uciski klatki piersiowej – wykonywane podczas przedłużonego wydechu, z zachowaniem ostrożności, aby nie doprowadzić do niekontrolowanego wzrostu ciśnienia w klatce piersiowej [18,19];
- wstrząsanie – wykonywanie kilku rytmicznych ucisków z siłą dostosowaną do elastycznego oporu klatki piersiowej [14,18]; na ogół wykonywane jest na dolnych partiach klatki piersiowej, które łatwiej poddają się wstrząsaniu ponieważ są bardziej elastyczne od górnych. Z fizjologicznego wstrząsanie jest jest bardziej odpowiednie od ucisków [19].

Obecnie Międzynarodowa Grupa Fizjoterapeutów zajmujących się mukowiscydozą - *International Physiotherapy Group for Cystic Fibrosis – IPG (CF)* zaleca tzw. alternatywne techniki oczyszczania oskrzeli. Do technik tych zalicza się: technikę natężonego wydechu, technikę aktywnego cyklu oddechowego, drenaż autogeniczny, technikę dodatniego ciśnienia wydechowego (maska PEP) oraz technikę zmiennego ciśnienia oskrzelowego – Flutter [15]:

Technika natężonego wydechu – polega na wykonaniu jednego lub dwóch natężonych wydechów w połączeniu z oddechem kontrolowanym. Wydech wykonywany jest przez otwarte usta z charakterystycznym wypowiedzeniem głoski „H“. Długie wydechy wykonywane na tzw. małej objętości płuc pozwalają usunąć wydzielinę z drobnych oskrzeli i powinny być wykonywane przy rozluźnieniu klatki piersiowej [13,19];

Technika aktywnego cyklu oddechowego – polega na wykonaniu następujących po sobie określonych czynności, które tworzą zamknięty cykl oddechowy składający się z oddychania kontrolowanego, ekspansywnych ćwiczeń torakalnych oraz natężonego wydechu.

Oddychanie kontrolowane *(breathing control)* – określane jako oddychanie przeponowe, polega spokojnym oddychaniu z użyciem przepony z jednoczesnym rozluźnieniem górnej części klatki piersiowej i mięśni obręczy barkowej. W oddychanie kontrolowane zaangażowane są wszystkie mięśnie oddechowe, co pozwala mięśniom oskrzelowym na odpoczynek a pacjentowi na relaks [13].

Ekspansywne ćwiczenia torakalne *(thoracic expansion exercises)* – polegają na głębokim oddychaniu (wdech i spokojny wydech). Ten sposób oddychania jest bardzo ważny dla efektywności drenażu, ponieważ w czasie wdechu chory stara się optymalnie rozszerzyć dolną część klatki piersiowej. Powietrze dostaje się poza zalegającą wydzielinę. W czasie wydechu powietrze rozbija i przesuwa wydzielinę w kierunku oskrzeli centralnych. Wskazane jest, aby ćwiczenia te wykonywane były w połączeniu z oklepywaniem i wstrząsaniem klatki piersiowej [13].

Technika aktywnego cyklu oddechowego jest wykonywana w tzw. pozycjach zmodyfikowanego drenażu ułożeniowego. Zastosowanie dwóch pozycji drenażowych w ułożeniu na boku: pozycja wysoka i pozycja w ułożeniu głową w dół wystarczają do całkowitego usunięcia wydzieliny [15].

Drenaż autogeniczny polega na określonym sposobie oddychania w celu rozluźnienia wydzieliny oraz przesunięcia jej z małych oskrzeli do oskrzeli centralnych przez wydychane powietrze [20]. Drenaż autogeniczny może być zastosowany u dzieci starszych i dorosłych ponieważ wymaga współpracy chorego w terapeutą [15].

Technika podwyższonego ciśnienia wydechowego (maska PEP – *positive expiratory pressure*) polega na oddychaniu przez maskę typu anestezjologicznego z zastawką jednozaworową dającą opór podczas wydechu. Pokonanie oporu podczas wydechu podnosi ciśnienie w oskrzelach zapobiegając ich zapadnięciu [20]

Technika zmiennego ciśnienia oskrzelowego – Flutter jest urządzeniem ułatwiającym pacjentowi samodzielne oczyszczanie oskrzeli ze śluzu, składającym się z ustnika, trzonu oraz stalowej kulki zamykającej wlot. Podczas wydechu powietrze unosi kulkę wprawiając ją w drgania. Wytworzone drgania powodują zmienne ciśnienie wewnątrzoskrzelowe a odpowiednia częstotliwość drgań wywołuje maksymalne drgania ścian oskrzeli sprzyjając ich oczyszczaniu [14,20]

Efektywne oczyszczenie dróg oddechowych można osiągnąć stosując kamizelkę drenażową tj. system wspomagający aktywację wydzieliny płucnej poprzez wysokiej częstotliwości oscylację ściany klatki piersiowej [21]. W skład zestawu wchodzi kamizelka pneumatyczna podłączona rurami do generatora impulsów powietrza. Generator impulsów powietrza szybko wdmuchuje i wydmuchuje z niej powietrze. Zmieniając cyklicznie swą objętość kamizelka naprzemiennie uciska i rozluźnia klatkę piersiową, wprawiając klatkę piersiową w drgania, które przenosząc się na płuca powodują ruch powietrza w oskrzelach. W tym procesie śluz jest rozrzedzany i przesuwany do górnych dróg oddechowych i usuwany poprzez kaszel [21,22]. Technologia ta nosi nazwę wysokiej częstotliwości oscylacji ściany klatki piersiowej [21].

**II Diagnoza pielęgniarska**

Chory nie przejawia chęci do wykonywania ćwiczeń oddechowych ponieważ nie jest przekonany o ich skuteczności.

**Cel opieki**

Przekonanie o korzyściach związanych z wykonywaniem gimnastyki oddechowej.

**Postępowanie pielęgniarskie**

- przedstawienie korzyści wynikających z wykonywania gimnastyki oddechowej;
- indywidualne dobranie zestawu ćwiczeń i okresowa konsultacja z fizjoterapeutą;
- wykonywanie ćwiczeń z uwzględnieniem nastepujących zasad:
  - wdech nosem, wydech ustami,
  - wydłużona faza wydechu,
  - wydech oporowany poprzez przymknięcie (zwężenie) ust, (w trakcie wydechu najlepiej wykonać zwężenie krtani tak jak przy wydłużonym wymawianiu litery h-h-h-h lub z oporem przymkniętych ust. Każdorazowo powyższe manewry wydechowe rozpoczyna się przy niskiej objętości płuc tzn. wydechy poprzedzone niewielkim nabraniem powietrza, następnie przy średniej objętości płuc tzn. wydechy poprzedzone głębszym nabraniem powietrza, kończąc na dużej objętości płuc tzn. wydechy poprzedzone głębokim nabraniem powietrza. Pozwala to usuwać wydzielinę zaczynając od dużych oskrzeli, a kończąc na oskrzelach małych, obwodowych),
  - połączenie rytmu ruchu z oddechem (np. rozciągnięcie klatki piersiowej - wdech, skłon, skulenie - wydech),

- odpowiednia ilość powtórzeń w danym ćwiczeniu,
- odpowiedni czas ćwiczeń i systematyczność,
- unikanie tzw. wdechowego łapania powietrza podczas odkrztuszania (kaszlu), co może powodować cofanie się śluzu w oskrzelach a nawet ich "zaczopowywanie",
- odkrztuszanie zawsze na wydechu.

**Ocena efektów działania**

Chory chętniej wykonuje ćwiczenia oddechowe i współpracuje z pielęgniarką.

**Uzadnienie podjętych działań**

Do technik fizjoterapeutycznych poprawiających drożność oskrzeli należą także odpowiednie ćwiczenia oddechowe. Gimnastyka oddechowa ma szeroki, uzasadniony patofizjologicznie, i związany z poprawą mechaniki oddychania zakres oddziałania. Jak podkreśla J. Prusak: *„błędem jest skupianie się jedynie na wykonaniu zabiegów drenażowych".* Systematycznie uprawiane ćwiczenia poza poprawą drożności oskrzeli oraz zaburzoną mechaniką oddychania, powodują lepsze upowietrznienie tych partii płuc, które w spoczynku są gorzej wentylowane (szczególnie dolne partie płuc), poprawę ruchomości klatki piersiowej oraz poprawę siły i wytrzymałości mięśni oddechowych (głównie przepony). Siła mięśni oddechowych ma pierwszorzędne znaczenie m.in. także dla jakości i efektywności wykonywania drenażu oskrzeli, szczególnie w okresach zaostrzenia choroby lub w przebiegu dużej niewydolności oddechowej. Założenie jest takie: im wyższy pułap wydolności mięśni oddechowych tym lepsze tolerowanie wzmożonych obciążeń związanych z przebiegiem zaostrzeń chorobowych [14].

Ze względu na postęp choroby i występujące u każdego chorego różnorodne zmiany patofizjologiczne zachodzi konieczność indywidualnego dobierania zestawu ćwiczeń i okresowych konsultacji z fizjoterapeutą [10,15].

**III Diagnoza pielęgniarska**

Chory ma obawy związane z samodzielnym wykonaniem inhalacji z powodu braku pełnej wiedzy oraz sprawności wykonania zabiegu.

**Cel opieki**

Podniesienie poziomu wiedzy na temat podawania leków drogą wziewną oraz opanowanie techniki wykonania inhalacji. Przekonanie chorego o korzyściach wynikających z terapii inhalacyjnej.

**Postępowanie pielęgniarskie**

- wyjaśnienie choremu i/lub opiekunom celu, sposobu podania leku oraz pozycji i technik oddechowych stosowanych podczas inhalacji;
- respektowanie określonych zasad podczas podawania leków drogą wziewną;
- ułożenie pacjenta w pozycji umożliwiającej swobodne oddychanie z użyciem brzusznego toru oddychania – pozycja siedząca z wyprostowanymi plecami;
- asystowanie pacjentowi podczas wykonywania zabiegu;
- nauczenie chorego dozowania leków drogą wziewną i przygotowania inhalacji;
- utrzymanie w czystości inhalatora.

**Ocena efektów działania**

Chory otrzymał niezbędne informacje na temat terapii inhalacyjnej oraz opanował technikę inhalacji. Samopoczucie chorego znacznie sie poprawiło.

**Uzadnienie podjętych działań**

Terapia inhalacyjna jest istotnym składnikiem terapii chorych na mukowiscydozę. Stosowane są leki rozszerzające oskrzela, leki przeciwzapalne, antybiotyki, mukolityki. Leki rozszerzające oskrzela mogą być podawane przed zabiegami drenażowymi w celu niedopuszczenia lub ograniczenia skurczu oskrzeli wywołanego drenażem, ułatwienia wykształuszenia wydzieliny oskrzelowej podczas drenażu oraz zapobieżenia drażniącemu działaniu antybiotyku i hitertonicznego roztworu chlorku sodu stosowane przed ich inhalacją [10]. Leki przeciwzapalne stosowane są w celu zmniejszenia stanu zapalnego i obrzęku błony śluzowej oskrzeli. W celu osiągnięcia optymalnego efektu istnieje konieczność codziennego ich stosowaniam oraz podawanie po fizjoterapii na oczyszczone oskrzela. Antybiotyki stosowane są po zabiegach drenażowych [15]. Przed inhalacją antybiotyków zaleca się wykonanie badania spirometrycznego i zabiegu fizjoterapeutycznego oraz podawanie leku rozszerzającego oskrzela, a po inhalacji powtórzenie badania spirometrii [10]. Mukolityki stosowane są w celu upłynnienia gęstej, lepkiej, przywierającej do ściany oskrzela wydzieliny [15].

Podczas inhalacji pacjent powinien siedzieć i oddychać swobodnie z użyciem brzusznego toru oddychania. Możliwe jest zastosowanie drenażu autogenicznego w celu lepszej dystrybucji leku w płucach [10].

Aparaty do inhalacji wymagają dokładnego i systematycznego oczyszczania. Po każdorazowym użyciu należy wszystkie części przepłukać pod bieżącą wodą oraz wysuszyć. Raz w tygodniu zaleca się moczenie części inhalatora przez 30 minut w

wodzie z dodatkiem detergentu, dokładne wypłukanie i wygotowanie przez 10 minut [10].

**IV Diagnoza pielęgniarska**

Chory nie poddaje się systematycznie zabiegom fizjoterapeutycznym z powodu zniechęcenia i zmęczenia wynikającego z przewlekłego, postępującego charakteru choroby.

**Cel opieki**

Efektywne wzmocnienie chorego i jego rodziny z zakresie zrozumienia właściwości i potrzeb chorego na mukowiscydozę oraz otoczenie chorego kwalifikowaną pomocą terapeutyczną i wsparciem edukacyjnym.

**Postępowanie pielęgniarskie**

- wskazanie możliwości uzyskania profesjonalnej pomocy niezbędnej w opiece nad chorym;
- ustalenie planu edukacji chorego i jego rodziny;
  - ocena stopnia motywacji do zabiegów terapeutycznych;
  - określenie potrzeb chorego i jego rodziny w zakresie edukacji;
  - wybór najodpowiedniejszej dla chorego metody przyswajania wiedzy;
  - dodranie sposobu prowadzenia szkoleń, który przyniesie choremu najwięcej korzyści;
- przekazanie zasad opieki fizjoterapeutycznej i ambulatoryjnej;
- opracowanie we współpracy z lekarzem i fizjoterapeutą, indywidualnie dla każdego chorego programu fizjoterapeutycznego w oparciu o aktualny stan chorego, stopień zaawansowania choroby oraz rodzaj zmian w płucach;
- prowadzenie edukacji chorego i jego rodziny- podczas kolejnych spotkań:
  - omówienie, pokazanie i przećwiczenie poszczególnych elementów drenażu z wykorzystaniem technik wspomagających oraz altermatywnych metod oczyszczania oskrzeli;
  - kontrola prawidłowości wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych i instruktaż bieżący;
- ustalanie terminu kolejnych wizyt.

**Ocena efektów działania**

W celu osiągnięcia trwałych zmian zachowania chorego program edukacyjny powinien być prowadzony w specjalistycznych poradniach leczenia mukowiscydozy w sposób planowy i ciągły, obejmujący równolegle chorych i rodzinę.

**Uzasadnienie**

Przewlekle postępujący przebieg mukowiscydozy, prowadzący do przedwczesnej śmierci, wyzwala silne emocje negatywne, wpływa na kształtowanie się różnych, często negatywnych postaw u chorego i jego rodziny [10]. Jak podkreśla wielu autorów na funkcjonowanie pacjenta mają wpływ nie tylko objawy somatyczne, ale również obciążenie psychiczne [23,24].

Powszechnym zjawiskiem występującym u chorych na mukowiscydozę jest zaniechanie stosowania zabiegów fizjoterapeutycznych w wieku młodzieńczym i dorosłym oraz blokowanie odruchu kaszlowego i ograniczenie odkrztuszania wydzieliny szczególnie przy osobach drugich. W tym kontekście program edukacyjny nabiera szczególnego znaczenia [15].

Edukacja chorego na mukowiscydozę ma zasadnicze znaczenie. Kluczowym celem jest doprowadzenie do takich zmian zachowania chorego, które spowodują poprawę stanu jego zdrowia i umożliwią mu aktywny udział w leczeniu. Zmiany zachowania następują w wyniku procesu o charakterze ciągłym. Przekazanie informacji o chorobie i metodach jej leczenia podczas specjalnie zorganizowanego spotkania raz w roku jest niewystarczające. Dlatego pełen program edukacyjny powinien być zaplanowany i ciągły, obejmujący chorych a także ich rodzinę oraz prowadzony w specjalistycznych poradniach leczenia mukowyscydozy [15].

Wielu chorych wymaga pomocy psychologa lub psychiatry [15]. W pracy Staaba zwrócono uwagę na potrzebę psychologicznego wsparcia w kwestii przystosowania i codziennego funkcjonowania w chorobie przewlekłej jaką jest mukowiscydoza, a nie tylko dostarczania opieki medycznej [25]. Oddziaływania psychospołeczne obejmują: sposoby radzenia sobie z chorobą, postępowanie w przypadku depresji, sposoby opanowywania paniki, zmniejszanie nasilenia stresu, metody relaksacyjne, kontrola gniewu, kontakt pomiędzy chorym i opiekuni, kwestie związane z życiem małżeńskim, życie płciowe [15].

**Wnioski**

1. Standardowe postępowanie terapeutyczne w mukowiscydozie jest kopleksowe. Leczenie zmian w obrębie układu oddechowego obejmuje przede wszystkim

fizjoterapię klatki piersiowej, stosowanie leków rozszerzających oskrzela, mukolitycznych i przeciwzapalnych, antybiotyków, tlenoterapię oraz leczenie późnych następstw choroby i powikłań.

2. Ze względu na postęp choroby i występujące u każdego chorego różnorodne zmiany patofizjologiczne zachodzi konieczność indywidualnego dobierania zestawu zabiegów fizjoterapeutycznych oraz okresowych konsultacji z fizjoterapeutą.
3. Formułowanie diagnoz pielęgniarskich pozwala na ustalenie oraz weryfikowanie indywidualnego planu opieki nad pacjentem oraz podejmowanie odpowiedzialnych interwencji pielęgniarskich.

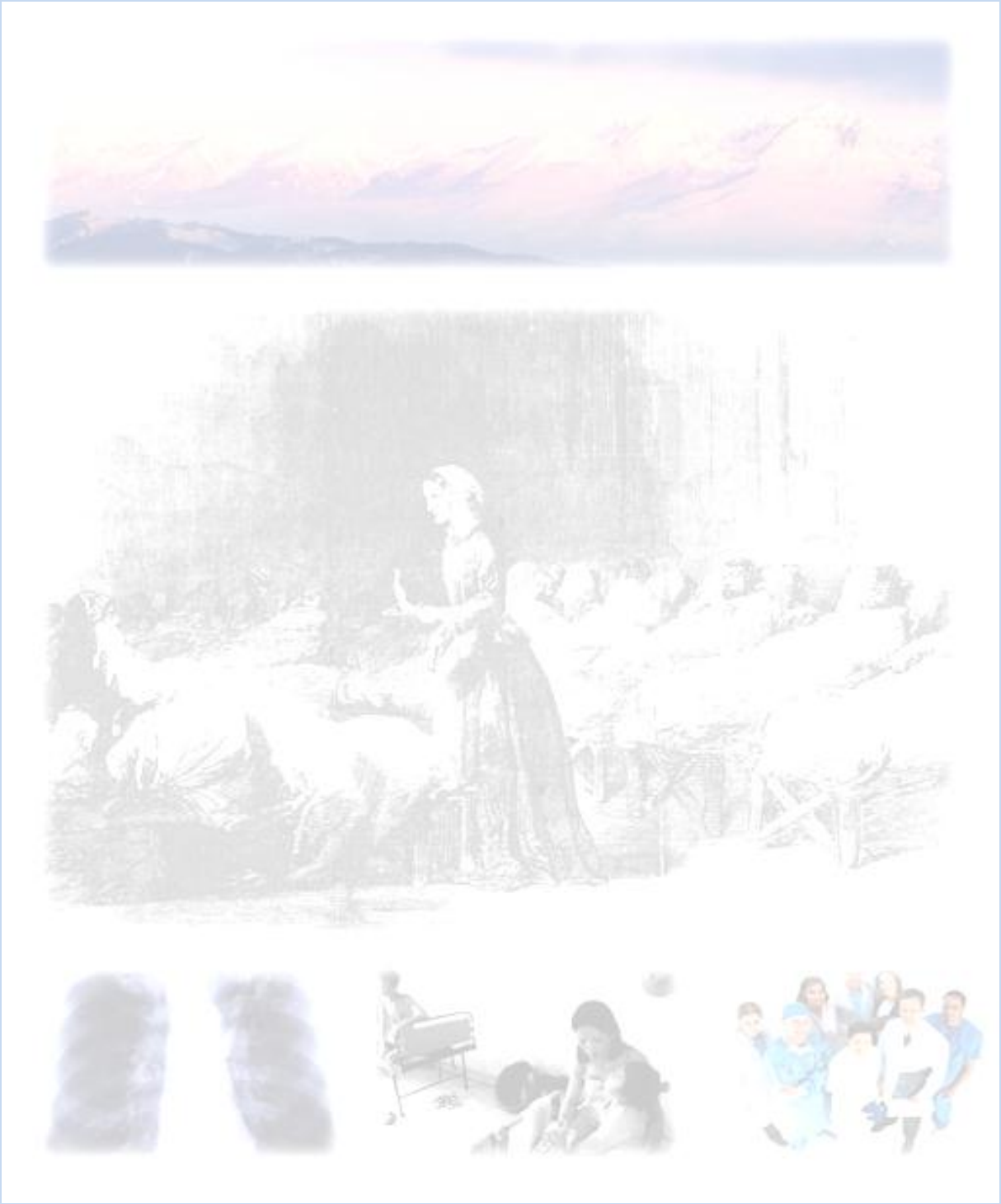
**Piśmiennictwo**


1. Davies JC, Alton EW, Bush A, Cystic fibrosis. BMJ 2007 Dec 15; 335(7632):1255-9.
2. Ernst MM, MC Johnson, Stark LJ, Developmental and psychosocial issues in cystic fibrosis. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2010 Apr; 19(2): 263-83.
3. Piotrowski R, Mukowiscydoza [w:] Milanowski A: Choroby układu oddechowego. Wyd Lek PZWL, 2000: 214-226.
4. Narasimhan M, Cohen R, New and investigational treatments in cystic fibrosis. Rher Ady Respir Dis 2011 Mar 3 [PubMed 7.05.2011]
5. Zemanick ET, Sagel SD, Harris JK, The airway microbione in cystic fibrosis and implications for treatment. Curr Opin Pediatr 2011 Apr 13 [PubMed7.05.2011]
6. O'Sullivan BP, Flume P, The clinical approach to lung disease in patients with cystic fibrosis. Semin Respir Crit Care Med 2009 Oct; 30(5): 505-13.
7. Dalcin T, Abreu e Silva, Cystic fibrosis in adults: diagnostic and therapeutic aspects. J Bras Pneumol 2008 Feb; 34(2):107-17.
8. Pressler T, Targeting airway inflammation in cystic fibrosis children: past, present, and future. Peadiatr Drugs 2011 Jun 1; 13(3): 141-7.
9. Elborn JS, Hodson M, Bertram C, Implementation of European standards of care for cystic fibrosis — provision of care, Journal of Cystic Fibrosis 8(2009): 348-355.
10. Długofalowy model postępowania fizjoterapeutycznego w mukowiscydozie. Stanowisko Polskiej Grupy Roboczej Mukowiscydozy: www.muko.pl/dlugofalowy-model-postepowania (26.08.2012 r.)

11. O'Sullivan BP, Freedman SD; Cystic fibrosis. Lancet. 2009 May 30; 373(9678): 1891-904.
12. Dodge JA, Lewis PA, Stanton M, Wilsher J, Cystic fibrosis mortality and survival in the UK: 1947-2003. Eur Respir J 2007; 29: 522-6.
13. Orlik T, Fizjoterapia [w:] Milanowski A: Choroby układu oddechowego. Wyd Lek PZWL, 2000: 329-352.
14. Prusak J, Gimnastyka oddechowa, Biuletyn Mukowiscydoza 2005;16:7-10.
15. Stanowisko Polskiej Grupy Roboczej Mukowiscydozy. Zasady rozpoznawania i leczenia mukowiscydozy. Standardy Medyczne 2002, 10: 600-612.
16. Orenstein DM, Rosenstein BJ, Stern RC. Cystic Fibrosis (The respiratory System). Medical Care, 2000,
17. Orlik T, Stan fizjoterapii chorych na mukowiscydozę w Polsce. Acta Pneumonologica et Allergologica Pediatrica, 2005;9(1):36-40.
18. Tomalak W, Ocena czynności stanu układu oddechowego u chorych na mukowiscydozę, Acta Pneumonologica et Allergologica Pediatrica, 2005;9(1):38.
19. Orlik T, Ocena efektywności wybranych metod fizjoterapii klatki piersiowej stosowanych w leczeniu chorych na mukowiscydozę. Med Wieku Rozwojowego, 2000, 3: 233-246.
20. Orlik T, Współczesne techniki fizjoterapii klatki piersiowej stosowane w leczeniu chorych na mukowiscydozę. Med Wieku Rozwojowego, 1997, I, 2.
21. www.muko.pl/kamizelka-oscylacyjna-vest (26.08.2012 r.)
22. Dobosz K, Zastosowanie systemu oczyszczania dróg oddechowych The Vest u osób chorych na mukowiscydozę, Biuletyn Mukowiscydoza, 2006(18):35-38.
23. Dębska G, Jakość życia chorych na mukowiscydozę, Acta Pneumonologia et Allergologica Pediatrica 2003; 6,3:39-42.
24. Havermans T, Colpaert K, Vanharen L, Dupont LJ, Health related quality of life in cystic fibrosis: To work or not to work?; Journal of Cystic Fibrosis 8 (2009), 218-223
25. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr, Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease, Med Care. 1989 Mar;27(3 Suppl):S110-S127.

**Kontakt na autora:**

Ewa Barczykowska, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel: 52 585 21 93, e-mail: ebarczykowska@interia.pl



# SPRAWNOŚĆ SENIORÓW W CZYNNOŚCIACH DNIA CODZIENNEGO W PRZEBIEGU CHOROBY NIEDOKRWIENNEJ SERCA

Haor Beata, Biercewicz Monika, Barczykowska Ewa, Wojciechowska Renata, Ślusarz Robert

Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. L.Rydygiera w Bydgoszczy
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. L.Rydygiera w Bydgoszczy
Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej we Włocławku
Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku

**Streszczenie**

Choroba niedokrwienna serca stanowi najczęstszą przyczynę zgonów w populacji osób w starszym wieku. Wykazuje ona często utajony przebieg a jej objawy mogą manifestować się w czasie typowej aktywności fizycznej. Choroba niedokrwienna serca może wpływać na sprawność osób starszych w czynnościach życia codziennego. Celem badań była analiza sprawności seniorów w czynnościach dnia codziennego w przebiegu choroby niedokrwiennej serca. W czasie ich realizacji wykorzystano kwestionariusz skali Katza. Wyniki badań wskazują na istotne różnice w sprawności osób w starszym wieku w zależności od miejsca udzielanych świadczeń medycznych, wieku oraz wykształcenia badanych.

Słowa kluczowe: choroba niedokrwienna serca, ADL, senior

**Summary:**

Coronary heart disease is the most common cause of deaths among the elderly. It often shows a latent course and its symptoms can manifest themselves during a typical physical activity. Coronary heart disease can affect the efficiency of older people in activities of daily living. The study analyzed the efficiency of seniors in daily activities in the course of coronary heart disease. During the implementation of the questionnaire used in the scale of Katz. The results indicate significant differences in the efficiency of the elderly according to the place of medical services provided, age and education of the respondents.

Key words: coronary heart disease, ADL, senior

**Wstęp**

Choroby układu sercowo-naczyniowego, w tym głównie choroba niedokrwienna serca (ChNS), stanowią aktualny problem zdrowotny oraz społeczny w Polsce. Częstość choroby niedokrwiennej serca wzrasta wraz z wiekiem. Jej objawy stwierdza się wśród 20-30% osób po 65 roku życia. Jest to jednocześnie najczęstsza przyczyna zgonów seniorów. W populacji osób w starszym wieku ChNS wykazuje często utajony, stabilny przebieg a jej objawy mogą manifestować się w czasie typowej aktywności fizycznej [1].

Deficyt sprawności ludzi starszych jest wynikiem postępującego starzenia się, następstw przebytych urazów, współistnienia wielochorobowości, niewłaściwego stylu życia oraz czynników psychospołecznych. Poziom sprawności w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego może decydować o jakości życia człowieka starego [2]. Stanowi zatem istotne wyzwanie w zakresie kształtowania charakteru świadczeń realizowanych na rzecz seniora przez pielęgniarkę rodzinną, podejmowanych w ścisłej współpracy z jego rodziną lub opiekunami.

Cele badań

Celem badań była analiza sprawności seniorów w czynnościach dnia codziennego w przebiegu choroby niedokrwiennej serca w zależności od miejsca udzielanych świadczeń medycznych, płci, wieku oraz wykształcenia badanych.

Metody badań

W badaniach zastosowano metodę szacowania i technikę skali szacunkowej. Wykorzystanym narzędziem badawczym był kwestionariusz skali oceny podstawowych czynności życia codziennego – Skala Katza – ADL (Activities of Daily Living) [3]. Kwestionariusz skali poprzedzony jest metryczką zawierającą 10 pytań dotyczących danych socjodemograficznych oraz obecności chorób współistniejących.

Do analizy statystycznej wykorzystano program Statistica 10.0 PL. Wyniki dla skal jakościowych (zmiennych niezależnych) przedstawione zostały za pomocą tablic liczebności wraz ze wskaźnikami struktury (%). Normalność rozkładu zmiennej zależnej (wyniki ze skali Katza) sprawdzono testem Shapiro-Wilka. Z uwagi na fakt, iż rozkłady te w porównywalnych grupach istotnie odbiegały od rozkładu normalnego do testowania hipotez wykorzystano nieparametryczny test U Manna-Whitneya oraz Anovę rang Kruskala-Wallisa. Założono poziom istotności $\alpha$=0,05. Znakiem „*” zaznaczono różnice istotnie statystycznie.

**Wyniki badań**

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów przychodni podstawowej opieki zdrowotnej we Włocławku w okresie od lipca do października 2011r. Na ich przeprowadzenie uzyskano pisemną zgodę Komisji Bioetycznej oraz dyrekcji placówki.

W badaniach wzięło udział 100 seniorów w przebiegu choroby niedokrwiennej serca: 50 osób poddano badaniu w związku z korzystaniem ze świadczeń w poradni dla dorosłych, a pozostałych 50 respondentów w ich środowisku zamieszkania.

Kryteriami doboru pacjentów do przeprowadzenia badań były ponadto: wyrażenie zgody na udział w badaniu, dobry kontakt słowny, wiek ≥ 65 roku życia. Uwzględniono także własne obserwacje osoby zbierającej informacje bądź relacje rodziny.

Przed przystąpieniem do badań respondenci zostali poinformowani o ich bezpłatnym, anonimowym charakterze i wykorzystaniu wyników wyłącznie do celów naukowych.

Analiza struktury płci pacjentów wykazała, że zdecydowaną większość (62 osoby - 62,0%) stanowiły kobiety, natomiast 38,0% badanych (38 osób) – mężczyźni. Przyjęto klasyfikację respondentów na 3 grupy wiekowe. Porównywalną liczbę badanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 71 – 80 lat (43 osoby – 43,0%) oraz powyżej 81 lat (44 osoby – 44,0%). Znacznie mniejszą grupę reprezentowali badani w wieku 65 – 70 lat (13 osób – 13,0%). Jedynie 3 osoby (3,0%) biorące udział w badaniu deklarowały stan wolny (kawalerowie/panny). W związku małżeńskim pozostawało 49 badanych (49,0%) a wdowy/wdowcy stanowili 48,0% respondentów (48 osób). Zdecydowana większość badanych legitymowała się wykształceniem podstawowym (43 osoby – 43,0%). Wykształcenie średnie posiadało 27,0% seniorów (27 osób) a zawodowe 20,0% (20 osób). Zaledwie 10 badanych (10,0%) legitymowało się wykształceniem wyższym. Ponad połowa seniorów deklarowała, że mieszka z rodziną (69 osób – 69,0%), natomiast 31 osób (31,0%) mieszkało samotnie. Blisko połowie badanych w przebiegu choroby niedokrwiennej serca towarzyszyło nadciśnienie tętnicze (47 osób – 47,0%) oraz choroby zwyrodnieniowe stawów (42 osoby – 42,0%) i kręgosłupa (42 osoby – 42,0%). Dość liczną grupę stanowili seniorzy z współistniejącą cukrzycą (25 osób – 25,0%) i uogólnioną miażdżycą (26 osób – 26,0%). Z kolei depresja, niedosłuch i choroby nowotworowe dotyczyły odpowiednio po 11% badanych (po 11 osób). Respondentom w przebiegu choroby niedokrwiennej serca towarzyszyły także

niewydolność mięśnia sercowego i niedokrwistość - odpowiednio 10,0% (10 osób) i 8,0% (8 osób). Zaledwie 6 osób (6%) nie zgłaszało obecności innych chorób.

W tabeli I przedstawiono sprawność seniorów w przebiegu ChNS w czynnościach dnia codziennego z uwzględnieniem punktacji w skali Katza.

**Tabela I. Sprawność badanych z ChNS w czynnościach dnia codziennego na podstawie punktacji w skali Katza**

| Suma punktów uzyskanych w skali Katza w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego | n | % |
|---|---|---|
| 0 pkt | 8 | 8,0 |
| 1 pkt | 3 | 3,0 |
| 2 pkt | 8 | 8,0 |
| 3 pkt | 19 | 19,0 |
| 4 pkt | 17 | 17,0 |
| 5 pkt | 26 | 26,0 |
| 6 pkt | 19 | 19,0 |

W pełni zachowana sprawność w czynnościach dnia codziennego (6 punktów), oceniana na podstawie skali Katza dotyczyła jedynie 19,0% seniorów (19 osób)). Najliczniejszą grupę (26,0% - 26 osób) stanowili pacjenci z liczbą 5 punktów, których sprawność określa się również jako w pełni zachowaną (pomimo niewielkich dysfunkcji). Jedynie 8,0% seniorów (8 osób) uzyskało 0 pkt., co oznacza całkowitą niezdolność do funkcjonowania w podstawowych czynnościach dnia codziennego, a tym samym konieczność całkowitej opieki i zaspokojenia potrzeb. W grupie respondentów osiągnęła z umiarkowaną niesprawnością znalazły się osoby z wynikiem: 3 i 4 punkty, co stanowi odpowiednio po 19,0% i 17,0% badanych. Niewielki odsetek badanych (8,0 % - 8 osób i 3,0% - 3 osoby) uzyskało 2 i 1 punkt, co pozwala włączyć ich do grupy respondentów z ciężkim upośledzeniem czynnościowym.

W tabeli II przedstawiono różnice w sprawności seniorów w czynnościach dnia codziennego w przebiegu ChNS w zależności od miejsca udzielanych świadczeń medycznych.

**Tabela II. Różnice w sprawności badanych w czynnościach dnia codziennego w przebiegu ChNS w zależności od miejsca udzielanych świadczeń**

| średnia ranga | | Z | p | n | |
|---|---|---|---|---|---|
| przychodnia | środowisko domowe | | | przychodnia | środowisko domowe |
| 65,2 | 35,9 | 5,05 | 0,0000* | 50 | 50 |

Analizując przedstawione w tabeli II wyniki, można zauważyć, że różnice w sprawności seniorów w zależności od miejsca udzielanych świadczeń były istotne statystycznie (p = 0,000). Porównując średnie z rang ustalono, że znacznie wyższe wartości w skali Katza uzyskiwali pacjenci badani w przychodni, w porównaniu respondentami ocenianymi w środowisku domowym. Można zatem uznać, że cechowali się oni wyższą sprawnością w czynnościach dnia codziennego.

Stwierdzono różnice istotnie statystycznie między sprawnością badanych w poszczególnych czynnościach dnia codziennego wg skali Katza w przebiegu ChNS w zależności od miejsca udzielanych świadczeń zdrowotnych w takim zakresie jak: kąpanie się (p = 0,00000), ubieranie (p = 0,00002), korzystanie toalety (p = 0,00000), poruszanie się (p = 0,00166) oraz przygotowanie i spożywanie posiłków (p = 0,00207).

Wszyscy badani w przychodni (100,0% - 50 osób) wykazują samodzielność w korzystaniu z toalety i poruszaniu się. Natomiast wśród respondentów badanych w środowisku zamieszkania ponad połowa (60,0% – 30 osób) samodzielnie korzysta z toalety, a 82,0% (41 osób) nie wymaga pomocy w poruszaniu się.

Wysoki odsetek respondentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w przychodni (96,0% - 48 osób) deklaruje samodzielność w przygotowaniu i spożywaniu posiłków w porównaniu do pacjentów w środowisku zamieszkania (74,0% - 39 osób). W zakresie ubierania się, pacjenci z przychodni, cechują się zdecydowanie wyższą sprawnością (78,0% - 39 osób), w porównaniu do seniorów badanych warunkach domowych (36,0% - 18 osób).

Największy deficyt sprawności w czynnościach dnia codziennego przejawiają seniorzy w zakresie kąpania się. Tylko połowa badanych w przychodni (54,0% - 27 osób) samodzielnie wykonuje tę czynność oraz zaledwie 10,0% (5 osób) – w środowisku zamieszkania.

Zdecydowanie większą średnią liczbę punktów w skali Katza uzyskali respondenci z ChNS, którzy korzystali ze świadczeń w przychodni - osiągnęli 4,8 punktów na 6 możliwych. Natomiast pacjenci korzystający ze świadczeń zdrowotnych w środowisku domowym uzyskali średnio 3,0 punktów w skali Katza. Świadczy to zatem o ich niskiej sprawności w czynnościach dnia codziennego, co wiąże się z koniecznością zapewnienia pomocy oraz zależnością od innych osób.

W tabeli III przedstawiono różnice w sprawności seniorów w przebiegu ChNS w czynnościach dnia codziennego w zależności od płci.

**Tabela III. Różnice w sprawności badanych w czynnościach dnia codziennego w przebiegu ChNS w zależności od ich płci**

| średnia ranga | | Z | p | n | |
|---|---|---|---|---|---|
| kobieta | mężczyzna | | | kobieta | mężczyzna |
| 46,8 | 56,6 | -1,64 | 0,1002 | 62 | 38 |

Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w poziomie sprawności seniorów w przebiegu ChNS w zależności od ich płci. Porównanie średnich rang wskazuje jednak, że wyższe wartości w skali Katza uzyskiwali mężczyźni, co świadczy o ich wyższej sprawności. Dotyczyło to takich czynności dnia codziennego jak: kąpanie się, ubieranie oraz kontrolowanie wydalania moczu i stolca. Z kolei kobiety przejawiały większą samodzielność w zakresie: korzystania z toalety, poruszania się oraz samodzielnego przygotowania i spożywania posiłków.

W tabeli IV przedstawiono różnice w sprawności seniorów w czynnościach dnia codziennego w przebiegu ChNS w zależności od wieku.

**Tabela IV. Różnice w sprawności badanych w przebiegu ChNS w czynnościach dnia codziennego w zależności od wieku**

| Wiek | Średnia ranga | N ważnych | H | p |
|---|---|---|---|---|
| 65-70 lat | 65,2 | 13 | 13,9 | 0,001* |
| 71-80 lat | 58,0 | 43 | | |
| powyżej 81 lat | 38,8 | 44 | | |

Stwierdzono różnice istotne statystycznie w poziomie sprawności seniorów w przebiegu ChNS w czynnościach dnia codziennego w zależności od ich kategorii wiekowej. Na podstawie średnich rang ustalić można, że poziom sprawności seniorów w wieku 65-70 lat jest najwyższy, natomiast w grupie > 81lat jest najniższy.

W celu ustalenia, między którymi kategoriami wiekowymi istnieje istotna statystycznie różnica w zakresie sprawności w ADL, zastosowano test wielokrotnych porównań, co ilustruje tabela V.

**Tabela V. Różnice w sprawności badanych w czynnościach dnia codziennego w przebiegu ChNS w zależności od kategorii wiekowej**

| Wiek | 65-70 lat | 71-80 lat | powyżej 81 lat |
|---|---|---|---|
| 65-70 lat | ------ | 1 | 0,011889* |
| 71-80 lat | 1 | ------ | 0,006027* |
| powyżej 81 lat | 0,011889* | 0,006027* | ----- |

Ustalono, że sprawność w czynnościach dnia codziennego istotnie różni grupę osób z ChNS powyżej 81 lat od respondentów z pozostałych kategorii wiekowych. Nie

wystąpiły natomiast istotne różnice w zakresie ADL w grupach seniorów w wieku: 65-70 a 71-80 lat.

Stwierdzono różnice istotne statystycznie w sprawności badanych w czynnościach dnia codziennego w przebiegu ChNS, w zależności od ich wieku w takim zakresie jak: kąpanie się ($p = 0,0002$), ubieranie ($p = 0,0465$) oraz korzystanie z toalety ($p = 0,0288$).

Pełną samodzielność w zakresie kąpania się uzyskała zdecydowana większość seniorów w grupie wiekowej 65-70 lat (61,5% - 8 osób) oraz blisko połowa (44,2% - 19 osób) badanych w wieku 71-80 lat. Natomiast respondenci powyżej 81 lat wykazują znaczny deficyt w takim działaniu, bowiem zaledwie 11,4% (5 osób) podejmuje samodzielną kąpiel.

Samodzielne ubieranie się deklaruje większość badanych w wieku 65-70 lat (69,2% - 9 osób) oraz 71-80 lat (67,4% - 29 osób). Seniorzy powyżej 81 lat cechują się najniższą sprawnością w tym zakresie, bowiem 43,2% respondentów (19 osób) wykonuje powyższą czynność samodzielnie.

Największe deficyty w zakresie korzystania z toalety dotyczyły respondentów powyżej 81 lat. Samodzielność w powyższym zakresie dotyczyła 68,2% seniorów ( 30 osób), w porównaniu do osób w grupie wiekowej 65-70 lat i 71- 80 lat, którzy częściej wykazywali pełną sprawność w tej czynności (odpowiednio: 84,6% - 11 osób; 90,7% - 39 osób).

W pozostałych czynnościach ADL nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie. Seniorzy powyżej 81 lat uzyskali najmniejszą średnią liczby punktów w skali Katza (3,2 pkt.). Zatem uznać można, że cechuje ich najniższa sprawność w czynnościach dnia codziennego. Porównywalną średnią liczby punktów osiągnęli respondenci w pozostałych grupach wiekowych: 65-70 lat – 4,6 pkt., 71-80 – 4,3 pkt. Jednakże najwyższa sprawność dotyczyła seniorów w grupie 65-70 lat, którzy uzyskali średnio 4,6 pkt. (na maksymalnych 6 pkt.).

W tabeli VI przedstawiono różnice w sprawności seniorów w czynnościach dnia codziennego w przebiegu ChNS w zależności od ich wykształcenia.

**Tabela VI. Różnice w sprawności badanych w przebiegu ChNS w czynnościach dnia codziennego w zależności od ich wykształcenia**

| Wykształcenie | Średnia ranga | N ważnych | H | p |
|---|---|---|---|---|
| podstawowe | 47,2 | 43 | 12,2 | 0,0069* |
| zawodowe | 44,4 | 20 | | |
| średnie | 49,4 | 27 | | |
| wyższe | 79,9 | 10 | | |

Jak wynika z uzyskanych danych, występuje różnica istotna statystycznie (p = 0,0069), w sprawności seniorów w czynnościach dnia codziennego w przebiegu ChNS w zależności od ich wykształcenia. Na podstawie średnich rang można ustalić, że poziom sprawności jest najwyższy wśród osób z wykształceniem wyższym, natomiast najniższy w grupie badanych, którzy ukończyli szkołę zawodową. Zbliżony poziom sprawności w czynnościach dnia codziennego uzyskali seniorzy z wykształceniem średnim i podstawowym.

W celu ustalenia grup, między którymi zachodzi różnica w sprawności badanych w czynnościach dnia codziennego w zależności od wykształcenia, zastosowano test wielokrotnych porównań, którego wyniki przedstawiono w tabeli VII.

**Tabela VII. Różnice w sprawności badanych w czynnościach dnia codziennego w przebiegu ChNS między grupami wykształcenia**

| Wykształcenie | podstawowe | zawodowe | średnie | wyższe |
|---|---|---|---|---|
| podstawowe | ---- | 1 | 1 | 0,008145* |
| zawodowe | 1 | ----- | 1 | 0,00963* |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| średnie | 1 | 1 | ---- | 0,027234* |
| wyższe | 0,008145* | 0,00963* | 0,027234* | ---- |

Jak wynika z tabeli VII respondenci z wykształceniem wyższym prezentowali wyższy poziom sprawności w czynnościach dnia codziennego od badanych z niższym wykształceniem. Między pozostałymi grupami nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że różnice w sprawności badanych w czynnościach dnia codziennego w skali Katza, w zależności od wykształcenia są istotnie statystycznie i dotyczą: kąpania się ($p = 0,0004$) i ubierania ($p = 0,0298$).

W zakresie ubierania się wszyscy badani z wyższym wykształceniem prezentowali pełną sprawność (100,0% - 10 osób). Natomiast blisko połowa seniorów z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim wykazywała sprawność w tej czynności (odpowiednio: 53,5% - 23 osoby; 45,0% - 9 osób; 55,6% - 10 osób).

Zdecydowana większość respondentów legitymujących się wyższym wykształceniem (90,0% - 9 osób) deklarowała samodzielność w podstawowej czynności życia codziennego jaką jest kąpiel. Pełną sprawność w w/w czynności przejawiało tylko 30,0% (6 osób) absolwentów szkół zawodowych i 29, 6% -średnich (8 osób). Największy deficyt w tym zakresie prezentowali badani w grupie z wykształceniem podstawowym, bowiem jedynie 20,9% seniorów (9 osób) samodzielnie podejmowało takie działanie. W pozostałych czynności ADL nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie. Niemniej jednak warto podkreślić, że wszystkie osoby (100,0% - 10 osób) z wyższym wykształceniem deklarowały samodzielne korzystanie z toalety, odżywianie się oraz poruszanie. Natomiast ponad połowa z nich (60,0%) kontroluje wydalanie moczu i stolca.

Największą średnią liczbę punktów w skali Katza uzyskali seniorzy z wyższym wykształceniem (5,5 pkt. na 6 możliwych). Z kolei respondenci z wykształceniem podstawowym i średnim osiągnęli średnio po 3,8 pkt. Natomiast sprawność pacjentów z wykształceniem zawodowym wyniosła średnio 3,4 pkt.

**Dyskusja**

Zwiększanie się populacji seniorów, charakterystyczna dla tego okresu wielochorobowość oraz pogarszająca się stopniowo wydolność czynnościowa sprawia, że coraz więcej osób wymaga i będzie wymagać stałej opieki zarówno ze strony rodziny, pielęgniarek rodzinnych jak i personelu zakładów opiekuńczych. Wdrażanie strategii działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych wymaga właściwej oceny stanu wydolności funkcjonalnej starzejącej się populacji. Sprawność funkcjonalną określa się jako zdolność do bycia niezależnym od innych osób i możliwość prowadzenia samodzielnego życia [ 4].

W przeprowadzonych badaniach sprawność seniorów kształtowała się na średnim poziomie: 45,0% badanych nie wykazywało niesprawności w ADL (czynności są w pełni zachowane), 36,0% respondentów kwalifikowało się do grupy umiarkowanej niesprawności. Natomiast 19,0% badanych znajdowało się w stanie ciężkiej niesprawności funkcjonalnej. Wykazano także, że największą samodzielność seniorzy uzyskali w zakresie poruszania się, przygotowania i przyjmowania posiłków oraz korzystania z toalety. Ponad połowa respondentów była samodzielna w ubieraniu się.

W przeprowadzonych badaniach największy deficyt samodzielności stwierdzono w zakresie kąpania się oraz w kontrolowania zwieraczy. Nietrzymanie moczu i/lub stolca dotyczyło 57,0% badanych. Na wysoką rangę tych problemów wskazują również autorzy badań przeprowadzonych wśród pacjentów hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy w 2005 r, w badaniach B. Bień i współpracowników realizowanych wśród seniorów z Białegostoku oraz w ramach projektu ,,Genetyczne i środowiskowe czynniki długowieczności" [5, 6, 7].

Na sprawność funkcjonalną seniora ma wpływ wiele czynników m.in. zdrowotnych społecznych, demograficznych. W wyniku przeprowadzonych badań własnych potwierdzono udział niektórych z nich w kształtowaniu samodzielności osób starszych w czynnościach dnia codziennego. W grupie badanych seniorów dominującymi stanami patologicznymi towarzyszącymi chorobie niedokrwiennej serca było: nadciśnienie tętnicze, zmiany zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa, miażdżyca uogólniona, cukrzyca. Zaledwie 6,0% badanych (6 osób) nie towarzyszyły choroby współistniejące. Na zjawisko polipatologii w populacji osób starszych zwracam uwagę wielu autorów opracowań naukowych, podkreślając jednocześnie jej wpływ na jakość życia seniorów [5, 8].

Analizując sprawność czynnościową seniorów w zależności od miejsca udzielanych świadczeń stwierdzono, że pacjenci badani w przychodni cechowali się znacznie wyższą sprawnością czynnościową niż respondenci, którym udzielano świadczeń zdrowotnych w środowisku zamieszkania. Seniorzy przebywający w środowisku domowym wykazywali największy deficyt samodzielności w kąpaniu się, ubieraniu i kontrolowania zwieraczy. Uzyskiwali także niską średnią liczby punktów (3,0) w skali Katza, co świadczy o ich niesprawności funkcjonalnej i konieczności zapewnienia pomocy. Z kolei respondenci badani w przychodni wykazywali umiarkowaną niesprawność bądź cechowali się samodzielnością w czynnościach życia codziennego. Średnia liczby punktów w skali Katza w tej grupie wynosiła 4,8. Największy deficyt samodzielności wśród powyższych pacjentów dotyczył kontrolowania funkcji zwieraczy (zwłaszcza nietrzymania moczu).

Wyniki badań własnych znalazły częściowe potwierdzenie w badaniach prowadzonych w latach 1997 – 2004 wśród seniorów przyjętych do jednego z pielęgniarskich domów opieki w Warszawie. Analizowano między innymi wpływ środowiska, w którym przebywali respondenci bezpośrednio przed przyjęciem do domu opieki na ich stan wydolności czynnościowej. Wykazano, że pacjenci przyjmowani ze szpitala do wspomnianej placówki byli w dużo gorszej kondycji i wykazywali niższą sprawność funkcjonalną niż osoby przyjęte ze środowiska domowego [9].

W badaniach własnych nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie między płcią badanych a ich sprawnością w czynnościach dnia codziennego. Jednak na podstawie porównania średnich rang wykazano, że wyższe wartości w tym zakresie uzyskali mężczyźni. Analizując poszczególne czynności w skali ADL stwierdzono, że wyższą sprawność wykazywali oni w zakresie kąpania się, ubierania i kontrolowania zwieraczy. Kobiety z kolei prezentowały wyższą sprawność w związku z korzystaniem z toalety, poruszaniem się oraz przyjmowaniem i przygotowaniem posiłków.

W badaniach przeprowadzonych wśród pensjonariuszy domów opieki społecznej w latach 2004 - 2005 przez pracowników Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, także nie stwierdzono jednoznacznego związku między płcią badanych a ich zdolnością do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego. Wykazano jednak, że mężczyźni częściej niż kobiety osiągali wyższe wartości w skali Katza, co świadczy o ich wyższej sprawności funkcjonalnej [4].

W badaniach własnych wiek seniorów w przebiegu ChNS istotnie wpływał na ich sprawność funkcjonalną. Wykazano, że poziom sprawności respondentów był najwyższy między 65-70 rokiem życia i uległ pogorszeniu wraz z zaawansowaniem wieku. Największy deficyt samodzielności wykazywali seniorzy powyżej 81 lat. Najstarsza grupa respondentów wyraźnie odbiegała w sprawności we wszystkich czynnościach życia codziennego. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic w zakresie sprawności w grupach 65-70 a 71-80 lat.

Oceniając średnie liczby punktów w skali Katza wykazano, że seniorzy w wieku: 65-70 lat i 71-80 lat prezentowali zadawalającą samodzielność uzyskując odpowiednio: 4,6 pkt. i 4,3pkt. Natomiast pacjenci powyżej 81 lat uzyskali średnio 3,2 pkt. Powyższe wyniki znajdują potwierdzenie w badaniach wykonanych w ramach projektu „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce" w latach 2007 - 2010. Stwierdzono, że wśród badanych w wieku poniżej 69 roku życia nie było osób całkowicie niesprawnych, ale wraz z wiekiem wzrastał odsetek osób niesprawnych i częściowo niesprawnych [10].

W badaniach własnych stwierdzono, że wykształcenie wpływało istotnie na sprawność seniorów w czynnościach dnia codziennego. Wykazano, że poziom sprawności badanych był najwyższy wśród osób z wykształceniem wyższym, najniższy wśród absolwentów szkół zawodowym a porównywalny dla seniorów z wykształceniem podstawowym i średnim. Opierając się na średniej liczbie punktów w skali Katza wykazano, że seniorzy z wyższym wykształceniem uzyskali największą liczbę punktów, co świadczyło o ich wysokiej sprawności w czynnościach dnia codziennego. Respondenci z wykształceniem podstawowym i średnim cechowali się umiarkowaną niesprawnością. Natomiast największy deficyt samodzielności wystąpił w grupie pacjentów z wykształceniem zawodowym.

Wyniki badań własnych znalazły potwierdzenie w badaniach prowadzonych przez pracowników Instytutu Filozofii, Socjologii i Psychologii Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. W wyniku analizy wzajemnych relacji pomiędzy zmiennymi psychicznymi i somatycznymi stwierdzono, że jest wykształcenie było istotnym czynnikiem wpływającym na uwarunkowania wspomnianych zmiennych. Wykazano, że najsilniej zaznaczone były korelacje pomiędzy zmiennymi u starszych kobiet z wykształceniem wyższym [11].

Wnioski

Analiza literatury i wyników przeprowadzonych badań umożliwiły wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Sprawność seniorów w czynnościach dnia codziennego w przebiegu ChNS jest wyższa u pacjentów badanych w przychodni niż w środowisku ich zamieszkania. Niższa ocena sprawności funkcjonalnej badanych w miejscu zamieszkania wskazuje na ograniczoną zdolność do samodzielnego funkcjonowania codziennego a tym samym potrzebę zapewnienia opieki, uzależnienie od pomocy innych osób lub konieczność umieszczenia w placówce pielęgnacyjno-opiekuńczej.
2. Płeć seniorów z ChNS nie wpływa istotnie na ich sprawność w czynnościach dnia codziennego. Jednak częściej mężczyźni prezentują samodzielność w ADL, zwłaszcza w takich czynnościach jak: kąpanie się, ubieranie oraz kontrolowanie wydalania moczu i stolca.
3. Istnieje istotny związek między wiekiem seniorów z ChNS a ich sprawnością w czynnościach dnia codziennego. Pacjenci powyżej 81 lat cechują się najniższą sprawnością. Natomiast seniorzy z kategorii wiekowej 65-70 lat prezentują najwyższą sprawność w czynnościach dnia codziennego.
4. Wykształcenie seniorów z ChNS istotnie wpływa na ich sprawność w czynnościach dnia codziennego. Osoby z wyższym wykształceniem prezentują wyższą sprawność czynnościową.
5. Choroba niedokrwienna serca jako wyraz polipatologii wieku starszego może wpływać na sprawność seniora w zakresie czynności życia codziennego.

**Piśmiennictwo**

1. Koziarska – Rościszewska M.: Choroba niedokrwienna serca. W: Kostka T., Koziarska – Rościszewska M.: Choroby wieku podeszłego. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 68.

2. Borowiak E., Kostka T.: Analiza sprawności funkcjonalnej osoby w starszym wieku. Rola pielęgniarki w zespole geriatrycznym. W: Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 2010, 81-93.

3. Katz S., Akomp C.A.: Index of ADL. Medical Care Suplement 1976, 14,116.

4.Płaszewska-Żywko L., Brzuzan P., Malinowska-Lipień I., Gabryś T.: Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej. Problemy Higieny Epidemiologii 2008, 89, 1, 62-63.
5.Biercewicz M., Kędziora-Kornatowska K.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów geriatrycznych. Pielęgniarstwo Polskie 2005, 1, 19, 133-137.
6.Bień B., Wojszel Z, B., Polityńska B.: Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. Gerontologia Polska 1999, 7,42.
7. Pruszyński J.J, Gross R., Mossakowska M. i wsp.: Ocena stanu funkcjonalnego polskich stulatków – doniesienie wstępne. Gerontologia Polska 2003, II (2), 80.
8.Kostka T: Jakość życia osób starszych. W: Kostka T., Koziarska – Rościszewska M.: Choroby wieku podeszłego. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 174-177.
9.Pruszyński J. J., Cicha-Mikołajczyk A., Gębska-Kuczerowska A.: Ocena wydolności czynnościowej i sprawności motorycznej osób przyjmowanych do Pielęgniarskiego Domu Opieki w Polsce. Przegląd Epidemiologii 2006, 60, 331-338.
10.Szybalska A., Broczek K., Kupisz-Urbańska M., Ślusarczyk P., Mossakowska M.: Sprawność w zakresie podstawowych i złożonych czynności życia codziennego. Wstępne wyniki programu PolSenior. Gerontologia Polska 2009, 17, 4, 178.
11.Łój G.: Psychosomatyka czy somatopsychika – wzajemne relacje psychiki i somatyki w okresie starości. Psychiatria 2007,4, 3, 105-118.

**Kontakt na autora:**
Beata Haor
Wydział Nauk Zdrowiu
Wyższa Szkoła Humanistyczno – Ekonomiczna we Włocławku
87-800 Włocławek ul. Okrzei 94
e-mail: beata.haor@interia.pl
Polska

# LĘK PACJENTÓW PRZED INIEKCJAMI. ROLA PIELĘGNIARKI W NIWELOWANIU TEGO LĘKU

## Strach u pacientov pred injekciou. Úloha sestry pri zmierňovaní strachu

Jelonek Jolanta, Kołodziej Wiesława

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

**WPROWADZENIE**

Rozwój technik, metod i sposobów leczenia w współczesnym świecie pozwala na indywidualny dobór metody leczenia każdego pacjenta. Zależny jest on od rodzaju schorzenia, stanu zaawansowania choroby, indywidualnych predyspozycji i odporności pacjenta a także oporności drobnoustrojów wywołujących daną chorobę na współcześnie stosowane leki. Możliwości jest wiele. W większości przypadków to lekarz decyduje o sposobie leczenia i wybiera metodę. Obserwuje się przypadki, gdzie lekarz zadaje pacjentowi pytanie: podamy zastrzyki? Następuje chwila milczenia i pada odpowiedź –hm… dobrze; albo – muszą być zastrzyki? Wolałbym/ała tabletki. Dlaczego?

W literaturze wiele miejsca poświeca się tematowi lęku przed iniekcjami u dzieci. To dzieci boją się szczepień. Widok strzykawki i igły powoduje silne, negatywne emocje. Jednakże często wina leży po stronie dorosłych. Zastanówmy się. Kiedy dorosły rodzic idzie z dzieckiem na zastrzyk jest bohaterem, bo to nie on przecież dostanie zastrzyk. Często zdarza się że słyszymy jak rodzic mówi do swojego kochanego dziecka – jak nie będziesz jadł to dostaniesz zastrzyki!; jak nie połkniesz tabletki będziesz dostawał zastrzyki!; musisz wypić syrop, bo jak nie to też dostaniesz zastrzyki! I tak rośnie dziecko w strachu, dorasta i staje się dorosłym człowiekiem, a potem bohaterem kiedy ponownie idzie na zastrzyk lub szczepienie, ze swoim już dzieckiem i powiela metody wychowania swoich rodziców. Jednakże kiedy ten sam dorosły staje się pacjentem, to też odczuwa lęk przed zastrzykiem. Zdarza się że lęk przeradza się w fobię [1] którą należy leczyć.

Historia wykonywania iniekcji jest połączona z historią strzykawki [2] (bez strzykawki i igły nie wykonywalibyśmy dziś iniekcji) i sięga czasów Hipokratesa(ur. w 460 r. p.n.e.).

Prawdopodobnie już wtedy używano przyrządu złożonego z pęcherza zwierzęcego i rurki do przetaczania różnych płynów. W materiałach historycznych są wzmianki o podobnym przyrządzie znalezionym w czasie badań archeologicznych prowadzonych w Pompejach [3]. Przyrządy, jakie tam odnaleziono a przypominające dzisiejszą

strzykawkę prawdopodobnie były używane do płukania jam ciała. Budowa układu krążenia nie była wówczas znana i dopiero w 1616 roku kiedy Wiliam Harvey podał opis budowy układu krążenia jako całości z podziałem na mały i duży krwioobieg, coraz częściej podejmowano próby podawania leków bezpośrednio do krwiobiegu. Szczególnie po opublikowaniu w 1623 roku odkrycia Herveya próby podawania lęków metodą bezpośredniego wstrzykiwania do krwi wykonywano coraz częściej. Doświadczenia te wykonywano na zwierzętach. Źródła podają, że pierwszy dożylny zastrzyk wykonano u człowieka około roku 1668 [3].

**Fot.1.** Strzykawka wykonana z kości

Źródło: archiwum własne. Eksponat znajduje się w Muzeum „Szpital św. Ducha" we Fromborku

Znacznie później (około roku 1845) podano zastrzyk do tkanki domięśniowej i podskórnej. Przełomem w historii iniekcji był wynalazek francuskiego lekarza Charlesa Gabriela Pravaza, który w 1853 roku prowadził doświadczenia nad leczeniem tętniaków i używał do tego celu skonstruowanego przez siebie przyrządu, który uznany został za pierwowzór dzisiejszej strzykawki. Ta ówczesna strzykawka to metalowa, cylindryczna rurka z metalowym tłokiem i końcówką do założenia metalowej trójgraniastej kaniuli. Pojemność tej strzykawki wynosiła prawdopodobnie około 1,3 cm sześciennego [2,3].

Inny lekarz Alexander Wood w tym samym czasie skonstruował cienką igłę ostro zakończoną i wykonał pierwsze wstrzyknięcia podskórne. Wynalazki te spowodowały bardzo szybki postęp w leczeniu wielu chorób., a wygląd strzykawki zmieniał się przez lata. W latach pięćdziesiątych XX wieku strzykawki były szklane z metalowym tłokiem. Igły do wykonywania iniekcji metalowe z metalowymi końcówkami wielorazowego

użytku, a następnie szklane (fotografia 2).

**Fot. 2.** Strzykawki i igły używane w latach 90 – tych
Źródło: archiwum własne

**CEL**

Celem pracy było określenie poziomu lęku pacjentów przed leczeniem metodą wstrzyknięć, poznanie przyczyn tego leku i odpowiedź na pytanie czy i w jakim zakresie współczesna pielęgniarka może pomóc w niwelowaniu tego lęku?

**METODA BADANIA**

W pracy wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety zbudowany z pytań zamkniętych i półotwartych [4]. Zawarte w ankiecie pytania dotyczyły iniekcji, doświadczeń związanych z tą metodą leczenia, także objawów lęku przed wstrzyknięciami. Zawarto także pytania dotyczące lęku przed szczepieniami w dzieciństwie, co w analizie dało możliwość określenia zależności lęku przed iniekcją u osoby dorosłej do lęku przed szczepieniem z okresu dzieciństwa.

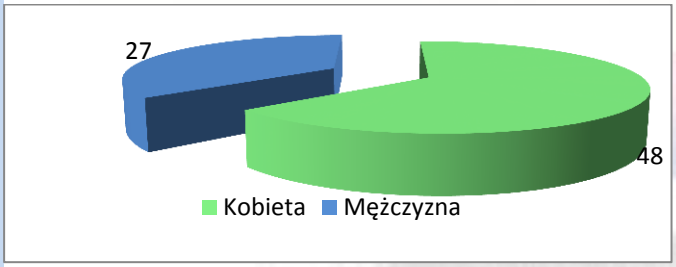
Niektóre pytania dały również pacjentom możliwość wypowiedzenia się na temat ewentualnego szantażu emocjonalnego [5] dzieci „zastrzykiem" i wpływu takiego postępowania opiekunów na natężenie lęku przed tą metodą leczenia.

Kwestionariusz ankiety rozpowszechniono losowo i anonimowo, wśród pacjentów korzystających z porad lekarskich i pielęgniarskich wytypowanej poradni. Ankietowani wyrazili zainteresowanie tematem.

## MATERIAŁ BADANY

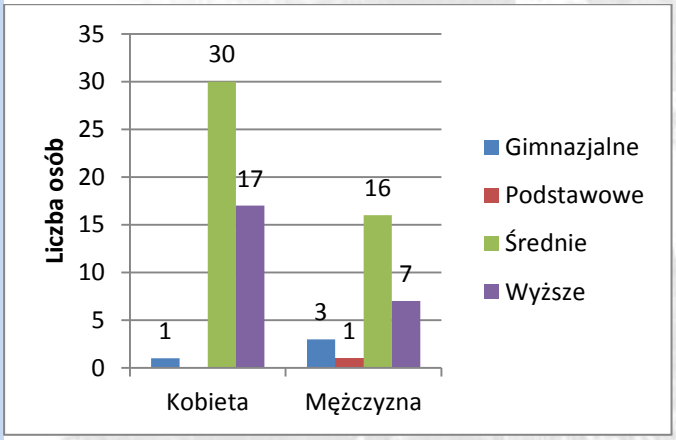
Badanie ankietowe przeprowadzono za zgodą dyrekcji w placówce NZOZ „MEDYK" w Żorach.

W badaniu wzięli udział dorośli pacjenci poradni, którzy dobrowolnie wypełnili ankietę, odpowiadając na wszystkie zawarte w niej pytania. Rozdano 75 ankiet, z których 48 wypełniły kobiety, a 27 wypełnili mężczyźni (wyk.1).




**Wykres nr 1.** Płeć badanych

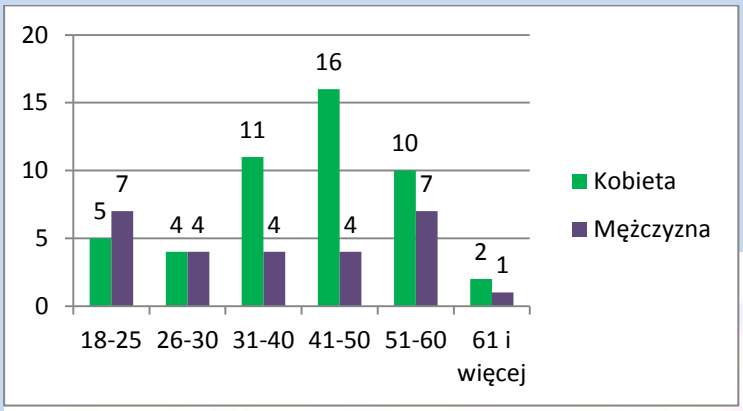
Źródło: badanie własne




**Wykres nr 2.** Wykształcenie badanych osób

Źródło: badanie własne

Wykres nr 3 przedstawia przedział wiekowy badanej grupy kobiet i mężczyzn. Kobiety biorące udział w badaniu w zdecydowanej większości ukończyły 40 rż.

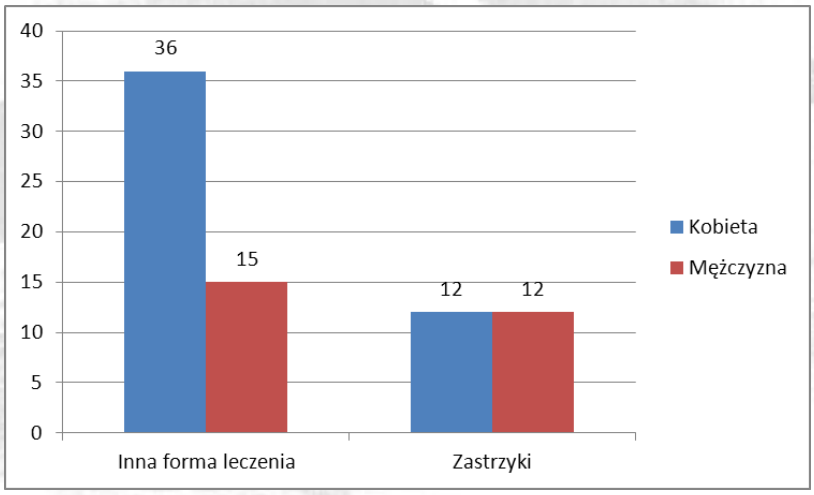



**Wykres nr 3.** Wiek badanych pacjentów

Źródło: badanie własne

**WYNIKI**

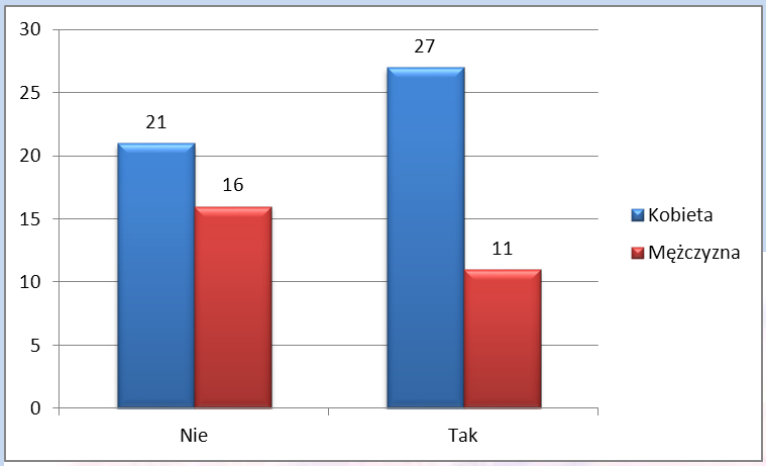
Wykres nr 4 przedstawia wybór formy leczenia, który lekarz może dać pacjentowi. Większość, 51 osób (68%) wybrałaby inną formę leczenia, a iniekcje 24 osoby, co stanowi 32% całej grupy. Wśród kobiet to 75%, a wśród mężczyzn 55,6%.




**Wykres nr 4.** Wybrana forma leczenia

Źródło: badanie własne

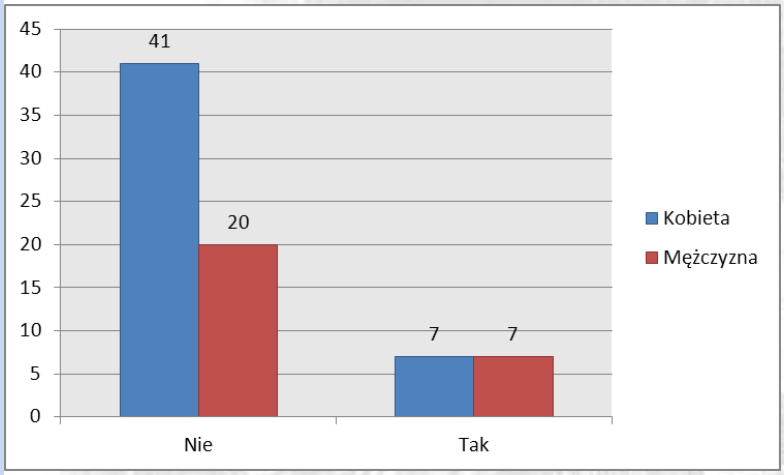
Wykres nr 5 ilustruje odczuwanie lęku przed iniekcjami. Twierdząco odpowiedziało 50,7% ankietowanych. wśród kobiet lęk odczuwa 56%, a wśród mężczyzn około 41%




**Wykres nr 5.** Odczuwanie lęku przed iniekcjami

Źródło: badanie własne

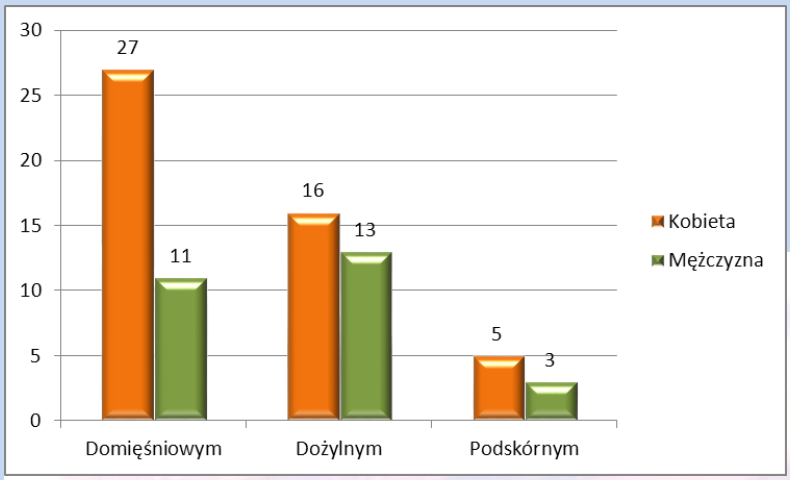
Częstość otrzymywania iniekcji obrazuje wykres nr 6. Około 19% badanych otrzymuje je często, zaś 81% rzadko. Częściej otrzymują mężczyźni, prawie 30%, a kobiety około 14,6%




**Wykres nr 6.** Częstość otrzymywania zastrzyków

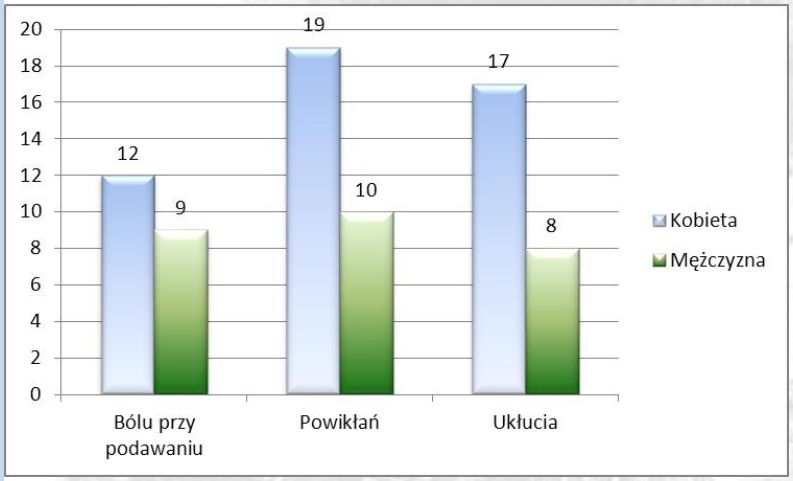
Źródło: badanie własne

W badanej grupie 50,7% pacjentów przyznało, że największy lęk odczuwa przed iniekcją domięśniową, 38,7% przed dożylną i 10,7% przed podskórną. Rozkład odpowiedzi w grupie kobiet i mężczyzn jest zbliżony.




**Wykres nr 7.** Lęk przed iniekcjami w zalezności od ich rodzaju.
Źródło: badanie własne

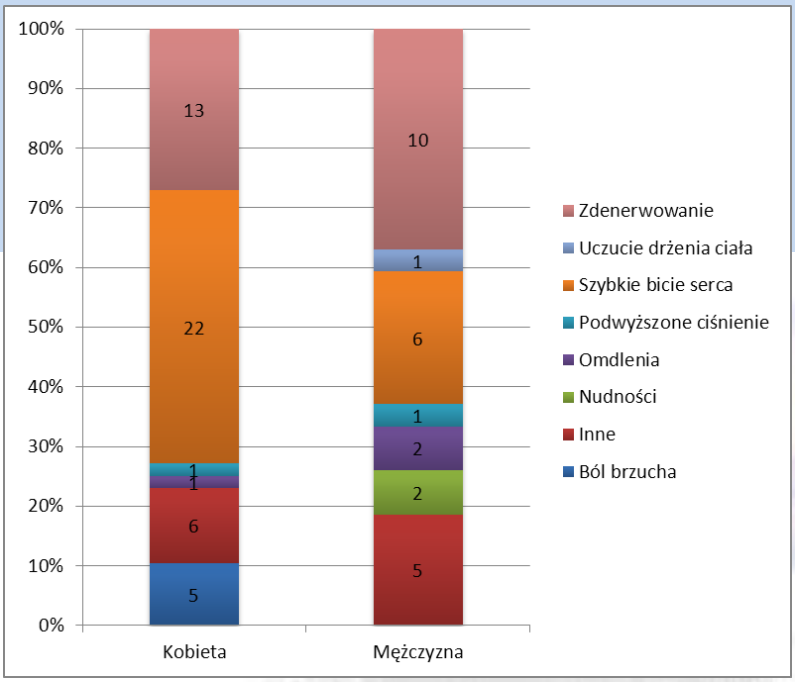
Przedstawione na wykresie nr 8 dane pokazują, że 38,7% pacjentów boi się powikłań, 33,3% pacjentów boi się ukłucia, 28% pacjentów boi się bólu, który może wystąpić przy wstrzyknięciu.




**Wykres nr 8.** Przyczyny lęku przed iniekcjami
Źródło: badanie własne

Wykres nr 9 przedstawia odpowiedzi dotyczące objawów związanych z lękiem przed iniekcjami. Szybkie bicie serca to objaw deklarowany przez 37,3% ankietowanych (kobiety 29,3%, mężczyźni 8%).

W grupie kobiet ta odpowiedź to 45,8%, zaś w grupie mężczyzn 22,2%. Dominującą odpowiedzią u mężczyzn było zdenerwowanie 37%. Kobiety zdenerwowanie wybrały na drugim miejscu i odpowiedź ta stanowiła 27% .

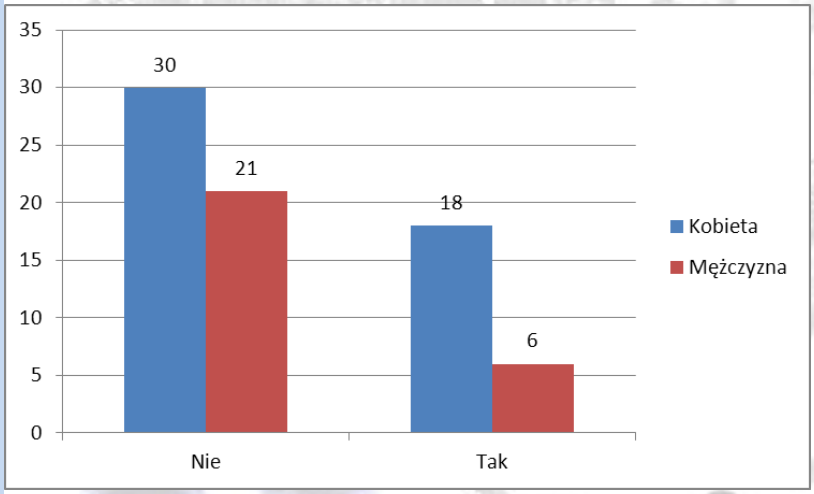



**Wykres nr 9.** Skutki reakcji lękowej wynikającej z oczekiwania na iniekcje

Źródło: badanie własne

Jak czas oczekiwania na wstrzyknięcie potęguje lęk przedstawia wykres nr 10.

77,8% mężczyzn i 62,5% kobiet odpowiedziało, że czas oczekiwania na iniekcje nie potęguje ich lęku. Twierdząco odpowiedziało 37,5% kobiet i 22,2% mężczyzn.

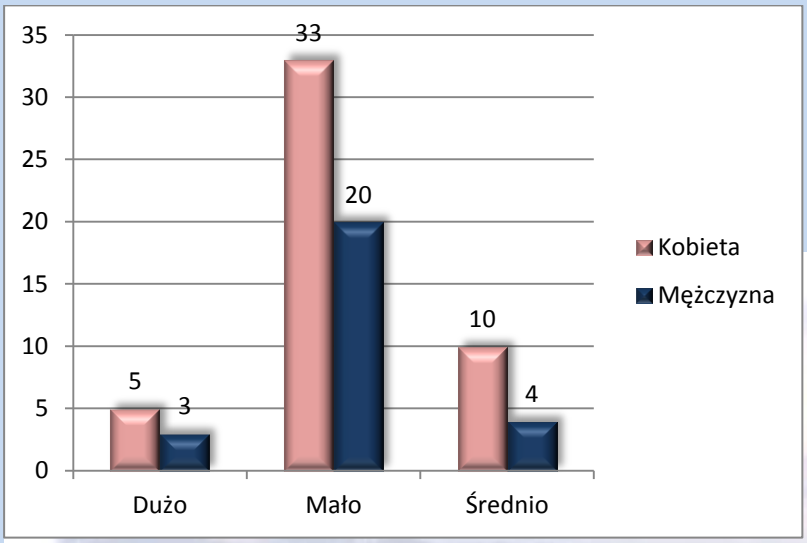



**Wykres nr 10.** Potęgowanie lęku przez czas oczekiwania na iniekcje

Źródło: badanie własne

Wykres nr 11 obrazuje częstość otrzymywania iniekcji w dorosłym życiu.

W badanej grupie 70,7% respondentów zdeklarowało że otrzymywało mało iniekcji, średnią ilość iniekcji zaznaczyło 18.6% i 10,7% przyznało że otrzymywało dużo iniekcji.

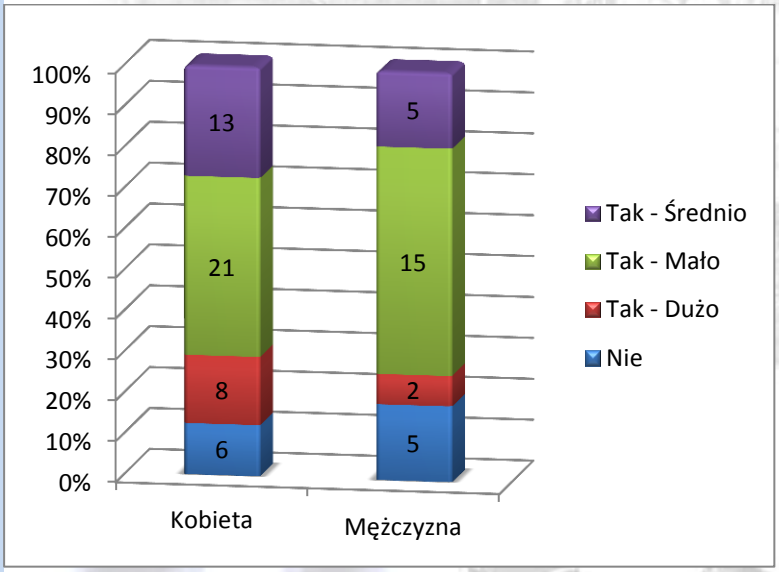



**Wykres nr 11.** Częstość otrzymywania iniekcji w dorosłym życiu

Źródło: badanie własne

Dane dotyczące iniekcji, które badani otrzymywali w dzieciństwie prezentuje wykres nr 12.

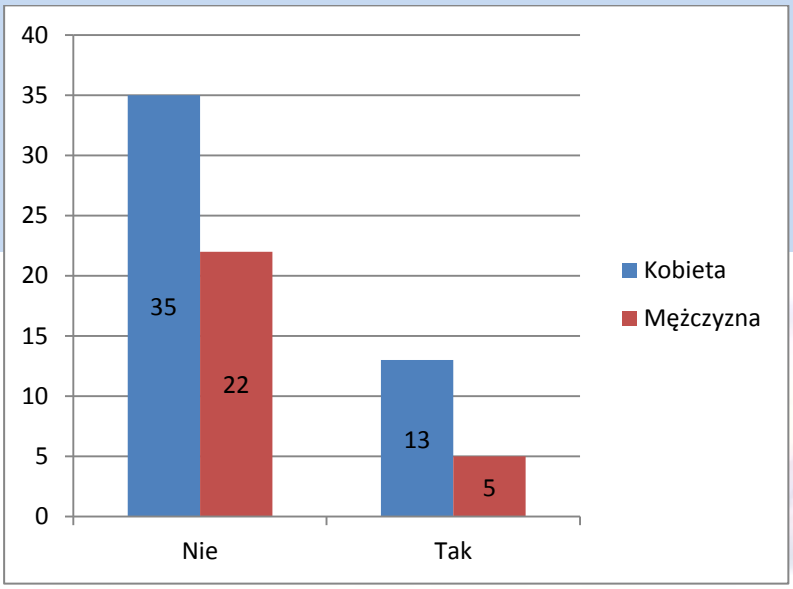
Wśród kobiet 15,5%, a mężczyzn 18,5% nie otrzymywało zastrzyków w dzieciństwie. Dużo zastrzyków, na podstawie odpowiedzi badanych, otrzymywało 16,7% kobiet i 7,4% mężczyzn.




**Wykres nr 12.** Ilość iniekcji otrzymywanych w dzieciństwie

Źródło: badanie własne

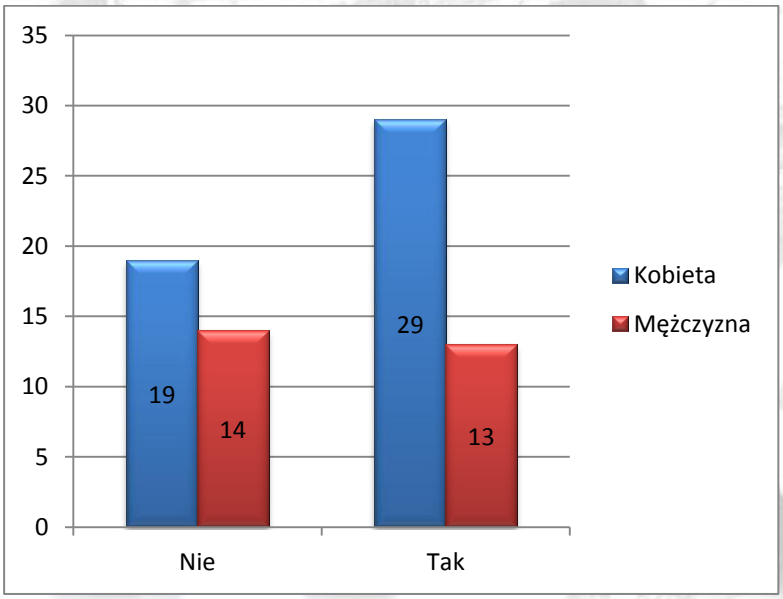
Wykres numer 13 przedstawia odpowiedzi na pytanie o straszenie dzieci, karą jaką mogą być zastrzyki. 76% osób odpowiedziało, że „nie straszono" ich zastrzykami, ale 24% przyznało, że w dzieciństwie byli „straszeni" zastrzykami. „Straszone" w dzieciństwie kobiety stanowiły 27,1% w swojej grupie, a mężczyźni 18,5%.




**Wykres nr 13.** Informowanie dziecka, że zastrzyk może być karą.

Źródło: badanie własne

Wykres nr 14 to odzwierciedlenie odpowiedzi na temat lęku przed szczepieniami w dzieciństwie. 56% przyznało że bało się szczepień, pozostałe 44% nie odczuwało lęku przed szczepieniami. Zarówno kobiety jak i mężczyźni na to pytanie odpowiadali w większości twierdząco. Większość osób, które przyznały, że straszono je w dzieciństwie zastrzykami nie wskazało kto ich informował, że mogą otrzymać taką karę. Niestety część grupy badanej wskazało na rodziców lub jedno z nich.

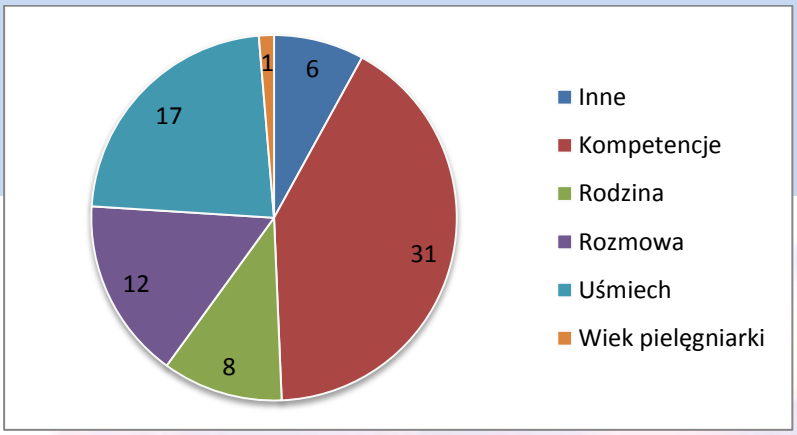



**Wykres nr 14.** Lęk przed szczepieniem w dzieciństwie

Źródło: badanie własne

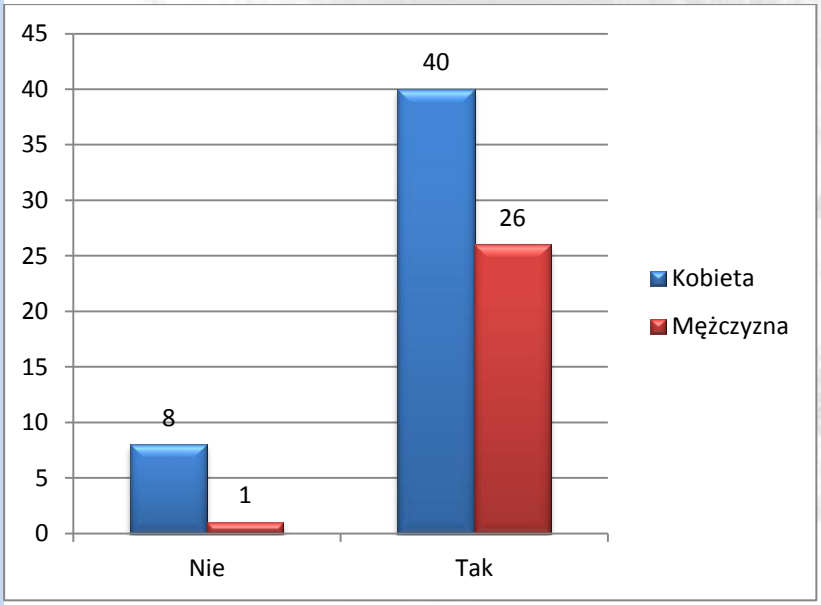
Wykres nr 15 przedstawia działania, jakie mogą pomóc w łagodzeniu lęku przed iniekcjami. 41,3% odpowiedziało, że wpływ mają kompetencje pielęgniarki. Kolejne 22,7% wybrało uśmiech, a następne 16% uznało rozmowę jako czynnik pomagający w

łagodzeniu lęku przed iniekcją.



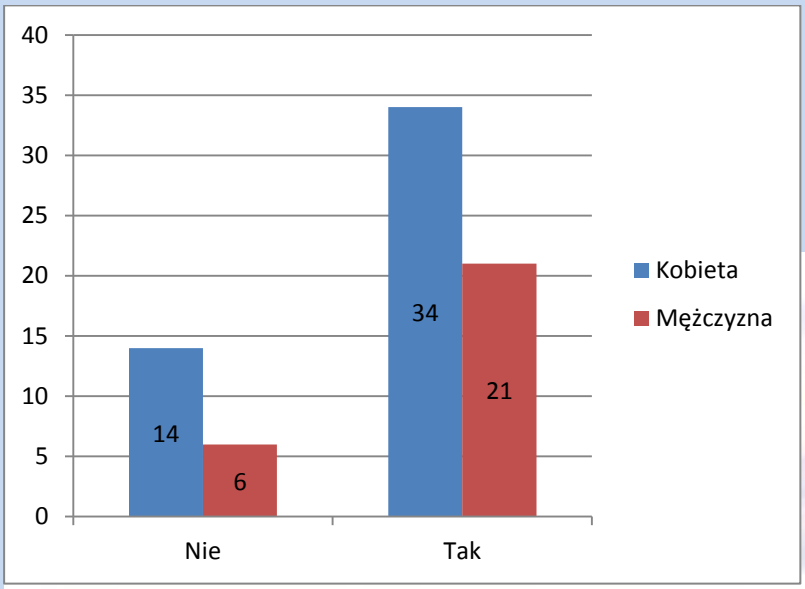

**Wykres nr 15.** Pomoc w łagodzeniu lęku przed zastrzykiem
Źródło: badanie własne

Czy dobrze wykonany zastrzyk, w ocenie pacjenta, może mieć wpływ na łagodzenie lęku przed kolejną iniekcją obrazuje wykres nr 16. Aż 88% grupy badanej, odpowiedziało, że ma to znaczenie łagodzące.




**Wykres nr 16.** Kompetentnie wykonana iniekcja w ocenie pacjenta, a lęk przed iniekcją
Źródło: badanie własne

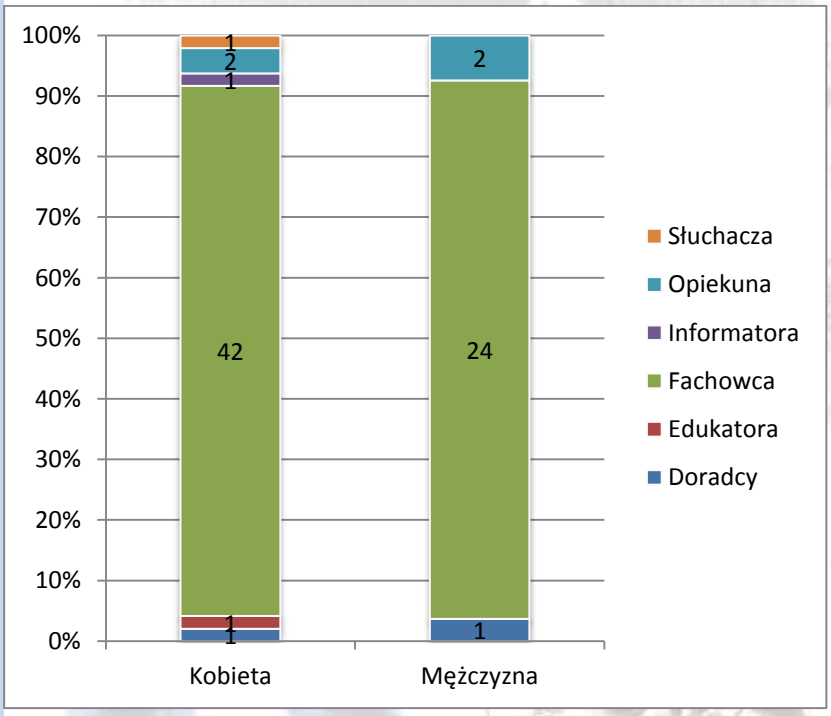
Czy poprawa stanu zdrowia (w ocenie pacjenta) po wstrzyknięciu łagodzi lęk przed kolejnym obrazuje wykres nr 17. Twierdząco odpowiedziało 73,3% wszystkich pacjentów. Wśród mężczyzn 77,8% odpowiedziało pozytywnie, zaś w grupie kobiet twierdząco odpowiedziało 70,8%.




**Wykres nr 17.** Poprawa stanu zdrowia w ocenie pacjenta a lęk przed iniekcją

Źródło: badanie własne

Wykres nr 18 to obraz roli pielęgniarki w gabinecie zabiegowym. Fachowiec stanowi 88% wszystkich odpowiedzi. 87,5% respondentek i 81,5% respondentów uznało tę rolę za najważniejszą.



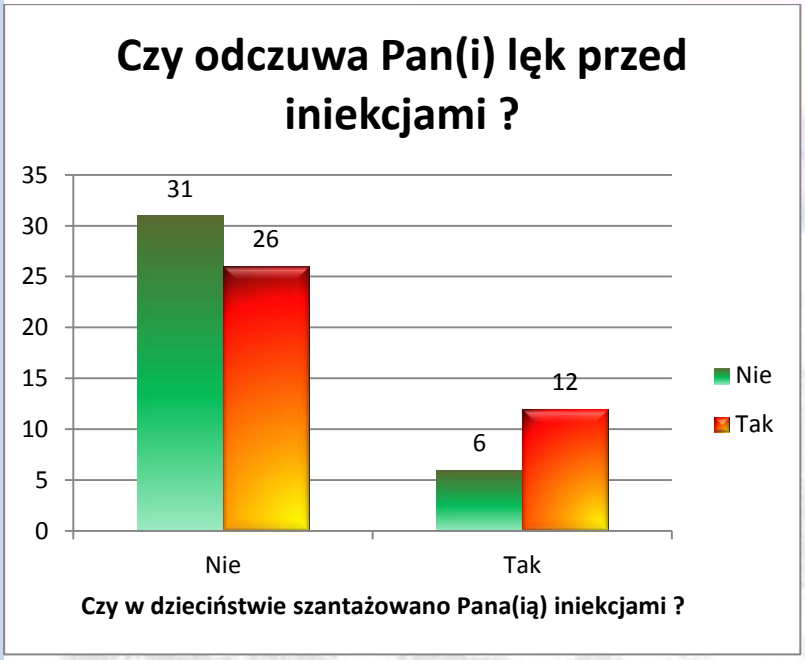

**Wykres nr 18.** Rola pielęgniarki w gabinecie zabiegowym

Źródło: badanie własne

Wykres nr 19 przedstawia zależność między lękiem przed iniekcjami u dorosłych, a szantażem emocjonalnym dzieci tzn. informowaniem dzieci o możliwości karania ich zastrzykami za nie wykonanie polecenia.

W grupie 57 osób, których w dzieciństwie nie szantażowano zastrzykami, 26

osób przyznało że odczuwa lęk przed iniekcjami. W grupie osób, które przyznały że w dzieciństwie szantażowano je zastrzykami, 12 z 18, jako dorosły pacjent odczuwa lęk przed iniekcjami.Uzyskujemy dane: w grupie manipulowanej 45,6% badanych odczuwa lęk przed zastrzykami.W grupie nie manipulowanej, lęk przed zastrzykiem odczuwa 66,7% badanych. Pozostałe 54,4% nieszantażowanych pacjentów i 33,3% pacjentów szntażowanych w dzieciństwie zastrzykami nie odczuwa lęku przed iniekcjami.

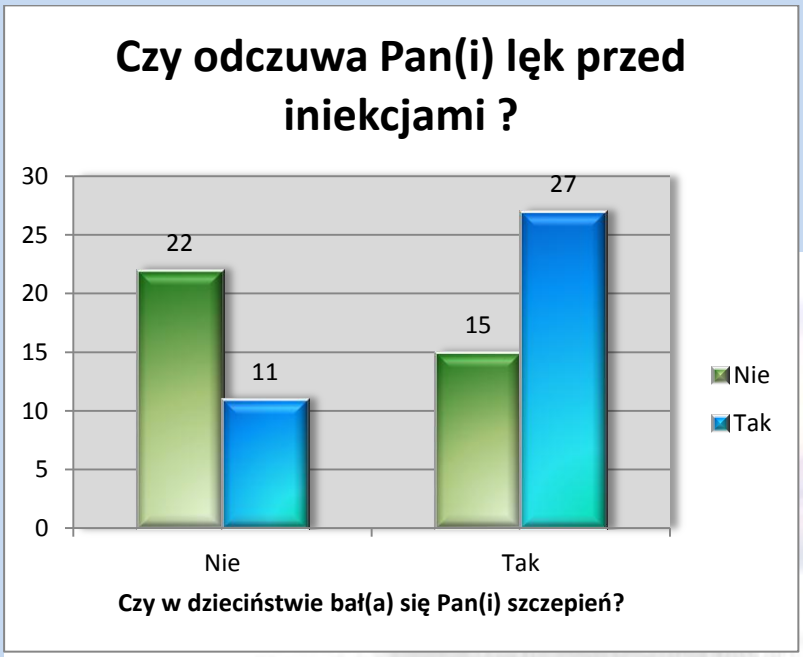



**Wykres nr 19.** Lęk przed iniekcjami a szantażowanie iniekcjami w dzieciństwie
Źródło: badanie własne

Wykres nr 20 ilustruje porównanie lęku przed szczepieniami w dzieciństwie do lęku przed iniekcjami w dorosłym życiu.

Wśród pacjentów, którzy w dzieciństwie bali się szczepień (42), grupa 27 (64,3%) osób przyznała że nadal odczuwa lęk przed iniekcjami. Grupa 15 osób (35,7%) z pacjentów , którzy w dzieciństwie odczuwali lęk przed szczepieniami przyznała,że nie odczuwa lęku przed iniekcjami.

W grupie pacjentów, którzy odpowiedzieli, że nie bali się szczepień w dzieciństwie, lęk przed zastrzykiem odczuwa obecnie 11 osób (33,3%), a 66,7% (22 osoby) w tej grupie badanych zdeklarowało, że nie odczuwa lęku prze iniekcjami.




**Wykres nr 20.** Lęk przed iniekcjami a lęk przed szczepieniami w dzieciństwie
Źródło: badanie własne

**WNIOSKI**

1. Wśród respondentów kobiety częściej niż mężczyźni odczuwają lęk przed iniekcjami i mając do wyboru formę leczenia wybrałyby inną.
2. Mężczyźni częściej niż kobiety otrzymują iniekcje.
3. Kobiety i mężczyźni obawiają się powikłań poiniekcyjnych, a kompetentnie wykonane wstrzyknięcie i poprawa stanu zdrowia łagodzi lęk przed następnym. Objawy lękowe różnią się.
4. Wśród ankietowanych deklarujących, że w dzieciństwie odczuwali lęk przed szczepieniami, u większość nadal utrzymuje się lęk.
5. Większość odpowiadających w ankiecie przyznała, że w łagodzeniu lęku przed iniekcjami pomaga profesjonalnie przygotowana pielęgniarka.

**Rola pielęgniarki w niwelowaniu lęku przed iniekcjami**

Na podstawie analizy badanego materiału, obserwacji pacjentów i przeprowadzonych z nimi rozmów w codziennej pracy zawodowej, określono, jaka jest rola pielęgniarki pracującej w gabinecie zabiegowym, w szczególności w niwelowaniu lęku pacjentów przed iniekcjami. Zdrowie pacjenta, jego satysfakcja, są wykładnią oceny świadczonych usług w placówce opieki zdrowotnej. Pacjent i jego rodzina to podstawowy cel działania pracy pielęgniarki. Pielęgniarka podnosząc stale swoje wykształcenie zawodowe, biorąc udział w kursach kwalifikacyjnych i specjalistycznych,

zdobywając specjalizację w różnych dziedzinach pielęgniarstwa, tak jak lekarze w dziedzinach medycyny, zdobywa pełnię wiedzy by pomagać pacjentowi i jego rodzinie w trudnych sytuacjach zaistniałej choroby, pogorszenia stanu zdrowia, ale też w sytuacji obaw i lęku pacjenta związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych różnego rodzaju, w tym iniekcji.

Zdobyta wiedza, właściwe wykorzystanie umiejętności pielęgniarskich i umiejętność skutecznego porozumiewania się, zdolność rozwiązywania problemów, możliwość szybkiej oceny stanu pacjenta oraz podejmowanie właściwych decyzji to tylko niektóre z wielu cech, jakie składają się na kompetencje pielęgniarki, które pozwalają jej na świadczenie usług pielęgniarskich w sposób profesjonalny na jak najwyższym poziomie usług medycznych. Pozwalają również dobrze zrozumieć pacjenta, ocenić jego potrzeby i oczekiwania, co pozwala postawić właściwą diagnozę pielęgniarską.

Kompetencje pielęgniarki [6] i fachowość ocenili ankietowani pacjenci najwyżej w materiale badawczym dotyczącym niwelowania lęku przed iniekcjami. Ocena ta, budująca, ale też zobowiązująca pozwala na stwierdzenie, iż podnosi to rangę i prestiż zawodu pielęgniarki XXI wieku.

Niezależnie od kompetencji zawodowych[7,8] w obraz pielęgniarki wbudowane są niektóre indywidualne cechy charakteru. Osobowość i pewne wrodzone umiejętności do zjednywania ludzi, ale też pozostawianie swoich problemów wobec problemów pacjenta, jakiego spotykamy w swojej pracy.

Już z historii pielęgniarstwa wiemy, że do wykonywania tej pracy wybierane były tylko niektóre osoby. Kiedyś były to panie z dobrych domów jak Florence Nightingale, twórczyni jednej z teorii pielęgnowania. Starannie wybierano kandydatki do zawodu. Panie musiały posiadać pewne cechy charakteru, które i dziś potrzebne są do wykonywania zawodu pielęgniarki. Jedna z największych cech to szacunek do drugiego człowieka, dobroć, troskliwość, opiekuńczość, życzliwość, zrozumienie. Przestrzeganie zasad moralnych i zawodowych należy wliczyć w poczet cech dobrej pielęgniarki. Ogromne wyczucie taktu, które pozwala wykonywać zawód sumiennie i rzetelnie zgodnie z zasadami kodeksu etyki zawodowej i poszanowaniem praw pacjenta.

Pani Virginia Henderson, pielęgniarka, twórczyni jednej z teorii pielęgnowania doskonale określiła pielęgniarstwo. Jej słowa: „czasami pielęgniarstwo jest świadomością osoby nieświadomej, miłością życia dla samobójcy, nogą osoby jej

pozbawionej, oczyma ślepego, środkiem poruszania się dla dziecka, wiedzą i ufnością dla matki i ustami dla tych, którzy są zbyt słabi, aby mówić …", nie straciły znaczenia. Słowa te zawierają głęboką treść, dokładnie odzwierciedlają rolę pielęgniarki, która w swej pracy wypełnia te zadania [9].

Pacjent, dziś, bardziej wyedukowany, często czuje się zagubiony w swojej chorobie i oczekuje od pielęgniarki fachowej pomocy. To pielęgniarka, dobrze wykwalifikowana, znająca swoje kompetencje, wie jak wykorzystać swoją wiedzę, by zapewnić pacjentowi opiekę, pomóc w rozwiązaniu problemu, zapewnić bezpieczeństwo w czasie wykonywania zleceń lekarskich i w trakcie wykonywania czynności pielęgniarskich. Wzmacnia poczucie bezpieczeństwa i obniża poczucie lęku [10]. Swoją postawą i nienagannym strojem, przekazywaną wiedzą pielęgniarka wzbudza zaufanie i buduje dobre relacje w pracy z pacjentem i jego rodziną. Życzliwa rozmowa, jej uśmiech na twarzy, choć niewymienione w ankiecie badawczej na pierwszym miejscu, są drogą do drugiego człowieka. Umiejętne słuchanie, jest jednym z elementów komunikowania się, umożliwia rozpoznawanie problemu pacjenta i podjęcie decyzji, co do dalszego postepowania, a zdobyta i przekazana umiejętnie wiedza po raz kolejny może pomóc w edukacji pacjenta na rzecz zdrowia i w chorobie. Pomoże w łagodzeniu jego niepokoju. Starannie i pewnie wykonywane czynności z zachowaniem wszelkich zasad aseptyki i antyseptyki, chronią pacjenta przed infekcjami i zakażeniami związanymi z udzielaniem świadczeń w placówkach opieki zdrowotnej. Należy zwrócić uwagę na to, że całkowicie prawidłowa technika iniekcji stanowi wyjątek w codziennej, rutynowej pracy pielęgniarki [11,12].

Praca pielęgniarki wymaga ogromnej wrażliwości na ludzkie cierpienie, które może być nie tylko fizyczne, ale i psychiczne, związane ze stresem wywołanym chorobą, badaniami, leczeniem, z zabiegami leczniczymi i rehabilitacyjnymi.

**Bibliografia**

[1] Widomska-Czekajska T., Górajek-Jóźwik J. Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych. PZWL, Warszawa 2010

[2] Brzeziński T. Historia medycyny. PZWL 2004

[3] Pawela T, Durek G, Wnukiewicz J. Zarys wiedzy o strzykawce lekarskiej. Dent.Med.Probl. 2008, 45,1:85-88

[4] Lenartowicz H, Kózka M. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wydawnictwo PZWL, 2010

[5] Forward S, Frazier D. Szantaż emocjonalny. wyd. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne Gdańsk 1999
[6]red. Kwiatkowska A, Krajewska-Kułak E, Panka W. *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie.*, wyd. Czelej, Katowice, 2003
[7] Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej." Dz.U. 2011r. nr 174,poz.1039 -
[8]„Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej" wydany przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Katowicach 2003
[9] Górajek-Jóźwik J. red. Filozofia i teorie pielęgniarstwa. Czelej 2007
[10] Kózka M. Płaszewska-Żywko. Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. PZWL 2009
[11] Hildebrand N. Iniekcje, infuzje, pobieranie krwi. Urban&Partner 2001
[12] Ciechaniewicz W, Grochaus E, Łoś E. Wstrzyknięcia śródskórne, podskórne, domięśniowe i dożylne. PZWL, Warszawa 2007

**Kontakt na autorov:**

Jelonek Jolanta*, Kołodziej Wiesława**
** dr n. med. Wiesława Kołodziej, mgr pielęgniarstwa
Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej
ul. Kościelna 2
41-303 Dąbrowa Górnicza
Dziekan
w.kolodziej@wsps.pl
tel. 32 2647475, kom. +48 784040593

*Piel. dypl. Jolanta Jelonek -specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego
Studentka II roku pielęgniarstwa II stopnia WSPS w Dąbrowie Górniczej
Os. Sikorskiego 1c/10
44-240 Żory
iniekcja@op.pl
tel. kom. +48 513142377

# KOMPETENCJE KULTUROWE W PIELĘGNIARSTWIE

## Kultúrne kompetencie v ošetrovateľstve

Małgorzata Lesińska-Sawicka, Małgorzata Nagórska

Akademia Pomorska w Słupsku Katedra Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu.

### Wstęp

Kompetencje w pielęgniarstwie polskim są przedmiotem toczących się dyskusji na różnych poziomach. Poruszanych jest wiele kwestii, które wiążą się ze sposobem ich definiowania, konstruowania, elementów składowych oraz przydatności i korzyści wynikających z ich wykorzystania.

W Słowniku Języka Polskiego *kompetencje* definiowane są jako posiadanie wiedzy i doświadczenia w jakiejś dziedzinie umożliwiające prawidłowe wypełnianie obowiązków i podejmowanie właściwych decyzji [1]. Przekładając te słowa na grunt pielęgniarstwa, za Światową Organizacją Zdrowia *kompetencje* określić można jako wymagania dotyczące wiedzy, stosownych postaw i zauważalnych manualnych oraz intelektualnych umiejętności, które razem tworzą zdolność dawania specjalistycznej, profesjonalnej opieki [2], podczas gdy Międzynarodowa Rada Pielęgniarek zdefiniowała *kompetencje* jako poziom działań ukazujący efektywne zastosowanie wiedzy umiejętności i poglądów [2].

Definicji można mnożyć, powołując się na różnych autorów czy przedstawicieli organizacji medycznych i pielęgniarskich, warto jednak zwrócić uwagę na, że w literaturze przedmiotu spotyka się dwa główne podejścia w definiowaniu kompetencji [2]:

1. Społeczne definiowanie kompetencji, czyli umiejętność ukazania realizowanych zadań wymaganych, oczekiwanych od innych, a więc:

- takich, które mają zastosowanie na danym stanowisku czy poziomie w hierarchii zawodowej,
- oczekiwany poziom działań zmieniający się z nabytymi doświadczeniami i odpowiedzialnością,
- ustawiczne kształcenie się i wnoszenie zmian do praktyki,
- niespecyficzne wymagania i oczekiwania będące przydatne na danym stanowisku.

2. Indywidualne podejście do kompetencji, w którym podkreślane są osobiste predyspozycje, skuteczne w osiąganiu najlepszych wyników w pracy czy sytuacji, która jest:

- pochodną psychicznych uwarunkowań jednostki,
- zwykle wyborem lub określeniem potrzeb w praktyce,
- oceną dla niektórych różnic w osiągnięciach.

Jakkolwiek liczba definicji kompetencji jest duża to jednak wszystkie one podkreślają trzy główne elementy: (za: International Council of Nurses)

- wiedzę, rozumienie i osąd,
- zakres umiejętności – poznawczy, psychomotoryczny i interpersonalny,
- zakres indywidualnych cech.

W związku z tym, że są kompetencje to zagadnienia podlegające różnym fluktuacjom, w tworzeniu ich oprócz pielęgniarskiej wiedzy, umiejętności i zdolności do wydawania sądów, opinii oraz odpowiedzialności za popełniane czyny należy uwzględnić także politykę zdrowotną kraju, standardy opieki medycznej przyjęte w państwie i jego kulturę [3]. To natomiast implikuje podejście do kompetencji jako do dynamicznego procesu, zmieniającego i doskonalącego doświadczenia, wzbogacającego wiedzę oraz umiejętności pielęgniarek i położnych sprawujących opiekę nad podmiotem opieki w różnym stanie zdrowia i choroby oraz będącego na różnym etapie życia [4].

Mimo wielopoziomowości kompetencji, różnorodności w podejściu do ich definiowania i sposobów konstruowania zwraca się w nich uwagę na elementy interpersonalne i konteksty społeczno-kulturowe. Nabierają one szczególnego znaczenia w odniesieniu do kompetencji międzykulturowych w pielęgniarstwie.

Wraz z rozwojem różnych form komunikacji, jak również w wyniku procesów globalizacyjnych, migracyjnych i polityki mobilności zawodowej, której efektem jest legalne zatrudnianie przedstawicieli obcych państw w większości branż, różnorodność kulturowa w wielu krajach czasu stała się często spotykanym zjawiskiem [5]. Owa różnorodność nie wynika tylko z faktu zderzenia się odmiennych języków czy dialektów lub komunikatów, to także różnorodność postaw, zachowań, reakcji i wszystkich tych elementów, które mają bezpośredni związek z kulturą, z której się człowiek wywodzi i nabiera jej specyficznych cech w wyniku socjalizacji.

Kultura to określenie dla tych wyuczonych, podzielanych i przekazywanych wartości, wierzeń, norm i praktyk życiowych grupy, które we wzorcowy sposób są przewodnikami myślenia, decyzji i aktywności [6]. Kultura jest konfiguracją wyuczonych

zachowań i rezultatów zachowań, których elementy składowe są wspólne członkom danego społeczeństwa i przekazywane w jego obrębie [7]. Mówiąc najprościej kultura to wszystko co ludzie czynią, myślą i posiadają jako członkowie społeczności [8], albo mówiąc jeszcze inaczej odnosi się ona do zachowań i działań podejmowanych przez człowieka.

Kultura jest zmienna, dynamiczna, narasta, przekształca się w czasie, jest nabywana w procesie historycznym, obejmuje bez wyjątku całość życia społecznego, jest tworem zbiorowym, częścią wspólną dla danej społeczności, jej wszystkie składowe elementy są ze sobą powiązane i determinują zachowania jednostkowe członków społeczeństwa. Kultura jest pojęciem wszechobecnym w naszym życiu. W dzisiejszych czasach wydaje się niemożliwe opisanie najbardziej powszechnych zjawisk życia codziennego bez użycia słowa „kultura" [9] - mówimy o kulturze osobistej, kulturze organizacji, kulturze narodowej, kulturze pokoleniowej, kulturze związanej z przynależnością do danej płci, kulturze popełniania błędów itp.

Współczesny świat charakteryzuje się wielością i różnorodnością kultur, zarówno pod względem wartości, jak i praktyk. Powyższa sytuacja wymaga więc od pielęgniarek już nie tylko postrzegania pacjenta przez pryzmat jego potrzeb biologicznych, psychicznych, społecznych i problemów zdrowotnych, ale także pod kątem wyznawanej religii, wierzeń oraz pochodzenia społeczno-kulturowego [10].

Zainteresowanie wielokulturowością i jej znaczeniem dla opieki rozpoczęło się w Stanach Zjednoczonych w latach 50. ubiegłego wieku dzięki pielęgniarce Madeleine M. Leininger, która dostrzegła potrzebę zmiany tradycyjnych monokulturowych norm i praktyk zawodowych na wielokulturowe i zróżnicowane sposoby holistycznej, zindywidualizowanej i humanistycznej opieki zdrowotnej. Zauważyła także, że pielęgniarki powinny posiadać wiedzę o różnych kulturach i ich wpływie na zachowania zdrowotne oraz dużą wrażliwość na odrębność kulturową pacjenta [11]. M. Leininger uznała, że rolą pielęgniarki jest zapewnienie opieki osobom tego potrzebującym zgodnie z uwarunkowanymi kulturowo wartościami i sposobem ich życia a także mocno podkreślała, że pacjent ma prawo, aby rozumiano jego społeczno-kulturowe pochodzenie w ten sam sposób, jak oczekuje się, że będą zrozumiane i rozpoznane jego fizyczne i psychiczne potrzeby [12].

Kompetencje kulturowe są pojęciem spinającym kontekst społeczno-kulturowy dawców i biorców opieki z zadaniami, umiejętnościami i postawami personelu pielęgniarskiego w odniesieniu do odbiorcy jego usług. Należy jednakże mieć tutaj na

uwadze, że kompetencje kulturowe dotyczyć będą wszystkich sytuacji, w których mamy do czynienia z osobami odmiennymi kulturowo, czyli osobami z innych państw, o innej wyznawanej religii, o inne orientacji kulturowej, czy innej generacji. Nie można więc kompetencji kulturowych zawężać tylko do odmienności opartej na narodowości czy religii.

Niewiedza dotycząca różnorodności kulturowej wywołuje dyskomfort zarówno u personelu medycznego jaki i u podmiotu ich opieki, wiąże się z ranieniem uczuć innych osób, niską satysfakcją z opieki, błędami w diagnozach, strachem, bezradnością itp.

Mając na uwadze analizowane w niniejszym opracowaniu kompetencje kulturowe należy przede wszystkim łączyć je z komunikacją, czyli skutecznym jej nawiązaniem, utrzymaniem dialogu oraz efektywnym przekazem informacji. Aby było to możliwe pielęgniarka powinna być wyposażona w kompetencje międzykulturowe w dziedzinie [13]:

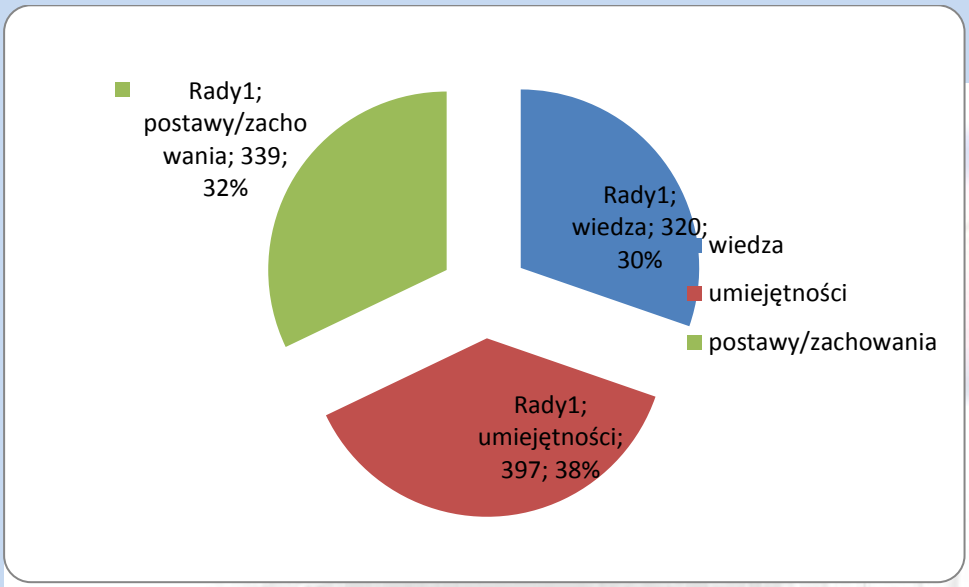
- afektywnej, np. przezwyciężanie postawy etnocentrycznej i stereotypów;
- kognitywnej, np. poznanie wpływu kultury na zdrowie i chorobę, styl życia, ubiór oraz przekonania związane z profilaktyką, diagnozowaniem i leczeniem chorób;
- behawioralnej, np. umiejętne komunikowanie się werbalne i pozawerbalne, uczestniczenie w zabiegach związanych z narodzinami i śmiercią, rytuałach i obrzędach.

Wiele osób traktuje różnice kulturowe jako przeszkodę w komunikacji. Każda kultura ma bowiem własny styl, wartość, zwyczaje i praktyki oraz reguły zachowania stosownego i niestosowanego [14]. Pochodzenie determinuje sposób działania, myślenia i odczuwania. Niemniej jednak należy pamiętać, że każda komunikacja międzykulturowa jest przede wszystkim komunikacją interpersonalną a każdy człowiek jest indywidualnością, a nie tylko przedstawicielem kultury, komunikują się ludzie a nie kultury oraz, że podlega ona wpływowi zarówno czynników pozakulturowych, jak i konkretnych czynników kulturowych [14].

Aby możliwa była skuteczna komunikacja, zdaniem pracujących pielęgniarek i pielęgniarzy[22] w pracy zawodowej w relacjach z osobą prezentującą odmienną kulturę ważne są w prawie równym stopniu wiedza, umiejętności jak i właściwa postawa względem odbiorcy opieki (ryc. 1). W opiniach badanych najważniejsze są jednak umiejętności, które wynikają z faktu, że pielęgniarstwo jest dziedziną praktyczną, ale też warto zwrócić uwagę na fakt, że posiadanie wiedzy na temat wszystkich elementów

[22] Celem badania było poznanie opinii pielęgniarek na temat potrzeby rozwijania kompetencji kulturowych w pracy z pacjentem. W badaniu wzięło udział 100 pielęgniarek i pielęgniarzy z województwa pomorskiego i zachodniopomorskiego zatrudnionych w różnych zakładach opieki zdrowotnej. Badania przeprowadzono styczeń-luty 2012.

innej kultury jest niemożliwe, ważniejsza wydaje się umiejętność podejścia do podmiotu opieki i przyjęcie postawy ukazującej życzliwość, zainteresowanie, wywołującej poczucie bezpieczeństwa.




Ryc. 1 Najważniejsze elementy kompetencji kulturowych wymieniane przez respondentów

Wśród elementów poznawczych, które są istotne w pracy z osobą odmienną kulturowo wymieniane przez respondentów przytaczanych badań były najczęściej:

- wiedza na temat różnych kultur, różnic kulturowych, różnorodności, stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji – 21,9% wskazań,
- wiedza o rytuałach i obrzędach związanych z narodzinami i śmiercią – 21,3%,
- wpływ różnych kultur na zdrowie, chorobę profilaktykę, diagnozowanie, leczenie chorób – 21,%,
- wiedza o polityce socjalnej respektującej np. kwestie leczenia mniejszości narodowych, etnicznych – 20,4%,
- główne wyznaczniki stylu życia różnych kultur – 15,4%.

W dziedzinie afektywnej respondenci kładli największy nacisk na:

- przezwyciężanie barier i różnic kulturowych – 18,9%,
- zdolności wyznaczania granic tolerancji i bronienia ich – 17,4%,
- otwartość w stosunku do innych kultur – 16,9%,
- umiejętności komunikacji werbalnej i pozawerbalnej w sytuacji międzykulturowej – 16,1%,
- rozpoznawanie problemów wynikających z różnic kulturowych – 15,9%,

- patrzenie na wydarzenia zdrowotne z różnych perspektyw – 14,8%.

W zakresie postaw i zachowań respondenci podkreślali:

- przezwyciężanie postawy etnocentrycznej, uprzedzeń, stereotypów – 20,9%,
- postawa poszanowania siebie i drugiego człowieka – 20,9%,
- gotowości konfrontowania własnego postępowania na tle własnej i obcej kultury i religii – 20,1%,
- wrażliwość na różnice kulturowe, respektowanie i uznawanie różnic kulturowych – 19,8%,
- rozbudzanie świadomości – 18,3%.

Istota i cechy poszczególnych kultur, ich wpływ na funkcjonowanie w życiu codziennym, zdrowiu, chorobie to zagadnienia bardzo szerokie, wymagające ustawicznego studiowania. Poznanie tych wszystkich elementów wydaje się nie możliwe zwłaszcza dla osób, które w swej codziennej pracy, tak jak personel pielęgniarski, spotykają się z wielką różnorodnością w każdym wymiarze funkcjonowania. Aspekt poznawczy jest istotny ale nie przesądza o skutecznej i kompetentnej opiece nad człowiekiem. Wiedza na temat tego, jak wygląda dokładnie kultura nie jest potrzebna, ale trzeba wiedzieć, czego dotyczą różnice po to aby można było komunikować się z poszanowaniem różnic kulturowych. Istotniejsza wydaje się świadomość odmienności, otwartość na inność, przyjęcie postawy szacunku i akceptacji na różnorodność. To są te elementy kompetencji kulturowych, które wymagają od personelu pielęgniarskiego refleksji i zastanowienia się.

Aby komunikować się z innymi, trzeba najpierw poznać i zrozumieć siebie, własną motywację i ograniczenia, postrzegać siebie i drugiego człowieka jako odmienne istoty, respektować wolność i decyzje innych, uznawać różne poglądy za równoprawne, a różnice za konstruktywne. Należy także uświadomić sobie wpływ stereotypów i uprzedzeń na postrzeganie ludzkiej różnorodności, na własne uczucia, sposób myślenia i działania [15–17].

Podsumowując rozważania można powiedzieć, że warunkiem skutecznej komunikacji pomiędzy przedstawicielami różnych kultur jest posiadanie wiedzy kulturowej rozumianej jako świadomość różnic, refleksyjność czyli patrzenie na to samo wydarzenie z różnych perspektyw i umiejętność interakcji czyli zdolność do dostosowywania komunikacji do danej sytuacji [18].

**Wnioski**

Nabywanie kompetencji powinno bazować na rozszerzaniu wiedzy, ale przede wszystkim na zdobywaniu umiejętności, pracy nad własnymi postawami i zrozumieniu nastawienia pacjentów.

Personel pielęgniarski może nie mieć pełnej wiedzy na temat różnorodności kulturowej ale nie może nie być otwarty na nią.

**Piśmiennictwo**


1. Sobol E. (red.), Nowy Słownik Języka Polskiego, PWN, Warszawa, 2002.
2. Story L. i wsp., Competency in Healthcare. Radcliffe Medical Press, Oxford, 2002.
3. Crouch D., Proving your competency. Nursing Time, 2005, Vol 101, No 6, s. 22.
4. Sawicka M., Definiowanie kompetencji przez pielęgniarki. Pielęgniarstwo XXI, 4 (17), 2006.
5. Majda A., Zalewska-Puchała J., Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarskiej, Problemy Pielęgniarstwa 2011, 19 (2).
6. Leininger M., Cultural care diversity & universality: A thery of nursing. National League for Nursing, New York, 1991.
7. Kołodziejek E., Człowiek i świat w języku subkultur. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, 2005.
8. Ingelis F., Kultura. Wydawnictwo Sic!, Warszawa, 2007.
9. Hofstede G., Hofstede G.J., Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu. PWE, Warszawa, 2007.
10. Majda A., Zalewska-Puchała, Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarskiej, Problemy Pielęgniarstwa 2011, 19(2).
11. Poznańska S., Madeleine M. Leininger - model pielęgniarstwa transkulturowego. (:w:) Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo UJ, Kraków, 2001.
12. Janus B., Szalczyńska K. Wpływ etniczności i kultury na opiekę zdrowotną. Pielęgniarstwo 2000; 1997, 4.
13. Majda A., Zalewska-Puchała J. Teoria trans kulturowej opieki pielęgniarskiej (w:) Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.) Pielęgniarstwo trans kulturowe. PZWL, Warszawa, 2010.

14. Van Damme-Ostapowicz K. Dialog wielokulturowy (w:) Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.) Pielęgniarstwo trans kulturowe. PZWL, Warszawa, 2010.
15. Kofta M., Jasińska-Kania A. (red.). Stereotypy i uprzedzenia. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa, 2001.
16. Czerniejewska I. (red.). Antydyskryminacja na co dzień. Stowarzyszenie „Jeden Świat", Poznań, 2005.
17. Podsiadło-Dacewicz I. (red. merytor.). Antydyskryminacja. Centralny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli, Warszawa, 2005.
18. Griffin E. Podstawy komunikacji społecznej. GWP, Gdańsk, 2002.

**Kontakt na autora:**
M.Lesińska-Sawicka
Katedra Nauk o Zdrowiu
Akademia Pomorska w Słupsku
ul. Boh.Westerplatte 64
76-200 Słupsk
e-mail: safkowa@op.pl

# WENTYLACJA DOMOWA W PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ W PRZEBIEGU DYSTROFII MIĘŚNIOWEJ DUCHENNE'A NA PODSTAWIE STUDIUM PRZYPADKU

## Domáca umelá pľúcna ventilácia u pacienta s chronickým respiračným zlyhaním v priebehu Duchennovej svalovej dystrofie – prípadová štúdia

Małgorzata Lesińska-Sawicka, Anna Kostogód
Akademia Pomorska w Słupsku Katedra Nauk o Zdrowiu
Szpital Wojewódzki w Koszalinie

Dystrofie mięśniowe to patologie o podłożu genetycznym klasyfikowane w obrębie szeroko rozumianych chorób nerwowo-mięśniowych, które charakteryzują się upośledzeniem sfery motorycznej powstałej wskutek uszkodzenia drogi przewodzenia na różnych poziomach czy też miejscach. Uszkodzenia te mogą dotyczyć komórek rogów przednich rdzenia, nerwów obwodowych, złącza nerwowo- mięśniowego jak i samych mięśni [1].

Następstwa rozwijającej się choroby generują wiele ograniczeń funkcjonalnych, które kształtują jakość życia chorego i niosą znaczące konsekwencje także dla jego rodziny. Niekorzystne następstwa dystrofii mięśniowej Duchenne'a ujawniają się w obszarze różnych układów organicznych i dotyczą dysfunkcji układu motorycznego, zmian w układzie sercowo-naczyniowym, przewodzie pokarmowym, układzie nerwowym i oddechowym [2].

Pojęciem niewydolności oddechowej definiuje się stan, w którym dochodzi do tak znacznych zaburzeń wymiany gazowej w płucach, iż niemożliwe staje się dostarczanie odpowiedniej ilości tlenu do tkanek oraz eliminacja powstającego w nich dwutlenku węgla. Utrzymujący się powyższy stan zaburza zaspokojenie potrzeb metabolicznych ustroju w tym zwiększonego zużycia tlenu wynikającego z pracy mięśni oddechowych [3]. Wielokierunkowe oddziaływanie hipoksji na komórki jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów o różnej etiologii.

Najprostszy podział niewydolności oddechowej dotyczy dwóch komponent funkcjonalnych układu oddechowego. Pierwsza z nich obejmuje powierzchnię skutecznej wymiany gazowej. Tutaj niewydolność oddechowa wynika z uszkodzenia lub jakiejś patologii na poziomie tkanek płucnych (np. obrzęk płuc, zapalenie płuc, niedodma, zwłóknienie płuc) i najczęściej nazywana jest niewydolnością miąższową. Drugi z kolei to typ niewydolności wentylacyjnej. Może ona mieć szereg różnych

przyczyn i związana jest np. z: zaburzeniami napędu oddechowego na poziomie centralnym (ośrodek oddechowy w OUN, uraz szyjnego lub piersiowego odcinka kręgosłupa), zaburzeniami na poziomie obwodowym (przewodnictwo nerwowo-mięśniowe), lub też dysfunkcja na poziomie samych mięśni oddechowych z jaką mamy do czynienia właśnie w DMD [4].

Szczególne warunki jakim należy sprostać stosując wentylację mechaniczną powoduje, że większość pacjentów manifestujących cechy ostrej niewydolności oddechowej jest podawanych hospitalizacji w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Wykwalifikowany personel tych oddziałów zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt medyczny służący głównie do monitorowania istotnych funkcji życiowych w trakcie respiratoroterapii prowadzi jednocześnie terapię przyczynową zaburzeń oddechowych. Bywa jednak i tak jak np. w przypadku niewydolności oddechowej w DMD, że funkcje układu oddechowego nie dają się przywrócić i koniecznym się staje stosowanie przewlekłej respiratoroterapii. Do niedawna ten sposób terapii prowadzono wyłącznie w OIT z uwagi na małą dostępność niezbędnego do tego celu sprzętu. Rozwój techniczny w obszarze konstrukcji respiratorów a zarazem znaczne obniżenie kosztów zakupu i eksploatacji tych urządzeń sprawił, iż pojawiły się możliwości prowadzenia oddechu zastępczego w tzw. oddziałach przewlekłej wentylacji (OPW) a także nawet w warunkach domowych.

Zespół przyjmujący chorego do wentylacji domowej musi każdorazowo indywidualnie rozważyć wskazania i korzyści jakie wypływają z takiego sposobu leczenia. Najczęściej proces kwalifikacji pacjentów do HMV dokonywany jest po spełnieniu poniższych warunków:

- ustalone rozpoznanie choroby podstawowej,
- stabilny stan ogólny pacjenta,
- badania i ewentualne leczenie specjalistyczne,
- gotowość rodziny do prowadzenia leczenia w domu,
- przeszkolenie rodziny w zakresie obsługiwania urządzeń w tym respiratora, wymiany rurki tracheotomijnej, odsysania oraz oddychania za pomocą worka samorozprężalnego,
- uzyskanie przez rodzinę umiejętności prowadzenia resuscytacji-krążeniowo- oddechowej,
- ocena warunków socjalno- bytowych rodziców,
- pisemna zgoda rodziców, rodziny, opiekunów,

- aprobująca ocena rodziny, opiekunów przez zespół kwalifikacyjny (anestezjolog, psycholog, pielęgniarka, rehabilitant) [5].

Opieka personelu medycznego nad pacjentem wentylowanym w domu obejmuje:

- wizytę lekarza co najmniej 1 raz w tygodniu,
- stałą dostępność lekarza pod telefonem,
- wizyta pielęgniarki przynajmniej 2 razy w tygodniu,
- stałą dostępność pielęgniarki pod telefonem,
- ogólną liczbę wizyt ustala lekarz prowadzący,

Nadrzędną jednakże racją dotyczącą terapii domowej jest oczywiście bezpieczeństwo pacjenta. Dodatkowe wyposażenie służące w spełnieniu tego wymogu, które powinno być w ciągłej gotowości dostępne w domu zawiera się w poniższym zestawie:

- worek samorozprężalny (Ambu)- nieodzowny w nagłych zdarzeniach (awaria respiratora),
- ssak zasilany energią elektryczną- służy do ewakuacji wydzieliny z dróg oddechowych,
- koncentrator tlenowy- aparat wytwarzający tlen, bywa potrzebny w razie konieczności podniesienia stężenia O2 w gazach oddechowych,
- pulsoksymetr- monitoruje wysycenie hemoglobiny tlenem, alarmuje przy spadku wysycenia,
- cewniki do odsysania wydzieliny z dróg oddechowych,
- jałowe rękawiczki do wykonania czynności pielęgnacyjnych przy rurce tracheotomijnej i odsysaniu,
- filtry oddechowe i nawilżacze jednorazowego użytku [6].

Respirator domowy jest urządzeniem różniącym się od powszechnie stosowanych w oddziałach intensywnej terapii. Cechy, które go wyróżniają to stosunkowo niewielkie rozmiary, niewielka masa (pozwala to umieścić aparat na wózku inwalidzkim) i prostota w obsłudze. Posiada też własne zasilanie wystarczające na pracę przez około 6 godzin. Może prowadzić oddech zastępczy w sposób inwazyjny i nieinwazyjny, wspomagając bądź wymuszając oddech, w trybie objętościowo oraz ciśnieniowo- zmiennym. Posiada także wszelkie zabezpieczenia alarmujące o nieprawidłowościach pracy.

**Cel**

Celem badań jest ukazanie znaczenia opieki zespołu terapeutycznego pełnionej wobec pacjenta poddanego przewlekłej respiratoterapii w warunkach domowych.

**Materiał i metody**

Przedmiotem był 30-letni pacjent poddany przewlekłej respiratoroterapii w warunkach domowych z powodu niewydolności oddechowej u podłoża, której leży dystrofia mięśniowa Duchenna'a.

Jako metodę badań zastosowano studium przypadku, która sprowadza się do analizy losów pojedynczego człowieka, jego sytuacji psychospołecznej i kulturowej wygenerowanej przez: chorobę, jej następstwa oraz leczenie z nastawieniem na ujawnienie problemów zdrowotnych i wypracowaniem swoistego modelu opieki pielęgniarskiej [7].

Badania przeprowadzono na podstawie technik takich jak: analiza dokumentacji medycznej, wywiad, obserwacja, pomiary w pielęgniarstwie.

**Wyniki**

Mężczyzna, lat 30 z rozpoznaną DMD, potwierdzoną wynikiem analizy DNA, u którego na skutek postępującej choroby wystąpiła przewlekła, a następnie ostra niewydolność oddechowa (ONO).

Z powodu wystąpienia ostrej niewydolności oddechowej chory był hospitalizowany najpierw w Oddziale Pulmonologicznym, a później w Oddziale Intensywnej Terapii. W celu prowadzenia przewlekłej wentylacji mechanicznej wykonano zabieg tracheotomii. Pobyt w OIT zakończono przeniesieniem chorego w oddział Neurologii, gdzie pacjent przebywał do chwili objęcia go programem domowego leczenia respiratorem.

Pacjent po pięciu miesiącach hospitalizacji w stanie ogólnym dobrym, został wypisany do domu. Wobec znacznych zaników mięśni oddechowych zastosowano tryb wentylacji SIMV z $FiO_2$ 0,2 TV 0,5 oraz 16 oddechami na minutę. W trakcie terapii nie udało się uzyskać możliwości redukcji ilości oddechów obowiązkowych, ze względu na towarzyszące objawy hipowentylacji przy próbach ich zmniejszenia.

Stan kliniczny chorego w chwili obecnej pozostaje bez zmian. W okresie wentylacji domowej dwukrotnie wystąpiły infekcje w układzie oddechowym. Z powodu trudności w ewakuacji wydzieliny z drzewa oskrzelowego chory jest systematycznie odsysany.

Mimo prowadzonej intensywnej rehabilitacji, której zadaniem jest utrzymanie pacjenta w możliwie najlepszej kondycji fizycznej wystąpiły znaczne przykurcze w obrębie kończyn górnych i dolnych. Widoczna jest deformacja klatki piersiowej, charakterystyczne zaniki mięśniowe i niedowaga. Pacjent porusza się przy pomocy wózka elektrycznego sterowanego joystickiem. Jest całkowicie niewydolny w zakresie utrzymania higieny całego ciała oraz przy innych czynnościach związanych z codziennym funkcjonowaniem. Kontrola nad czynnościami wydalniczymi zachowana.

Do chwili obecnej nie stwierdza się utrudnień w połykaniu, jednakże z uwagi na ograniczenia w ruchomości kończyn górnych chory wymaga pomocy przy przyjmowaniu posiłków. Okresowo pojawiają się zaparcia, których przyczyną jest zapewne unieruchomienie. Sposób odżywiania nieregularny, w diecie przewaga produktów pochodzenia zwierzęcego.

Czas w ciągu dnia wypełnią spacery, oglądanie programów telewizyjnych oraz kontakt ze światem zewnętrznym za pomocą komputera- Internet. Kontakty z rówieśnikami mocno ograniczone.

Okresowo pojawiają się stany obniżonego nastroju spowodowane brakiem akceptacji choroby i lękiem przed uzależnieniem od respiratora.

Pacjent ma zapewnioną profesjonalna opiekę, która sprowadza się do wizyty lekarza anestezjologa raz w tygodniu, pielęgniarki anestezjologicznej i rehabilitantki dwa razy w tygodniu. Poza tym lekarz i pielęgniarka są dostępni w razie potrzeby „na telefon". Mimo niestwierdzanych cech niewydolności krążenia pacjent jest konsultowany kardiologicznie jeden raz w roku. Całość opieki dopełnia również wsparcie psychologiczne odbywające się na wezwanie pacjenta.

Na podstawie zebranych informacji o pacjencie wyłoniono i rozwiązano problemy pielęgnacyjne w następujących sferach:

a. psychicznej: okresowe obniżenie nastroju związane z postrzeganiem swojej choroby (tab. 1),

Tabela 1

Plan opieki pacjenta, u której wystąpiły problemy pielęgnacyjne w sferze psychicznej.

| **OKRESOWE OBNIŻENIE NASTROJU ZWIĄZANE Z POSTRZEGANIEM SWOJEJ CHOROBY** |
|---|
| ***Cel:***<br>Przywrócenie dobrego samopoczucia psychicznego. |
| Plan opieki |
| 1. Zapewnienie pacjentce bezpieczeństwa psychicznego.<br>2. Wzbudzenie wiary we własne siły.<br>3. Aktywne słuchanie pacjenta bez bagatelizowania jej dolegliwości.<br>4. Uspokojenie pacjenta poprzez zapewnienie atmosfery bezpieczeństwa.<br>5. Aktywne wykorzystanie czasu wolnego.<br>6. Systematyczne monitorowanie stanu zdrowia chorego.<br>7. Pomoc w zaspakajaniu podstawowych potrzeb.<br>8. Udzielenie wsparcia społecznego (informacyjnego, emocjonalnego, rzeczowego i wartościującego).<br>9. Ułatwienie nawiązania i utrzymania kontaktów społecznych, pozyskiwanie źródeł wsparcia.<br>10. Przekazanie wiedzy z zakresu radzenia sobie ze stresem.<br>11. Zainteresowanie rodziny aktualnym stanem chorego.<br>12. Ustalenie sposobu komunikowania się.<br>13. Opróżnienie mankietu uszczelniającego rurki tracheotomijnej w celu ułatwienia artykułowania słów.<br>14. Obserwacja ukierunkowana na niewerbalne sygnały wysyłane od chorego. |

b. fizycznej: brak samoistnej czynności oddechowej, ciągła wentylacja zastępcza respiratorem poprzez wytworzoną sztuczną drogę oddechową w postaci tracheotomii (tab. 2); okresowe zaparcia wynikające z unieruchomienia i błędów dietetycznych (tab. 3), trudności w realizacji potrzeb z powodu ograniczonej samoopieki (tab. 4), odwrócenie rytmu dobowego spowodowane nocnym przeglądaniem zasobów internetowych (tab.5).

Tabela 2

Plan opieki nad pacjenta, u którego wystąpiły problemy pielęgnacyjne w zakresie oddychania.

**BRAK SAMOISTNEJ CZYNNOŚCI ODDECHOWEJ, CIĄGŁA WENTYLACJA ZASTĘPCZA RESPIRATOREM POPRZEZ WYTWORZONĄ SZTUCZNĄ DROGĘ ODDECHOWĄ W POSTACI TRACHEOTOMII**

***Cel:***

Zapewnienie wydolności oddechowej, utrzymanie stałej drożności dróg oddechowych.

Plan opieki

1. Ciągła kontrola pracy respiratora.
2. Kontrola szczelności układu oddechowego.
3. Monitorowanie funkcji spirometrycznych (monitor wbudowany w respirator),
4. Monitorowanie $SpO_2$.
5. Monitorowanie czynności serca.
6. Obserwacja powłok skórnych pod kątem wystąpienia objawów niedotlenienia.
7. ewakuacja wydzieliny z drzewa oskrzelowego w formie odsysania w razie potrzeby.
8. Toaleta jamy ustnej.
9. Toaleta drzewa oskrzelowego.
10. Zmiana położenia mankietu uszczelniającego rurki tracheotomijnej.
11. Okresowe zastosowanie drenażu złożeniowego.
12. Okresowe oklepywanie.
13. Podaż drogą doustną 1 raz dziennie ACC.
14. Wymiana układu oddechowego 1 raz w miesiącu.
15. Wymiana filtra antybakteryjnego codziennie.
16. Wymiana rurki tracheotomijnej 1 raz w miesiącu lub co 2 miesiące w obecności lekarza anestezjologa.
17. Okresowa wymiana opatrunku przy rurce tracheotomijnej i jej mocowania.
18. Wykonywanie czynności w obszarze rurki tracheotomijnej wykonywane w warunkach aseptyki.
19. Edukacja opiekunów w zakresie stosowania zasad aseptyki i reakcji w razie wystąpienia zdarzeń krytycznych.
20. Ciągła kontrola gotowości alternatywnego sprzętu do prowadzenia oddechu

zastępczego(worek samorozprężalny) i sprzętu pomocniczego-ssak, koncentrator tlenowy.

21. Wdrożenie procedur ratowniczych w razie wystąpienia stanu zagrożenia życia.
22. Dokumentowanie pracy respiratora.

Tabela 3

Plan opieki nad pacjenta, u którego wystąpiły problemy pielęgnacyjne w zakresie wydalania.

**OKRESOWE ZAPARCIA WYNIKAJĄCE Z UNIERUCHOMIENIA I Z BŁĘDÓW DIETETYCZNYCH**

***Cel:***

Regularne wypróżnienia.

Plan opieki

1. Przeprowadzenie z pacjentem wywiadu ukierunkowanego na:
   a. dotychczasowe sposoby defekacji
   b. czas trwania zaparcia
   c. częstość wypróżnień, ilości, konsystencje.
2. Badanie fizykalne brzucha w kierunku stwierdzenia występowania twardych mas kałowych, wzdęcia brzucha; osłuchiwanie perystaltyki.
3. Poinformowanie pacjenta i rodziny o konieczności unikania potraw ciężkostrawnych.
4. Wzbogacenie codziennych posiłków o warzywa i owoce oraz produkty zawierające błonnik.
5. Zalecanie przyjmowania dużych ilości płynów niegazowanych, picie na czczo szklanki przegotowanej wody.
6. Regularne spożywanie posiłków.
7. Zwiększenie aktywności ruchowej dostosowanej do możliwości pacjenta; rozmowa z rehabilitantem.
8. Masaż brzucha kilka razy dziennie dłonią przez 2-3 min. z zastosowaniem ruchów głaskających w kierunku zgodnym z ruchem wskazówek zegara (wokół pępka, zataczając coraz szersze kręgi i wzdłuż przebiegu jelita grubego)
9. Na zlecenia lekarza zastosowanie farmakoterapii:

**a.** środki torujące (parafina płynna, związki śluzowe)

**b.** zioła (Normosan, Normovit, leki ziołowe w tabletkach np. Alax)

**10**.Zastosowanie zabiegów dorektalnych

a. lewatywa oczyszczająca

b. wlewka doodbytnicza z parafiny

**11**. Zastosowanie ćwiczeń zwieracza zewnętrznego odbytu (przez wytwarzanie wymuszonego parcia na stolec).

**12**. Motywowanie chorego i rodziny do zmiany sposobu odżywiania.

Tabela 4

Plan opieki nad pacjenta, u którego wystąpiły problemy pielęgnacyjne w zakresie samoopieki.

| **TRUDNOŚCI W REALIZACJI POTRZEB Z POWODU OGRANICZONEJ SAMOOPIEKI** |
|---|
| ***Cel**:* Zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych. |
| Plan opieki |
| 1. Wdrożenie członków rodziny do pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych.<br>2. Stworzenie warunków intymności w trakcie wykonywania czynności higienicznych<br>3. Wykonanie czynności higienicznych i toalety jamy ustnej u chorego.<br>4. Ocena wyglądu powłok skórnych oraz błon śluzowych pod kątem powikłań.<br>5. Zapewnienie prawidłowej pracy respiratora przy czynnościach higienicznych.<br>6. Dostarczenie pacjentowi niezbędnych przyborów do codziennego funkcjonowania na odległość w jego zasięgu.<br>7. Codzienna rehabilitacja aktywująca wybrane partie mięśni.<br>8. Edukacja opiekunów w zakresie ćwiczeń biernych.<br>9. Częsta zmiana pozycji siedzącej w wózku jako profilaktyka otarć, uciśnięć i przykurczów.<br>10. Karmienie w regularnych odstępach czasowych. |

Tabela 5

Plan opieki pacjenta, u której wystąpiły problemy pielęgnacyjne w zakresie snu.

| **ODWRÓCENIE RYTMU DOBOWEGO SPOWODOWANE NOCNYM PRZEGLĄDANIEM ZASOBÓW INTERNETOWYCH** |
|---|
| ***Cel:*** <br> Przywrócenie właściwego rytmu dobowego |
| Plan opieki |
| **1.** Ocena warunków pacjentki pod katem możliwości zagwarantowania nieprzerwanego snu. <br> **2.** Ocena sytuacji psychospołecznej, wykluczenie zaburzeń psychicznych. <br> **3.** Wspólne wypracowanie planu dnia z uwzględnieniem korzystania z komputera i Internetu. <br> **4.** Poinformowanie pacjenta o konieczności unikania drzemek w ciągu dnia. <br> **5.** Zachęcanie do zwiększenia aktywność fizycznej i psychicznej. <br> **6.** Poinformowanie o wpływie przebywania na słońcu lub jasnych, oświetlonych pomieszczeniach na sen. <br> **7.** Zachęcanie pacjenta do zasypiania i budzenia się o stałych porach. <br> **8.** Wspólne opracowanie rytmu zasypiania. <br> **9.** Uświadomienie pacjentowi konieczność co najmniej trzy godziny przed zaśnięciem unikania spożywania używek - kawa, alkohol oraz obfitych posiłków. <br> **10.** Zadbanie o stałą temperaturę w sypialni (18-20$^0$C). <br> **11.** Na zlecenie lekarze zastosowanie farmakoterapii. <br> **12.** Zastosowanie alternatywnych sposobów ułatwiających zasypianie: <br> **a.** aromatoterapia(fluidoterapia) - stosowanie olejków do kąpieli np. z rumianku, lawendy, kwiatu pomarańczy, róży. <br> **b.** ziołoterapia – fitoterapia (melisa lekarska, rumianek, kwiat lipy) <br> **c.** fototerapia (leczenie światłem). |

**Dyskusja**

Wśród wielu problemów i trudności, które pojawiają się w funkcjonowaniu osób poddanych przewlekłej respiratoterapii w warunkach domowych należy zwrócić uwagę na fakt, że zastosowany ten rodzaj terapii bardzo podnosi jakość życia chorego, jego

rodziny i zmniejsza nakłady finansowe na leczenie zarówno samych chorych jak i zakładów opieki zdrowotnej.

Ogromną zaletą prowadzenia wentylacji w warunkach domowych jest mniejsze ryzyko wystąpienia powikłań infekcyjnych (w warunkach OIT ryzyko to wzrasta niepomiernie), zwolnienie z obłożenia stanowisk intensywnej terapii potrzebnych dla pacjentów w stanie zagrożenia życia. Zdecydowanie mniejsze koszty leczenia i pielęgnacji też nie pozostają bez znaczenia w dobie komercjalizacji ochrony zdrowia. Znamienne też są korzyści w sferze społecznej czyli możliwość prowadzenia w miarę normalnego życia przez pacjentów. Przebywanie w najbardziej przyjaznym otoczeniu jakim zawsze jest dom rodzinny wpływa pozytywnie na stan psychiczny podopiecznych. Środowisko domowe daje poczucie bezpieczeństwa, a tym samym wzmacnia nadzieję, sprzyja w stawianiu realistycznych celów życiowych takich jak choćby możliwość nauki, zdobycia zawodu i podjęcia pracy, co niewątpliwie nadaje sens egzystencji człowieka doświadczonego postępującą chorobą.

**Wnioski**

W efekcie zastosowanych czynności pielęgnacyjnych uzyskano następujące rezultaty:

1. Chory całkowicie niewydolny w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych. Osiągnięto zadowalający poziom higieny całego ciała uzyskano przy współpracy pielęgniarki i rodziny.
2. Uzyskano nieznaczną poprawę w zakresie regularnego wypróżniania. Chory niechętnie stosuje się do zaleceń dietetycznych. Istnieje potrzeba dalszej edukacji i motywacji do eliminacji niepożądanych zachowań dietetycznych zarówno wobec pacjenta jak i także jego bliskich.
3. W wyniku zastosowanych działań wydolność oddechową utrzymano na prawidłowym poziomie - nie obserwowano typowych cech niedotlenienia. Do chwili obecnej nie stwierdzono symptomów infekcji dróg oddechowych. Jako priorytet zaleca się ciągłe monitorowanie czynności oddechu zastępczego.
4. Mimo wdrożenia określonych czynności nie udało się przywrócić prawidłowego rytmu dobowego. Nocne przeglądanie zasobów zgromadzonych w Internecie jest ulubionym sposobem zagospodarowania nadmiaru wolnego czasu przez pacjenta.
5. Stan psychiczny związany z istniejącą chorobą na skutek podjętych czynności

uległ znacznej poprawie.

**Piśmiennictwo**


1. L. P. Rowland, Neurologia Merrita, Urban & Partner, Wrocław 2008, t. III.
2. G.Cepuch, Opieka nad dzieckiem z chorobą nerwowo- mięśniową na przykładzie dziecka z dystrofią mięśniową Duchenne'a (DMD), [w:] A.Czupryna, E.Wilczek-Rużyczka (red.) Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa specjalistycznego, Wolters Kluwer, Kraków 2010.
3. W.Oczenski, A.Werba, H.Andel, Podstawy wentylacji mechanicznej, Medica Press, Bielsko- Biała 2003.
4. D.Maciejewski, HMV- Wentylacja mechaniczna w domu pacjenta, Ogólnopolski Przegląd Medyczny, 9-10, 2009.
5. T.Szreter, Program wentylacji domowej dzieci, Ogólnopolski Przegląd Medyczny, 9-10, 2009.
6. T.Szreter, M.Migdał, E.Lech, Leczenie niewydolności oddechowej w warunkach domowych, materiały z I Konferencji Szkoleniowo-Naukowej PTPAiIO Oddz.Mazowiecki, Nowoczesne metody leczenia i pielęgnowania w anestezjologii i intensywnej terapii, 26- 27. 04. 2002r. Białobrzegi k/Warszawy.
7. H.Lenartowicz, M.Kózka, Metodologia badań w pielęgniarstwie, PZWL, Warszawa 2010.


**Kontakt na autora:**


M. Lesińska-Sawicka
Katedra Nauk o Zdrowiu
Akademia Pomorska w Słupsku
ul. Boh.Westerplatte 64
76-200 Słupsk
e-mail: safkowa@op.pl

# SATYSFAKCJA PIELĘGNIAREK Z KSZTAŁCENIA ONLINE NA PRZYKŁADZIE POLSKIEGO UNIWERSYTETU WIRTUALNEGO

## Spokojnosť sestier s on-line vzdelávaním na príklade Poľskej virtuálnej univerzity

Autorzy: Iwona Bodys-Cupak[1], Dorota Wądolny[2], Aneta Grochowska[3]

1.Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum Wydział Nauk o Zdrowiu

2. Szpital Powiatowy w Bochni

3. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie Instytut Ochrony Zdrowia

**Streszczenie**

Praca została poświęcona zagadnieniu nauczania pielęgniarek z wykorzystaniem technik i metod kształcenia na odległość. Celem niniejszej pracy było poznanie stopnia zadowolenia absolwentów Polskiego Uniwersytetu Wirtualnego kierunku pielęgniarstwo z kształcenia w systemie online. Postawione problemy badawcze zostały zweryfikowane przy użyciu narzędzia jakim był autorski kwestionariusz ankiety. Badanie przeprowadzono wśród 103 osób.

Kształcenie online stanowi dobrą alternatywę dla nauczania tradycyjnego. W opinii badanych posiada więcej zalet niż wad. Pielęgniarki i pielęgniarze, którzy ukończyli studia w Polskim Uniwersytecie Wirtualnym, wysoko oceniają treści programowe przedmiotów, współpracę z koordynatorami zajęć, zasady pracy i oceniania obowiązujące na kursie, a także sposób komunikacji i załatwianie spraw studenckich. Wyrazem tego zadowolenia jest chęć kontynuowania dalszej edukacji w systemie online i polecanie go innym pielęgniarkom jako dobrej metody uzupełnienia wykształcenia.

**Słowa kluczowe**: pielęgniarstwo, kształcenie online, nauczanie tradycyjne

**Summary**

This thesis is dedicated to the idea of educating nurses with the use of remote techniques and methods of teaching. The aim of this thesis was to examine the level of satisfaction with e-learning of the graduates of medical care faculty at the Polish Virtual University. The research issues described were verified by an authorized questionnaire. The survey was conducted from June to September 2010 and it included 103 respondents.

On-line education is a satisfactory alternative for traditional methods. According to the respondents the method has more advantages than faults. The nurses who graduated from the Polish Virtual University have a high opinion of the teaching programme, of the cooperation with the class supervisors, of the rules of operating and grading as well as of the ways of communicating and of office work. The intention of continuing this way of education and recommending it to other nurses as a good way of extending education are both expressions of the satisfaction that graduates gain.
**Key words:** nursing, on-line education, traditional methods of teaching

Dzięki powszechnej komputeryzacji i dostępności do Internetu kształcenie na odległość spotyka się z coraz większym zainteresowaniem i akceptacją, jako forma uzupełniająca lub zastępująca tradycyjne metody nauczania. Pozwala wyrównać szanse oświatowe i życiowe osobom, które z różnych powodów nie miały wcześniej sprzyjających okoliczności uzyskania lepszego wykształcenia lub obecne warunki uniemożliwiają im podjęcie wyższych studiów w tradycyjny sposób [1].

Kształcenia online pomimo wielu zalet takich jak możliwość indywidualizacji tempa i zakresu zdobywania wiedzy, wybór dowolnego miejsca i czasu do nauki, dopasowanie do grafiku zajęć czy niewielkie nakłady finansowe, nie stanowi popularnej formy nauczania wśród pielęgniarek w naszym kraju, mimo, że po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej zmiany w tej grupie zawodowej najbardziej uwypukliły się w systemie kształcenia. Jednym z jego głównych celów po integracji ze wspólnotą państw europejskich było stworzenie warunków do podniesienia kwalifikacji zawodowych w ramach studiów uzupełniających pomostowych, umożliwiających uzyskanie tytułu licencjata pielęgniarstwa osobom posiadającym już dyplom zawodowy [2,3].

Wychodząc naprzeciw tym przeobrażeniom Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie i Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi (obecnie Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna), wykorzystując technologie informatyczne i szeroki zestaw środków przekazu multimedialnego, powołały do istnienia w 2002 roku Polski Uniwersytet Wirtualny, którego celem było prowadzenie szkoleń i studiów na odległość. Zajęcia na kierunku pielęgniarstwo rozpoczęły się w 2003 roku [4].

Celem niniejszej pracy było poznanie stopnia zadowolenia pielęgniarek/pielęgniarzy z kształcenia online. motywów i obaw, które towarzyszyły im przed podjęciem tej formy nauki, poznanie stanowiska na temat korzyści i ograniczeń e-

learningu, różnicy między nauczaniem tradycyjnym a e- edukacją, opinii odnośnie narzędzi łączności online najbardziej skutecznych w procesie kształcenia na odległość i uwag co do zasad komunikacji i organizacji pracy na kursie.

Materiał i metody

W celu zebrania niezbędnych danych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety opracowany na podstawie literatury. Ankieta zawierała pytania dotyczące czterech sfer: okresu przed podjęciem nauki online, oceny poziomu obsługi komputera i umiejętności korzystania z Internetu, oceny pracy na platformie zdalnego nauczania Polskiego Uniwersytetu Wirtualnego i porównania kształcenia online z nauczaniem tradycyjnym.

Badanie miało charakter dobrowolny. Wzięło w nim udział 103 absolwentów Polskiego Uniwersytetu Wirtualnego przy Akademii Humanistyczno- Ekonomicznej w Łodzi kierunku Pielęgniarstwo, którzy korzystali z kursów online między 2003-2009 rokiem i uzyskali tytuł licencjata pielęgniarstwa. Zebrany materiał poddano analizie za pomocą programu Microsoft Excel.

Wyniki

W trakcie nauki na Polskim Uniwersytecie Wirtualnym 90,21% respondentów mieszkało w kraju, a pozostali (9,70%) przebywali za granicą. Spośród badanych 42,68% stanowili absolwenci studiujący zgodnie z tokiem ścieżki kształcenia „A", 26,19% było z grupy „B", 20,37% stanowili ankietowani ze ścieżki „C". Z grupy „D" było 7,76% respondentów, a ścieżkę „E" reprezentowało 2,91% studentów pielęgniarstwa. Prawie połowa ankietowanych (46,56%) o Polskim Uniwersytecie Wirtualnym dowiedziała się od znajomego, a 42, 68% badanych z Internetu. Niecałe 7% osób przeczytało o tym w prasie, inne źródła informacji takie jak: wizyta przedstawiciela uczelni w zakładzie pracy wskazało 2,91% respondentów, natomiast ogłoszenie o naborze na studia w biuletynie izb pielęgniarskich przeczytało 0,97% osób.

Około jedna trzecia badanych (30,07%) podjęła naukę w Polskim Uniwersytecie Wirtualnym ze względu na małą ilość zjazdów. Dla 26,49% osób motywem rozpoczęcia studiów była chęć uzupełnienia wykształcenia. Po 12,61% respondentów wskazało na nowoczesną formę kształcenia i oszczędność czasu i środków jako główne przyczyny. Niespełna 10% badanych wymieniło indywidualny tok nauki, a 7,76% wytypowało łatwość pogodzenia nauki z pracą zawodową.

Obawy przed podjęciem nauki online miało 53,35% ankietowanych. Były one związane przede wszystkim z koniecznością pogodzenia licznych obowiązków z nauką

oraz obsługą komputera i platformy zdalnego nauczania. Prawie 7% badanych obawiało się wymagań dotyczących opanowania dużej partii materiału w krótkim czasie, a 4,85% respondentów niepokoił powrót do nauki po latach przerwy. Brak możliwości uzyskania szybkiego bezpośredniego kontaktu z uczelnią w razie jakichkolwiek problemów niepokoił 3,88% badanych, a 2,91% osób obawiało się, że będzie musiało samodzielnie zdobywać materiały szkoleniowe. Ponad jedna czwarta badanych (26,19%) nie znalazła uzasadnienia swoich obaw w trakcie studiowania. Dla 24,25% potwierdziły się one częściowo, a całkowicie dla 2,91% osób.

Większość ankietowanych (95,06%) nie uczestniczyła nigdy wcześniej w takiej formie kształcenia. Pozytywne doświadczenia związane z edukacją na odległość posiało zaledwie 1,94% respondentów. Zdobyli je podczas studiów podyplomowych i kursów oferowanych przez Polski Uniwersytet Wirtualny.

Znajomość obsługi komputera przed podjęciem studiów niestacjonarnych wspomaganych Internetem w stopniu niskim wykazało 37,26% badanych, 32,01% w średnim, a w wysokim 31,04% ankietowanych. Ponad jedna trzecia (37,26%) respondentów nisko oceniła swój poziom umiejętności korzystania z Internetu przed podjęciem nauki online. Reszta badanych określiła go jako średni i wysoki (32,01% i 31,04).

Jedna trzecia spośród ankietowanych codziennie korzystała z Internetu przed rozpoczęciem studiów w Polskim Uniwersytecie Wirtualnym. Niewiele ponad 40% osób robiła to kilka razy w tygodniu, natomiast kilka razy w miesiącu 17,46% uczestników badania. W gronie badanych 85,36% ankietowanych logowało się na platformę zdalnego nauczania w domu, a 5,82% w pracy. Z kawiarenki internetowej korzystało 6,79% ankietowanych.

Prawie połowa absolwentów (50,44%) uważała, iż efektywność kształcenia na odległość dla pielęgniarek w kontekście zawodowym jest porównywalna ze szkoleniem tradycyjnym. Niespełna połowa 49,47% respondentów (49,47%) uznała, że jest ona wyższa od skuteczności szkolenia tradycyjnego. Spośród badanych 97% osób było usatysfakcjonowanych z ilości spotkań w ramach obowiązkowych zjazdów na uczelni.

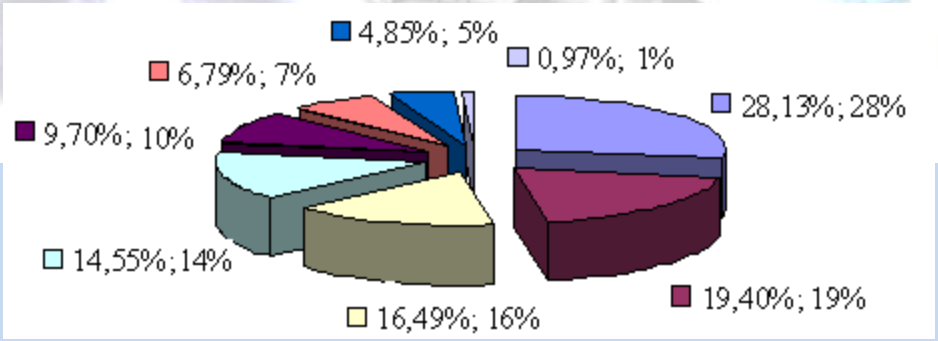
Większość respondentów, bo aż 92,15% uważało sposób załatwiania spraw studentów przez Wirtualny Pokój Studenta za wystarczającą formę kontaktu. Dla 7,76% uczestników badania był to niezadowalający rodzaj łączności. W gronie ankietowanych było 88,27% osób, które oceniły dostępność opiekuna roku i wzajemną współpracę pozytywnie. Dla 93,12% respondentów zasady i organizacja pracy na kursie były

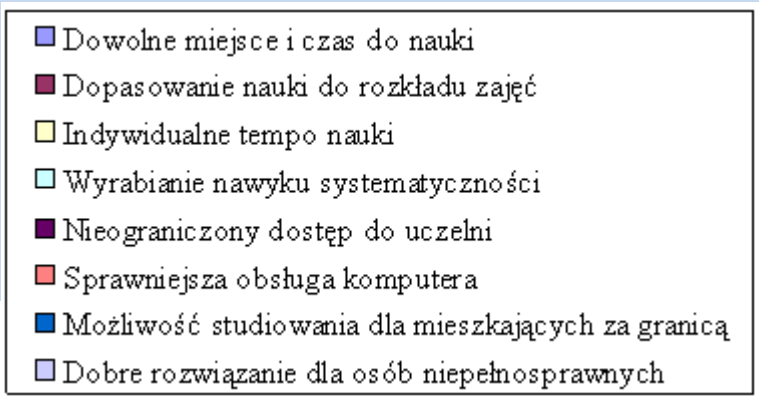
konkretnie sprecyzowane, nie pozostawiały żadnych wątpliwości co do celu kształcenia i formy zaliczenia kursu. Tylko 6,79% badanych uważało, iż wymagania są niedokładnie określone i pozostawiają wiele do życzenia. Ponad 80% badanych stwierdziło, iż treści programowe przedmiotów, które obowiązywały w toku kształcenia zostały przedstawione jasno, zrozumiale i wyczerpująco. Dla 9,70% osób były one niezrozumiałe i wymagały uzupełniania wiadomości z dodatkowych źródeł.

Najskuteczniejszym narzędziem komunikacji online wykorzystywanym w procesie kształcenia na odległość dla 45,59% respondentów było forum dyskusyjne, dla 25,31% osób czat, a dla 22,31% badanych poczta elektroniczna.

Według 78,57% ankietowanych koordynatorzy zajęć aktywnie uczestniczyli w pracach grupy, udzielali rzeczowych rad i wskazówek, dzięki czemu kurs był łatwiejszy do opanowania. Pozostałe osoby uważały, że ich obecność na platformie zdalnego nauczania nie miała większego znaczenia i wpływu na przebieg szkolenia. Opinię taką wyrazili respondenci, którzy rzadko angażowali się w pracę grupy. Większość sondowanych osób (66,93%) uważała, iż wymagania wobec studentów kształcących się w systemie distance learning były większe niż wobec pobierających naukę w systemie tradycyjnym.

Spośród badanych osób 28,13% za największą zaletę kształcenia online uznało wybór dowolnego miejsca i czasu do nauki. Dopasowanie nauki do grafiku zajęć wytypowało 19,40% respondentów. Niespełna 17% ankietowanych wskazało na możliwość indywidualizacji tempa nauki, a 14,55% osób wymieniło możliwość wyrabiania nawyku systematyczności. Nieograniczony dostęp do uczelni był dla 9,7% największą zaletą kształcenia na odległość. Około 7% badanych wskazało na nabywanie umiejętności w sprawniejszej obsłudze komputera jako pozytywnego efektu studiowania. Według 0,97% ankietowanych kształcenie online stanowi dobre rozwiązanie dla osób niepełnosprawnych.






**Wykres nr 1. Największe zalety kształcenia online według ankietowanych**

Około jedna trzecia respondentów (33,95%) uznała, iż kształcenie online nie ma wad, lecz tyle samo osób wskazało, iż student pozostaje osamotniony w procesie zdobywania wiedzy. Po 14,55% badanych jako wady tego rodzaju nauczania wymieniło problemy techniczne z komputerem lub Internetem i brak bezpośredniego kontaktu z grupą.

Dla 33,95% badanych szkolenie e- learning było lepsze od szkolenia tradycyjnego ze względu na możliwość pogodzenia nauki z licznymi pozostałymi obowiązkami. Niespełna jedna czwarta ankietowanych zaznaczyła, że szkolenie takie przynosi korzyści płynące z wyrabiania wewnętrznej samodyscypliny. Pozostali podkreślali, że kształcenie to daje oszczędność czasu i ogranicza koszty związane z dojazdem na wykłady, a także rozwija kreatywność. Prawie jedna trzecia badanych osób uznała, iż w kształceniu brakowało im bezpośredniego kontaktu z wykładowcą i grupą, a w opinii 4,85% absolwentów pielęgniarstwa wymagało ono poświęcania nauce większej czasu.

Ponad jedna trzecia (37,83%) osób po ukończeniu nauki w Polskim Uniwersytecie Wirtualnym podjęła studia uzupełniające magisterskie na kierunku pielęgniarstwo, studia magisterskie z pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej oraz w dziedzinie pedagogiki-specjalność promocja zdrowia i studia magisterskie na kierunku zarządzanie. Około 7% badanych rozpoczęło specjalizacje w różnych dziedzinach pielęgniarstwa. Po 0,97% badanych podjęło studia podyplomowe z logopedii i terapii pedagogicznej oraz kursy oferowane przez Polski Uniwersytet Wirtualny. Zdecydowana większość respondentów (99,03%) chciałaby kontynuować naukę niestacjonarnie na studiach niestacjonarnych wspomaganych Internetem. Prawie wszyscy respondenci poleciliby naukę w systemie online innym pielęgniarkom.

Dyskusja

Zobowiązania podjęte w 1996 roku przez rząd Rzeczypospolitej Polskiej w ramach podpisania, a później ratyfikowania Europejskiego Porozumienia w sprawie

kształcenia pielęgniarek, przyczyniły się do rozpoczęcia działań reformujących sposób nauczania tej grupy zawodowej w naszym kraju. Jednym z elementów przeobrażania systemu kształcenia było stworzenie, na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 11 maja 2004 roku, warunków do podniesienia kwalifikacji zawodowych, w ramach studiów uzupełniających pomostowych, osobom posiadającym już prawo wykonywania zawodu i uzyskanie tytułu licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa [3, 13].

Pomimo dużego zainteresowania studiami uzupełniającymi, wiele pielęgniarek z różnych względów nie mogło ich podjąć w tradycyjnym, niestacjonarnym trybie kształcenia. Dlatego też powołano do istnienia w 2002 roku Polski Uniwersytet Wirtualny, którego celem było nauczanie przy wykorzystaniu metod i technik kształcenia na odległość. Zajęcia na kierunku pielęgniarstwo rozpoczęły się w 2003 roku.

Badania przeprowadzone przez Zych B., Oskędra I. i Klapa W. w 2002 roku wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w ośrodkach ochrony zdrowia w rejonie Polski południowej i kolejne przez Oskędra I., Zych B., Kózka M. w 2006 roku w gronie studentów pielęgniarstwa studiów stacjonarnych i niestacjonarnych I i II stopnia wykazały, iż ankietowani byli zainteresowani podnoszeniem swoich umiejętności zawodowych poprzez wykorzystanie technik e-learning. Najczęstszymi powodami chęci podjęcia kształcenia w systemie distance learning były możliwość pogodzenia licznych obowiązków zawodowych i rodzinnych, utrudniony dojazd do uczelni, kłopoty zdrowotne, trudna sytuacja finansowa, a także ograniczone możliwości uzyskania urlopu szkoleniowego i pobyt za granicą [2, 6].

Podobne motywy kierowały pielęgniarkami i pielęgniarzami, którzy w latach 2003- 2009 rozpoczęli naukę w Polskim Uniwersytecie Wirtualnym. Około jedna trzecia badanych na pytanie o powody wyboru kształcenia w systemie online stwierdziła, iż decydująca była mała ilość obowiązkowych zjazdów w semestrze, chęć uzupełnienia wykształcenia, nowoczesna forma kształcenia oraz oszczędność czasu i środków, łatwość pogodzenia realizowanych zajęć z pracą zawodową, a także możliwość uzyskania indywidualnego toku nauki. Wyniki te są zbieżne z wynikami McVeigh H., który przeprowadzał badania wśród pielęgniarek w Wielkiej Brytanii. Większość z nich chętnie skorzystałaby z kursów online umożliwiających im poszerzanie wiedzy i kwalifikacji zawodowych, albowiem pozwalają one na elastyczne zarządzanie czasem, indywidualne tempo uczenia się oraz dają szeroki dostęp do profesjonalnych informacji [7].

Przeprowadzone badania własne wyłoniły ciekawy profil wiekowy studenta pielęgniarstwa. Najliczniejszą grupę, ponad 40% ankietowanych stanowiły osoby, które były absolwentami pięcioletnich liceów medycznych, a naukę rozpoczęły w roku szkolnym 1980/81 lub później, około 30% badanych podjęło kształcenie zawodowe przed rokiem szkolnym 1980/1981, a 20,37% stanowili absolwenci dwuletnich medycznych szkół zawodowych. Powyższe dane i historia przekształcania systemu nauczania pielęgniarek w Polsce tzn. zamknięcie naboru do 5-letnich liceów medycznych i 2-letnich medycznych szkół zawodowych w latach 1991-1992, wskazują, iż większość osób rozpoczynających uzupełniające studia pielęgniarskie była po 30 roku życia [5, 8]. Podobną konkluzję wysnuli Opoka J. i współpracownicy. Z analiz ich badań wynika, iż średni wiek osób rozpoczynających naukę w Polskim Uniwersytecie Wirtualnym na pomostowych studiach pielęgniarskich mieścił się między 30 a 40 rokiem życia. Przynależność do określonej grupy wiekowej sugeruje, iż osoby te nie należą do „pokolenia Internetu". Według badań Opoka J., Wierzbicka A. i Zieliński W. 77% studentów kierunku pielęgniarstwa pomimo możliwości rekrutacji online na stronie Polskiego Uniwersytetu Wirtualnego, często osobiście dostarczała dokumenty pokonując przy tym znaczne odległości, a podczas inauguracji roku akademickiego niektóre pielęgniarki przyjeżdżały z dziećmi, aby te w trakcie obowiązkowego szkolenia nauczyły się obsługi platformy zdalnego nauczania (R5 Generation) [4]. Powyższa opinia koresponduje z wynikami badań własnych, ponieważ na prośbę oceny swoich umiejętności użytkowania komputera i korzystania z dostępu do sieci globalnej tylko niecałe 30% respondentów potwierdziło fakt posiadania wysokich kwalifikacji w tej dziedzinie. Kolejne 30% określiło swoje umiejętności jako średnie, a prawie 40% badanych oceniło kwalifikacje jako słabe, zaznaczając, że rzadko, sporadycznie lub wcale nie korzystało z dostępu do tych multimediów przed podjęciem nauki w Polskim Uniwersytecie Wirtualnym. Zaledwie 5 osób (4,85%) z grona badanych posiadało wcześniejsze doświadczenia związane z e- learningiem. Podobnie odpowiadali ankietowani przez Oskędra I., Zych B., Kózka M. studenci pielęgniarstwa. Większość z nich nigdy nie uczestniczyła w takim typie kształcenia [6].

Opoka J., Wierzbicka A. i Zieliński W. zauważyli, iż wiek studentów sugeruje co najmniej dziesięcioletnią przerwę i brak styczności z nauką w przypadku dużej liczby rekrutowanych studentów [4]. Wnioski te znalazły również odzwierciedlenie w niniejszych badaniach, albowiem jedną z obaw jakie towarzyszyły ankietowanym przed podjęciem studiów w systemie online, był powrót do nauki po latach przerwy. Na

podobną kategorię wątpliwości związanych z kształceniem w systemie distance learning zwróciły uwagę ankietowane pielęgniarki w badaniach Zych B., Oskędra I., Klapa W. z 2002 roku. Ich obawy dotyczyły między innymi utrudnionego dostępu do materiałów dydaktycznych i rzadkich kontaktów wykładowców ze studentami [2].

Badani absolwenci Polskiego Uniwersytetu Wirtualnego poproszeni o porównanie kształcenia online z kształceniem tradycyjnym stwierdzili, że ma ono więcej zalet. Jedna trzecia badanych (33,95%) jako niewątpliwą pozytywną stronę e-learningu wymieniła możliwość pogodzenia nauki z licznymi obowiązkami. Kolejne 24,34% osób wskazało na wyrabianie wewnętrznej samodyscypliny. Materiały w formie elektronicznej zaznaczyło 9,70% respondentów, a oszczędność czasu oraz kosztów związanych z dojazdem na wykłady 6,79% ankietowanych. Według 3 absolwentów pielęgniarstwa szkolenie e- learning rozwija kreatywność. Natomiast tym co daje przewagę e-nauczaniu nad szkoleniem w tradycyjny sposób jest według ankietowanych absolwentów: wybór dowolnego miejsca i czasu do nauki (28,13%), dopasowanie nauki do grafiku zajęć (19,40%), możliwość indywidualnego tempa nauki (17%). Tylko 22,31% ankietowanych stwierdziło, że nauczanie z wykorzystaniem Internetu nie było lepsze w porównaniu ze studiowaniem metodą tradycyjną. Do podobnych wniosków doszli w swoich badaniach Kokol P, Blazun H, Micetić-Turk D, Abbott P.A. Stwierdzili bowiem, iż nie można udowodnić wyższości e- learningu wobec ogólnych tradycyjnych procesów uczenia się, ani też w określonych dziedzinach np. pielęgniarstwie [9]. Uzyskane dane dotyczące przewagi kształcenia online nad kształceniem tradycyjnym niemal całkowicie pokrywają się z wypowiedziami ankietowanych pielęgniarek przedstawionymi w badaniach Zych B., Oskędra I., Klapa W. w 2002 roku oraz Oskędra I., Zych B., Kózka M. w 2006 roku. Respondenci zwrócili uwagę na takie pozytywy kształcenia distance learning jak: zdobywanie nowych kwalifikacji, oszczędność czasu, realizację programu nauczania w wybranym przez siebie czasie, a także pogodzenie pracy zawodowej z nauką, większa ilość czasu dla rodziny, pogłębienie wiedzy zawodowej, korzyści finansowe i rozwiązanie problemów związanych z dojazdami na wykłady [2, 6]. Co ciekawe podobną opinię odnośnie zalet i korzyści płynących z kształcenia w systemie online wyrażają studenci innych kierunków.

Badania przeprowadzone w 2007 roku przez Betlej P. w gronie studentów Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie oraz przez Karewicz J. wśród studentów Wydziału Organizacji i Zarządzania Politechniki Śląskiej, którzy byli uczestnikami kursu zrealizowanego za pośrednictwem Platformy Zdalnej Edukacji,

opartej na oprogramowaniu Moodle, potwierdzają, iż e- learning cechuje brak konieczności sporządzania notatek, nieograniczony dostęp do baz wiedzy, szkoleń i innych przydatnych informacji, indywidualizacja procesu kształcenia oraz oszczędność czasu i kosztów nauki. Dodatkowo studenci Politechniki Śląskiej, stwierdzili, iż zajęcia z wykorzystaniem narzędzi e- learning odznaczają się większą efektywnością niż zajęcia tradycyjne i byli przekonani co do tego, że zastosowanie metod i technik zdalnego nauczania pozwoli im uzyskać lepsze wyniki nauczania [10,11].

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że motywy, które miały wpływ na podjęcie przez pielęgniarki i pielęgniarzy studiów z wykorzystaniem technik multimedialnego przekazu stanowią równocześnie zalety tego nauczania i najczęściej wymieniane argumenty przez ankietowanych, dla których warto podjąć ten rodzaj kształcenia.

Jak wykazały wyniki badań własnych kształcenie online ma również wady: osamotnienie w nauce, problemy techniczne z komputerem lub Internetem i brak bezpośredniego kontaktu z grupą, konieczność poświęcenia większej ilości czasu na naukę. Otrzymane dane korelują z wnioskami uzyskanymi przez Zych B., Oskędra I., Klapa W. w 2002 roku i Oskędra I., Zych B. i Kózka M. w 2006 roku. Trudności w kształceniu distance learning zdaniem ankietowanych dotyczyły braku wewnętrznej samodyscypliny i systematyczności, utrudnionego kontaktu z nauczycielem i innymi studentami, a także problemów z opanowaniem umiejętności praktycznych, utrudnionym dostępem do źródeł czy gorszym poziomem wiedzy po tym typie kształcenia [2, 6].

Podobnie wypowiadali się też studenci kierunku zarządzania, według których największym ograniczeniem, związanym z nauczaniem na odległość był brak bezpośredniego kontaktu z prowadzącym, węższy zakres interakcji pomiędzy studentami, konieczność posiadania odpowiedniego sprzętu i szybkiego łącza internetowego oraz problem z wewnętrzną motywacją i samodyscypliną do nauki [10].

Zbieżne wyniki uzyskał także w swoich badaniach McVeigh H. Zdaniem ankietowanych pielęgniarek z Wielkiej Brytanii bariery nauczania w systemie e-learning dotyczą fizjologicznych możliwości uczących się, umiejętności obsługi komputera oraz odbierania kształcenia online jako czasochłonnego i konkurującego z życiem rodzinnym [7].

Podobne wnioski przedstawił równie Fażrrell M. Przytaczane przez niego opinie ankietowanych angielskich i amerykańskich pielęgniarek, uczestniczek kursów online, związanych z ograniczeniami metod e- nauczania, najczęściej odnosiły się do braku

dostępu do Internetu lub braku umiejętności korzystania z oprogramowania komputerowego [12].

Karewicz J. w swoich badaniach dokonał oceny przydatności platformy zdalnego nauczania, bez wsparcia jej tradycyjnymi formami przekazu w aspekcie efektywnego przyswojenia treści programowych przez studentów. Tylko połowa z ankietowanych osób stwierdziła, iż korzystając wyłącznie z e- learningu jest w stanie równie skutecznie opanować przekazaną wiedzę [11]. Powyższa opinia koreluje z wypowiedziami badanych absolwentów pielęgniarstwa. Chociaż większość z nich (84,39%) pozytywnie oceniła treści programów nauczania obowiązujących w toku kształcenia, uznała bowiem, iż zostały przedstawione w sposób jasny, zrozumiały i wyczerpujący, to równocześnie 78,57% ankietowanych stwierdziła, iż bez aktywnej współpracy ze strony koordynatorów zajęć, którzy udzielali rzeczowych wskazówek i rad, kurs byłby trudniejszy do opanowania. Podobne opinie dotyczyły dostępności do opiekuna roku i załatwiania spraw studenckich poprzez platformę zdalnego nauczania (Wirtualny Pokój Studenta). Aż 95 osób uznało wewnętrzny system komunikacji platformy R5 Generation za wystarczającą formę kontaktu, dzięki któremu miały stały dostęp do uczelni, a ich sprawy były szybko i kompetentnie załatwiane.

Betlej P. w swoich badaniach doszedł do podobnych wniosków. Większość studentów wydziału zarządzania pozytywnie oceniła poziom merytoryczny i atrakcyjność kursów online a także organizację i sposób ich dystrybucji [10].

Studenci Polskiego Uniwersytetu Wirtualnego zostali poproszeni o wyrażenie opinii na temat narzędzi komunikacji online, wykorzystywanych w procesie nauczania. Według 47 respondentów (45,59%) najskuteczniejszym narzędziem komunikacji online było forum dyskusyjne, później czat 26 osób (25,31%) i poczta elektroniczna 23 ankietowanych (22,31%)

Podobnie odpowiadali studenci zarządzania z Rzeszowa. Na pytanie o preferencje dotyczące form komunikacji z prowadzącym i innymi studentami, zdecydowana większość wybrała metody niewymuszające jednoczesnego uczestnictwa online, takie jak poczta elektroniczna i forum dyskusyjne. Natomiast mniejszość wskazała na czat czy inne formy komunikacji wymagające synchronicznego kontaktu z innymi uczestnikami kursu [10].

Ponad połowa badanych po ukończeniu uniwersytetu wirtualnego podjęła dalszą naukę na studiach uzupełniających magisterskich w dziedzinie pielęgniarstwa, studiach magisterskich z zakresu pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej, promocji zdrowia i

zarządzania. Część respondentów rozpoczęła specjalizacje w różnych dziedzinach pielęgniarstwa. Co ciekawe niemal 100% ankietowanych absolwentów poleciłoby uzupełniające studia licencjackie dla pielęgniarek w systemie online jako dobrą strategię uzupełnienia wykształcenia, ponieważ stwarzają możliwość pogodzenia nauki z licznymi obowiązkami, stanowią nowoczesną formę kształcenia, oszczędzają czas i koszty, są dobrym rozwiązaniem dla osób pracujących poza granicami kraju i nie ograniczają dostępu do uczelni i materiałów wykładowych, a dodatkowo kształcenie e-learning daje możliwość zdobycia większej wiedzy niż w tradycyjnym systemie nauki.

Podobne pytanie o zamiar kontynuowania nauki na studiach magisterskich i polecanie nauki w sposób tradycyjny zadali swoim respondentom Lesińska- Sawicka M. i Kapała W. Jak wynika z wypowiedzi tylko jedna trzecia pielęgniarek miała zamiar podjąć dalszą naukę na studiach uzupełniających magisterskich. Natomiast prawie 93% badanych poleciłoby tę formę uzupełnienia wykształcenia innym pielęgniarkom. Jednocześnie respondenci widzą konieczność wprowadzenia określonych zmian do programu studiów pomostowych oraz zwiększenie liczby wykładowców-praktyków w zawodzie pielęgniarskim [3].

Jak wynika z przeprowadzonych badań i powyższej dyskusji kształcenie online stanowi dobrą alternatywę dla nauczania tradycyjnego.

Wnioski

1. Pielęgniarki, które ukończyły studia uzupełniające w Polskim Uniwersytecie Wirtualnym i uzyskały tytuł licencjata pielęgniarstwa są zadowolone z sytemu e-learning. Wysoko oceniają treści programowe i współpracę z koordynatorami przedmiotów, zasady pracy i oceniania obowiązujące na kursie, sposób komunikacji i załatwianie spraw studenckich. Wyrazem tego zadowolenia jest chęć kontynuowania dalszej edukacji w systemie online i polecanie jej innym pielęgniarkom jako dobrej metody uzupełnienia wykształcenia.
2. Za największe zalety kształcenia online studenci pielęgniarstwa uznali: wybór dowolnego miejsca i czasu do nauki, dopasowanie nauki do grafiku, możliwość indywidualnego tempa nauki, wyrabianie nawyku samodyscypliny i systematyczności. Po stronie korzyści umieścili także nabywanie większej wprawy w obsłudze komputera, materiały w formie elektronicznej oraz możliwość studiowania dla osób niepełnosprawnych i mieszkających za granicą.

3. Większość respondentów uznała forum dyskusyjne, czat i pocztę elektroniczną za najskuteczniejsze narzędzia komunikacji online w procesie kształcenia na odległość.

**Piśmiennictwo**


1. Kowalska- Burnat I.: Nowy rodzaj edukacji - e- nauczanie. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego. Socjologia 2006; 3: 106-113.
2. Zych B., Oskędra I., Klapa W.: Kształcenie pielęgniarek w systemie distance learning- oczekiwania, możliwości i propozycje rozwiązań. Materiały konferencyjne z V Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Media a edukacja", Poznań 20- 23 IV 2002.
3. Lesińska- Sawicka M., Kapała W.: Studia pomostowe dla pielęgniarek w ocenie ich absolwentów. W: Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo Czasopismo Internetowe Pielęgniarek i Położnych, 2007; 1 (1). Portal Pielęgniarek i Położnych- http://www.pielegniarki.info.pl/
4. Opoka J., Wierzbicka A., Zieliński W.: Doświadczenia PUW w kształceniu pielęgniarek przez Internet. W: Akademia on- line, red. Mischke J. Łódź: Wydawnictwo WSHE; 2005, str. 171- 182.
5. Kózka M.: Efektywność Kształcenia zawodowego na studiach pielęgniarskich pierwszego stopnia w okresie transformacji systemu edukacji, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, 2008.
6. Oskędra I., Zych B., Kózka M.: Zapotrzebowanie studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych i II stopnia na kształcenie w systemie distance learning. Materiały konferencyjne z V Mezinarodni Sympozium Osetrovatelsvi, Ostrava 19 IV 2006, 271-278
7. McVeigh H.: Factors influencing the utilisation of e-learning in post-registration nursing students. Nurse Educ Today 2009; 29(1):91-9
8. Brudecka B.: Rozwój kształcenia pielęgniarek. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2007; 6: 13- 14.
9. Kokol P, Blazun H, Micetić-Turk D, Abbott PA.: E-Learning in nursing education - Challenges and opportunities. Stud Health Technol Inform. 2006;122:387-90.
10. Betlej P.: E-learning w organizacji zajęć i opinii studentów– studium przypadku. E-mentor 2009; 1: 56- 60.

11. Karcewicz J.: E- learning jako narzędzie wspomagające dydaktykę studiów stacjonarnych. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie 2007: 40: 147- 151.
12. Farrell M. Learning differently: e-learning in nurse education. Nurs Manag, 2006, 13(6):14-7.
13. Kózka M.: Efektywność Kształcenia zawodowego na studiach pielęgniarskich pierwszego stopnia w okresie transformacji systemu edukacji, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, 2008.

**Kontakt na autorov:**

Iwona Bodys-Cupak[1], Dorota Wądolny[2], Aneta Grochowska[3]
1.Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum Wydział Nauk o Zdrowiu
2. Szpital Powiatowy w Bochni
3. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie Instytut Ochrony Zdrowia
Adres do korespondencji: 31-126 Kraków, ul. Michałowskiego 12,
tel. 012 633 62 59, e-mail: i.bodys-cupak@uj.edu.pl

# ÚČINKY FOTOTERAPIE A ICH VYUŽITIE V REHABILITÁCII

Zuzana Hudáková[1], Mária Novysedláková[1], Halina Romualda Zięba[2], Peter Kutiš[1],
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku[1],
Podhalańska Państwowa wyzsza szkola zawodwa w Nowym Targu[2]

**Abstrakt**

Fototerapia ako súčasť fyzikálnej liečby odboru rehabilitácie a fyzioterapie so svojimi účinkami a s veľkým množstvom rôznych indikácii je neoddeliteľnou súčasťou prevencie a liečby rôznych ochorení. Svetlo v určitých vlnových dĺžkach môže v ľudskom tele vyvolať rôzne liečebné reakcie. Liečba svetlom je plne porovnateľnou metódou s inými metódami fyzikálnej liečby.

**Kľúčové slová:** Fototerapia. Polarzované svetlo. Nepolarizované svetlo. Bioptron.

**Abstract**

Phototherapy as part of the physical therapy Department of rehabilitation chiropractors and with their effects and with a large number of different indication is an integral part of prevention and treatment of various diseases. In the light of certain wavelengths can produce different therapeutic responses in the human body. The treatment beam is fully comparable method with other methods of physical therapy.

**Keywords:** Phototherapy. Polarized light. Nonpolarized ligh. Biopthron.

## Úvod

Svetelná terapia pre svoju jedinečnú schopnosť prirodzené aktivovať samoliečebný potenciál ľudského organizmu je už dnes všeobecné uznávanou liečebnou a preventívnou metódou. V rehabilitácii a fyzikálnej terapii je súčasťou fyzikálnej liečby, ktorá využíva energiu fotónu – častíc elektromagnetického žiarenia (ultrafialového žiarenia, viditeľného svetla a infračerveného žiarenia). Za otca modernej fototerapie je považovaný dánsky lekár NR Finsen**,** ktorý za svoju prácu v tejto oblasti získal v roku 1903 Nobelovu cenu za medicínu**.** Mnohé staroveké civilizácie vedeli o liečebnom účinku svetla na ľudský organizmus a využívali ho na liečbu rôznych zdravotných problémov. Fototerapia využíva niekoľko typov zdroja svetla, ktoré sa odlišujú tak svojimi fyzikálnymi vlastnosťami, ako aj účinkami na živý organizmus. Zatiaľ čo niektoré z

týchto typov sa používajú desiatky rokov (infračervené svetlo), iné využíva medicína len v posledných rokoch (polarizované svetlo – bioptronové lampy) (Hudáková, 2011).

Pri fototerapeutických procedúrach sa využíva:

a) nepolarizované svetlo – svetlo sa šíri priamočiaro na všetky strany v elektromagnetických vlnách a zároveň každý lúč kmitá všetkými smermi okolo svojej osi,
b) polarizované svetlo – lúč kmitá len v jednej rovine a môže byť polarizovaný odrazom na zrkadliacej ploche alebo polarizátormi, látkami, ktoré prepúšťajú z dopadajúcich lúčov iba časť.

**Účinky fototerapie**

***Analgetický účinok* –** tlmenie bolesti u ochorení ako je artróza, zápaly svalov, hojenie rán, šliach, bolesti kĺbov a pod.

***Protizápalový účinok*** – likvidácia zápalu svalu a šliach, opary, tenisového lakťa, dojčiacim mamičkách pomáha pri zápale prsníka atď.

***Biostimulačný účinok*** – podpora a urýchlenie zahojenia odrenín, popálenín, vredov predkolenia a iných rán.

Svetelné žiarenia sa delí podľa vlnovej dĺžky na fototerapiu:

**infračerveným žiarením** – využíva spektrum vlnovej dĺžky 760 - 10 000 nm,

**viditeľným svetlom** - využíva hlavne slnečné žiarenie (helioterapia), využíva spektrum vlnovej dĺžky 400 - 760 nm,

**ultrafialovým žiarením** – využíva časť elektromagnetického spektra dĺžky 200 - 400 nm,

**laserovým žiarením** – využíva monochromatické žiarenie vysokej intenzity,

**polarizovaným svetlom** – využíva polychromatické žiarenie vo viditeľnej oblasti až po infračervenú (400 - 2 000 nm) (Šajter, 2005).

Intenzita žiarenia je určená množstvom energie dopadajúcej kolmo v smere lúčov na jednotku plochy, jej jednotkou je $W/cm^2$. Intenzita žiarenia sa znižuje v závislosti od vzdialenosti zdroja (neplatí to pri laserovom lúči ). Svetlo - je elektromagnetické vlnenie- žiarenie s vlnovou dĺžkou v rozmedzí 400- 800nm. Pod žiarením rozumieme usporiadaný pohyb častíc svetla, tzv. fotónov (energetické kvantum svetelného žiarenia).

**INFRAČERVENÉ ŽIARENIE (IR-infra red)**

Infračervené žiarenie je neviditeľná časť optického spektra vlnovej dĺžky nad 760 nm. Rozdeľuje sa na tri pásma:

**l. IR-A** (krátkovlné pásmo, 760 - 1400 nm) preniká najhlbšie do podkožia, kde nastáva prehrievanie, dobre preniká vodou, atmosférou a sklom. Tolerancia organizmu na väčšie intenzity žiarenia je veľmi dobrá, čo je spôsobené tým, že sa žiarenie dostáva skôr do styku s povrchovým cievnym riečiskom a tým je teplo odplavované krvným obehom.

**2. IR-B** (stredné pásmo,1400 - 3 000 nm) preniká sklom, absorbuje sa vo vode, pohlcuje sa v povrchových vrstvách (v epiderme a horných častiach kória), kde vyvoláva pocit tepla.

**3. IR-C** (dlhovlnné pásmo, 3 000 - 10 000 nm) nepreniká vodou, atmosférou ani sklom, absorbuje sa atmosférou, ale vyžarujú ho umelé zdroje s nižšou povrchovou teplotou. Prenikavé žiarenie IR-A pásma sa využíva na prehrievanie tkanív, žiarenie IR-B a IR-C je vhodné na ohrievanie, lebo sa absorbuje v povrchových vrstvách kože (Enwemeka, 2009).

**Účinky infračerveného žiarenia**

1. Erytém
2. Prehriatie kože
3. Analgetický a spazmolytický účinok v dôsledku pôsobenia tepla
4. Vazodilatácia a to nielen miestna, ale aj vo vzdialených oblastiach
5. Stimulácia imunologických reakcií

**Zdroje IR žiarenia:** najvýznamnejším prírodným zdrojom je Slnko. Vo fyzioterapii sa používajú umelé zdroje: infražiarič (solux), akvasol, žárovkové tunely (skrine), teplomety, infračervené kabíny na domáce použitie, sauny (Meffert, Piazena, 2003).

***Indikácie IR žiarenia***

- popáleniny a omrzliny,
- bolesti vertebrogénneho pôvodu, artrózy, chronické artritídy, burzitídy, tendovaginitídy, epikondylitídy, lumbago, myalgie, čelová a čeľustná sinusitída, stavy po extrakcii zubov, furunkul, karbunkul, panaricícia, bronchitída, bronchiálna astma, spazmy hladkého svalstva, obezita, dna,
- posttraumaticke stavy od 2. až 3. dňa, ako príprava pacienta pred technikami manuálnej medicíny, masážami alebo kinezioterapiou (Poděbradský, Vařeka, 1998).

***Kontraindikácie:*** srdcové a obehové insuficiencie, dekompenzovane srdcové chyby, vysoký krvný tlak, pokročilá ateroskleróza, porucha teplocitu, febrilné stavy, u chorých

s prevahou tonusu parasympatika, u neurastenikov, nefritídy a nefrózy, gravidíta do 3. mesiaca a po 6. mesiaci, tyreotoxikóza, TBC, malígne tumory (Hupka, 1993).

**HELIOTERAPIA**

Táto časť fototerapie je často súčasťou iných procedúr, ako je klimatoterapia, talasoterapia a pod. Infračervená zložka spôsobuje najmä tepelný efekt, t.j. prehrievanie kože, vazodilatáciu, relaxáciu hlavne kostrového svalstva. Tým sa dosahuje mierny analgetický účinok. Ultrafialová zložka má výraznejší biostimulačný efekt – tvorba biologicky aktívnych látok, podpora bunkového metabolizmu, čím sa lepšie hoja rany a dobre sa lieči zápalové ochorenie kože. Nežiaducim účinkom je prehriatie organizmu, slnečný úpal, pôsobenie zložky B ultrafialového žiarenia s jej karcinogénnym účinkom.

***Indikácie*** **–** kožné ochorenia, neurovegetatívne poruchy, rekonvalescencia pri niektorých interných ochoreniach, mimopľúcne formy TBC, prevencia niektorých chorôb (Šajter, 2005).

**ULTRAFIALOVÉ ŽIARENIE**

Ultrafialové žiarenie (UV- ultra violet) je časť spektra elektromagnetického žiarenia s vlnovou dĺžkou kratšou ako 400 nm, hraničí s dlhovlnnou zložkou rtg žiarenia. Rozdeľuje sa na tri pásma:

1. UV-A (dlhovlnné pásmo, 400 – 315 nm), nazývané pásmo čierneho svetla.
2. UV-B (stredné pásmo, 320 - 280 nm), nazývané aj erytemové pásmo.
3. UV-C (krátkovlnné pásmo, < 280 nm), nazývané germicídne pásmo.

***Účinky UV žiarenia***

Erytém ožarovanej plochy, vznik pigmentácie, antirachitický účinok tvorbou vitamínov D2 a D3, baktericídny účinok, zvýšenie obranyschopnosti organizmu, inaktivácia vírusov, zlepšenie reologických vlastností krvi, zníženie viskozity, zlepšenie utilizácie kyslíka, zvýšenie aktivity enzýmov v mitochondriách, zlepšenie hojenia rán, hnisavých ochorení kože(Enwemeka, 2009).

***Indikácie UV žiarenia*** **–** predchádzanie krivici, sklon ku kŕčom, mäknutie kosti, osteoporóza, TBC nosohltana, úst, hrtana, miazgových uzlín, pobrušnice a močových ciest, znížená výkonnosť, unavenosť, vyčerpanosť, podvýživa, urýchlenie tvorby kalusu, zle hojace sa rany, dekubity, vredy predkolení, vracanie v tehotenstve, predchádzanie toxikoze, hypochromná anémia, hlavne sekundárna, plesňové ochorenia kože, hnisavý zápal kože, senná nádcha, priedušková astma, ekzém a iné kožné ochorenia, psoriáza

s výnimkou precitlivenej formy na UV žiarenie, niektoré formy ekzémov, neuritídy, neuralgie, artralgie, lumbago.

***Kontraindikácie:*** fotodermatózy, TBC pľúc s tvorbou výpotku, exzema solare acutum, karcinóm kože a iné nádorové choroby, prekancerózy, horúčkové stavy, porfyrie, lupus erytematodes, hypertenzná kríza, kardiálna insuficiencia, krvácavé stavy (Šajter a kol., 2005).

**LASEROTERAPIA**

Slovo „laser" je akronym pre „Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation", znamená zosilnenie svetla vplyvom stimulovanej emisie žiarenia. Laserové žiarenie je:

- monochromatické – má konštantnú vlnovú dĺžku (teda aj farbu),
- koherentné – kmitanie je rytmické, žiarenie je usporiadané do časovo i priestorovo pravidelných vĺn,
- polarizované – fotóny kmitajú v tzv. polarizačnej rovine,
- paralelné – fotóny kmitajú v rovnobežnom zväzku lúčov.

Prístroje pracujú v rôznych režimoch, ktoré môžu byť kontinuálne a pulzné.

Z terapeutického hľadiska je podstatná vyžiarená dávka energie, ktorá je viazaná na výkon laseru, ožarovanú plochu a čas: vyžiarená energia **J/cm2 = výkon v mW x čas v sec / plocha v cm** (Držíková, 2006).

***Účinky lasertoterapie:***

*1. Stimulácia biologických procesov:* ovplyvňuje homeostázu, podporuje tvorbu transmiterov, zvyšuje metabolizmus buniek, zasahuje do tvorby ATP, aktivuje pumpu Na-K, zvyšuje membránový potenciál, stimuluje mitózu, zvyšuje fagocytovu aktivitu, aktivitu leukocytov, makrofagov, imunoglobulínov, podporuje vazodilatáciu, zlepšuje resorpciu edémov, má antiflogistrický účinok, podporuje neovaskularizáciu, zvyšuje tvorbu kolagénu a granulácií.

*2. Analgetický účinok:* zabezpečuje zvýšené uvoľnenie serotonínu, cholecystokinínu, zvýšenú produkciu prostaglandínov a endogénnych opiátov. Cez zvýšenie ATP zabezpečuje zvýšenie prahu dráždivosti. Ovplyvnením svalového metabolizmu dochádza k myorelaxácii (Šajter a kol., 2005).

***Indikácie:*** herpes simplex, herpes zoster, akne vulgaris, keloidné jazvy, ulcus cruris, opar, lišaj, dekubity neuralgia n.trigeminus, migréna, paréza n. facialis, cefalea, torticolis, cervikokraniálny a cervikobrachiálny syndróm, syndróm karpálneho kanála,

vertebrogénne bolesti, lumbago, Tietzov syndróm, Bechterevova choroba, radiálna a ulnárna epikondylitída, reumatická artritída,
osteoartróza, distorzie, burzitídy, svalové kontraktúry, calcar calcanei, hematómy, edémy, tonzilitída, zápal vonkajšieho ucha, zápaly ďasien, afty, paradentóza, adnexitída, epiziotomia, dysmenorea (Šajter, 2005).

***Kontraindikácie:*** epilepsia a záchvatovité neurologické ochorenia, prekancerózy, zhubné nádory, benigné nádory, dysfunkcia žliaz s vnútornou sekréciou, ožiarenie brucha počas gravidity a menštruácie, horúčkové stavy, infekčné choroby, závažné interné ochorenia, bronchiálna astma, výrazná vyčerpanosť, pacienti pod toxickým vplyvom alkoholu, drog, neožarujú sa materské znamienka, dlhodobo mokvajúce rany, zdurené lymfatické uzliny, štítna žľaza, oblasť implantovaných kardiostimulátorov a pace-mackerov. Prísne kontraindikované je ožiarenie oči (Šajter, 2005).

**POLARIZOVANÉ SVETLO**

Polarizované svetlo je také, lúče ktorého sa pohybujú v jednej rovine. Svetlo je inkoherentné (fázovo posunuté), nízkoenergetické. Ide o viacfarebné svetlo v rozsahu 400-2000 nm, bez UV žiarenia. Polarizované svetlo navodzuje predovšetkým analgetický, protizápalový a biostimulačný efekt. Analgetický efekt je daný jednak znížením citlivosti nervových buniek v mieste prechodu polarizovaného svetla, jednak podporou vylučovania endogénnych opiátov. Na základe ich vylučovania je výrazne znížené vnímanie bolesti. Polarizované svetlo priaznivo ovplyvňuje prevod vzruchu z nervu na svalové vlákno ovplyvnením acetylcholinesterázy.

Protizápalový efekt spočíva v aktivácii všetkých faktorov, ktoré sa podieľajú na likvidácii zápalu. Dochádza k rozšíreniu ciev, zlepšuje sa semipermeabilita bunkových membrán, takže sa normalizuje osmotický tlak, dochádza k ústupu edémov a zápalových procesov. Stimulačný efekt sa vysvetľuje tým, že po aplikácii polarizovaného svetla rastie obsah ATP, čo navodí zrýchlené delenie buniek a to znamená obnovu povrchových vrstiev kože a sliznice. Predpokladom biostimulačného efektu je súčasná urýchlená regenerácia krvných a lymfatických ciev, dôsledkom je tkaninová reparácia (Jančovič, 2004).

**Bioptron**

Svetelná terapia Bioptron vyžaruje osobitný druh svetla, ktoré využíva priaznivé vlastnosti prirodzeného slnečného svetla bez ultrafialového žiarenia a možných škodlivých účinkov. Aplikuje sa priamo na kožu a podporuje regeneračné schopnosti

tela. Pomáha tak telu uvoľniť jeho vlastný liečebný potenciál. Používa sa na zmiernenie bolesti a zníženie jej intenzity, posilňuje svaly ako aj zlepšuje rozsah pohybu tela a pomáha zlepšovať hojenie rán. Po piatich opakovaných pôsobeniach bioptronu sa aktivita a počet fagocytov zvyšuje, avšak v placebovej skupine nie. Množstvo Ig G sa zvyšuje výraznejšie ako v placebovej skupine. Po l0 procedúrach sa zaznamenalo zvýšenie koncentrácie Ig A (o 29 %) a Ig M v porovnaní s placebovou skupinou. Taktiež bol preukázateľný pokles cirkulujúcich imunokomplexov. Preto je možné používať Bioptron pri opakovaných respiračných ochoreniach taktiež pri niektorých alergických ochoreniach (Lapartová, 2009). Vysoký úspech (až 85 %) má liečba vredov predkolenia, alebo otvorených rán.

**Záver**

Fototerapia alebo liečba svetlom je liečby svetelnými lúčmi. Fototerapia a jej systém liečby je všeobecne uznávanou metódou a má dnes už svoje stále a nezastupiteľné miesto v modernej medicíne u nás i v zahraničí. Fototerapia spočíva v každodennom pôsobení veľmi silného celospektrálneho svetelného zdroja.

**Použitá literatúra**

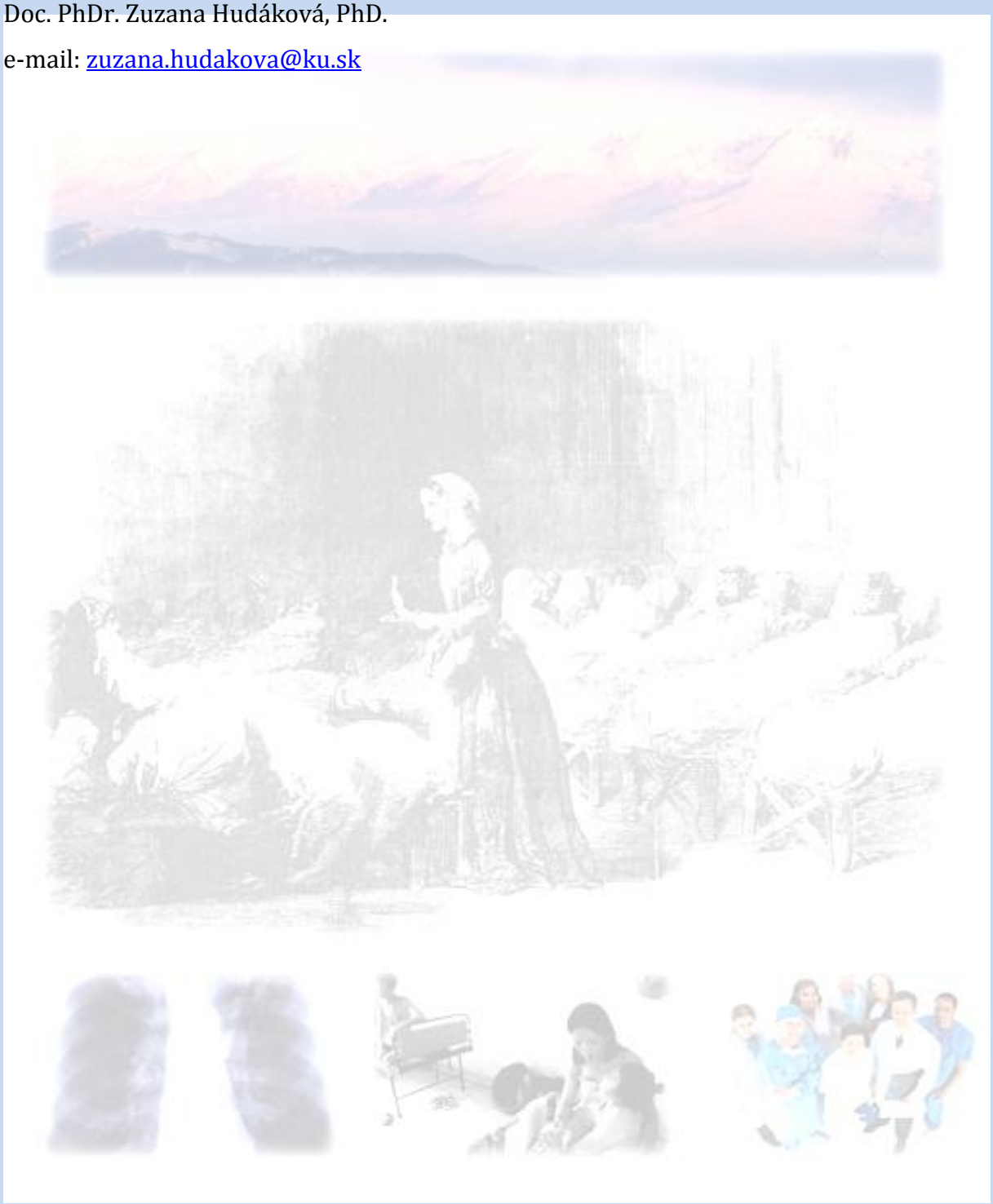

1. ENWEMEKA, S. 2009. Therapeutic Light. [online]. [cit. 07-05-2009]. Dostupné na: http:// www.rehabpub.com/
2. HUDÁKOVÁ, Zuzana. *Fototerapia v rehabilitácii: keď svetlo svieti.* In Zborník z medzinárodnej konferencie VI. ročník Ružomberské zdravotnícke dni. [CD-ROM]. Ružomberok : Verbum, 2011. 544 s. ISBN 978-80-8084-801-9. s. 441-449.
3. HUPKA J. a kol.1993. Fyzikálna terapia, Martin, Osveta, 1993, s. 190 - 221., ISBN 80-217-0568- X.
4. JANČOVIČ, R.2004. Aké je miesto systému svetelnej terapie Bioptron v zdravotnick.praxi? Ambulantná TERAPIA, 2004, október, s. 43 - 46. 204
5. LAPÁRTOVÁ, S. 2009. Biolampa ako liečebný nástroj. [online]. [cit. 18-05-2009]. Dostupné na: http://www.primar.sk/
6. MEFFERT, H. - PIAZENA, H. 2003. Účinky umelého infračerveného žiarenia na ľudí. Rehabilitácia, vol. 40, 2003, č. 4, s. 243 - 249, ISSN 0375-0922.
7. PODĚBRADSKY, J., VARĚKA, I. 1998. Fyzikální terapie I. Grada Publishing, 1998, s. 129 - 148. ISBN 80-7169-661-7.

8. ŠAJTER,V. a kol.2005. Elektroterapia a fototerapia, Martin: Osveta, 2005, s. 100 - 117. ISBN 80-8063-171-9.

**Kontakt na autora:**

Doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk



**TB MANAGEMENT IN NURSING PRACTICE**

**Manažment tuberkulózy v ošetrovateľskej praxi**

Lukáš Kober

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

**Abstract**

**Introduction**

Tuberculosis (TB) has reached epidemiological proportions in many parts of the world. Up to 1,5 mil. people annually die from the disease that is treatable and can be prevented in most cases. Everywhere in the world, nurses meet patients with TB and with people who have typical symptoms.

**Aim of the study**

The main objective of the planned research is to analyze the knowledge of patients, health professionals and the public about tuberculosis. In comparing the statistical significance of the information, we are going to measure the impact of education and ethnic origin to the patient during hospitalization, adaptation to the isolation and the potential impact on the risk of recurrence and repeat hospitalization.

**Methods**

We plan to realize our research between May 2012 and February 2014. A sample of this research will consist of at least 200 patients treated for tuberculosis, 100 health workers and 100 respondents from the general population. Our research will be carried out in three hospitals specializing in treating of TB and MDR TB in Slovakia, the Czech Republic and Poland. We would like to collect data from patients, health professionals and the public by an anonymous questionnaire and interview and observation. The questionnaire is divided into different categories, which map the cultural characteristics, socio - economic indicators, clinical indicators, the level of knowledge of TB and nurses educational activities.

**(Expected) Practical relevance**

As the outcomes will be preparing of the educational materials for patients with tuberculosis, with a focus on ethnic and linguistic background, communication cards to

facilitate communication with immigrants. For health care professionals we will provide validated map of care for patients with tuberculosis, focusing on the specifics of the care, such as epidemiological measures of adherence to barrier nursing techniques.

**Kontakt na autora:**
PhDr. Lukáš Kober
E-mail: lukaskober@gmail.com
Mob.: +421 911 320 339

# STRES A STAN ZDROWIA W GRUPIE PIELĘGNIAREK ODDZIAŁÓW PULMONOLOGICZNYCH

## Stres a zdravire sestier na oddeleniach pneumológie

Anna Andruszkiewicz, Anna Nowakowska, Małgorzata A. Basińska, Alicja Marzec, Mariola Banaszkiewicz, Mirosława Felsmann, Anna Kocięcka

Katedra i Zakład Promocji Zdrowia CM UMK w Toruniu,

UKW Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Instytut Psychologii. Zakładu Psychopatologii i Diagnozy Klinicznej,

Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi.

Zdrowie to jeden z najważniejszych elementów warunkujących zarówno harmonijny rozwój człowieka jak i jego rolę w społeczeństwie, zdolność wykonywania ważnych zadań oraz osiąganie zamierzonych celów. Współczesny świat jest pełen różnego rodzaju zagrożeń dla zdrowia człowieka. Wiele z nich dotyczy środowiska pracy i sposobu funkcjonowania w nim. Postępujące zmiany wymuszają coraz to nowe procesy przystosowawcze w środowisku zawodowym powodując, że osoby pracujące w zmagają się z wieloma sytuacjami trudnymi.

Stres w pracy przeżywa każdy niezależnie od stanowiska, wynagrodzenia i wykonywanego zawodu. Ma on wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo pracowników a także na działanie organizacji**.** Stres zajmuje drugie miejsce wśród najczęściej zgłaszanych problemów zdrowotnych związanych z pracą zawodową; doświadcza go 22% pracowników z 27 państw członkowskich UE [1]. W każdym miejscu pracy można zetknąć się z czynnikami, budzącymi silne negatywne emocje. Czynniki takie nazywa się stresorami. Łoboda pod pojęciem stresorów rozumie „wszelkie formy interakcji jednostki z otoczeniem, które powodują doświadczanie przez nią stresu" [2, s.73].

Sutton i Kahn mianem czynników stresogennych określają „każdy postrzegany subiektywnie lub obiektywnie istniejący czynnik zewnętrzny w postaci wymagania, nacisku, ograniczenia czy deprywacji, który powoduje napięcie objawiające się niezadowoleniem, obniżeniem wydajności lub dolegliwościami somatycznymi" [3, s.14].

Jednak większość definicji dotyczących stresu w pracy opiera się na podejściu relacyjnym, gdzie stres pojawia się jako konsekwencja sytuacji niedopasowania wymogów zewnętrznych do możliwości i potrzeb człowieka. Narodowy Instytut Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy w USA definiuje stres jako szkodliwe właściwości fizyczne i reakcje emocjonalne, które występują, gdy wymogi pracy nie zgadzają się

z możliwościami i zasobami lub potrzebami pracownika [4]. Środowisko pracy obfituje w różnego rodzaju stresory. Pewne czynniki mają charakter obiektywny i dają się ująć ilościowo, np. Obciążenie fizyczne czy zmianowość, inne zaś mają charakter jakościowy: niejednoznaczność roli, mała możliwość kontroli. A ponadto, ludzie różnie reagują na występujące czynniki stresujące w środowisku pracy.

Zawód pielęgniarki jest jednym z najbardziej eksponowanych zawodów ze względu, na specyficzny 314ympto stresu, którego źródłem jest drugi człowiek. Pielęgniarka pracuje w zespole innych pielęgniarek, współpracuje z zespołem lekarskim oraz przedstawicielami innych zawodów medycznych. Współpracuje z pacjentem i jego bliskimi, często w sytuacjach dużego napięcia emocjonalnego. Styka się z całym spektrum problemów, które wykraczają poza obszar zdrowia, często mają one charakter natury psychologicznej i społecznej, dotyczą egzystencjalnych doświadczeń człowieka, jakimi są narodziny, cierpienie i śmierć. Tak, więc, w pracy zawodowej pielęgniarek istnieje wiele płaszczyzn, które mogą być źródłem stresu. Spostrzegany stres roli zawodowej i towarzyszące mu negatywne emocje, jeżeli są odpowiednio silne i przedłużają się w czasie, mogą doprowadzić do wielu trwałych negatywnych następstw, zarówno w sferze poznawczej jak i emocjonalnej, w zachowaniu pracownika, a także w jego stanie zdrowia [5]. Środowisko pracy jest uznawane za jeden z istotniejszych czynników wpływających na zdrowie współczesnego człowieka. Uciążliwe warunki pracy takie jak hałas, złe oświetlenie, zła organizacja na stanowisku pracy, stres, praca w warunkach szkodliwych mogą powodować pogorszenie samopoczucia zarówno fizycznego jak i psychicznego. W pracy pielęgniarki występuje kilka czynników powodujących możliwość pogorszenia się jej stanu zdrowia. Pielęgniarki narażone są na działanie czynników biologicznych, chemicznych, ekonomicznych jak i fizycznych.

Praca pielęgniarek w szpitalu odbywa się w specyficznych, niekorzystnych dla zdrowia warunkach. Praca ta ma bardzo złożoną i specyficzną strukturę, gdyż jest wielozadaniowa. Pielęgniarka wykonuje czynności zabiegowe, pielęgnacyjne, prowadzi dokumentację, obsługuje sprzęt i urządzenia, zbiera wywiad o stanie zdrowia chorych. Od pielęgniarek wymaga się rożnych zdolności , umiejętności i predyspozycji jak również dokładności i precyzji, zwracania uwagi na szczegóły w obserwacji objawów chorobowych u pacjentów. Postępowanie pielęgniarek ma odbywać się według określonych przepisów i zasad. Wszystkie te czynności są nużące i prowadzą do szybkiego zmęczenia, któremu towarzyszy stres spowodowany poczuciem

odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów. Pracę pielęgniarek można zakwalifikować do kategorii średnio-ciężkiej [6], a nawet jak wskazują najnowsze badania do prac ciężkich i bardzo ciężkich [7].

Każda dziedzina pielęgniarstwa stawia inne wyzwania i inne problemy powstające w wyniku pielęgnowania specyficznych pacjentów [8]. Specyfika pracy pielęgniarki na oddziałach pulmonologicznych jest bardzo zróżnicowana. Trafiający na oddział pacjenci to w większości osoby starsze, u których oprócz chorób układu oddechowego współistnieją inne schorzenia. Znaczną grupę stanowią osoby chore przewlekle, u których schorzenie przebiega z nasileniami i częściowymi remisjami (np. Przewlekła obturacyjna choroba płuc, pylice, sarkoidoza lub gruźlica płuc). Chorzy trafiają do oddziału pulmonologicznego z powodu zaburzenia oddychania, które powoduje często silny lęk oraz świadomość zagrożenia życia. Dolegliwości te utrzymując się przez dłuższy czas mają ogromny wpływ na jakość ich życia.

Zawodowe zagrożenia zdrowia pielęgniarek stanowią poważny i niedoceniany problem medyczny i społeczny. Pielęgniarki jak już wcześniej wspomniano podczas pełnienia obowiązków są narażone na działanie różnych czynników, które mogą mieć negatywny wpływ na ich zdrowie fizyczne i psychiczne. Nieliczne badania prowadzone wśród pielęgniarek pulmonologicznych w tym obszarze, inspirują do prowadzenia analiz , których głównym celem była ocena związku pomiędzy subiektywnie odczuwanym stresem a stanem zdrowia w tej grupie.

**Materiał i metody**

Badaniem objęto 50 kobiet pracujących jako pielęgniarki w oddziale pulmonologicznym dwóch Szpitali Specjalistycznych. Średnia wieku badanych pielęgniarek wynosiła 45,10 lat (SD=6,44). Najmłodsza miała 30 lat, a najstarsza 57. Najwięcej osób miało ukończone liceum medyczne i studium medyczne (74%), a najmniej wyższe studia (26%). Najwięcej badanych osób było mężatkami (82%), a najmniej wdowami (4%). Badane pielęgniarki najczęściej miały po dwoje dzieci (52%), a najmniej było osób bezdzietnych (8%). Średni staż pracy wynosił 24,10 lat (SD=6,96). Najkrócej badane pracowały 3 lata, a najdłużej 35 lat. Średnio w miesiącu pracowały po 165,49 godziny (SD=14,30), przy rozpiętości od 140 do 240 godzin. Większość badanych pracowała w wymiarze pełnego etatu (80%) a pozostałe w ramach kontraktu (20%).Większość pielęgniarek pracowała w systemie dwuzmianowym (82%), a tylko nieliczne w systemie trzyzmianowym (6%). Średnia ocena stanu zdrowia badanych pielęgniarek na skali 7-punktowej wynosiła M=4,90 przy SD=1,06. Na ogół badane

pielęgniarki nie chorowały na choroby przewlekłe, jednak niektóre z nich cierpiały na takie schorzenia (tabela 1).

Tabela 1. Liczebność osób cierpiących na określone choroby przewlekłe

| ***Choroby przewlekłe*** | ***Tak*** | | ***Nie*** | |
|---|---|---|---|---|
| | **f** | **%** | **f** | **%** |
| **Choroba niedokrwienna serca** | 1 | 2 | 49 | 98 |
| **Nadciśnienie tętnicze** | 8 | 16 | 42 | 84 |
| **Choroba wrzodowa** | 14 | 28 | 36 | 72 |
| **Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa** | 8 | 16 | 42 | 84 |
| **Nerwica** | 3 | 6 | 47 | 94 |

Do badania zastosowano:

1. Kwestionariusz do Subiektywnej Oceny Pracy autorstwa Dudka i współpracowników. Metoda ta pozwala na ocenę subiektywnego poczucia stresu oraz na określenie, które czynniki są przez badanych odczuwane jako szczególnie stresogenne. Kwestionariusz składa się z 55 stwierdzeń. Wynikiem wskazującym na odczuwane nasilenie stresu w pracy jest suma ocen (punktów) zakreślonych przez badanego w poszczególnych obszarach. Im jest ona wyższa, tym większe jest poczucie stresu badanej osoby [9].

2. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ- 28 został opracowany przez Goldberga, polskiej adaptacji dokonały Makowska i Merecz. GHQ-28 mierzy ogólny stan zdrowia psychicznego oraz cztery jego wymiary tj.: nasilenie symptomów somatycznych (Skala A), poziom niepokoju i bezsenności (Skala B), zaburzenia funkcjonowania (Skala C) oraz objawy depresji (Skala D). Kwestionariusz ten może być stosowany do oceny psychologicznych konsekwencji narażenia na stres związany z pracą. Wykazano, że GHQ-28 ma zadowalającą rzetelność w związku, z czym można go zastosować w badaniach naukowych, jako narzędzie oceny zdrowotnych konsekwencji narażenia na stresory zawodowe wtedy, gdy zależy nam na szybkiej diagnozie. Polska wersja tego narzędzia charakteryzuje się także dobrą trafnością [10].

3. Skala własnej konstrukcji do 317ymptom317 danych służących do scharakteryzowania grupy ze względu na zmienne społeczno-demograficzne, związane z miejscem pracy i stanem zdrowia badanych pielęgniarek

Badania zostały zrobione w modelu korelacyjnym. Zastosowano następujące testy statystyczne:

1. Do opisu zmiennych w grupach średnią (M) i odchylenie standardowe (SD) oraz liczebność (f) i procent (%);
2. Do określenia kierunku i siły związku pomiędzy zmiennymi test korelacji liniowej r-Pearsona (zachodziła liniowość związku pomiędzy zmiennymi i zmienne miały charakter ilościowy) lub test nieparametryczny R Spearmana, gdy nie zachodziła liniowość związku pomiędzy zmiennymi lub zmienne miały charakter jakościowy.
3. Do określenia istotności różnic między dwoma średnimi zastosowano parametryczny test t-Studenta.

**Wyniki**

Pierwszym etapem analizy miał na celu ocenę subiektywnego odczucia stresu w pracy przez badane pielęgniarki. Wyniki prezentuje tabela 2 i 3.

Średnie nasilenie stresu w badanej grupie jest lekko podwyższone (7,04 stena; tabela 2).

Tabela 2. Statystyki opisowe dla stresu w badanej grupie

| *Wymiary stresu w pracy* | *N* | *M* | *SD* | *Minimum* | *Maksimum* |
|---|---|---|---|---|---|
| **Poczucie psychicznego obciążenia związane ze złożonością pracy** | 48 | 17,06 | 5,12 | 9,00 | 30,00 |
| **Brak nagród w pracy** | 48 | 16,90 | 5,16 | 8,00 | 28,00 |
| **Poczucie niepewności wywołane organizacją pracy** | 48 | 17,44 | 5,80 | 7,00 | 31,00 |
| **Kontakty społeczne** | 48 | 10,21 | 1,93 | 6,00 | 15,00 |
| **Poczucie zagrożenia** | 48 | 12,08 | 3,12 | 6,00 | 19,00 |
| **Uciążliwości fizyczne** | 48 | 7,02 | 3,30 | 4,00 | 16,00 |
| **Nieprzyjemne warunki pracy** | 48 | 4,88 | 2,36 | 3,00 | 11,00 |
| **Brak kontroli** | 48 | 7,77 | 1,84 | 5,00 | 14,00 |
| **Brak wsparcia** | 48 | 4,73 | 1,75 | 3,00 | 11,00 |
| **Poczucie odpowiedzialności** | 48 | 9,79 | 2,60 | 5,00 | 15,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Subiektywna ocena pracy – wynik surowy** | 48 | 113,46 | 22,44 | 69,00 | 152,00 |
| **Subiektywna ocena pracy – wynik przeliczony** | 48 | 7,04 | 1,68 | 2,00 | 10,00 |

Najwięcej osób twierdziło, że źródło stresu w pracy tkwi w tym, że praca wiąże się z dużym poczuciem odpowiedzialności i z poczuciem zagrożenia oraz wymaga kontaktów społecznych. Najrzadziej zdaniem badanych pielęgniarek źródło stresu wiąże się z poczuciem psychicznego obciążenia związanego ze złożonością pracy i nieprzyjemnymi warunkami pracy (tabela 3).

Tabela 3. Liczebność osób o wysokim i niskim nasileniu stresu w pracy w poszczególnych wymiarach

| ***Wymiary stresu w pracy*** | ***Wysokie*** | | ***Niskie*** | |
|---|---|---|---|---|
| | **f** | **%** | **f** | **%** |
| **Poczucie psychicznego obciążenia związane ze złożonością pracy** | 20 | 42 | 28 | 58 |
| **Brak nagród w pracy** | 32 | 67 | 16 | 33 |
| **Poczucie niepewności wywołane organizacją pracy** | 30 | 62,5 | 18 | 37,5 |
| **Kontakty społeczne** | 37 | 77 | 11 | 23 |
| **Poczucie zagrożenia** | 34 | 71 | 14 | 29 |
| **Uciążliwości fizyczne** | 22 | 46 | 26 | 54 |
| **Nieprzyjemne warunki pracy** | 20 | 42 | 28 | 58 |
| **Brak kontroli** | 23 | 48 | 25 | 52 |
| **Brak wsparcia** | 25 | 52 | 23 | 48 |
| **Poczucie odpowiedzialności** | 40 | 83 | 8 | 17 |

W kolejnym etapie analizy dokonano oceny stan zdrowia pielęgniarek przy pomocy Kwestionariusza GHQ-28. Wyniki prezentuje tabela (4). Średnie nasilenie nieprawidłowości w zdrowiu w badanej grupie jest na poziomie przeciętnym. Badane pielęgniarki nie ujawniają zaburzeń typu: depresyjnego (skala D), ujawniają najczęściej problemy zdrowotne typu: objawy somatyczne (skala A), niepokój, bezsenność (skala B) oraz zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym (skala C ).

Tabela 4. Statystyki opisowe dla skali GHQ w badanej grupiey (N=50)

| *Stan zdrowia* | *M* | *SD* | *Minimum* | *Maksimum* |
|---|---|---|---|---|
| **GHQ 28 A – objawy somatyczne** | 7,28 | 3,85 | 0,00 | 18,00 |
| **GHQ 28 B – niepokój i bezsenność** | 7,18 | 4,50 | 0,00 | 19,00 |
| **GHQ 28 C – zaburzenia funkcjonowania społecznego** | 7,16 | 1,80 | 3,00 | 14,00 |
| **GHQ 28 D – 319ymptom depresji** | 1,26 | 1,70 | 0,00 | 7,00 |
| **Suma GHQ – wynik średni** | 22,88 | 8,98 | 7,00 | 52,00 |
| **Suma GHQ – wynik przeliczony** | 4,82 | 1,69 | 1,00 | 9,00 |

Kolejny etap badań miał dać odpowiedź na pytanie: Czy istnieje związek między odczuwanym stresem a stanem zdrowia w badanej grupie pielęgniarek. Wyniki prezentują tabele 5 i 6. Poczucie psychicznego obciążenia związane ze złożonością pracy koreluje dodatnio na poziomie istotnym statystycznie z objawami w ogóle, a szczególnie z objawami typu A – objawy somatyczne i C – zaburzenia funkcjonowania społecznego. Brak nagród w pracy i Poczucie odpowiedzialności korelują dodatnio na poziomie istotnym statystycznie z objawami typu C – zaburzenia funkcjonowania społecznego. Uciążliwości fizyczne korelują dodatnio na poziomie istotnym statystycznie z objawami typu A – objawy somatyczne .Brak kontroli koreluje dodatnio na poziomie istotnym statystycznie z objawami typu B – niepokój i bezsenność. Brak wsparcia koreluje dodatnio na poziomie istotnym statystycznie z objawami typu A – objawy somatyczne i D – symptomy depresji oraz z ich sumą. Poczucie odpowiedzialności koreluje dodatnio na poziomie istotnym statystycznie z objawami typu C – zaburzenia funkcjonowania społecznego (tabela 5).

Tabela 5. Korelacja r-Pearsona pomiędzy aspektami zdrowia a stresem w pracy

| *Wymiary stresu w pracy* | | *A* | *B* | *C* | *D* | *GHQ 28* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Poczucie psychicznego** | **r** | **0,399** | 0,197 | **0,519** | 0,058 | **0,384** |
| **obciążenia związane ze** | **p** | **0,005** | 0,181 | **0,000** | 0,695 | **0,007** |
| **złożonością pracy** | | | | | | |
| **Brak nagród w pracy** | **r** | 0,269 | 0,034 | **0,428** | -0,135 | 0,191 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **p** | 0,065 | 0,816 | **0,002** | 0,360 | 0,193 |
| **Poczucie niepewności wywołane** | **r** | 0,229 | 0,275 | 0,159 | 0,008 | 0,271 |
| **organizacją pracy** | **p** | 0,118 | 0,059 | 0,281 | 0,956 | 0,063 |
| **Uciążliwości fizyczne** | **r** | **0,325** | 0,147 | 0,144 | 0,141 | 0,268 |
| | **p** | **0,024** | 0,321 | 0,330 | 0,339 | 0,065 |
| **Nieprzyjemne warunki pracy** | **r** | -0,112 | -0,076 | 0,010 | 0,030 | -0,079 |
| | **p** | 0,449 | 0,607 | 0,946 | 0,839 | 0,595 |
| **Brak kontroli** | **r** | 0,216 | **0,409** | 0,031 | 0,163 | **0,338** |
| | **p** | 0,140 | **0,004** | 0,833 | 0,270 | **0,019** |
| **Brak wsparcia** | **r** | **0,380** | 0,256 | 0,253 | **0,337** | **0,407** |
| | **p** | **0,008** | 0,079 | 0,083 | **0,019** | **0,004** |
| **Poczucie odpowiedzialności** | **r** | 0,109 | 0,149 | **0,387** | 0,042 | 0,208 |
| | **p** | 0,462 | 0,312 | **0,007** | 0,775 | 0,157 |

p – poziom istotności; istotny gdy mniejszy od 0,05

Kontakty społeczne korelują dodatnio na poziomie istotnym statystycznie z objawami typu A – objawy somatyczne, typu B – niepokój i bezsenność i sumą objawów. Subiektywna ocena pracy koreluje dodatnio na poziomie istotnym statystycznie z objawami typu A – objawy somatyczne, typu B – niepokój i bezsenność, typu C – zaburzenia funkcjonowania społecznego i sumą objawów (tabela 6). To znaczy, że gdy badane pielęgniarki doświadczają wymienionych wymiarów stresu to doznają też odpowiednio częściej objawów określonego typu.

Tabela 6. Korelacja R-Spearmana pomiędzy aspektami zdrowia a stresem w pracy

| ***Pary zmiennych*** | ***N*** | ***R – Spearman*** | ***t(N-2)*** | ***p*** |
|---|---|---|---|---|
| **Kontakty społeczne & A** | 48 | **0,373** | **2,729** | **0,009** |
| **Kontakty społeczne & B** | 48 | **0,423** | **3,162** | **0,003** |
| **Kontakty społeczne & C** | 48 | 0,244 | 1,709 | 0,094 |
| **Kontakty społeczne & D** | 48 | 0,120 | 0,819 | 0,417 |
| **Kontakty społeczne & GHQ 28** | 48 | **0,397** | **2,938** | **0,005** |
| **Poczucie zagrożenia & A** | 48 | 0,031 | 0,212 | 0,833 |
| **Poczucie zagrożenia & B** | 48 | 0,149 | 1,020 | 0,313 |
| **Poczucie zagrożenia & C** | 48 | 0,274 | 1,934 | 0,059 |
| **Poczucie zagrożenia & D** | 48 | 0,165 | 1,137 | 0,261 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Poczucie zagrożenia & GHQ 28** | 48 | 0,182 | 1,258 | 0,215 |
| **Subiektywna ocena pracy & A** | 48 | **0,299** | **2,123** | **0,039** |
| **Subiektywna ocena pracy & B** | 48 | **0,381** | **2,797** | **0,008** |
| **Subiektywna ocena pracy & C** | 48 | **0,416** | **3,101** | **0,003** |
| **Subiektywna ocena pracy & D** | 48 | 0,107 | 0,733 | 0,467 |
| **Subiektywna ocena pracy & GHQ 28** | 48 | **0,421** | **3,146** | **0,003** |

Pozostałe rodzaje stresu w pracy nie ujawniają związku istotnego statystycznie ze zdrowiem (tabela 5 i 6).

W następnym etapie sprawdzono różnice w nasileniu skarg na stan zdrowia w zależności od poczucia stresu w pracy. W tym celu badane pielęgniarki przydzielono do jednej z trzech grup: niskie poczucie stresu (n=2; 4%), średnie poczucie stresu (n=19; 40%) i wysokie poczucie stresu (n=27; 56%). Otrzyma wyniki pokazują, że badane pielęgniarki różnią się istotnie w zgłaszaniu skarg na zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym w zależności od nasilenia stresu w pracy. Istotnie częściej zgłaszają je pielęgniarki doznające wysokiego nasilenia stresu w pracy w porównaniu do tych z przeciętnie nasilonym stresem (tabela 7).

Tabela 7. Istotność różnic między średnimi dla skarg na stan zdrowia ze względu na nasilenie stresu

| **Rodzaje objawów** | **Wysokie nasilenie stresu** | | **Przeciętne nasilenie stresu** | | **t** | **p** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **M** | **SD** | **M** | **SD** | | |
| **GHQ 28 A – objawy somatyczne** | 8,56 | | 6,63 | 3,201 | 1,836 | 0,073 |
| **GHQ 28 B – niepokój i bezsenność** | 8,00 | 4,47 | 6,79 | 4,492 | 0,902 | 0,372 |
| **GHQ 28 C – zaburzenia funkcjonowania społecznego** | 7,67 | 1,86 | 6,63 | 1,461 | 2,023 | 0,049 |
| **GHQ 28 D – 321ymptom depresji** | 1,48 | 1,78 | 1,16 | 1,708 | 0,616 | 0,541 |
| **Suma GHQ – wynik średni** | 25,70 | 8,68 | 21,21 | 7,649 | 1,814 | 0,077 |
| **Suma GHQ – wynik przeliczony** | 5,37 | 1,36 | 4,58 | 1,575 | 1,819 | 0,076 |

**Dyskusja**

Zawody służb społecznych, w tym zawód pielęgniarki, jak pokazują wyniki badań są zaliczane do zawodów silnie stresujących. Cechą wspólną tych profesji jest bezpośrednia praca z ludźmi i niesienie im pomocy a to z kolei wymaga wysokiego zaangażowania emocjonalnego czego skutkiem są wysokie koszty psychologiczne ponoszone przez pracowników [11]. Nasilenie stresu w badanej grupie pielęgniarek pracujących na oddziale pulmonologicznym jest podwyższone (M=7,04 stena). Z pośród wielu czynników będących źródłem stresu w pracy pielęgniarki wskazały jako główne – w 83% - poczucie odpowiedzialności. Odpowiedzialność pielęgniarek wiąże się przede wszystkim z koniecznością podejmowania szybkich decyzji w stanach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów, a to pociąga za sobą odpowiedzialność za życie drugiego człowieka. W badaniach przeprowadzonych przez Grzegorzewską [12], 66% pielęgniarek wskazało poczucie odpowiedzialności jako źródło stresu w swojej pracy. Andruszkiewicz z zespołem [13] w badaniach 468 pielęgniarek również wskazała na poczucie odpowiedzialności jako czynnik najbardziej stresujący w tej grupie zawodowej. Wyniki badań przeprowadzone w 10 krajach Unii Europejskiej i w Norwegii w ramach europejskiego projektu NEXT wykazały, że stres osiąga w środowisku polskich pielęgniarek wysoki poziom. Polska zajmuje drugie miejsce pod względem poziomu stresu [14]. Innym czynnikiem stresogennym występującym w oddziałach pulmonologicznych, na który wskazały pielęgniarki są kontakty społeczne, czynnik ten uznało za stresujący 77% badanych. Do kontaktów społecznych jakie nawiązuje pielęgniarka w swej pracy zaliczamy: kontakt z chorym i jego rodziną, współpracę z innymi pielęgniarkami, przełożonymi jak oddziałowa, ordynator oraz innymi pracownikami biorącymi udział w procesie terapii chorego. W badaniach przeprowadzonych przez Tartas [15] 67% pielęgniarek wskazało współpracę z innymi członkami zespołu terapeutycznego, jako źródło stresu. Polskie pielęgniarki w badaniach NEXT (ze wszystkich 10 krajów) najgorzej ze wszystkich oceniały swoje relacje z lekarzami [14].

Sytuacja zdrowotna badanych pielęgniarek wskazuje, że nasilenie nieprawidłowości w stanie zdrowia w badanej grupy jest na poziomie przeciętnym M=4,82 stena według danych normalizacyjnych [10, s. 247]. Najczęściej zgłaszanymi zaburzeniami są: objawy somatyczne (skala A) oraz zaburzenia snu i niepokój (skala B). Za pozytywny fakt należy uznać nie występowanie u badanych zaburzeń typu depresyjnego (skala D). Podobne wyniki w badaniach Kwestionariuszem GHQ-28

uzyskały Andruszkiewicz i Kocięcka z zespołem [16, 17]. Tylko nieliczne pielęgniarki deklarowały, że chorują, najczęściej występującym schorzeniem była choroba wrzodowa (28%) oraz nadciśnienie tętnicze (16%) i nerwice (16%). Uzyskane wyniki pozostają w zgodności z innymi potwierdzającymi że pielęgniarki cierpią z powodu chorób psychosomatycznych, a biorąc pod uwagę starzenie się tej grupy zawodowej średnia wieku badanych wynosiła M=45,10 lat można przypuszczać, że ten problem będzie się nasilał [18, 19].

Badania własne wykazały również, że istnieje związek pomiędzy odczuwanym stresem a stanem zdrowia pielęgniarek pracujących w oddziałach pulmonologicznych. Stresująca praca prowadzi do przemęczenia, które objawia się upośledzeniem ogólnej aktywności psychoruchowej, pogorszeniem samopoczucia, wzmożeniem napięcia psychoruchowego oraz osłabieniem reakcji emocjonalnych. Przewlekłe reakcje stresowe prowadzą też do zaburzeń wewnątrzustrojowych, zaburzeń psychosomatycznych i zespołów nerwicowych. W reakcji organizmu uczestniczy głównie układ wegetatywny, który jest w tej sytuacji najbardziej narażony na uszkodzenia. Wśród licznych zaburzeń wegetatywnych wymienia się: bóle głowy, ogólne osłabienie, brak łaknienia, wybuchowość, nadmierną potliwość, zaburzenia snu, zaburzenia czynności narządów wewnętrznych (np. Kołatanie i bóle w okolicy serca, okresowe biegunki na przemian z zaparciem). Występują też lęki, niezdecydowanie, osłabienie woli, niechęć do pracy i apatia [20].

Niepokojące są wyniki wskazujące na występowanie podwyższonych zaburzeń funkcjonowania społecznego w tej podgrupie, która doświadcza silnego stresu w pracy.

Reasumując można stwierdzić, że bardzo ważnym elementem chroniącym pielęgniarki przed zaburzeniami funkcjonowania w pracy i pogorszeniem ich zdrowia może być nie tylko podnoszenie kwalifikacji zawodowych i szkolenia w zakresie umiejętności interpersonalnych, ale uczenie radzenia sobie ze stresem. Uwzględniając rodzaje profilaktyki celowe wydają się oddziaływania prowadzone dwukierunkowo: oddziaływania skierowane na te pielęgniarki, u których nie stwierdzono jeszcze zaburzeń w funkcjonowaniu zawodowym i pogorszenia stanu zdrowia psychicznego, a ze względu na specyfikę miejsca pracy, stanowiących grupę ryzyka. Oddziaływania skierowane na te pielęgniarki, które wykazały zaburzenia w funkcjonowaniu w pracy zawodowej oraz pojawiły się symptomy somatyczne, bezsenność, wzrósł poziom niepokoju, zaburzenia funkcjonowania czy objawy depresji. Działania te mogłyby obejmować: redukcję napięcia psychicznego poprzez różnego rodzaju treningi ćwiczenia

relaksacyjne czy grupy wsparcia np. Grupy Balinta; wzmacnianie poczucia własnej wartości, skuteczności czy optymizm poprzez ćwiczenia pozytywnego myślenia; kształtowanie zachowań asertywnych oraz zwiększenie kontroli emocjonalnej; kształtowanie strategii radzenia sobie ze stresem, które koncentrują się na problemie, przede wszystkim poprzez aktywne planowanie, radzenie czy poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, informacyjnego; kształtowanie umiejętności rozwiązywania problemów i podejmowania prawidłowych decyzji.

**Wnioski**

1. Pielęgniarki pracujące na oddziałach pulmonologicznych uznały poczucie odpowiedzialności, kontakty społeczne oraz poczucie zagrożenia jako czynniki najbardziej stresogenne w ich pracy.
2. Badane najczęściej zgłaszały problemy zdrowotne związane z objawami somatycznymi oraz bezsennością i niepokojem.
3. Pielęgniarki, które silniej odczuwały stresu w pracy zgłaszały większe nasilenie dolegliwości zdrowotnych głównie zaburzeń funkcjonowania społecznego.

**Piśmiennictwo**

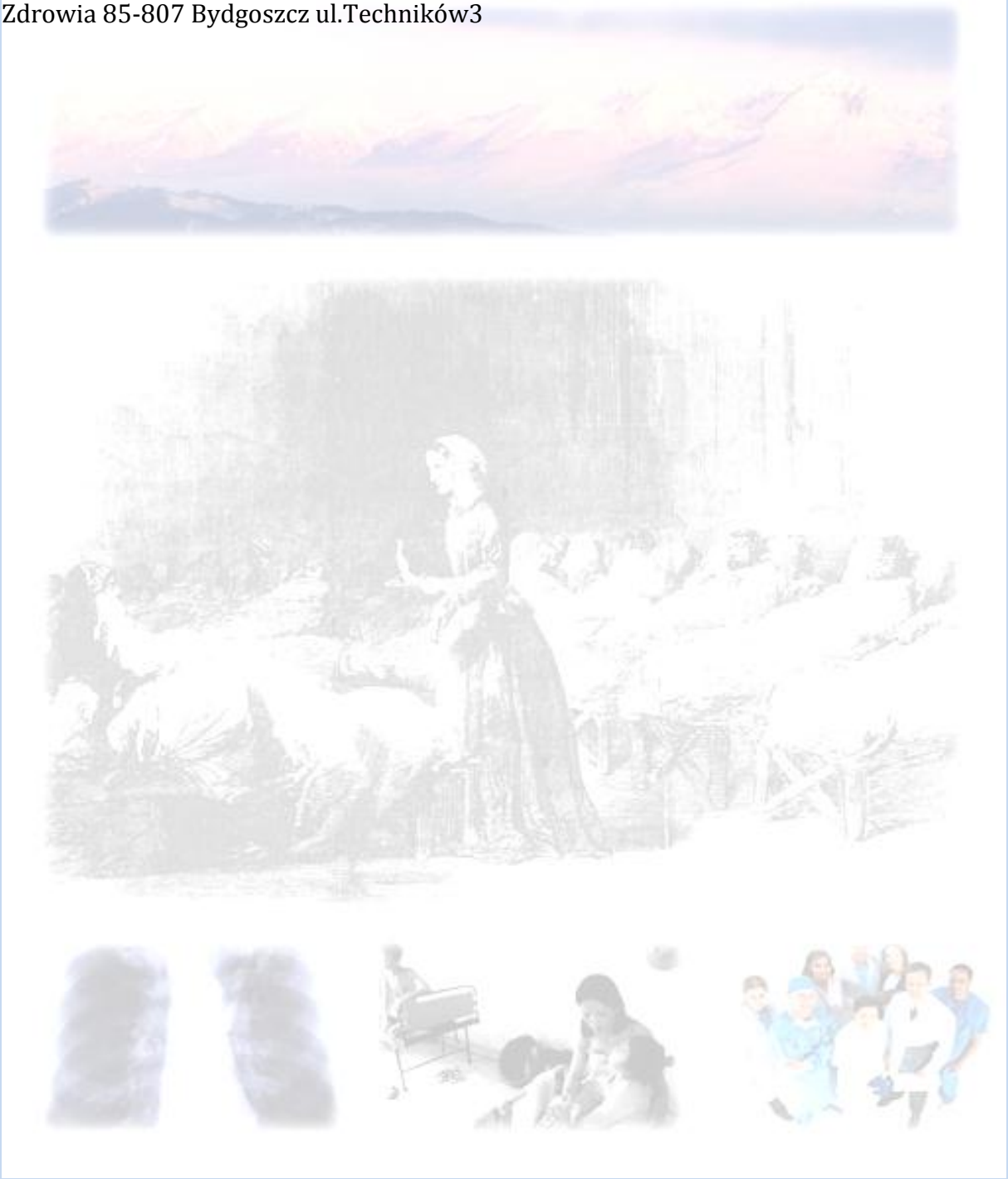

1. www.osha.europa.eu.pl dane pozyskane w dniu 20.02.2009 .
2. Łoboda M.: Czynniki stresogenne w organizacji, (w): Biela A.(red.), Stres w pracy zawodowej. Wybrane zagadnienia, Wydawnictwo KUL, Lublin 1990, 67-94.
3. Kasl S.: Wkład epidemiologii do badań nad stresem, (w): Cooper C., Payne R. (red.), Stres w pracy, PWN, Warszawa, 1987, 10-81.
4. Sauter S. I wsp.: Stress at work, National Institute of Occpational Safety and Healh, 1998, 99-101.
5. Borsucki Z.: Samoakceptacja i kompetencje interpersonalne a spostrzeganie stresu roli zawodowej, (w) Biela A., (red.) Stres w pracy zawodowej. Wybrane zagadnienia, Wydawnictwo KUL, Lublin 1990.
6. Ksykiewicz-Dorota A., Germasim B., Zagórski J., Sadło J.: Ocena obciążenia pracą fizyczną na stanowisku pielęgniarki odcinkowej w oddziale szpitalnym, Zdrowie Publiczne, 1992, 103, 10, 514-519.
7. Kułagowska E., Kosińska M.: Obciążenie fizyczne pielęgniarek – teoria i praktyka, Zdrowie Publiczne, 2002, 112, supl. 1, 113-117.

8. Mojs E., Głowacka M,: Wypalenie zawodowe u Polskich Pielęgniarek, Nowiny Lekarskie, 2005, 238–243.
9. Dudek B., Waszkowska M., Hanke W.: Ochrona zdrowia pracowników przed negatywnymi skutkami stresu zawodowego. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999.
10. Makowska Z., Merecz D. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28. Instytut Medycyny Pracy im prof. J. Nofera, Łódź 2001.
11. Sygit E. (2009). Długoletni staż zawodowy pielęgniarek – droga ku wypaleniu zawodowemu. Annalies Academiae Medicae Stetinensis 55, 2, 83-89.
12. Grzegorzewska M.: Zawód nadmiernie obciążony. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2008, 3, 20-21.
13. Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M., Felsmann M., Marzec A., Kiełbratowska B., Kocięcka A.: Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2011, 19 (2): 143-147.
14. NEXT, konferencja naukowa pt.: Pielęgniarek polskich portret własny z Europą w tle, raport z badań europejskiego projektu NEXT, 2005.
15. Tartas M., Derewicz G., Walkiewicz M., Waldemar Budziński.: Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym hospicjum oraz chirurgii ogólnej. Annales Academiae Medicae Gedanensis , 2009, 39, 145–153.
16. Andruszkiewicz A. Typy zachowań w pracy i wpływ na zdrowie psychiczne pielęgniarek, Problemy Pielęgniarstwa ,2010,18 (2), 91-96.
17. Kocięcka A., Andruszkiewicz A., Wrońska I.: Poczucie koherencji a stan zdrowia pielęgniarek czynnych zawodowo. Problemy Pielęgniarstwa, 2010, 10 (2), 139-144.
18. Kowalczuk K, Krajewska-Kułak E, Jankowiak B, Klimaszewska K, Rolka H, Kondzior D, Kowalewska B. Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy-doniesienie wstępne. Problemy. Higieny i Epidemiologii,2008, 89 (2), 112-118.
19. Gugała B.Stres w pracy pielęgniarek. Pielęgniarka i Położna 2003, (1), 18-23.

20. Kimak K., Kimak K., Skorek K. Stres w środowisku zawodowym pielęgniarki , Zdrowie Publiczne, 2000 ,12, 427-431.

**Kontakt na autora:**

Adres do korespondencji: anna.andruszkiewicz@cm.umk.pl Katedra i Zakład Promocji Zdrowia 85-807 Bydgoszcz ul.Techników3



# Funkcjonowanie w chorobie przewlekłej na przykładzie pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego- wyzwaniem dla współczesnego pielęgniarstwa

# Fungovanie chronických ochorení na príklade pacientov s respiračnými ochoreniami

Anna Andruszkiewicz, Małgorzata Śpiewak

Katedra i Zakład Promocji Zdrowia Collegium Medicum UMK w Toruniu

Badania finansowane z grantu utrzymanie potencjału badawczego Katedry i Zakładu Promocji Zdrowia na rok 2012 nt. Czynniki wpływające na skuteczność edukacji zdrowotnej w grupie pacjentów z chorobami przewlekłymi

Najnowsze dane epidemiologiczne wskazują na wzrost liczby chorych przewlekle, schorzenia te stają się poważnym problemem współczesnej medycyny, statystyki pokazują, że 60% zgonów na świecie jest spowodowanych chorobami przewlekłymi, dotknięta jest nimi, co raz większa liczba osób w wieku produkcyjnym [1]. Choroby przewlekłe, są najpoważniejszym problemem społecznym i zdrowotnym społeczeństw, wyzwaniem dla współczesnego pielegniarstwa. Przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD, *chronic respiratory diseases*) stanowią znaczącą grupę poważnych schorzeń dróg oddechowych i innych struktur układu oddechowego, stanowią poważny problemy w zakresie zdrowia publicznego na całym świecie, jednak szczególnie w krajach rozwijających się i wśród ludności o niskim statusie społecznym. Choroby układu oddechowego to jedne z najczęstszych schorzeń we współczesnym świecie. Obecnie, choroby układu oddechowego (za sprawą przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, raka płuc, gruźlicy i zakażeń dróg oddechowych) są drugą co do częstości przyczyną zgonów na świecie, przy czym zapadalność na te schorzenia systematycznie rośnie. Powstaniu i koordynacji działań zmierzających do poprawy nadzoru epidemiologicznego, diagnozowania, prewencji i leczenia przewlekłych chorób układu oddechowego były poświęcone 4 kolejne spotkania konsultacyjne WHO zakończone powstaniem Światowego Sojuszu Przeciwko Przewlekłym Chorobom Układu Oddechowego, w skrócie GARD (*Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases*) [2].

Funkcjonowanie w chorobie to sposób, w jaki pacjenci sobie z nią radzą, jak się wobec niej zachowują, ale także, jak spełniają wynikające z choroby zadania. Sytuacja choroby, jak każda, ze względu na swoją specyfikę, wartości i możliwości, wymusza

określoną aktywność podmiotu [3]. Zawiera w sobie aspekty poznawcze, behawioralne, jak i emocjonalne. Pokazuje , jak chorzy postrzegają chorobę, co o niej myślą, jak ją rozumieją, jakie specyficzne zachowania podejmują. Ponadto opisuje reakcje emocjonalne pacjenta, odczucia towarzyszące mu podczas procesu diagnozy i leczenia. Funkcjonowanie w chorobie jest wyznaczane przez różne, wzajemnie na siebie oddziaływujące elementy. Upraszczając znacznie zagadnienie można powiedzieć, że są dwie główne grupy: uwarunkowania zewnętrzne (np.: dostępność do świadczeń medycznych, sytuacja życiowa, itp.) oraz uwarunkowania wewnętrzne związane z szeroko rozumianymi właściwościami jednostki np.poczuciem koherencji i umiejscowieniem kontroli zdrowia[4].

W promocji zdrowia od lat akcentuje się znaczenie reprezentacji poznawczej dla zdrowia i choroby. Elementem, który ma zasadnicze znaczenie jest poczucie koherencji, zdaniem autora tego konstruktu [5], jest kluczowe dla utrzymania zdrowia. To dzięki niemu ludzie radzą sobie ze stresem i nie chorują lub szybko wracają do zdrowia. Poczucie koherencji (SOC, *sense of coherence*) zgodnie z definicją Antonowsky'ego to „globalna orientacja człowieka wyrażająca stopień,w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że : 1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny; 2) dostępne sa zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; 3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania" [5 s. 34]. Poczucie koherencji jest złożoną zmienną podmiotową składająca się z trzech zasadniczych komponentów: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności i poczucia sensowności.Poczucie koherencji jako zmienna osobowościowa wpływa na funkcjonowanie człowieka w różnych jego obszarach oraz, co potwierdziły badania , wpływa pozytywnie i w sposób zróżnicowany , bezposredni i pośredni- zależnie od ukształtowania na zdrowie[5].

Od blisko dwudziestu lat wielkim zainteresowaniem nauk społecznych cieszy się problematyka poczucia kontroli. Konstrukt umiejscowienia kontroli został wprowadzony do literatury przez Juliana Rottera, który zauważył, że ludzie mają odmienne sposoby interpretowania zdarzeń. Autor wyróżnił zewnętrzne i wewnętrzne umiejscowienie kontroli. Pierwsze pojmuje zdarzenia jako konsekwencje własnych działań, osobistej kontroli, drugie natomiast pojmowane jest jako czynnik pozostający poza kontrolą osobistą. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, w porównaniu z zewnętrznym, wyraża własne wysiłki do kontrolowania środowiska, branie

odpowiedzialności za swoje działania, poszukiwanie informacji, uczenie się oraz podejmowanie bardziej autonomicznych decyzji [6]. Tak więc, indywidualna kontrola zdrowia może być umiejscowiona wewnętrznie lub zewnętrznie. Oznacza stopień odpowiedzialności jednostki za wydarzenia mające miejsce w jej życiu oraz za stan zdrowia. Jak pokazują badania wewnętrzna kontrola sprzyja sukcesom w dążeniu do prawidłowej wagi oraz rzucaniu nałogu palenia. Osoby o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli upatrują przyczyny stanu swojego zdrowia w innych ludziach lub w przypadku. Umiejscowienie kontroli zdrowia w czynnikach zewnętrznych nie sprzyja podejmowaniu działań prozdrowotnych [2].

Wyniki licznych badań świadczą o związkach i zależnościach przyczynowo-skutkowych między zachowaniem a stanem zdrowia jednostki. W literaturze zajmującej się problematyką zachowań zdrowotnych nie jest stosowana jednolita terminologia. Przy istniejących różnicach definicyjnych autorzy zgodnie podkreślają jeden wspólny komponent zachowań zdrowotnych, jest to dokonywanie przez człowieka świadomego wyboru zachowania spośród alternatywnych, mających korzystny lub niekorzystny wpływ na zdrowie [7].Gochman, do obszaru zachowań zdrowotnych zalicza takie osobiste atrybuty, jak przekonania, motywy, spostrzeżenia i inne elementy poznawcze, właściwości osobowościowe ze stanami i cechami uczuciowymi i emocjonalnymi włącznie oraz wzorce jawnego zachowania, działania i nawyki, które wiążą się z utrzymaniem i polepszaniem zdrowia [8]. Juczyński dzieli zachowania zdrowotne na cztery kategorie:

- prawidłowe nawyki żywieniowe (istotny jest tu przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności, tj. pieczywo pełnoziarniste, owoce i warzywa),
- zachowania profilaktyczne (przestrzeganie zaleceń zdrowotnych, uzyskiwanie informacji na temat zdrowia i choroby),
- praktyki zdrowotne (codzienne nawyki dotyczące snu, aktywności fizycznej),
- pozytywne nastawienie psychiczne (czynniki psychologiczne, tj. unikanie zbyt silnych emocji, stresu i napięć)[8].

Różnorodne czynniki ryzyka i czynniki ochronne współdziałają w procesie przystosowania do trudnych wymagań przewlekłej choroby somatycznej. Prezentowane badania mają na celu, zgodnie z paradygmatem salutogenetycznym, wskazanie tych predyspozycji osobowościowych, dzięki którym przystosowanie do choroby i funkcjonowanie w niej jest bardziej adaptacyjne i zbliża chorego ku szeroko rozumianemu biegunowi zdrowia. Głównym celem podjętych badań była próba oceny

związku pomiędzy poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi i umiejscowieniem kontroli zdrowia w grupie pacjentów z chorobami układu oddechowego.

**Materiał i metody**

Przebadano razem 60 osób, w tym 37 (62%) kobiet i 23 (38%) mężczyzn. Średnia wieku dla wszystkich wynosiła 53,85 lat (przy SD=16,07). Najmłodsza osoba miała 20 lat, a najstarsza 88. Mężczyźni byli nieznacznie starsi (M=56,85; SD=11,68) od kobiet (M=52,00; SD=18,18). Więcej osób mieszkało na wsi (54,24%) niż w mieście (45,76%). Najwięcej osób miało wykształcenie średnie (88,33%), a najmniej podstawowe(10,00%). Wszystkie badane osoby miały zdiagnozowane przwlekłe schorzenia układu oddechowego (astmę, obturacyjną chorobę płuc lub raka płuc).

Zastosowano następujące narzędzia badawcze:

1. **Inwentarz Zachowań Zdrowotnych IZZ - Juczyńskiego,** który zawiera 24 stwierdzenia opisujące zachowania związane ze zdrowiem. Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstotliwość poszczególnych zachowań ustala się ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych: *prawidłowych nawyków żywieniowych*, uwzględniających rodzaj spożywanej żywności, *zachowań profilaktycznych* dotyczących przestrzegania zaleceń zdrowotnych, *praktyk zdrowotnych* obejmujących codzienne nawyki dotyczące snu, rekreacji i aktywności fizycznej oraz *pozytywne nastawienie psychiczne* wyrażające się w unikaniu zbyt silnych emocji, stresów i napięć czy sytuacji wpływających przygnębiająco. Inwentarz przeznaczony jest do badania osób dorosłych, zarówno zdrowych jak i chorych. Kwestionariusz IZZ posiada dobre parametry statystyczne (*alfa* Cronbacha wnosi 0,85 dla całego Inwentarza, zaś dla jego czterech podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65) [8].
2. **Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC–29.**Metoda została stworzona przez Antonovsky'ego i służy do pomiaru poczucia koherencji. Kwestionariusz SOC-29 składa się z 29 pozycji testowych, wyrażonych w formie zdań pytających. Każda pozycja zaopatrzona jest w 7-punktową skalę szacunkową (zakres punktacji wynosi od 1 do7) z opisanymi krańcami. W skład kwestionariusza wchodzą trzy podskale, odpowiadające komponentom poczucia koherencji: zrozumiałości (11 stwierdzeń), zaradności (10 stwierdzeń) i sensowności (8 stwierdzeń). Wyniki

oblicza się za pomocą odpowiednich kluczy, które pozwalają określić globalne SOC oraz trzy jego składowe.Polska wersja Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC-29 powstała w 1993 roku przy współpracy: Zakładu Psychologii Klinicznej IPN, Zakładu Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii UAM oraz Zakładu Psychologii Pracy IMP w Łodzi. Ocena polskiej wersji Kwestionariusza SOC-29 wykazała bardzo wysoką rzetelność narzędzia. Wskaźniki wewnętrznej zgodności, obliczone metodą połówkową z poprawką Spermana- Browna, wyniosły odpowiednio dla poczucia koherencji – 0,92, poczucia zrozumiałości – 0,78, poczucia zaradności – 0,72 i poczucia sensowności – 0,68, natomiast alfa Cronbacha = 0,78 [9].

3. **Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia,** która została wielokrotnie poddana analizom strukturalnym, sprawdzającym jej zgodność wewnętrzną. Wyniki ukazały umiarkowaną jednorodność skali **W** – wymiar wewnętrzny i skali **I** – wpływ innych. Natomiast wskaźnik uzyskany w skali **P** – przypadek, wzrastał z wiekiem, niższym statusem społecznym i występowaniem chorób o ciężkim przebiegu. Skala MHLC składa się z 18 stwierdzeń, po 6 odpowiednio dla każdego wymiaru. Wyniki oblicza się oddzielnie dla każdej skali sumując uzyskane punkty i nie można ich przedstawić za pomocą jednego ogólnego wskaźnika. Zakres otrzymanych wyników dla każdej z trzech skal obejmuje przedział od 6 do 36 punktów. Im wyższy jest wynik, tym silniejsze przekonanie jednostki o wpływie danego czynnika na jej stan zdrowia Rzetelność narzędzia MHLC określa wartość współczynnika zgodności wewnętrznej *alfa* Cronbacha ustalonego dla każdego wymiaru skali: kontroli wewnętrznej, przypadku, wpływu innych i wynosi odpowiednio 0,64; 0,63; 0,59. Natomiast błędy standardowe pomiaru wynosiły odpowiednio: 0,25; 0,27 i 0,26. Wskaźniki rzetelności wersji polskiej były zbliżone do wersji oryginalnej i mieściły się w przedziale 0,69 – 0,72 [8].

Badania zostały wykonane w modelu korelacyjnym. Zastosowano następujące testy statystyczne:

4. Do opisu zmiennych w grupach średnią (M) i odchylenie standardowe (SD) oraz liczebność (f) i procent (%);
5. Do określenia kierunku i siły związku pomiędzy zmiennymi test korelacji liniowej r-Pearsona (zachodziła liniowość związku pomiędzy zmiennymi) lub test nieparametryczny R-Spearmana, gdy zmienne miały charakter jakościowy.

6. Do określenia istotności różnic pomiędzy średnimi parametryczny test t-Studenta (zmienne miały rozkład normalny) lub test nieparametryczny U Manna-Whitneya, gdy zmienne nie miały rozkładu normalnego.

**Wyniki**

Pierwszy etap miał na celu oszacowanie zmiennych, które miały zostać poddane dalszym analizom. Dokonano oceny poczucia koherencji, umiejscowienia kontroli zdrowia i zachowań zdrowotnych w grupie pacjentów z chorobami przewlekłymi układu oddechowego.Kobiety nie różniły się od mężczyzn w zakresie poczucia koherencji i jego składowych (tabela 1).

Tabela 1. Średnie wyniki surowe (M), odchylenie standardowe (SD), wyniki analizy testem t-Studenta dla kobiet i mężczyzn w zakresie poczucia koherencji

| **Poczucie koherencji** | **Cała grupa N=60** | | **Kobiety N=37** | | **Mężczyźni N=23** | | **t** | **p** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **M** | **SD** | **M** | **SD** | **M** | **SD** | | |
| **Poczucie zrozumiałości** | 43,58 | 7,816 | 44,73 | 8,559 | 41,74 | 6,181 | 1,455 | 0,151 |
| **Poczucie sensowności** | 41,43 | 8,660 | 41,57 | 9,553 | 41,22 | 7,192 | 0,151 | 0,881 |
| **Poczucie zaradności** | 47,08 | 8,937 | 46,51 | 9,743 | 48,00 | 7,580 | -0,623 | 0,536 |
| **Globalne poczucie koherencji** | 132,10 | 22,413 | 132,81 | 25,009 | 130,96 | 17,930 | 0,309 | 0,758 |

W zakresie zachowań zdrowotnych badane osoby zachowują się w sposób bardzo zróżnicowany, od tych które w ogóle nie dbają o nie do tych które przestrzegają ich bardzo rygorystycznie. Średnie natężenie dla całej grupy wskazuje na przeciętne nasilenie tendencji do dbania o zachowania zdrowotne. Kobiety istotnie częściej zachowują się w sposób prozdrowotny niż mężczyźni, bardziej też dbają o pozytywne nastawienie psychiczne i o prawidłowe nawyki żywieniowe (tabela 2).

Tabela 2. Średnie wyniki surowe (M), odchylenie standardowe (SD), wyniki analizy testem t-Studenta i U-Manna-Whitneya dla kobiet i mężczyzn w zakresie zachowań zdrowotnych

| **Zachowania zdrowotne** | **Cała grupa N=59** | | **Kobiety N=37** | | **Mężczyźni N=22** | | **t/Z** | **p** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **M** | **SD** | **M** | **SD** | **M** | **SD** | | |
| **Prawidłowe Nawyki Żywieniowe PNŻ** | 3,492 | 0,596 | 3,63 | 0,62 | 3,27 | 0,479 | **2,332** | **0,023** |
| **Zachowania Profilaktyczne ZP** | 3,302 | 0,879 | 3,43 | 0,89 | 3,09 | 0,846 | 1,436 | 0,156 |
| **Pozytywne Nastawienie Psychiczne PNP** | 3,096 | 0,769 | 3,32 | 0,77 | 2,72 | 0,627 | **3,108** | **0,003** |
| **Praktyki Zdrowotne PZ** | 3,260 | 0,660 | 3,32 | 0,66 | 3,16 | 0,654 | 0,904 | 0,370 |
| **Zachowania zdrowotne wynik surowy** | 78,898 | 13,711 | 82,16 | 14,76 | 73,41 | 9,757 | **Z=2,383** | **0,017** |
| **Zachowania zdrowotne wynik przeliczony** | 5,034 | 1,903 | 5,24 | 2,09 | 4,68 | 1,524 | 1,098 | 0,277 |

* wyniki wytłuszczone są istotne statystycznie przy poziomie p<0,05

Badani chorzy najczęściej są przekonani, że kontrola zdrowia zależy od nich, a najrzadziej, że od innych osób. Mężczyźni nie różnią się od kobiet w zakresie źródła kontroli zdrowia (tabela 3).

Tabela 3. Średnie wyniki surowe (M), odchylenie standardowe (SD), wyniki analizy testem t-Studenta dla kobiet i mężczyzn w zakresie przekonań na temat lokalizacji kontroli zdrowia

| **Źródła przekonań na temat kontroli zdrowia** | **Cała grupa N=59** | | **Kobiety N=27** | | ***Mężczyźni* N=22** | | **t** | **p** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **M** | **SD** | **M** | **SD** | **M** | **SD** | | |
| **Umiejscowienie kontroli zdrowia wewnętrzne** | 26,847 | 4,185 | 26,50 | 3,98 | 27,39 | 4,520 | -0,795 | 0,430 |
| **Umiejscowienie kontroli zdrowia w innych osobach** | 24,559 | 5,465 | 25,33 | 4,95 | 23,35 | 6,102 | 1,371 | 0,176 |
| **Umiejscowienie kontroli zdrowia w przypadku** | 21,593 | 4,717 | 22,11 | 4,80 | 20,78 | 4,572 | 1,056 | 0,295 |

Kolejny etap analizy miał na celu odpowiedź na pytanie: Czy istnieje związek między poczuciem koherencji i jego składowymi a zachowaniami zdrowotnymi w badanej grupie.

Poczucie koherencji, poczucie sensowności i poczucie zaradności ujawniają dodatni związek istotny statystycznie z pozytywnym nastawieniem psychicznym, praktykami zdrowotnymi i ogólnym nasileniem zachowań zdrowotnych (tabela 4-6). Gdy jest ono wyższe, to osoby są bardziej skłonne dbać o nie.

Tabela 4. Związek poczucia koherencji i jego składowych z pozytywnym nastawieniem psychicznym i zachowaniami profilaktycznymi (r-Pearsona)

| | **Poczucie sensowności** | **Poczucie zaradności** | **Globalne poczucie koherencji** |
|---|---|---|---|
| PNP | **,3940** | **,3021** | **,3373** |
| | **p=,002** | **p=,020** | **p=,009** |
| **ZP** | ,2187 | ,1804 | ,1778 |
| | p=,096 | p=,171 | p=,178 |

* wyniki wytłuszczone są istotne statystycznie

Poczucie zaradności ujawnia dodatni związek istotny statystycznie z praktykami zdrowotnymi i ogólnym nasileniem zachowań zdrowotnych (tabela 5). Gdy jest ono wyższe, to osoby są bardziej skłonne dbać o nie.

Tabela 5. Związek poczucia koherencji i jego składowych z zachowaniami zdrowotnymi(R-Spearmana)

| **Pary zmiennych** | **N** | **R - Spearman** | **poziom p** |
|---|---|---|---|
| **Poczucie Zrozumiałości & PNP** | 59 | 0,194 | 0,140 |
| **Poczucie Zrozumiałości & ZP** | 59 | 0,029 | 0,829 |
| **Poczucie sensowności & PNŻ** | 59 | **0,348** | **0,007** |
| **Poczucie sensowności & PZ** | 59 | **0,378** | **0,003** |
| **Poczucie sensowności & ZZ** | 59 | **0,410** | **0,001** |
| **Poczucie zaradności & PNŻ** | 59 | 0,214 | 0,103 |
| **Poczucie zaradności & PZ** | 59 | **0,448** | **0,000** |
| **Poczucie zaradnosci & ZZ** | 59 | **0,378** | **0,003** |
| **Globalne poczucie koherencji & PNŻ** | 59 | **0,269** | **0,039** |
| **Globalne poczucie koherencji & PZ** | 59 | **0,397** | **0,002** |
| **Globalne poczucie koherencji & ZZ** | 59 | 0,379 | 0,003 |

Poczucie zrozumiałości nie ujawnia związku istotnego statystycznie z zachowaniami zdrowotnymi w badanej grupie chorych (tabela 5-6).

Tabela 6. Związek poczucia zrozumiałości z prawidłowymi nawykami żywieniowymi, praktykami zdrowotnymi i globalnym wynikiem w zakresie zachowań zdrowotnych (r-Pearsona)

| | **Poczucie Zrozumiałości** |
|---|---|
| PNŻ | ,1315 |
| | p=,321 |
| **PZ** | ,1830 |
| | p=,165 |
| **ZZ** | ,1691 |
| | p=,200 |

Następnie szukano związku między umiejscowieniem kontroli zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi w badanej grupie.

Umiejscowienie kontroli zdrowia w innych osobach ujawnia dodatni związek istotny statystycznie z zachowaniami zdrowotnymi (tabela 8-9). Im częściej badani lokują kontrolę zdrowia w innych osobach tym są bardziej skłonni wykonywać różne zachowania zdrowotne: pozytywne nastawienie psychiczne (PNP), zachowania profilaktyczne (ZP), prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ), praktyki zdrowotne (PZ), czy zachowania zdrowotne (ZZ). Pozostałe zmienne nie ujawniają związku istotnego statystycznie (tabela 7).

Tabela 7. Związek umiejscowienie kontroli zdrowia w przypadku z zachowaniami zdrowotnymi (r-Pearsona)

| | **Umiejscowienie kontroli zdrowia w przypadku - P** |
|---|---|
| **PNŻ** | ,0602 |
| | p=,654 |
| **PZ** | -,1269 |
| | p=,342 |
| **ZZ** | ,1168 |

| | |
|---|---|
| | p=,382 |

Tabela 8. Związek przekonania na temat lokalizacji kontroli zdrowia z zachowaniami zdrowotnymi (r-Pearsona)

| | **Umiejscowienie kontroli zdrowia wewnętrzne - W** | **Umiejscowienie kontroli zdrowia w innych osobach - I** |
|---|---|---|
| **PNP** | ,1489 | **,4541** |
| | p=,265 | **p=,000** |
| **ZP** | -,0351 | **,5733** |
| | p=,793 | **p=,000** |

Tabela 9. Związek przekonania na temat lokalizacji kontroli zdrowia z zachowaniami zdrowotnymi (R-Spearmana)

| **Pary zmiennych** | **N** | **R - Spearman** | **poziom p** |
|---|---|---|---|
| **Umiejscowienie kontroli zdrowia wewnętrzne & PNŻ** | 58 | 0,013 | 0,926 |
| **Umiejscowienie kontroli zdrowia wewnętrzne & PZ** | 58 | 0,192 | 0,149 |
| **Umiejscowienie kontroli zdrowia wewnętrzne & ZZ** | 58 | 0,101 | 0,452 |
| **Umiejscowienie kontroli zdrowia w innych osobach & PNŻ** | 58 | **0,269** | **0,041** |
| **Umiejscowienie kontroli zdrowia w innych osobach & PZ** | 58 | **0,375** | **0,004** |
| **Umiejscowienie kontroli zdrowia w innych osobach & ZZ** | 58 | **0,548** | **0,000** |
| **Umiejscowienie kontroli zdrowia w przypadku & PNP** | 58 | 0,198 | 0,136 |
| **Umiejscowienie kontroli zdrowia w przypadku & ZP** | 58 | 0,216 | 0,104 |

**Dyskusja**

Z przeprowadzonych analiz wynika, że globalne poczucia koherencji jest na poziomie średnim (132,10). Znacznie niższy poziom globalnego poczucia koherencji (114,11) zaobserwowali Skokowski oraz Szymczak u osób z nowotworem płuca [10]. Także w badaniach Szymona pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi mieli niższy poziom globalnego poczucie koherencji (107,00) i jego trzech składowych [11].

W zakresie zachowań zdrowotnych badane osoby zachowują się w sposób bardzo zróżnicowany, od tych które w ogóle nie dbają o nie, do tych które przestrzegają ich bardzo rygorystycznie. Trzeba pamietać, że choroba przewlekła nie zwalnia pacjenta od działań zdrowotnych a wręcz przeciwnie obliguje do podjęcia określonych aktywności, często zmusza pacjenta do zmiany trybu życia. Kluczowymi bodźcami warunkującymi praktykowanie określonych zachowań zdrowotnych są czynniki psychologiczne emocjonalne jak i poznawcze.Średnie natężenie dla całej grupy wskazuje na przeciętne nasilenie tendencji do dbania o zdrowie. Kobiety istotnie częściej zachowują się w sposób prozdrowotny niż mężczyźni, bardziej też dbają o pozytywne nastawienie psychiczne i o prawidłowe nawyki żywieniowe. Potwierdziło się to także w badaniach Ślusarskiej i Nowickiego, przeprowadzona analiza statystyczna pozwoliła stwierdzić istotne statystycznie różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami. Kobiety miały wyższe nasilenie zachowań zdrowotnych we wszystkich kategoriach w porównaniu do mężczyzn [12].

Globalne poczucie koherencji, poczucie sensowności i poczucie zaradności ujawniają dodatni związek istotny statystycznie z pozytywnym nastawieniem psychicznym, praktykami zdrowotnymi i ogólnym nasileniem zachowań zdrowotnych. Gdy wymiary te są wyższe, to osoby są bardziej skłonne dbać o swoje zdrowie czego przejawem są ich zachowania zdrowotne. Silne poczucie koherencji powoduje, że człowiek częściej wybiera zachowania sprzyjające zdrowiu, łatwiej radzi sobie z problemami i ma większą motywację do podejmowania aktywności sprzyjających zdrowiu.W badaniach Kurowskiej i Zając, pacjenci z miażdżycą tętnic kończyn dolnych, o wysokim poziomie poczucia koherencji częściej deklarowali zachowania sprzyjające zdrowiu w zakresie zachowań zdrowotnych (związanych z aktywnością fizyczną)[13]. Funkcjonalnie rzecz ujmując poczucie koherencji motywuje do podejmowania aktywności, radzenia sobie z wymaganiami jakie niesie życie, również w obszarze zdrowia [3].

Badani najczęściej są przekonani, że kontrola zdrowia zależy od nich samych, a najrzadziej, że zależy od innych osób. Odmienne wyniki uzyskali autorzy badający grupy chorych przewlekle i tak Mućko i wsp. wykazali, iż osoby chore na cukrzycę typu 2 są bardziej przekonane o wpływie innych na swój stan zdrowia niż pacjenci z cukrzycą typu 1. Jednocześnie w obu grupach to przekonanie jest wysokie [14]. Natomiast osoby chore na cukrzycę, badane przez M. Basińską przekonane są, że to inne osoby (u kobiet) lub przypadek (u mężczyzn) są odpowiedzialne za ich zdrowie [15]. Badania epidemiologiczne wykazały, iż dominacja kontroli zewnętrznej zdecydowanie częściej występuje w przypadku osób przewlekle chorych[16]. Można więc stwierdzić, że słabe poczucie wewnętrznej kontroli wiąże się z bezradnością i lękiem, zaś akceptacja własnej choroby, pomaga w radzeniu sobie z nią [17].Badania wykazały również , że im częściej pacjenci lokują kontrolę zdrowia w innych osobach tym są bardziej skłonni wykonywać różne zachowania zdrowotne: pozytywne nastawienie psychiczne (PNP), zachowania profilaktyczne (ZP), prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ), praktyki zdrowotne (PZ), czy zachowania zdrowotne (ZZ). Być może wynika to z faktu, że działa tu autorytet lekarzy , pielęgniarek czy fizjoterapeutów, których pacjenci spotykają w procesie terapii a Ci prowadzą działania edukacyjne zwracają uwagę na potrzebę zmiany stylu życia. Wiadomo, że przystosowanie do przewlekłej choroby somatycznej zwykle zawiera w sobie konieczność stosowania się do różnego typu zaleceń lekarskich, dietetycznych czy rehabilitacyjnych.

Czasami sytuacja życiowa wymusza na jednostce zmianę w zakresie stosowanych zachowań zdrowotnych. Jednak przyzwyczajenia trudno zmienić. Z tego powodu w pracy z pacjentami proponuje się korektę zachowań, gdyż nie brzmi to tak radykalnie jak zmiana i sprawia, że takie działanie wydaje się łatwiejsze do podjęcia. Edukacja to nieodłączny element pracy pielęgniarki. Konieczne jest zintensyfikowanie działań edukacyjnych prowadzonych w ramach systemu ochrony zdrowia. Warto zatem uwzględnić uzyskane wyniki w pracy z chorymi przewlekle, aby mieć świadomość jakie determinanty potęgują zdrowie. W chorobie zwłaszcza przewlekłej edukacja nabiera co raz istotniejszego znaczenia i powinna mieć formę długotrwałego oddziaływania. Powinna towarzyszyć choremu człowiekowi pogłębiać jego wiedzę o schorzeniu , metodach leczenia oraz motywować do wprowadzenia koniecznych zmian. Pacjenci domagają się od nas profesjonalnej wiedzy i opartych o nią skutecznych interwencji medycznych być może przedstawione wyniki badań przyczynią się do poprawy jakości opieki pielęgniarskiej nad tą grupą chorych.

**Wnioski**

1. Kobiety nie różnią się od mężczyzn w zakresie poczucia koherencji i jego składowych.
2. Kobiety istotnie częściej zachowują się w sposób prozdrowotny niż mężczyźni, bardziej też dbają o pozytywne nastawienie psychiczne i prawidłowe nawyki żywieniowe.
3. Badani najczęściej są przekonani, że kontrola zdrowia zależy od nich, a najrzadziej, że od innych osób.
4. Globalne poczucie koherencji, poczucie sensowności i poczucie zaradności ujawniają dodatni związek istotny statystycznie z pozytywnym nastawieniem psychicznym, praktykami zdrowotnymi i ogólnym nasileniem zachowań zdrowotnych
5. Im częściej badani lokują kontrolę zdrowia w innych osobach tym są bardziej skłonni wykonywać różne zachowania zdrowotne.

**Piśmiennictwo**


1. Konstytucja WHO (dostępne na http://www.who.int/en/)
2. Bousquet J.,Dahl R., Khaltaev N. Światowy Sojusz przeciwko Przewlekłym Chorobom Układu Oddechowego. Pneumonologia Alergologia Polska 2008; 76: 160–169.
3. Tomaszewski T. Człowiek i otoczenie. W: T. Tomaszewski (red.), Psychologia Warszawa: . Państwowe Wydawnictwo Naukowe 1978.:13-36.
4. Dolińska-Zygmunt, G. (red.), Podstawy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego2001.
5. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Wydawnictwo Fundacji IPN, Warszawa 1995.
6. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. Osobowośc, stres a zdrowie. Warszawa: Difin. 2008.
7. Dolińska-Zygmunt G., Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2000.
8. Juczyński Z.: Zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia. (W:) Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001.

9. Koniarek J., Dudek B., Makowska Z.: Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego, Przegląd Psychologiczny, 1993, 36, 491-502.
10. Skokowski J., Szymczak J. Poczucie koherencji a lęk u chorych na nowotwór płuc oczekujących na operację i u osób zdrowych, Psychoonkologia, 4, 1999, . 35 – 45.
11. Szymona K., Poczucie koherencji (SOC) u osób zdrowych i pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska Lublin – Polonia, Vol.Lviii, Suppl. Xiii, 253 Sectio D, 2003, . 282 – 286.
12. Ślusarska B., Nowicki G., Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących, Probl Hig Epidemio, 91(1);Lublin, 2010, s. 34-40.
13. Kurowska K. Rola poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych u przewlekle chorych, Zdrowie Publiczne, 115 (3), 2005, 385-390.
14. Mućko P., Kokoszka A., Skłodowska Z., Porównanie stylów radzenia sobie z chorobą, występowania objawów depresyjnych i lękowych oraz lokalizacji poczucia kontroli u chorych na cukrzycę typu 1 i 2, Diabetologia Praktyczna, 6, 5, Gdańsk 2005, 240-249;
15. Basińska M., Zalewska-Rydzkowska D., Junik R., Skibicka M.: Przewidywanie stosowania się do zaleceń dietetycznych przez chorych na cukrzycę typu 1-związek z umiejscowieniem kontroli zdrowia, Diabetologia Praktyczna 2007, 8, 11: 419-424.
16. Rotler J.B.: Social learning and c1inical psychology. Engelwood Cliffs NJ Prentice Hall 1954. 78 – 96.
17. Juczyński, Z. Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1998. 14, 54-63.

**Kontakt na autora:**
Adres do korespondencji: anna.andruszkiewicz@cm.umk.pl Katedra i Zakład Promocji Zdrowia 85-807 Bydgoszcz ul.

# ELEKTRONICKÁ ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE

Miluše Horáková
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Klinika resuscitace a anestezie – ARO Praha

**ABSTRAKT**

Cílem prezentace je seznámit přítomné účastníky s novou možností komplexní zdravotní dokumentace, která byla zahájena ve fakultní nemocnici Královské Vinohrady jako oficiální zdravotní dokumentace v péči o pacienta. Toto zdravotní zařízení je první nemocnicí v České republice, kde byl tento inovativní postup spuštěn se všemi legislativními náležitostmi.

V prezentaci představíme hlavní klady i zápory elektronického vedení zdravotnické dokumentace. Náš přínos bude zejména informačního charakteru a přinese poučení pro další možné potenciální zdravotnická zařízení. V nich může být tato metoda aplikována v krátkém časovém intervalu pro veškerý zdravotnický personál s přijatelným užití do praxe bez velkých rizik, nechutě přijímat nové metody a posouvat se dopředu ve vývoji s dnešním světem.

**Kontakt na autora:**
Bc. Miluše Horáková
E-mail: horakova.mila@post.cz

**OBCIĄŻENIE OPIEKĄ I DEPRESYJNOŚĆ OPIEKUNÓW RODZINNYCH OSÓB PRZEWLEKLE CHORYCH PRZEBYWAJĄCYCH W WARUNKACH DOMOWYCH.**

**Záťaž pri starostlivosti a depresívnosť opatrovateľov rodinných príslušníkov o chronicky choré osoby v domácom prostredí**

*Order the care of chronically ill persons and carer depression residing in the home*

Marzec Alicja, Faleńczyk Kamila, Pluta Agnieszka
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

**Streszczenie:**

**Wstęp:** Świadczenie opieki nad chorym w warunkach domowych jest dla opiekuna dużym obciążeniem. Niesie wysokie ryzyko wystąpienia depresji. Wśród czynników mających wpływ na jakość opieki także analizować czynniki wewnętrzne opiekuna, emocjonalne.

**Celem** badań było określenie obciążenia opieką opiekunów rodzinnych, identyfikacja problemów opiekunów i określenie występowania depresyjności wśród opiekunów.

Materiał: Badanie dotyczyło 300 opiekunów sprawujących opiekę nad przewlekle chorymi członkami rodziny przebywającymi w środowisku domowym.

**Metoda:** Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Zebrano materiał badawczy wykorzystując 4 narzędzia: zmodyfikowana Skala Bartel, Skala obciążenia opiekuna, Skala Depresji Becka oraz autorski kwestionariusz ankiety.

**Wyniki:** Mimo wysokiej samooceny badanych w zakresie przygotowania do sprawowania opieki większość z nich zgłaszało liczne problemy związane z codzienną opieką nad przewlekle chorym. Badani najczęściej wskazywali na: trudności w przemieszczaniu chorego (55,7%), brak czasu (50,0%), trudności w wykonywaniu czynności higienicznych (49,3%) oraz prowadzeniu ćwiczeń (35,7%), a także problemy z pozyskaniem wsparcia finansowego (38,7%). Większość opiekunów (69,3%) wykazywało duży stopień poczucia obciążenia, a 43,7% badanych rozpoznało u siebie łagodną postać depresji.

Wyróżniono różne typy opiekunów, co można wiązać z indywidualnym odniesieniem emocjonalnym do roli opiekuna.

Występowanie poczucia obciążenia i depresji oraz ich nasilenie pozostawało w istotnym związku ze stopniem deficytu w zakresie samoobsługi podopiecznego, intensywnością opieki oraz stopniem przygotowania do pełnienia roli opiekuna.

**Wnioski:**

- Opiekunowie rodzinni osób przewlekle chorych wskazywali na liczne problemy związane z codzienną opieką oraz wykazywali duży stopień obciążenia oraz wykazywali objawy depresyjne nasilone w średnim stopniu.
- Wyróżnia się różne typy opiekunów, co wynika z indywidualnego odniesienia emocjonalnego do roli opiekuna.
- Istnieje wyraźna potrzeba wniesienia zmian w systemie wspierania opiekunów rodzinnych

Słowa kluczowe:
chory przewlekle, opieka długoterminowa w domu, obciążenie opieką, depresja

**Abstract:**

Introduction: the provision of care for patients in a home is the supervisor for heavy loads. Carries a high risk of depression. Among the factors affecting the quality of care also analyze factors internal to the maintainer, emotional.

Aim of the research was to determine the burden of care carer, identification of problems and determining the prevalence of depresyjności among the guardians of unaccompanied children.

Material: the test was for 300 guardians having custody for the care of the chronically ill family members resident in the home environment.

Method: the test was conducted by a diagnostic survey. The research material was collected using the 4 tools: modified Scale Bartel, Beck's Depression Scale load supervisor, the scale and the author questionnaire survey.

Results: despite high self-assessment test in preparation for the exercise of care most of them reported numerous problems associated with the day-to-day care of the chronically ill. The sampled most frequently indicated: difficulties in the movement of the sick (55.7%), lack of time (50.0%), difficulties in the implementation of the operations of hygiene (49.3%) and conduct of exercises (35,7%), as well as problems with obtaining financial support (38.7%). The majority of the guardians (69.3%) showed a high degree of sense of burden, and 43.7% of surveyed have recognized nationally mild form of depression.

Why different types of guardians, which can involve individual reference to the role of guardian and emotional. The presence of a sense of burden and depression, and their strength has been in an important relation with the degree of deficit in terms of intensity

of care, and the degree of self-service podopiecznego, preparing to assume the role of guardian.

Conclusion: - The applications of persons chronically diseased family keepers pointed to the numerous problems associated with the day-to-day care of and have a high degree of loading and have symptoms of depresyjne reinforced in the medium degree. - There are different types of guardians, which stems from the emotional to the role of the individual references. - There is a clear need to bring changes in the system of foster carer.

Keywords: ill chronically in home, caregeving strain, care of long term, depression .

**Wstęp**

Opieka nad chorym przewlekle w warunkach domowych opiera się w Polsce głównie na rodzinie. Polska jest krajem, w którym aż 92% chorych przebywa w domach w trakcie choroby. Członkowie rodziny wypełniają i kontynuują naturalną rolę pielęgnacyjno - opiekuńczą i wspierającą wobec innych członków rodziny prezentujących zły stan zdrowia i niski poziom samodzielności i samoobsługi [1,2].

Prognozy demograficzne wskazują na wzrost obciążenia demograficznego - do 2020 r. zmaleje obciążenie dziećmi z 44 do 33 na 100 osób w wieku produkcyjnym, przy czym wzrośnie obciążenie osobami starszymi z 24 na 35 na 100 osób w wieku produkcyjnym [3].

W populacji następują zmiany epidemiologiczne, które powodują konieczność zaangażowania rodziny w opiekę. To wzrost zachorowalności na schorzenia przewlekłe. Najbardziej rozpowszechnione są: choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby kręgosłupa, choroby zapalne i zwyrodnieniowe stawów oraz schorzenia neurologiczne. Większość z tych chorób ma charakter postępujący i prowadzi do stopniowego pogorszenia się stanu ogólnego oraz zwiększenia się deficytu w zakresie samoobsługi. Wyniki badania PolSenior 2007-2011 dotyczącego stanu zdrowia starszych Polaków to potwierdzają [4].

Ważnym zjawiskiem demograficzno-społecznym są zmiany w strukturze rodziny i pojmowaniu zadań wynikających z więzi rodzinnych. Rodziny współczesna to nie rodzina wielopokoleniowa z silnymi więzami, ale dwupokoleniowa, nuklearna. Konsekwencją tych przemian jest rosnąca liczba osób starszych mieszkających osobno, w oddaleniu od rodziny. Obecnie dominują małe rodziny z 1 lub 2 dzieci co wyraźnie obniża możliwości opiekuńcze rodziny [1,3]. Zjawisko singularyzacji osób starszych i ich samotność jest zjawiskiem bardzo niekorzystnym przy wzrastającym zapotrzebowaniu

na opiekę osób innych. Wpływ ograniczający na możliwości opiekuńcze rodziny ma współczesny styl życia, dążenie do realizacji celów własnych indywidualnych, ogólny konsumpcjonizm i zmiany w sferze moralnej i etycznej społeczeństw krajów wysokorozwiniętych. Inny niekorzystny czynnik to migrowanie rodzin [5].

Na początku lat 80-tych XX wieku powstała koncepcja ,,obciążenie opiekuna", na którą składają się społeczne, psychologiczne, fizyczne i materialne koszty sprawowania opieki nad przewlekle chorym [6,7]. Sukces leczniczy w decydującym stopniu zależy od zaangażowania opiekuna w proces terapii i opieki [8,9].

Decyzja o podjęciu roli opiekuna jest ważną decyzją. Wiąże się ze świadomym przyjęciem dodatkowych obowiązków, uświadomioną koniecznością zmiany planów osobistych, zawodowych, rodzinnych [7,10]. Wypełnianie roli opiekuna wymaga odpowiedzialności i stałego kontaktu z podopiecznym. Występują w nim obciążenia zarówno fizyczne, psychiczne, społeczne, a także finansowe. Mogą wpływać na jakość życia opiekuna i zwrotnie – wpływać na podopiecznego [10]. Na obciążenie pracą ma także wpływ stopień zależności podopiecznego od opiekuna, tło i kontekst sytuacji stresowej, ocena pierwotna i wtórna stresorów, styl radzenia sobie ze stresem, dostępne i otrzymane wsparcie społeczne [10].

Najważniejsze jest –wg Ober-Łopatki- nie obiektywne spostrzeganie tych bodźców, ale subiektywne odczucie uciążliwości tych bodźców w percepcji opiekuna [10]. Poczucie obciążenia sprawowaną opieką jest indywidualne.

Napięcie w roli opiekuna / osoby asystującej definiowane jest jako stan, w którym osoba jest narażona na bodźce o charakterze fizycznym, emocjonalnym, społecznym i/lub finansowym w czasie pełnienia opieki/asystowania innej osobie [7].

Charakterystyka opisowa stanu napięcia: -odczuwalny brak czasu lub energii fizycznej, - trudności w aktywnym wypełnianiu czynności opiekuńczych, - odpowiedzialność związana z opieką wpływa na inne role ważne społecznie (zawodową, członka rodziny, przyjaciela, rodzica, inne), - wpływa na przyszłość: w relacji na zdrowie osoby podopiecznego i na własną zdolność do świadczenia opieki, -wpływa obciążająco leczenie osoby podopiecznego w czasie, gdy opiekun zachoruje lub umrze; -poczucie depresji, złości, gniewu [7].

Czynniki, które wywołują ,,napięcie" w roli opiekuna mogą być wyprowadzane z charakterystyki podopiecznego, jak np. zaburzenia zachowania lub niestabilność stanu klinicznego, lub charakterystyki opiekuna, np. jego wiek, brak doświadczenia lub inne zajęcia zawodowe lub społeczne. W końcu także inne czynniki otoczenia mogą wpływać

negatywnie : izolacja, straty ekonomiczne, otoczenie i wyposażenie niewłaściwe domu, itp. [7].

Czynników wewnętrznych utrudniających wypełnianie roli opiekuna jest wiele, o charakterze obiektywnym i subiektywnym. Nie wszystkie są uświadamiane. Należy pamiętać o postawach, o indywidualnym odniesieniu do starości, o zjawisku ageizmu, o stereotypach. Te czynniki utrudniają pracę ze starszymi lub niepełnosprawnymi ludźmi nawet osobom o profesjonalnym przygotowaniu [11]. Opiekunowie przejawiają pozytywne bądź negatywne postawy wobec osób, którymi się opiekują [5, 12].

Sytuacja, w której znajduje się opiekun jest niezwykle trudna i stresująca. Jeśli sytuacja jest długotrwała niesie dla opiekuna ryzyko problemów emocjonalnych, łącznie z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi. Przewlekły stres związany z opieką może sprzyjać rozwojowi rożnych zaburzeń somatycznych i psychicznych, być przyczyną depresji lub zaburzeń lękowych. Szacuje się, że od 14 do 40% opiekunów osób chorych na chorobę Alzheimera zachoruje na depresję [13, 14].

**Celem** podjętych badań było określenie obciążenia opieką i stopnia depresyjności u opiekunów rodzinnych opiekujących się chorymi przewlekle w domu, w zależności od danych socjodemograficznych.

**Materiał i metoda**

Badania zostały przeprowadzone wśród 300 opiekunów sprawujących opiekę nad przewlekle chorymi członkami rodziny przebywającymi w środowisku domowym. Analizą objęto grupę głównych opiekunów, którzy wspierali swoich bliskich od minimum 6-ciu miesięcy.

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, do zebrania materiału badawczego wykorzystano 4 narzędzia badawcze: zmodyfikowaną Skalę Barthel, Skalę Obciążenia Opiekuna, Skalę Depresji wg Becka oraz autorski kwestionariusz ankiety. Zastosowanie zmodyfikowanej Skali Barthel pozwoliło ocenić możliwości w zakresie samoopieki osób pozostających pod bezpośrednią opieką respondentów. Obejmująca 13 pytań Skala Obciążenia Opiekuna umożliwiła określenie występujących obciążeń opiekuna związanych z wysiłkiem fizycznym, finansami oraz życiem społecznym. Skala Depresji wg Becka posłużyła do samodzielnej oceny obecności i nasilenia objawów depresji u badanych. Autorski kwestionariusz ankiety zawierał pytania obejmujące dane społeczno-demograficzne, pytania dotyczące

problemów wynikających ze sprawowania opieki oraz oczekiwania osób badanych w zakresie wsparcia społecznego.

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu (KB 644/2009).

W analizie statystycznej wykorzystano test t-Studenta, test Kruskala- Wallisa, analizę skupień metodą k-średnich dla przypadków, analizę wariancji testem Fishera. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto $p \leq 0,05$.

**Wyniki**

Opisowa charakterystyka badanej grupy

*Wiek, płeć opiekuna, zamieszkiwanie.* Wśród 300 badanych opiekunów dominowały kobiety, które stanowiły 89,3% ogółu ankietowanych. Średnia wieku w grupie wynosiła 50,2 lata ($x \pm SD$ 13,6 lat), minimum 21 lat, maksimum 87 lat. Aż 52,0% ogółu stanowiły osoby w przedziale wiekowym od 41 do 60 lat, opiekunów młodszych (do 40 r.ż.) było 26,7%, a starszych (powyżej 60 r.ż) 21,3%.

*Pokrewieństwo.* Opiekunem najczęściej było dziecko podopiecznego (40,3%) oraz współmałżonek (22%), rzadziej rodzic lub dalszy krewny.

*Zamieszkiwanie*. Większość opiekunów (75%) na stałe mieszkało z chorym, 15,7% sprawowało opiekę mieszkając oddzielnie, natomiast 9,7% deklarowało, że zamieszkiwało z chorym / podopiecznym okresowo, głównie w okresie pogorszenia stanu zdrowia.

*Opiekę długotrwałą podjęto najczęściej z powodu* chorób przewlekłych: układu krążenia - 33,3%, stan po udarze mózgu - 26,3%, przewlekła niewydolność oddechowa - 14,3%, otępienie - 10,3%, powikłana cukrzyca - 8,0%, choroba Parkinsona -3,6%, rzadziej z powodu choroby nowotworowej, stanu po urazie kręgosłupa, po złamaniach. Większość podopiecznych miało zdiagnozowane dwa lub więcej schorzeń, a aż u 8,0% podopiecznych występowały odleżyny. Rozpatrując *sprawność podopiecznych* w zakresie samoobsługi wykazano, iż tylko 11,7% chorych pozostających pod opiekę badanych opiekunów wymagało nieznacznej pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego, gdyż uzyskało powyżej 80 pkt. w zmodyfikowanej Skali Barthel. U prawie połowy (48,0%) podopiecznych określono poziom samodzielności w przedziale 40-80 pkt., co świadczy o ich znacznej niesprawności w zakresie samoobsługi, a aż 40,3% chorych oceniono poniżej 40 pkt. w skali Barthel, wskazując na

ich pełne uzależnienie od opiekunów. Średni stopień deficytu sprawności w badanej grupie wyniósł 44,7 pkt. Zróżnicowanie wyników było duże (SD=29,22).

*Czas sprawowania opieki*. Wśród respondentów dominowały osoby, które sprawowały opiekę powyżej 5 lat – 39,3%, oraz od 6 miesięcy do 2 lat - 35,0%, najmniej liczną grupę stanowili badani sprawujący opiekę od 2 do 5 lat – 25,7%. Prawie połowa badanych (49,0%) świadczyła opiekę 24 godziny na dobę, co piąty respondent (20,7%) kilkanaście godzin na dobę lub kilka godzin na dobę (18,7%). Tylko 11,6% respondentów opiekowało się swoim bliskim kilka razy w tygodniu.

*Aktywność zawodowa opiekuna.* Znaczna część respondentów (48,3%), mimo zajmowania się chorym było aktywnych zawodowo, 33,4 % nie pracowało w trakcie sprawowania opieki oraz przed jej objęciem, natomiast 18,3% badanych było zmuszonych do rezygnacji z pracy zawodowej w związku z potrzebą przejęcia opieki na chorym członkiem rodziny.

Większość badanych *oceniło swoje przygotowanie do sprawowania opieki* jako dobre (68,7%) lub bardzo dobre (23,7%), mimo to znaczna część opiekunów wskazywała na liczne problemy związane z codzienną opieką nad przewlekle chorym.

*Analizowano działania opiekuńczo-pielęgnacyjne opiekunów i* wykazano, że czynnościami sprawiającymi najwięcej trudności były: przemieszczanie chorego (55,7%), czynności higieniczne (49,3%) oraz prowadzenie ćwiczeń (35,7%). Najmniej problemów badani opiekunowie mieli z karmieniem podopiecznych (13,3%) oraz z obsługą sprzętu (6,0%). Wśród *problemów organizacyjnych* badani najczęściej wskazywali na brak czasu (50%), trudności w pozyskaniu wsparcia finansowego (38,7%) oraz brak informacji o prawach i możliwościach uzyskania pomocy dla osób chorych (34%).

Szczegółowa analiza występujących problemów wykazała ich związek ze stopniem sprawności podopiecznego. Analizując dane zawarte w tab.1 można zauważyć tendencję – im większa niesprawność pacjenta, tym więcej zgłaszanych trudności w wykonywaniu czynności opiekuńczych oraz problemów organizacyjnych.

Tab. 1 Występowanie problemów w zależności od stopnia sprawności podopiecznego

| Problemy opiekunów | chory niesprawny | | chory wymagający pomocy | | chory sprawny | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % z całości | n | % z całości | n | % z całości |
| czynności higieniczne | 72 | 24,0 | 67 | 22,3 | 9 | 3,0 |
| karmienie | 30 | 10,0 | 9 | 3,0 | 1 | 0,3 |
| przemieszczanie | 87 | 29,0 | 68 | 22,7 | 12 | 4,0 |
| prowadzenie ćwiczeń | 41 | 13,7 | 53 | 17,7 | 13 | 4,3 |
| obsługa sprzętu | 5 | 1,7 | 11 | 3,7 | 2 | 0,7 |
| prowadzenie leczenia | 17 | 5,7 | 30 | 10,0 | 13 | 4,3 |
| prowadzenie działań zapobiegawczych | 37 | 12,3 | 25 | 8,3 | 3 | 1,0 |
| brak czasu | 57 | 19,0 | 72 | 24,0 | 21 | 7,0 |
| brak informacji o prawach i pomocy | 50 | 16,7 | 38 | 12,7 | 14 | 4,7 |
| niedostateczne wsparcie ze strony pielęgniarek | 18 | 6,0 | 16 | 5,3 | 3 | 1,0 |
| trudności finansowe | 55 | 18,3 | 52 | 17,3 | 9 | 3,0 |
| uzyskanie bezpłatnego wsparcia psychologa | 13 | 4,3 | 29 | 9,7 | 7 | 2,3 |
| uzyskanie bezpłatnego wsparcia opiekuna społecznego | 30 | 10,0 | 25 | 8,4 | 2 | 0,7 |

Badanym aspektem było poczucie obciążenia opiekuna. Średnie obciążenie opiekuna wynosiło 8,43, a zróżnicowanie w badanej grupie wyniosło SD= 2,6. Na znośny stopień obciążenia (do 7 pkt. włącznie) wskazywało 30,7% badanych, jednak u większości opiekunów stwierdzono duży stopień obciążenia, aż 47,7% badanych uzyskało w 13 punktowej Skali Obciążenia Opiekuna od 8 do 10 pkt. (Ryc. 1).

Ryc.1. Wskaźnik obciążenia badanych opiekunów

Badanie przy zastosowaniu Skali Depresji wg Becka pozwoliło także określić występowanie depresji w badanej grupie opiekunów (Tab. 2).

Tab.2 . Samoocena występowania depresji u badanych wg Skali Depresji wg Becka

| Poziom depresyjności w punktach | n | % |
|---|---|---|
| 0-11 pkt (bez depresji) | 99 | 33,0 |
| 12-26 pkt (łagodna depresja) | 131 | 43,7 |
| 27-49 pkt (umiarkowanie ciężka depresja) | 66 | 22,0 |
| 50-63 pkt (bardzo ciężka depresja) | 4 | 1,3 |

Bez oznak depresji było 33,0% badanych. Na łagodne objawy depresji wskazywało 43,7% ankietowanych, na umiarkowanie ciężką depresję 22,0% opiekunów. Natomiast czterech opiekunów rozpoznało u siebie ciężką postać depresji (1,4%). Średni poziom depresyjności w badanej grupie wyniósł 18,34, co mieści się w granicach łagodnej depresji. Zróżnicowanie w badanej grupie było dość wysokie (SD=12,21).

Szczegółowa analiza wyników badań pozwoliła również określić czynniki, które miały istotny wpływ na obciążenie opiekunów oraz występowanie u nich depresji. Czynnikiem bardzo ważnym okazał się stopień deficytu w zakresie samoopieki u podopiecznych. Analiza ujawniła istotny związek między stopniem deficytu a wskaźnikiem obciążenia opiekuna. Im pacjent był bardziej sprawny, tym mniejsze było obciążenie opiekuna (p = 0,0001) (Tab. 3, Ryc.2).

Tab.3. Zależność między stopniem deficytu a wskaźnikiem obciążenia

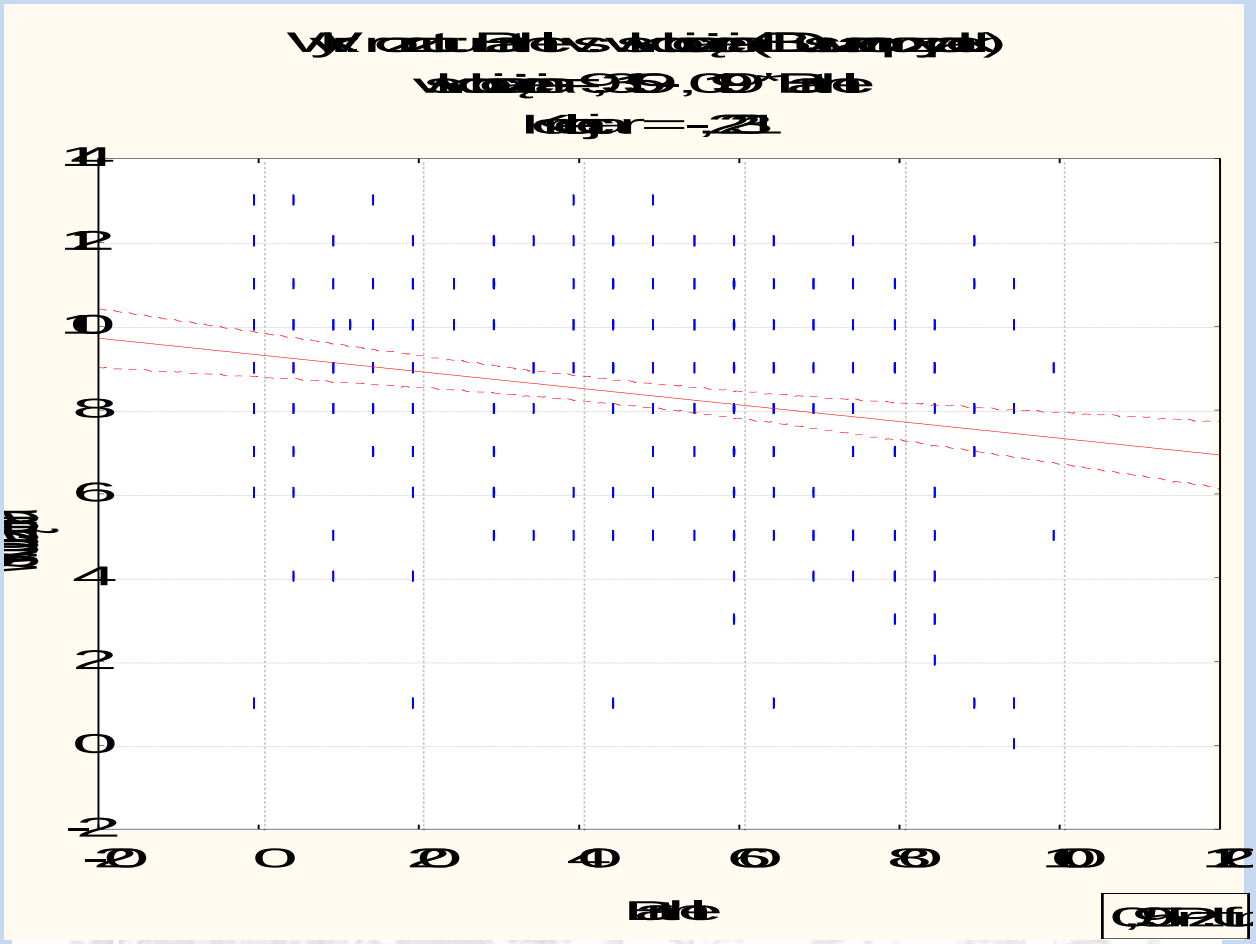
| | r(X,Y) | $r^2$ | t | p |
|---|---|---|---|---|
| stopień deficytu podopiecznych a wskaźnik obciążenia badanych | -0,22 | 0,05 | -3,95 | 0,0001 |

Legenda: ( r(X,Y) - współczynniki korelacji, $r^2$ – współczynnik determinacji, t- wynik test t-Studenta badającego istotność siły związku, p- poziom istotności statystycznej).

Wykazano również, że istnieje związek między stopniem deficytu a poziomem depresyjności opiekuna. Związek ten jest poniżej przeciętnej (tłumaczy 8% zróżnicowania). Im pacjent wykazywał większą samodzielność, tym mniejsza była depresyjność opiekuna (Tab. 4, Ryc.3).

Tab.4. Zależność między stopniem deficytu a wskaźnikiem depresji

| | r(X,Y) | $r^2$ | t | p |
|---|---|---|---|---|
| poziom deficytu podopiecznych a stopień depresyjności badanych | -0,29 | 0,08 | -5,21 | <0,001 |



Ryc.2 Korelacja między sprawnością podopiecznego a wskaźnikiem obciążenia opiekuna

Ze stopniem deficytu w zakresie samoobsługi podopiecznego wiąże się intensywność opieki świadczonej przez badanych. W tym aspekcie analiza wykazała istotny statystycznie związek między intensywnością opieki a poziomem depresyjności ($p<0,001$) i stopniem obciążenia opiekuna ($p =0,009$). Im opieka była intensywniejsza, tym wyższy był poziom depresyjności i poziom obciążenia opiekuna (Tab. 5).

Tab.5. Zależność między intensywnością opieki a wskaźnikiem depresji oraz stopniem obciążenia

| | r | t(N-2) | p |
|---|---|---|---|
| intensywność opieki a poziom depresyjności | -0,359 | -6,63 | <0,001 |
| intensywność opieki a stopień obciążenia | -0,151 | -2,64 | 0,009 |

W niniejszym badaniu nie stwierdzono związku statystycznie istotnego pomiędzy czasem trwania opieki a poziomem depresyjności i stopniem obciążenia opieki.

Tab.6 Zależność między czasem trwania opieki a wskaźnikiem depresji oraz stopniem obciążenia

| | r | t(N-2) | p |
|---|---|---|---|
| czas trwania opieki a poziom depresyjności | 0,039 | 0,674 | 0,501 |
| czas trwania opieki a stopień obciążenia | -0,023 | -0,399 | 0,690 |

Stopień przygotowana do sprawowania opieki okazał się elementem wpływającym na poziom obciążenia oraz depresyjność badanych (Tab. 7). Analiza wykazała, że istnieje niski, ale istotny statystycznie, związek między tymi czynnikami: im badani opiekunowie byli mniej przygotowani do pełnienia roli opiekuna, tym większe było ich obciążenie (p=0,001) i tym większą wykazywali depresyjność (0,021).

Niskie wskaźniki korelacji związane są z dużą wariancją wyników skal obciążenia i depresyjności w obrębie grup o rożnych poziomach przygotowania.

Tab.7. Zależność między stopniem przygotowania do sprawowania opieki a wskaźnikiem depresji oraz stopniem obciążenia

| | r | t(N-2) | p |
|---|---|---|---|
| stopień przygotowania a poziom depresyjności | 0,133 | 2,312 | 0,021 |
| stopień przygotowania a poziom obciążenia | 0,187 | 3,278 | 0,001 |

Badano występowanie pojedynczych wskaźników obciążenia opieką a stopień depresyjności (Tab. 8).

Tab. 8. Stopień depresyjności opiekunów a pojedyncze wskaźniki obciążenia.

| Wskaźniki obciążenia opiekuna | Średnia "tak" | Średnia "nie" | Test t-Studenta | p |
|---|---|---|---|---|
| nie mogę spokojnie spać | 22,05 | 14,04 | 5,91 | <0,001 |
| udzielanie pomocy „na przychodne" jest uciążliwe | 15,60 | 19,25 | -2,39 | 0,017 |
| opieka wymaga wysiłku fizycznego | 19,80 | 13,73 | 3,906 | <0,001 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| opieka wymaga poświęcenia | 18,63 | 14,41 | 1,877 | 0,061 |
| życie rodzinne podporządkowane jest opiece | 19,79 | 9,980 | 5,425 | <0,001 |
| wymuszone zmiany planów osobistych | 17,97 | 18,50 | -0,333 | 0,739 |
| mam inne plany wymagające poświęcania czasu | 17,63 | 18,92 | -0,876 | 0,382 |
| problemy emocjonalne (kłótnie) | 20,38 | 15,06 | 3,768 | <0,001 |
| przygnębiające zachowania pacjenta | 20,08 | 14,64 | 3,745 | <0,001 |
| przygnębiające zmiany na gorsze | 18,75 | 16,10 | 1,602 | 0,110 |
| muszę dostosować czas swojej pracy do potrzeb pacjenta | 18,42 | 17,84 | 0,408 | 0,684 |
| opieka stanowi obciążenie finansowe | 20,53 | 11,72 | 5,781 | <0,001 |
| czuję się przytłoczony | 21,00 | 10,77 | 6,942 | <0,001 |

Analiza wykazała, że opiekunowie zgłaszający występowanie wskaźników obciążenia (nie mogę spać, udzielanie pomocy na stałe, opieka wymaga wysiłku fizycznego, podporządkowane opiece życie rodzinne, mam problemy emocjonalne, przygnębiające zachowanie pacjenta, obciążenie finansowe, poczucie bycia przytłoczonym) mają istotnie wyższy poziom depresyjności. Występowanie wymienionych wskaźników zwiększa poziom depresyjności opiekuna, a pozostałe wskaźniki obciążenia nie mają wpływu na nastrój opiekuna.

Następnie badano związek stopnia pokrewieństwa a poziomem depresyjności i wskaźnikiem obciążenia.

Z uwagi na duże dysproporcje w liczebnościach porównywanych grup zastosowano nieparametryczny test Kruskala-Wallisa. Analiza wykazała, że występują różnice w poziomie depresyjności w zależności od stopnia pokrewieństwa między opiekunem a podopiecznym ($H=72,45$; $p<0,001$). W celu zlokalizowania różnic zastosowana analizę post-hoc. Poniższa tabela 9 zawiera poziomy istotności różnic.

Tabela 9. Poziom istotności różnic w zależności od stopnia pokrewieństwa między opiekunem a podopiecznym.

| | żona/mąż | matka/ojciec | dziecko | dalszy krewny | niespokrewniony |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| żona/mąż | | <0,001 | 1 | <0,001 | <0,001 |
| matka/ojciec | <0,001 | | <0,001 | 0,508 | 1 |
| dziecko | 1 | <0,001 | | <0,001 | <0,001 |
| dalszy krewny | <0,001 | 0,508 | <0,001 | | 1 |
| niespokrewniony | <0,001 | 1 | <0,001 | 1 | |

Analiza wykazała, że największy poziom depresyjności występuje u opiekunów opiekujących się współmałżonkiem bądź dzieckiem. Grupy opiekunów troszczących się o rodzica, dalszego krewnego albo osobę niespokrewniony mają istotnie niższy poziom depresyjności i nie różnią się między sobą.

Dalsza analiza wykazała, że występują różnice w poziomie obciążenia opiekuna w zależności od stopnia pokrewieństwa między opiekunem a podopiecznym. W celu zlokalizowania różnic zastosowana analizę post-hoc. Poniższa tabela zawiera poziomy istotności różnic (tab. 10).

Tab. 10. Różnice w poziomie obciążenia opiekuna w zależności od stopnia pokrewieństwa między opiekunem a podopiecznym.

| | żona/mąż | matka/ojciec | dziecko | dalszy krewny | niespokrewniony |
|---|---|---|---|---|---|
| żona/mąż | | 0,031 | 0,415 | 0,023 | 0,005 |
| matka/ojciec | 0,031 | | 0,148 | 0,849 | 0,464 |
| dziecko | 0,415 | 0,148 | | 0,122 | 0,040 |
| dalszy krewny | 0,023 | 0,849 | 0,122 | | 0,553 |
| niespokrewniony | 0,005 | 0,464 | 0,040 | 0,553 | |

Największy wskaźnik obciążenia odnotowana w grupie opiekunów troszczących się o współmałżonka bądź dziecko. Kolejno dalej: opiekujący się rodzicem, dalszym krewnym i osobą niespokrewnioną, które to wskaźniki były zbliżone do siebie.

Badano związek aktywności zawodowej a poziomem depresyjności opiekunów. Z uwagi na duże dysproporcje w liczebnościach porównywanych grup zastosowano nieparametryczny test Kruskala-Wallisa. Analiza wykazała, że występują różnice w poziomie depresyjności w zależności od aktywności zawodowej opiekuna (H=34,67;

p<0,001). W celu zlokalizowania różnic zastosowana analizę post-hoc. Poniższa tabela 11 zawiera poziomy istotności różnic.

Tab.11. Poziomy istotności różnic w poziomie depresyjności w zależności od aktywności zawodowej opiekuna.

| | pracuje | zrezygnował | nie pracował | emerytura/renta |
|---|---|---|---|---|
| pracuje | | 0,001 | <0,001 | 0,001 |
| zrezygnował | 0,001 | | 1,000 | 1,000 |
| nie pracował | <0,001 | 1,000 | | 1,000 |
| emerytura/renta | 0,001 | 1,000 | 1,000 | |

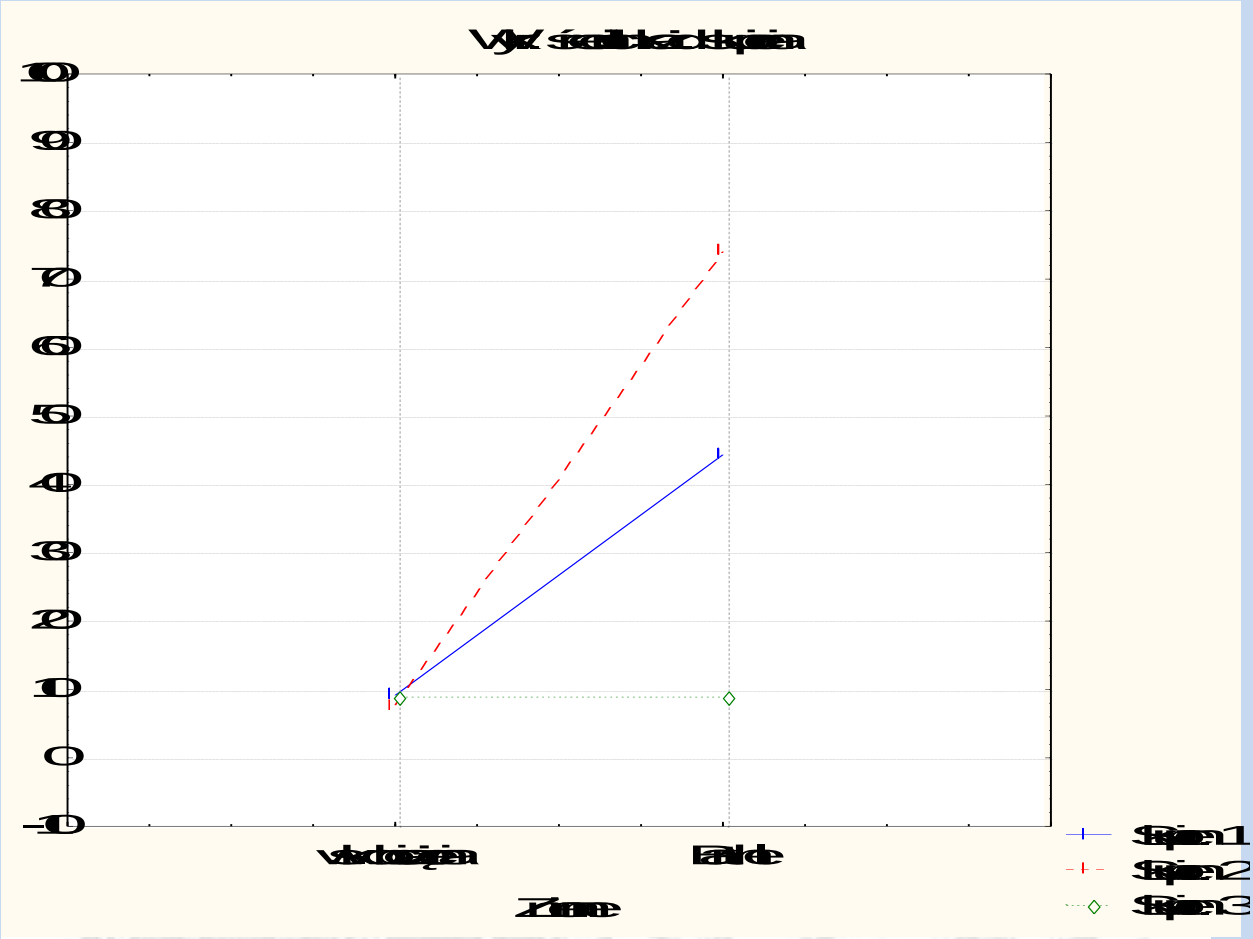
Analiza post-hoc wskazuje, że osoby pracujące wykazują istotnie niższy poziom depresyjności od pozostałych grup. Osoby, które zrezygnowały z pracy, nie pracowały wcześniej albo są na emeryturze/rencie mają zbliżony poziom depresyjności.

Sprawdzono, czy wyróżniają się typy opiekunów na podstawie poziomu obciążenia opiekuna i poziomu deficytu jego podopiecznego. W celu wyodrębnienia typów opiekunów (na podstawie wskaźnika obciążenia opiekuna i skali Barthel jego podopiecznego) zastosowano analizę skupień metodą k-średnich dla przypadków. Po przeanalizowaniu uzyskanych wyników podział na trzy skupienia okazał się jednocześnie najbardziej różnicujący przypadki oraz racjonalny merytorycznie.

Tabela 12. Wyniki analizy wariancji badające różnice między wyodrębnionymi skupieniami.

| | F Test Fishera | p |
|---|---|---|
| Wskaźnik obciążenia | 7,8 | 0,001 |
| Skala Barthel | 1200,2 | <0,001 |

Wyodrębnione skupienia różnią się istotnie wskaźnikiem obciążenia i wynikiem w skali Barthel.



Ryc.3. Wykres średnich każdego skupienia.

Poniżej przedstawiono średnie dla wyodrębnionych skupień (tab.13).

Tabela 13. Średnie dla wyodrębnionych skupień.

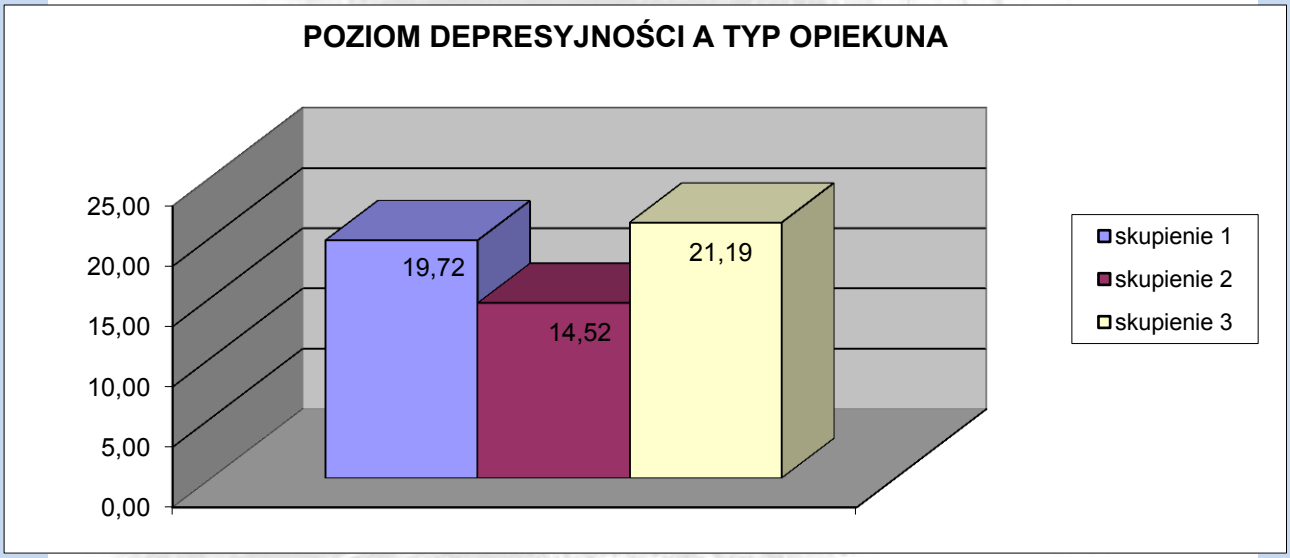
| | Skupienie 1 | Skupienie 2 | Skupienie 3 |
|---|---|---|---|
| | n=82 | n=118 | n=99 |
| Wskaźnik obciążenia | 9,15 | 7,71 | 8,84 |
| Skala Barthel | 44,33 | 74,03 | 9,04 |

Skupienie 1 to opiekunowie mający podopiecznego o przeciętnym stopniu samoopieki, a zgłaszający najwyższe obciążenie. Skupienie 2 to opiekunowie mający dość samodzielnego podopiecznego i zgłaszający podwyższony poziom obciążenia. Skupienie 3 to opiekunowie mający pacjenta wymagającego znacznej opieki i zgłaszający wysoki poziom obciążenia. Zadziwiające jest grupa opiekunów ze skupienia 1, gdyż ich podopieczni wykazują przeciętną samodzielność a opiekunowie ci zgłaszają wyższy poziom obciążenia, niż opiekunowie z podopiecznymi o bardzo niskim stopniu samodzielności.

Wyłonione 3 typy opiekunów różnią się poziomem depresyjności. Do zbadania różnic zastosowano analizę wariancji (test Fishera) i wykazano, że istnieją różnice w wyodrębnionych skupieniach (typach opiekunów) w poziomie ich depresyjności ($H=9,32$; $p<0,001$). W celu zlokalizowania różnic zastosowano analizę post-hoc (tab.14).

Tabela 14. Poziomy istotności różnic w poziomie depresyjności w wyodrębnionych skupieniach opiekunów.

| | skupienie 1 | skupienie 2 | skupienie 3 |
|---|---|---|---|
| skupienie 1 | | 0,002 | 0,391 |
| skupienie 2 | 0,002 | | <0,001 |
| skupienie 3 | 0,391 | <0,001 | |




Ryc. 4. Poziom depresyjności a typ opiekuna.

Analiza post-hoc wykazała, że opiekunowie ze skupienia 2 wykazują istotnie niższy poziom depresyjności niż opiekunowie z pozostałych skupień. Opiekunowie mający dość samodzielnego podopiecznego i zgłaszający podwyższony poziom obciążenia przejawiają mniej oznak obniżonego nastroju niż inne typy opiekunów. Natomiast opiekunowie mający podopiecznego o przeciętnym stopniu samoopieki, a zgłaszający najwyższe obciążenie nie różnią się istotnie poziomem depresyjności od

opiekunów mających pacjenta wymagającego znacznej opieki i zgłaszającego wysoki poziom obciążenia.

Można uznać to za przyczynek do rozpatrywania innych czynników, czynników wewnętrznych: charakterologicznych i emocjonalnych, decydujących o odniesieniu do roli opiekuna.

**Dyskusja**

Przeprowadzone badania potwierdziły, iż długotrwałe sprawowanie opieki nad chorym członkiem rodziny znacznie obciąża opiekunów, a jednym z czynników determinujących poziom obciążenia jest stopień deficytu w zakresie samoopieki ich podopiecznych.

Analiza wyników niniejszego badania wskazała również na związek stopnia sprawności chorego z częstością występujących problemów, im większy był deficyt funkcjonalny pacjenta, tym więcej pojawiało się trudności w wykonywaniu czynności opiekuńczych oraz problemów organizacyjnych. Wśród najczęściej zgłaszanych problemów zalazły się: trudności w przemieszczaniu chorego, brak czasu, trudności w wykonywaniu czynności higienicznych, oraz prowadzeniu ćwiczeń, a także problemy z pozyskaniem wsparcia finansowego. W innych doniesieniach związanych z badaniem opiekunów zestaw problemów przez nich zgłaszanych był podobny. W badaniu Jaracz opiekunowie rodzinni osób po udarze mózgu również wskazywali na problemy z przemieszczaniem chorych (39%) oraz z wykonywaniem czynności higienicznych (34%) [17]. Kachaniuk i wsp. w swoim badaniu również wykazała, że największą trudnością było przemieszczenie poza łóżko chorego (38,2%) oraz zmiana pozycji ciała (33,1%), mimo, że większość opiekunów deklarowało, że zna zasady właściwego przemieszczenia pacjenta [18].

W literaturze znajduje się liczne publikacje potwierdzające, że obciążenie opiekuna istotnie wzrasta wraz ze spadkiem sprawności pacjenta. Badanie międzynarodowe realizowane w ramach projektu EUROFAMCARE w 6 państwach europejskich (Grecja, Niemcy. Polska Szwecja Wielka Brytania i Włochy) wykazało, że obciążenie związane z wykonywaniem czynności opiekuńczych istotnie rośnie wraz z pogorszeniem się stanu zdrowia i sprawnością chorego [15]. Van Exel i wsp. w swoich badaniach stosując różne narzędzia do oceny obciążenia opiekunów również wykazał, iż niezależnie od zastosowanego narzędzia badawczego poziom obciążenia był istotnie większy w grupie opiekujących się chorymi z większym deficytem funkcjonalnym

[16,17]. Szacuje się, że niesprawność podopiecznego jest jednym z najważniejszych czynników determinujących poczucie obciążenia opiekunów. Niemożność poradzenia sobie z sytuacją, w której znajduje się opiekun, prowadzi do różnych problemów – zarówno w sferze emocjonalnej, jak i somatycznej. Może prowadzić do chronicznego zmęczenia, a nawet depresji [13, 17].

Sprawowana opieka ma wpływ na stan somatyczny opiekuna. Odporność organizmu zmienia się wraz z czasem sprawowania opieki. Opiekunowie częściej niż w populacji ogólnej cierpią na otyłość oraz mają podwyższone stężenie lipidów w surowicy. Obserwuje się, że częściej chorują na infekcje układu oddechowego, alergie [7]. Pogarsza się wyraźnie funkcjonowanie psychoemocjonalne [2].

U opiekunów, którzy sami chorują, obserwuje się pogorszenie ich stanu zdrowia. Opiekunowie czują się przeciążeni, nie mają czasu, by zająć się swoimi problemami zdrowotnymi. Natomiast długotrwałe przeciążenie może powodować chroniczne zmęczenie, co prowadzi do pogorszenia funkcjonowania, zdrowia [2, 19, 20].

W prezentowanym badaniu analizowano problem depresyjności opiekunów, z racji, że opieka niesie ryzyko problemów emocjonalnych opiekunów, których konsekwencją może być depresja. Wykazano, że wśród ogółu respondentów bez oznak depresji było jedynie 33,0% badanych. Średni poziom depresyjności w badanej grupie wyniósł 18,34, co mieści się w granicach łagodnej depresji. W literaturze najwięcej jest publikacji dotyczących nasilenia depresji u opiekunów pacjentów z otępieniem typu alzheimerowskiego. W badaniu Witusika nasilenie depresji określone w Skali Becka - było większe u osób opiekujących się chorym z otępieniem, niż w grupie kontrolnej (18,00±7,90 względem 13,12±10,49, $p<0,05$) [10]. Z innych badań opartych na samoocenie wynika, że depresja występuje u 34 – 55% opiekunów, czyli 2-3 razy częściej niż w populacji ogólnej [13].

Wyższe wyniki uzyskali inni badacze polscy (Tsirigotis i wsp.) w grupie opiekunów osób chorych na schizofrenię. Na podstawie badań stwierdzono, że opiekunowie sami doświadczali dolegliwości somatycznych i psychicznych opiekując się najbliższymi od dłuższego czasu. Wg skali Becka stopień depresji umiarkowanie ciężkiej u 60% badanych, depresji łagodnej – u 28%, depresji ciężkiej u 7% badanych. Tylko 5% nie wykazywało objawów depresji

Osoby badane doświadczały zaburzeń emocjonalnych (np. zaburzenie nastroju), intelektualnych (np. zaburzenia koncentracji, uwagi), występowały u nich zaburzenia snu.

Wśród objawów psychofizycznych wskazywano: poczucie niewydolności (49%), niezdolność do pracy (43%), brak satysfakcji (35%), drażliwość (35%), wołanie o pomoc (34%), obniżenie nastroju (33%). Wśród objawów somatycznych występowały: zmęczenie (44%), dolegliwości somatyczne (35%), zniekształcony obraz ciała (34%), zaburzenia snu (30%) Badani w większości sami korzystali z porad profesjonalistów [19].

Szczegółowa analiza wyników niniejszego badania wykazała, iż na wystąpienie objawów depresji miały wpływ: poziom deficytu w zakresie samoopieki podopiecznych, intensywność opieki oraz stopień przygotowania do pełnienia funkcji opiekuńczej. Zależność między poziomem depresji a stopniem deficytu funkcjonalnego pacjenta wykazują również inni autorzy. Cooper e alt. potwierdził, iż im jest gorsza sprawność pacjenta, tym zwiększa się możliwość wystąpienia depresji u opiekuna [20].

W części badań dowiedziono, że ryzyko wystąpienia depresji wzrasta wraz z wydłużającym się czasem sprawowania opieki [20]. W niniejszym badaniu takiej zależności nie stwierdzono.

Sprawowanie opieki nad chorym członkiem rodziny jest jedną z najbardziej stresujących sytuacji, mogących powodować poczucie wypalenia emocjonalnego, a tym samym zwiększyć ryzyko zachorowań zarówno psychicznych jak i somatycznych [1,19].

Mimo, że opieka domowa jest najbardziej naturalną i rozpowszechnioną formą opieki, to wyniki badań dowodzą, że opiekunowie rodzinni określają swoją sytuacje jako trudną, bo są obarczeni ryzykiem występowania depresji. Element emocjonalnego obciążenia ma duże znaczenie dla całości wypełniania roli opiekuna domowego. Opiekunom rodzinnym należy pomóc poprzez wsparcie informacyjne poprzez możliwość korzystania z systemu szkoleń w zakresie świadczenia opieki i spotkań z psychologiem, grupą wsparcia społecznego.

**Wnioski**

1. U większości opiekunów stwierdza się duży stopień poczucia obciążenia, który pozostaje w istotnym związku ze stopniem deficytu w zakresie samoobsługi podopiecznego, intensywnością opieki oraz stopniem przygotowania do pełnienia roli opiekuna.
2. Mimo wysokiej samooceny badanych w zakresie przygotowania do sprawowania opieki większość z nich zgłasza liczne problemy związane z codzienną opieką nad przewlekle chorym.

3. Ponad połowa badanych wykazuje oznaki depresji. Na wystąpienie objawów depresji ma wpływ: poziom deficytu w zakresie samoopieki podopiecznych, intensywność opieki oraz stopień przygotowania do pełnienia funkcji opiekuńczej.

4. Opiekunowie rodzinni osób przewlekle chorych wskazywali na liczne problemy związane z codzienną opieką oraz wykazywali duży stopień obciążenia oraz wykazywali objawy depresyjne nasilone w średnim stopniu.

5. Wyróżnia się różne typy opiekunów, co wynika z indywidualnego odniesienia emocjonalnego do roli opiekuna.

6. Opiekunom rodzinnym należy pomóc poprzez wsparcie informacyjne poprzez możliwość korzystania z systemu szkoleń w zakresie świadczenia opieki i spotkań z psychologiem.

**Piśmiennictwo:**

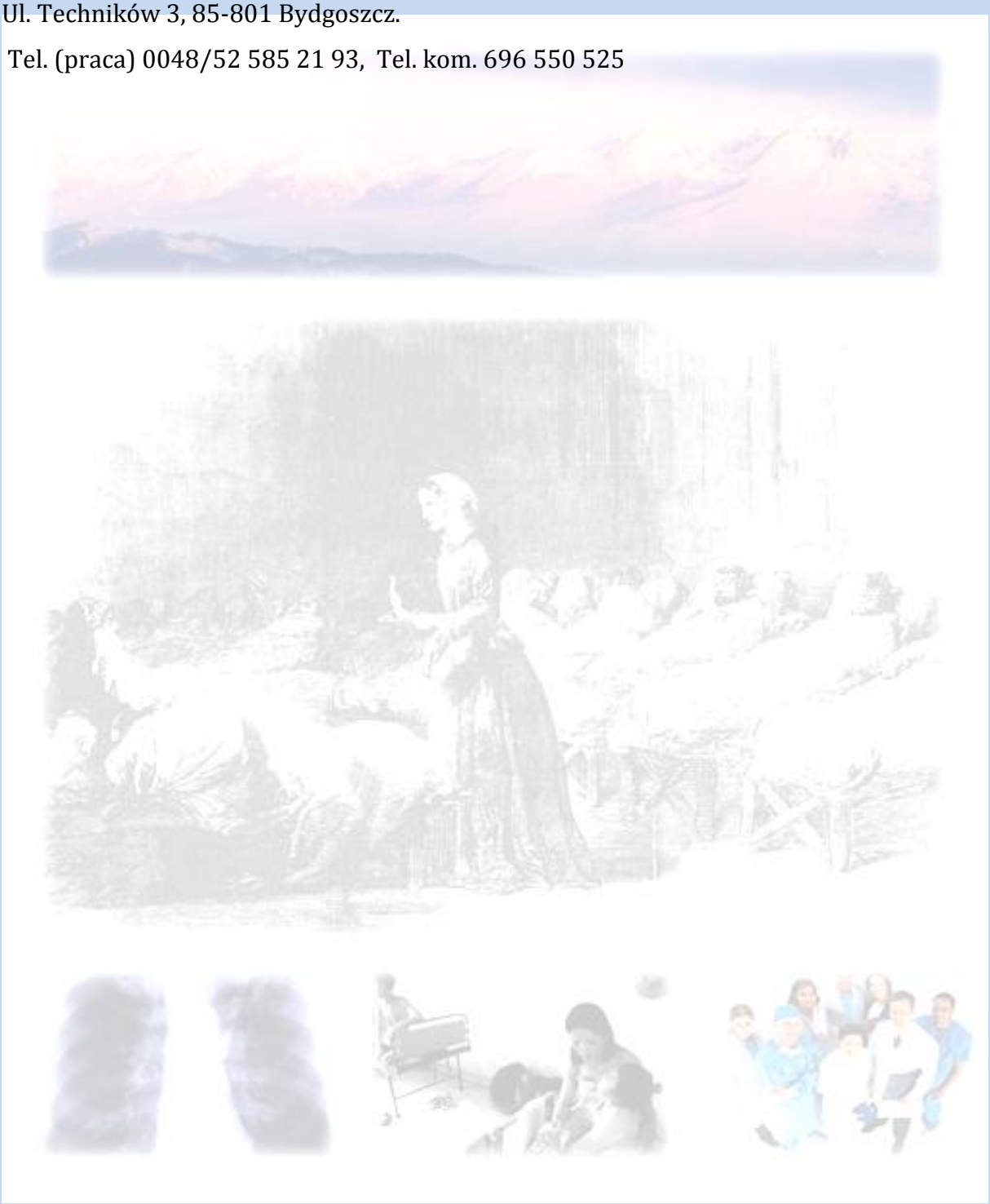

1. Kawczyńska –Butrym Z.: Rodzina – zdrowi - choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Wyd. Czelej, Lublin 2001: 39.
2. Gustaw K., Bełtowska K., Makara-Studzińska M.: Reakcje emocjonalne opiekunów z demencją – potrzeba pomocy społecznej. Przegląd Lekarski 2008,65,6: 304-307.
3. Szczerbińska K.: Udział rodziny w realizacji opieki nad osobami starszymi. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2003, 1, 1; 77-87.
4. www.zycie,senior.plnajwieksze-w-Polsce-badanie-osób-starych-PolSenior,123431.html (dostęp 4.12.2011).
5. Kawczyńska-Butrym Z.: Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość. Wyd. MakMed, Lublin 2008; 39.
6. Kłoszewska I. Rola opiekuna chorych z otępieniem. Polski Przegląd Neurologiczny 2007, 3, (2): 105-109.
7. Sasso L., Gamberoni L., Ferraresi A, Tibaldi L. l`infermiere di famiglia, scenari assistenziali e orientamenti futuri. Editore McGraw-Hill, Milano 2005; 163.]
8. Ostrzyżek Artur. Jakość życia w chorobach przewlekłych. Probl Hig i Epidemiol 2008, 89 (4): 467- 470].
9. Vidotto G., Rossi Ferrario S., Bond T., Zotti A.M.. Family Strain Questionanaire – Short Form for Nurses and general practitioners. Jurnal of Clinical Nursing 2010,19: 275-283.

10. Ober – Łopatka K.. Obciążenia psychospołeczne opiekunów osób chorych na Alzheimera. W: Brzezińska K. (red.). Zagrożenia rozwoju w okresie późnej dorosłości. Wyd. Fundacja Humaniora, Poznań 2007: 178-179.
11. Szczepańska J., Greń G., Woźniewski M. Zaburzenia poznawcze – istotny czynnik utrudniający fizjoterapię osób w podeszłym wieku. Psychogeriatria Polska 2007, 1.
12. Brzezińska A.J.. Jak być dobrym opiekunem? Opiekunowie i ich zasoby w opiece długoterminowej. Wystąpienie na XII Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej 2009, Toruń.
13. Witusik A., Pietras T.: Lęk i depresja u opiekunów osób chorych na otępienie - badanie pilotażowe. Psychogeriatria Polska 2007; 4,1: 1-6.
14. Coon, D., Evans, B.. Empirically Based Treatments for Family Caregiver Distress: What Works and Where Do We Go from Here? Geriatric Nursing 2009, 30(6), 426-436.
15. Bień B., Wojszel Z., Doroszkiewicz H.: Poziom niesprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych. Gerontologia Polska 2008;16,1: 25-34.
16. van Exel N.J.A. i wsp.: Burden of informal caregiving for stroke patients. Cerebrovasc. Dis. 2005; 19: 11-17.
17. Jaracz K., Grabowska-Fudala B.: Źródła obciążenia opiekunów nad chorymi po przebytym udarze mózgu – analiza jakościowa. Pielęgniarstwo Polskie, 2007, 24-25, 2-3: 116-119.
18. Kachaniuk H. i wsp.: Zakres działań podejmowanych przez opiekunów na rzecz osób starszych. Problemy Pielęgniarstwa 2008, 16,3: 255-258.
19. Tsirigotis K., Gruszyński W., Krawczyk B. Zaburzenia depresyjne u członków rodzin pacjentów z rozpoznaniem przewlekłej schizofrenii. Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (4): 469-476.
20. Cooper C, Katona C, Orrell M et al.: Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23: 929-936.

**Kontakt na autorov:**

Dr n. o zdrowiu Marzec Alicja, dr n. med. Faleńczyk Kamila, dr n. o zdrowiu Pluta Agnieszka

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego – kierownik: dr n. med. Faleńczyk Kamila
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
Ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz.
Tel. (praca) 0048/52 585 21 93, Tel. kom. 696 550 525



# ROLA PIELĘGNIARKI W OCENIE EFEKTYWNOŚCI ŻYWIENIA PRZEMYSŁOWEGO PACJENTÓW W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII

## Úloha sestry pri posudzovaní účinnosti priemyselnej výživy u pacientov v intenzívnej starostlivosti

Aneta Grochowska [1], Jacek Pochroń [2,4], Iwona Bodys-Cupak [1,3]

1. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie Instytut Ochrony Zdrowia,
2. Szpital Specjalistyczny im. E. Szczeklika w Tarnowie Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
3. Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum Wydział Ochrony Zdrowia
4. Uniwersytet Rzeszowski Wydział Ochrony Zdrowia Instytut Ochrony Zdrowia

**Streszczenie**

Celem pracy było przedstawienie roli jaka odgrywa pielęgniarka w ocenie efektywności żywienia dietami przemysłowymi na przykładzie grupy pielęgniarek pracujących w oddziałach OIT i OIOM na terenie powiatów tarnowskiego, dąbrowskiego, bocheńskiego i brzeskiego. Badaniem ankietowym objęto 108 pielęgniarek.

Żywienie enteralne dietami przemysłowymi jest obecnie zalecaną metodą odżywiania krytycznie chorych leczonych w OIT. Niestety wczesne rozpoczynanie leczenia żywieniowego odbywa się stosunkowo rzadko, co ma później negatywne skutki podczas prób włączania żywienia dożołądkowego. Istotną rolę w całym procesie związanym z rozpoznaniem, włączeniem i oceną żywienia enteralnego dietami przemysłowymi odgrywa pielęgniarka.

Wiele pielęgniarek mimo tego, że posiada odpowiednie przeszkolenie nie potrafi skutecznie zapobiegać wystąpieniu objawów ubocznych ze strony układu pokarmowego pacjenta co doprowadza do wczesnego zaprzestania żywienia na skutek uporczywych wymiotów lub biegunek. Postępowanie takie doprowadza do pogłębienia się niedożywienia. Pielęgniarki mimo posiadania wystarczającej wiedzy na temat odżywiania, wprowadzania do żołądka lub dwunastnicy zgłębnika, częstej kontroli stanu pacjenta nie zawsze potrafią trafnie ocenić i zinterpretować występujące objawy u chorego sugerujące wystąpienie powikłań związanych z niedożywieniem lub niewłaściwym żywieniem.

**Słowa kluczowe:** żywienie przemysłowe, efektywność, OIMO, OIT, pielęgniarka

Udział pielęgniarki w procesie oceny skuteczności żywienia dietami przemysłowymi ma kluczowe znaczenie w procesie terapeutycznym polegającym na przygotowaniu i wdrożeniu czynności wynikających z procedur medycznych związanych z leczeniem żywieniowym [1]. Odżywianie jest jedną z podstawowych funkcji każdego żywego organizmu. Żaden organizm nie jest w stanie żyć i prawidłowo się rozwijać, jeśli nie będzie miał zapewnionego w dostatecznej ilości pożywienia, które będzie dostarczane do odżywienia każdej żywej komórki. Pożywienie to wykorzystywane jest przez organizm do procesów budulcowych, energetycznych i regulacyjnych. Przyjmowane pożywienie poddawane jest procesowi trawienia i przyswajania. Człowiek do prawidłowego funkcjonowania musi, choć w minimalnym stopniu zaspakajać podstawowe potrzeby życiowe, po to by utrzymać organizm przy życiu, należą do nich potrzeby: oddychania, pragnienia, odżywiania, odpoczynku, wydalania i przedłużenia gatunku. Tak więc odżywianie jest niezbędnym czynnikiem, które towarzyszy człowiekowi od narodzin aż po śmierć [2,3].

Szczególną rolę odżywianie odgrywa w czasie, gdy człowiek potrzebuje dużo energii w celu przezwyciężenia choroby, która zagraża bezpośrednio jego życiu. U wszystkich leczonych w OIT pacjentów odżywianie jest jednym z głównych czynników mających wpływ na szybkość powrotu do zdrowia. Obecnie zalecenia ekspertów mówią o rozpoczęciu leczenia żywieniowego tak szybko jak to jest możliwe w celu dostarczenia do organizmu pacjenta substancji, które zapewnią potrzebną energię i zmniejszą skutki ciężkiej choroby. Dzięki połączeniu intensywnego leczenia i żywienia, szczególnie enteralnego, chorzy mają szansę na wyleczenie lub zminimalizowanie skutków choroby [4].

Rola pielęgniarki w procesie opieki nad pacjentem jest bardzo złożona. Jako pierwsza ma ona kontakt z chorym i jego rodziną, od samego początku bierze czynny udział w rozpoznaniu deficytów zdrowia, w tym w zakresie odżywiania. Współczesny model pielęgnowania zakłada, że pełniąc swoje funkcje i rolę zawodową diagnozuje problem zdrowotny, definiuje go, stawia diagnozę pielęgniarską i próbuje w odpowiedni sposób zrealizować przyjęte cele. Realizuje je w sposób zgodny z jej wiedzą i kompetencjami. Kryterium oceny upoważnia do podejmowania decyzji związanych z modyfikacją działań służących do realizowania wyznaczonych celów. Zgodnie z teorią potrzeb Maslowa odżywianie należy do jednych z ważniejszych potrzeb każdego człowieka. Wykrycie deficytów w odżywianiu upoważnia do podjęcia działań związanych z modyfikacją diety i sposobu odżywienia danego chorego[2]. Wytyczne

ESPEN wskazują pielęgniarkę jako członka zespołu żywieniowego, co daje jej uprawnienia do oceny stanu odżywienia pacjenta hospitalizowanego. Dzięki uprawnieniom nadanym w wyniku ukończenia kształcenia ma prawo do oceny odżywienia, modyfikacji diety, sposobu jej podania. W celu właściwej podaży standardowej diety szpitalnej może dostosować konsystencję, założyć zgłębnik żołądkowy, kontrolować jego położenie, prowadzić monitorowanie zalegania w żołądku, przygotowywać i podłączać mieszaniny odżywcze w żywieniu dożołądkowym i dojelitowym tak za pomocą zgłębnika jak również drogą przetoki odżywczej. Istotną rolę odgrywa w ocenie wchłaniania diety poprzez kontrolę zalegania w żołądku, jak również monitorowanie diurezy, temperatury ciała i wydalania. Utrzymuje w czystości i drożności zgłębnik żołądkowego, przetoki odżywczej, właściwie przygotowuje i podłącza odpowiedni preparat[3,4].

**Celem pracy** było ukazanie roli pielęgniarki w ocenie efektywności żywienia przemysłowego pacjentów leczonych w oddziale Intensywnej Terapii.

W badaniach posłużono się metodę badawczą jaką jest sondaż diagnostyczny. Korzystając z techniki ankietowej, skonstruowano anonimowy kwestionariusz zawierający 29 pytań dotyczących m.in.: metod odżywiania oraz preparatów stosowanych w OIT, występowania powikłań żywieniowych, czynności wykonywanych przy ocenie stanu pacjenta, oraz rozpoznawania niedożywienia u chorych.

Badaniem objęto 108 pielęgniarek pracujących w oddziałach Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza (zwany dalej Wojewódzki), Specjalistycznego Szpitala im. E. Szczeklika w Tarnowie (zwany dalej Specjalistyczny), Szpital Powiatowy w Dąbrowie Tarnowskiej, Brzesku i Bochni (zwane dalej Powiatowy).

Z analizy uzyskanych danych wynika, że spośród pielęgniarek poddanych badaniu 42% pracowało w szpitalach powiatowych, niespełna jedna trzecia (32%) w szpitalu wojewódzkim, natomiast 26% respondentek zatrudniona była w szpitalu specjalistycznym. W zależności od rodzaju szpitala mamy do czynienia z różnym statusem oddziału. Ponad połowa ankietowanych (58%) pracowała w OIT, natomiast 42% w oddziałach Intensywnej Opieki Medycznej. Oddziały te różnią się zasadniczo możliwościami terapeutycznymi jakimi powinien dysponować oddział w zakresie diagnozowania i leczenia pacjentów. Przeważającą większość (68%) stanowiły pielęgniarki posiadające średnie wykształcenie medyczne. Tytuł licencjata pielęgniarstwa posiadało 31% badanych, natomiast studia wyższe ukończył 1% ankietowanych. Zaledwie 11% badanych osób posiadało dodatkowe kwalifikacje: 7%

specjalizację z pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej opiece, 3% z pielęgniarstwa chirurgicznego i 1% z pielęgniarstwa zachowawczego. Więcej respondentek ukończyło kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki tutaj (80%), natomiast 20% badanych nie posiadało żadnego dodatkowego wykształcenia poza ogólnym pielęgniarskim. Ponad połowa (52%) pielęgniarek posiadała długi staż pracy (11-20 lat). Kolejną grupą były pielęgniarki krótko pracujące 1-5 lat - 36%, 6-10 lat - 9% oraz pielęgniarki bardzo długo pracujące w oddziale >20 lat 11% ankietowanych. Większość pielęgniarek (80%) odbyła szkolenia w zakresie karmienia ciężko chorych, z tego 46% zdobyło wiedzę na szkoleniach wewnątrzoddziałowych, a 34% na szkoleniach organizowanych przez firmy farmaceutyczne produkujące mieszaniny odżywcze. Jedna piąta (20%) pielęgniarek nie uczestniczyło w żadnym ze szkoleń. Szkolenie z zakresu żywienia dojelitowego w trakcie pracy zawodowej odbyło 75% pielęgniarek, z tego 3,7% w pełnym zakresie żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Wszystkie pielęgniarki zgodnie deklarowały, że w oddziale realizowane jest żywienie pacjentów drogą dojelitową i dożylną. Prawie wszystkie badane (97%) stosowały u chorych żywienie dietami przemysłowymi. Z pośród wszystkich ankietowanych 41,7% pielęgniarek brało udział w ocenie stanu odżywienia po przyjęciu pacjenta do oddziału, 58,3% nie uczestniczyło w takiej ocenie. Wśród realizowanych czynności były przede wszystkim: wnikliwa obserwacja pacjenta (31,5%), pobieranie i wykonywanie badań laboratoryjnych (23,1%), sprawdzanie stanu skóry i tkanki podskórnej (17,6%), pomiar wagi 5,6% i pomiar obwodów i grubości tkanki podskórnej (2,9%). Nieco inaczej przedstawia się sytuacja związana z wykonywaniem pomiarów w trakcie leczenia żywieniowego. Niespełna trzy czwarte (74,1%) ankietowanych nie wykonywała żadnych czynności, 25,7% dokonywała pomiaru masy ciała pacjentów, 14,8% mierzyła grubość tkanki podskórnej, 7,4% wykonywała pomiar wzrostu, a 2,8% obserwowała skórę chorego. W trakcie leczenia żywieniowego drogą przewodu pokarmowego, najczęściej używane były zgłębniki żołądkowe i PEG-i (90,7%), 40,7% ankietowanych używało dodatkowo zgłębnika dwunastniczego, a 48,1% zagłębnika jelitowego. Najmniej rozpowszechniony jest PEJ, stosowało go tylko 3,7% respondentek.

Zdecydowana większość ankietowanych (94%) zauważała u chorych żywionych drogą przewodu pokarmowego przy pomocy diet przemysłowych powikłania żywienia. Tylko 6% ankietowanych uważało, że powikłania nie występują. Określono cztery główne objawy uboczne: biegunki, zatkanie zgłębnika i wysunięcie się zgłębnika oraz wymioty, ulewania i zaparcia. Zdaniem ankietowanych trudności w oddychaniu i zaniki

mięśniowe występują u 25% leczonych pacjentów, natomiast odleżyny jako następstwo niedożywienia u 26% chorych. Nieznacznie mniej, bo 24% chorych ma uporczywe zakażenia wynikłe ze złego stanu odżywienia. Większość ankietowanych pielęgniarek stosowało diety Nutrison, Nutrison Standard (87%), Peptisorb 53,7% ankietowanych, Diben/Diason 52,2% respondentek, Reconvan/Surwimed 22,2% ankietowanych. Nutridrinki w żywieniu pacjentów stosowało 25,9% ankietowanych. Niespełna połowa ankietowanych (49,1%) brała udział w suplementowaniu diet dodatkowymi preparatami, lecz tylko 43,5 % tej grupy potrafiło wskazać, choć jeden preparat i był nim Protifar.

Wśród zapytanych, aż 97% pielęgniarek uważało, że nie posiada wystarczających kompetencji i wiedzy na temat żywienia dietami przemysłowymi chorych leczonych w OIT, oraz aby samodzielnie modyfikować podaż diety przemysłowej podawanej przez przewód pokarmowy. Przygotowanych do tego rodzaju czynności było zaledwie 3% ogółu badanych.

Ponad połowa ankietowanych pielęgniarek (66%) informowała pacjentów i ich rodziny o podawanej diecie. Najczęściej przekazywały informacje o zasadach odżywiania dojelitowego (63%), 50,9% badanych przekazywała wiedzę o technice podaży diet, 31% osób uczyła sposobów kontrolowania zgłębnika lub PEG-a. Prawie połowa (45%) ankietowanych informowała chorych o możliwych powikłaniach jakie mogą wystąpić podczas stosowania diet przemysłowych.

Większość ankietowanych pielęgniarek bo aż 88% wyrażała pogląd, że zwraca uwagę na pacjentów niedożywionych przebywających w oddziale, natomiast 12% badanych nie obserwowała chorych pod kątem niedożywienia.

Ankietowani zapytani o znajomość określeń typowych rodzajów niedożywienia twierdząco odpowiedzieli w 78%, z tego 38% odpowiedziała na drugą część pytania dotyczącą wyjaśnienia pojęcia. Niespełna jedna czwarta (22%) ankietowanych pielęgniarek uważało, że nie zna takich określeń.

Analizując dostępne dane można wysunąć następujące wnioski:

1. Do wykonywania zleceń lekarskich w zakresie żywienia dietami przemysłowymi są uprawnione wszystkie pielęgniarki pracujące w oddziale.
2. Pielęgniarki posiadają wiedzę na temat rodzajów odżywiania, dróg podawania diety przemysłowej, rodzajów niedożywienia, lecz bardzo rzadko z niej korzystają, najczęściej biernie wykonują zlecenia lekarskie, nie starają

się modyfikować diet, tylko ewentualnie monitorować wystąpienie podstawowych powikłań.

3. Większość pielęgniarek przekazuje informacje na temat diet i leczenia żywieniowego pacjentom i ich rodzinom.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż rola pielęgniarki jest zależna od posiadanych kwalifikacji, stażu pracy oraz zdobytego doświadczenia. Należy zwrócić większą uwagę na wykorzystanie umiejętności i wiedzy jaką posiadają pielęgniarki pracujące w OIT.

**Piśmiennictwo:**

1. Glińska J., Lewandowska M.; Autonomiczność zawodu pielęgniarskiego w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych. Problemy Pielęgniarstwa, 2007, 15, 4, 249-253

2. Kózka M. Pielęgnowanie pacjenta w chorobach przewodu pokarmowego,(w:) L. Wołowicka, D. Dyk (red.:), Anestezjologia i intensywna opieka , PZWL. Warszawa 2008 532-542

3. Kózka M.; Opieka nad pacjentem nieprzytomnym, (w:) Ślusarska I. Zarzycka D.(red.:) Podstawy pielęgniarstwa, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, 717 - 723

4. Pertkiewicz M., Korta T., Żywienie enteralne w intensywnej terapii, Medycyna Praktyczna – Wydanie Specjalne 7/2008, 15 -18

**Kontakt na autora:**

Aneta Grochowska
IOZ ZP
PWSZ w Tarnowie
Ul. Mickiewicza 8
33-100 Tarnów
Polska

# PRÁCE SESTRY NA NEUROCHIRURGICKÉM SÁLE

Ľuboslav Trokšiar, Jaroslav Pekara
Oddělení anestezie, resuscitace a intenzivní péče
Ústřední vojenská nemocnice Praha

**Abstrakt**

Příspěvek popisuje téma mezioborové spolupráce centrálního operačního týmu (anestezie a operační tým) u operace *awake*. Posluchači jsou seznámeni se základním vybavením operační techniky ústřední vojenské fakultní nemocnice Praha Střešovice (ÚVN), s nejrůznějším typem operací, které jsou středem zájmu činnosti neurochirgické operativy ÚVN. Jádrem je následně kazuistika operace mladého muže, takzvaný *awake*, probuzení během výkonu a operování mozku při spolupráci pacienta, který odpovídá během resekce nádoru na dotazy PC nebo psychologa.

Klíčová slova: Anesteziologická sestra. Neurochirurgická sestra. Awake.

Obsah přednášky je rozdělen do tří celků.

1) Mozkové nádory
2) Operační tým ÚVN – neurochirurgický sál
3) Projevy mozkových nádorů – afázie
4) Operace awake
5) Závěr, shrnutí

1) Mozkové nádory

Nádory mozku jsou takové nádory, které postihují mozek a mozkové obaly (mozkové pleny). Může se jednat jak o nádory primární, tedy o nádory vzniklé přímo z příslušných tkání, tak i o nádory sekundární, tedy metastázy jiných nádorů ať už z mozku nebo z těla. Nádory mozku se obvykle dělí podle histogeneze, tedy podle tkáně, jejíž rysy alespoň částečně přebírá i tkáň nádorová a ze které pravděpodobně nádor vyrostl. (1) Primární nádory mozku představují cca 1-2% všech zhoubných nádorů. Každý rok v České republice onemocní nádorem mozku cca 700 lidí, s mírnou převahou u mužů. Výskyt tohoto onemocnění je častější pro dvě věkové skupiny – děti do 5let a dospělí po 60. roku.(2)

Ke klasifikaci mozkových nádorů se používá klasifikace dle WHO z roku 1993(1). Rozlišujeme nádory neuroepiteliální tkáně, kam patří nejčastěji: astrocytární nádory, oligodendrogliální nádory, ependymální nádory, smíšené gliomy, nádory, chorioidálního plexu, embryonální nádory, nejasného původu. Dále rozlišujeme:

- nádory hlavových nervů
- nádory mozkových obalů
- metastatické nádory
- neklasifikované nádory (1).

Primární mozkové nádory jsou značně různorodou skupinou. Nejčastěji vznikají z buněk podpůrné mozkové tkáně (neuroglie) – tzv. gliomy, tvoří více jak 50% všech nádorů CNS.

Gliom s nízkým stupněm malignity - roste pomalu (léta), častěji se vyskytuje v mladších věkových skupinách (20-40let), jeho růst však není dobře ohraničený od okolní zdravé mozkové tkáně a proto se ho často nedaří úplně operačně odstranit. Může být po léta stejný nebo se pomalu zvětšovat. Časem může v rámci dalších genetických poruch dojít k přechodu do agresivnější formy gliomu.

Gliom s vysokým stupněm malignity - může vzniknout 2 cestami. Buďto přirozeným vývojem cestou dalších genetických poruch z nízce maligního gliomu nebo přímo ze zdravé neuroglie. Pro tyto vysoce maligní gliomy je typický rychlý agresivní růst (týdny až měsíce), postihuje častěji starší jedince (po 50 roku věku), má neostré hranice růstu, úplné odstranění bývá spíše nemožné, často dochází k recidivám (opětovném nárůstu v místě po operaci).(2)

2) Operační tým ÚVN – neurochirurgický sál

Operační tým neurochirurgie tvoří komplement vyšetřovacích metod, které diagnostikují nádory mozku, personál neurochirurgické kliniky a personál kliniky anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny. K dispozici jsou tři operační neurochirurgické sály vybaveny nejmodernější technikou. Dva sály jsou umístěny v centrální části operačních sálů a jeden operační (detašovaný) neurochirurgický sál je umístěn v podzemí nemocnice a vybaven perioperační magnetickou rezonancí.

3) Projevy mozkových nádorů

Vzhledem k tomu, že tyto nádory rostou v uzavřeném prostoru lebky, liší se od jiných nádorů svým chováním a mnohdy i symptomatologií. Pro nádory mozku je příznačné, že rostou v uzavřeném prostoru lebky, takže i typicky benigní nádor může postiženého usmrtit nárůstem nitrolebního tlaku (nitrolební hypertenzí). (1). U nízce maligních pomalu rostoucích nádorů bývá často prvním příznakem onemocnění epileptický záchvat. K dalším velmi častým příznakům patří tzv. ložiskové příznaky. Jde o výpadky funkcí určitých částí mozku, které jsou utlačeny nebo poškozeny rostoucím nádorem. Nádor v blízkosti pohybového centra může způsobit různě intenzivní poruchy hybnosti a to od poruch minimálních (např. potíže se zapínáním knoflíků u košile) až po závažné ve smyslu ochrnutí na celou polovinu těla. Podobně může být porušeno centrum řeči, sluchu, zraku atd.. Pokud je nádor v oblasti čelních mozkových laloků, pak dochází často k poruše chování – tzv. prefrontální syndrom. Obecně nádory mozku vedou často ke změnám osobnosti, člověk může být neklidný až agresivní nebo naopak velmi pasivní až apatický, častým doprovodným projevem bývají poruchy paměti. Rychlý rozvoj nitrolebního tlaku se všemi jeho důsledky vídáme často u vysoce agresivních, rychle rostoucích nádorů jako např. glioblastoma multiforme (GBM). Tento nádor je nejčastější a nejmalignější gliom mozku. Vychází z buněk astrocytů, lokalizován je zpravidla v mozkových hemisférách a postihuje převážně dospělé. Terapie GBM je paliativní využívající řešení chirurgické, radioterapeutické a chemoterapeutické.(3) Glioblastoma multiforme je nejčastější primární nádor mozku čítající přibližně 12–15 % všech intrakraniálních tumorů a 50–60 % astrocytárních tumorů. Incidence je přibližně stejná na celém světě a to 2–3 nové případy na 100 000 obyvatel za rok.(3) V České republice je ročně diagnostikováno cca 350 high-grade gliomů.(4)

Glioblastoma multiforme je nejčastější primární nádor mozku čítající přibližně 12–15 % všech intrakraniálních tumorů a 50–60 % astrocytárních tumorů. Incidence je přibližně stejná na celém světě a to 2–3 nové případy na 100 000 obyvatel za rok. (3) V České republice je ročně diagnostikováno cca 350 high-grade gliomů.(4) Pacienti s GBM bez terapie umírají do 3 měsíců. Pacienti optimálně léčení (tzn. paliativně chirurgicky, radioterapeuticky a chemoterapeuticky) se dožívají v průměru 12 měsíců. Méně než 25 % pacientů s GBM přežívá 2 roky a méně než 10 % pacientů přežívá 5 let.(3) Etiologie GBM není ve většině případů známá. Může vzniknout následkem

rodinné genetické zátěže nebo jako následek známého genetického syndromu, např. neurofibromatózy, Turcotova syndromu nebo Li-Fraumeniho syndromu.(5)
Používání mobilních telefonů a jeho vliv na vznik gliomů mozku je stále předmětem diskuzí. Dle velkých studií není záření mobilních telefonů považováno za rizikový faktor. Jiné studie toto tvrzení zpochybňují, zdůrazňují lobby telekomunikačních společností, které velké studie financovali, a považují záření mobilních telefonů za významný rizikový faktor, převážně pro děti.(5,6)

Nejčastěji se GBM projevuje jako pomalu progredující neurologický deficit, většinou svalovou slabostí. Subjektivně si však pacienti nejvíce stěžují na bolest hlavy (bývá větší ráno po probuzení).(7,8) Celkové příznaky jsou většinou následkem nitrolební hypertenze, kam patří již zmíněná bolest hlavy, městnání na papile n. optici, nauzea a zvracení, poruchy psychiky a vědomí. Mohou se objevit sekundární parciální nebo generalizované epileptické záchvaty. U GBM s infratentoriální lokalizací dominuje mozečková nebo kmenová symptomatika, parézy hlavových nervů.(4)

V současné době lze léčit glioblastom pouze paliativně. Základem je radikální chirurgická resekce. Cílem chirurgické intervence je zmenšit nádorovou masu a snížit tak tlak na okolní struktury, umožnit histopatologickou diagnózu nádoru a facilitovat účinek adjuvantní terapie. Na chirurgii nasedá adjuvantní radioterapie (9) (standardní frakcionace konformní radioterapie, 60 Gy) a konkomitantní nebo (samostatná) adjuvantní chemoterapie Temozolomidem (perorálně podávané alkylační činidlo). Nejúčinější se zdá být konkomitantní chemoradioterapie (Stupp et al). Po konkomitantní chemoradioterapii následuje 6 cyklů adjuvantní chemoterapie.(4) U pacientů starších 70 let se pro agresivitu terapie doporučuje volit pouze jednu z modalit, tedy pouze chemoterapii nebo pouze radioterapii. Dle některých studií se kloní terapie více ve prospěch radioterapie pro delší přežití pacientů (Scott et al).(9)

4) Operace awake

Jádrem této kapitoly je navázání na příznak afázie, který bývá dominantní u mozkových nádorů v oblasti řečového centra (předního i zadního). Z afázií, které známe (percepční, expresivní) zde nalézáme tzv. afázii postparoxysmální, která následuje po epileptickém záchvatu. Takto nemocní se dostávají přes sérií vyšetření až na operační sál, kdy příčina (často právě glioblastoma multiforme) je lokalizována v oblasti, které je těžké operovat. V takových chvílích je prováděna operace s anesteziologickým probuzením pacienta uprostřed výkonu (*awake*). Pacient je uspáván v totální

intravenózní anestezii (kontinuální aplikovány opiáty + anestetika) bez relaxace a bez použití inhalační anestezii. Pacient je neustále monitorován a dle pokynů operatéra probuzen. Následující dvě varianty, kdy operace pokračuje – kontrola psychologem či obrázky na PC, kdy pacient na výzvu řečovými signály/slovy odpovídá a neurochirurg dle odpovědí resekuje místo nádoru. Prezentace provádí fotodokumentací z jednoho takového operačního výkonu.

5) Závěr, shrnutí

Řečová centra jsou problematicky monitorovaná u pacientů v narkóze. V takových chvílích nastupuje tým neurochirurgů, perioperační sester, neurolog, anesteziologický tým a provádí operační výkon zvaný *awake.* Celkové zajištění výkonu klade velký důraz na načasované probuzení pacienta během výkonu, aby mohla být provedena resekce nádoru v oblasti řečového centra.

**Literatura:**

(1) JEDLIČKA, Pavel; KELLER, Otakar, et al. Speciální neurologie. Praha : Karolinum/Galén, 2005. ISBN 80-7262-312-5.

(2) Linkos.cz. Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. www.linkos.cz.

(3) BRUCE, Jeffrey N. Glioblastoma Multiforme [online]. Poslední revize 2011, [cit. 2012-02-13]. <http://emedicine.medscape.com/article/283252-overview#a0101 >.

(4) ŠLAMPA, Pavel, Petr BURKOŇ a Libor KOMÍNEK. Glioblastom přehled léčby [online]. ©2010. Poslední revize 3.9.2010, [cit. 2012-02-16]. <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/glioblastom-prehled-lecby-454084

(5) BRUCE, Jeffrey N. Glioblastoma Multiforme [online]. Poslední revize 2011, [cit. 2012-02-13]. <http://emedicine.medscape.com/article/283252-clinical#a0218

(6) MORGAN, L. Lloyd. Cellphones and Brain Tumors 15 Reasons for Concern [online]. ©2009. [cit. 2012-02-14]. <http://www.radiationresearch.org/pdfs/reasons_us.pdf

(7) BRUCE, Jeffrey N. Glioblastoma Multiforme [online]. Poslední revize 2011, [cit. 2012-02-13]. <http://emedicine.medscape.com/article/283252-clinical >.

(8) BRUCE, Jeffrey N. Glioblastoma Multiforme [online]. Poslední revize 2011, [cit. 2012-02-13]. <http://emedicine.medscape.com/article/283252-clinical#a0217

(9) BRUCE, Jeffrey N. Glioblastoma Multiforme [online]. Poslední revize 2011, [cit. 2012-02-13]. <http://emedicine.medscape.com/article/283252-treatment

**Kontakt na autorov:**

Ľuboslav Trokšiar[1], Jaroslav Pekara[1, 2]

1) Anesteziologicko-resuscitační oddělení, anestezie ÚVN Praha Střešovice

2) Zdravotně-sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

**Autor:**

Ľuboslav Trokšiar

Email: lubo.t@seznam.cz

**Spoluautor:**

Mgr. Jaroslav Pekara

Adresa: Nučická 1754/15, Praha 10 (Strašnice), PSČ 10000

Email: Jaroslav.pekara@gmail.com

Adresa zaměstnavatele:

Oddělení anestezie, resuscitace a intenzivní péče

Ústřední vojenská nemocnice Praha

U Vojenské nemocnice 1200

Praha 6, 169 02

# VÝZNAM LIEČEBNEJ REHABILITÁCIE U SENIOROV V CHRONICKOM ŠTÁDIU OSTEOPORÓZY

Zuzana Hudáková[1], Mária Novysedláková[1], Halina Romualda Zięba[2]
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku[1]
Podhalańska Państwowa wyzsza szkola zawodwa w Nowym Targu[2]

**Súhrn**

Osteoporóza je v súčasnosti stále väčším zdravotným, sociálnym a ekonomickým problémom a postihuje skôr staršiu populáciu. Ženy trpia týmto ochorení častejšie ako muži. Je príčinou viacerých zlomenín, ktoré sú spojené s komplikáciami, ktorých dôsledkom môže byť zhoršená sebestačnosť seniora a príčina predčasného úmrtia. Priemerné celoživotné riziko zlomeniny krčka femuru u žien pri osteoporóze je 30 – 40 % a u mužov 13 %. Liečba osteoporózy je založená na kombinácii farmakoterapie, úpravy životosprávy, životného režimu a vhodného pohybového režimu. Dôležitou súčasťou komplexného liečebného prístupu je liečebná rehabilitácia, ktorá tú má nezastupiteľnú úlohu. Základnou úlohou liečebnej rehabilitácie u seniorov s osteoporózou je pôsobiť tak ako v oblasti preventívnej, ako aj v oblasti terapeutickej.

**Kľúčové slova:** Liečebná rehabilitácia. Prevencia. Ostreoporóza. Pohybová aktivita.

**Summary**

Osteoporosis is now a growing medical , social and economic problems and mostly affects the older population. Women suffer from this disease than men. The cause of multiple fractures , which are associated with complications , which may result in impaired self-sufficiency of seniors and cause premature death. The average lifetime risk of hip fractures in women with osteoporosis, 30 to 40 % and 13% of men . Treatment of osteoporosis is based on a combination drug therapy , lifestyle modifications , the environment and the proper motion . An important part of a comprehensive treatment approach is medical rehabilitation , which is the irreplaceable role . The main task of medical rehabilitation in elderly patients with osteoporosis is to act as the preventive and the therapeutic .

**Keywords:** Medical rehabilitation. Preventiv. Osteoporóza. Physical aktivity.

## Úvod

Osteoporóza je ochorenie látkovej výmeny kostného tkaniva, ktorá sa prejavuje ubúdaním množstva kostnej hmoty a poruchami mikroarchitektúry kosti, čo vedie k oslabeniu pevnosti kosti a tým k zvýšenej lámavosti. Je najčastejším metabolickým kostným ochorením, ktoré postihuje predovšetkým ženy po menopauze a mužov a ženy v pokročilom veku (Masaryk, 2005).

Klinický význam osteoporózy spočíva predovšetkým v zlomeninách. Prvým varovným príznakom bývajú pálivé bolesti medzi lopatkami, hlavne pri státí, či sedení, ktoré sa v ľahu zmierňujú. Tie už môžu byť prejavom mikrozlomenín vo vnútri kosti a počínajúcich deformácií stavcov. Na tieto môže nasadať náhla prudká bolesť, ktorá už znamená zlomeninu stavca. Niekedy človeka na osteoporózu upozorní až okolie, ktoré si všimne hrbatenie postavy. Hoci sa pri osteoporóze môže v zásade zlomiť ktorákoľvek kosť, najčastejšie to však bývajú tri už spomínané miesta - kosti predlaktia, stavce a horný koniec stehennej kosti (Blahoš a kol. 2006). Menej časté bývajú zlomeniny rebier a horného konca ramennej kosti. Či daná zlomenina je skutočne v dôsledku osteoporózy, je vecou posúdenia mechanizmu deja, pri ktorom došlo k zlomenine. Za osteoporotické zlomeniny nepovažujeme napr. zlomeniny pri dopravných úrazoch, či pádoch z výšky. Pre osteoporózu sú naopak typické zlomeniny, ktoré vznikajú pri malej traume, alebo dokonca aj bez nej (zakopnutie, prudšie predklony, dvíhanie bremien, zakašlanie a pod. Výskyt osteoporózy a pridružených komplikácii pribúda s vekom a stáva sa nielen problémom zdravotným, ale aj sociálnym a ekonomickým (Schüller, Oster, 2010). V roku 1994 bola osteoporóza zaradená Svetovou zdravotníckou organizáciou zaradená medzi prvoradé problémy v zdravotníctve. Osteoporóza postihuje 15 % mužov a 33 % žien vo veku nad 50 rokov a 39 % mužov a 47 % žien vo veku nad 70 rokov (Cirmanová, 2012).

## Osteoporóza – epidémia tretieho tisícročia

Od konca minulého storočia sa problém osteoporózy dostal do povedomia nielen zdravotníckej, ale aj širokej laickej verejnosti. Náklady na diagnostiku a liečbu osteoporózy, včítanie liečby zlomenín a ich dôsledkov dosahujú obrovské čiastky a nastále rastú. Ako príklad možno uviesť krajiny EU, ktoré vydali v roku 1998 len na liečbu zlomenín horného konca stehennej kosti 4,8mld EURO.

Najobávanejšou zlomeninou je posledne uvedená – zlomenina krčka stehennej kosti. V roku 1990 sa vyskytlo na svete cca 1,5 miliona takých zlomenín, v roku 2050 sa ich očakáva až 4,5 mil. Enormný nárast zaznamenali krajiny EU v rokoch 1995-1998 - z 380

tis na 480 tis, čo je cca 25% vzostup. Na Slovenskou bolo v roku 1974 zaznamenaných okolo 1 600 týchto zlomenín. Toto číslo v roku 2000 vzrástlo na 10 000. Našťastie v posledných rokoch vzostup už nie taký prudký. Osteoporózu preto právom považujeme za spoločensky najzávažnejšie ochorenie pohybového aparát (In www.osteoporoza.sk/pacienti/cojeosteo/)

Osteoporóza je dôsledkom nerovnováhy kostnej prestavby v zmysle prevážajúcej resorpcie nad novotvorbou. Dochádza k úbytku kostnej hmoty a strate jej kvality.

Pri **senilnej osteoporóze** je znížená novotvorba kosti. Osteoblasty aj osteoklasty strácajú vitalitu a ich aktivita je znížená. Pri **postmenopauzovej osteoporóze** stúpa počet a aktivita osteoklastov a následne aj osteoblastov (ale v menšej miere), čo vedie k zvýšenému odbúravaniu kosti.. Hlavným vyvolávajúcim faktom týchto zmien je postmenopauzálny pokles hladiny estrogénov. V dôsledku straty kostnej hmoty sa postupne narúša aj štruktúra kosti. V určitom stupni sa potom preriednutá kosť stáva veľmi krehkou a ľahko sa láme, dokonca aj bez zjavného úrazového deja (Blahoš a kol., 2006)

**Diagnostika**

Pri stanovení diagnózy sa využívajú anamnestické údaje, klinické vyšetrenie, zobrazovacie metódy, laboratórne vyšetrenia a kostná biopsia. Dôležitá je aj diferenciálna diagnostika (Broulík, 2004). Pri podozrení lekár poukazuje pacienta na röntgenologické vyšetrenie, laboratórne vyšetrenie krvi a moču (zamerané na metabolizmus vápnika a fosforu, ako aj na tvorbu a odbúravanie kostnej hmoty) a vyšetrenie kostnej hustoty (denzitometrické vyšetrenie). Tu sú potrebné ďalšie vyšetrenia a spolupráca viacerých odborníkov – špecialistov (ortopéd, reumatológ, endokrinológ, nefrológ, gastroenterolog, a pod.). V prvom rade sa musí vylúčiť tzv. sekundárna osteoporóza, t.j. pátrať po možných známych príčinách osteoporózy. Pokiaľ sa nenájde žiadna príčina, osteoporóza sa potom klasifikuje ako primárna, ktorá môže byť buď postmenopauzová, alebo senilná a lieči sa samotná osteoporóza.

Denzitometria znamená meranie hustoty kostnej hmoty. V súčasnosti je zlatým štandardom diagnostiky osteoporózy. Meria sa hustota kostí v miestach najčastejších zlomenín, t.j. oblasti predlaktia, driekové stavce a horný koniec stehennej kosti. Výsledkom denzitometrie je číslo (hustota kostného tkaniva v g/cm2 a tzv. T- a Z-skore), nie obraz štruktúry kosti, či nález zlomeniny. Podľa výsledku sa meranie klasifikuje do troch kategórií: norma, osteopénia a osteoporóza. I keď denzitometria znamená v

diagnostike veľký pokrok, k výsledkom denzitometrického vyšetrenia treba pristupovať ako k hociktorému inému laboratórnemu vyšetreniu, ktoré je pomocným vyšetrením pre určenie diagnózy (Blahoš a kol. 2006).

**Liečba**

Liečba osteoporózy musí byť včasná, účinná a komplexná. Rozhodnutie, či treba zaviesť liečbu, nezávisí len od určenia diagnózy, ale aj od veku pacienta, účinnosti a vedľajších príznakov liečby a možných pridružených chorobách. V liečbe osteoporózy sa používa niekoľko liekových skupín:

- **bisfosfonáty** - v súčasnosti najúčinnejšia skupina liekov. Intenzívne potláčajú proces odbúravania kosti a významne znižujú riziko zlomeniny. Nevýhodou je malá vstrebateľnosť z tráviaveho traktu, preto je potrebné užívať ich nalačno, alebo vo forme infúzií. Sem patrí napr. alendronát, rizedronát a ibandronát.
- **selektívne modulátory estrogénových receptovo (SERM)** – zachovávajú si pozitívne vlastnosti estrogénov na kosť a negatívne vlastnosti na prsník a maternicu sú eliminované. Množia sa štúdie, ktoré dokazujú ochranný vplyv pred rakovinou prsníka. Z vedľajších účinkov boli najčastejšie popísané poškodenie pečene a zápaly žíl. Sem patrí tamoxifen a raloxifén.
- **kalcitoníny** – hormóny zvláštnych buniek štítnej žľazy, ktoré intenzívne blokujú zvýšené odbúravanie kosti. Majú súčasne aj výrazný analgetický efekt. Účinné sú hlavne pri čerstvých zlomeninách stavcov. Majú minimum vedľajších účinkov. Podávajú sa vo forme nosových sprejov.
- **metabolity vitamínu D** – podávajú sa u osôb s poruchani funkcie pečene a obličiek. Význam majú aj u osôb so zvýšeným rizikom pádu. Patrí sem kalcitriol a alfakalciol,.
- **stroncium ranelát** – nový liek, ktorý vyznačuje sa unikátnym účinkom na kosť: nielenže potláča odbúravanie kosti, ale súčasne podporuje aj novotvorbu kosti. Užíva sa vo forme prášku a užíva sa nalačno navečer. Niektorým pacientom môže spôsobovať redšie stolice.
- **parathormon** – veľmi účinný liek, ktorý veľmi intenzívne podporuje novotvorbu kosti. Nevýhodou sú denné podkožné injekcie a vysoká cena, preto je jeho predpis viazaný na súhlas revízneho lekára.

Zmyslom liečby už rozvinutej osteoporózy by malo byť zastavenie, alebo aspoň zníženie úbytku svalovej hmoty (zastavenie aktivity osteoklastov alebo zvýšenie aktivity

osteoblastov) a zabániť vzniku novej zlomeniny. Je potrebné posilňovať svaly a zlepšiť koordináciu svalovej činnosti, čím sa dá zabrániť pádom (Blahoš, Palička, 2001).

Základom všetkých liečebných postupov je úprava životného štýlu a dostatok pohybu. Bez adekvátneho vápnika a vitamínu D sa nemožnosť spoliehať na účinnosť prakticky žiadnej medikamentóznej liečby (Blahoš a kol. 2006).

Absorpcia vápnika klesá s vekom a nízkym príjmom vitamínu D a pri chýbaní sexagénov, preto nízky príjem majú najmä starší ľudia. U väčšiny pacientov s osteoporózou je potrebná suplementácia vápnikom, kde obvyklá dávka býva 500 – 1700 mg vápnika denne väčšinou vo forme kalcia karbonátu (Bruolík, 2004). U starších ľudí býva často aj nedostatok vitamínu D, ktorý znižuje vstebateľnosť vápnika, preto sa starším ľuďom odporúča aj suplementácia vitamínom D v dennej dávke 800 IU (Blahoš, Palička, 2001).

**Liečebná rehabilitácia pri osteoporóze**

Liečebná rehabilitácia pri osteoporóze zahŕňa liečebnú, sociálno-pedagogickú. Sociálnu a psychologickú zložku, pretože zasahuje do všetkých oblasti života (Kalvach et al, 2004).

Význam liečebnej rehabilitácie spočíva v oblasti primárnej prevencie včasná detekcia rizikových jednotlivcov a ich vedenie k pohybu)a v sekundárnej prevencii (pomocou telesného cvičenia udržiavať stav svalového systému a somatosenzorických funkcii – prevencia pádov). Pohybová liečba významne podporuje farmakoterapiu. Zvolené rehabilitačné postupy musia byť vždy individualizované, pričom musí byť rešpektovaný vek a pohlavie a všetky dimenzie osteoporózy (štádium a komplikácie ochorenia, následný funkčný deficit (Majerová, 2009). U osôb vo vyšších vekových skupinách je často polymorbidita, účinok viacerých liekov, strata motivácie, prípadne prítomnosť demencie, čo nepriaznivo interferuje s pohybovou liečbou.

**Liečebná telesná výchova v chronickom štádiu osteoporózy**

Liečebná telesná výchova v chronickom štádiu osteoporózy predstavuje kinezioterapiu využívajúcu pohyb na obnovu narušených pohybových funkcii. Pohybová liečba je neoddeliteľnou súčasťou liečby a prevencie osteoporózy, ovplyvňuje pozitívne kostnú remodeláciu, svalovú silu a a koordináciu, ale predstavuje tiež istý katalyzátor farmakologickej liečby. Účinok pohybu na kosť je komplexný, predstavuje tri základné mechanizmy:

- aktivácia osteoblastov zodpovedných za tvorbu kostnej hmoty,
- fixáciu vápenatých iontov na negatívne nabitý povrch kosti,
- zvýšený prísun materiálov pre osifikáciu.

Pri stimulácii kostého metabolizmu sú najčastejšie odporúčané dva typy cvičení:

- weight-bearing exercise“ – kosti a svaly pracujú proti gravitácii,
- záťažové cvičenia.

Pre starších pacientov predstavujú najväčší osteogénny stimul cvičenia a športy strednej intenzity, kratšieho trvania s pauzami 4-8 hodín medzi jednotlivými cvičeniami (Nemcová, Korsa, 2008).

**Cieľ liečebnej telesnej výchovy**

Zlepšenie celkovej pohyblivosti možno dosiahnuť použitím mäkkých mobilizačných techník za účelom ovplyvnenia svalových dysbalancií. Reflexné zmeny kože, podkožia, fascii svalov môžeme ovplyvňovať pomocou mäkkých techník, najmä postizometrickou relaxáciou a antigravitačnou relaxáciou. Zlepšenie svalovej sily dosiahneme zvýšením účinku cvičení, ktoré umožnia vytvoriť pas mohutnejšieho paravertebrálneho svalstva, ktoré pomáha odpružiť doliehajúce stavce a medzistavcovými platničkami. Využívame predovšetkým cvičenie proti gravitácii a záťažové cvičenia. Zlepšením koordinácie pohybov môžeme predchádzať pádom a osteoporotickým zlomeninám.

K zlepšeniu stereotypu dýchania a pľúcnej ventilácie dôjde pomocou dychovej gymnastiky a cvičením hlbokého stabilizačného systému, kedy sa snažíme ovplyvniť vlastné respiračné funkcie, pohybové funkcie hrudníka a následne celý pohybový aparát vrátane ovplyvnenia svalového tonusu respiračného svalstva (Krhutová, Novosad, 2006).

**Zásady telesného cvičenia**

- cvičenie sa vykonáva pravidelne a v dobrej pohode,
- cvičme, pokiaľ je to možné, v športovom oblečení (v lete trenírky a tričko, v zime tepláková súprava),
- pri cvičení je najvhodnejšia teplota 16-20 °C, cvičte pri otvorenom okne alebo vo vyvetranej miestnosti,
- optimálny čas cvičenia je dvakrát až trikrát denne 15-20 minút,

- necvičíme s plným žalúdkom, ani nalačno, najlepšie je cvičiť 1,5-2 hodiny po jedle,
- spôsob a rozsah cvičenia navrhuje odborný lekár, prípadne fyzioterapeut,
- začínajme vždy s ľahšími cvikmi a len potom cvičte ťažšie,
- cvičme pomaly, plynulým nadväzovaním cvikov, vyvarujte sa prudkým, švihovým cvikom,
- každý cvik opakujme štyri až päťkrát, medzi jednotlivými cvikmi dodržujte krátku, asi 10-sekundovú prestávku,
- cvičenie nesmie vyvolať alebo vystupňovať bolesť, ktorá by trvala viac ako dve hodiny,
- pri cvičení dbajme na pravidelné dýchanie,
- pri cvičení je najvhodnejšie použiť pevnú pokrývku (deku), ktorú položíme na koberec, alebo cvičíme na tenkom molitanovom matraci. Mäkké vysoké matrace nie sú vhodné. Vonku cvičíme tiež na pokrývke na rovnom a suchom mieste (Kocián, Macurková, 2000).

**Typy liečebnej rehabilitácie**

***Individuálne cvičenie*** – do individuálnej liečebnej rehabilitácie sú radení väčšinou pacienti so senilnou osteoporózou, kde je polymorbidita. Cviky tiež vyberáme individuálne, motivujeme pacientov a dbáme na to, aby ich pacient cvičil správne a aby si ich zapamätal. Dôležitá je senzomotorická stimulácia, ktorá zlepšuje koordináciu, ale aj urýchľuje svalovú kontrakciu a automatizáciu svalových stereotypov (Frátričová, 2004).

***Skupinová liečebná telesná výchova*** – je vhodná pre pohyblivých a vitálnych pacientov. Cvičenie sa prevádza v základných polohách a môžu sa používať aj cvičebné pomôcky (overbaly, lopty a pod).

***Izometrické cvičenie*** – najvhodnejší je koncept cvičenia podľa Brunkovovej založený na cielenej aktivácii diagonálnych svalových reťazcov pomocou izometrickej kontrakcie svalstva. Tento koncept umožňuje posilnenie oslabeného svalstva, stabilizáciu chrbtice a reedukáciu správnych pohybových stereotypov (Šidáková, 2009).

***Cvičenie vo vode*** – voda predstavuje z hľadiska pohybového systému a jeho porúch veľmi vhodné prostredie pre liečbu pohybom. Pre pacientov s vysokým stupňom osteoporózy môže byť voda jediným bezpečným cvičebným prostredím. Najvhodnejšie je cvičiť vo vode s teplotou 28 – 38$^0$C. Cvičenie vo vode je vhodné pre pacientov

všetkých vekových kategórii, najmä však pre staršie osoby, ktoré majú strach z pádov. Vzbudzuje kladné emócie a zlepšuje pohybové funkcie, minimalizuje riziko fraktúr a zvyšuje sebadôveru pacientov. Súčasťou cvičenia vo vode je aj plávanie.

***Senzomotorické stimulácie*** – ich cieľom je tvorba a spustenie automatických programov pre zapojenie svalových skupín, ktoré sa ťažko ovplyvňujú vôľou. Cvičenie sa prevádza naboso a je možné ho začať stimuláciou chodidla napr. pomocou gumovej loptičky s ostňami. Na jednoduché cvičenie senzomotoriky sa používa stoj tzv. „malej nohy". Tá sa dá popísať ako mierny sťah svalov formujúcich pozdĺžnu a priečnu klenbu nohy, prsty ostávajú natiahnuté. Tento ťažký cvik trénujeme s pacientom najskôr v sede, potom v stoji a po jeho zvládnutí pokračujeme v stoji s prenášaním váhy tela. v cvičení môžeme pokračovať na trampolíne, točne, gymballe a iných náradiach. Pri cvičení s osteoporotikmi dávame pozor na riziko pádov (Senzomotorika II, 2011).

**Prevencia**

- **Primárna prevencia** – týka sa obdobia rastu kosti, t.j. obdobie detstva a rannej dospelosti. Jej cieľom je nadobudnúť do najväčšie množstvo kostnej hmoty. Hlavným prostriedkom je dostatočná váhonosná záťaž kostí (chôdza, alebo stoj vo vzpriamenej polohe) a správna výživa (hlavne dostatočný prívod vápnika).
- **Sekundárna prevencia** – týka sa obdobia dospelosti a zvlášť u žien obdobia menopauzy. Jej cieľom je spomaliť odbúravanie kosti a tým obmedziť stratu kostnej hmoty. Sem patria opäť prostriedky pohybu a výživy, ale u žien k nim pristupuje aj hormonálne substitučná liečba, ktorú podáva a riadi gynekológ.
- **Terciárna prevencia** – týka sa osôb s už prítomným zlomeninami, hlavne v pokročilom veku. Jej cieľom je zabrániť, ev. oddialiť vznik ďalších zlomenín. Popri prostriedkoch pohybu a výživy sem patrí adekvátna liečba pridružených chorôb a úprava, či odstránenie už zmienených architektonických nástrah (prahy dverí, šnúry spotrebičov, posuvné koberce, vlhké a šmykľavé schody a podlahy).

**Záver**

Prevencia osteoporózy je jednoduchšia ako liečba. Známy slogan „ detoxikácia sa začína na tanieri" je veľmi pravdivý. Upozorňuje na konzumáciu jedál s dostatočným obsahom jódu a mede, prípadne obohatenie stravy výživovými doplnkami (panenské oleje, riasy…).

K zvýšeniu hustoty kostí prospieva cvičenie so záťažou na kosti, ako je bežná chôdza, alebo chôdza po schodoch. Cvičenia spojené s takou záťažou, ako je napríklad plávanie, nemajú vplyv na hustotu kostného tkaniva. Prevenciou udržiavania hustoty kostného tkaniva, najmä u ľudí užívajúcich lieky, je aj zvýšenie fyzickej záťaže na kostru a udržanie stabilnej váhy (hormonálna substitučná terapia).

**Použitá literatúra**


1. *Ako osteoporózu včas rozpoznať – diagnostika*. 2011. *[online]. [cit. 2012-04-22]. Dostupné na internete: http://www.osteoporoza.sk/pacienti/cojeosteo/*
2. BLAHOŠ, J., PALIČAK, V. 2001. Léčba osteoporózy. *[online]. [cit. 2012-04-22]. Dostupné na internete: http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r149.rtf*
3. BLAHOŠ, J.**,** PALIČKA, V., SVATIOPLUK, B. 2006. Osteoporóza. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. *[online]. [cit. 2012-04-22]. Dostupné na internete: http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4766/Version1/Osteoporoza.pdf.*
4. BROULÍK, P. 2004. Kostní onemocnení ve stáří – metabolické osteopatie. In KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R et al: Geriatrie a gerontologie. I. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 627-63.
5. CIRMANOVÁ, V. 2012. *Jak vyzrát na osteoporózu. [online]. [cit. 2012-04-22]. Dostupné na internete: http://www.tribune.cz/clanek/15048*
6. FRATRIČOVÁ, A. 2004. *Pohybová liečba pri osteoporóze.* Rehabilitácia, 41, 2044, s. 217-223. ISSN0375-0922.
7. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R et al. 2004. *Geriatrie a gerontologie.* I. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 627-63.
8. KOCIÁN, J., MACOURKOVÁ, M. 2000. *Cvičení při odvápnění kostí.* 5. vyd. Praha: Triton, 2000, s. 16.
9. KRHUTOVÁ, Z., NOVOSAD, P. 2006. *Rehabilitace – důležitá součast léčby osteoporózy.* Medicína pro promoci, 7, 2006, č. 2, s. 46-51.
10. MAJEROVÁ, A. 2009. *Srovnání přístupu k posilovaní u moderních forem pohybových aktivit – Pilates, Powerjoga, P-class aerobic. Rahebilitácia,* 46, 2009, s. 228-236. ISSN0375-0922.
11. MASARYK, P. 2005. Epidemiológia osteoporózy. In Via pract., 2005, roč. 2 (11): 439–441. *[online]. [cit. 2012-04-22]. Dostupné na internete: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=488&magazine_id=1*

12. NĚMCOVÁ, J., KORSA, J. 2008. *Komplexní léčba a prevence osteoporózy – postavení a význam pohybové aktivity a léčebné rehabilitace.* Medicína pro praxi, 5, 2008, č. 4, s. 165-168.
13. *Senzomotorika II. – úvod, základy.* 2012. *[online]. [cit. 2012-04-22]. Dostupné na internete: http://medicina.ronnie.cz/c-3839-senzomotorika-ii-uvod-zaklady.htm1*
14. SCHÜLLER, M., OSTER, P. 2010. Geriatrie od A do Z pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 200, s. 212.
15. ŠIDÁKOVÁ, S. 2009. Rehabilitační techniky nejčastější používané v terapii funkčních poruch pohybového aparátu. Medicína pro praxi, 6, 2009, č. 6, s. 102-103.

**Kontakt na autora:**

Doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

# OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD KOBIETAMI PO OPERACJACH GINEKOLOGICZNYCH

Magdalena Lewicka, Magdalena Sulima
Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego
WPiNoZ, UM w Lublinie

**Streszczenie**

Choroby ginekologiczne są najczęstszą przyczyną pobytu kobiet w oddziale ginekologii. Dla większości pacjentek jest to sytuacja szczególnie trudna zwłaszcza, jeśli jedyną formą leczenia jest operacja.

Opieka pielęgniarska nad kobietami po operacjach ginekologicznych polega na realizacji zadań wynikających z funkcji zawodowych i powinna być sprawowana w oparciu o proces pielęgnowania. Kobiety po operacjach ginekologicznych, poza typowo fachową opieką medyczną, oczekują od pielęgniarki podjęcia działań psychoprofilaktycznych, celem redukcji negatywnych emocji. Możliwość radzenia sobie z negatywnymi zmianami emocjonalnymi w okresie pooperacyjnym zależy od zasobów osobistych pacjentki oraz wsparcia udzielanego przez personel medyczny. Indywidualne i podmiotowe traktowanie pacjentki, które jest powinnością pielęgniarki i wyrazem respektowania postanowień zawartych w „Karcie praw pacjenta" i „Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej", daje możliwość lepszej współpracy z podopieczną, przyczyniając się tym samym do osiągnięcia pożądanych wyników terapeutycznych.

**Abstract**

Gynaecological diseases are the leading cause of stay of women in gynaecology ward. For most patients this is a particularly difficult situation, especially if the only form of treatment is surgery.

Nursing care of women after gynaecological operations is to carry out the tasks arising from the professional functions and should be exercised on the basis of the care process. Women with gynaecological operations, in addition to typical professional medical care, expect the nurses to act psycho, in order to reduce negative emotions. Opportunity to deal with negative emotional changes in the postoperative period depends on the patient's personal resources and support provided by medical personnel. Individual patient treatment and symptoms, which is a duty nurse and an expression of respect for the provisions contained in the "Patient Charter" and "Code of

professional ethics of nurses and midwives" gives opportunity for better collaboration with the ward, thus helping to achieve the desired therapeutic results.

**Wstęp**

Choroby ginekologiczne są najczęstszą przyczyną pobytu kobiet w oddziale ginekologii. Dla większości pacjentek jest to sytuacja szczególnie trudna zwłaszcza, jeśli jedyną formą leczenia jest operacja. Wybór rodzaju operacji ginekologicznej jest wynikiem zestawienia celów medycznych i zgody chorej, oraz indywidualnej oceny stanu zdrowia i oczekiwań kobiety. Operacje ginekologiczne często prowadzą do zmiany sytuacji osobistej, zawodowej i społecznej kobiet. Występuje u nich świadomość ułomności fizycznej, oraz brak akceptacji dla samej siebie. Dlatego też w okresie okołooperacyjnym obserwuje się u nich nasilenie negatywnych emocji [1,2,3].

Celem pracy jest omówienie opieki pielęgniarskiej nad kobietami po operacjach ginekologicznych.

**Rozwinięcie**

Do schorzeń, które stanowią przyczynę operacji w ginekologii należą:

1. zaburzenia funkcji narządu rodnego powodujące pogorszenie jakości życia kobiety (krwawienia o dużym nasileniu, dolegliwości bólowe, zmiany statyki narządu, nietrzymanie moczu, zaburzenia funkcji seksualnych);
2. choroby narządu rodnego (ciąża ekotopowa, ostry stan zapalny narządu rodnego, pęknięcia i zakręcenia szypuły torbieli, urazy narządu rodnego);
3. nowotworowe choroby narządu rodnego (złośliwe, łagodne, graniczne [4].

Leczenie operacyjne w ginekologii przeprowadzane jest zgodnie z aktualnie zalecanymi algorytmami i rekomendacjami. Operacje z dostępu brzusznego wykonywane są w grupie pacjentek ze schorzeniami narządu rodnego, które wymagają wnikliwej oceny ich stanu, oraz w zabiegach oszczędzających lub radykalnych w schorzeniach nowotworowych, a także w przewlekłych procesach zapalnych i endometriozie. Operacje laparoskopowe stwarzają duże możliwości diagnostyczne i lecznicze. Umożliwiają ocenę macicy, jajowodów i jajników. Główną ich zaletą jest skrócenie czasu rehabilitacji po operacji. Natomiast operacje z dostępu pochwowego wykonywane są w przypadku zaburzeń statyki narządu rodnego kobiety oraz w zabiegach plastyki krocza [3].

Współcześnie preferowany jest oszczędzający charakter operacji, który nie odnosi się tylko do zakresu wycięcia tkanek, ale obejmuje również inne czynniki, takie jak: wiek, preferencje reprodukcyjne, aktywność seksualną, schorzenia współistniejące. Zmniejszenie urazu operacyjnego wiąże się ze skróceniem czasu trwania operacji oraz czasokresu hospitalizacji i rekonwalescencji [5].

Okres pooperacyjny dzieli się na wczesny - obejmujący pierwsze trzy doby po zabiegu i późny - kolejne doby. W tym okresie chora wymaga szczególnej, troskliwej i intensywnej opieki ze strony personelu medycznego do chwili, kiedy ustabilizują się podstawowe parametry życiowe. Jest to bardzo ważny okres, ponieważ wpływa na przebieg całego okresu pooperacyjnego, na proces gojenia się rany pooperacyjnej oraz szybki powrót pacjentki do zdrowia [3].

Opieka pielęgniarska we wczesnych dobach po operacji polega na ocenie funkcjonowania układu krążenia, oddechowego, moczowo – płciowego, pokarmowego, termoregulacji, obserwacji rany pooperacyjnej, obserwacji drenażu, prowadzeniu bilansu wodnego, oraz zapobieganiu powikłaniom zakrzepowo – zatorowym. W celu właściwego rozpoznania stanu i problemów chorej w okresie pooperacyjnym, pielęgniarka najpierw gromadzi dane o pacjentce uzyskane z wywiadu oraz dokumentacji medycznej. Stanowią one podstawę do sformułowania rozpoznania pielęgniarskiego (diagnozy). Diagnoza stanu zdrowia wyznacza zakres i charakter pracy opiekuńczej z pacjentką. Następnie pielęgniarka decyduje o tym, co i w jaki sposób powinno być zrobione, aby można było osiągnąć optymalny stan bio-psycho-społeczny pacjentki. Stan ten pielęgniarka wyraża w postaci celu (lub celów) opieki pielęgniarskiej. Cel, który został jednoznacznie określony, staje się zadaniem do wykonania. W kolejnym etapie działania opiekuńcze, lecznicze i psychopedagogiczne realizowane przez pielęgniarkę są zgodne z wcześniej ustalonym planem. Jeśli z określonych powodów jakaś część z zaplanowanych zadań, czy też działań, nie zostanie zrealizowana, to fakt ten musi zostać odnotowany i uzasadniony w dokumentacji pielęgniarskiej. W końcowej fazie, pielęgniarka formułuje ocenę, która stanowi wynik porównania stanu rozpoznanego w pierwszym etapie z wynikami uzyskanymi dzięki podjętym celowym i planowym działaniom pielęgniarskim [3,6,7].

Do zadań pielęgniarki, u kobiet po operacjach ginekologicznych, należy także ocena bólu w oparciu o jego cechy kliniczne (lokalizacja, natężenie, czas trwania i jakość), oraz udział w postępowaniu przeciwbólowym, którego celem jest poprawa dobrostanu somatycznego i psychicznego pacjentki. Istnieje wiele metod, które służą do oceny

stopnia nasilenia bólu. Decydujące znaczenie ma wypowiedź pacjentki, przedstawiona za pomocą oznaczeń na odpowiedniej skali. Najczęściej wykorzystywane są następujące skale: słowna, liczbowa (numeryczna), liniowa (wzrokowo – analogowa). Pielęgniarka powinna wiedzieć, że nasilenie bólu pooperacyjnego ma bezpośredni związek z rozmiarem interwencji chirurgicznej, niezależnie od cech osobniczych chorej, uwarunkowań genetycznych, środowiskowych lub socjalnych. Czas jego trwania zwykle nie powinien przekraczać dwóch - trzech dób po operacji. Najczęstszą postacią bólu pooperacyjnego jest stały ból w ranie i jej okolicy, które może przybierać postać przeczulicy pierwotnej i wtórnej (nasilone odczuwanie bólu, niewspółmierne do bodźca). Nasila się przy poruszaniu się (ruchy oddechowe, ruchy czynne, bierne). Ból pooperacyjny może mieć również charakter samoistny (odruchowe skurcze mięśni). Pielęgniarka realizuje postępowanie przeciwbólowe zgodnie z algorytm leczenia przeciwbólowego u kobiet po operacjach ginekologicznych według ekspertów Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego [3,8,9,10].

W kolejnych dobach po operacji pielęgniarka prowadzi dalszą obserwację chorej w oparciu o proces pielęgnowania, oraz ocenia poziom samodzielności podopiecznej przy wykorzystaniu dostępnych narzędzi np. skali ADL (Skali funkcjonowania codziennego**)**, IADL (Skala czynności instrumentalnych) lub skali Barthel. Ponadto ocenia stan odżywiania podopiecznej wykorzystując w tym celu kwestionariusz oceny stopnia odżywiania (Mini Nutritional Assessment–MNA), a także realizuje czynności edukacyjno – opiekuńczo - rehabilitacyjne oraz określa stopień przygotowania chorej do samoopieki w domu [3].

Kobiety operowane z powodów ginekologicznych zwykle uzależniają swoje dalsze plany życiowe od jednostki chorobowej, rozległości zabiegu operacyjnego i wyniku badania histopatologicznego, dlatego w okresie okołooperacyjnym często obserwuje się u nich nasilenie negatywnych emocji [3,11,12].

Nawet pozytywne emocje, takie jak nadzieja czy ulga, mogą być problematyczne, kiedy są intensywne, długotrwałe lub źle ukierunkowane. Emocje są procesami psychicznymi, które polegają na ustosunkowaniu się jednostki do osób, przedmiotów lub zjawisk, które stanowią bezpośredni bodziec do nieświadomego lub świadomego działania. Pełnią one ważną funkcję w rozwoju osobowości oraz istnieniu indywidualnych różnic w odpowiedzi na wyzwania środowiska [13,14]. Emocja jest wynikiem świadomej lub nieświadomej oceny zdarzenia jako istotnie wpływającego na cele podmiotu. Zdaniem psychiatrów, emocje wyrażają stosunek podmiotu do ludzi,

rzeczy, zjawisk lub do własnej osoby, własnego działania. Wyróżnia się emocje steniczne, które zwiększają gotowość do działania oraz emocje asteniczne, które zmniejszają tę gotowość. W teoriach psychologicznych emocja traktowana jest jako stan psychiczny, cecha, reakcja bądź przeżycie. Lazarus określa emocje jako stan i jako cechę. Emocja jako stan odnosi się zwykle do przemijającej reakcji na specyficzne rodzaje warunków, natomiast emocja jako cecha, odnosi się do skłonności do reagowania w pewien szczególny sposób na pewien rodzaj warunków [13,14,15].

Każda emocja posiada trzy specyficzne cechy: znak (pozytywna lub negatywna), intensywność oraz treść. Emocje pozytywne wywołane są przez sytuacje, osoby, przedmioty, dzięki którym zaspokojone zostają określone potrzeby i kiedy jednostka osiągnie zamierzony cel. Negatywne stany emocjonalne pojawiają się w sytuacji wystąpienia zagrożeń i przeszkód, które powodują, że jednostka nie może zaspokoić swoich potrzeb i celów. W niektórych sytuacjach emocje te mobilizują, w innych utrudniają, lub dezorganizują działanie. Intensywność przeżywania emocji zależy od pobudzenia ośrodkowego układu nerwowego. Emocje o zmieniającej się intensywności i treści towarzyszą chorobie przez cały czas jej trwania i wiążą się z pogorszeniem stanu zdrowia chorego, koniecznością przeprowadzenia operacji lub informacją o trwałych następstwach choroby. Reakcje emocjonalne powstające w związku z chorobą mają przeważnie zabarwienie negatywne [14,15,16] .

Kontrolowanie ekspresji emocji w sytuacji choroby (otwarte ich wyrażanie albo kierowanie do wewnątrz) służy utrzymaniu równowagi psychicznej pacjenta, oraz świadczy o możliwości podejmowania przez chorego pozytywnych lub negatywnych zachowań w konfrontacji z sytuacją trudną. Zdolność pacjenta do konstruktywnego uzewnętrzniania swoich poglądów i uczuć prowadzi do rozładowania emocjonalnych napięć. Umiejętność emocjonalnej ekspresji uznawana jest za jeden z zasobów osobistych w radzeniu sobie ze stresem [17,18].

Najczęściej występujące problemy natury emocjonalnej u pacjentek chorych somatycznie to żal, gniew, przygnębienie, poczucie małowartościowości, winy, lęk i depresja. W grupie pacjentek operowanych z powodów ginekologicznych najczęściej dominuje lęk i strach przed operacją, okaleczeniem oraz śmiercią. Od kobiet w wieku rozrodczym można usłyszeć o lęku przed bezpłodnością, atrakcyjnością, utratą kobiecości a nawet partnera. Lęk jest często odzwierciedleniem problemów chorego, które wiążą się z obawą przed okaleczeniem, utratą sprawności lub atrakcyjności, utratą poczucia własnej wartości, kontroli nad własnym życiem i otoczeniem, przed

zależnością, oraz przed bliskością kontaktów z innymi osobami, który w sytuacji hospitalizacji przejawia się zwiększeniem dystansu emocjonalnego, próbami izolowania się w relacjach pacjent – personel medyczny – inni pacjenci [12,19,20].

Według niektórych autorów samopoczucie psychofizyczne kobiet w okresie okołooperacyjnym zależy od zawodu, wykształcenia i sytuacji materialnej pacjentek. Kobiety z wykształceniem podstawowym/zawodowym oraz te, które oceniały swoją sytuację materialną jako przeciętną lub złą miały zazwyczaj wyższy poziom lęku i depresji. Inni natomiast są zdania, że głównym czynnikiem wpływającym na stan emocjonalny i zachowanie kobiety jest wiek chorej. Pacjentki w wieku powyżej 50 roku życia wykazują wyższy poziom lęku i depresji w odniesieniu do kobiet poniżej 50 roku życia, a tendencja do depresji i silnego reagowania lękiem wiąże się z pogorszeniem wraz z wiekiem zdolności przystosowawczych. Wynika to z faktu, iż kobiety starsze częściej bywają samotne, więcej u nich lęku i niepewności. Kobiety młode, mieszkające w mieście mają więcej sił witalnych, częściej otaczają je bliscy ludzie, są odważniejsze oraz racjonalniej traktują swoje życie [11,21]. Jeśli chodzi o sposób przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego i rodzaj operacji, to zazwyczaj ma on niewielki wpływ na nasilenie lęku, depresji i stopień akceptacji choroby u kobiet operowanych z powodów ginekologicznych [2,19]. Literatura podaje, że pacjentki z objawami depresji nie mają motywacji do zmiany trybu życia, nie mają określonych planów na przyszłość, nisko oceniają swoje możliwości. Bezsilność i bezradność sprzyjają nasilonej wrażliwości na ból, są przyczyną zgłaszania dolegliwości somatycznych. U tych pacjentek rehabilitacja przebiega gorzej, dłużej pozostają w roli chorego a jednocześnie nie stosują się do zaleceń lekarskich i nie podejmują prozdrowotnych zachowań [11,12].

Wiedza pielęgniarki odnośnie występowania i uwarunkowań negatywnych emocji w okresie pooperacyjnym u kobiet chorych ginekologicznie pozwoli jej na wybór właściwego sposobu postępowania wobec pacjentki. Pielęgniarka jest osobą, która ma bezpośredni kontakt z pacjentką i poświęca jej najwięcej czasu w oddziale ginekologicznym. Dlatego też w swoich działaniach powinna dążyć do redukcji negatywnych emocji poprzez udzielenie chorej szeroko rozumianego wsparcia, zwłaszcza emocjonalnego. Wsparcie emocjonalne udzielane przez pielęgniarkę polega na przekazywaniu emocji podtrzymujących, uspokajających. Jest przejawem troski i pozytywnego stosunku do podopiecznej. Dzięki wsparciu emocjonalnemu chora może uwolnić się od własnych napięć i negatywnych uczuć, oraz wyrażać swoje lęki i obawy bez poczucia skrępowania. Odpowiednie zachowanie pielęgniarki, nacechowane troską i

empatią, wyzwala u podopiecznej poczucie nadziei i optymizmu. Pacjentka obserwując ton jej głosu, mimikę, ekspresję słowną i zachowanie wyczuwa, czy pielęgniarka autentycznie chce jej pomóc [3].

Właściwa psychoterapia kobiet w okresie pooperacyjnym sprzyja prawidłowemu funkcjonowaniu stanu biopsychospołecznego pacjentki, może przyczynić się do skrócenia czasu hospitalizacji i rekonwalescencji. Ponadto może przyczynić się do zwiększenia satysfakcji pacjentki z uzyskanej pomocy medycznej oraz do optymalizacji procesu pielęgnacyjnego.

**Wnioski**

1. Opieka pielęgniarska nad kobietami po operacjach ginekologicznych polega na realizacji zadań wynikających z funkcji zawodowych i powinna być sprawowana w oparciu o proces pielęgnowania.
2. Kobiety po operacjach ginekologicznych, poza typowo fachową opieką medyczną, oczekują od pielęgniarki podjęcia działań psychoprofilaktycznych, celem redukcji negatywnych emocji. Możliwość radzenia sobie z negatywnymi zmianami emocjonalnymi w okresie pooperacyjnym zależy od zasobów osobistych pacjentki oraz wsparcia udzielanego przez personel medyczny.
3. Indywidualne i podmiotowe traktowanie pacjentki, które jest powinnością pielęgniarki i wyrazem respektowania postanowień zawartych w „Karcie praw pacjenta" i „Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej", daje możliwość lepszej współpracy z podopieczną, przyczyniając się tym samym do osiągnięcia pożądanych wyników terapeutycznych.

**Piśmiennictwo**


1. Putowski L.: Pacjentka jako partner w postępowaniu lekarskim. W: Spaczyński M. (red.): Postępy w ginekologii i położnictwie. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Poznań 2006.
2. Wilczak M., Mojs E., Samulak D. i wsp.: Wpływ operacji ginekologicznych na stopień zaburzeń snu oraz emocji u kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym. Prz Menopauz 2011, 5: 393-399.
3. Lewicka M., Bąk M.: Opieka nad kobietami w okresie senium po operacjach ginekologicznych. (W:) Kachaniuk H. (red.): Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi. Warszawa 2008, Raabe 2010, 7: 21-55.

4. Friebe Z.: Operacyjne leczenie w ginekologii. W: Bręborowicz G. (red.): Położnictwo i ginekologia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2008.
5. Skręt A.: Współczesne operacje ginekologiczne. (W): Spaczyński M. (red.): Postępy w ginekologii i położnictwie. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Poznań 2006.
6. Pięta B., Piskorz-Szymendera M., Opala T.: Przygotowanie pacjentki do operacji ginekologicznych i położniczych oraz opieka pooperacyjna. (W:) Paszkowski T. (red.): Postępowanie przed- i pooperacyjne w ginekologii i położnictwie. Wyd. IZT, Lublin 2007.
7. Redźko E.: Pielęgnowanie kobiety po operacji ginekologicznej. (W:) Łepecka_Klusek C. (red.): Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2010: 408-411.
8. Pieczonka A.: Spojrzenie na leczenie bólu pooperacyjnego. Mag Pielęg Położ 2010, 3: 18.
9. Fijałkowska A., Trela – Stachurska K., Rechberger T.: Ocena skuteczności dożylnej infuzji paracetamolu w leczeniu bólu pooperacyjnego we wczesnym okresie po zabiegach ginekologicznych. Anest Intens Ter 2006, T XXXVIII: 3-7.
10. Rekomendacje dotyczące postępowania przeciwbólowego w ginekologii i położnictwie część pierwsza: leczenie bólu po zabiegach ginekologicznych. Lubelski Biuletyn Ginekologiczno - Położniczy 2007, 2 (4), 35 - 43.
11. Lewicka M., Bąk M., Wiktor – Stoma A. i wsp.: Ocena poziomu depresji u kobiet leczonych operacyjnie. (W): Krajewska – Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red.): W drodze do brzegu życia. Tom IV. Białystok 2008.
12. Słopiecka A., Kamusińska E.: Psychologiczne problemy kobiet hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych. Probl Pielęg 2011, 19,1: 130-133.
13. Bar-Tal D., Halperin E., de Rivera J.: Collective emotions in conflict situations: societal implications. J Soc Issues 2007, 63, 2: 441–460.
14. Zadra J.R., Clore G.L.: Emotion and perception: the role of affective information. Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci 2011, 2, 6: 676–685.
15. Kucharska-Pietura K.: Czym jest emocja? Trudności definicyjne i klasyfikacyjne zjawisk emocjonalnych. Wiad Psychiatr 2002, 5, 2: 131–135.
16. Głębocka A., Karolczak A., Klepacka-Gryz E., Oniszczenko W., Samson A.: Emocje i uczucia. Człowiek przed lustrem. Wyd. „PARK", Bielsko-Biała 2004.
17. Rybakiewicz J. (red.): Człowiek i psychologia. PPU „Park", Bielsko – Biała 2004.

18. Jakubowska – Winecka A., Włodarczyk D.: Psychologiczne aspekty choroby i chorowania. W: Jakubowska – Winecka A., Włodarczyk D.: Psychologia w praktyce medycznej. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2007.
19. Lewicka M., Makara - Studzińska M., Wdowiak A. i wsp.: Poziom lęku i depresji w okresie okołooperacyjnym a kategoria zabiegu operacyjnego w grupie kobiet leczonych z powodów ginekologicznych. Med Ogólna Nauk Zdrow 2012,18 (2):
20. Bidzan M., i wsp.: Ja realne i ja idealne u kobiet operowanych radykalnie i zachowawczo z powodu guzów łagodnych i nienowotworowych narządów rodnych. Psychoonkologia. 2003, 7(4): 101-107.
21. Tobiasz – Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia. Wyd. Uniw. Jagiellońskiego. Kraków 2000.

**Kontakt na autorov:**

Magdalena Lewicka[1], Magdalena Sulima[1]

[1]Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

# POSTAWY RODZICÓW WOBEC SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH STOSOWANYCH U DZIECI

**Postoje rodičov k očkovaniu detí**

*Parental attitudes to prophylactic vaccination used for pediatric patients*

Dorota Gutkowska, Barbara Gugała, Anna Iwanicka-Maciura, Justyna Kołodziej

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

## Wstęp

Choroby zakaźne stanowią ważny problem zdrowia publicznego w skali globalnej i od najdawniejszych lat próbowano z nimi walczyć między innymi poprzez skuteczną profilaktykę. Najskuteczniejszą formą zapobiegania szerzeniu się tych chorób w populacji są szczepienia ochronne. Stosowanie immunoprofilaktyki w nowoczesnej medycynie poprawia bezpieczeństwo zdrowotne ludzi i korzystnie wpływa na sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych na świecie.

Szczepienia prowadzone systematycznie i na szeroką skalę warunkują podtrzymanie wytworzonej odporności populacyjnej oraz ograniczają bądź przerywają krążenie czynnika zakaźnego w populacji szczepionej przeciwko określonej chorobie.

Dzięki uodpornieniu czynnemu całkowicie wyeliminowano ospę prawdziwą i znacznie ograniczono występowanie m.in. takich chorób jak nagminne porażenie dziecięce, tężec oraz krztusiec [1,2].

## Cel badań

Głównym celem badań była ocena postaw rodziców wobec szczepień ochronnych stosowanych u dzieci w jednej z Przychodni Rejonowych w powiecie rzeszowskim.

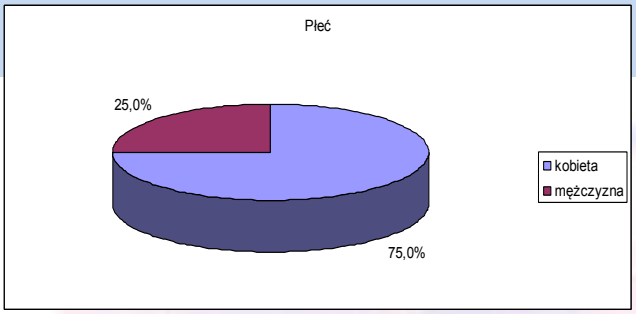
## Materiał i metody

Badaniami objęto 100 rodziców dzieci będących pacjentami Przychodni Rejonowej w Sokołowie Małopolskim. Wszyscy ankietowani zostali zapoznani z celem i istotą realizowanego projektu oraz od wszystkich uzyskano świadomą zgodę na udział w badaniach. Do realizacji celu badań wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły m.in. danych demograficzno-społecznych, podstawowej wiedzy na temat immunoprofilaktyki czynnej oraz postaw badanych wobec szczepień ochronnych.

Zgromadzony materiał badawczy poddano analizie statystycznej, w której wykorzystano test chi-kwadrat oraz elementy statystyki opisowej.

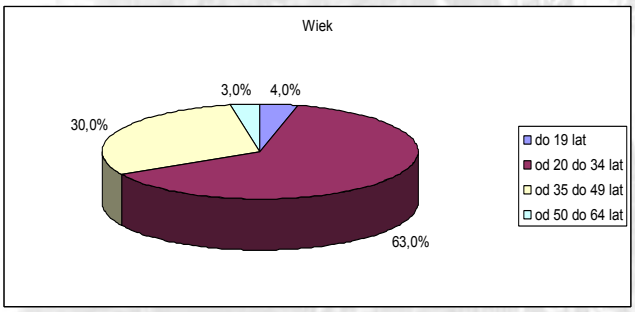
**Wyniki**

Populację badanych tworzyło ogółem 100 osób, tj. 75 kobiet (75,0%) i 25 mężczyzn (25,0%) – ryc.1.



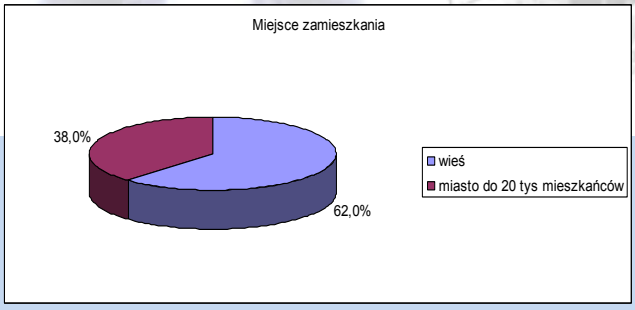

Ryc.1. Struktura badanych ze względu na płeć

Do celów analiz statystycznych wydzielono cztery grupy wieku, tj.: 1. do 19 lat; 2. 20-34 lat; 3. 35-49 lat; 4. 50-64 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wieku od 20 do 34 lat (63,0%). Kolejna grupa to ankietowani w wieku 35-49 lat (30,0%). Natomiast osoby najmłodsze (do 19 lat) to 4,0%, a najstarsze (od 50-64 lat) to 3,0% ogółu badanych - ryc.2.




Ryc. 2. Struktura badanych ze względu na wiek

Większość ankietowanych to osoby mieszkające w miastach liczących do 20 tys. mieszkańców (62,0 %), pozostali to mieszkańcy wsi (38,0%) – ryc. 3.




Ryc. 3. Struktura badanych ze względu na miejsce zamieszkania

Z danych dotyczących wykształcenia wynika, że najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim (41,0%). Wykształceniem wyższym legitymowało się 35,0% osób, zaś zawodowym 19,0%. Najmniejszą grupę tworzyli respondenci z wykształceniem zawodowym (5,0%).

Ponad połowa rodziców oceniła swoją sytuację materialną jako dobrą (56,0%). Prawie jedna trzecia ankietowanych określiła ją jako średnią (30,0%), a 11,0% badanych jako bardzo dobrą. Złą sytuację materialną miało 3,0% respondentów.

Na podstawie uzyskanych danych stwierdzono, że rodzice posiadający jedno dziecko i badani mający dwoje dzieci stanowili taki sam odsetek (po 36,0%). Troje dzieci posiadało 22,0% ankietowanych, zaś więcej niż troje deklarowało 6,0% osób.

**Pytania zawarte w kwestionariuszu pozwoliły na ocenę podstawowej wiedzy respondentów na temat szczepień.**

Z uzyskanych danych wynika, że 42,3% ankietowanych potrafiło wskazać prawidłową definicję szczepionki. Błędną definicję wybrało 30,9% rodziców. Natomiast aż 26,8% respondentów nie potrafiło wskazać żadnej odpowiedzieć na pytanie „co to jest szczepionka?".

Prawie dwie trzecie badanych (67,0%) wiedziało, co to są szczepionki skojarzone. Błędną odpowiedź na ten temat wskazało 11,0% respondentów i 22,0% rodziców nie wskazało żadnej odpowiedź na to pytanie.

Zdecydowana większość badanych (90,0%) wiedziała, że obowiązujące szczepienia ochronne realizowane są w Polsce na podstawie Programu Szczepień Ochronnych. W takim samym odsetku (po 5,0%) respondenci udzielili odpowiedzi nieprawidłowej lub nie wskazali odpowiedzi na tak postawione pytanie.

**Aż 94,9% rodziców prawidłowo sądziło, że przed każdym szczepieniem wymagane jest badanie lekarskie. Odmiennego zadania było 2,0% badanych, natomiast 3,0% spośród respondentów nie wiedziało czy badanie lekarskie jest wymagane przed każdym szczepieniem.**

Trzy czwarte ankietowanych (75,8%) udzieliło prawidłowej odpowiedzi, co do faktu że miejscowe odczyny po poprzednich szczepieniach nie są przeciwwskazaniem do wykonywania szczepień. Błędną odpowiedź w tym zakresie wskazało 24,2% rodziców.

**Większość badanych (64,8%) prawidłowo uważała, że łagodne odczyny, które wystąpiły po poprzednim szczepieniu przebiegające z niewysoką**

**temperaturą nie są przeciwwskazaniem do kolejnego szczepienia. Odmiennego zdania na ten temat było 35,2% ankietowanych.**

Dla 33,0% badanych głównym źródłem wiedzy na temat szczepień był lekarz, dla 21,0% była nim pielęgniarka, a dla 19,0% prasa, radio i telewizja. Kolejni rodzice wiedzę o szczepieniach czerpali głównie z Internetu (13,0%), piśmiennictwa fachowego (8,0%) i od współmałżonka (1,0%). Pozostali respondenci nie mieli zdania na ten temat (5,0%).

Zdecydowana większość rodziców (92,0%) była zdania, że szczepienia są potrzebne. Przeciwnego zadania było 4,0% ankietowanych i taki sam odsetek (4,0%) badanych nie miał zdania na ten temat.

**W ocenie 59,0% ankietowanych szczepienia są bezpieczne. Co czwarta osoba (25,0%) nie miała zdania na ten temat, a 16,0% rodziców twierdziło, że szczepienia nie są bezpieczne.**

Wśród badanych 91,0% osób nigdy nie sprzeciwiło się zaszczepieniu swojego dziecka, a 9,0% wskazało, że taki fakt miał miejsce w przeszłości.

Najczęstszymi powodami braku zgody rodziców na szczepienie dziecka były: zły stan zdrowia dziecka, przekonanie o zagrożeniu życia dziecka, brak odpowiedniej wiedzy na temat szczepienia, strach przed skutkami ubocznymi związanymi ze szczepieniem.

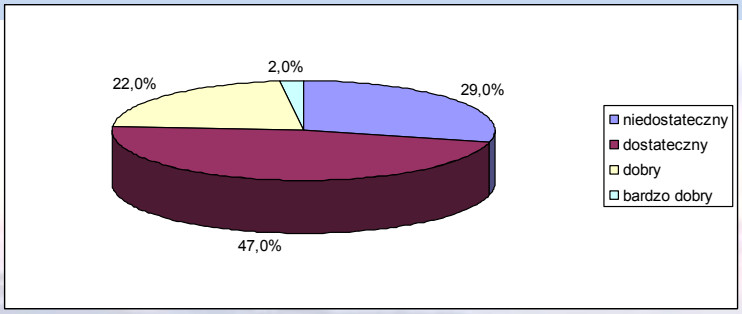
**Zdecydowana większość rodziców (73,0%) dostrzega potrzebę umieszczenia w Programie Szczepień Ochronnych więcej szczepień bezpłatnych. Przeciwną opinię w tym zakresie wyrażało 12,0% ankietowanych, zaś 15,0% rodziców nie miało swojego zdania na ten temat.**

**W populacji badanych 53,0% osób nie było zainteresowanych zakupem szczepionek zalecanych dla swojego dziecka, natomiast 47,0% rodziców wyrażało taką chęć.**

Pomimo, że prawie połowa ankietowanych była zainteresowana zakupem szczepionek zalecanych to tylko 31,0% spośród nich zdecydowało się na ich zakup. Najczęściej kupowanymi przez rodziców preparatami były szczepionki: Rotarix, Pneumovax 23 i Pentaxim.

Na podstawie odpowiedzi na poszczególne pytania zamieszczone w kwestionariuszu ankiety oceniono ogólny poziom wiedzy badanych na temat szczepień. Za prawidłową odpowiedź na pytanie badany mógł otrzymać 1 punkt. Po uzyskaniu od 0 do 3 punktów ankietowany otrzymał ocenę niedostateczną, od 4 do 5 punktów dostateczną, za 6 punktów dobrą i 7 punktów ocenę bardzo dobrą.

Najliczniejszą grupę (47,0%) tworzyły osoby posiadające dostateczną wiedzę na temat szczepień. Kolejne grupy to badani z: niedostateczną (29,0%), dobrą (22,0%) i bardzo dobrą (2,0%) wiedzą dotyczącą szczepień ochronnych – ryc. 4.




Ryc. 4. Poziom wiedzy respondentów na temat szczepień ochronnych

Analizowano także poziom wiedzy badanych pod względem płci, ich miejsca zamieszkania i wykształcenia. Uzyskane w trakcie badania dane pozwoliły na stwierdzenie, że zarówno w grupie kobiet jak i mężczyzn dominowały osoby z dostateczną wiedzą o szczepieniach (odpowiednio 48,0% i 44,0%). Na uwagę zasługuje także fakt, iż wśród mężczyzn nie było ankietowanych, którzy wykazaliby się bardzo dobrą wiedzą w tym zakresie, w grupie kobiet osoby takie stanowiły 2,7%. Poza tym w znacznie mniejszym odsetku kobiety cechowały się niedostateczną wiedzą na temat szczepień niż mężczyźni (25,3% vs 40,0%).

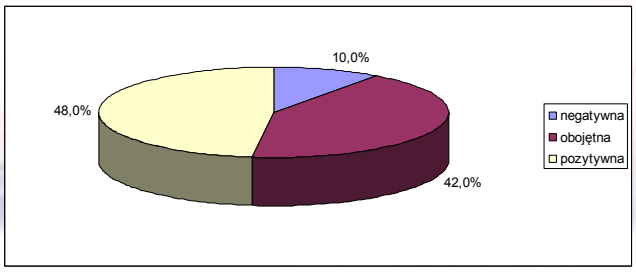
Wśród mieszkańców miast i wsi dominowały osoby z dostateczną wiedzą na temat szczepień (odpowiednio: 47,4% i 46,8%) jednak w grupie wykazującej dobrą znajomość tej problematyki znacznie więcej było mieszkańców miast (34,2%) niż wsi (14,5%). Omawiane różnice były istotne statystycznie (p= 0,02).

Analiza zależności poziomu wiedzy rodziców dotyczącej szczepień w zależności od ich wykształcenia wykazała, iż w grupie osób z wykształceniem podstawowym byli wyłącznie rodzice cechujący się niedostateczną lub dostateczną wiedzą (odpowiednio: 60,0% i 40,0%). Podobną tendencję stwierdzono wśród osób posiadających wykształcenie zawodowe (wiedza niedostateczna – 57,9%, dostateczna – 42,1%). U respondentów z wykształceniem wyższym najwięcej osób posiadało tę wiedzę na poziomie dobrym (45,7%) i jedynie w tej grupie badanych znajdowały się także osoby z bardzo dobrą wiedzą na temat szczepień (5,7%).

W oparciu o odpowiedzi udzielane na pytania od 13 do 22 oceniono postawę rodziców wobec szczepień ochronnych stosowanych u ich dzieci. Do tej oceny zastosowano punktację, według której za każdą prawidłową odpowiedź badany mógł

uzyskać 1 punkt, a liczba punktów: od 0 do 1 oznaczała postawę negatywną, od 2 do 3 postawę obojętną i 4 punkty to postawa pozytywna.

Z uzyskanych danych wynika, że pozytywną postawę wobec szczepień miało 48,0% respondentów, postawą obojętną cechowało się 42,0% badanych, zaś negatywne nastawienie w tym zakresie cechowało co dziesiątego ankietowanego (10,0%) – ryc. 5.




Ryc. 5. Postawa rodziców wobec szczepień

Wśród badanych kobiet większość (54,7%) wykazywała pozytywną postawę wobec szczepień ochronnych, znaczna część kobiet (41,3%) miała obojętny stosunek do szczepień, a tylko 4,0% wykazywało postawę negatywną. Mężczyźni natomiast w większości (44,0%) wykazywali obojętną postawę wobec szczepień. Taki sam odsetek mężczyzn ( po 28,0%) miał negatywną oraz pozytywną postawę. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie (p= 0,001).

Co druga osoba mieszkająca na wsi wykazywała pozytywną postawę wobec szczepień ochronnych (50,0%). Kolejnymi grupami wśród osób zamieszkujących na wsi byli respondenci z postawą obojętną (35,5%) i negatywną na temat szczepień (14,5%). Odwrotną zależność stwierdzono wśród mieszkańców miast. W grupie tej dominowały osoby prezentujące postawę obojętną (52,6%), a postawę pozytywną wykazywało 44,7% ankietowanych. Negatywny stosunek miało 2,6% badanych zamieszkujących miasta.

Osoby z wyższym i średnim wykształceniem w większości miały pozytywny stosunek do szczepień (odpowiednio: 54,3% i 53,7% ). Wśród badanych posiadających wykształcenie zawodowe dominowały osoby z obojętnym nastawieniem (52,6%). W grupie osób z wykształceniem podstawowym jednakowy udział procentowy mieli ankietowani z pozytywną i obojętną postawą wobec szczepień ochronnych (po 40,0%).

Osoby z negatywną postawą w stosunku do szczepień w zdecydowanej większości cechowały się niedostateczną wiedzą na ich temat (50,0%). Natomiast wśród

osób z obojętną i pozytywną postawą dominowali ankietowani wykazujący się głównie wiedzą na poziomie dostatecznym i ich udział w tych grupach wynosił odpowiednio: 57,1% i 41,7%. Na uwagę zasługuje fakt, iż tylko w grupie osób z pozytywną postawą wobec szczepień byli rodzice charakteryzujący się bardzo dobrą wiedzą na ich temat i stanowili oni 4,2%. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie (p= 0,001), ale ponieważ nie został spełniony warunek chi-kwadrat o minimalnej liczebności oczekiwanej można mówić jedynie o pewnym prawdopodobieństwie wystąpienia związku analizowanych cech w badanej populacji - tab. 1.

Tab. 1. Zależność postawy badanych od ich poziomu wiedzy na temat szczepień ochronnych

| | | | **Postawa wobec szczepień** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Negatywna** | **Obojętna** | **Pozytywna** | **Ogółem** |
| **Poziom wiedzy na temat szczepień ochronnych** | ***Niedostateczny*** | Liczebność | 5 | 16 | 8 | 29 |
| | | % w k | 50,0% | 38,1% | 16,7% | 29,0% |
| | ***Dostateczny*** | Liczebność | 3 | 24 | 20 | 47 |
| | | % w k | 30,0% | 57,1% | 41,7% | 47,0% |
| | ***Dobry*** | Liczebność | 2 | 2 | 18 | 22 |
| | | % w k | 20,0% | 4,8% | 37,5% | 22,0% |
| | ***Bardzo dobry*** | Liczebność | 0 | 0 | 2 | 2 |
| | | % w k | ,0% | ,0% | 4,2% | 2,0% |
| ***Ogółem*** | | Liczebność | 10 | 42 | 48 | 100 |
| | | % w k | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| p<0,001, Tau-c Kendalla=0,32, Chi-kwadrat - brak spełnionego warunku o minimalnej liczebności oczekiwanej | | | | | | |

Na podstawie uzyskanych danych stwierdzono, że wśród respondentów z pozytywną i obojętną postawą wobec szczepień - odpowiednio 52,1% i 50,0% stanowiły osoby zainteresowane zakupem dla swojego dziecka szczepionek zalecanych. W grupie rodziców wykazujących negatywną postawę w tym zakresie chętnych do zakupu szczepionek zalecanych było zaledwie 10,0%. Omawiane różnice były istotne statystycznie (p= 0,04).

**Omówienie**

Szczepienia ochronne w Polsce są stosowane od wielu lat, a idea czynnego zapobiegania chorobom zakaźnym drogą szczepień powinna być szeroko propagowana w społeczeństwie. Popularyzacja szczepień powinna być oparta na rzetelnej wiedzy zarówno o korzyściach jak i o dających się zdefiniować niepożądanych zdarzeniach związanych ze szczepieniami. Właściwie prowadzona edukacja w zakresie immunoprofilaktyki chorób zakaźnych zwiększa zasób wiedzy o szczepieniach i kształtuje wobec nich pozytywne postawy.

W badaniach własnych wykazano, że żaden ankietowany mężczyzna nie cechował się bardzo dobrą wiedzą w zakresie szczepień, natomiast wśród kobiet osoby z bardzo dobrą wiedzą na temat immunoprofilaktyki czynnej stanowiły 2,7%. Poza tym w znacznie większym odsetku mężczyźni cechowali się niedostateczną wiedzą na temat szczepień w porównaniu z kobietami (40,0% vs 25,3%). Mniejszy poziom wiedzy mężczyzn na temat szczepień może wiązać się z dominującym w naszym kraju modelem rodziny, w którym to głównie matka bierze na siebie odpowiedzialność za stan zdrowia dzieci i to ona najczęściej podejmuje w rodzinie decyzje o szczepieniu dziecka.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż dla większości rodziców głównym źródłem wiedzy na temat szczepień był lekarz, a następnie pielęgniarka.

Analiza porównawcza uzyskanych wyników z danymi pochodzącymi z piśmiennictwa wykazała, że odsetki rodziców, których głównym źródłem informacji o szczepieniach są pracownicy ochrony zdrowia są zróżnicowane. W badaniach z 2008r. przeprowadzonych przez Szynczewską i wsp. [3], obejmujących 153 rodziców dzieci pozostających pod opieką Poradni Neurologicznej przy SP ZOZ USK nr 4 w Łodzi, w których analizowany był ten problem wynika, że dla 58,3% osób najczęstszym źródłem informacji na temat szczepień był lekarz i dla 19,2% rodziców była nim pielęgniarka (w badaniach własnych odpowiednio: 33,0% i 21,0%).

Istotną rolę lekarza w propagowaniu szczepień potwierdziły wyniki badania przeprowadzonego w 2005r. przez Mrożek-Budzyn i wsp. [4]. Na pytanie, kto mógłby przekonać matkę do zaszczepienia dziecka, gdyby miała w tej kwestii jakiekolwiek wątpliwości, zdecydowana większość osób wybrała lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (63,7%) i lekarza specjalistę (13,4%) oraz nieco mniej osób wskazało pielęgniarkę (11,4%).

Podobną tendencję stwierdzono w badaniu Tarczoń i wsp. [5] przeprowadzonym w 2008r. w grupie rodziców 151 dzieci. W tym przypadku lekarz był najczęstszym źródłem wiedzy na temat szczepień ochronnych aż dla 97,4% rodziców.

Z badań własnych wynika, że 91,0% osób nigdy nie sprzeciwiło się zaszczepieniu swojego dziecka, a 9,0% potwierdziło, że taki fakt miał miejsce w przeszłości. Najczęstszymi powodami braku zgody rodziców na szczepienie były: zły stan zdrowia dziecka, przekonanie o zagrożeniu życia dziecka, brak odpowiedniej wiedzy na temat szczepienia oraz strach przed skutkami ubocznymi związanymi ze szczepieniem.

Badania przeprowadzone w 2009r. przez autorów amerykańskich w grupie liczącej 2521 rodziców dzieci podlegających szczepieniom wykazały, że 11,5% badanych co najmniej raz w przeszłości odmówiło szczepienia dziecka i 54,0% ankietowanych zgłaszało obawy w kwestii poważnych działań niepożądanych szczepionek, w tym 25,0% ogólnej liczby osób obawiało się wystąpienia autyzmu po podaniu niektórych preparatów uodporniających [6].

Pomimo tego, iż część badanych wyrażała obawy związane z możliwością wystąpienia reakcji niepożądanych po szczepieniu, aż 92,0% rodziców uczestniczących w prowadzonych przez nas badaniach uważało, że szczepienia są potrzebne.

Podobne wyniki, w tym zakresie, uzyskała w 2008r. Tarczoń wraz z współpracownikami [5]. Wykazali oni, że aż 99,7% ankietowanych przez nich osób opowiedziało się za potrzebą prowadzenia szczepień. Spośród wszystkich respondentów tylko jedna osoba była zdania, że szczepienia są zbędne.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że pozytywną postawę wobec szczepień miało 48,0% respondentów, postawą obojętną cechowało się 42,0% badanych, zaś negatywne nastawienie w tym zakresie cechowało co dziesiątego ankietowanego.

Dostępne dane z literatury potwierdzają pozytywny stosunek do szczepień ochronnych. W przytoczonym wcześniej badaniu prowadzonym przez Tarczoń i wsp. [5] potwierdzono, że respondenci najczęściej deklarowali pozytywny stosunek w

odniesieniu do wszystkich możliwych szczepień, zarówno obowiązkowych jak i zalecanych.

Podobne dane uzyskano w ogólnopolskim badaniu na temat postaw rodziców wobec szczepień ochronnych w Polsce przeprowadzonym przez Rogalską i wsp. [7]. W grupie rodziców dzieci będących w wieku poniżej 3 roku życia stwierdzono, że większość ankietowanych wykazywała pozytywny stosunek do szczepień. 90,0% uczestników badania potwierdziło istotną rolę szczepień w zapobieganiu chorobom w społeczeństwie. Ponad połowa ankietowanych osób była zadowolona ze sposobu funkcjonowania szczepień. Zdecydowana większość rodziców (98%) nie sprzeciwiła się nigdy zaszczepieniu dziecka. 38,0% ankietowanych dokonało zakupu szczepionki, którą zalecał lekarz pierwszego kontaktu. Autorzy ci wskazali także na potrzebę systematycznego monitorowania postaw rodziców wobec szczepień co pomogłoby lepiej ukierunkować działania służb zdrowia publicznego do określonych grup społecznych, w których pojawiają się największe wątpliwości dotyczące szczepień.

**Wnioski**

Na podstawie analizy danych sformułowano następujące wnioski:

1. Ogólny poziom wiedzy badanych na temat szczepień ochronnych był na poziomie dostatecznym.
2. Rodzice wykazywali najczęściej pozytywną postawę wobec szczepień ochronnych jednak mężczyźni częściej prezentowali postawę obojętną.
3. Osoby z negatywną postawą w stosunku do szczepień najczęściej cechowały się niedostateczną wiedzą na ich temat.
4. Zainteresowanie zakupem szczepionek zalecanych było znacznie mniejsze w grupie wykazującej negatywną postawę wobec szczepień niż wśród osób prezentujących postawę pozytywną lub obojętną.

**Piśmiennictwo**


1. Rudkowski Z. Choroby zakaźne i pasożytnicze u dzieci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
2. Mrożek-Budzyn D. Wakcynologia praktyczna. Wydawnictwo medyczne „Alfa-Medica", Bielsko-Biała 2009.
3. Szynczewska E, Drobik-Wąsiewicz K, Żelazowska E i wsp. Realizacja szczepień ochronnych u dzieci pozostających pod opieką poradni neurologicznej. Przegląd

Pediatryczny 2009;2:117-121.
4. Mrożek-Budzyn D, Kiełtyka A. Czynniki wpływające na poprawę realizacji szczepień obowiązkowych dzieci na terenie województwa małopolskiego według opinii rodziców.
Przegląd Epidemiologiczny 2007;61:143-151.
5. Tarczoń I, Domaradzka E, Czajka H. Co na temat szczepień ochronnych wiedzą rodzice i
pracownicy ochrony zdrowia ? Przegląd Lekarski 2009;1-2: 27-33.
6. Freed GL, Clark SJ, Butchart AT i wsp. Parental vaccine safety concerns in 2009. Pediatrics 2010;4:654-659.
7. Rogalska J, Augustynowicz E, Gzyl A i wsp. Postawy rodziców wobec szczepień ochronnych w Polsce. Przegląd Epidemiologiczny 2010; 64: 91-97.

**Kontakt na autora:**

Dr n. med. Dorota Gutkowska
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Rzeszowski
35-959 Rzeszów , ul. Warzywna 1
tel. +48 17 872 33 60, fax +48 17 872 33 62

# HISTAMÍNOVÁ INTOLERANCIA

Anna Schmidtová, Svetlana Šipošová
VZZ.a.s. VÚPCH Nová Polianka
AKIA Stará Ľubovňa

## Úvod

Histamínová rezistencia je relatívne novou nozologickou jednotkou. Aby sme správne pochopili pojem histamínová intolerancia, musíme si vysvetliť rozdiel medzi alergiou a histamínovou intoleranciou, pretože vznik týchto reakcií je úplne odlišný, napriek tomu, že prejavy u oboch sú takmer rovnaké. Spôsobuje ich látka patriaca do skupiny biogénnych amínov – histamín.

**Histamín** je chemická látka potrebná na fungovanie mnohých normálnych pochodov v ľudskom organizme. Bol objavený v priebehu 1.desaťročia 20.storočia. Najviac k jeho objavu prispel sir Henry Dale, ktorý za svoj výskum spolu s pánom Loewim v r.1936 dostal Nobelovu cenu za medicínu. Histamín vzniká rozkladom aminokyselín, najmä histidínu, reakciou nazývanou dekarboxylácia. Jeho účinky sprostredkúvajú receptory 4 typov - H1, H2, H3, H4. Histamín je prirodzenou a účinnou látkou pre ľudský organizmus, uplatňuje sa v rámci prenosu signálov, zúčastňuje sa na hormonálnych a regulačných reakciách, je dôležitý pri zabezpečení prirodzenej obranyschopnosti. K životu nevyhnutný histamín si organizmus sám syntetizuje a skladuje najmä v mastocytoch – endogénny histamín, ale je prítomný aj v mnohých potravinách a časť teda prijímame potravou – exogénny histamín. Za normálnych okolností nám histamín nespôsobuje žiadne ťažkosti, histamínové prejavy sa spúšťajú až v prípade, ak dôjde k vyplaveniu histamínu z mastocytov a k zvýšeniu jeho hladiny v krvnom obehu.

K tomuto môže dôjsť dvoma spôsobmi :

neimunologickou cestou - bez účasti imunitného systému

imunologickou cestou - s účasťou imunitného systému, vtedy hovoríme o alergii

**Alergia** je neprimeraná reakcia imunitného systému na bežné látky, na ktoré nealergický organizmus nereaguje. O alergickú reakciu ide vtedy, keď k masívnemu vyplaveniu histamínu z buniek dôjde na základe reakcie alergénu so špecifickými IgE protilátkami .IgE protilátky si telo vytvára proti konkrétnym alergénovým zdrojom / peľ, roztoče, plesne, hmyz, potraviny /. Mastocyty majú pre tieto protilátky špecifické receptory. Ak do tela vnikne alergén, proti ktorému si telo vytvorilo špecifické protilátky

a alergén sa na tieto protilátky napojí, dochádza k degranulácii mastocytov a k masívnemu vyplaveniu histamínu z granúl. [1] V extrémnych prípadoch môže vzniknúť systémová alergická reakcia – anafylaktický šok / osa, včela /. Prejavy alergie :

- svrbenie kože a slizníc
- dráždenie v nose, v hrdle, v ušiach
- vodnatý výtok z nosa, upchávanie nosa, kýchanie
- dráždenie na kašeľ
- pocit dusenia
- začervenanie pokožky, žihľavka, opuch

Takéto isté histamínové prejavy sa môžu vyskytnúť aj pri inom zdravotnom probléme a vôbec nemusí ísť o alergiu, ako sa domnievame. K rozpadu mastocytov a vyplaveniu histamínu do krvného obehu môže dôjsť aj bez účasti špecifických Ige protilátok, čiže neimulogickou cestou a to pôsobením chemických látok z potravín alebo vplyvom rôznych fyzikálnych faktorov napr. teplom, chladom, vlhkom. Pri masívnom vyplavení môže vzniknúť aj anafylaktický šok, ako pri alergickej reakcii.

Na udržiavanie normálnej hladiny histamínu v krvnom obehu má ľudský organizmus enzýmy, ktoré ho v prípade zvýšeného vyplavenia odbúravajú. Skoro vo všetkých bunkách sa nachádza enzým N-metyltransferáza, ktorý rozkladá histamín endogénneho, čiže vlastného pôvodu. V obličkovom črevnom epiteli sa nachádza enzým Diamínooxidáza ďalej DAO, ktorý odbúrava histamín exogénneho pôvodu, čiže prijatého potravou.

Ak nie je v organizme rovnováha medzi hladinou histamínu a enzýmami, ktoré ho odbúravajú dochádza k poruche metabolizmu histamínu. Nedostatok enzýmu DAO , ktorý sa u zdravého človeka bežne tvorí v tenkom čreve vedie k nahromadeniu histamínu v organizme a k prejavom **histamínovej intolerancie** ďalej **HIT**. [3]

Túto nerovnováhu môže spôsobiť :

- nadmerné vyplavenie telu vlastného histamínu
- zvýšeným obsahom histamínu v potrave
- zvýšeným prísunom uvoľňovačov histamínu potrave
- zvýšeným prísunom látok blokujúcich enzým, ktorý histamín rozkladá

Aktivitu DAO majú jednotliví ľudia rôznu, funkčnosť enzýmu je geneticky podmienená. V detstve a v mladosti máme skoro všetci tento enzým dostatočne aktívny. jeho aktivita u niektorých jedincov vekom klesá, postihnutá je 1 -3% populácie, z čoho 80% postihnutých ľudí je v strednom veku a častejšie ženy.[1]

Ak je histamínu v tele príliš veľa a DAO nedostatok, histamín sa nedostatočne odbúrava, dostáva sa tak do krvného obehu a spôsobuje zdravotné ťažkosti. [2]

**Prejavy HIT :**

- kožné prejavy – začervenanie, svrbenie, žihľavka, opuch
- zažívacie ťažkosti – hnačka, nafukovanie, kŕče, bolesti brucha
- ťažkosti s dýchaním podobné astme, kašeľ, zahlienenie
- opuch nosovej sliznice, výtok z nosa, kýchanie
- búšenie srdca, zmeny TK, závraty, poruchy rytmu
- bolesti hlavy podobné migréne
- bolestivá menštruácia
- úzkosť, zmeny nálad, depresia, nervozita, nesústredenosť, chronická únava[2]

Frekvencia ťažkostí, forma a miera prejavov je rozdielna nielen medzi jednotlivými ľuďmi ale aj u toho istého človeka a závisí od množstva histamínu prijatého potravou. Nakoľko obsah histamínu v jednotlivých potravinách je kolísavý, niekedy tá istá potravina spôsobí veľké problémy, niekedy mierne a niekedy žiadne. V čerstvých potravinách je ho menej, skladovaním sa však jeho množstvo zvyšuje.

Určité množstvo histamínu obsahuje každá potravina, najviac ho je však vo fermentovaných potravinách – najmä v údeninách, skladovanom mäse a pácovanom mäse, v rybách, kuracom mäse, vo všetkých zrejúcich syroch – parmezán, rokfort, camembert, v kvasenej kapuste, uhorkách, v paradajkách, špenáte, baklažáne, z nápojov je to hlavne pivo, červené víno, sekty.

Za najsilnejší uvoľňovač histamínu v potravinách pokladáme alkohol. Ďalej do tejto skupiny patrí vajcový bielok, bravčové mäso, jahody, citrusy, ananás, strukoviny, čokoláda, kakao, koreniny, rôzne konzervačné látky, farbivá, príchute pridané do potravín, kvasnice.

Medzi látky, ktoré blokujú enzým rozkladajúci histamín patrí najmä alkohol a niektoré lieky, preto ich užívanie je nevyhnutné konzultovať s lekárom. Obsah histamínu v alkoholických nápojoch je tiež kolísavý, preto jeho konzumácia môže niekedy vyvolať veľké ťažkosti, niekedy mierne a niekedy vôbec žiadne.

Keďže príznaky ako pri HIT sa vyskytujú aj pri rôznych iných ochoreniach, diagnostika nie je vôbec jednoduchá a patrí výlučne do rúk lekára špecialistu.

**Diagnostika HIT**

Anamnéza - rodinná, osobná od narodenia po súčasnosť

Fyzikálne vyšetrenie - poklepom, posluchom, vyšetrenie fyziologických funkcií

Laboratórne vyšetrenia – základné : KO, biochémia, CRP

špeciálne : vyšetrenie hladiny a aktivity Diamínooxidázy

Alergologická diagnostika pre odlíšenie alergie – KT, celkové a špecifické IgE protilátky

Eliminačno – expozičný test.

Spočíva vo vylúčení tých nápojov a potravín ktoré obsahujú zvýšené množstvo histamínu, alebo vedú k jeho spomalenému metabolizmu alebo vedú k jeho zvýšenému vylučovaniu. Ak pri tejto diéte dôjde k zmierneniu alebo vymiznutiu prejavov, postupne po jednej zaraďujeme vynechané potraviny a sledujeme, či sa po konzumácii vyskytnú ťažkosti alebo nie.[1]

Terapeutický test s prípravkom Daosin.

Pacient pred konzumáciou potraviny, ktorá mu vyvoláva prejavy HIT užije prípravok Daosin pod dozorom lekára. Ten pozoruje, či príde k zmierneniu alebo úplnému vymiznutiu príznakov.[1]

Nakoľko klinický obraz pri HIT je veľmi pestrý a široký, musí lekár vylučovať aj iné možné ochorenia, preto musí spolupracovať s mnohými ďalšími lekármi špecialistami. Pri kožných prejavoch spolupracuje s kožným lekárom pre vylúčenie kožného ochorenia. Pri gastroenterologických prejavoch je to spolupráca s gastroenterológom pre vylúčenie inej potravinovej intolerancie napr. gluténová, laktózová, fruktózová. Je potrebné vylúčiť zápalové ochorenia napr. Crohnova choroba, vylúčiť syndróm dráždivého čreva a pod. Pri bolestiach hlavy spolupracuje s neurológom pre vylúčenie migrény neurologického pôvodu. Pri psychických problémoch s psychiatrom pre vylúčenie vlastného psychiatrického ochorenia, pri gynekologických problémoch s gynekológom.

Diagnostika histamínovej intolerancie je veľmi zložitá a vyžaduje si veľa trpezlivosti a spolupráce lekára a pacienta. Toto ochorenie neohrozuje človeka na živote, ale veľmi mu ho znepríjemňuje. Preto najdôležitejšie v tomto prípade je vylúčiť zo stravy všetky potraviny, pochutiny , jedlá a nápoje, pri konzumácii ktorých má pacient ťažkosti čiže prejsť na diétu s nízkym obsahom histamínu. Ľudia trpiaci HIT by mali konzumovať vždy výlučne len čerstvé potraviny, vyhýbať sa potravinám blížiacim sa k dátumu spotreby, vyhýbať sa prihrievaným jedlám – dôležitá je doba skladovania / aj v chladničke , ideálne je denne variť. Skladovaním, zretím, státím sa množstvo histamínu

v potravinách zvyšuje. Podstatné je teda skrátiť dobu od dodávateľa na stôl. Snažiť sa kupovať potraviny z najbližšieho okolia, ak sa to dá. Kupovať výrobky, ktoré majú najkratšiu cestu k odberateľovi a najkratšiu dobu skladovania.

**Terapia**

Histamín je súčasťou všetkého živého a preto sa zo stravy úplne vylúčiť nedá. Sama diéta, nech ju pacient akokoľvek prísne dodržiava, vždy nestačí na ustúpenie ťažkostí.

Novinkou v liečbe HIT je prípravok Daosin, ktorý obsahuje enzým diamínooxidázu. Užitím kapsuly pred jedlom dôjde k zvýšeniu hladiny DAO v čreve a tým k ľahšiemu odbúravaniu histamínu prijatého v potrave, čím sa minimalizuje jeho vstrebávanie do krvi. Pomáha tak navrátiť prirodzenú rovnováhu medzi hladinou histamínu a enzýmu DAO. [3] Tým bráni vzniku klinických príznakov a prináša výrazné zlepšenie kvality života. Na Slovensku je registrovaný od roku 2011 a dostať ho kúpiť v lekárňach ako výživový doplnok. Neobsahuje lepok ani laktózu a je vhodný aj pre diabetikov.

Pacientom so závažnejšími a takmer každodennými prejavmi lekár po zvážení ešte pridáva antihistaminiká, ktoré bránia nepríjemným účinkom histamínu.

**Záver**

Histamínová intolerancia bola doteraz menej známa ako alergia. Napriek mnohým spoločným príznakom, pôvod oboch je úplne rozdielny.

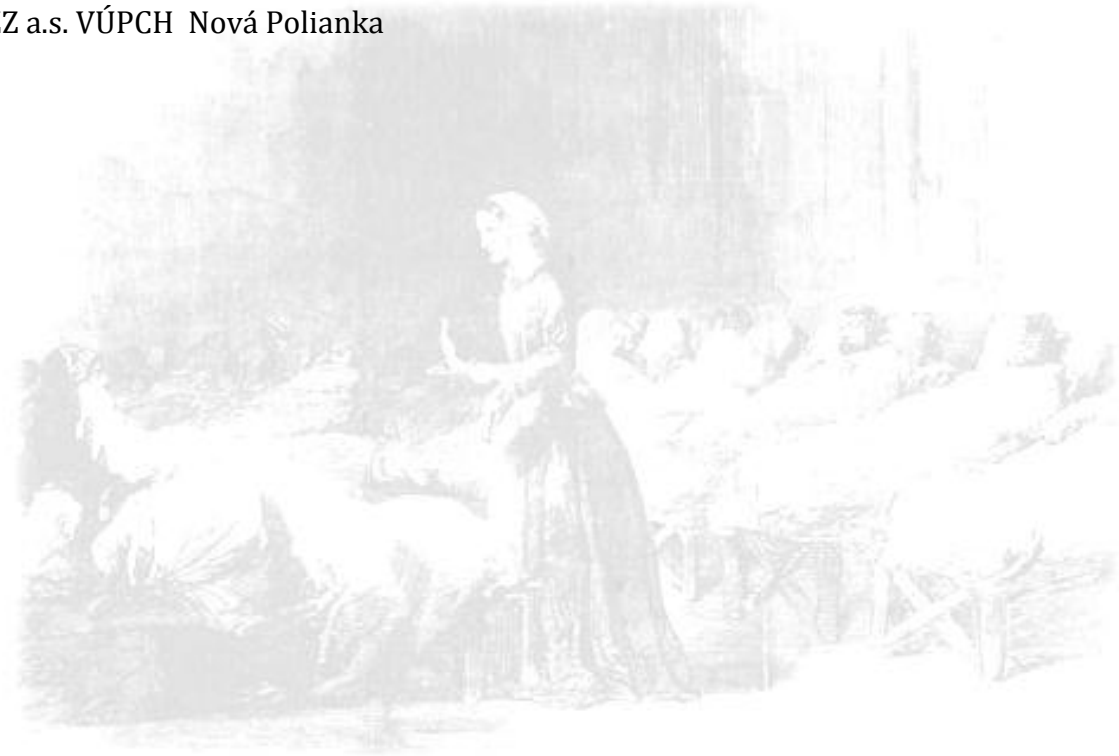
Alergia je precitlivelosť spôsobená imunitným systémom, histamínová intolerancia je enzýmová nedostatočnosť. Čo majú spoločné, sú účinky histamínu na organizmus. Na rozdiel od alergie, ktorej sa v poslednom čase venuje veľa pozornosti, je táto metabolická porucha pomerne málo známa. Situácia sa mení v roku 2010, odkedy je u nás k dispozícii diagnostická metóda na stanovenie hladiny a aktivity DAO v krvi a od roku 2011 prípravok Daosin, ktorý obsahuje chýbajúci enzým.[1]

**Zoznam odkazov :**

1. HRUBIŠKO Martin, 2011. Brožúrka Histamínová intolerancia- Známa neznáma. Dostupné na internete : http: //www.daosin.sk/Daosin-brozura-350 DPI.pdf

2. BERGENDIOVÁ Katarína, 2012. Strašiak s názvom histamínová intolerancia. [cit.2012.04.24.] Dostupné na internete : http: //www.imunita.sk/clanky/48-strasiak-s-nazvom-histaminova-intolerancia/
3. Autor neznámy : Absolutní novinka v léčbě kopřivek, potravinové intolerance – Histaminová intolerance. Dostupné na internete : http://www.alergoservis.cz/testservis/1/18
4. http: //www.daosin.sk.

**Kontakt na autora:**
Anna Schmidtová
Mail : jasen@post.sk
VZZ a.s. VÚPCH Nová Polianka



# MOŽNOSTI SESTRY PRI OVPLYVŇOVANÍ PSYCHICKÉHO PREŽÍVANIA PACIENTA PO AMPUTÁCII KONČATINY

Mária Kopáčiková

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

**ABSTRAKT**

**Východisko:** Zisťovali vedomostí sestier o možnostiach ovplyvňovania adaptácie pacienta, o adaptačných mechanizmoch pacienta, o spôsoboch ovplyvňovania psychického prežívania pacienta, reakciu rodiny na ovplyvňovanie psychického prežívania sestrou.

**Súbor a metódy:** Výskumnú vzorku tvorilo 65 respondentov/sestier, vybraných náhodným výberom. Použili sme dotazníkovú metódu. Výsledky sme spracovali štatisticky a znázornili graficky.

**Výsledky:** Zistili sme, že úroveň vedomostí sestier je dobrá. Sestry vyjadrili spokojnosť so svojou snahou ovplyvňovania psychického prežívania pacienta a hodnotili ju ako úspešnú V praktickom živote realizujú spôsoby ovplyvňovania psychického prežívania pacienta. V niektorých oblastiach sme zistili určité nedostatky.

**Záver:** Navrhujeme aktívne využívať pri ošetrovaní vedomosti sestier o psychickom prežívaní pacienta po amputácii, komunikovať s pacientom o jeho problémoch a viesť ho k spolupráci, zapájať rodinu do procesu opätovného začlenenia pacienta do bežného života.

***Kľúčové slová:*** Psychická záťaž. Stres. Eustres. Distres. Relaxácia.

## ÚVOD

Neustále sa zvyšujúci výskyt civilizačných ochorení ako aj nárast úrazov predstavuje vážny sociálny a zdravotnícky problém. Svetová zdravotnícka organizácia upozorňuje na zvyšujúcu sa incidenciu civilizačných chorôb, ktoré súvisia najmä s dnešným moderným spôsobom života.

Choroba, úraz a jeho následky spôsobujú postihnutému zníženie kvality života, vytŕhajú ho z jeho sociálneho prostredia a obmedzujú jeho pohybové možnosti a schopnosti, a tým aj jeho schopnosť zabezpečiť si ekonomickú a fyzickú integritu a nezávislosť.

Amputácia - odstránenie väčšej či menšej časti končatiny je metódou voľby po vyčerpaní všetkých terapeutických zásahov na jej záchranu. V súčasnosti sa so zvyšovaním civilizačných ochorení, úrazov zvyšuje aj počet amputácií. Predstavujú vážne dôsledky z hľadiska anatomického, kozmetického, funkčného, psychologického, sociologického, spoločenského, medicínskeho i právneho charakteru.

Súčasný stav starostlivosti o pacientov s amputáciou ako i zvyšujúce sa nároky na poskytovanie zdravotníckej starostlivosti prinášajú zmeny v chápaní ošetrovateľskej praxe i jej poskytovateľov.

**Amputácia**

Amputácia končatiny - odstránenie periférnej časti tela - spočíva v prerušení kožných a podkožných tkanív. Následne sú postupne preťaté svaly, veľké a malé cievy, nervy a nakoniec kosť (Duda, 2000).

Úroveň amputácie je určovaná rozsahom patologického nálezu. Odstránenie časti končatiny je indikované pre ischémiu s gangrénou, pre nezvládnuteľnú infekciu, nádorové ochorenie, či ťažké devastujúce poranenie. Amputácia je väčšinou plánovaným výkonom. Niekedy je však treba pristúpiť k urgentnej amputácii, ktorá je vynútená ischémiou s intenzívnou bolesťou, systémovou toxémiou a infekciou. Ďalším dôvodom môže byť úrazová devastácia tkanív, kde je zjavné, že nemožno zachrániť funkčnú končatinu (Duda, 2000).

Fantómové bolesti (bolesti premietané do amputovanej končatiny) sa často objavujú po amputáciách. Postihujú viac ako polovicu pacientov. Prejav je závislý od intenzity a trvania bolesti, ktorá existovala už pred operáciou. Vo väčšine prípadov dochádza k opakovaným záchvatom bolestí, zriedkavo je opisovaná ako nepretržitá bolesť. V protiklade k fantómovým bolestiam sa po amputáciách pravidelne objavujú nebolestivé fantómové pocity (pociťovanie teploty a dotykov).

Amputácie u detí majú svoje osobitosti. Ovplyvňuje ich dynamika rastu a vývoj, adaptačná schopnosť detského organizmu a psychický stav. Fantómové bolesti sa detí nevyskytujú.

**Vplyv amputácie na psychiku pacienta**

Do procesu liečby ochorenia, vstupuje pacient nielen so svojou telesnou výbavou, ale aj psychikou, temperamentom, emóciami, postojovými a vôľovými vlastnosťami, intelektom. Toto všetko do veľkej miery ovplyvňuje zvládanie choroby, prežívanie, ako

aj spoluprácu pacienta počas liečby, spôsob, akým sa pacient vyrovnáva s ochorením. Amputácia je chirurgický výkon, ktorý postihnutý psychicky ťažko znáša. Psychologické výskumy ukazujú, že pacientov oveľa viac deprimuje strata dolnej končatiny než hornej končatiny, i keď strata hornej končatiny je z hľadiska sebestačnosti nevýhodnejšia. Stratu dolnej končatiny väčšina pacientov inštinktívne vníma ako ohrozenie vlastného bytia. Menšie psychické reakcie sa zjavujú u pacientov s dlhodobým ochorením končatín, keď amputácia prináša úľavu.

Vzťah pacienta je niekedy jednoduchý, inokedy zložitejší. Prelínajú sa v ňom vedomé i nevedomé zložky, pozitívna i negatívna valencia postoja. Každý pacient prežíva amputáciu končatiny jemu vlastným spôsobom. Niektorí bývajú agresívni, stiesnení, depresívni, frustrovaní, plachí. Iní bagatelizujú svoje ochorenie, iní simulujú. Jedni sú panovační, iní nerozhodní. Faktory ovplyvňujúce psychiku pacienta:

- vek, vlastnosti osobnosti,
- celková životná situácia, emocionálny stav,
- zamestnanie,
- závažnosť ochorenia, nežiaduce účinky ochorenia,
- rodinné a sociálne prostredia pacienta,
- náboženstvo,
- národnosť,
- psychologická stabilita,
- vplyv rôznych vyšetrovacích a liečebných postupov,
- prostredie nemocnice,
- prístup ošetrujúceho personálu,
- spôsob poddajnosti (Kozierová, 1995).

Amputácia končatiny predstavuje pre pacienta krízovú situáciu. Kríza sama o sebe nie je porucha zdravia, ale môže s ňou súvisieť alebo do nej prerásť. Vyznačuje sa narastajúcim napätím, ktoré zvyšuje pravdepodobnosť hromadenia neúspechov, čo v danej situácii nadobúda v prežívaní neprimerané rozmery.

Pri ohrození nastáva okamžitá mobilizácia organizmu, aby sa vytvorili vhodné podmienky k okamžitému zvládnutiu situácie. Dochádza k pôsobeniu chemických látok (adrenalín, noradrenalín). Adrenalín zohráva rozhodujúcu úlohu v každej stresovej situácii. Osoby, ktoré sú vystavené neustálemu pôsobeniu nadmerného stresu, sú viac náchylné k infekciám (Sieradzki, 2004).

U rôznych osôb sa stres objavuje v rôznej intenzite. Pre jedných je negatívnym stavom, pre druhých je mobilizujúcim činiteľom, ktorý ich aktivizuje fyzicky i mentálne. Niektorí ľudia namiesto toho, aby sa snažili nad stresom zvíťaziť, hľadajú záchranu v úteku, siahajú po alkohole, liekoch alebo sladkostiach. Takéto deštruktívne mechanizmy v úteku pred stresom situáciu len zhoršujú a zväčšujú problémy (Sieradzki, 2004).

Spôsoby, s akými sa človek vyrovnáva s náročnými životnými situáciami, sú neoddeliteľnou súčasťou jeho osobnosti. Azda najbežnejším dynamizmom, s ktorým sa stretávame, je kompenzácia – človek vyvažuje nedostatky v jednej oblasti výkonmi v inej oblasti; hyperkompenzáciou – zakrýva alebo odpútava od nich pozornosť. Pri adaptácii pacient uplatňuje tieto mechanizmy:

- Dynamizmy zdolávania – charakteristickým znakom je realizmus, orientácia na cieľ, na budúcnosť, ohľad na prítomnosť a pružnosť.
- Obranné mechanizmy – charakteristickým znakom je popieranie záťaže, nutkavosť, rigidnosť, riadenie minulosťou, viera, že negatívne emócie možno odstrániť mágiou. Sem patrí: izolácia, intelektualizácia, racionalizácia, pochybnosti, nerozhodnosť popretie, projekcia, regres, premiestnenie, opačné reagovanie a represia.
- Dynamizmy patologickej adaptácie – ide o uzavretý systém správania, ktorý sa riadi vlastnou logikou, prejavuje sa neúčelným opakovaním, ritualizáciou, pohybovými automatizmami.

Krízová intervencia sestry spočíva v bezprostrednej odpovedi na priamy problém. Dezorganizované, chaotické správanie si vyžaduje zásah – intervenciu. Pri krízovej intervencii však ide taktiež o pátranie po zdrojoch pomoci u človeka zasiahnutého krízou (Kastová, 2000).

Ak má byť psychologická pomoc pacientovi účinná, musíme brať do úvahy niekoľko zásad a tie v psychologickom prístupe k pacientovi aj dodržiavať.

- Brať ohľad na momentálny psychický stav pacienta. Je nutné mať na zreteli, čo sa v danej chvíli v psychike chorého odohráva. Krízové situácie obvykle poodhalia starostlivo skrývané stránky psychiky chorého. Pacient nie je schopný sa ovládať a žiada nás o pomoc.
- Nevšímať si sprievodných, sekundárnych, psychických prejavov a úplne sa sústrediť na zvládnutie vzniknutej kritickej psychickej situácie, ktorá súvisí so zmeneným psychickým stavom.
- Jednotné pôsobenie všetkých zúčastnených osôb, ktoré prichádzajú s pacientom do kontaktu.

Na psychiku pacienta má významný vplyv aj rodina. Pri stretnutiach na ošetrovacích jednotkách je treba príbuzných aktivizovať, zoznamovať ich s liečbou, starostlivosťou a komplexnou rehabilitáciou pacienta. Záleží na profesionalite, takte a diplomacii sestry, aby u príbuzných vzbudila záujem o pacienta a ochotu spolupracovať. Hlavným cieľom psychologického ovplyvňovania je získať pacienta s ochorením k spolupráci.

Sestre nesmie chýbať:

- altruizmus – ochota pomáhať ľuďom, pracovať v ich prospech,
- schopnosť trpezlivo vypočuť pacienta (láskavý a ohľaduplný prístup),
- empatia – schopnosť vžiť sa do duševného stavu pacienta a pochopiť jeho emócie,
- otvorenosť a nefalšovanosť,
- optimizmus – sestra by mala byť pre pacienta zdrojom dobrej nálady a príkladom pozitívneho myslenia,
- schopnosť pocitu vzájomnosti – vytváranie neformálnej dohody medzi sestrou a klientom ako prejavov ľudskej súhry (Tvrdá, 2004).

Cieľom práce je zistiť vedomostí sestier o možnostiach ovplyvňovania adaptácie pacienta a to:

- o adaptačných mechanizmoch pacienta,
- o spôsoboch ovplyvňovania psychického prežívania pacienta,
- reakciu rodiny na ovplyvňovanie psychického prežívania sestrou.

## MATERIÁL A METODIKA

### Charakteristika prieskumnej vzorky a metódy

Empirická štúdia mala charakter aplikovaného prieskumu na chirurgických oddeleniach zdravotníckych zariadení západného Slovenska. Prieskumnú vzorku tvorilo 65 respondentov. Výber respondentov bol náhodný. Za základné kritérium pre výber respondentov sme zvolili:

- sestry pracujúce pri lôžku pacienta,
- sestry rôznych vekových skupín a rôznej dĺžky praxe.

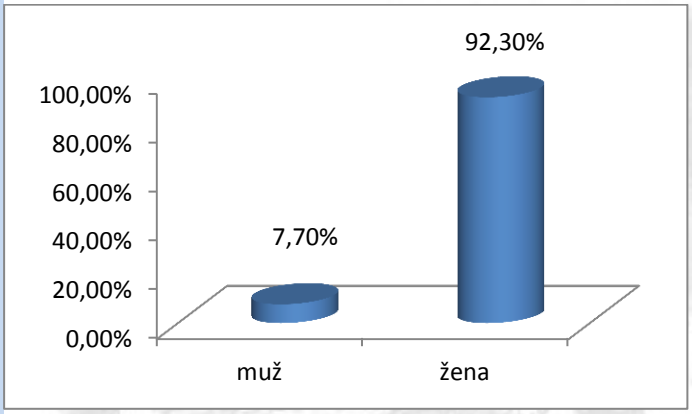
Za hlavnú metódu prieskumu sme zvolili viacpoložkový dotazník. Dotazník bol anonymný. Okrem identifikačných údajov obsahoval otvorené, zatvorené a polozatvorené otázky. Respondenti mali možnosť výberu medzi viacerými možnosťami, prípadne i podľa potreby i dopísať.

Prieskum sme realizovali v mesiacoch marec a apríl 2010. Návratnosť dotazníkov bola 87%. Výsledky prieskumu boli spracované pomocou Microsoft-Excel, vyjadrené v absolútnych číslach a percentuálne vyhodnotené, spracované do tabuliek a znázornené graficky.

**VÝSLEDKY**

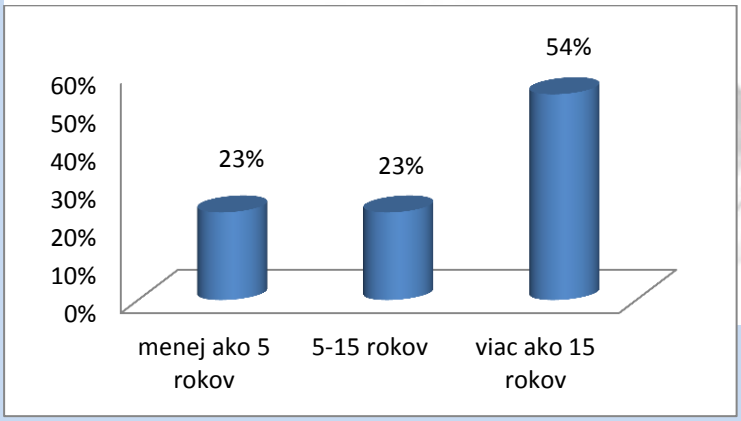
Výskumný súbor tvorilo 65 respondentov/sestier. Výsledok približne kopíruje súčasné zamestnanecké rozloženie. Z celkového počtu respondentov bolo 92,3% (60) žien a 7,7% (5) mužov (graf 1). Najmladšia sestra mala 23 rokov a najstaršia 54 rokov. Vekový priemer respondentov/sestier bol 41 rokov.

**Graf 1 Štruktúra respondentov** podľa pohlavia

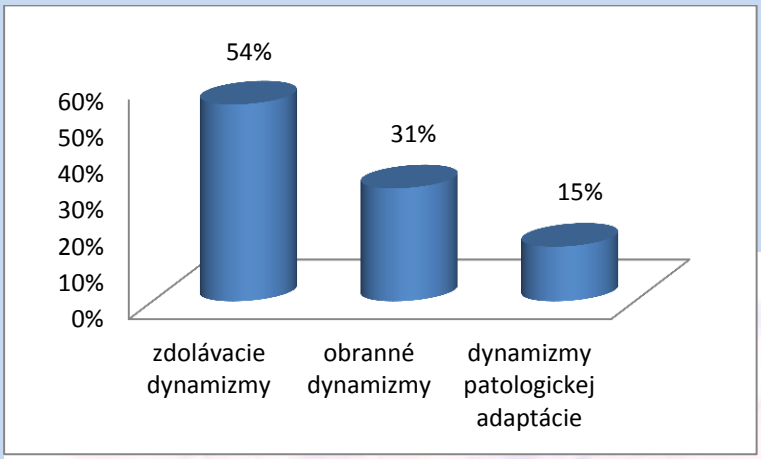



Najväčšiu vzorku 35 respondentov tvorili sestry s praxou nad 15 rokov (54%). 23% (15) sestier pracuje na oddeleniach od 5 do 15 rokov. Zhodne 15 (23%) sestier udalo dĺžku praxe menej ako 5 rokov (graf 2).

**Graf 2 Štruktúra respondentov** podľa rokov praxe

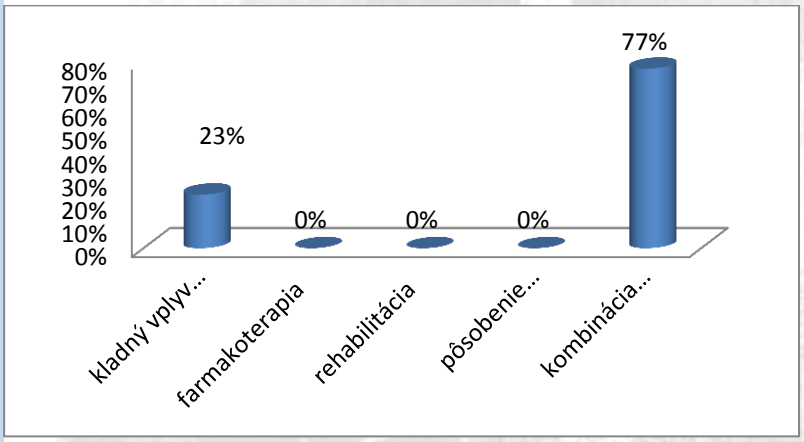



**Graf 3 Najčastejšie adaptačné mechanizmy**



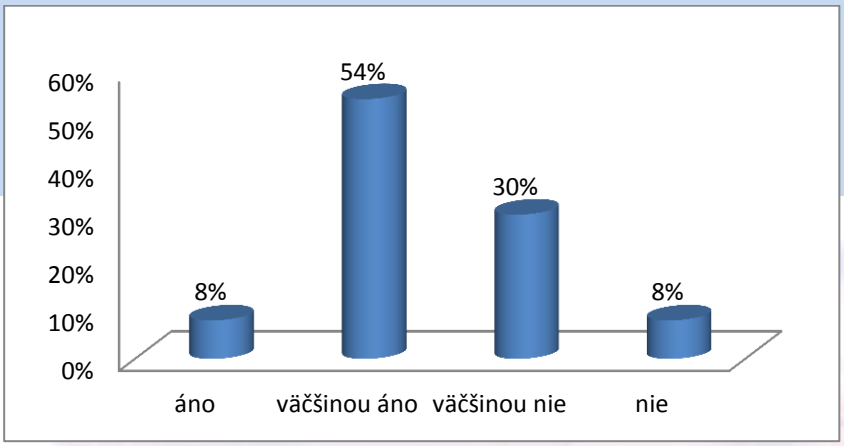

V tejto položke sme zisťovali najčastejšie adaptačné mechanizmy u pacienta po amputácii končatiny. Najčastejšie sestry 35 (54%) u pacientov pozorujú dynamizmy zdolávania. 20 (31%) sestier uviedlo, že najčastejšie pozorujú obranné dynamizmy a 10 (15%) sestier pozorovalo dynamizmy patologickej adaptácie u pacienta po amputácii končatiny (graf 3).

**Graf 4 Spôsoby ovplyvňovania psychického prežívania pacienta**



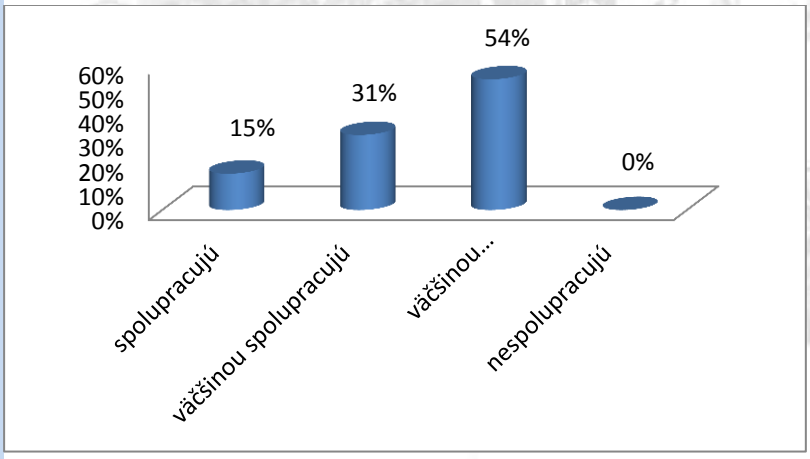

Až 77% (50) sestier využíva pri ovplyvňovaní psychického prežívania pacienta po amputácii kombináciu kladného vplyvu nemocničného prostredia a personálu, farmakoterapie, rehabilitácie a pôsobenia rodinných príslušníkov. 15 (23%) sestier využíva pri ovplyvňovaní psychického prežívania pacienta kladný vplyv nemocničného prostredia a personálu. Samostatné využitie farmakoterapie a rehabilitácie neuviedla ani jedna sestra (graf 4).

**Graf 5 Hodnotenie úspešnosti ovplyvňovania psychického prežívania pacienta**




Podľa výsledkov, 8% (5) sestier hodnotilo svoju snahu ovplyvňovania psychického prežívania pacienta ako úspešnú a tak isto ju hodnotí 5 (8%) sestier ako neúspešnú. Najväčšiu skupinu tvorili sestry 54% (35), podľa ktorých bola ich snaha väčšinou úspešná. 20 (30%) sestier hodnotilo svoju snahu ovplyvňovania psychického prežívania pacienta ako väčšinou neúspešnú (graf 5).

**Graf 6 Spolupráca s rodinou**




Na základe výsledkov prieskumu konštatujeme, že 54% (35) sestier odpovedalo, že rodina s nimi pri ovplyvňovaní psychického prežívania pacienta po amputácii väčšinou nespolupracuje. 31% (20) sestier odpovedalo, že rodina väčšinou spolupracuje, 15% (10) sestier uviedlo, že rodina s nimi vždy spolupracuje. Ani jedna sestra neuviedla, že rodina pacienta s nimi nespolupracuje (graf 6).

**DISKUSIA A ZÁVER**

Všetkých chorých môžeme charakterizovať ako subjekty, ľudské osobnosti v tiesňovej, ba priamo v kritickej životnej situácii. Tým vopred uznávame a vyčleňujeme voľný

priestor pre rozvoj zmien v chovaní. Je samozrejme našou ošetrovateľskou snahou ako i ľudskou, aby sme tieto zmeny v duševnej sfére, z nášho hľadiska videné ako nežiaduce poruchy, zmiernili, dokonca im predišli.

Je potešiteľné, že sestry poznajú a pri ošetrovaní chorých venujú pozornosť aj adaptačným mechanizmom pacienta po amputácii. 54% sestier sa u pacientov pozorovalo najmä dynamizmy zdolávania.

Zvoliť správnu formu je nielen súčasťou umenia, ako jednať s pacientom, ale i skúseného ohodnotenia, kde končia možnosti empatie a komunikácie a kde sú treba iné opatrenia. Pri ovplyvňovaní psychického prežívania pacienta až 77% (50) sestier využíva kombináciu kladného vplyvu nemocničného prostredia a personálu, farmakoterapie, rehabilitácie a pôsobenia rodinných príslušníkov. Za významné prvky v pôsobení sestier na psychický stav pacientov pokladáme: psychohygienu, komunikáciu, empatiu, priaznivé interakčné a interpersonálne vzťahy a psychoterapiu.

Spolupráca s rodinnými príslušníkmi je jeden z hlavných prostriedkov ovplyvňovania psychiky pacientov. 54% (35) sestier konštatovalo, že rodina s nimi pri ovplyvňovaní psychického prežívania pacienta po amputácii väčšinou nespolupracuje. Pôsobenie rodinných príslušníkov má veľký význam, pretože amputácia zanecháva trvalé následky a zaťažuje psychiku i z hľadiska ich vzťahu k rodinnému a manželskému životu

Na základe výsledkov a štúdia literatúry dovoľujeme si navrhnúť nasledovné odporúčania pre prax:

- aktívne využívať pri ošetrovaní vedomosti sestier o psychickom prežívaní pacienta po amputácii,
- komunikovať s pacientom o jeho problémoch a viesť ho k spolupráci,
- zapájať rodinu do procesu opätovného začlenenia pacienta do bežného života.

Na kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť vplýva aj samotná osobnosť sestry. Záleží na jej ľudských, morálnych, odborných a psychologických schopnostiach, ktoré môže využívať pri zabezpečovaní návratu pacienta do normálneho života a udržania jeho psychickej rovnováhy.

Ak sa má človek rozhodovať, nutne potrebuje vedieť „kam ísť ďalej“. Odpoveď na túto otázku mu dá ujasnenie cieľa. Ak má jasný cieľ, môže byť jeho konanie účelné a nachádza aj zmysel toho, čo robí, prípadne i toho, čo chce robiť. Ak nachádza zmysel svojho snaženia a svojej činnosti, odráža sa to aj v miere jeho radosti zo života a nádeje (Křivohlavý, 2004).

**LITERATÚRA**

BAŠTECKÁ, B. et. əl.: *Základy klinické psychológie.* 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4.

DUDA, M. a kol. 2000. *Práce sestry na operačním sále.* Praha : Grada, 2000. 389 s. ISBN 80-7169-642-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci.* 1. vyd., Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J., SCHREIBER, V.: *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-42001.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2004. *Pozitivní psychologie.* Praha : Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

NEJEDLÝ, A. a kol. 2003. *Základy replantační chirurgie.* Praha : Grada Publishing, 2003. 164 s. ISBN 80-247- 0315- 7.

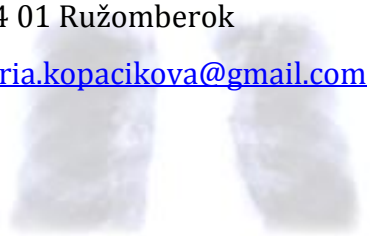
SIERADZKI, A. 2004. *Léčba stresu*. Frýdek-Místek: Alpress, 2004, 112 s. ISBN 80-7362-018-9.

TVRDÁ, G.-MUCHOVÁ, M. 2004. *Citlivé srdce a profesionalita.* Sestra, ročník III, 2004/10, s. 21. ISSN 1335-9444.

ZACHAROVÁ, E. 2010. *Špecifiká komunikácie sestry u pacienta v klinickej praxi*. Sestra, s. 28. [online]. [citované 2010-07-09]. Dostupné na internete: http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/643pdf.

**Kontakt na autora**

Doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.
Fakulta zdravotníctva, Katolíckej univerzity v Ružomberku
Námestie Andreja Hlinku 48
034 01 Ružomberok
maria.kopacikova@gmail.com



# HODNOTENIE SÚSTAVNÉHO VZDELÁVANIA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK – PRÁCA S ELEKTRONICKÝM PORTÁLOM

Iveta Michalcová

Regionálne centrum hodnotenia sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek v prešovskom samosprávnom kraji

**Abstrakt**

V úvode príspevku autorka poukazuje na legislatívne dokumenty vo vzťahu k sústavnému vzdelávaniu sestier a pôrodných asistentiek. Stručne popisuje proces hodnotenia sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek, spôsob registrácie a podrobne sa venuje práci s elektronickým portálom sksapa. Autorka informuje o prvých výsledkoch zhodnotených sestier a pôrodných asistentiek za obdobie 2010 až 2011 v rámci Slovenska a prešovského samosprávneho kraja. Pozornosť venuje aj Smernici k organizovaniu aktivít sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek, ktorá bola prijatá 30.4.2011 na Sneme SK SaPA.

**Kľúčové slová:** hodnotenie sústavného vzdelávania**,** sústavné vzdelávanie, sestry a pôrodné asistentky

## Úvod

V úvode príspevku by som chcela poukázať na legislatívne dokumenty vzťahujúce sa na sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a priblížiť proces hodnotenia sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek.

Povinnosť sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov ustanovuje zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v ustanovení § 42 a § 80. Sústavné vzdelávanie ako formu ďalšieho vzdelávania ustanovuje Nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializovaných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností. Zákon č. 578/2004 Z. z. tiež stanovil povinnosť komory zhodnotiť sústavné vzdelávanie zdravotníckym pracovníkom, ktorých registruje, v našom prípade Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. Základný rámec pre hodnotenie sústavného vzdelávania ustanovuje Vyhláška MZ SR č. 366/2005 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Sústavné vzdelávanie zdravotníckeho pracovníka sa hodnotí v pravidelných päťročných cykloch počítaných odo dňa registrácie v zmysle zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch. Dátum registrácie sestry a pôrodnej asistentky v zmysle zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch, uvedený na potvrdení o registrácii je dňom, kedy sestre a pôrodnej asistentke začal 5 – ročný hodnotiaci cyklus. Hodnotenie sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek vykonáva Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. V každom vyššom územnom celku, okrem bratislavského, zriadila komora regionálne centrum pre hodnotenie sústavného vzdelávania, na čele ktorého stojí vedúci regionálneho centra, ktorý zodpovedá za hodnotenie sústavného vzdelávania sestier v danom samosprávnom kraji. Kontaktné údaje na jednotlivé regionálne centrá nájdete na www.sksapa.sk. Fyzicky hodnotenie sústavného vzdelávania vykonávajú hodnotitelia.

Počas 5 – ročného hodnotiaceho cyklu je sestra a pôrodná asistentka povinná získať 100 kreditov, z toho 50 kreditov za prax a 50 kreditov za absolvovanie aktivít ďalšieho a sústavného vzdelávania. Podmienku získania 50 kreditov za prax sestra alebo pôrodná asistentka spĺňa, ak počas hodnotiaceho obdobia pracovala aspoň 4 roky, t.j. 48 mesiacov, bez ohľadu na rozsah pracovného úväzku. Do nasledujúceho hodnotiaceho obdobia je možné preniesť najviac 10% z ustanoveného celkového počtu kreditov.

***Ďalej chcem poukázať na to, ako má postupovať sestra alebo pôrodná asistentka, ktorá nie je registrovaná podľa aktuálne platného zákona 578/2004 Z. z.*** Na webovej stránke komory www.sksapa.sk v časti *„Registrácia, Oznámenie údajov – zákon č. 578/2004 Z. z.“* sa nachádzajú informácie o postupe pri registrácii spolu s *tlačivom* (tlačivo má 4 strany). Toto tlačivo je potrebné vytlačiť, vypísať a podpísané zaslať riadnou poštou na adresu: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, ul. Amurská 71, 821 06 Bratislava. K tlačivu **nie je potrebné predložiť doklady, ktoré ste predkladali pri zápise do registra podľa zákona č. 311/2002 Z. z.**, ale len úradne overené kópie vysvedčení a dokladov o ďalšom vzdelaní (vysokoškolské, špecializačné štúdium, certifikačná príprava a pod.), ktoré ste absolvovali v období po zápise do registra podľa zákona č. 311/2002 Z. z. Doklad o úhrade registračného poplatku - 13,00 EUR - bezplatne je pre sestry a pôrodné, ktoré boli registrované podľa 311/2002 Z .z. Následne registrovaná sestra a PA obdrží list s postupom pri hodnotení sústavného vzdelávania a prístupové údaje na portál- vstup do systému – **portal.sksapa.sk**

V nasledujúcej časti príspevku by som priblížila prácu s elektronickým portálom sksapa. Po zadaní prihlasovacích údajov a hesla, Vás systém vyzve na zmenu hesla. Nové heslo musí mať minimálne jedno veľké písmeno a jednu číslicu. Tým zabezpečíte svojmu kontu bezpečnosť. Následne si skontrolujte Vaše osobné údaje. V prípade, ak je niektorý z údajov nepresný, neaktuálny alebo chýba, zmeňte údaj alebo ho doplňte. Pri každom údaji je uvedená informácia, či je potrebné zasielať do kancelárie komory v Bratislave doklad preukazujúci jeho zmenu alebo nie a ak áno, aký doklad je potrebný.

(každý zdravotnícky pracovník je v zmysle zákona č. 578/2004 Z. z. povinný oznamovať komore, v ktorej je registrovaný, zmeny údajov vedených v registri!)

***V časti „Moja prax"*** zadáte v portáli Vašu prax počas hodnotiaceho obdobia (názov zamestnávateľa, zamestná/ý od – do).

***V časti „Absolvované vzdelávacie aktivity"*** zadáte všetky absolvované aktivity sústavného vzdelávania počas hodnotiaceho cyklu. Pre hodnotenie sústavného vzdelávania v prvom cykle sa budú pri hodnotení brať do úvahy aktivity absolvované počas piatich rokov odo dňa registrácie podľa zákona č. 578/2004 Z. z. Aktivity sústavného vzdelávania sa zadávajú podľa časového rozpätia, pozor na aktívnu a pasívnu účasť – autor – spoluautor. Vzdelávacie aktivity, ktoré ste absolvovali od ukončenia 5- ročného cyklu do dňa, kedy prebehne hodnotenie, budú súčasťou ďalšieho cyklu hodnotenia sústavného vzdelávania, v prípade ak ste splnili podmienky sústavného vzdelávania.

Sestra alebo pôrodná asistentka sa môže prihlásiť na hodnotenie sústavného vzdelávania až uplynutí 5- ročného cyklu a to kliknutím na „***Prihlásiť sa na hodnotenie***". Vyberie si svoj región, zo zoznamu vyberie pre seba najvhodnejšie miesto a čas hodnotenia a prihlási sa na hodnotenie. Na hodnotenie je potrebné si so sebou priniesť:

***Všetky originály potvrdení o účasti zo vzdelávacích aktivít***, ktorých ste sa zúčastnili počas hodnotiaceho obdobia a overené kópie diplomov preukazujúcich ukončenie vysokoškolského štúdia (Bc. alebo Mgr.), špecializačného štúdia alebo certifikačnej prípravy. Overené kópie diplomov si hodnotiteľ ponechá a stanú sa súčasťou Vášho registračného spisu. Pokiaľ ste overené fotokópie diplomov do kancelárie komory v Bratislave zasielali, na hodnotenie postačí priniesť k nahliadnutiu hodnotiteľovi neoverené kópie alebo originály dokladov, ktoré Vám budú po kontrole vrátené.

***Potvrdenie o vykonávaní povolania sestry alebo pôrodnej asistentky počas*** 5 – ročného hodnotiaceho obdobia, kde musí byť jednoznačne uvedené, že ste vykonávali buď povolanie sestry alebo povolanie pôrodnej asistentky minimálne v dĺžke 48 mesiacov počas hodnotiaceho obdobia. Pokiaľ ste počas hodnotiaceho obdobia nevykonávali povolanie viac ako jeden rok, je potrebné priniesť doklad preukazujúci túto skutočnosť (doklad zo sociálnej poisťovne v prípade materskej dovolenky alebo dôchodku – pokiaľ ste popri dôchodku nepracovali, z úradu práce v prípade nezamestnanosti, od zamestnávateľa v prípade dlhodobej PN atď.). Tieto doklady odovzdáte hodnotiteľovi a budú súčasťou Vášho registračného spisu.

***Fotokópiu dokladu o úhrade poplatku za hodnotenie sústavného vzdelávania vo výške 10*** €. Kópiu dokladu si ponechá hodnotiteľ. Poplatok za hodnotenie sústavného vzdelávania je potrebné uhradiť na číslo účtu: 1670169854/0200, účet vedený vo VÚB banke, a.s., variabilný symbol: 6565, špecifický symbol: Vaše registračné číslo.

Ďalej elektronický portál umožňuje sestrám a pôrodným asistentkám ***prihlasovať sa na vzdelávacie aktivity sústavného vzdelávania***. V databáze sa nachádzajú aktivity v rámci celého Slovenska. Po zadaní vzdelávacej aktivity do elektronického systému sa sestry a pôrodné asistentky môžu prostredníctvom tohto systému na aktivitu sústavného vzdelávania prihlásiť.

Ďalej chcem poukázať, že v súvislosti s registráciou má sestra a pôrodná asistentka **isté povinnosti**. Povinnosťou každej registrovanej sestry alebo pôrodnej asistentky je oznamovať zmeny údajov do registra, pri prerušení výkonu povolania môže sestra alebo pôrodná asistentka požiadať o dočasné pozastavenie registrácie s následné požiadať o obnovenie registrácie pri výkone povolania. Zrušenie registrácie uplatní pri ukončení výkonu povolania. Medzi isté povinnosti registrovanej sestry alebo pôrodnej asistentky patria aj lehoty, dokedy je nevyhnutné vykonať hodnotenie sústavného vzdelávania. Sestre alebo pôrodnej asistentke, ktorej cyklus hodnotenia sústavného vzdelávania skončil v roku **2010**, bola povinná absolvovať hodnotenie sústavného vzdelávania do **30.6.2011.** Pokiaľ sa **s**estra alebo pôrodná asistentka nedostavila v stanovenom termíne na hodnotenie, dostane list s **výzvou tak učiniť do 31.12.2011.** Sestra alebo pôrodná, ktorej cyklus hodnotenia sústavného vzdelávania skončil neskôr ako v roku 2010, je povinná absolvovať hodnotenie sústavného vzdelávania do 6 mesiacov od ukončenia hodnotiaceho cyklu. Pokiaľ si sestra alebo pôrodná asistentka túto povinnosť nesplnila, hrozí jej pokuta do výšky 663 EUR.

Pre sestry alebo PA dôchodkyne je postup nasledovný:

- Ak už nevykonáva povolanie ani v budúcnosti nebude – nech požiada o zrušenie registrácie, uzavrieť cyklus nemusí
- Ak vykonáva povolanie čo i len na dohodu – povinnosť registrácie a SV bez výnimiek
- Povinnosť zúčastniť sa hodnotenia a uzavrieť obdobie aj keď nemá za obdobie dostatok praxe – **ak ešte plánuje pracovať**, resp. získať chýbajúci počet kreditov, ak dostatok praxe má.

Pokiaľ budete mať po preštudovaní týchto materiálov akékoľvek otázky alebo nejasnosti obráťte sa na svoje regionálne centrum hodnotenia sústavného vzdelávania: Mgr. Iveta Michalcová – Prešov, Čapajevova 3, 08001 Prešov, 0917 75 35 85, 051/3810183,

**Zoznam bibliografických odkazov**

*Informácie o Projekte hodnotenia sústavného vzdelávania.* [online].[cit. 2011-08-23]. Dostupné na internete: <http://www.sksapa.sk/Hodnotenie-sústavného-vzdelávania/informacie-o-projekte-hodnotenia-sv.html>.

*Smernica systému hodnotenia sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek.* [online]. 19 s. [cit. 2011-08-23]. Dostupné na internete: <http://www.sksapa.sk/Hodnotenie-sústavného-vzdelávania/smernica-hodnotenia-sv.html>.

*Nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializovaných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.*

*Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.*

*Vyhláška MZ SR č. 366/2005 Z.z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.*

**Kontakt na autora:**

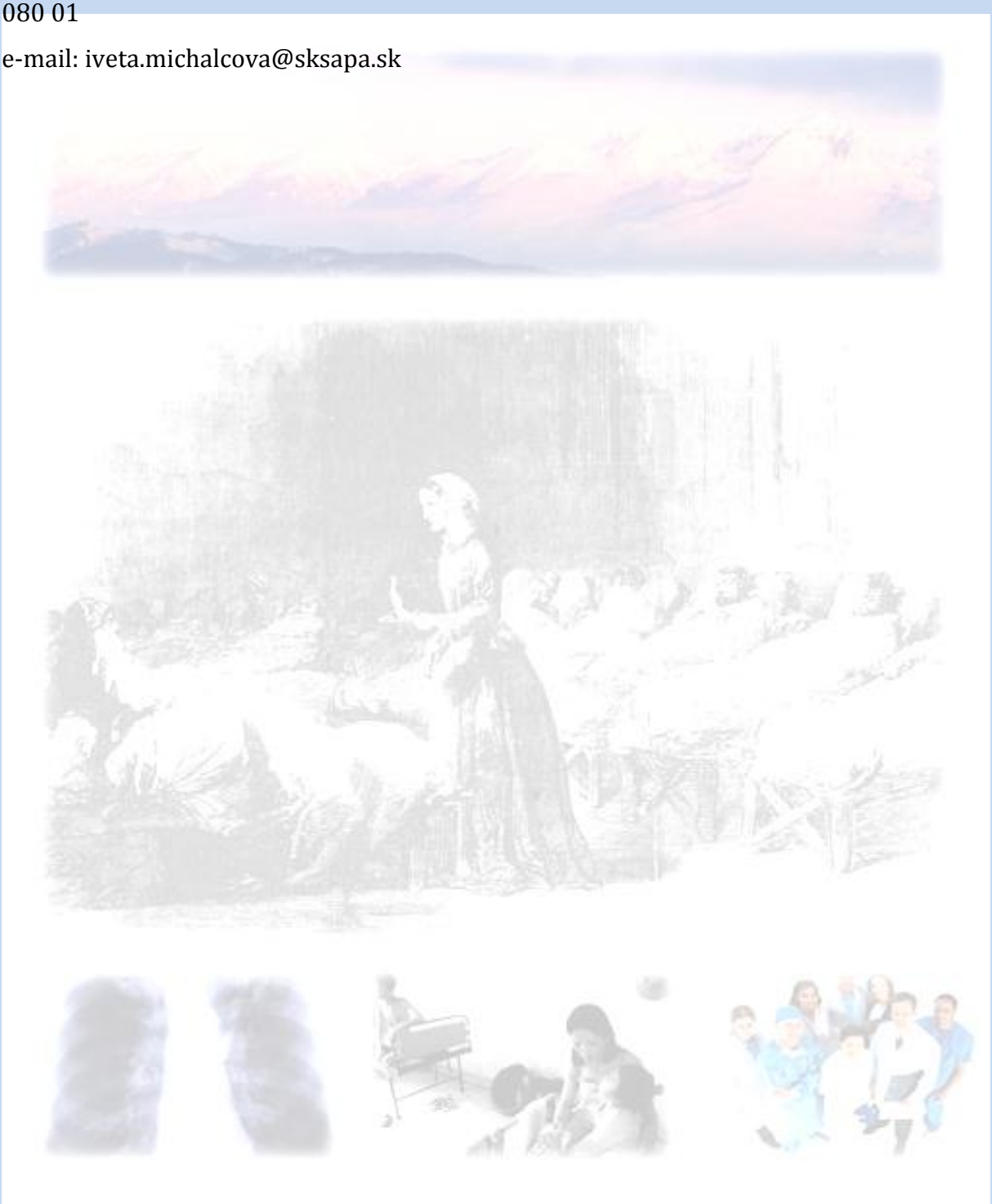
Mgr. Iveta Michalcová

Regionálne centrum hodnotenia SV

Čapajevova 3

080 01

e-mail: iveta.michalcova@sksapa.sk



# PRZEGLĄD ROZWIĄZAŃ TELEMEDYCZNYCH W PIELĘGNIARSTWIE

## Prehľad riešenia telemedicíny v ošetrovateľstve

Anna Iwanicka – Maciura, Łukasz Macura, Barbara Gugała,Dorota Gutkowska
Uniwersytet Rzeszowski

### Wprowadzenie

Współcześnie liczne przemiany cywilizacyjne a wraz z nim szybki postęp technologiczny powodują, że e-zdrowie (*e-health*) staje się realną alternatywą, dla medycyny tradycyjnej. Wchodzące w zakres e-zdrowia tele-zdrowie może przyczynić się na przykład do rzeczywistej redukcji kosztów opieki medycznej nad pacjentem przy jednoczesnym polepszeniu jakości opieki i zadowoleniu pacjenta. E-zdrowie są to zazwyczaj narzędzia i rozwiązania obejmujące produkty, systemy i usługi wychodzące poza zakres prostych aplikacji internetowych. E-zdrowie obejmuje: telemedycynę, telezdrowie (zdalną opiekę medyczną), informatykę medyczną, zarządzanie informacjami o zdrowiu, technologie informacyjne w opiece zdrowotnej itp.

Telemedycyna, czyli medycyna na odległość jest najnowszą formą usług medycznych i opieki zdrowotnej łączacą elementy telekomunikcji, informatyki oraz medycyny. Dzięki wykorzystaniu nowych technologii pozwala ona przełamywać geograficzne bariery, pozwalając na wymianę specjalistycznych informacji. Amerykańskie Stowarzyszenie Telemedycyny definiuje telemedycynę jako „korzystanie z informacji medycznych wymienianych z jednego miejsca na inne za pośrednictwem komunikacji elektronicznej w celu poprawy stanu zdrowia pacjentów" [1, 8, 11]. Podkreślane jest również ścisłe związanie telemedycyny z terminem telezdrowie, który obejmuje zdalną opiekę zdrowotną. Warto zaznaczyć, że wszystkie technologie wykorzystywane w telezdrowiu pierwotnie zostały opracowane w innych dziedzinach przemysłu i do innych celów a następnie zostały przystosowane do stosowania w opiece zdrowotnej.

Prowadzone wideokonferencje, przesyłanie zdjęć (np. EKG, USG), zdalny monitoring czynności życiowych, kontynuacja nauki medycznej i pielęgniarskiej to również część telemedycyny i telezdrowia.

W ramach e-zdrowia powstają liczne programy informatyczne przygotowujące rozwiązania do prowadzenia np. rehabilitacji w domu, opieki nad chorymi w warunkach domowych, programy aktywizujące seniorów, instrukcje przestrzegania zaleceń terapeutycznych itp. Takim rozwiązaniem może być telepielęgniarstwo, czyli wykorzystanie technologii telekomunikacji w pielęgniarstwie w celu poprawy poziomu

opieki nad pacjentem – definiowane jako „Komunikacja na odległość z wykorzystaniem elektronicznych albo optycznych możliwości transmisji, między ludźmi i/albo komputerów [2, 9, 11]. W wielu krajach świata pielęgniarki wykorzystują ten rodzaj komunikacji np. w podstawowej opiece zdrowotnej. Specjalnie przygotowane systemy umożliwiają monitorowanie parametrów fizjologicznych w domu tj. np. pomiar RR, glukozy, monitorowanie funkcjonowania respiratorów czy też przy wykorzystaniu Internetu, pomiar masy ciała itp. [2, 7].

**Historia telemedycyny**

Początki telemedycyny sięgają 1920 roku. Rzeczywisty rozwój nastąpił jednak w latach 60. w USA, gdzie powstała satelitarna sieć telekomunikacyjna łącząca amerykańskie bazy wojskowe, rozrzucone po wszystkich kontynentach, ze specjalistycznymi ośrodkami medycznymi w USA. Kolejnym czynnikiem, nie mniej ważnym, było wniesienie dużego wkładu informacji przez NASA. Opieka medyczna i monitorowanie stanu zdrowia astronautów musiały się odbywać z konieczności – na odległość. Termin telemedycyny do użytku wszedł w 1970 roku. Termin opisuje zastosowanie telekomunikacji i technologii informacyjnych w medycynie w celu świadczenia usług medycznych na odległość, bez zwykłego spotkania lekarza czy pielęgniarki z pacjentem. Początkowo termin ten dotyczył i opisywał usługi konsultacyjne świadczone za pomocą interaktywnego wideo. Obecnie wykorzystywanie znacznie się poszerzyło i obejmuje oprócz wideo – konferencji, także inne multimedia, przesyłanie zdjęć, Internet itp. Sieci telemedyczne używane są do edukacji, do prowadzenia dyskusji, różnorakich badań klinicznych, zapisów pacjentów oraz wsparcia administracyjnego [ 3, 8].

W przeszłości usługi telemedyczne w pierwszej kolejności były adresowane do małych i odizolowanych miejscowości. Dzisiaj wiele się zmieniło. Telemedyczna opieka zdrowotna znacznie wzrosła i posiada specjalne aplikacje jak: domowa opieka zdrowotna, opieka więzienna czy medycyna wojskowa.

**Etapy rozwoju telemedycyny**

Wczesny rozwój rozpoczął się przed 1970 rokiem. Pierwszy przykład zastosowania telemedycyny nastąpił już w 1920 roku, kiedy lekarze na brzegu używali radia do przekazywania informacji medycznych dla tych co na morzu. Chouinard donosi, że pierwsza transmisja EKG odbyła się w 1930 roku [3]. Drugi etap rozwoju po 1970 roku

to powstawanie różnych technologii i dużych projektów z zakresu telemedycyny sponsorowanych przez rząd USA. Projekty wykorzystywały różnego rodzaju technologie komunikacyjne np. do medycznych konsultacji i edukacji medycznej. Kolejny etap rozwoju telemedycyny to wczesne lata 80., kiedy to porównywano różnorodne technologie i usługi telemedyczne. Wówczas to wykryto znaczące diagnostyczne niespójności podczas konsultacji z pacjentami co doprowadziło do cięć w zakresie telemedycyny i dążenie do uproszczenia technologii.

Następny etap rozwoju telemedycyny to lata 90., kiedy to rozwijają się intensywnie różnorodne technologie komunikacyjne, powstają projekty rządowe związane z reformami w służbie zdrowia, następuje rozwój telemedycyny celem dotarcia do zaniedbanych obszarów. We wczesnych latach 90 – tych wykorzystywano np. synchroniczną telemedycynę. Wideo – konferencje, konsultacje telemedyczne zawierały m.in. kamery dokumentujące, elektroniczny stetoskop, X- ray skaner itp. Dzisiejsza telemedycyna wykorzystuje szereg różnorodnych metod używanych w patologii, onkologii, dermatologii, otolaryngologii. Inne mają zastosowanie na przykład w psychiatrii, geriatrii, chirurgii, medycynie ratunkowej itp.[3,11]

**Podział systemów telemedycznych**

Telemedycyna może być synchroniczna i asynchroniczna. Usługi synchroniczne występują w czasie rzeczywistym i obejmują: audio, wideo i przesyłanie zdjęć. Wykorzystywane są do: konsultacji na żywo z pacjentem, do kształcenia ustawicznego dużych grup osób i spotkań w których wymagana jest interaktywna komunikacja. Wyspecjalizowane systemy używane do synchronicznej komunikacji zawierają: interaktywne wideo, wideo – room system, wideo – telefon, komputer z funkcją do wideokonfencji, przenośny laptop do wideokonferencji. Uzupełnienie stanowią elektroniczne stetoskopy, telefony komórkowe oraz inne systemy do ewidencji recept i innych zleceń. Usługi asynchroniczne przebiegają w innym czasie niż czas transmisji i dotyczą zazwyczaj nieruchomych obrazów, e- maili i ewentualnie klipów wideo. Asynchroniczna telemedycyna często wykorzystywana jest w teleradiologii i telepatologii gdy pacjent nie musi być obecny w interaktywnej komunikacji. Systemy mogą zawierać: skanery filmów, mikroskopy wideo, dermaskopy i inne [3].

**Telepielęgniarstwo**

Ogólnie rzecz biorąc telepielęgniarstwo jest to wykorzystanie technologii IT dla zapewnienia usług opieki zdrowotnej na odległość przez pielęgniarki.

Telepielęgniarstwo może być wykorzystywane w zakładach opieki zdrowotnej jak i poza nimi (np. w domu lub w ośrodkach opieki społecznej). Systemy telepielęgniarskie mogą zawierać techniki czasu rzeczywistego (np. wideokonferencje lub telefonia) i techniki asynchroniczne (np e-mail lub aplikacje webowe). Poprzez interaktywne systemy wideo pacjenci mogą się kontaktować z dyżurującą pielęgniarką i umówić się na konsultacje wideo. Ten rodzaj aplikacji jest szczególnie przydatny dla dzieci i dorosłych z przewlekłymi chorobami. Telepielęgniarstwo może również pomóc pacjentom i ich rodzinom być aktywnymi w opiece.

W telepielęgniarstwie czasu rzeczywistego są wykorzystywane również różne urządzenia, takie jak alarmy, czujniki i urządzenia monitoringu. Codziennością stają się systemy pozwalające pielęgniarkom monitorowanie parametrów fizjologicznych takich jak ciśnienie krwi, glukozy we krwi, szczytowego przepływu wydechowego, wagi pacjenta. Telepielęgniarstwo pozwala zapewnić dokładne i aktualne informacje, oraz wsparcie w podejmowaniu częstszych kontaktów z pacjentem w porównaniu z tradycyjnymi
wizytami [ 4,6,8].

Telepielęgniarstwo jest przede wszystkim niskokosztowe i nie wymaga dużych nakładów na wyposażenie praktyki. Jak podaje Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN), wprowadzenie tego rodzaju usług skraca czas pobytu pacjenta w szpitalu oraz umożliwia powrót do zdrowia w domu, gdzie na ogół pacjent czuje się swobodniej i szybciej zdrowieje, zwiększa dostępność do usług medycznych populacji, która często jest bardzo rozproszona, rozszerza także dostęp do usług wysokiej jakości w opiece domowej. Jednym z przykładów jest regularny kontakt telefoniczny z osobami z przewlekłymi problemami w Danii. Pielęgniarki pracujące w ambulatoriach prowadząc doradztwo telefoniczne, o połowę zmniejszyły liczbę hospitalizacji z powodu chorób przewlekłych [2].

Jak podaje ICN efektywność usługi Telepielęgniarstwo zaznacza się m.in. w: dostarczeniu pacjentom oraz ich rodzinom aktualnych informacji, redukcji wysokokosztowych usług zdrowotnych (gabinety lekarskie, szpitale, oddziały pierwszej pomocy, pielęgniarki domowej), ograniczeniu nakładów fizycznych (opieka może być dostarczana nawet poza granice, a mobilność pacjentów nie jest przeszkodą w dostępie

do świadczonej usługi, ograniczenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu i zwiększeniu ich bezpieczeństwa w środowisku domowym, korzystanie z dostępnych technologii przez chorych z chorobami przewlekłymi wymagającymi monitorowania, a nie spełniających kryteriów dla opieki domowej bądź gdy pacjenta na nią nie stać [2].

**Zastosowania telepielęgniarstwa**

Nasze społeczeństwo starzeje się i coraz częściej zachodzi potrzeba doraźnej a nawet ciągłej profesjonalnej pomocy ze strony lekarza czy pielęgniarki. Idealnym rozwiązaniem dla seniorów może stać się dzisiejsze telepielęgniarstwo, które zapewnia możliwość stałej opieki na odległość, konsultacje z pielęgniarką w każdym momencie, zarówno przez rozmowę telefoniczną jak i wideokonferencję. Istotny i wart zauważenia jest fakt, że coraz więcej internetowych przychodni posiada w swojej ofercie możliwość prowadzenia domowej wizyty, czy też przysłania leków bezpośrednio do domu seniora, dzięki czemu człowiek starszy nie musi spedzać kolejnych godzin w kolejkach do przychodni.

Telepielęgniarstwo ma również doniosłe znaczenie w promowaniu i uświadamianiu istotnej wagi przestrzegania przyjmowania leków p/psychotycznych u pacjentów ambulatoryjnych z zaburzeniami psychicznymi na przykład schizofrenią. Jak podaje w swoich badaniach L. H. Beebe osoby otrzymujące porady i wskazówki drogą telefoniczną stosowały się bardziej do przyjmowania leków p/psychotycznych w całym okresie trwania badania. Interwencja telefoniczna (*telenursing*) w celu promowania przyjmowania leków i przestrzegania zaleceń terapii może w znaczący sposób pomóc lekarzom i pielęgniarkom w ograniczeniu negatywnych skutków zdrowotnych związanych z zarzucaniem przyjmowania leków [5].

Jednym z najbardziej charakterystycznych zastosowań telepielęgniarstwa jest opieka i wspieranie pacjenta w domu. Na przykład, u pacjentów, którzy są unieruchomieni albo mieszkają w oddalonych i trudno dostępnych miejscach lub też domach opieki społecznej. Może się ona odbywać poprzez użycie telefonu (np. związane z kontrolą poziomu cukru u diabetyków), wideo-wizyty (np. związane z opatrywaniem ran gdzie bardzo istotne jest przechwytywanie obrazów ran), lub zdalny monitoring (zdalnie odczytywanie danych z czujników noszonych przez pacjenta). Możliwe jest również zdalne monitorowanie danych pochodzących z urządzeń zainstalowanych w domu pacjenta takich jak: aparat do pomiaru ciśnienia krwi, waga, glukometr. Dzięki takim

rozwiązaniom część pacjentów nie musi przebywać w szpitalu a równocześnie może pozostać w domu pod stałym nadzorem [4,11].

Również pacjenci, którzy mają przewlekłe dolegliwości, takie jak np. przewlekła obturacyjna choroba płuc, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca lub znaczne osłabienie na wskutek chorób neuronowych lub zwyrodnieniowych (np. choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, ALS itp.), mogą pozostać w domu i być "odwiedzani" i wspierani regularnie przez pielęgniarkę poprzez różnorakie wideokonferencje, Internet, czy wideofon. Do jeszcze innych aplikacji opieki domowej jest opieka nad pacjentami w bezpośrednich sytuacjach pooperacyjnych, na przykład pielęgnacja rany, pielęgnacja stomi itp. W normalnej opiece domowej, jedna pielęgniarka jest w stanie odwiedzić nawet do 5-7 pacjentów dziennie. W korzystaniu z telepielęgniarstwa, jedna pielęgniarka może "odwiedzić" od 12-16 pacjentów w tym samym czasie [4,7, 9].

Pielęgniarki wykorzystują telefon, udzielając wytycznych, aby pomóc uporządkować objawy u pacjentów. Selekcja telefoniczna obejmuje problemy zdrowotne u pacjentów według ich pilności, edukację i doradztwo dla pacjentów. Może obejmować wszystkie problemy, od zarządzania chorobami, poradnictwo w AIDS, po interwencje w przypadkach przemocy fizycznej i psychicznej wobec dzieci itp. Pielęgniarki mogą również kierować pacjentów do uzyskania innych opinii medycznych, doradzanie im, gdzie znaleźć odpowiednie, aktualne informacje na temat zdrowia. Pielęgniarki mogą doradzać lub przeprowadzać interwencję kryzysową w sytuacji osób zagrożonych samobójstwem [9,11].

Poniżej przedstawiono w formie tabelarycznej możliwe zastosowania telepielęgniarstwa:

| | |
|---|---|
| **Ocena**:<br>- zdalna selekcja zawierająca kontakt z opieką zdrowotną lub innymi agencjami,<br>- selekcja telefoniczna,<br>- telemonitoring,<br>- internetowa samoocena,<br>- przenośny system m-zdrowie,<br>- mobilne aplikacje do klinicznego monitoringu. | **Promocja zdrowia**:<br>-konsultacja telefoniczna, tekstowa, e-mailowa,<br>- spersonalizowane portale promocji zdrowia,<br>- publikacje internetowe. |

| | |
|---|---|
| **Kliniczna interwencja**:<br>- zdalne konsultacje,<br>- zdalne dozowanie leków,<br>- zdalna psychoterapia (np. rozmowa motywująca),<br>- zdalne wsparcie opiekuna. | **Organizacja obsługi:**<br>- elektroniczne karty zdrowia / elektroniczna dokumentacja pacjenta,<br>- zarządzanie ścieżką pielęgnacji (audyty itp.),<br>- profesjonalne sieci kliniczne (fora dyskusyjne itp.),<br>- elektroniczne ustawiczne kształcenie zawodowe dla profesjonalistów. |

**Tab 1**. ICT i potencjalne aplikacje w praktyce pielęgniarskiej. Źródło: A. While , G. Dewsbury, *Nursing and information and communication technology* (ICT): *A discussion of trends and future directions*, Dewsbury / International Journal of Nursing Studies 48 (2011), s. 1305.

Współcześnie telemedycyna a także powiązane z nią telepielęgniarstwo jest dziedziną szybko rozwijającą się. W Polsce nadal bardzo mało jest rozwiązań i zastosowań telemedycznych prawdopodobnie z powodu bariery technologicznej wśród pacjentów i pielęgniarek starszego pokolenia. Dynamiczny i szeroki rozwój telemedycyny w tym telepielęgniarstwa należy zatem do przyszłości szczególnie w krajach rozwijających się takich jak Polska.

**Kontakt na autorov:**
Anna Iwanicka – Maciura
Łukasz Macura
Barbara Gugała
Dorota Gutkowska

Uniwersytet Rzeszowski
ul. Warzywna 1
35-959 Rzeszów
tel. +48 17 872 33 60
fax +48 17 872 33 62
e - mail: aniai126@o2.pl lub aniai@univ.rzeszow.pl

# EFEKTYWNOŚĆ TRENINGU AKTYWNEGO LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO PACJENTÓW PSYCHICZNIE CHORYCH JAKO WYZNACZNIK RÓL PIELĘGNIARKI

## Efektívnosť aktívneho tréningu farmakologickej liečby psychicky chorých pacientov ako významnej role sestry

Mariola Głowacka, Iwona Górecka

Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku

Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie Zalesiu

**Streszczenie**

**Wstęp.** Efektywność leczenia psychiatrycznego wymaga różnych metod terapeutycznych stosowanych jednoczasowo, w realizacji których uczestniczą trzy główne osoby, tj. pacjent, pielęgniarka i lekarz. Zaangażowanie pacjenta jest możliwe do uzyskania, np. w treningu umiejętności aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym.

**Cel pracy.** Ocena efektywności treningu aktywnego leczenia farmakologicznego pacjentów w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i środowiskowego.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 100 pacjentów hospitalizowanych w Wojewódzkim Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie Zalesiu. Wykorzystano narzędzia badawcze: Kwestionariusz Wiedza o lekach, część A i B; Kwestionariusz oceny reakcji organizmu na leki; Kwestionariusz: Ocena udziału pacjenta we własnym leczeniu farmakologicznym oraz ankietę konstrukcji własnej.

**Wyniki.** W badanej grupie dominowały kobiety między 36-45 rokiem życia (43,18%), z wykształceniem średnim (65,91%), utrzymujące się z renty (52,27%) oraz mężczyźni w wieku 20-25 lat (33,93%) przebywający na rencie (50%). Respondenci byli najczęściej mieszkańcami wsi (60%), samotnymi/ rozwiedzionymi (59%). Po ukończeniu treningu u badanych pacjentów wystąpiła słaba dodatnia istotna statystycznie ($p < 0,001$) zależność poznania korzyści z przyjmowania leków przez respondentów od ich wieku, płci i wykształcenia. Przed badaniem jako źródło wiedzy nt. leków, systematyczności ich przyjmowania i działań ubocznych respondenci wskazali lekarza, a po badaniu

wyraźnie pielęgniarkę (dwukrotny wzrost różnicy średniej). Trening doprowadził również do poszerzenia zasobu informacji ankietowanych na temat zasadności systematycznego przyjmowania leków oraz rodzaju i objawów powikłań polekowych, co było zależne od płci ( $p < 0,01$) ( szerszy zasób wiedzy posiadały kobiety), a nie zależne od wieku i wykształcenia. Trening miał również znaczenie dla poprawy komunikacji ankietowanych z personelem medycznym. Oceniając sytuację przed i po treningu pacjenci ocenili, że po pielęgniarki lepiej rozumieją ich problemy oraz przekazują informacje o lekach i chorobie.

Na pytanie o skojarzenia z osobą pielęgniarki, przed treningiem dominowała odpowiedź „dobry duch", a po badaniu „profesjonalistka".

**Dyskusja.** W badanej grupie pacjentów umiejętności: radzenia sobie z objawami ubocznymi leków, utrzymania kondycji psychofizycznej, komunikacji interpersonalnej z personelem medycznym zależały od płci, wieku i wykształcenia istotnie statystycznie ($p < 0,001$) i znacznie wzrosły po treningu. Z powyższego wynika rola pielęgniarki jako konsultanta. Odpowiednio realizowana pomaga choremu w pogłębianiu rozumienia przeżywanych doświadczeń i uświadomieniu wiążących się z nimi uczuć, w stosunku do siebie i w relacjach z innymi ludźmi. Zwiększona aktywność pacjenta, pozwala na zwrócenie uwagi, jak fakt choroby zmienił jego życie, pozwala mu ułatwić proces readaptacji [2].

**Wnioski.** Trening farmakologiczny zmienia wizerunek pielęgniarki, w ocenie pacjenta, z anioła, dobrego ducha na profesjonalistę udzielającego kompetentnych informacji odnośnie zasad stosowania leków, postępowania w sytuacji pojawienia się działań niepożądanych, istoty choroby oraz znaczenia właściwego werbalizowania przez pacjenta własnych odczuć dla efektywności leczenia.

**Wstęp**

W ostatnich latach obserwuje się wzmożone zainteresowanie zmianami w lecznictwie psychiatrycznym. Jednym z poruszanych aspektów jest potrzeba ukształtowania nowych form i modelu pielęgniarstwa psychiatrycznego. A Koślacz podkreśla, że cały zespół pielęgniarski jako rzeczywisty organizator życia chorych w lecznictwie psychiatrycznym jest odpowiedzialny za to, jak wpływać będzie środowisko szpitalne na przebywających w nim pacjentów [3].

Jak podaje Katarzyna Kaczmarek, jedną z najskuteczniejszych metod zwiększania skrupulatności chorych w ich udziale we własnej terapii jest trening umiejętności aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym. Wzorcowy program tego treningu opracował kierowany przez profesora Libermana zespół z Clinical Research Center for Schizofrenia and Psychiatric Rehabilitation University of California Los Angeles. Na polskie warunki program tego treningu przystosował, we współpracy z profesorem Libermanem, Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Trening przeznaczony jest głównie dla pacjentów chorych na schizofrenię, a jego zasadniczym celem jest nauczenie chorych umiejętności niezbędnych do aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym. Nie chodzi tu oczywiście o to, aby pacjenci mieli ponosić całkowitą odpowiedzialność za swoje leczenie, ale o doprowadzenie do sytuacji, w której będą oni zdolni do trwałego i aktywnego współdziałania z personelem leczącym w trakcie własnej farmakoterapii.

Trening obejmuje uczenie umiejętności w 4 zakresach:

Zakres I. Uzyskiwanie informacji o leczeniu przeciwpsychotycznym, o lekach i ich działaniu. Chodzi tu o nauczenie pacjenta, jak działają leki psychotropowe, a szczególnie neuroleptyki, dlaczego konieczne jest kontynuowanie leczenia podtrzymującego i jakie są korzyści z regularnego przyjmowania leków.

Zakres II. Zasady samodzielnego przyjmowania leków i ocena skutków ich działania. W tej części treningu uczy się pacjentów, jak prawidłowo przyjmować leki, tzn. w jakich dawkach i o jakiej porze, jak prawidłowo rozkładać leki i jak je przechowywać. Poza tym, pacjent ma się nauczyć codziennie oceniać własną reakcję na leki, po to, aby sam to wiedział i aby mógł lepiej informować o swoim samopoczuciu lekarza prowadzącego.

Zakres III. Rozpoznawanie objawów ubocznych i radzenie sobie z nimi. Pacjent ma się nauczyć rozpoznawać u siebie objawy uboczne oraz radzić sobie z niektórymi z nich we własnym zakresie. Powinien także wiedzieć, w jakim momencie musi zwrócić się o pomoc do lekarza.

Zakres IV. Ustalanie z lekarzem spraw związanych z leczeniem np. działanie leków, ich dawki, objawy uboczne. Chodzi tu o nauczenie pacjenta w jaki sposób ma skutecznie uzyskać pomoc w razie problemów związanych z farmakoterapią.

Trening uczy osiągania przez pacjentów coraz większej samodzielności w dziedzinie własnego leczenia farmakologicznego. A to przyczynia się do znacznego wzrostu skrupulatności w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, związanych z

przyjmowaniem leków, co niewątpliwie zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotów choroby [2].

**Cel pracy**

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie ogólnej oceny efektywności treningu aktywnego leczenia farmakologicznego pacjentów w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i środowiskowego oraz analiza i ocena poczucie choroby przez pacjenta i jej wpływ na codzienne życie.

**Materiał i metody**

Badaniu poddani zostali chorzy psychicznie hospitalizowani w Wojewódzkim Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie Zalesiu - 100 osób.

Kryteria włączenia do badania:

- rozpoznanie choroby psychicznej ( wg ICD-IV),
- wiek od 18r.ż. do 60 r ż,
- brak objawów otępiennych,
- utrzymanie ścisłego kontaktu z osobą która mogła by dostarczyć informacji o pacjencie,
- co najmniej dwie hospitalizacje w wywiadzie.

W badaniu wykorzystano narzędzia badawcze które zostały udostępnione przez J.Meder. do powszechnego stosowania w książce,, Trening aktywnego leczenia".:

1. Kwestionariusz: Wiedza o lekach, część A i B, Narzędzie to ocenia poziom wiedzy pacjentów w zakresie farmakoterapii. Pierwsza część narzędzia obejmuje siedem pytań, a druga osiem pytań. Za każdą prawidłową odpowiedz pacjent otrzymuje 1 punkt, maximum 15 punktów, które są zamieniane na żetony. Za kryterium do rozpoczęcia leczenia przyjmuje się:

0-5 =0 żetonów
6-11=1 żeton
12-13=2 żetony
14-15=3 żetony

Kryterium do kwalifikacji pacjenta do treningu farmakologicznego jest suma punktów 12 i mniej,

2.Kwestionariusz Oceny Reakcji Organizmu na Leki –chorzy wypełniają go codziennie przez cały czas trwania treningu– służy do uświadomienia choremu jak zmienia się jego samopoczucie gdy systematycznie przyjmuje leki,

3. Kwestionariusz: Ocena udziału pacjenta we własnym leczeniu farmakologicznym – wypełnia go lekarz lub inna osoba udzielająca wywiadu o pacjencie. Składa się on z 19 pytań, które dotyczą wiedzy o samodzielności pacjenta w przyjmowaniu leków, wiedzy o chorobie i objawach ubocznych, umiejętności poradzenia sobie z występującymi problemami. Za każde pytanie można otrzymać 1 punkt , kryterium do kwalifikacji przyjmuje się od 0 do 14 punktów,

4. Ankieta własna.

**Wyniki badań**

Badaniem objęto 100 pacjentów leczonych w W.S.Z.P.Z.O.Z. im. prof. E. Wilczkowskiego w Gostyninie- Zalesiu, którzy uczestniczyli w treningu farmakologicznym. Każdy z respondentów wypełnił ankietę samodzielnie, po wcześniejszym objaśnieniu. Dodatkowo osoby te były badane kwestionariuszem Wiedza o lekach, część A i B, kwestionariuszem „Ocena udziału pacjenta we własnym leczeniu farmakologicznym".

Badana grupa składała się z 44 kobiet i 56 mężczyzn, Dominowały kobiety między 36-45 rokiem życia (43,18%), z wykształceniem średnim (65,91%), utrzymujące się z renty (52,27%) oraz mężczyźni w wieku 20-25 lat (33,93%) przebywający na rencie (50%). Respondenci byli najczęściej mieszkańcami wsi (60%), samotnymi/ rozwiedzionymi (59%)

Wiadomości pacjentów oceniane były za pomocą Testu Wiadomości o Leczeniu Farmakologicznym. Zawiera on pytania oraz zadania, które dotyczą wiedzy z czterech zakresów: na temat leków, zasad prawidłowego ich przyjmowania, lżejszych i poważniejszych objawów ubocznych. Pomiaru dokonano przed i po zajęciach. Z analizy danych wynika, że poziom wiedzy respondentów zwiększył się, a różnica między średnimi wynosiła 9,36 i była istotna statystycznie ($p<0,001$).

Respondenci zostali przebadani również kwestionariuszem: Wiedza o lekach część A i B. Narzędzie to ocenia poziom wiedzy pacjentów w zakresie farmakoterapii. Przed rozpoczęciem zajęć zasób wiadomości o lekach był niski w całej badanej grupie. Zwiększył się istotnie statystycznie po leczeniu farmakologicznym (różnica między średnimi wynosiła 5,860; $p<0,001$).

Następnie przebadano zakwalifikowanych pacjentów za pomocą ankiety własnej. Badano respondentów przed i po treningu. Korelacja Pearsona przed treningiem wykazała słabą ujemną nieistotną statystycznie zależność pomiędzy wiedzą na co choruje respondent, a jego wiekiem i wykształceniem. Natomiast po treningu wystąpiła dodatnia istotna statystycznie zależność wiedzy na temat choroby respondenta od jego wieku, płci i wykształcenia ( $p < 0,001$)( Tabela I).

**Tabela I. Korelacja Pearsona zależności wiedzy respondentów o ich chorobie, do wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania- po treningu**

| | | Wie Pan/Pani na co choruje? | Gdzie uzyskał Pan/Pani informacje o swojej chorobie? | Kto przekazał Panu/Pani informacje o chorobie? | Czy Pana/Pani zdaniem wiedza którą Pan/Pani posiada o chorobie jest dostateczna? | Czy ma Pan/Pani potrzebę poszukiwania informacji odnośnie swojej choroby? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Płeć badanego | Korelacja Pearsona | -,059 | ,326** | ,199* | -,224* | ,076 |
| | Istotność (dwustronna) | ,559 | ,001 | ,047 | ,025 | ,452 |
| Wiek badanego | Korelacja Pearsona | -,040 | ,269** | ,314** | -,247* | ,175 |
| | Istotność (dwustronna) | ,696 | ,007 | ,001 | ,013 | ,081 |
| Wykształcenie badanego | Korelacja Pearsona | -,064 | -,186 | -,450** | ,179 | -,209* |
| | Istotność (dwustronna) | ,526 | ,063 | ,000 | ,075 | ,037 |

**. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

*. Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

a. Wyłączanie obserwacjami N = 100

Po ukończeniu treningu u badanych pacjentów wystąpiła słaba dodatnia zależność poznania korzyści z przyjmowania leków respondentów z ich wiekiem, płcią i wykształceniem i była ona istotna statystycznie ($p < 0,001$). Przed badaniem jako źródło wiedzy odnośnie leków, systematyczności ich przyjmowania i działań ubocznych respondenci wskazali lekarza, a po badaniu wyraźnie wskazano na pielęgniarkę

(dwukrotny wzrost różnicy średniej). Trening doprowadził również do poszerzenia zasobu informacji ankietowanych na temat zasadności systematycznego przyjmowania leków oraz rodzaju i objawów powikłań polekowych, co było zależne od płci ( $p < 0,01$)( szerszy zasób wiedzy posiadały kobiety) , a nie zależne od wieku i wykształcenia (Tabela II).

**Tabela II. Korelacja Pearsona relacji zależności znajomości objawów ubocznych działania leków do ich wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania, po badaniu.**

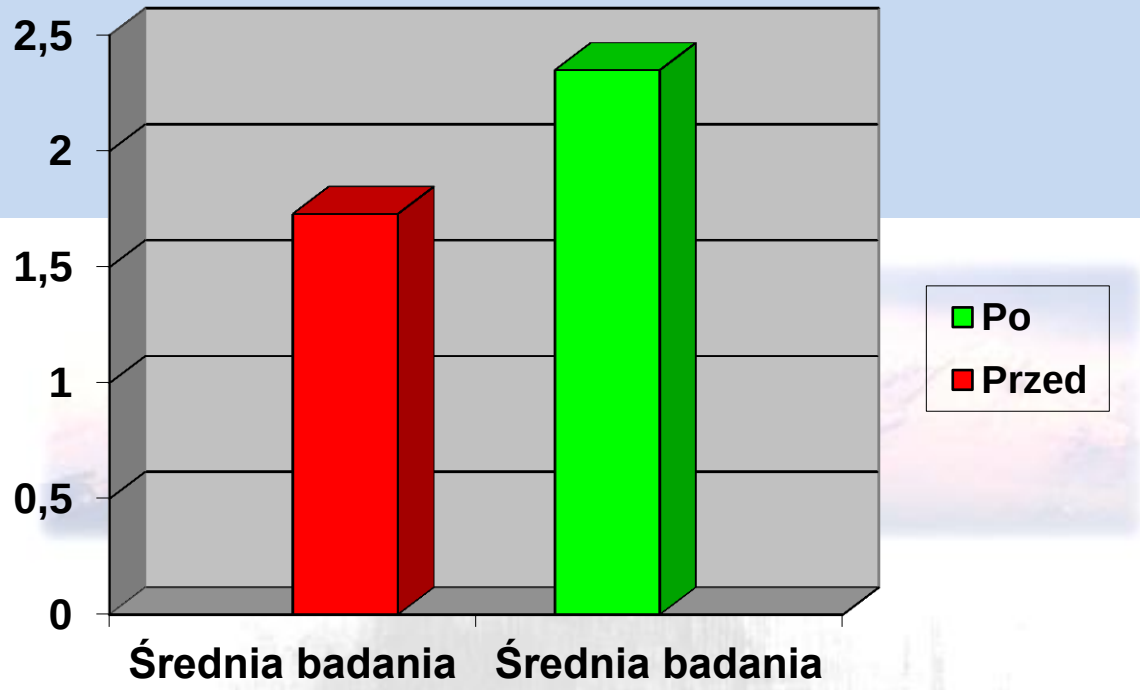
| | | Które objawy uboczne leków u Pana/Pani występują? | Jak często występują u Pana/Pani objawy uboczne leków? | Czy objawy uboczne działania leków powodują u Pana/Pani dyskomfort psychiczny? | Jak Pan/Pani ocenia swoją wiedzę dotyczącą działań ubocznych leków? | Czy schorzenie na które Pan/Pani choruje wymaga systematycznego przyjmowania leków? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Płeć badanego | Korelacja Pearsona | ,476** | -,177 | ,301** | ,429** | -,093 |
| | Istotność (dwustronna) | ,000 | ,078 | ,002 | ,000 | ,357 |
| Wiek badanego | Korelacja Pearsona | ,202* | -,063 | ,066 | ,099 | ,072 |
| | Istotność (dwustronna) | ,043 | ,531 | ,512 | ,329 | ,474 |
| Wykształcenie badanego | Korelacja Pearsona | ,040 | -,065 | -,142 | ,029 | -,023 |
| | Istotność (dwustronna) | ,695 | ,523 | ,158 | ,772 | ,818 |

**. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

*. Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

a. Wyłączanie obserwacjami N = 100

Oceniając umiejętności radzenia sobie z objawami ubocznymi działania leków oraz świadomość respondentów znaczenia systematycznego przyjmowanie leków dla lepszego funkcjonowaniu w życiu codziennym stwierdzono, że oba zakresy uległy zwiększeniu po treningu (Ryc. 1).




Ryc.1.Trening pomaga w radzeniu sobie z objawami ubocznymi leków (średnia)

Przed treningiem respondenci byli częściowo świadomi znaczenia farmakoterapii dla ich kondycji psychofizycznej. Po szkoleniu wskazali, że zażywając leki mogą lub raczej mogą spokojnie wykonywać podstawowe czynności dnia codziennego, takie jak: ubieranie się, sprzątanie, robienie zakupów itd. Opinie te były zależne istotnie statystycznie od płci, wieku i wykształcenia badanych ( $p < 0,01$)( Tabela III, Tabela IV).

**ňTabela III. Korelacja Pearsona relacji zależności utrzymania kondycji psychofizycznej, do ich wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania, przed badaniem.**

| | | Czy zażywając leki może Pan/Pani spokojnie wykonywać podstawowe czynności dnia codziennego takie jak: ubieranie się sprzątanie, robienie zakupów itd. | Gdyby Pani/ Pan nie przyjmował leków to? |
|---|---|---|---|
| Płeć badanego | Korelacja Pearsona | -,105 | ,179 |
| | Istotność (dwustronna) | ,299 | ,075 |
| Wiek badanego | Korelacja Pearsona | ,203* | ,383** |
| | Istotność (dwustronna) | ,043 | ,000 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Wykształcenie badanego | Korelacja Pearsona | -,104 | -,031 |
| | Istotność (dwustronna) | ,305 | ,758 |

**. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

*. Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

a. Wyłączanie obserwacjami N = 100

**Tabela IV. Zależności utrzymania kondycji psychofizyczne od ich wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania, po badaniu.**

| | | Czy zażywajac leki może Pan/Pani spokojnie wykonywać podstawowe czynności dnia codziennego takie jak: ubieranie się sprzątanie, robienie zakupów itd. | Gdyby Pani/ Pan nie przyjmował leków to? |
|---|---|---|---|
| Płeć badanego | Korelacja Pearsona | ,137 | ,103 |
| | Istotność (dwustronna) | ,174 | ,306 |
| Wiek badanego | Korelacja Pearsona | -,490** | -,228* |
| | Istotność (dwustronna) | ,000 | ,022 |
| Wykształcenie badanego | Korelacja Pearsona | ,300** | ,149 |
| | Istotność (dwustronna) | ,002 | ,140 |

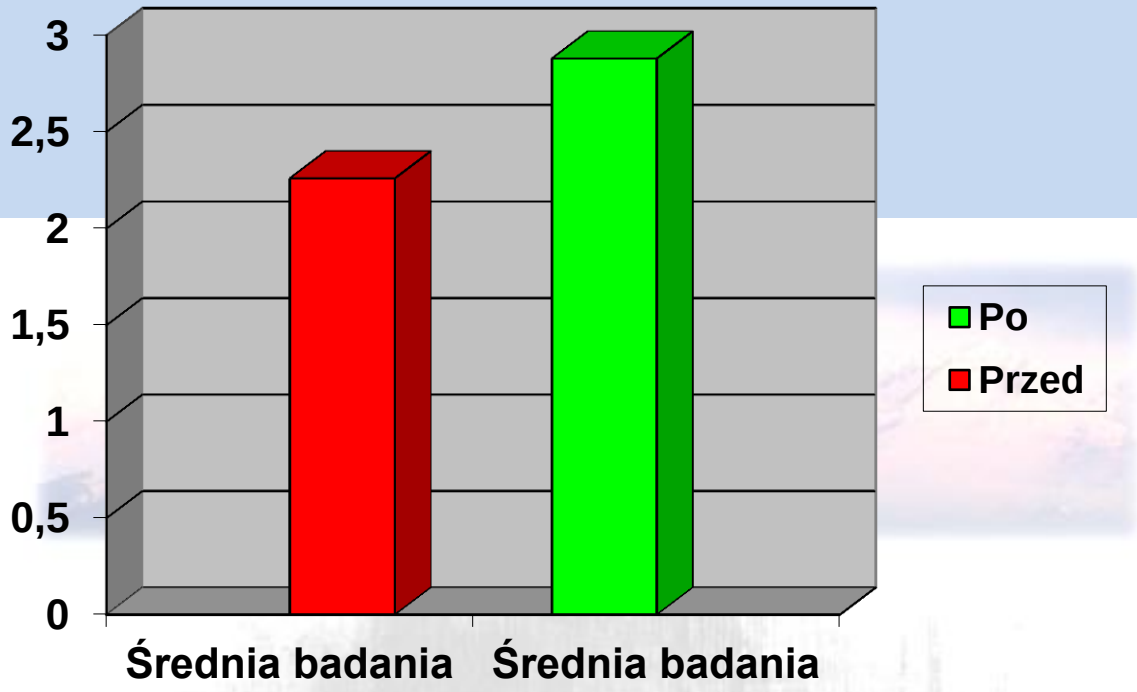
**. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

*. Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

a. Wyłączanie obserwacjami N = 100

Trening miał również znaczenie dla poprawy komunikacji ankietowanych z personelem medycznym. Oceniając sytuację przed i po treningu pacjenci ocenili, że po pielęgniarki lepiej rozumieją ich problemy oraz przekazują informacje o lekach i chorobie.

Na pytanie o skojarzenia z osobą pielęgniarki, przed treningiem dominowała odpowiedź „dobry duch" , a po badaniu „profesjonalistka" (Ryc.2 ).




Ryc. 2. Określenie przez pacjentów osoby pielęgniarki jako profesjonalisty, przed i po treningu

**Dyskusja**

Przebieg choroby może być różny: od całkowitej remisji po przewlekłe stany psychotyczne, najczęściej jednak ma charakter falujący, gdy okresy zdrowia są przeplatane chorobą. Leczenie farmakologiczne, które znacznie redukuje występowanie objawów psychotycznych, w niewystarczającym stopniu wpływa na poprawę funkcjonowania pacjentów w ich codziennym życiu. Dobre efekty daje dopiero połączenie farmakoterapii z jednoczesnym uczeniem chorych umiejętności radzenia sobie z objawami choroby oraz pomaganie im w lepszym zrozumieniu jej istoty [4].

Wg A. Araszkiewicza treningi zachowań społecznych mają głęboki sens i są ogromnie pomocne w przywracaniu pacjentów ze schizofrenią, depresją do społeczeństwa. Jego zdaniem, zajęcia z pacjentami powinny odbywać się we wszystkich placówkach psychiatrycznych [5].

W ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się komunikacji pielęgniarki z pacjentem, z której płynące korzyści wydają się być oczywiste.

W badaniach własnych starano się prześledzić i zbadać efektywność treningu aktywnego leczenia farmakologicznego oraz to, w jaki sposób wpływa on na wyznaczenie roli pielęgniarki.

Uczestnictwo w treningu aktywnego leczenia farmakologicznego w znacznym stopniu zwiększa łatwość nabywania wiadomości i umiejętności związanych z aktywnym udziałem respondentów we własnej farmakoterapii oraz skrupulatności przyjmowania leków. Pielęgniarki okazały się bardzo skuteczne w prowadzeniu treningu behawioralnego. Niezagrażające, pozbawione barier stosunki między pielęgniarkami i pacjentami powodowały, że zajęcia prowadzone przez pielęgniarki sprzyjały swobodnemu uczestniczeniu pacjentów w dyskusji. Przyczyniały się , zgodnie z prawami uczenia, do lepszego i trwalszego zapamiętywania wiadomości i umiejętności.Sukcesywnie realizowane oddziaływania terapeutyczne nie tylko ograniczają następstwa choroby, ale także przyczyniają się do zwrotnej poprawy życia pacjenta [4].

Poziom wiedzy respondentów wg testu Wiadomości o Leczeniu Farmakologicznym zwiększył się w porównaniu z wiedzą przed badaniem o 9,36. Taka sama sytuacja miała miejsce w przypadku badania respondentów testem Wiedzy o lekach, poziom ich wiedzy zwiększył się średnio o 5,86 w porównaniu z wynikami z przed badania.

Respondenci po treningu farmakologicznym, dzięki nabytym umiejętnościom, darzyli pielęgniarki sprawujące opiekę nad nimi większym zaufaniem. Wzrosła również (o 22%) liczba pacjentów oceniających, że pielęgniarki rozumieją ich problemy. Po treningu respondenci oczekiwali od pielęgniarek informacji o lekach oraz wiedzy na temat choroby. Osoba pielęgniarki przestała im się kojarzyć z dobrym duchem czy aniołem, a nabrała wymiaru profesjonalistki.

Pacjenci psychiatryczni to osoby przewlekle chore, mało aktywne z trudnością do koncentracji, uwagi i różnymi zaburzeniami myślenia. W takiej grupie techniki oparte na przekazywaniu krótkich prostych komunikatów, które są później wielokrotnie powtarzane w różnych sytuacjach, dają szansę zapamiętania wiadomości i ich odtwarzania w miarę potrzeby [7]. Do podobnych wniosków doszedł prof. Libermanem [8]

W badanej grupie pacjentów umiejętności: radzenia sobie z objawami ubocznymi leków, utrzymania kondycji psychofizycznej, komunikacji interpersonalnej z personelem medycznym zależały od płci, wieku i wykształcenia istotnie statystycznie ($p < 0,001$) i znacznie wzrosły po treningu.

Z powyższego wynika rola pielęgniarki jako konsultanta. Odpowiednio realizowana pomaga choremu w pogłębianiu rozumienia przeżywanych doświadczeń i

uświadomieniu wiążących się z nimi uczuć, w stosunku do siebie i w relacjach z innymi ludźmi. Zwiększona aktywność pacjenta, zwrócenie uwagi, jak fakt choroby zmienił jego życie, pozwala mu ułatwić proces readaptacji [2].

W rehabilitacji chorych psychicznie wykorzystuje się wiele metod. Rola pielęgniarki w rehabilitacji chorych psychicznie jest znaczna i opiera się przede wszystkim na bliskim i długim kontakcie z pacjentem. Dzięki temu może wspierać chorego, motywować do podjęcia aktywności, pomagać mu w pokonywaniu trudności, umacniać wiarę w sens leczenia. Dostarcza najwięcej informacji i spostrzeżeń o zachowaniu się chorego, sposobie jego reagowania, o zmianach jakie w nim zachodzą pod wpływem oddziaływań rehabilitacyjnych. Może aktywnie uczestniczyć we wszystkich metodach rehabilitacji psychiatryczne [1].

Informacje zdobyte w trakcie badania mogą mieć wpływ na planowanie opieki nad pacjentem [8].

Choroba wywołuje subiektywne poczucie niskiej wartości, spowodowane jest to przewlekłym charakterem choroby, nierzadko połączonymi z wielokrotnymi hospitalizacjami. W celu poprawy życia chorych oraz ograniczenia następstw choroby, należy sukcesywnie realizować oddziaływania terapeutyczne. Trening farmakologiczny Trening uczy osiągania przez pacjentów coraz większej samodzielności w dziedzinie własnego leczenia farmakologicznego. A to przyczynia się do znacznego wzrostu skrupulatności w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, związanych z przyjmowaniem leków, co niewątpliwie zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotów choroby [1].

**Wnioski**

1.Udział w treningu farmakologicznym wpływa na wzrost świadomości własnej choroby i wynikających z niej koniecznych do zastosowania leków.

2. W trakcie treningu respondenci uświadomili sobie znaczenie systematyczne przyjmowanie leków dla przebiegu i choroby oraz jakości ich życia.

3. Znajomość objawów ubocznych działania leków oraz sposobów radzenia sobie z nimi wpłynęła na przestrzegania , przez respondentów, zaleconej im farmakoterapii.

4. Poprawa umiejętności pacjentów w zakresie komunikacji własnych problemów związanych z farmakoterapią zwiększyła zaufanie do pielęgniarek oraz co do skuteczności leczenia.

5.Osoba pielęgniarki nabrała nowego wymiaru, pacjenci nie postrzegali jej jako dobrego ducha, czy anioła, tylko jako profesjonalistkę.

**Piśmiennictwo**


1. Kaczmarek K.: Rehabilitacja jako nieodzowny element współczesnej psychiatrii. Zadania i czynności pielęgniarki w rehabilitacji psychicznie chorych. Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych, Łódź, 1999
2. Wciórka J.: Psychiatria praktyczna Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa 1992 s.98-102
3. Bronowski P., Załuska M.: Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorych psychicznie; Psychiatria Polska 2005.;2.345-356
4. Meder J.: Aktywny udział pacjentów leczeniu farmakologicznym; Zakład Wydawniczy Letter Ouality, Warszawa 1995
5. Araszkiewicz A.: Psychiatria w praktyce klinicznej Tom2, Numer 1.Via Medica 2009.
6. Poznańska S.: Pielęgniarstwo wczoraj i dziś, PZWL, Warszawa 1988 s.32-45
7. Liberman J.A. : Atypical antipsychotic drugs as a fir – line treatment of Schizophrenia:
   arationale and hypothesis.J.Clin. Psychiatry 1996;(supl.11): 68-71
8. Szmatka M.: Małe struktury społeczne .Wstęp do mikrosocjologii strukturalnej. Warszawa. PWN 1996.s. 19
9. Sztembis B, Wrońska I.: Od ery medycznej do postmedycznej. Współczesny system ochrony zdrowia. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2001; 12: 5-6.

**MUNDUR PIELĘGNIARSKI JAKO CZYNNIK DETERMINUJĄCY WIZERUNEK PIELĘGNIARKI**

**Uniforma sestry ako faktor pri určovaní image-u sestry**

Mariola Głowacka, Justyna Malik

*Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku*

*Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu*

**Streszczenie**

**Wstęp.** Symbole pielęgniarstwa o oczywiste, czytelne znaki przyjęte za istotne dla pielęgniarstwa. Należy do nich także mundur pielęgniarski. Wartość symboli pielęgniarstwa w kształtowaniu oblicza zawodu jest niezaprzeczalna. Pielęgniarki poprzez swój wygląd zewnętrzny, przez symbole takie jak mundur czy czepek, umożliwiają swoją identyfikację przez społeczeństwo (2, 15, 18, 20).

**Cel pracy.**

Celem pracy było przedstawienie w jakim zakresie umundurowanie warunkuje status społeczny pielęgniarki.

Cieľom práce. Cieľom práce bol predkladať v rozsahu určuje stav sociálnych sestier uniformy**.**

**Materiał i metodyka.**

Badania zostały przeprowadzone w latach 2009-2010 w grupie 250 pełnoletnich obywateli Bydgoszczy i Grudziądza. Wykorzystano metodą sondażu diagnostycznego i techniką ankietową.

**Wyniki.**

Respondenci za główne symbole pielęgniarstwa uznali czepek pielęgniarski (50,4%), strzykawkę (27,6%) i mundur pielęgniarski (24%), przy czym mundur był dla nich przede wszystkim strojem oznaczającym czystość i estetykę (54%), a także odzieżą ochronną noszoną przez pielęgniarki (20,4%). Dla 66,8% badanych mundur ułatwiał nawiązanie kontaktu oraz zachęcał do podjęcia relacji (36,4%). Badani uznali, że mundur jest wizytówką pielęgniarki i wzbudza w nich szacunek do tego zawodu (80%).

**Dyskusja.**

Symbole zawodowe są demonstrowane we współczesnym pielęgniarstwie. Na uwagę zasługuje fakt noszenia przez pielęgniarki czepka pielęgniarskiego czy munduru podczas sytuacji zawodowych i publicznych. Wyraźnie zaakcentowane były te oba symbole zawodowe pielęgniarstwa podczas strajków pielęgniarek w 2007 roku oraz w

badaniach brytyjskich w oddziałach pediatrycznych. W pierwszym przypadku akcentowanie tego symbolu wzmacniało jego rolę w społeczeństwie (20). W drugim natomiast starsze dzieci podkreślały, że nie lubią jak pielęgniarki noszą białe i czarne ubrania (2). Z kolei młodzieży szkolnej mundur kojarzył się z czystością i dbaniem o estetyczny wygląd. Za tym, że strój pielęgniarski to biały lub jednokolorowy fartuch, sukienka lub garsonka noszona w pracy, opowiedziało się 43% z nich (18).

**Wnioski.**

Mundur zdecydowanie kojarzył się osobom badanym z wizerunkiem pielęgniarki. Wyróżniał pielęgniarkę spośród innych pracowników ochrony zdrowia i w ocenie ankietowanych był wizytówką pielęgniarki oraz wzbudzał w szacunek do jej osoby.

**Wstęp**

Pielęgniarstwo od samego powstania nieustannie się rozwija i dąży do zawodowego profesjonalizmu. Zauważalne są ogromne zmiany, jakie zaszły w rozwoju pielęgniarstwa na przestrzeni lat. Zmieniał się także sposób postrzegania pielęgniarki przez społeczeństwo. Zmiany dotyczyły wizerunku pielęgniarki oraz jej prestiżu społeczno- zawodowego. Wizerunek ten był i jest kształtowany przez wiele czynników, takich jak: poziom wykształcenia i nabytych kwalifikacji, realizowane świadczenia, postawę moralno-społeczną, pochodzenie społeczne, wysokość wynagrodzenia, ale także wizerunek zewnętrzny, w tym umundurowanie. Mundur od samego początku jest nieodłącznym elementem wizerunku pielęgniarki. Jego forma zmieniała się wraz z latami, ale bez względu na jego postać, zawsze towarzyszył temu zawodowi. Jest jednym z symboli zawodowych pielęgniarstwa (1,2,3,4,12,13,14,18,20).

W dostępnej literaturze umundurowanie zawodowe pielęgniarki przedstawiane jest najczęściej w kontekście historycznym. Mundur w historii pielęgniarstwa zawsze jest gdzieś obecny i nie można mówić o pielęgniarstwie nie wspominając o mundurze. Jest on jednym z elementów jej wyglądu, także między innymi dzięki niemu pielęgniarki podkreślają swą przynależność do grupy zawodowej i umożliwiają społeczeństwu swoją identyfikację. Brakuje jednak doniesień wskazujących relacje między umundurowaniem a prestiżem społeczno-zawodowym pielęgniarki. Mundur opisywany jest z reguły jako część ubioru, ale nie jest ukazywane jak wpływa na jej wizerunek, czy dzięki niemu pielęgniarka jest inaczej postrzegana przez społeczeństwo. Z drugiej strony, to dzięki symbolom pielęgniarka jest rozpoznawana przez otoczenie. Tak jak czepkowanie jest

tradycją, tak pielęgniarka nie może funkcjonować zawodowo bez munduru (5,6,7,8,12,13,15,16,17,18,20).

**Cel pracy**

Celem pracy jest przedstawienie w jakim zakresie umundurowanie warunkuje status społeczny pielęgniarki. Zwrócenie szczególnej uwagi na relacje między umundurowaniem a prestiżem społeczno-zawodowym pielęgniarki, gdyż brakuje doniesień wskazujących na takie korelacje. Założeniem było, że mundur pielęgniarski jest determinantem wizerunku pielęgniarki. Wizerunek ten jest warunkowany przez wiele czynników jak: postawę moralno-społeczną, pochodzenie społeczne, wysokość wynagrodzenia, realizowane świadczenia i ich jakość, ale także przez wizerunek zewnętrzny, w tym umundurowanie. Badania miały ukazać czy rzeczywiście jest to prawdziwe stwierdzenie oraz w jakim stopniu mundur charakteryzuje ten wizerunek. Dotychczas to zagadnienie było przedstawiane najczęściej w kontekście historycznym, więc celem było ukazanie jak jest w teraźniejszości i czy można to potwierdzić.

**Materiał i metodyka.**

Badanie zostało przeprowadzone w przedziale czasowym od grudnia 2009 roku do maja 2010 roku. Kwalifikacja respondentów miała charakter losowy. Wybrane osoby - 250 pełnoletnich obywateli Bydgoszczy i Grudziądza, były proszone o wypełnienie ankiety w chwili, w której ją otrzymywali. Wypełnienie jednej ankiety nie trwało dłużej niż 10 minut. Każda z osób była informowana o fakcie, że uzyskane informacje będą wykorzystywane tylko i wyłącznie do celów naukowych. Ankietowani wiedzieli również, że udział w badaniu jest dobrowolny i na każdym jego etapie można zrezygnować bez żadnych konsekwencji. Po uzyskaniu takich informacji osoby wyrażały pisemną zgodę.

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową z zastosowaniem narzędzie konstrukcji własnej – ankiety.

**Wyniki.**

Charakterystyka badanej grupy

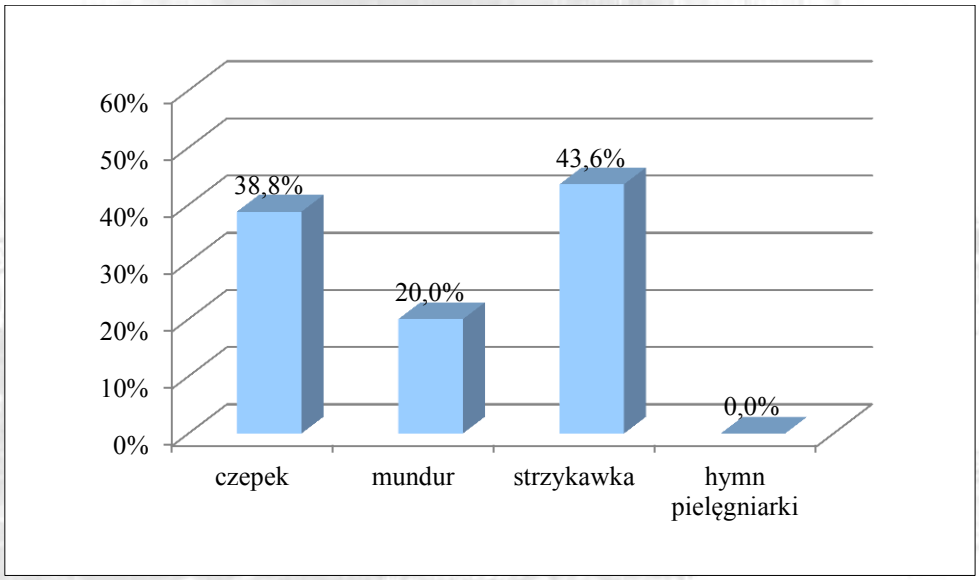
Ankietowani mieścili się w przedziale wiekowym 19 – 86 lat, przy czym różnica wieku między najmłodszym badanym a najstarszym wynosiła 67 lat, a średnia wieku- 33,6 lat.

W badanej grupie dominowali ludzie młodzi poniżej 25 lat (38 %). Reprezentacje wiekowe od 25 do 35 lat oraz powyżej 45 lat były zbliżone i wynosiły odpowiednio 24,4% i 23% całej grupy.

Respondenci legitymowali się przede wszystkim wykształceniem średnim (51,2%) i wyższym magisterskim (25,6%) i mieszkali w mieście (83,2%).

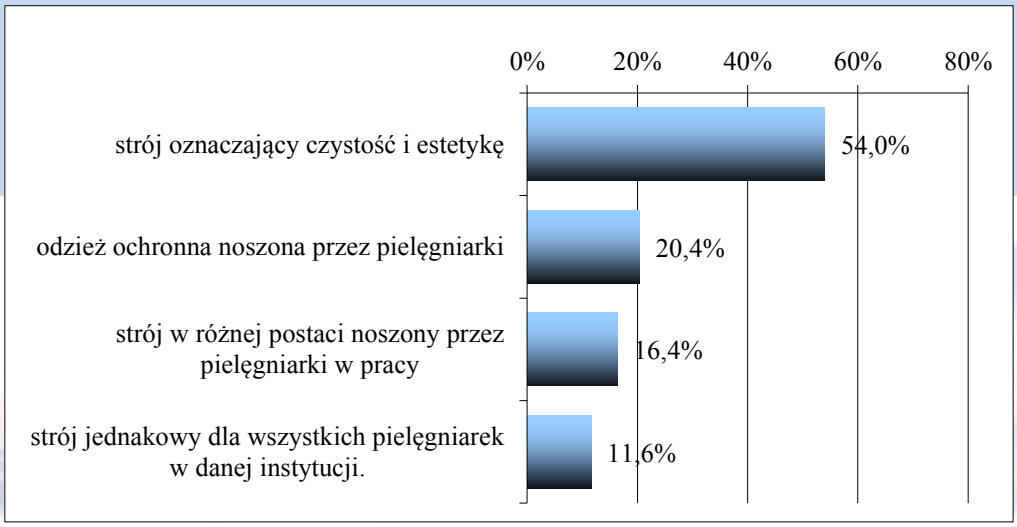
**Mundur jako czynnik wpływający na wizerunek pielęgniarki**

W pytaniu o element najbardziej kojarzący się ankietowanym z pielęgniarką wskazywali oni strzykawkę (43,6%), czepek pielęgniarski (38,8%) oraz mundur pielęgniarski (20%). Tylko sześć osób podkreśliło dwie spośród odpowiedzi. Nikt nie wymienił hymnu pielęgniarskiego (Ryc.1).




**Ryc.1. Elementy kojarzące się z pielęgniarką.**

W ocenie badanych, niezależnie od ich płci, mundur pielęgniarski jest ważnym elementem wyglądu pielęgniarki (94,8%), w tym kobiety (94,9%) i mężczyźni (94,5%). Dla ponad połowy badanych ( 54%) mundur pielęgniarski oznaczał czystość i estetykę, a dla co piątego ankietowanego mundur to odzież ochronna noszona przez pielęgniarki. Najmniej osób (11,6%) wyraziło opinię, że mundur to strój jednakowy dla wszystkich pielęgniarek w danej instytucji (Ryc.2).




**Ryc.2. Czym dla Pani/Pana jest mundur pielęgniarski?**

Pielęgniarki powinny nosić mundur (92%). Badane kobiety w 93,3% opowiedziały się za mundurami, a wśród mężczyzn- 87,3%. Jedna kobieta więcej była przeciwna mundurom, a dwie kobiety więcej od mężczyzn nie wiedziały co odpowiedzieć. Również dwa razy więcej (6) kobiet niż mężczyzn (3), nie miało zdania na ten temat (Tabela I).

Tak więc opinie na temat noszenia munduru przez pielęgniarki nie były uzależnione od płci respondentów. Przedstawiciele obu płci w większości opowiedzieli się za tym, żeby pielęgniarki nosiły mundury.

Tabela I. Wynik zależności między płcią a zdaniem respondentów w kwestii noszenia mundurów przez pielęgniarki

| Czy uważa Pani/Pan, że pielęgniarki powinny nosić mundury? | Płeć respondentów | | | | razem |
|---|---|---|---|---|---|
| | kobieta | | mężczyzna | | |
| | N | % | N | % | |
| tak | 182 | 93,3 | 48 | 87,3 | 230 |
| nie | 3 | 1,5 | 2 | 3,6 | 5 |
| nie wiem | 4 | 2,1 | 2 | 3,6 | 6 |
| nie mam zdania | 6 | 3,1% | 3 | 5,5 | 9 |
| ogółem | 195 | 100,0 | 55 | 100,0 | 250 |

| p=0,52449 |
|---|

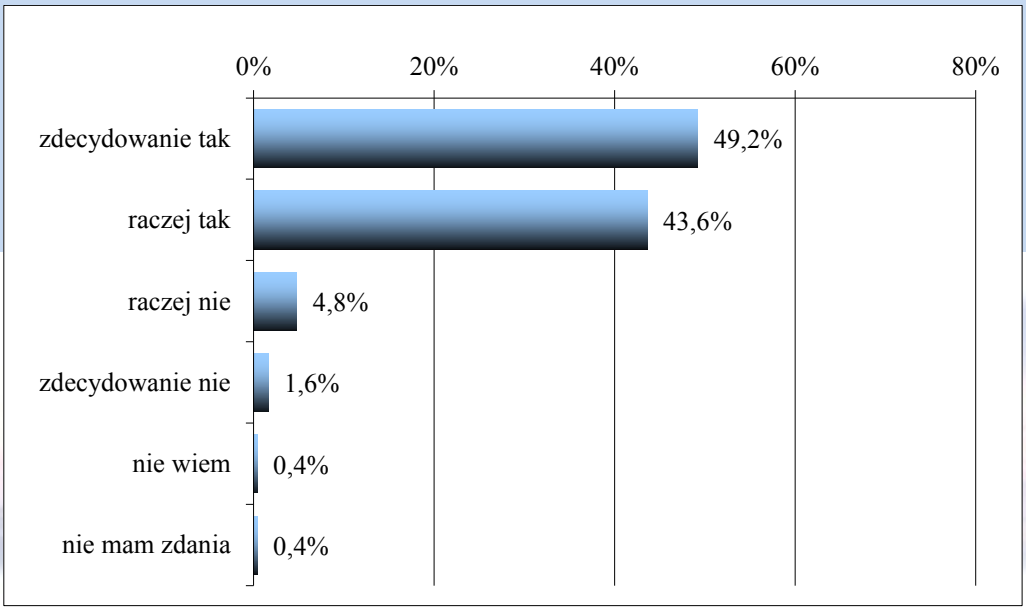
Ankietowani spytani o to, czy mundur powinien mieć tylko kolor biały, podzielili się prawie na połowę. Za tym, żeby mundur był tylko biały opowiedziało się 41,2% osób, pozostali preferowali inny kolor (58,8%). Opinia ta nie była zależna od płci respondentów.

Więcej mężczyzn odpowiedziało, że mundur powinien mieć tylko kolor biały, a więcej kobiet że nie powinien być taki by. Jednak różnice w odpowiedział nie były istotne statystycznie. ( Tabela II).

Tabela II. Wynik zależności między płcią respondentów, a ich zdaniem na temat czy mundur pielęgniarski powinien mieć tylko kolor biały.

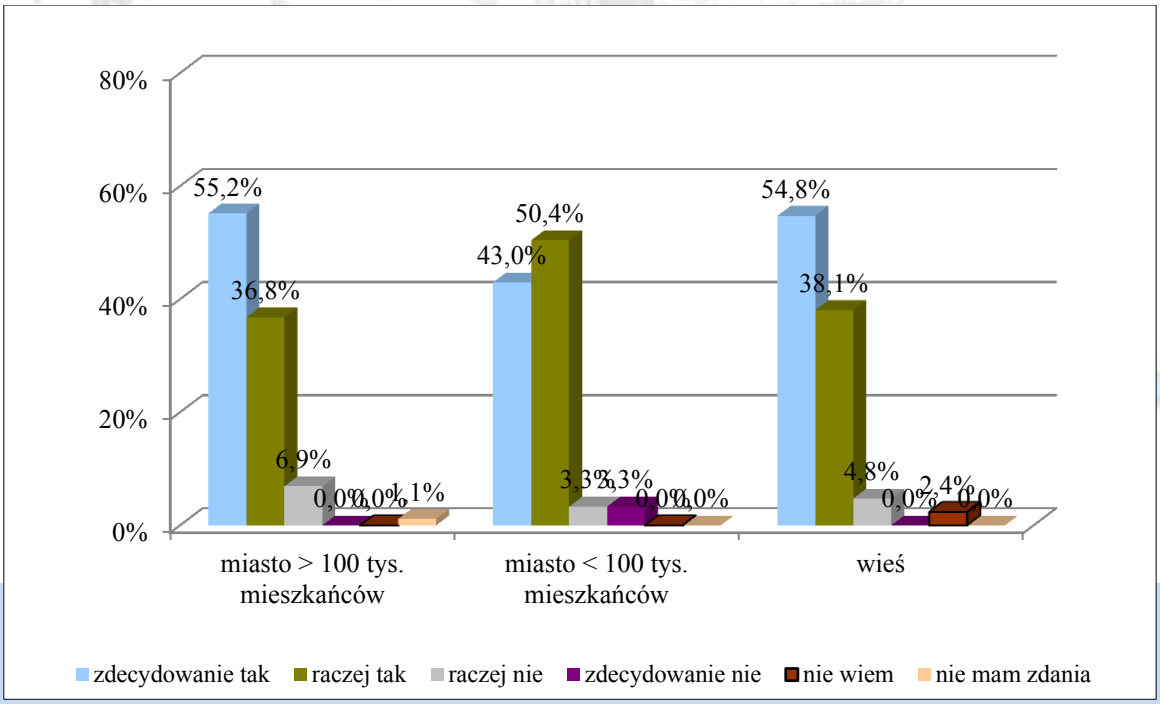
| Czy mundur pielęgniarski powinien mieć tylko kolor biały? | Płeć respondentów | | | | razem |
|---|---|---|---|---|---|
| | kobieta | | mężczyzna | | |
| | N | % | N | % | |
| tak | 77 | 39,5 | 26 | 47,3 | 103 |
| nie | 118 | 60,5 | 29 | 52,7 | 147 |
| ogółem | 195 | 100,0 | 55 | 100,0 | 250 |
| p=0,3001 | | | | | |

Połowie badanych (49,2%) mundur zdecydowanie kojarzył się z wizerunkiem pielęgniarki. Pozostałej grupie raczej się kojarzył lub nie kojarzył się z pielęgniarką (Ryc. 3).




**Ryc.3. Czy mundur kojarzy się z wizerunkiem pielęgniarki?**

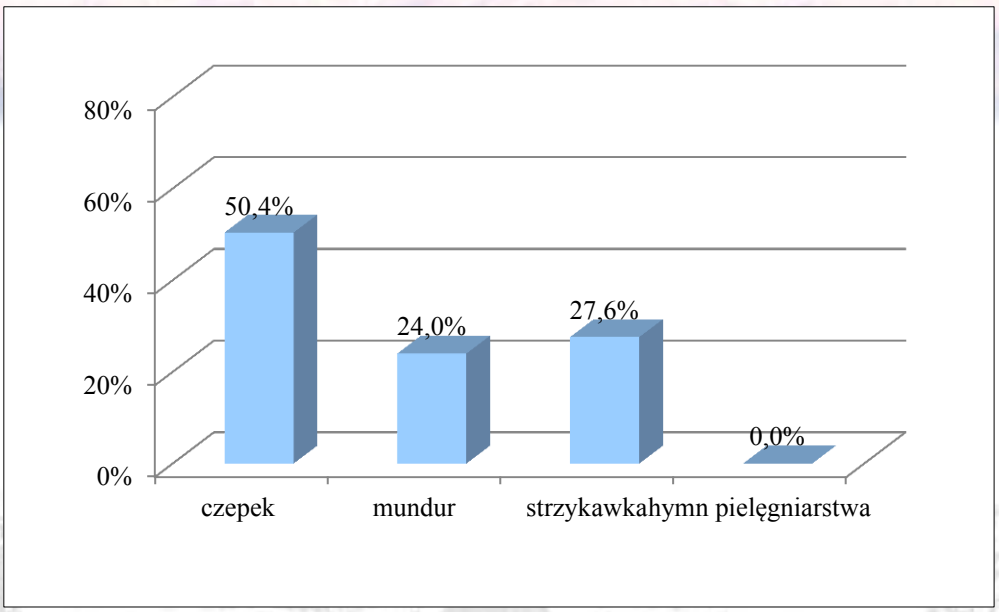
Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania ankietowanych, czynnik ten nie miał wpływu na ich odpowiedzi. Ponad 50% mieszkańców z miasta powyżej 100 tys. i mieszkańców wsi uznało, że mundur zdecydowanie kojarzy im się z wizerunkiem pielęgniarki. Mieszkańcy miast poniżej 100 tys. uzyskali 43% w tej odpowiedzi, a dla 50% z nich mundur raczej się kojarzy z pielęgniarką. Pojedynczym respondentom (6 osób z miast > 100 tys., 4 osoby z miast < 100 tys. i 2 osoby ze wsi) mundur raczej nie kojarzy się z wizerunkiem pielęgniarki (Ryc.4).




p=0,07879

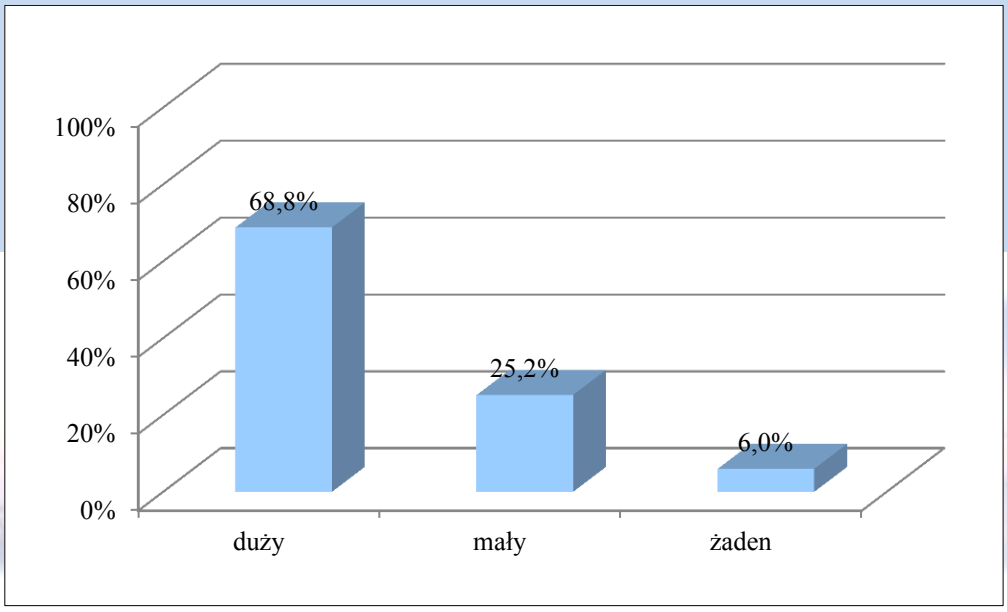
Ryc.4. Wynik zależności miejsca zamieszkania respondentów ze skojarzeniem munduru z wizerunkiem pielęgniarki.

Co drugi badany (50,4% osób) uznał za symbol pielęgniarstwa czepek. Tę odpowiedź wybrało 126 osób. Porównywalna grupa ankietowanych wskazała mundur (24%) i strzykawkę (27,6%). Nikt z respondentów nie wymienił hymnu pielęgniarskiego (Ryc.5).




**Ryc.5. Symbole pielęgniarstwa**

W ocenie ankietowanych mundur wywiera duży wpływ na wizerunek pielęgniarki w społeczeństwie (70%). Co czwarty badany uznał, że ten wpływ jest mały, a 15 osób stwierdziło, że nie wywiera żadnego wpływu ( Ryc.6).




**Ryc.6. Wpływ munduru na wizerunek pielęgniarki w społeczeństwie**

W każdym przedziale wiekowym najwięcej badanych osób odpowiedziało, że wpływ munduru na wizerunek pielęgniarki jest duży. Największy udział procentowy miały osoby powyżej 45 lat (88,1%). Na tle innych przedziałów, osoby poniżej 25 r.ż.najczęściej wskazywały, że wpływ munduru jest mały. Najmniej liczna grupa respondentów podała , że mundur nie warunkuje wizerunku pielęgniarki (odpowiednio:6 osób poniżej 25 lat, 4 osoby w wieku 25-35 lat, 3 osoby w wieku 36-45 lat i 2 osoby powyżej 45 lat), Nie występowała istotna zależność między wiekiem respondentów a opinią w tej kwestii (Tabela III).

Tabela III. Wyniki zależności między wiekiem respondentów, a ich zdaniem na temat wpływu munduru na wizerunek pielęgniarki

| Wpływ munduru na wizerunek pielęgniarki | Wiek respondentów | | | | | | | | razem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | poniżej 25 lat | | 25-35 lat | | 36-45 lat | | powyżej 45 lat | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| duży | 51 | 53,7 | 41 | 67,2 | 28 | 80,0 | 52 | 88,1 | 172 |
| mały | 38 | 40,0 | 16 | 26,2 | 4 | 11,4 | 5 | 8,5 | 63 |
| żaden | 6 | 6,3 | 4 | 6,6 | 3 | 8,6 | 2 | 3,4 | 15 |
| ogółem | 95 | 100,0 | 61 | 100,0 | 35 | 100,0 | 59 | 100,0 | 250 |
| p=0,00027 | | | | | | | | | |

Analizują współczesną wartość symboli zawodowych wizerunku pielęgniarki ponad połowa respondentów podkreśliła małą ich wartość (54,8%), a 92 osoby (36,8% ) oceniły tę wartość jako dużą. Zaledwie 21 osób było zdania, że symbole zawodowe nie mają w dzisiejszych czasach wartości (Tabela IV).

**Tabela IV. Wartość symboli zawodowych wizerunku pielęgniarki**

| Poziom wartości symboli zawodowych pielęgniarstwa | Respondenci | |
|---|---|---|
| | N | % |
| duża | 92 | 36,8 |
| mała | 137 | 54,8 |
| bezwartościowe | 21 | 8,4 |
| Razem | 250 | 100 |

Poziom wykształcenia respondentów nie determinował w znaczącym stopniu wartości symboli zawodowych wizerunku pielęgniarki. Połowa osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym odpowiedziała, że symbole mają dużą wartość. Pozostali stwierdzili, że mają małą wartość (37,5%) lub, że nie mają żadnej wartości (12,5%). Podobnie osoby z wykształceniem zawodowym uważały, że symbole mają dużą (54,5%) lub małą wartość (45,5%). Natomiast nikt z tej grupy nie określił symboli jako bezwartościowych. W grupie ankietowanych ze średnim wykształceniem odpowiedzi duża wartość i mała wartość były zaznaczane z podobną częstotliwością (odpowiednio 43,8% i 46,9%). Magistrowie byli bardziej zdecydowani w swojej ocenie nisko wartościując symbole zawodowe wizerunku pielęgniarki (70%). Jednak co czwarty z tej grupy uważał, że symbole mają dużą wartość (Tabela V).

Tabela V. Wyniki zależności między wiekiem badanych, a wartością symboli zawodowych

| Jaką wartość mają w dzisiejszym | Wykształcenie respondentów | | | | razem |
|---|---|---|---|---|---|
| | podstawowe i gimnazjalne | zawodowe | średnie | wyższe | |

| świecie symbole zawodowe wizerunku pielęgniarki? | N | % | N | % | N | % | N | % | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| dużą | 4 | 50,0 | 6 | 54,5 | 57 | 43,8 | 25 | 24,8 | 92 |
| małą | 3 | 37,5 | 5 | 45,5 | 61 | 46,9 | 68 | 67,3 | 137 |
| nie mają | 1 | 12,5 | 0 | 0,0 | 12 | 9,2 | 8 | 7,9 | 21 |
| ogółem | 8 | 100,0 | 11 | 100,0 | 130 | 100,0 | 101 | 100,0 | 250 |
| p=0,03921 | | | | | | | | | |

Analizując czy pielęgniarki nadal wcielają w życie stosowanie symboli zawodowych stwierdzono brak jednomyślności ankietowanych w tej kwestii, gdyż zbliżone liczbowo grupy udzieliły odpowiedzi pozytywnej (52%) i negatywnej (48%). Stosowanie przez pielęgniarki symboli zawodowych w ich praktyce raczej (48%) lub zdecydowanie (30%) wpływa na wizerunek pielęgniarki.

**Mundur jako cecha wyróżniająca pielęgniarkę.**

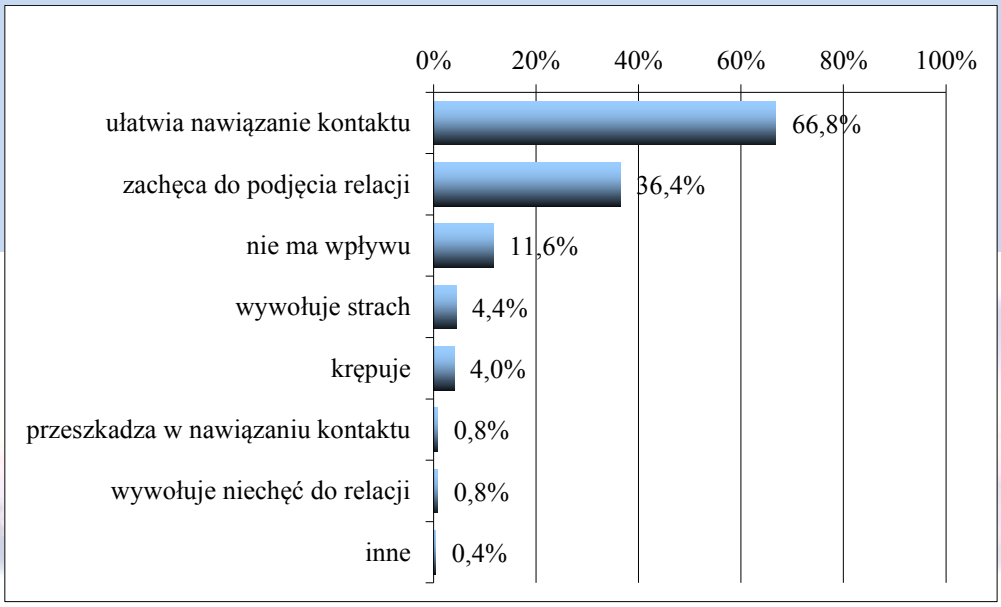
Najwięcej ankietowanych (54,4%) uważało, że mundur wyróżnia pielęgniarkę. Taką odpowiedź wybrało 136 osób, a 12 podkreśliło, że mundur znacznie zwiększa wartość zawodową pielęgniarki jako samodzielnego profesjonalisty. Mundur pozwalał respondentom na łatwiejszą identyfikację pielęgniarki spośród innych pracowników ochrony zdrowia (N- 227 osób, 90,8%). Mundur nie ułatwiał rozpoznania pielęgniarki co dziesiątemu badanemu (9,2%). Opinia respondentów w tej kwestii nie była istotnie zależna od ich wieku. Co najmniej 85% badanych we wszystkich grupach wiekowych odpowiedziało, że mundur pozwala łatwo rozpoznać pielęgniarkę, a w grupie wiekowej 36-45 lat wszyscy respondenci tak odpowiedzieli (Tabela VI).

Tabela VI. Wyniki zależności między wiekiem respondentów a ich zdaniem czy mundur pozwala łatwo rozpoznać pielęgniarkę.

| Czy mundur pozwala łatwo rozpoznać pielęgniarkę | Wiek respondentów | | | | | | | | razem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | poniżej 25 lat | | 25-35 lat | | 36-45 lat | | powyżej 45 lat | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| tak | 84 | 88,4 | 52 | 85,2 | 35 | 100,0 | 56 | 94,9 | 227 |
| nie | 11 | 11,6 | 9 | 14,8 | 0 | 0,0 | 3 | 5,1 | 23 |
| ogółem | 95 | 100,0 | 61 | 100,0 | 35 | 100,0% | 59 | 100,0 | 250 |
| p=0,05411 | | | | | | | | | |

**Mundur jako element wpływający na relację pacjenta z pielęgniarką**

W opinii ankietowanych mundur ułatwia nawiązanie kontaktu z pielęgniarką (N-167; 66,8%) lub zachęca do podjęcia tej relacji (N- 91; 36,4%). Dla 29 osób mundur nie miał znaczenia w relacji interpersonalnej z pielęgniarką, a u pozostałych wywołuje strach (N-11; 4,4%), krępuje (N-10, 4,0%), wywołuje niechęć do relacji albo wręcz przeszkadza w nawiązaniu kontaktu, ewentualnie mundur wzbudza szacunek do pielęgniarki ( Ryc.7).

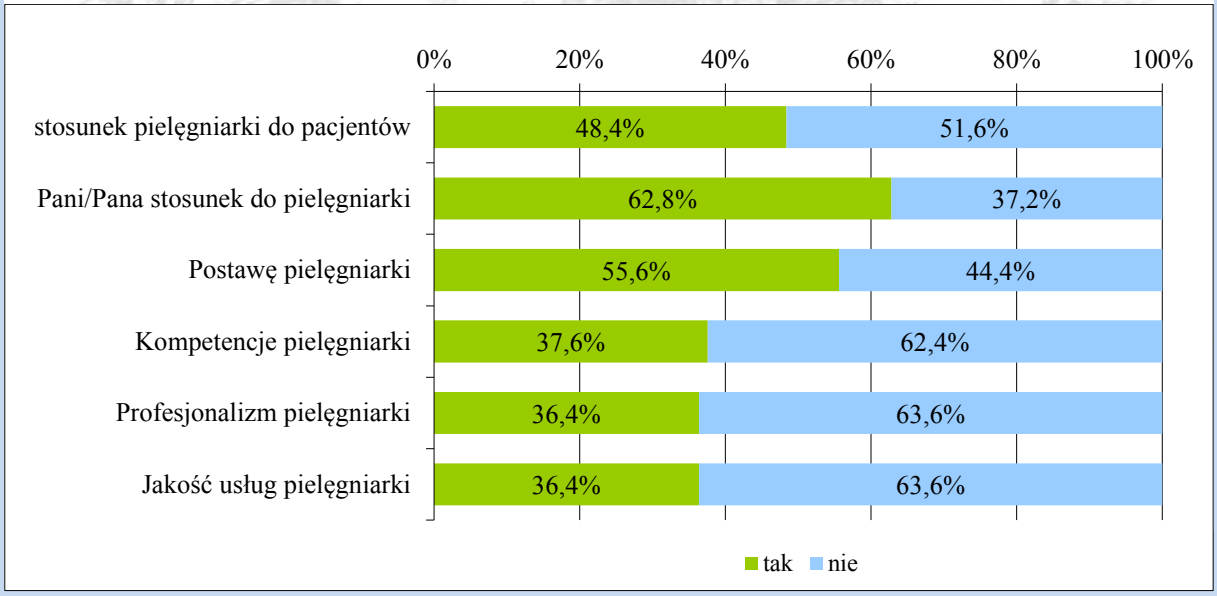



**Inne: wzbudza szacunek**

**Ryc. 8. Wpływ munduru na relacje z pielęgniarką**

**Mundur nie wywołuje i/lub nie nasila dystansu ankietowanych w kontakcie z pielęgniarką, zarówno w mieście, jak i na wsi (98.8%).**

Najwięcej osób (157) zaznaczyło, że fakt, iż pielęgniarka ubrana jest w mundur wpływa n a ich stosunek do pielęgniarki, mniej opowiedziało się za tym, że wpływa na stosunek pielęgniarki do pacjentów lub ogólnie na postawę zawodową pielęgniarki (55,6%). Natomiast wg co trzeci badanego mundur determinował kompetencje pielęgniarki, jej profesjonalizm i jakość świadczonych przez nią usług (Ryc.9).



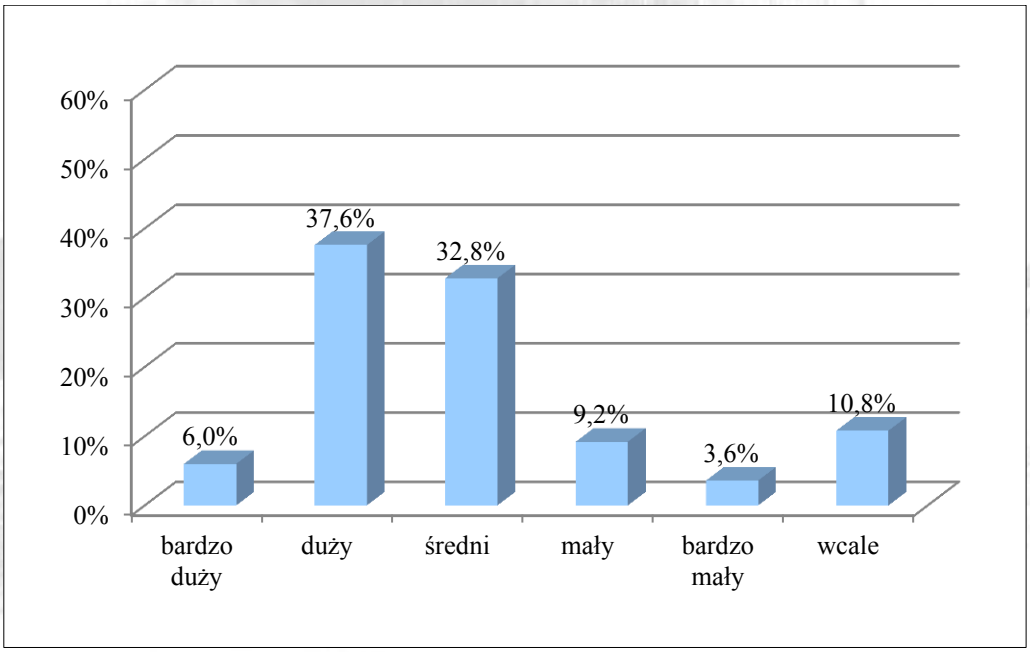

**Ryc.9. Obszary praktyki zawodowej pielęgniarki determinowane przez jej mundur.**

. Zdecydowana większość (80%) ankietowanych stwierdziła, że mundur wzbudza ich szacunek do pielęgniarki. Powoduję, że odbierają pielęgniarkę jako osobę przyjazną (94,8%), otwartą (91,6%), kompetentną (99,6%) profesjonalistkę (99,2%).

Opinie respondentów na temat munduru pielęgniarskiego zależały ich zdaniem od ich doświadczenia lub opinii innych osób (55,8%).

Dla 139 osób mundur był czynnikiem, który determinował pierwsze wrażenie podczas bezpośredniego kontaktu z pielęgniarką, natomiast jednocześnie 111 zaprzeczyła występowaniu tego zjawiska.

Duży i średni wpływ munduru na relację ankietowanych z pielęgniarką odczuły odpowiedni 94 i 82 osoby. Natomiast bardzo mały i bardzo duży wpływ odczuło odpowiednio 9 i 15 osób (Ryc.10).




**Ryc. 10. Wpływ munduru na relacje ankietowanych z pielęgniarką**

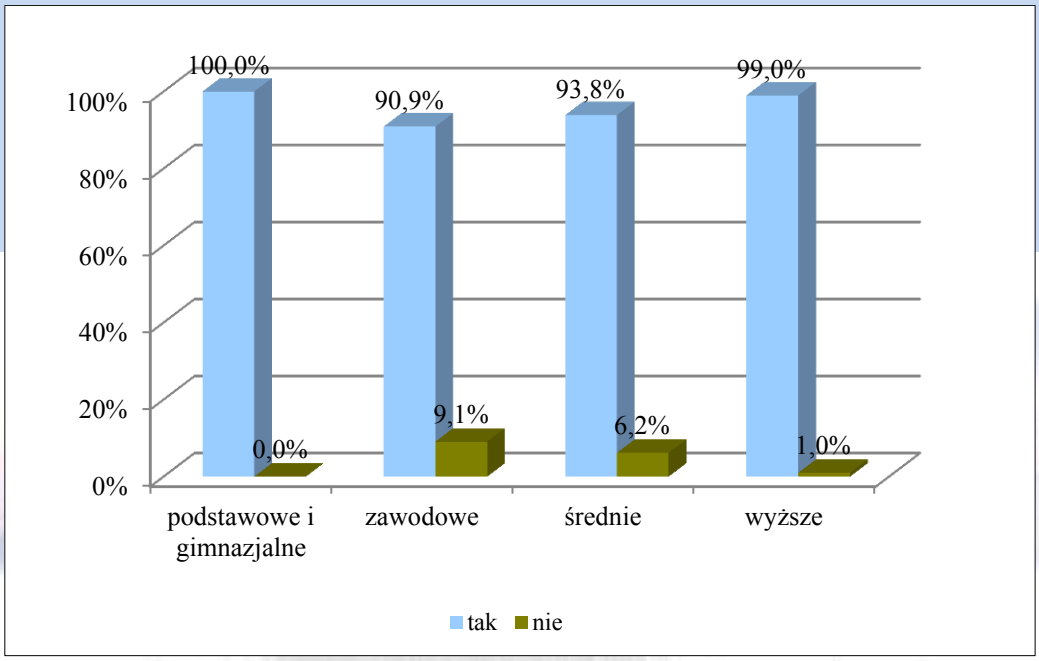
Badania nie wykazały istotnej zależności miejsca zamieszkania i reakcji jaką wywarł mundur na pierwsze wrażenie respondentów w kontakcie z pielęgniarką (Tabela VII).

Tabela VII. Wyniki zależności miejsca zamieszkania i wpływu jaki wywiera na pierwsze wrażenie mundur.

| Jak duży wpływ na pierwsze wrażenie w relacji Pani/Pana z pielęgniarką wywarł mundur pielęgniarski? | Miejsce zamieszkania | | | | | | razem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | miasto > 100 tys. mieszkańców | | miasto < 100 tys. mieszkańców | | wieś | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| bardzo duży | 7 | 8,0 | 5 | 4,1 | 3 | 7,1 | 15 |
| duży | 33 | 37,9 | 46 | 38,0 | 15 | 35,7 | 94 |
| średni | 28 | 32,2 | 37 | 30,6 | 17 | 40,5 | 82 |
| mały | 13 | 14,9 | 9 | 7,4 | 1 | 2,4 | 23 |
| bardzo mały | 1 | 1,1 | 7 | 5,8 | 1 | 2,4 | 9 |
| wcale | 5 | 5,7 | 17 | 14,0 | 5 | 11,9 | 27 |
| ogółem | 87 | 100,0 | 121 | 100,0 | 42 | 100,0 | 250 |
| p=0,14885 | | | | | | | |

**Mundur jako symbol zawodowy przyczyniający się do kreowania wizerunku pielęgniarki**

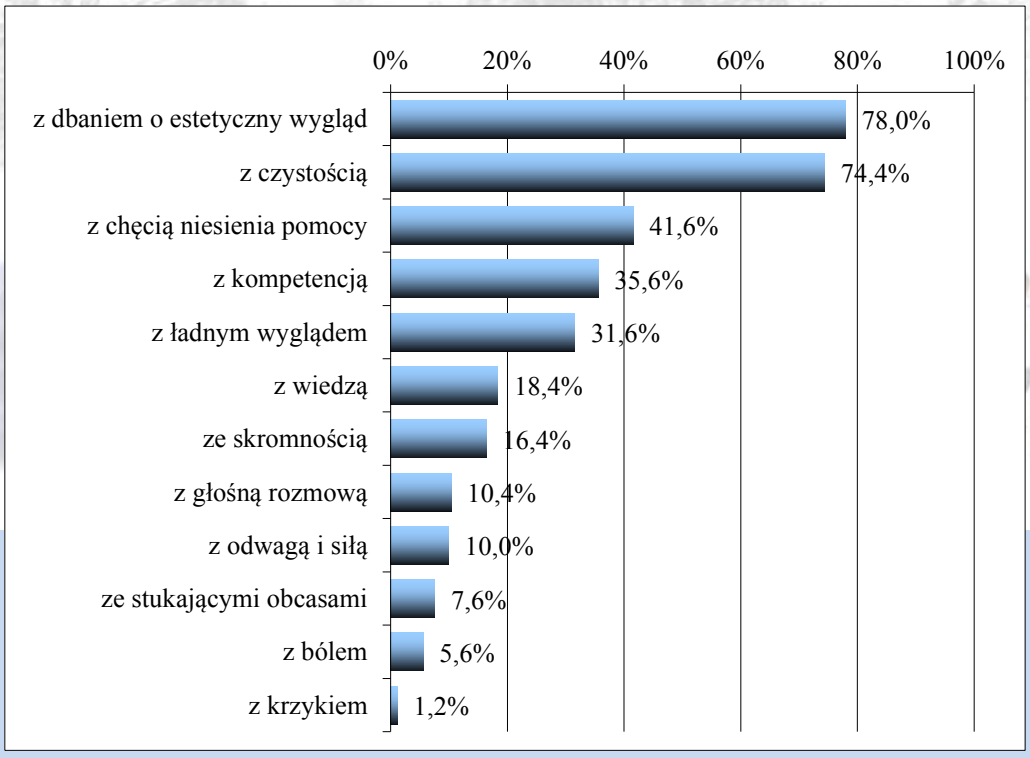
Zdecydowana większość ankietowanych uważała, że mundur jest wizytówką pielęgniarki (96,0%). Nie występowała istotna zależność pomiędzy wykształceniem respondentów a ich zdaniem w kwestii czy mundur jest wizytówką pielęgniarki. Osoby z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym w 100% odpowiedzieli, że mundur jest wizytówką. W pozostałych grupach znalazły się pojedyncze osoby, które munduru za wizytówkę nie uznały (Ryc.11).




p=0,16969

Ryc. 11. Wyniki zależności między wykształceniem a mundurem jako wizytówką.

Pielęgniarka kojarzy się z dbałością o estetyczny wygląd (78%) i z czystością (74,4%). Następnie ankietowani wybierali chęć niesienia pomocy (41,6%), kompetencje (35,6%) i ładny wygląd (31,6%). Rzadziej wskazywane odpowiedzi to: wiedza, skromność, głośna rozmowa, odwaga i siła oraz stukające obcasy. Badani zaznaczyli również dwie najbardziej negatywne odpowiedzi: ból (5,6%) i krzyk (1,2%), (Ryc.12).



Ryc. 12. Skojarzenia z osobą pielęgniarki

**Dyskusja**

Z badań wynika, że ewidentnym symbolem zawodu pielęgniarki w ocenie społeczeństwa jest czepek pielęgniarski. Młodzież i studenci w większości zaznaczali czepek, natomiast badani pacjenci najczęściej zaznaczali strzykawkę (33%), na drugim miejscu mundur pielęgniarski (29%) i dopiero na trzecim czepek (19%). Z badań obywateli Bydgoszczy i Grudziądza wynika, że spośród wszystkich symboli zawodowych pielęgniarstwa, społeczeństwo najbardziej kojarzy z pielęgniarką strzykawkę (43,6%). W dalszej kolejności czepek (38,8%) i mundur (20%). Natomiast za symbol pielęgniarstwa badani uznają czepek (50,4%), strzykawkę i mundur. Mundur dla nich kojarzy się z czystością i estetykę (18).

Mundur pielęgniarski jest jednym z symboli zawodowych pielęgniarstwa. Według respondentów z grup badawczych symbolizuje czystość, dbanie o estetyczny wygląd oraz skromność (56% - uczniowie szkoły średniej, 21,5% - pielęgniarki i 19% - pacjenci).

W opinii samej młodzieży szkół średnich symbolem pielęgniarstwa jest mundur (46%). Mieli oni określić czym jest dla nich mundur pielęgniarski. Najwięcej z nich (63%) uznało, że jest to odzież ochronna noszona przez pielęgniarki, obowiązująca ją w czasie wykonywania pracy zawodowej. Ponad połowie (56%) uczniom mundur kojarzy się z czystością i dbaniem o estetyczny wygląd. Za tym, że strój pielęgniarski to biały lub jednokolorowy fartuch, sukienka lub garsonka noszona w pracy, opowiedziało się 43% z nich (18).

Wartości osobiste także korelują z symbolami zawodowymi. Istotny związek zauważono między odwagą i stanowczością , a opinią młodzieży na temat wartości munduru pielęgniarskiego. Istnieje związek także między wartościami jak: miłość, przyjaźń oraz radość a opinią na temat munduru (18).

W badaniach autorów brytyjskich, na oddziałach pediatrycznych, starsze dzieci podkreślały, że nie lubią jak pielęgniarki i lekarze mają białe i czarne ubrania. Badani obywatele Bydgoszczy i Grudziądza, również byli zdania, że mundur pielęgniarki nie powinien mieć tylko koloru białego (58,8%) (2).

Dzięki mundurowi łatwiej jest im rozpoznać pielęgniarkę. Takie zdanie miało 90,8% obywateli Bydgoszczy i Grudziądza. Większość osób badanych uważa mundur za element wizerunku pielęgniarki, dzięki któremu łatwiej jest ją rozpoznać, ale czy to

pozwala także na lepszy kontakt z pielęgniarką? Czy wpływa na relacje między pacjentem a pielęgniarką? Ankietowani (66,8%) uznali, że mundur ułatwia relację z pielęgniarką, zachęca także do podjęcia tej relacji (36,4%). U większości badanych nie stwarza także dystansu w kontakcie.

Badania wykonano także wśród współpracowników pielęgniarki, czyli wśród personelu medycznego. Połowa tych osób to lekarze różnych specjalności. Gdy trzeba było wskazać typowe atrybuty pielęgniarki, lekarze w większości swoich odpowiedzi wskazywali na elementy ubioru. Znaczące miejsce zajął oczywiście czepek pielęgniarski, chociaż w dzisiejszych czasach żadna z pielęgniarek już go nie nosi. Pozostałym współpracownikom, pielęgniarka kojarzy się, poza czynnościami, które wykonuje, także z ubiorem. Zaznaczano również czepek i biały fartuch (2).

Symbole zawodowe są także demonstrowane we współczesnym pielęgniarstwie. Na uwagę zasługuje fakt noszenia przez pielęgniarki czepka pielęgniarskiego czy munduru podczas sytuacji publicznych. Wyraźnie zaakcentowane były oba symbole zawodowe pielęgniarstwa podczas strajków pielęgniarek w 2007 roku. Właśnie w sytuacjach publicznych ważne są te charakterystyczne dla pielęgniarstwa elementy. Akcentowanie ich wzmacnia rolę tych symboli w społeczeństwie (20).

Jednym z najbardziej pozytywnych aspektów wizerunku pielęgniarki był fakt, iż w 2006 roku tygodnik „Polityka" w publikowanym rankingu zawodów najbardziej poważanych społecznie zawód pielęgniarki znalazł się po raz pierwszy na drugim miejscu po profesorze uniwersyteckim. Do roku 2006 na trzech pierwszych miejscach byli: profesor uniwersytecki, lekarz i duchowny (18).

Pielęgniarki mają dużą świadomość zawodową. Starają się, by poprzez solidne wykonywanie swych obowiązków i postawę zawodową kształtować wizerunek własnego zawodu - pielęgniarstwa. Według sondażu, przeprowadzonego przez Centrum Badania Opinii Społecznej w styczniu 2009 roku, zawód pielęgniarki znalazł się na szóstej pozycji pod względem prestiżu zawodowego. Wynika z tego, że zawód pielęgniarki cieszy się wysokim prestiżem zawodowym (2).

**Wnioski**

Na podstawie analizy uzyskanych danych sformułować poniższe wnioski.

1. Badane osoby za główne symbole pielęgniarstwa uznali czepek pielęgniarski (50,4%), strzykawkę (27,6%) i mundur pielęgniarski (24%).

2. Mundur pielęgniarski był dla ankietowanych przede wszystkim strojem oznaczającym czystość i estetykę (54%), a także odzieżą ochronną noszoną przez pielęgniarki (20,4%).
3. Mundur pielęgniarski zdecydowanie kojarzył się badanym z wizerunkiem pielęgniarki i był dla nich ważnym elementem jej wyglądu.
4. Według opinii badanych (54,4%), mundur wyróżniał pielęgniarkę spośród innych pracowników ochrony zdrowia i pozwalał łatwiej ją rozpoznać (90,8%).
5. Dla 66,8% badanych mundur ułatwiał nawiązanie kontaktu oraz zachęcał do podjęcia relacji (36,4%).
6. Mundur nie stwarza dystansu między pacjentem a pielęgniarką.
7. Badani uznali, że mundur jest wizytówką pielęgniarki i wzbudza w nich szacunek do tego zawodu (80%).
8. Mundur kojarzył się ankietowanym przede wszystkim z dbaniem o estetyczny wygląd (78%), z czystością (74,4%), z chęcią niesienia pomocy (41,6%) oraz z kompetencją (35,6%).
9. Każda instytucja zatrudniająca pielęgniarki powinna zagwarantować ubranie robocze, tj. mundur, który by symbolizował tę grupę zawodową, a z drugiej strony wzbudzał szacunek ze strony pacjentów i ich rodzin. Obserwowana współcześnie różnorodność mundurów w zakładach opieki zdrowotnej dezorientuje pacjentów, a cały personel pielęgniarski czyni nieestetycznym.

**Bibliografia**


1) Dalkowska A., Dalkowski P., Gaworska-Krzemińska A., Krzemiński M. Historyczno-prawne regulacje zawodu pielęgniarki, Problemy pielęgniarstwa 2007, 15(2,3), 115-119,
2) Gozdek N. Rozmowy o profesjonalizacji w pielęgniarstwie. Wyd. WERSET, Lublin 2009,
3) Górajek-Jóźwik J., Kalendarium Pielęgniarstwa Polskiego, wyd. OVO, Warszawa 1998,
4) Hałat M. Pielęgniarstwo zakonne w polskich szpitalach od 1939 roku, Medycyna Nowożytna 2001, 8(1), 145-177,
5) Historia munduru pielęgniarskiego. www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/PTP_mundur pielęgniarski.pdf

6) Karczewski J., Krajewska-Kułak E. Czepkowanie, Medyk Białostocki, Białystok 2003, 5(8), 13-14,
7) Maksymowicz A., Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym, PZWL, Warszawa 1977,
8) Pezda A., Pielęgniarki wolą spodnie. Gazeta.pl/szczecin/1,40765,3391021.html
9) Poznańska S. Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. PZWL, Warszawa 1988,
10) Szymczak M. Słownik języka polskiego, t.2, PWN, Warszawa 1988,
11) Stanowisko XV Krajowego Zajazdu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie ustalenia wzoru munduru galowego pielęgniarki i pielęgniarza. www.boipip.org.pl/aktual/stanowisko_mundur_galowy.2009.pdf
12) Sztec D., Bedryk B. Udział pielęgniarek Akademickiego Szpitala Klinicznego w konkursie „Pielęgniarka roku 2008", W cieniu czepka, 2009, 8(214), 11-13,
13) Ślusarska B., Zarzycka D., Dobrowolska B. Postrzeganie tożsamości zawodowej przez pielęgniarki, Problemy pielęgniarstwa 2007, 15(2,3), 147-156,
14) Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Podstawy pielęgniarstwa, t.1. Wyd. Czelej, Lublin 2004,
15) Urbanek B.(red.). Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Wyd. Makmed, Warszawa 2008,
16) Ustawa z dnia 21 lutego 1995 roku o pielęgniarstwie,
17) Widomska-Czekajska T., Górajek-Jóźwik J. Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek, PZWL, 1996,
18) Wolska-Lipiec K. Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim : konferencja międzynarodowa. Warszawa 2009, 9-16, 49-55, 65-74, 77-86,
19) Wrońska I. Polskie pielęgniarstwo 1921-1939, wyd. Norbertinum, 1991,
20) Zarzycka D., Dobrowolska B., Ślusarska B. Symbole i ceremonie zawodowe pielęgniarstwa – relikt przeszłości czy wartość zawodowa? Problemy pielęgniarstwa 2009, 17 (1), 54-62,
21) www.spzoz_dzialdowo.pl

# SŤAŽNOSTI NA SESTRY

Iveta Michalcová

Kontrolný výbor Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek / KV SK SaPA /

**Abstrakt**

V úvode príspevku sa autorka venuje štatistike sťažnosti, ktoré obdŕžal kontrolný výbor Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA) za posladené 4 roky. Podrobne vyhodnocuje riešenie sťažnosti v roku 2011. Autorka informuje kto odstupuje sťažnosti kontrolnému výboru SK SaPA, a ktorých zložiek sa najviac dotýkajú tieto sťažnosti. Ďalej autorka vysvetľuje spôsob riešenia sťažnosti. V druhej časti sú osobitne rozpracované podnety a prípady odstúpených sťažnosti u sestier pracujúcich v ambulanciách a u sestier pracujúcich pri lôžku. Venuje sa prípadom neetického správania sa, ktoré súvisia s nevhodným spôsob komunikácie, neadekvátnym hodnotením zdravotného stavu a starostlivosti o pacienta/klienta, hodnotením zdravotného stavu pred pacientom/klientom, porušením ochrany osobných údajov a taktiež prípadom, ktoré sa dotýkajú zlej organizácie práce v ambulancii alebo pri lôžku. Autorka venuje pozornosť popisu anonymných podnetov, poukazuje na nesprávny popis predmetu sťažnosti a popisuje aj úsmevne podnety a dotýka sa podnetov súvisiacich s odbornosťou pri výkone povolania. V závere autorka zdôrazňuje podstatu Etického kódexu zdravotníckeho pracovníka.

**Kľúčové slová:** sestry, podnety, prípady, neetické správanie sa.

Kontrolný výbor Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (ďalej len **"kontrolný výbor"**) plní úlohy určené Zákonom č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve. Kontrolný výbor je kontrolným orgánom Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (ďalej len **"komora"**). Je oprávnený kontrolovať všetku činnosť orgánov komory a prerokúva sťažnosti členov. Rieši podnety, návrhy a sťažnosti svojich členov v súvislosti s ich právami a povinnosťami vyplývajúcimi zo zákona 578/2004 & 52 ods.2 písm. a). Vzhľadom k tomu, že disciplinárna právomoc komory sa vzťahuje iba na členov komory, komora v prvom rade skúma, **či osoba, proti ktorej sťažnosť/podanie/podnet smeruje je, alebo nie je členom komory**. Ak nejde o člena komory, komora postupuje vec príslušnému orgánu.

**Spôsob prijatia sťažnosti** – sťažnosť/podnet môže podať, ktorákoľvek fyzická osoba a to písomne s vlastnoručným podpisom, sťažnosť musí dostatočne identifikovať sťažovateľa aj osobu, voči ktorej sťažnosť smeruje. Z obsahu žiadosti musí byť zrejmé voči čomu sa sťažovateľ sťažuje. Kancelária komory podnet/sťažnosť zaeviduje a spis odstúpi predsedovi kontrolného výboru, ktorý je zodpovedný za koordináciu celého procesu riešenia sťažnosti.

**Spôsob prešetrovania sťažností** – kontrolný výbor určí spôsob prešetrovania sťažnosti. V prípade ak sťažnosť **nemá požadované náležitosti, nie je zrozumiteľná**, napr. neobsahuje presné označenie/identifikáciu/ osoby proti ktorej sťažnosť smeruje, potom vyzve sťažovateľa na doplnenie predmetnej sťažnosti. Na dopĺňanie sťažnosti sa primerane vzťahuje § 15 Zákona o sťažnostiach, podľa ktorého sťažovateľ **je povinný spolupracovať** s orgánom, ktorý sťažnosť vybavuje prípadne prešetruje, v rozsahu potrebnom na vybavenie sťažnosti. Ak sťažovateľ bez vážneho dôvodu do desiatich dní od doručenia požiadania o spoluprácu, alebo v inom určenom termíne neposkytne požadovanú spoluprácu, kontrolný výbor nie je povinný vybaviť sťažnosť. Kontrolný výbor rieši sťažnosti na diaľku a na mieste. **Na diaľku** – kontrolný výbor vyzýva osobu, na ktorú bola sťažnosť podaná, aby sa do určenej lehoty písomne vyjadrila a zaujala stanovisko k jej obsahu. **Na mieste** – predseda kontrolného výboru, resp. poverení členovia kontrolného výboru, sa dohodnú so sťažovateľom a dotknutou osobou na konkrétnom čase a mieste, kde sa prešetrenie vykoná. O každom kroku prešetrovania sťažnosti počas celého konania sa vedie písomný záznam označený príslušným spisovým číslom a je súčasťou spisu. Vlastné náklady, ktoré sťažovateľovi a dotknutej osobe vznikli počas celého prešetrovania sťažnosti, si sťažovateľ a dotknutá osoba hradia sami.

**Lehoty** – kontrolný výbor je povinný o opodstatnenosti, resp. neopodstatnenosti, rozhodnúť do 30 dní od zasadnutia kontrolného výboru, na ktorom sa prvýkrát riešením danej sťažnosti zaoberal, resp. najneskôr do 60 dní od kedy bola doručená kompletná sťažnosť (v prípade neúplnej žiadosti odo dňa, kedy bola žiadosť doplnená). V prípade naliehavého prípadu môže kontrolný výbor uznesením stanovenú lehotu predĺžiť, a to najviac dvakrát o ďalších 30 dní. Lehota na doplnenie sťažnosti (výzva zo strany kancelárie komory) je 15 dní.

**Výsledok prešetrovania** – sťažnosť **je neopodstatnená** – rozhodnutie sa doručuje sťažovateľovi a osobe voči ktorej sťažnosť smerovala. V prípade, ak podnet na

prešetrenie prišiel zo strany úradu pre dohľad alebo vyššieho územného celku, zašle sa tomuto orgánu rozhodnutie na vedomie. Sťažnosť **je opodstatnená** – kontrolný výbor uznesením postúpi sťažnosť na disciplinárne konanie disciplinárnej komisii. Výsledok prešetrenia oznámi kontrolný výbor sťažovateľovi aj osobe, voči ktorej sťažnosť smeruje na vedomie orgánu podľa predošlého odseku. Rozhodnutie o opodstatnenosti resp. neopodstatnenosti sťažnosti, je súčasťou registračného spisu osoby, voči ktorej bola sťažnosť smerovaná.

Kontrolný výbor SK SaPA eviduje a rieši najviac podnetov/ sťažností/ podaných na sestry, ktoré pracujú v ambulanciách. V nasledujúcej tabuľke uvádzame štatistický prehľad riešených sťažností kontrolným výborom SK SaPA od roku 2008 až 2012.

| Rok | Spolu | Ambulancie | Lôžkové oddelenia | Iné |
|---|---|---|---|---|
| 2008 | 7<br>1 - Nie je členkou komory | 3 | 2 | 2 |
| 2009 | 25<br>10- Nie je členkou komory | 17 | 5 | 3 |
| 2010 | 19<br>8 - Nie je členkou komory | 13 | 4 | 2 |
| 2011 | 21<br>8 - Nie je členkou komory | 14 | 4 | 3 |
| 2012 | 8<br>1- Nie je členkou komory | 8 | - | - |

V spracovanej tabuľke môžete vidieť výrazný rozdiel medzi podanými podnetmi, ktoré sa dotýkajú sestier pracujúcich v ambulantnej sfére a u sestier pracujúcich pri lôžku. Osobitnú skupinu /Iné/ tvoria podnety, ktoré sa týkajú riešenia príbuzenských a osobných vzťahov. V tejto skupine sa nachádzajú aj podnety súvisiace s registráciou sestier a s odbornosťou pri výkone povolania. Okrem toho že, kontrolný výbor rieši len sťažnosti, ktoré sa dotýkajú jej členov, napriek tejto skutočnosti kontrolný výbor informuje dotknuté sestry a aj ich zamestnávateľov, že bol podaný podnet. Kontrolný výbor tak robí s cieľom, že v prípade pravdivosti podnetu nech sestra spraví nápravu, prípadne nech jej podnet slúži ako ponaučenie a má preventívny charakter. V nasledujúcej tabuľke uvádzame vyhodnotenie riešenia sťažností kontrolným výborom SK SaPA za rok 2011.

| Odstúpené sťažnosti KV SK SaPA v roku 2011 | V počte 21 |
|---|---|
| **Ukončenie prešetrovania sťažností z dôvodu**, že sestra nie je členkou komory | **8** |
| **Opodstatnené sťažnosti** – návrh na disciplinárne konanie- porušenie Etického kódexu zdravotníckeho pracovníka | **1** |
| **Opodstatnené sťažnosti/podnet k výkonu povolania** – osoba nebola odborne spôsobilá na výkon povolania sestry | **2** |
| **Opodstatnený podnet**– sestra nebola registrovaná podľa 578/2004 Z. z. | **1** |
| **Neopodstatnené sťažnosti** v súvislosti s neetickým správaním sa | **4** |
| **Neetické správanie nebolo preukázané**, jedná sa o tvrdenie proti tvrdeniu, predmet sťažnosti vysvetlený a sťažovateľom uzatvorený | **2** |
| **Ukončenie prešetrovania sťažností z dôvodu nedodania potrebných údajov** – predmet sťažnosti a identifikácia osoby | **2** |
| **Sťažnosť stiahnutá** sťažovateľmi | **1** |

Kontrolnému výboru sú odstúpené sťažnosti v prvom rade z Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Doposiaľ najviac podnetov kontrolný výbor obdŕžal z týchto pobočiek: z Trenčína, z Bratislavy a z Košíc. Ďalej sú to sťažnosti odstúpené zo Slovenskej lekárskej komory, samosprávnych krajov, ale aj priamo od sťažovateľov. Kontrolný výbor eviduje a rieši aj anonymné sťažnosti. Tieto sťažnosti rieši kontrolný výbor za účelom informovania dotknutej osoby s cieľom nápravy a prevencie. Najviac podnetov a sťažností kontrolný výbor eviduje na sestry, ktoré pracujú u všeobecného praktického lekára. Potom sú to podnety, ktoré sa dotýkajú sestier, ktoré pracujú na neurologických – endokrinologických – gynekologických – zubných – ORL ambulanciách. Ďalšiu skupinu tvoria sťažnosti u sestier, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť na pohotovosti - LSPP a na centrálnom príjme. Z lôžkových oddelení najviac eviduje kontrolný výbor podnety na sestry, ktoré pracujú na internom, chirurgickom a detskom oddelení.

***Najčastejším predmetom sťažnosti u sestier pracujúcich pri lôžku je*** neetické správanie sa, ktoré sa prejavuje:

- **nevhodným spôsobom komunikácie** – sestra sa správa hrubo, je arogantná,
- **neadekvátnym hodnotením zdravotného stavu a starostlivosti o p/k**- „ prečo ste neprišli skôr, ale až teraz v noci, kde ste boli celý deň... ?“

- **vytýkaním príbuzným** - „ neviete sa postarať o svojho príbuzného “ , pri opakovanej hospitalizácii„ už ste tu zase!“
- **podávaním informácií v súvislosti s prepustením pacienta** – oznámenie sestrou: „môžete sa zbaliť a odísť “, podávanie informácii v súvislosti s prepustením pacienta - spôsob oznámenia - oznámenie úmrtia príbuzným prostredníctvom použitia mobilného telefónu už nebohého pacienta alebo aj informovanie o tom, že pacient bol prepustený, ale v skutočnosti bol už nebohý. Za neetické považujú sťažovatelia aj spôsob požadovania hygienických pomôcok „ doneste jej plienky, my nemáme.”

V dvoch prípadoch podnet bol doplnený aj o neodborný postup pri aplikácii injekcie, o nesprávne vedenú zdravotnú dokumentáciu. Sťažovatelia poukázali aj na skutočnosť, že personál nenosí menovky ( z tohto dôvodu sťažovateľ nevedel identifikovať, či sa k nemu neeticky správala sestra, alebo zdravotná asistentka, meno osoby, ktorej sa podnet mal dotýkať, mu odmietli povedať). V podnetoch sme sa stretli aj s poukázaním na používanie súkromných mobilných telefónov počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Nehovoriac o tom, že na oddelení sú oznamy - Ticho lieči – taktiež je zakázané používať mobilné telefóny na jednotkách intenzívnej starostlivosti, ale zrejme pre personál to neplatí a sestry dávajú prednosť vybaveniu súkromného hovoru pred ošetrovateľským výkonmi.

***Najčastejším predmetom sťažností u ambulantných sestier je*** **neetické správanie sa** prejavujúce sa nevhodným spôsobom komunikácie, odmietnutím pacienta/klienta, porušením ochrany osobných údajov. Nevhodný spôsob komunikácie sťažovatelia pomenúvajú, že sestra je arogantná, kričí, ponižuje ich, správa sa hrubo a povýšenecky. Ďalej je to v**yčítanie pacientovi, prečo na ošetrenie neprišiel skôr -** „ prečo ste prišiel práve teraz, ja by som s takou vecou na ošetrenie nešiel v nedeľu“; „ak niečo potrebujete, choďte za lekárom na lekársku izbu!" Za neetické sťažovatelia považujú aj h**odnotenie ich zdravotného stavu pred lekárom napr.** „ už je tu zase, určite mu nič nie je...", alebo h**odnotenie zdravotného stavu pred samotným pacientom/klientom**„ **-** ste veľmi múdra/y, Váš stav akútny nie je..." K podnetom patrí aj **porušovanie ochrany osobných údajov –** zisťovanie **anamnézy pacienta/klienta** a **podávanie informácií** o zdravotnom stave, alebo výsledkov vyšetrení priamo v čakárni, alebo v ambulancii za prítomnosti ďalších pacientov. Nepríjemným poznatkom je aj v**ypočutie si rozhovoru za dverami ambulancie medzi** sestrou a lekárom, lekárom a pacientom/klientom o zdravotnom stave, alebo o problémoch vyšetrovanej osoby.

Sťažovatelia často poukazujú vo svojich podnetoch na skutočnosť, že sestra im neumožní komunikovať s lekárom a taktiež byť pri vyšetrení ich príbuzného. Nespokojnosť vyjadrujú aj gravidné a dojčiace matky, ktoré poukazujú na ne ústretovosť sestier, pretože na ošetrenie či vyšetrenie musia dlho čakať. Kontrolný výbor riešil podnety sťažnosti u ambulantných sestier aj v súvislosti s nedodržiavaním poradia pacientov, uprednostňovaním pacientov, s nedodržiavaním ordinačných hodín a odmietnutím pacienta/klienta vyšetriť. ***V súvislosti s podnetom odmietnutie pacienta to boli prípady - pretože:***

- *nepatríte k nášmu lekárovi, my toho lekára nezastupujeme,*
- *nemáte slovenskú kartičku poistenca,*
- *nemáte výmenný lístok,*
- *lekár je už na odchode,*
- *nie ste objednaný,*
- *mali ste prísť na objednanú hodinu,*
- *limit už máme vyčerpaný,*
- *už Vás nezoberieme a nevyšetríme, pretože ordinujeme iba do 13.00 hod.,*
- *neordinujeme už, ale za poplatok Vás vyšetríme,*
- *Vaša rasa nechce nikde čakať a nemôžeme Vás vyšetriť, pretože patríte k inému internistovi.*

Z ďalších prípadov, ktoré sa objavujú v sťažnostiach v súvislosti s neetickým správaním sa ambulantných sestier patrí: nevyšetrenie pacienta, pretože sestra robí najprv odbery /klientovi bolo zle/, nevydanie požadovaných laboratórnych výsledkov a zdravotnej dokumentácie za účelom ďalšieho odborného vyšetrenia. V jednom prípade podľa sťažovateľky sestra nevedela adekvátne poskytnúť prvú pomoc v čakárni. Svoje miesto v sťažnostiach má aj objednávanie pacientov -„ zavolajte na druhý deň, zavolajte o týždeň, zavolajte o dva týždne a následne voľný termín už nemáme a na ďalší mesiac ešte neobjednávame." Za neprípustné považujú sťažovatelia aj zloženie telefónu počas rozhovoru, alebo konštatovanie sestrou, že telefón počas ordinačných hodín nedvíha, pretože to má zakázané. V sťažnostiach sťažovatelia poukazujú aj na fajčenie v miestnosti, v ktorej sa následne vykonáva vyšetrenie. V sťažnostiach sme zaznamenali aj to, že sestra nevie správne vypĺňať tlačivá, sestra verbuje pacientov k prestupu k inému lekárovi – špecialistovi, sestra si vybavuje súkromné hovory počas ich ošetrovania, sestra predáva oblečenie počas pracovnej doby. Mimoriadny podnet obdržal kontrolný výbor od sťažovateľa, ktorý poukazoval na skutočnosť, že sestra v službe na LSPP

nereagovala na klopanie a zobudila ju až lekárka za jeho prítomnosti. Sťažovateľ by podnet nepodal, pokiaľ by sa sestra ospravedlnila a nedala mu najavo, že on so svojím dieťaťom je jej na obťaž.

Kontrolný výbor pri riešení sťažností v niektorých prípadoch zistil, že podaný podnet sa v konečnom dôsledku netýkal správania sestry, pretože pri prešetrovaní sťažnosti sa zistilo, že sestra vôbec nekomunikovala so sťažovateľmi a bol to lekár, ktorý povedal pacientovi/klientovi, že ho dnes už nevyšetrí, že nejde o akútny stav, že už neordinujú, ale za poplatok ho vyšetria.

V odstúpených podnetoch sa kontrolný výbor stretol aj so sťažnosťami, ktoré boli podivuhodné, až úsmevné. Jednalo sa napr. o sťažnosť bývalej svokry na ex nevestu, ktorá v podnete popisovala ako sa k nej správa jej ex nevesta a ako nevhodne sa k nej správajú jej vnúčatá. Z ďalších podnetov bol podnet, ktorý niesol známky vyriešenia milostného trojuholníka, alebo aj to, že sestra telefonuje do zahraničia jasnovidke - manipuluje s ľuďmi, šíri klebety, a preto sa jej v živote nedarí. Okrem vyššie spomenutých podnetov a prípadov sťažností kontrolnému výboru boli odstúpené podnety, ktoré sa týkali odbornosti pri výkone povolania. V tejto súvislosti bol podaný podnet, že osoba/sestra nie je odborne spôsobilá na výkon zdravotníckeho pracovníka. Kontrolný výbor dostáva aj podnety na sestry, ktoré nie sú registrované podľa zákona 578/2004 Z. z. V sťažnostiach sme zaznamenali podnet, ktorý niesol známky porušenia zákona o ochrane osobných údajov – riešenie zdravotného stavu vedúcim pracovníkom svojho podriadeného. Taktiež kontrolný výbor riešil neoprávnené používanie titulov a správanie sa členov orgánov komory na verejnom podujatí.

***Kontrolný výbor eviduje a rieši aj anonymné sťažnosti za účelom prevencie, alebo v prípade pravdivosti vykonania nápravy. V anonymných sťažnostiach kontrolný výbor zaznamenal tieto podnety:*** sestra pýta od pacientov rôzne potraviny, pýta peniaze na nákupy, žiada od pacientov, aby jej vybavovali rôzne veci v meste a taktiež tvrdenie, že sestra vyberá poplatok bez potvrdenia.

Pri riešení sťažností kontrolný výbor dospel k poznaniu, že sťažovatelia veľmi citlivo vnímajú a všímajú si okolnosti, za akých je im, alebo ich príbuzným poskytovaná zdravotná starostlivosť. Všímajú si proces komunikácie, spôsob konania, ale aj organizáciu práce, či je to ambulancia, alebo lôžkové oddelenie. Z výsledkov šetrení kontrolného výboru vyplynulo, že sestry svoju prácu vykonávajú rutinne a neuvedomujú si, že ich správanie a konanie môže mať negatívny vplyv na ich pacienta/klienta. Kontrolný výbor sa snaží riešiť sťažnosti vždy konfrontáciou sťažovateľa a dotknutej

sestry za účelom vyjasnenia, objasnenia vzniknutej situácie /sťažnosti. V mnohých prípadoch je ťažko dokázať opodstatnenosť sťažností, pretože sa jedná sa o tvrdenie proti tvrdeniu, ktoré sa nedá dokázať a ani vyvrátiť, a preto je lepšie riešiť svoju nespokojnosť s poskytovaním zdravotnej starostlivosti okamžite, na mieste, či už s danou sestrou, alebo s jej nadriadenými. Ponaučením pre všetkých by mala byť snaha riešiť vzniknutý problém bez odkladu, a tak predísť často zbytočným komplikáciám. To, čo personál často považuje za samozrejmé, pacientovi a ich príbuzným to môže pripadať ako veľká krivda, neprimeraný spôsob komunikácie a správania sa. Sestry nesmú zabúdať, že výkon povolania môžu poskytovať len v rozsahu „Vyhlášky č. 364 / 2005 Z. z.“, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom. Sestry nemôžu prekračovať rámec svojich kompetencií. Svoje povolanie musia vykonávať nie len odborne, ale aj v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a s etickým kódexom zdravotníckeho pracovníka, ktorý je uvedený v „Zákone 578/2004 v prílohe č.4“. Na základe zistených skutočností kontrolný výbor konštatuje, že až 80% percent podnetov by nebolo podaných, pokiaľ by sa sestra k pacientovi, alebo k ich príbuzným správala korektne, s pochopením, s trpezlivosťou a neznížila by sa k hrubému, alebo nemravnému konaniu. Za takýchto okolností by prijali aj skutočnosť, že dnes nie sú objednaní, že už ich lekár neošetrí, alebo prečo na ošetrenie neprišli skôr. Je dôležité, aby sestry rešpektovali pacienta/klienta ako rovnocenného partnera so všetkými občianskymi právami a povinnosťami vrátane zodpovednosti za svoje zdravie.

Za kontrolný výbor SK SaPA Mgr. Iveta Michalcová – predseda KV SK SaPA.
E-mail: iveta.michalcova@sksapa.sk

# KSZTAŁCENIE PRZEDDYPLOMOWE PIELĘGNIAREK W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM W LATACH 1946 – 1977

## Pregraduálne vzdelávanie sestier v Sliezsku v rokoch 1946 - 1977

Starosolska Halina, Kołodziej Wiesława
Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

Opieka zdrowia w Polsce po drugiej wojnie światowej przedstawiała obraz odpowiadający całokształtowi stosunków gospodarczo–społecznych w kraju. Na obraz służby zdrowia w ówczesnej Polsce składała się nikła sieć urządzeń sanitarnych, nieliczna kadra pracowników fachowych i skromne szkolnictwo medyczne.

Założycielami pierwszych szkół pielęgniarskich w tym okresie byli lekarze – społecznicy, przedstawiciele Czerwonego Krzyża, oraz absolwentki Szkoły Pielęgniarek Zawodowych, a także pielęgniarki polskie które ukończyły szkoły pielęgniarskie za granicą Polski. Na proces organizowania szkół pielęgniarstwa w kraju decydujące znaczenie miały następujące czynniki:

1. Zapotrzebowanie społeczne i rozwój wiedzy medycznej
2. Działalność szkół pielęgniarskich w krajach Europy (Anglia, Francja)
3. Nienaganna praca absolwentek szkoły Pielęgniarek Zawodowych Pań Ekonomek w Krakowie
4. Wzrost zainteresowania problemem kształcenia średnich kadr pielęgniarskich w środowisku krakowskim i poznańskim
5. Odzyskanie niepodległości w 1918 roku, które wyzwoliło inicjatywę działaczy w zakresie organizowania szkolnictwa polskiego.

Średnie szkolnictwo medyczne w początkowym okresie swojego rozwoju znajdowało się w wyjątkowo ciężkiej sytuacji – napotykało się wiele trudności organizacyjnych, materialnych, dydaktycznych oraz wychowawczych. Brak programów nauczania, podręczników, pomocy naukowych, bazy lokalowej, a przede wszystkim kadry nauczycielskiej przygotowującej do nauczania zawodu. Analizując przebieg rozwoju ilościowego i typów szkół medycznych pielęgniarstwa można wyodrębnić w okresie trzydziestolecia pewne charakterystyczne etapy:

- etap pierwszy obejmujący lata 1946 –1955
- etap drugi obejmujący lata 1956 – 1970
- etap trzeci obejmujący lata 1971 – 1977

Ustalając wyżej wymienione etapy rozwoju średniego szkolnictwa medycznego pielęgniarstwa wzięto pod uwagę podstawowe kryteria:

- dominujący okres kształcenia (jednoroczny, dwuletni, trzyletni, czteroletni i pięcioletni)
- zmiany w zakresie reorganizacji poszczególnych systemów nauczania i zmiany w nazewnictwie szkół medycznych
- wymogi stawiane kandydatom ubiegającym się o przyjęcie do szkół medycznych w zakresie posiadanego wykształcenia i wieku (ukończenie 7–mej i 8–mej klasy szkoły podstawowej, 8–mej i 9–tej klasy liceum ogólnokształcącego, ukończenia liceum ogólnokształcącego)

Pierwszą szkołą zorganizowaną po drugiej wojnie światowej na terenie województwa śląskiego była Śląska Szkoła Pielęgniarstwa PCK w Zabrzu. Uroczyste jej otwarcie odbyło się 4 września 1946 r. Z ramienia organizacji PCK do założenia tej szkoły przyczynili się dr A. Sebesa i pielęgniarka K. Krzywicka. Nauka trwała dwa lata, a od kandydatek wymagano świadectwa ukończenia liceum ogólnokształcącego i 18 roku życia.

Funkcję dyrektora szkoły pełniły H. Nagórska, I. Truszkowska, A. Kryweńczuk, a następnie od 1953 – 1955 roku A. Głydowa, po niej funkcji przejęła A. Szygulska. W 1950 roku w wyniku zmian prawno – organizacyjnych szkoła przeszła pod zarząd Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, zmieniając jednocześnie nazwę na „Państwową Szkołę Pielęgniarstwa". Struktura nie uległa zasadniczej zmianie; zmieniono warunki przyjęcia ustalając wiek kandydatek od 16 do 35 lat. W 1953 roku dotychczasowy budynek zajęła Śląska Akademia Medyczna, przekazując równocześnie do użytkowania dom akademicki przy ul. Marii Skłodowskiej–Curie. Dzięki tej zmianie szkoła pielęgniarstwa zyskała poprawę bazy lokalowej; zwiększono liczbę sal wykładowych, pracowni do zajęć praktycznej nauki zawodu oraz pomieszczenia na internat. W 1958 roku szkoła przeszła kolejny etap reorganizacji, nauka nadal trwa dwa lata, ale przyjmuje absolwentki posiadające świadectwo dojrzałości. Od 1959 roku szkoła prowadziła 2 typy szkół:

1. Państwowe 4–letnie Liceum Pielęgniarstwa, przyjmujące kandydatki po ukończeniu 9 – tej klasy liceum ogólnokształcącego[23]
2. Państwową Szkołę Pielęgniarstwa, przyjmującą kandydatki po ukończeniu liceum ogólnokształcącego

[23] Określenie odpowiadające ukończeniu siedmiu klas szkoły podstawowej i dwóch klas liceum ogólnokształcącego

W miejsce czteroletniego Liceum Pielęgniarstwa w 1956 roku powstało Liceum Medyczne Pielęgniarstwa, w którym nauka trwała pięć lat. Do liceum przyjmowane były absolwentki 7 – mej klasy szkoły podstawowej, a od 1967 roku absolwentki 8 – mej klasy szkoły podstawowej. Natomiast aktualna nazwa Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa brzmiała Medyczne Studium Zawodowe nr 2 – Wydział Pielęgniarstwa. Wyżej wymienione szkoły podlegają jednej administracji, tworząc Zespół Szkół Medycznych im. Marii Curie – Skłodowskiej w Zabrzu.

W 1953 roku zorganizowano w Gliwicach w miejsce rozwiązanej 2–letniej szkoły Felczerskiej, 3–letnią Szkołę Pielęgniarstwa. Pierwszym dyrektorem był pedagog i ceniony działacz społeczny E. Drabik. Pierwszymi nauczycielami zawodu były pielęgniarki: H. Rakowska i E. Kotek. Do szkoły przyjmowano uczennice z ukończoną szkołą podstawową i pozytywnym wynikiem egzaminu wstępnego.

Również w 1953 roku zorganizowano 2–letnią Szkołę Pielęgniarstwa w Mikołowie. Organizatorką i pierwszą dyrektorką tej szkoły była pielęgniarka A. Kryweńczykowa oraz jej późniejsza zastępczyni i dyrektorka szkoły F. Mucha. Do szkoły przyjmowano uczennice z ukończoną 9 – tą klasą liceum ogólnokształcącego.

1 września 1954 roku otwarto 3–letnią Szkołę Pielęgniarstwa w Katowicach, którą zlokalizowano początkowo w budynku szkolnym Towarzystwa Przyjaciół Dzieci przy ul. 3–go Maja. Pierwszą dyrektorką została M. Dyska, a w następnym roku szkolnym tj. 1955/56 kierownictwo szkoły przeszło w ręce M. Greszczuk. Nową siedzibą szkoły został od 1955 roku budynek Liceum Ogólnokształcącego im. Marii Konopnickiej.

Absolwentki szkół pielęgniarskich dwu i trzyletnich otrzymywały dyplom pielęgniarki i prawo wykonywania zawodu. Ukończenie szkoły nie dawało pełnego średniego wykształcenia ogólnego (nie zdawały matury).

**Omawiając ten okres (1946 – 1955)** należy stwierdzić, że uruchamianie placówek dydaktyczno – wychowawczych o tak krótkim okresie nauczania uwarunkowane było trudnościami z jakimi borykało się szkolnictwo w ogóle. Chodziło bowiem o dostarczenie możliwie licznej kadry personelu medycznego pielęgniarstwa do pracy w placówkach służby zdrowia.

W okresie tym placówki szkolne zostały odbudowane, zagospodarowane i zaopatrzone w niezbędny sprzęt i pomoce naukowe. Opracowane również zostały pierwsze programy nauczania. Wzrosła liczba kadry nauczycielskiej, przekazane zostały cenne doświadczenia w zakresie kształcenia średniego personelu medycznego. Rozpoczął się okres dalszego rozwoju szkolnictwa medycznego, a także ciągłych zmian

modernizacji w poszukiwaniu jak najlepszych systemów kształcenia. Dotychczasowa różnorodność w zakresie systemów kształcenia nie sprzyjała ujednoliceniu zakresu wiedzy absolwentów. Zaczął się podział pielęgniarek co do zakresu umiejętności i uprawnień zawodowych. Podział na „przyuczone" młodsze asystentki i dyplomowane nastręczał trudności organizacyjnych. Również w bezpośredniej pracy przy chorym, ujawniało się wiele problemów, m.in.: niższe płace, spadek rangi zawodu z uwagi na brak pełno wykwalifikowanych kadr pielęgniarskich.

**Drugi okres rozwojowy obejmował lata 1956 – 1970**, a jego znamienną cechą było szukanie rozwiązań w zakresie ustalania okresu kształcenia pielęgniarek. Zagadnienie było ważne; w dalszym ciągu chodziło o szybki dopływ kwalifikowanych kadr przy stosunkowo małych nakładach, a z drugiej strony ukończenie zarówno dwuletniej jak i trzyletniej szkoły pielęgniarskiej nie dawało pełnego średniego wykształcenia ogólnego (oprócz ukończenia dwuletniej szkoły pomaturalnej).

Rok szkolny 1955/56 dla średniego szkolnictwa medycznego pielęgniarstwa był w pewnym sensie etapem przełomowym. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej doszły do przekonania, że dużą rolę dla uspołecznienia służby zdrowia, obok personelu lekarskiego odgrywa średni personel medyczny pielęgniarstwa o pełnych kwalifikacjach zawodowych. W czerwcu 1955 roku na konferencji organizowanej przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej dyrektor Zarządu dr. B. Saldek zwrócił uwagę na „konieczność podnoszenia poziomu wychowania w szkołach"[1]. Przyczyną takiego stwierdzenia był brak selekcji młodzieży do szkół pielęgniarskich z uwagi na małą liczbę kandydatów, jak również krótki okres nauczania (niewystarczający zakres wiedzy ogólnej i zawodowej).

W roku 1955 wysunięto postulaty zmierzające do ujednolicenia szkolnictwa medycznego pielęgniarstwa. Zapowiadano likwidację 3–letnich szkół pielęgniarskich. Powołane 2–letnie szkoły pielęgniarskie w przyszłości miały ulec reorganizacji na 2 – letnie szkoły pomaturalne.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej dr J. Sztachelski na Krajowym Zjeździe Związków Zawodowych Pracowników Służby Zdrowia w dniu 22 czerwca 1955 roku stwierdził: „…podstawową szkołą pielęgniarstwa powinna stać się dwuletnia co najmniej po dziewięciu klasach liceum ogólnokształcącego z tym że będziemy coraz szerzej przyjmowali do szkół maturzystki. W przyszłości od każdej pielęgniarki będziemy wymagali pełnego wykształcenia średniego ogólnego zawodowego" [2].

Przytoczone w tej sprawie stanowiska zmierzały z jednej strony do ujednolicenia dotychczasowych kierunków, kształcenia kadr pielęgniarskich oraz wskazywały na poważną rolę kwalifikowanego średniego personelu medycznego w procesie leczenia i profilaktyce.

Pierwsza pomaturalna szkoła pielęgniarstwa została utworzona w dniu 1 października 1957 roku, której nadano nazwę „Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa Przy Akademii Medycznej w Zabrzu". Szkołę zlokalizowano w budynku administracyjnym Szpitala Klinicznego w Zabrzu. Szkoła ta od dnia otwarcia pracowała w trudnych warunkach lokalowych.

W pierwszym okresie działania głównym celem było kształcenie zawodowe pielęgniarek już pracujących dla w/w szpitala. Nauka zawodu trwała 2 lata, od kandydatów wymagano przedłożenia świadectwa dojrzałości liceum ogólnokształcącego. Dyrektorem tej szkoły mianowano dr M. Janas, a od 1959 roku funkcję tę pełnił dr T. Ignarowicz. W okresie od 1 marca 1962 roku do 31 grudnia 1963 roku kierowanie szkołą z zadaniem ulokowania jej w odpowiednim budynku zostało powierzone E. Marczkowi. W pierwszym kwartale 1963 roku E. Marczek zdołał przełamać opory ówczesnej administracji Śląskiej Akademii Medycznej i przeniósł szkołę do budynku przy Klinice Chorób Dzieci w Zabrzu.

Pewnego rodzaju anomalią było istnienie od 1957 roku dwóch Państwowych Szkół Medycznych Pielęgniarstwa (pomaturalnych) na terenie miasta Zabrze. Kres temu położyło zarządzenie Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej z dnia 16 listopada 1964 r. (na podstawie decyzji Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 06.10.1964 roku) polecające scalenie dwóch Państwowych Szkół Medycznych Pielęgniarstwa w Zabrzu przy ul. Marii Curie – Skłodowskiej IV Dom Akademicki.

W 1957 roku w Bielsku – Białej utworzono dwuletnią szkołę pielęgniarstwa, przyjmującą kandydatki z ukończoną 9–tą klasą liceum ogólnokształcącego. Dyrektorem został A. Boczek, a nauczycielkami zawodu K. Galbas i I. Wieczorek.

W 1959 roku obok istniejącej szkoły utworzone zostaje 4 – letnie liceum medyczne pielęgniarstwa, które w roku 1962 w wyniku reorganizacji staje się 5–cio letnim liceum medycznym pielęgniarstwa. Funkcję dyrektora szkoły pełniła I. Wieczorek.

W Częstochowie w roku szkolnym 1958/1959 powstaje w miejsce zlikwidowanej szkoły położnych dwuletnia Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa dla kandydatek ze świadectwem dojrzałości. Pierwszą dyrektorką szkoły została I. Wojciechowska. Obok już działającej szkoły pomaturalnej, utworzono 4–letnie liceum pielęgniarstwa. Warunkiem przyjęcia

do 4–letniego liceum było posiadanie przez kandydatki świadectwa ukończenia 9–tej klasy liceum ogólnokształcącego.

Od 1958 roku obserwuje się tendencje zmierzające do ujednolicenia dotychczasowych kierunków kształcenia pielęgniarek. Dotychczas działające 2–letnie i 3–letnie szkoły pielęgniarskie ulegają likwidacji a w ich miejsce organizowane są 4–letnie licea pielęgniarstwa. Ich organizacja zlikwidowała częściowo różnice w zakresie wykształcenia jakie istniały między absolwentami szkół pielęgniarskich różnych typów.

Na terenie województwa śląskiego w latach 1958 – 1962 powstaje siedem szkół typu licealnego w następujących miastach: Bielsko–Biała, Częstochowa, Gliwice, Mikołów, Zabrze, Rybnik. W roku 1959 w Toszku przy Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych została zorganizowana Zasadnicza Szkoła Medyczna Psychiatrycznych Asystentek Pielęgniarstwa. Okres nauczania trwał 3 lata. Do szkoły przyjmowano kandydatki posiadające świadectwo ukończenia 7–mej klasy szkoły podstawowej oraz ukończony 18–sty rok życia. Pierwszą dyrektorką szkoły została mianowana A. Abakanowicz. Z uwagi na wąski zakres specjalizacji (pielęgniarstwo psychiatryczne) o przyjęcie do szkoły mogły ubiegać się kandydatki z innych województw. Szkoła prowadziła internat.

W wyniku uchwały Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Katowicach Zasadnicza Szkoła Medyczna Psychiatrycznych Asystentek Pielęgniarstwa została zlikwidowana, a w jej miejsce została utworzona z dniem 30 września 1964 roku pomaturalna Szkoła Medyczna Pielęgniarstwa Psychiatrycznego w Toszku. Nauka trwałą 2,5 roku, a do klas pierwszych przyjmowano kandydatki ze świadectwem ukończenia 9–tej klasy liceum ogólnokształcącego.

W 1967 roku ulega likwidacji Państwowa Szkoła Medyczna Pielęgniarstwa Psychiatrycznego w Toszku, ponieważ w jej miejsce utworzono (01.09.1966 r.) ten sam typ szkoły i o tym samym okresie nauczania, lecz warunkiem przyjęcia było posiadanie świadectwa dojrzałości.

W 1961 roku powstają dwie następne szkoły pielęgniarstwa psychiatrycznego: jedna z siedzibą w Lublińcu, druga w Rybniku. Szkoły te zostały zlikwidowane w 1966 roku.

Kolejnym etapem rozwojowym średniego szkolnictwa pielęgniarstwa było utworzenie czterech szkół medycznych dla pracujących.

Niniejsze licea dawały możliwość awansu zawodowego osobom, które z różnych przyczyn nie zdobyły pełnych kwalifikacji zawodowych. Jako pierwsze w województwie katowickim zostało utworzone z dniem 6 września 1961 r. Państwowe 4–letnie Liceum

Medyczne dla Pracujących w Cieszynie, szkołę zlokalizowano przy Liceum Ogólnokształcącym. Pierwszym dyrektorem został mianowany G. Halama, a od 1962 roku funkcję tę pełnił I. Chroboczek. O przyjęcie do tej szkoły mogły się ubiegać kandydatki posiadające świadectwo ukończenia szkoły podstawowej oraz dyplom asystentki pielęgniarskiej. Szkołę zlikwidowano z powodu braku naboru kandydatek w 1962 roku.

Na terenie Cieszyna od roku 1962 prowadzi działalność 5 – letnie Liceum Medyczne Pielęgniarstwa. Równolegle prowadzi działalność Państwowe 4–letnie Liceum Medyczne Pielęgniarstwa dla Pracujących w Katowicach, a od 1965 r. w Lublińcu i Rybniku. Wszystkie w/w licea dla pracujących przyjmowały absolwentki zasadniczych Szkół Medycznych Asystentek Pielęgniarstwa, względnie absolwentki tzw. Ośrodków Szkolenia Młodszych Pielęgniarek. Zajęcia były prowadzone w systemie wieczorowym, bez konieczności rezygnowania z pracy zawodowej. Program uwzględniał obok przedmiotów teoretycznych również przedmioty praktyczne. Absolwentki otrzymywały pełne kwalifikacje zawodowe pielęgniarskie oraz wykształcenie w zakresie szkoły ogólnokształcącej.

W 1961 roku na terenie województwa katowickiego prowadzone były następujące typy szkół pielęgniarskich: 4 – letnie licea pielęgniarstwa, 4 – letnie licea medyczne pielęgniarstwa dla pracujących, zasadnicze szkoły medyczne psychiatrycznych asystentek pielęgniarstwa (młodzieżowa i wieczorowa), dwuletnie szkoły medyczne pielęgniarstwa psychiatrycznego, dwuletnie szkoły pielęgniarstwa pomaturalne.

W wyniku uchwały Plenum KC PZPR „O Oświacie Narodowej" oraz na podstawie Ustawy z dnia 15.07.1961 r. „O Rozwoju Systemu Oświaty i Wychowania", Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej powołuje do życia nowy typ szkoły mianowicie 5–letnie liceum pielęgniarstwa, przyjmujące absolwentki siedmioletnioletniej szkoły podstawowej (a od 1967 r. absolwentki ośmioletniej letniej szkoły podstawowej).

Pierwsze 5 – letnie Liceum Medyczne Pielęgniarstwa zostało utworzone w 1961 r. w Zawierciu. Szkołę w pierwszym okresie działania zlokalizowano przy liceum ogólnokształcącym, a później w budynku po liceum pedagogicznym. Dyrektorem liceum mianowany zastał R. Galecki.

Rok Szkolny 1962/63 był okresem poważnego sukcesu. Na terenie województwa katowickiego powstało trzynaście 5 – letnich liceów medycznych pielęgniarstwa. W miastach w których istniały już szkoły pielęgniarstwa (Bielsko –

Biała, Częstochowa, Gliwice, Cieszyn, Katowice, Mikołów, Świętochłowice) takiego czy innego typu, 5–letnie licea zorganizowano w tych samych budynkach pod jedną administracją i jednym kierownictwem. Natomiast w miastach gdzie szkół dotychczas nie było (Bytom, Czeladź, Mysłowice, Ruda Śląska) 5–letnie licea medyczne zlokalizowano w budynkach ogólnokształcących [3].

W 1965/66 powstało 5–letnie liceum pielęgniarstwa w Sosnowcu, w roku szkolnym 1965/66 w Częstochowie i Zabrzu, w 1969 roku w Wodzisławiu.

Należy podkreślić, że otwarcie siedemnastu 5–letnich liceów obok już działających 4–letnich liceów medycznych pielęgniarstwa spowodowało pewne trudności w zakresie bazy lokalowej. W szkołach utworzonych przy liceach ogólnokształcących nauka odbywała się najczęściej w godzinach popołudniowych i wieczornych.

Ustawa z dnia 14.05.1960 r. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej doprowadziła do zweryfikowania średniego personelu medycznego[4].

Pielęgniarki młodsze i „przyuczone" o długim stażu pracy w zawodzie mogły czynić starania o dopuszczenie ich do egzaminu państwowego. Złożenie egzaminu przesunęło je do grupy wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia na szczeblu średnim.

W latach 1965 – 1969 obserwuje się dalsze, bardziej racjonalne poczynania Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej w zakresie stabilizacji profilu szkoły, poprzez sukcesywne wygaszanie 4–letnich liceów medycznych i intensywnie powoływanie 5–letnich liceów medycznych pielęgniarstwa, które od roku 1967 przyjmują absolwentki ośmioklasowej szkoły podstawowej.

Na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej w Katowicach z dnia 1 kwietnia 1966 r. dokonało przejęcia 7 Zasadniczych Szkół Asystentek Pielęgniarstwa od Zarządu Wojewódzkiego PCK (Bielsko – Biała, Gliwice, Katowice, Sosnowiec, Zabrze, Częstochowa, Rybnik), w/w szkoły zostały zlikwidowane w 1967 roku. Okres intensywnego powoływania szkół, których celem było wyrównania niedoboru kadr średniego personelu medycznego przypada w województwie katowickim na rok 1964/65.

W tym roku prowadzono działalność dydaktyczno–wychowawczą 30 szkół pielęgniarstwa, z czego 14 stanowiły 5–letnie licea medyczne pielęgniarstwa, a już w roku 1969/1970 5–letnich liceów medycznych było w województwie katowickim 18.

Obok szybkiego rozwoju pielęgniarskich średnich szkół medycznych należy zwrócić uwagę na poczynania Oddziałów Szkół Średnich Medycznych

w Katowicach, które zmierzały do ujednolicenia wykształcenia dotychczasowych absolwentów różnych typów szkół medycznych. Formami uzupełniania wiadomości, a równocześnie nadania wymaganych uprawnień zawodowych były kursy przygotowawcze do Państwowego Egzaminu Pielęgniarskiego i egzaminy dla „przyuczonych" i młodszych pielęgniarek na asystentki pielęgniarskie. Łącznie przeprowadzono 39 kursów, a w wyniku tej działalności 1727 osób otrzymało tytuł pielęgniarki dyplomowanej. Powyższe kursy były organizowane dla młodszych i „przyuczonych" pielęgniarek posiadających świadectwo ukończenia siedmioklasowej szkoły podstawowej oraz 5–letni staż pracy w zakładach służby zdrowia. Kandydatkami kursów były przede wszystkim osoby starsze, które podjęły pracę w placówkach służby zdrowia w latach powojennych. Absolwentki kursów otrzymały świadectwo uprawniające do wykonywania zawodu pielęgniarki dyplomowanej.

Od 1963 roku z inicjatywy Oddziału Średnich Szkół Medycznych Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej Wydziału Zdrowia i Opieki społecznej w Katowicach zorganizowało 56 egzaminów dla „przyuczonych" i młodszych pielęgniarek. Była to forma weryfikacji zawodowych. Warunkiem przystąpienia do egzaminu było posiadanie świadectwa siódmej klasy szkoły podstawowej oraz staż pracy w zakładach służby zdrowia od 2 do 5 lat. Zdanie egzaminu przez uczestniczki nie było równoznaczne z uzyskaniem pełnych kwalifikacji zawodowych.

Kontynuacją tego przedsięwzięcia mogło być szkolenie poprzez kursy pielęgniarskie przygotowujące do państwowego egzaminu pielęgniarskiego, względnie po roku 1965 uczęszczanie do 4–letniego liceum medycznego dla pracujących.

W latach 1966-1967 przeprowadzane były również kursy dla instrumentariuszek, dla pielęgniarek pracujących na sali operacyjnej, a równocześnie posiadających świadectwo dojrzałości. Kursy te przebiegały w cyklach dwumiesięcznych. Stanowiły w przeciwieństwie do wcześniej wymienionych formę pogłębiania wiedzy z zakresu zagadnień zawodowych, z uwzględnieniem specyfiki pracy sali operacyjnej.

Lata 1956 – 1970 to okres zdecydowanych przeobrażeń w sferze rozwoju średniego szkolnictwa medycznego. Do poważniejszych osiągnieć omawianego okresu należy zaliczyć:

- podnoszenie rangi zawodu średniego personelu medycznego poprzez zwiększenie wymagań w zakresie doboru kandydatów do szkół medycznych oraz przedłużenie nauki zawodu

- uzupełnieni kwalifikacji personelu już zatrudnionego w placówkach służby zdrowia
- ujednolicenie poziomu wykształcenia kadry średniego personelu medycznego

**Trzeci etap rozwojowy obejmuje lata 1971 – 1977.**

Ujednolicenie systemu kształcenia średniego szkolnictwa medycznego zapoczątkowane w 1961 r. mimo poważnych trudności zostało konsekwentnie przeprowadzone dzięki wytycznym Władz Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Wszystkie szkoły nie odpowiadające przyjętej strukturze organizacyjnej uległy przekształceniu - licealny względnie pomaturalny.

W 1971 roku Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej w Katowicach zorganizował Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Pielęgniarstwa w Tarnowskich Górach. Jednak ze względu na brak naboru kandydatów szkoła nie rozpoczęła działalności dydaktyczno - wychowawczej.

Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Pielęgniarstwa w Katowicach Ligocie to placówka pomaturalna, o dwuletnim okresie nauczania. Powstała w 1973 roku przy Wydziale Śląskiej Akademii Medycznej, w głównej mierze przeznaczona dla potrzeb rozbudowującego się Zespołu Szpitali klinicznych Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach [5].

W wyniku usilnych starań Prezydium Miejskiej Rady Narodowej Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej w Lublińcu na podstawie wniosku z dnia 04.06.1973 r. nr zd. III 001/5/73, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej pismem z dnia 07.06.1973 roku wyraziło zgodę na otwarcie Medycznego Studium Zawodowego – Wydział Pielęgniarstwa Psychiatrycznego w Lublińcu [6].

Była to placówka o 2,5 letnim okresie nauczania posiadająca bardzo dogodne warunki w zakresie przysposobienia do zawodu pielęgniarki psychiatrycznej na podbudowie liceum ogólnokształcącego.

W 1973 powołano Liceum Medyczne w Tarnowskich Górach oraz w Siemianowicach Śląskich [6]. W Siemianowicach z uwagi na rozbudowę Szpitala Miejskiego będącego pod patronatem Ministerstwa Górnictwa uczennice miały dogodną bazę do zdobywania wiedzy i umiejętności w zakresie praktycznej nauki zawodu. Absolwentki w zdobywanej mierze kształcone były dla potrzeb w/w szpitala.

W 1974 r. powstaje przy Liceum Medycznym w Bytomiu – Medyczne Studium Zawodowe– Wydział Pielęgniarstwa [6]. Szkoły te mieściły się w budynku Liceum

Ogólnokształcącego w Bytomiu, na ulicy Strzelców Bytomskich 9. Była to placówka pomaturalna o 2–letnim okresie nauczania.

W 1975 roku w wyniku nowego administracyjnego podziału Polski Ludowej województwo katowickie przekazało do województwa bielskiego Liceum Medyczne w Bielsku–Białej, a do województwa częstochowskiego Zespół Szkół Medycznych w Częstochowie i Medyczne Studium Zawodowe w Lublińcu. Natomiast z byłego województwa opolskiego otrzymało Liceum Medyczne w Raciborzu oraz z województwa krakowskiego Liceum Medyczne w Jaworznie. Od 1975 roku rozwój średnich szkół medycynach przebiegał następująco: obok już istniejących powstawały nowe, zaś w istniejących zwiększał się nabór młodzieży do klas pierwszych.

W 1975 r. na wniosek nr 20 III-001/11/74 Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej w Katowicach postanawia uruchomić przy istniejącym Liceum Medycznym w Rudzie Śląskiej i Zawierciu Medyczne studium zawodowe – Wydział Pielęgniarstwa. Ze względu jednak na brak naboru wydziały te nie zostały uruchomione.

W wyżej wymienionym okresie dochodzi do tworzenia zbiorczych zakładów szkolnych [7]. I tak w Tarnowskich Górach utworzono „Zespół Szkół Chemiczno – Medycznych". W zespole tym działały: Zasadnicza Szkoła Zawodowa Doszkalająca nr 3, Liceum Medyczne, Medyczne Studium Zawodowe, Technikum Chemiczne, Liceum zawodowe.

W Czeladzi utworzono „Zespół Szkół w Czeladzi". W zespole tym działały: Liceum Ekonomiczne, Liceum Zawodowe nr 1, Liceum Medyczne oraz Liceum Ogólnokształcące. Powstawanie w/w zbiorczych zakładów szkolnych jest uzasadnione ze względu na umiejscowienie ich w jednym budynku, ponadto korzystały ze wspólnej bazy materiałowo–technicznej, podlegały jednej administracji.

W 1976 r. dochodzi do włączenia Medycznego Studium Zawodowego nr 3 w Zabrzu do zespołu Szkół Medycznych w Zabrzu, na ul. Marii Curie – Skłodowskiej IV Dom Akademicki. W zespole tym prowadziły działalność Liceum Medyczne, Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Położnych, Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Pielęgniarstwa.

Obok wyżej wymienionych Zespołów Szkół Medycznych w województwie katowickim, działalność dydaktyczno – wychowawczą prowadziły następujące zespoły:

1. Zespół Szkół Medycznych w Bytomiu

a. Liceum Medyczne

b. Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Pielęgniarstwa

c. Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Położnych

d. Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Higienistek

2. Zespół Szkół Medycznych w Mikołowie
a. Liceum Medyczne
b. Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Pielęgniarstwa
c. Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Pielęgniarstwa dla Asystentek

3. Zespół Szkół Medycznych w Katowicach
a. Liceum Medyczne
b. Liceum Medyczne – Wydział Pielęgniarstwa dla Pracujących
c. Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Pracowników Socjalnych
d. Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Instruktorów Higieny
e. Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Higienistek
f. Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Dietetyczek

W 1976/77 na wniosek nr 20 III-001-2/76 z dnia 13.01.1976 r. Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach zostało powołane Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Pielęgniarstwa w Jastrzębiu Zdroju. Szkoła mieściła się w budynku liceum ogólnokształcącego dla pracujących przy ul. Cieszyńskiej 16. Szkoła nie posiadała własnego internatu.

W 1977 roku Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej w Katowicach powołuje 4 szkoły medyczne pielęgniarstwa pracujące na tych samy zasadach.

Liceum Medyczne w Tychach i Dąbrowie Górniczej oraz Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Pielęgniarstwa w Olkuszu i Chrzanowie mieściły się w budynkach liceów ogólnokształcących i korzystały z tych samych sal lekcyjnych, pracowni teoretycznych oraz kadry pedagogicznej.

W latach 1970 – 1977 nastąpił dynamiczny rozwój średnich szkół medycznych – wydziałów pielęgniarstwa. W tym okresie zorganizowano dodatkowo 11 oddziałów klas pierwszych, w tym: w liceum medycznym – 6, w medycznym studium zawodowym – wydział pielęgniarstwa – 5.

Zasadniczą cechą omawianego okresu było uporządkowanie zagadnień w zakresie spraw organizacyjno – programowych i nazewnictwa szkół medycznych. Jak wynika z wyżej wymienionych danych do szkół medycznych uczęszczała młodzież po ukończeniu min. 8 klas szkoły podstawowej oraz uzyskaniu świadectwa dojrzałości lub

ukończenia liceum ogólnokształcącego. Natomiast szkoły dla pracujących przyjmowały kandydatki posiadające świadectwo ukończenia szkoły asystentek pielęgniarskich.

**Bibliografia**

[1] Materiały z konferencji w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, Pielęgniarka Polska, nr 7, s. 19

[2] Krajowy Zjazd Związków Zawodowych Pracowników Służby Zdrowia, przemówienie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Pielęgniarka Polska 1955 r. nr 8, s 19

[3] Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie otwarcia Zawodowych Szkół Medycznych na terenie województwa katowickiego z dn. 05.01.1967 r. na podst. art. 37 ust. 1, 2, 4 z dn. 15.07. Dz.U.nr 32 poz. 160 z 1961 r.

[4] Dz.U.nr 29, poz. 165 z 1960 r.

[5] Uchwała Prezydium WRN w Katowicach „W sprawie zmian organizacyjnych i nazewnictwa szkół medycznych woj. katowickiego" z dn. 23.03.1972 r., nr 80/1471/72 s. 3

[6] Dz.U.nr 32 poz. 160 art. 37 ust. 2 i 4 z dn. 15.07.1961 „O rozwoju systemu Oświaty i Wychowania"

[7] Zarządzenie Ministra Oświaty i Wychowania z dn. 06.09.1974 r., „W sprawie organizacji zbiorczych zakładów szkolnych", wytyczne z dn. 15.10.1974 r. nr 21 – 016-2/74 Dz.U. Ministra Oświaty i Wychowania nr 9 z dn. 06.09.1974 r.

**Kontakt na autorov:**

dr n. med. Wiesława Kołodziej, mgr pielęgniarstwa
Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej
ul. Kościelna 2
41-303 Dąbrowa Górnicza
Dziekan
w.kolodziej@wsps.pl
tel. 32 2647475, kom. +48 784040593
mgr pielęgniarstwa Halina Starosolska
Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej
ul. Kościelna 2
41-303 Dąbrowa Górnicza
Wykładowca

# PRIMÁRNA PREVENCIA KARDIO-VASKULÁRNYCH OCHORENÍ U DETÍ

Jana Kokoruďová[1], Alena Fialová [2], Vladimíra Rázgová[3]

[1] Katolícka univerzita v Ružomberku, detašované pracovisko Poprad naposledy, t.č. rodičovská dovolenka

[2] Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Žiline, ul. V. Spanyola 27, 011 71 Žilina

[3] Nemocnica Poprad, a. s., detské oddelenie naposledy, t.č. rodičovská dovolenka

## Úvod

Dnešná moderná a pretechnizovaná doba priniesla so sebou možnosť, že si deti vypĺňajú svoj voľný čas pasívnym vysedávaním pri televízii a počítačových hrách. S kamarátmi komunikujú cez sociálne siete alebo mobilné telefóny. Namiesto zdravej stravy konzumujú stravu z pizzérií a fast foodov. A najmodernejší doplnok je cigareta. Všetky spomenuté neduhy sú rizikovými faktormi, ktoré môžu viesť ku vzniku srdcovocievneho ochorenia. Je to najčastejšie civilizačné ochorenie dnešnej doby. Za jeho rozvoj si vo veľkej miere môžeme sami a to tým ako sa staráme o vlastné zdravie a akým životným štýlom žijeme. Je nevyhnutné zamerať primárnu prevenciu na ovplyvňovanie rizikových faktorov, ktorými je možné podstatne znížiť chorobnosť a úmrtnosť na srdcovocievne ochorenia dospelej populácie. Preto je dôležité už v detskom veku zamerať prevenciu na životosprávu, správne stravovacie návyky a dostatočnú a pravidelnú telesnú aktivitu, ktorú má dodržiavať celá rodina [1].

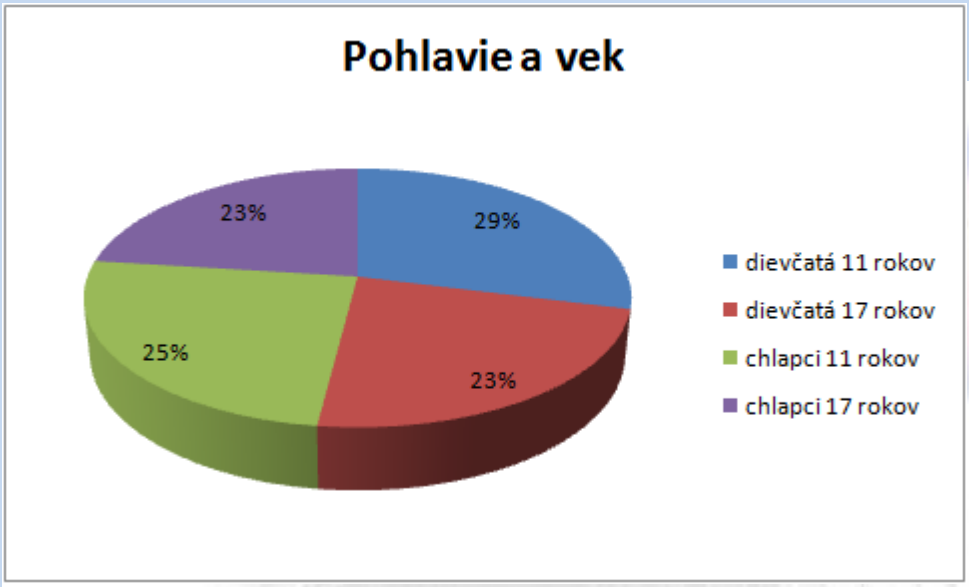
## Ciele

Zistiť prítomnosť rizikových faktorov podieľajúcich sa na vzniku srdcovocievnych ochorení u oslovených respondentov.

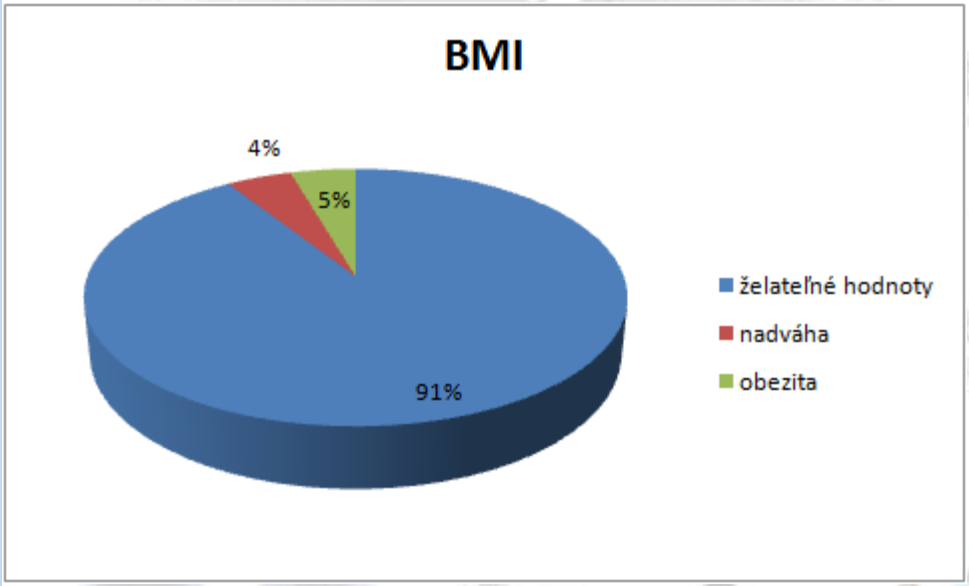
## Metódy

Vzorku tvorili deti školského veku vo veku 11 a 17 rokov. Na získavanie informácií sme si zvolili empirickú metódu - dotazník. Vyplnili ho žiaci a študenti z popradského regiónu. Dotazník bol neštandardizovaný, anonymný a dobrovoľný.

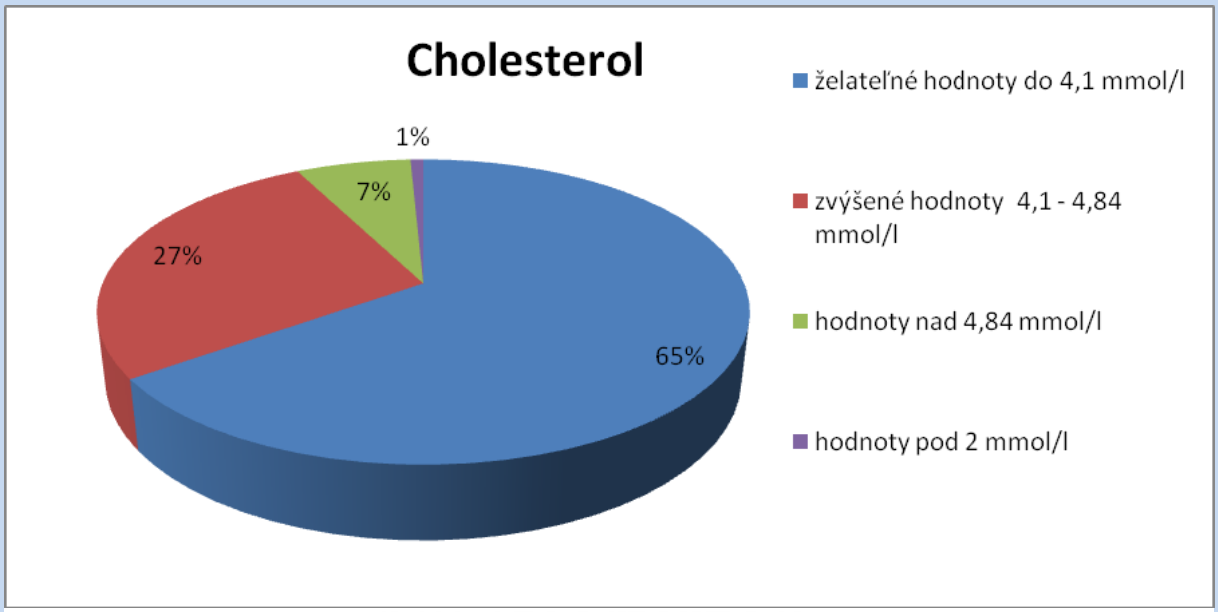
## Výsledky



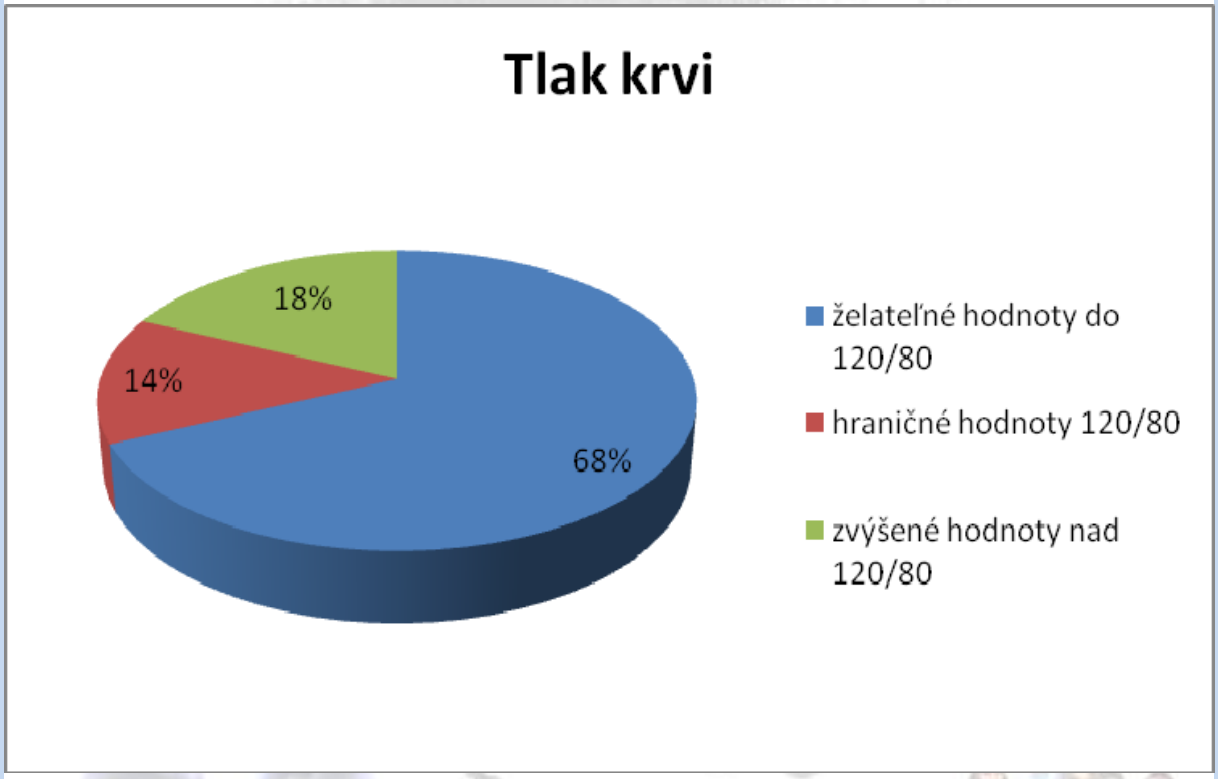

**Graf 1**




**Graf 2**




**Graf 3**




**Graf 4**

**Diskusia**

Zo 132 respondentov mali 4 % hodnoty na úrovni nadváhy, 5 % malo obezitu. Cholesterol a TK nad normálne hodnoty malo zvýšený viac ako 1/3 respondentov. Podľa posledných prieskumov v SR (2011) u viac ako 23 % 11-ročných chlapcov a viac ako 24 % rovnako starých dievčat sa našli rizikové hodnoty cholesterolu. U 9 % 17-ročných

chlapcov a 18 % 17-ročných dievčat tak isto. Nadváha a obezita bola zistená u 28,5 % detí.

Keď porovnáme tieto výsledky, nadváha a obezita bola zistená v našom prieskume u menšieho percenta respondentov, hodnoty cholesterolu boli naopak horšie u viac ako 15,5 %. Z nášho prieskumu teda vyplýva, že sú tu problémy ako sú zvýšené hodnoty cholesterolu a tlaku krvi, ktoré môžu v konečnom dôsledku viesť k možnému riziku vzniku srdcovocievneho ochorenia .Je teda potrebné zamyslieť sa nad životným štýlom našich detí.

Ako pozitívum z nášho prieskumu vyplýva, že deti obľubujú mlieko, mliečne výrobky, cereálie, čo sú vhodné potraviny na raňajky, sú výživné a dodajú telu potrebnú energiu. Prieskum raňajkovania školákov dokazuje, že v tejto oblasti sa zlepšili vedomosti o dôležitosti raňajok oproti roku 2008, keď podľa Petríkovej (2008) až 12,75 % detí vo veku 11-15 rokov neraňajkovalo [2]. Podľa odborníčky na výživu (Babinska, 2008), denne pije mlieko alebo zje mliečny výrobok 66 % detí, čo je približne rovnaké percento, aké vyšlo aj v našich prieskumoch [3].

Na druhej strane sme zistili, že množstvo ani pestrosť skonzumovanej zeleniny nie je dostatočná. Veľmi malé percento detí skonzumuje 5 porcií ovocia a zeleniny do dňa. Polovica respondentov dá 2 krát denne prednosť sladkostiam. A stačí tak málo. Vymeniť čokoládu za jogurt alebo tvaroh s ovocím, je to tiež sladké a výživovo hodnotnejšie. Toto by mala byť úloha rodičov naučiť svoje deti, aby siahli po takejto alternatíve, keď budú mať chuť na sladké. Stravovanie v školskej jedálni využíva 64 % detí. Úrad verejného zdravia zistil, že od roku 2002, kedy sa v školských jedálňach stravovalo 48 % detí, v roku 2010 stúpol počet na 55 % detí. Je to vhodná forma stravovania a má veľa výhod. Deti dostávajú vo vhodnom čase plnohodnotné teplé jedlo. Pri zostavovaní jedálnych lístkov musia byť rešpektované odporúčania odborníkov na výživu. Je to zakotvené vo vyhláške 330/2009 MŠ SR o zariadení školského stravovania [4]. Skoro 1/3 detí sa nestravuje v jedálni. Väčšina z týchto detí si kúpi niečo v rýchlom občerstvení, ostatní minú peniaze určené na stravu na celkom iné. Keď predpokladáme, že 11 a 17 ročné deti, ktoré majú 6-7 vyučovacích hodín a prídu domov o 14,00 až 15,00 hod, v čase keď majú záujmový krúžok aj neskôr, potom obedujú neskoro. V tomto čase, by už mali olovrantovať.

Skoro 1/3 detí konzumuje ťažko stráviteľné vyprážané jedlá s vysokým obsahom tuku. 25 % detí nekonzumuje ryby a keď konzumuje, nie v dostatočnom množstve. Ďalšou

úlohou pre rodičov by malo byť dohliadanie, aby deti večerali do osemnástej hodiny. Prípadne aby večerali 3 hodiny pred spaním.

Kameňom úrazu dnešnej doby je pasivita našich detí. Skoro polovica detí dáva prednosť pasívnemu tráveniu voľného času a uprednostňuje pozeranie TV a hranie na počítači. Druhá, aktívnejšia polovica detí navštevuje záujmové krúžky alebo dáva prednosť bicyklovaniu, korčuľovaniu, plávaniu. Z prieskumu špecialistov z Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v spolupráci s Detskou fakultnou nemocnicou s poliklinikou v Bratislave vyplýva, že veľa času trávia deti pri televízii a počítači a stále sa málo venujú športovým aktivitám. Odborníci odhalili skutočnosť, že rozdiel vo využívaní voľného času je aj pokiaľ ide o vidiek a mesto. Zatiaľ čo deti v mestách uprednostňujú TV a počítač, deti na vidieku dávajú prednosť pohybu vonku s kamarátmi. Eva Vitáriušová z II. Detskej kliniky Lekárskej fakulty Univerzity Komenského upozorňuje rodičov, aby minimalizovali čas detí, ktorý trávia pasívne, a stimulovali ich k prirodzenej pohybovej aktivite. Preto je dobre, keď sú rodičia vzorom pre svoje deti a sami sa venujú športu.

Z nášho prieskumu vyplýva, že 80 % rodičov vedie deti, aby trávili viac času vonku a skoro 2/3 detí uvádza, že trávi s rodičmi dosť času. Predpokladáme, že veľká časť našich respondentov už v tomto veku nepotrebuje tráviť voľný čas s rodičmi. Dávajú prednosť kamarátom, mnohí prvým láskam. 16 % detí chce, aby sa im rodičia viac venovali. Priznajme si, že sme spravidla natoľko zaneprázdnení vlastnými povinnosťami, že mnohokrát jediný čas, ktorý trávime s našimi deťmi je ráno, keď ich vyprevádzame do školy a večer, keď ich ženieme od televízie a od počítačov, aby už išli spať.

Fajčenie priznalo viac ako 1/3 opýtaných detí. Respondenti, ktorí uviedli že fajčia viackrát denne, sú respondenti vo veku 17 rokov. Je veľmi pravdepodobné, že tieto deti sa stanú pravidelnými fajčiarmi. Čím skôr začnú deti fajčiť, tým menšia je šanca, že s fajčením prestanú. Hoci si uvedomujú negatívne následky fajčenia, bagatelizujú ich a naopak vnímajú pozitívne to, že sa stávajú súčasťou skupiny a cítia sa dospelejší. Približne 1/4 dospelých fajčiarov začalo fajčiť vo veku 11-17 rokov [5].

**Záver**

Dosiahnutím pozitívneho prístupu ku vlastnému zdraviu sa dá účinne predchádzať výskytu viacerých civilizačných ochorení, medzi ktoré na prvé miesto radíme srdcovocievne ochorenia. Vysoké zdravotné uvedomenie a skutočnosť, že si

mladí ľudia budú uvedomovať zodpovednosť za svoje zdravie, vytvára dobré predpoklady na zlepšenie zdravia.

Prieskumom sme zistili u detí zvýšené hladiny cholesterolu a tlaku krvi. Pravdepodobne je to spôsobené nesprávnou životosprávou. Zaznamenali sme nízku konzumáciu ovocia a hlavne zeleniny. Výber konzumovanej zeleniny je málo pestrý, napriek tomu, že pre telo nezastupiteľnú zložku potravy. Deti majú v obľube vyprážané, mastné jedlá, ktoré by mali zameniť za chudé hydinové, králičie, občas hovädzie mäso a hlavne ryby, ktoré by mali byť zaradené do jedálneho lístka 2 krát do týždňa. Rovnako dôležité je zmeniť pasívne trávenie voľného času pri počítačoch a televíziách za plnohodnotný, telu prospešný pohyb, ktorý ako z prieskumu vyplýva preferuje iba polovica detí.

Edukácia sa stáva neodmysliteľnou súčasťou primárnej prevencie srdcovocievnych ochorení Samozrejme nestačí iba oznámiť: „Musíte zmeniť stravovanie a životný štýl!“

Vhodné je využiť názorné edukačné materiály, ktoré znázorňujú skleroticky poškodené cievy, pľúca poškodené fajčením, obéznych ľudí. Edukant musí pochopiť odporúčania a rady sestry - edukátora, musí byť ochotný ich rešpektovať, dodržiavať a správne realizovať. Je dôležité, aby poznal rizikové faktory a začal presadzovať zdravú výživu, snažil sa dosiahnuť želateľnú hmotnosť, zlepšil telesnú kondíciu. Je potrebné motivovať dieťa a jeho rodinných príslušníkov k dlhodobej zmene a upevňovaniu zdravého spôsobu života [6].

**Bibliografia:**


1. CAGÁŇ, S. 2002. Prevencia srdcovocievnych chorôb v USA a v SR alebo poučenie, ktoré stojí za to. In *Zdravotnícke noviny.* ISSN 1335-4477, 2002, roč. 7, č. 45, s. 5- 6.
2. PETRÍKOVÁ, B 2008. *Problematika výskytu obezity u detí školského veku v ošetrovateľskej praxi*: bakalárska práca. Košice: UPJŠ, 2008. 77 s.
3. BABINSKÁ, K. 2008. Stravovanie detí na Slovensku. Fyziologický ústav, Lekárska fakulta UK [online]. [cit. 2012-3-15]. Dostupné na internete: <http://www.zzv.sk/images/pdf/skolske_stravovanie_2011/Katarina_Babinska.pdf>.
4. Zbierka zákonov č. 330/2009. VYHLÁŠKA Ministerstva školstva Slovenskej republiky zo 14. Augusta 2009 o zariadení školského stravovania. [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné na internete na: http://www.unsk.sk/files/oblasti/skolstvo/legislativa/330-2009.pdf.

*5.* HRUBÁ, D.- KYASOVÁ, M. 2001. Závislost dětí a mládeže na nikotinu. In *Československá pediatrie*. ISSN 0069-2328, 2001, roč. 56, č. 3, s. 174-178.

6. BAŠKOVÁ, M. a kol. 2009. *Výchova k zdraviu.* Martin: Osveta, 2009. 226 s. ISBN 978-80- 8063- 320- 2.

**Kontakt na autora:**

PhDr. Jana Kokoruďová

E-mail: j.kokorudova@gmail.com

**JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW PO WSZCZEPIENIU STYMULATORA SERCA**

**Kvalita života u pacientov po implantnácii kardiostymulátora**

Mariola Głowacka, Helena Glazik

Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku

**Streszczenie**

**Cel pracy.** Przedstawienie jakości życia pacjentów po wszczepieniu stymulatora serca.

**Materiał i metodyka.** Badanie przeprowadzono w Szpitalu Specjalistycznym w Pile, na Oddziale Kardiologii i w Poradni Kontroli Stymulatorów w 2010 r. w grupie 100 pacjentów, ze wszczepionym stymulatorem serca.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką ankietową z wykorzystaniem narzędzia konstrukcji własnej-ankiety.

**Wyniki**. Większość badanych po wszczepieniu stymulatora czuła się bezpieczna (97%), była zadowolona z własnego zdrowia (80%) oraz oceniła jakość swojego życia jako dobrą (28%) lub jako bardzo dobrą (71%).

Stymulator zdaniem ankietowanych powodował dolegliwości i ograniczenia, głównie w zakresie aktywności fizycznej (56.1%) i snu (20,2%), co wiązało się ze średnią wieku respondentów-72,1. Respondenci nie odczuwali obaw przed ewentualną wymianą stymulatora (86%).

**Dyskusja.** Uzyskane wyniki potwierdziły doniesienia w literaturze przedmiotu. Wszczepienie stymulatora z założeniu ma przedłużać życie i poprawić jego jakość, lecząc zaburzenia np. rytmu serca, zaburzenia przewodnictwa w sercu. Jakość życia tej grupy pacjentów nie różniła się znacznie od chorych leczonych kardiologicznie-inwazyjnie lub kardiochirurgicznie U większości chorych bezpośrednio po operacji tętniaka aorty średnie parametry określające jakość życia uległy nieznacznemu obniżeniu. W grupie badawczej obniżenie to następowało przed upływem roku lub po upływie sześciu lat od implantacji stymulatora. Kwestionariusz SF-36 wykazał istotnie różnice w kilka miesięcy po operacji, kiedy zwiększyła się aktywność fizyczna ($p<0.001$) [5].

**Wnioski**. Pacjenci akceptujący wszczepienie stymulatora serca mieli dobrą jakość życia, poczucie bezpieczeństwa i dobrego zdrowia. Występowało u nich niewiele ograniczeń, głównie pole elektromagnetyczne i mniejsza aktywność fizyczna. Kardiologiczne wizyty kontrolne odbywali systematycznie i w zależności od potrzeby oraz stosowali się do

zaleceń, głównie regularnego przyjmowania leków. Ogólnie czuli się przygotowani do samoopieki i samokontroli oraz odpowiedzialni za własne życie i zdrowie.

## WSTĘP

Stymulatory serca posiada aktualnie około dwa miliony ludzi na świecie, w Polsce około 150 tysięcy. Liczba implantowanych urządzeń stymulujących ciągle rośnie.

Rocznie wszczepia się w naszym kraju około 20 tysięcy stymulatorów, w szpitalu, w którym przeprowadzono badania około 200 na rok.

Kiedy w 1958 roku kardiochirurg Dr Ake Senning implantował pierwszy stymulator serca u człowieka, mało kto przypuszczał, że w tak krótkim czasie, ta dziedzina kardiologii zrobi tak ogromne postępy, zarówno w liczbie wszczepianych urządzeń, jak i ich różnorodności, oraz stopniu skomplikowania.

Od czasu, gdy pod koniec połowy ubiegłego wieku rozpoczęto z powodzeniem wszczepianie rozruszników serca to wiele osób skorzystało z dobrodziejstw tej metody, wracając do normalnego życia. Urządzenia te skonstruowano po to, aby ratowały ludzkie życie, przedłużały je i pozwoliły na efektywne leczenie antyarytmiczne.

Postępy w elektroterapii spowodowały, że implantacja stymulatorów stanowi ważne narzędzie leczniczo-diagnostyczne. Dzisiejsze urządzenia są w stanie zgromadzić mnóstwo informacji dotyczącej rozrusznika, zaburzeń rytmu, a nawet na podstawie parametrów pośrednich stanu klinicznego pacjenta.

Grupa pacjentów po wszczepieniu stymulatora wymaga specjalnej kontroli i edukacji. Ważnym elementem jest przygotowanie tych chorych do samokontroli i samoopieki udzielając szerokiego wsparcia od zespołu kardiologicznego.

### Cel badań

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie poziomu jakości życia ludzi ze wszczepionym stymulatorem serca.

### Materiał i metodyka

W badaniu wzięło udział 100 osób po wszczepieniu stymulatora serca. Sposób rekrutacji uczestników badania był losowy. Osoby, które brały udział w badaniu nie ponosiły żadnego ryzyka z nim związanego. Oceny jakości życia pacjentów po wszczepieniu stymulatora dokonano na podstawie sondażu diagnostycznego, techniką

ankietową z wykorzystaniem narzędzia konstrukcji własnej – ankiety. Miejscem badań był Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica.. Badanie prowadzono w okresie od 15.03.2010 roku do 30 maja 2010 roku.

W analizie wykorzystano średnią arytmetyczną i odchylenie standardowe oraz analizę przekrojową z modułu Anova/Manova, a także test nieparametryczny Spearmana.

**Wyniki badań**

**Charakterystyka populacji**

W badaniu uczestniczyły najczęściej kobiety (54% ) w wieku 71-80 lat (48%). Średnia wieku badanej grupy to 72 lata, przy czym średnia wieku kobiet (75 lat) była o 6 lat wyższa od średniej wieku mężczyzn (68,8 lat).

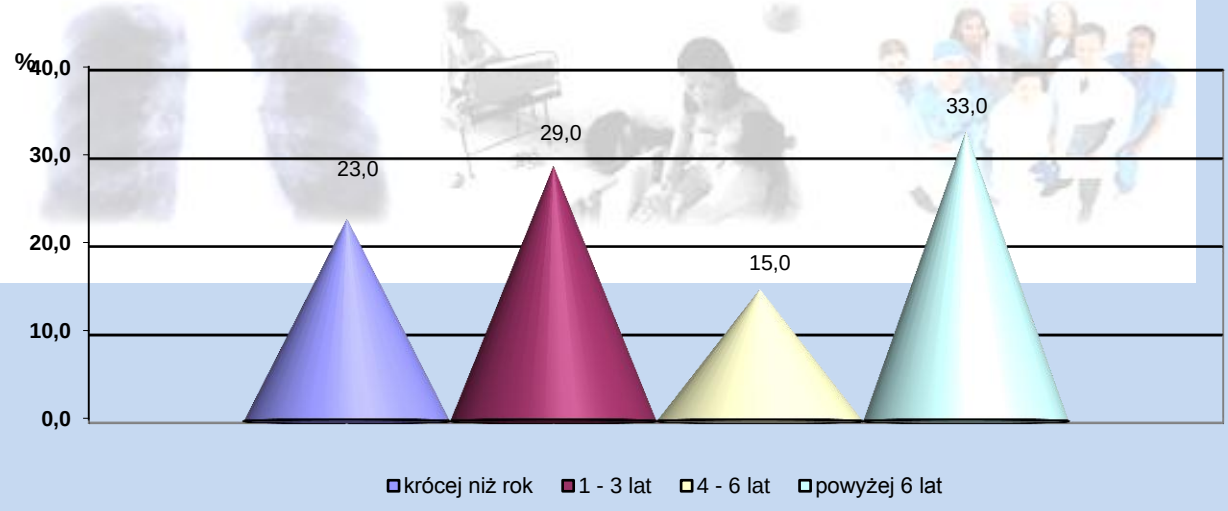
Pacjenci z wszczepionym stymulatorem serca w większości byli mieszkańcami miasta (77%), a co czwarty respondent wskazywał na miejsce zamieszkania wieś (23%).

Najliczniejszą reprezentację tworzyły osoby z wykształceniem podstawowym (N-49%), a najmniej liczebną grupę z wykształceniem wyższym (N-9%). Mężczyźni byli nieco lepiej wykształceni od kobiet.

Zdecydowana większość badanych to osoby na emeryturze (N–79). Zaledwie 3 były aktywne zawodowo, 17 otrzymywało rentę, a jedna pozostawała na utrzymaniu męża.

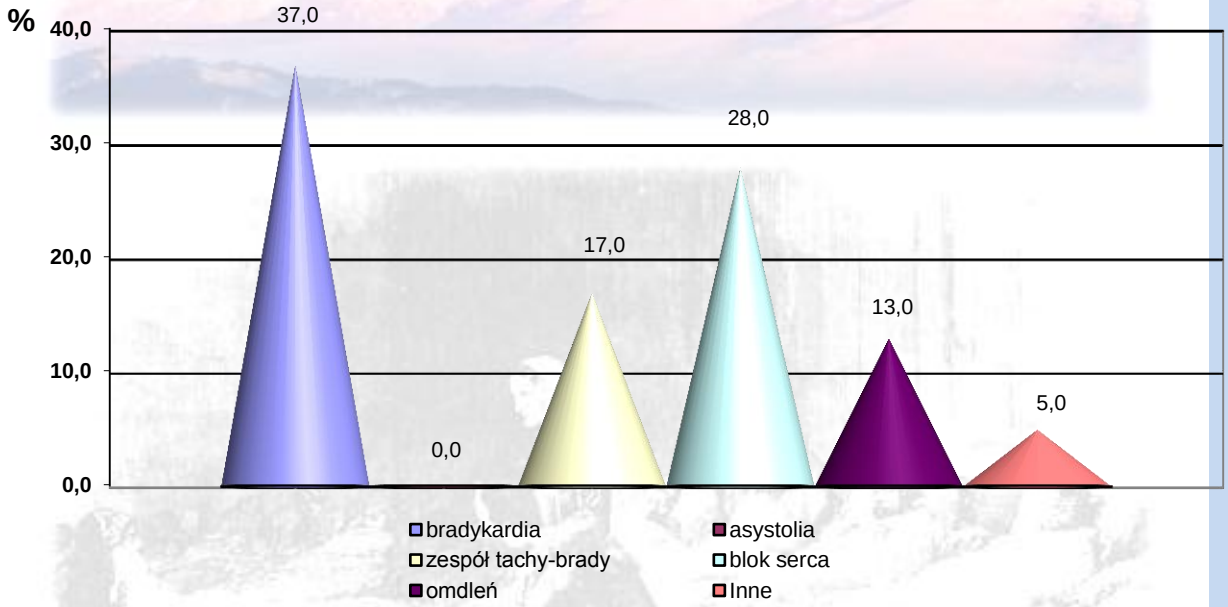
**Akceptacja zabiegu wszczepienia stymulatora serca**

Czynnikiem, który miał wpływ na akceptację wszczepienia stymulatora był czas od momentu implantacji. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które miały wszczepiany stymulator przed 6 laty (33,0%), a najmniej liczną, który od operacji minęło 4 – 6 lat (15,0%). (Ryc.1).



**Ryc.1. Rozkład czasokresu wszczepienia stymulatora**

Najczęściej wymienianym wskazaniem do wszczepienia stymulatora serca była bradykardia (37,0%), a najrzadziej omdlenia (13,0%). Nikt nie wymienił jako powodu wszczepienia stymulatora – asystolii. Pod pojęciem „inne" badani wymieniali utratę przytomności, zapalenie mięśnia sercowego i zawał serca. Wszyscy ankietowani znali wskazania do zabiegu wszczepienia stymulatora (Ryc.2).




**Ryc.2. Rozkład powodów wszczepienia stymulatora**

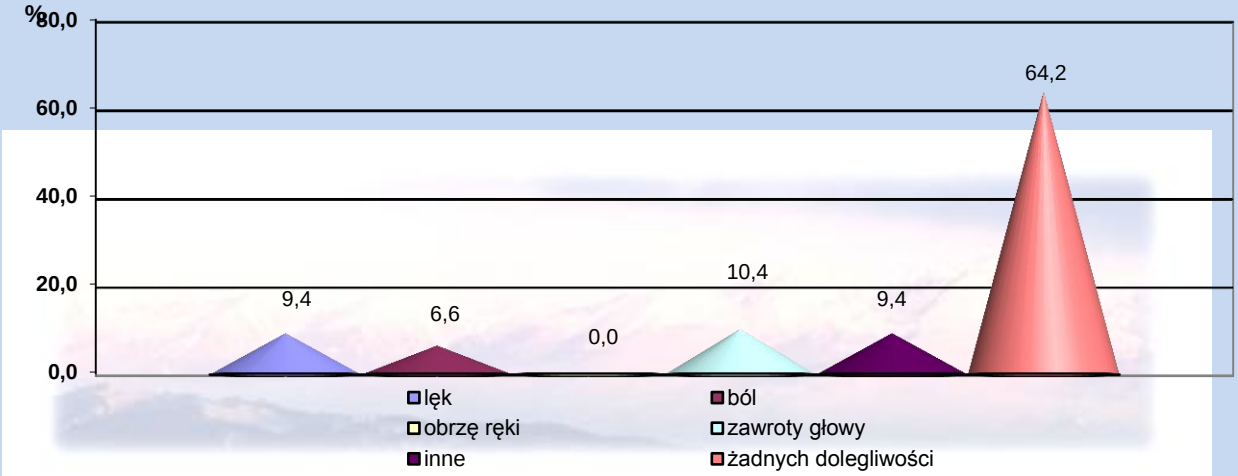
Znaczące w akceptacji implantacji stymulatora było poczucie bezpieczeństwa, które występowało po zabiegu i dotyczyło 97 % respondentów oraz poczucie szczęścia, że tak drogie urządzenie chorzy otrzymali za darmo (99%).

Akceptacja wszczepienia stymulatora bezpośrednio warunkowała jakość życia tej grupy chorych. Ocena dobrostanu była pośrednio pomiarem skuteczności interwencji kardiologicznej. Zabezpieczeni w stymulator pacjenci dobrze lub bardzo oceniali jakość swojego życia ( odpowiednio 71,0% i 28,0%) i byli zadowoleni z własnego zdrowia, (80,0%).

**Ograniczenia, dolegliwości i trudności w życiu osób z rozrusznikiem**

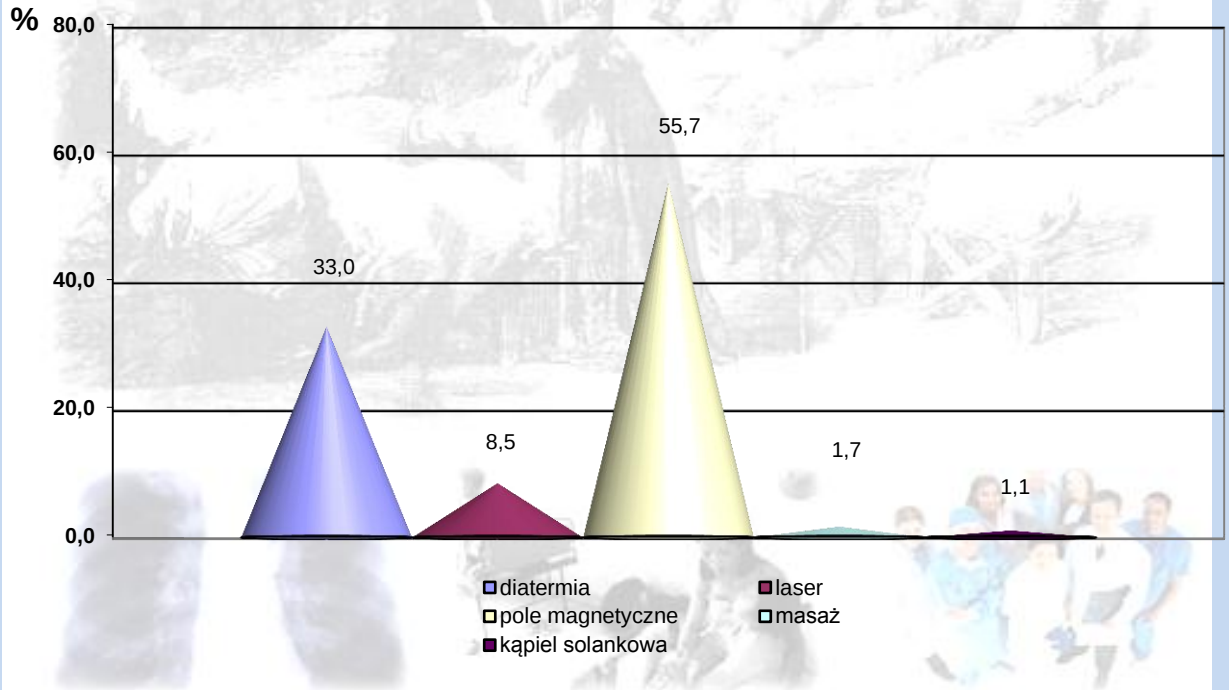
Czynniki negatywne determinujące jakość życia po wszczepieniu stymulatora to ograniczenia, dolegliwości i trudności w życiu. Zdecydowana większość respondentów

nie skarżyła się na dolegliwości (68%), przy czym u co dziesiątej osoby występowały zawroty głowy (10,4%). (Ryc.3).




**Ryc.3. Rozkład odczuwania dolegliwości po wszczepieniu stymulatora**

W zakresie rehabilitacji jako zabieg zabroniony ankietowani wymieniali najczęściej pole magnetyczne (N-98 osób, 55,7% wszystkich odpowiedzi), a najrzadziej kąpiel solankową (N- 2 , 1,1%. wszystkich odpowiedzi). Zdecydowanie za mała grupa osób po wszczepieniu stymulatora korzystała z rehabilitacji (Ryc.4).




**Ryc.4. Rozkład zabronionych zabiegów ze względu na stymulator**

Zaznaczając kilka odpowiedzi, prawie wszyscy badani stwierdzili, że o wszczepionym stymulatorze muszą informować przed badaniem rezonansem

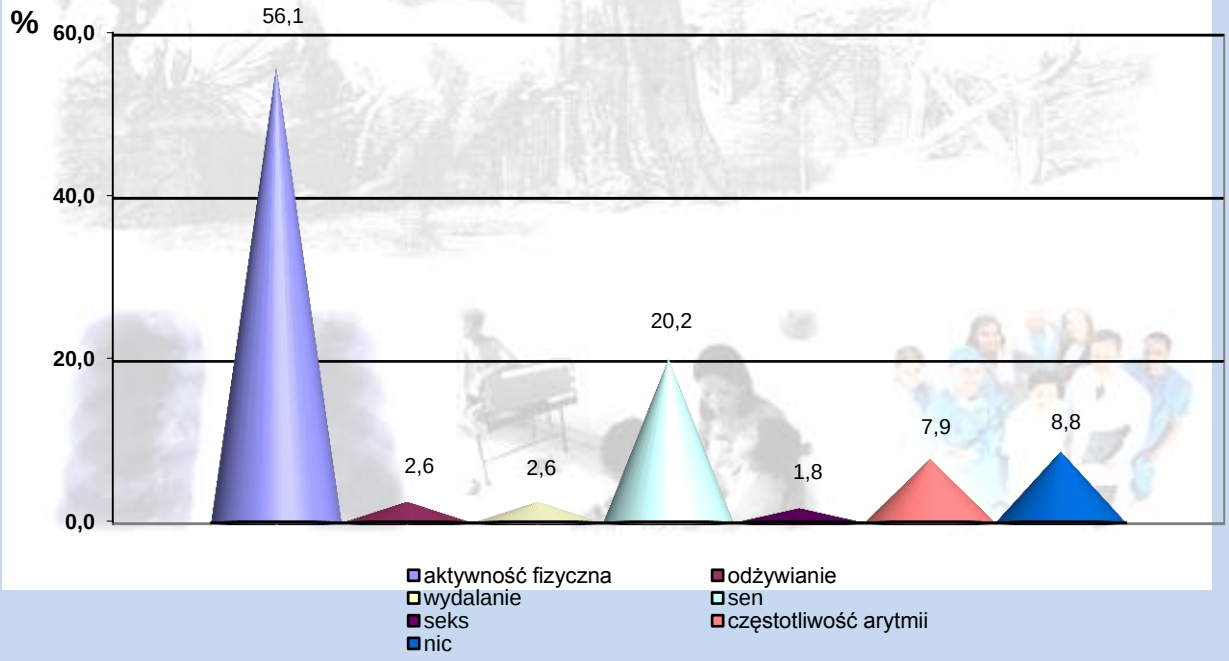
magnetycznym (N-99 , 84,6% wszystkich odpowiedzi) (odpowiedź właściwa) i niewłaściwe przed tomografią komputerową (14,5 %) (Tabela I).

**Tabela I. Informowanie przed badaniem o wszczepionym stymulatorze**

| Badania | Ankietowani | |
|---|---|---|
| | N | % |
| tomografia komputerowa | 17 | 14,5 |
| rezonans magnetyczny | 99 | 84,6 |
| pomiar ciśnienia | 1 | 0,9 |
| pobieranie krwi | - | - |
| Razem | 117 | 100,0 |

Zdecydowana większość ankietowanych nie bała się wymiany stymulatora (86,0%), choć często nie znała terminu jego wymiany (58%) i okresu, na jaki został wszczepiony wskazując na jego 8-9- letnią żywotność **(67%).**

Najczęściej występującymi trudnościami w życiu codziennym były: ograniczona aktywność fizyczna ( N- 64; 56,1% wszystkich odpowiedzi) i problemy ze snem (N-23; 20,2% wszystkich odpowiedzi). Sporadycznie respondenci ograniczali aktywność seksualną (N-2 osoby, 1,8% wszystkich odpowiedzi) (Ryc.5).




**Ryc.5. Rozkład trudności życia codziennego związanych ze stymulatorem**

Badając korelacje zmiennych jak dolegliwości, zabronione zabiegi rehabilitacyjne, badania, lęk przed wymianą stymulatora oraz czas wymiany w stosunku tylko do wieku

badanych stwierdzono, że wyniki w badanych grupach wiekowych, nie różnią się między sobą. Jedynie kwestia, kiedy zaplanowano wymianę stymulatora, pozostawała w niskiej korelacji z wiekiem. W grupie pacjentów powyżej 80 lat 11 osób nie posiadało wiedzy o wymianie stymulatora serca, podobnie w innych przedziałach wiekowych- nie wiem odpowiedziało 30 osób w wieku 71-80 lat, w sumie 58 ankietowanych. Znajomość terminu wymiany stymulatora była zdeterminowana istotnie statystycznie wiekiem pacjentów (p=0,049739) (Tabela II).

**Tabela II. Korelacja wieku i ograniczeń, dolegliwości i trudności w życiu**

| Zmienna | N | R | poziom p |
|---|---|---|---|
| dolegliwości z powodu stymulatora | 100 | -0,037262 | 0,712826 |
| które zabiegi rehabilitacyjne są zabronione | 100 | -0,150297 | 0,052018 |
| przed którymi badaniami informuje sie o stymulatorze | 100 | -0,153920 | 0,126270 |
| kiedy zaplanowano zmianę stymulatora | 100 | 0,196771 | 0,049739 |
| strach przed wymianą stymulatora | 100 | 0,112941 | 0,263229 |
| co sprawia największe trudności w życiu codziennym | 100 | -0,140722 | 0,162569 |

**Systematyczna opieka medyczna**

Zdecydowana większość badanych przyjmowała leki na stałe (94,0%), oraz rozumiała konieczność farmakoterapii. Pacjenci najczęściej wykupywali i zażywali wszystkie leki przepisane przez lekarza (98,0%) rozumiejąc konieczność kuracji zintegrowanej, ale 2 osoby o niskich dochodach ludzi nie mogły zrealizować recept i nie wiedziały gdzie mogą otrzymać wsparcie lekowe. Z takim problemem borykali się pacjenci powyżej 80 lat (na 15 chorych 2 nie wykupywało leków- p= 0,024101)

Co pół roku zaleca się badanie żywotności stymulatora, a przy symptomach gorszej pracy urządzenie należy kontrolować z większą częstotliwością. Dlatego pacjenci systematycznie, zgodnie z zaleceniami byli kontrolowani i znali swojego kardiologa (96%).

Częstotliwość wizyt lekarskich była dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjentów. Badani najczęściej korzystali z porad lekarza 1 x w miesiącu (61,0%) lub częściej w zależności od potrzeby (43%), a 5 osobom wystarczały wizyty co 2 miesiące.

Respondenci w większości nie korzystali z rehabilitacji (84,0%). Czyniło to zaledwie 6 osób, a pozostałe 10 osób poddawało się zabiegom rehabilitacyjnym sporadycznie, przy czym znało zabiegi, które mogą być u nich zastosowane.

Gdy pojawiał się problem związany z posiadaniem stymulatora, pacjent mógł kontaktować się z oddziałem kardiologii (46%), poradnią kontroli stymulatora (31%) bądź z lekarzem w gabinecie prywatnym (16%). Chory informował o swoim problemie telefonicznie lub pojawiał się osobiście. W oddziale kardiologicznym większość chorych korzystała z porad specjalisty osobiście (46,0%).

Pacjenci akceptowali systematyczne wizyty lekarskie, przyjmowali leki, w razie problemu ze stymulatorem wiedzieli, gdzie szukać pomocy bez względu na płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia ($p > 0,05$).

**Przygotowanie pacjenta do samo opieki i samokontroli**

Zdania badanych były bardzo podzielone w kwestii kontaktów z osobami mającymi wszczepiony stymulator. Najwięcej osób zaznaczyło odpowiedź, że te spotkania były przypadkowe (38,0%) i miały miejsce w poradni podczas kontroli (30%). Co trzeci respondent nie spotkał w swoim życiu innego pacjenta z wszczepionym stymulatorem (32%).

Ankietowani orientowali się, że przed podróżami, szczególnie samolotem, należy poinformować o posiadania stymulatora (74%), aby uniknąć problemów podczas odpraw i kontroli na lotnisku.

Pacjenci najczęściej posiadali telefony komórkowe i znali zasady bezpiecznego ich noszenia i użytkowania.

Po implantacji stymulatora otrzymali odpowiednie legitymacje stymulatorów i zawsze nosili je przy sobie (92%).

Pakiet informacji o stymulatorze serca chorzy otrzymali przed i po zabiegu implantacji stymulatora. Jak żyć z rozrusznikiem i na co zwracać uwagę to niezbędne informacje, które były systematycznie przekazywane. Źródłem informacji byli lekarze, pielęgniarki, pacjenci ze stymulatorem, ale również odpowiednia lektura. Każdy chory po zabiegu otrzymał książeczkę np. „Wszystko o twoim stymulatorze serca" (Tabela III).Zasób tych informacji respondenci ocenili jako wystarczający.

**Tabela III. Osoba udzielająca informacji o stymulatorze**

| **Odpowiedź** | N | % |
|---|---|---|
| lekarz | 97 | 66,9 |
| pielęgniarka | 38 | 26,2 |
| inni pacjenci | 2 | 1,4 |
| z broszurki | 8 | 5,5 |
| Razem | 145 | 100,0 |

Ważnym elementem samokontroli był pomiar tętna, który części respondentom sprawiał trudność (77%).

Dużą odpowiedzialnością była również samokontrola rany po wszczepieniu stymulatora. Oprócz objawów subiektywnych, jak ból prowadzono obserwację skóry, jej zabarwienia, napięcia i obrzęku (Tabela IV).

**Tabela IV. Ocena rany pooperacyjnej**

| **Wygląd rany** | N | % |
|---|---|---|
| prawidłowa | 94 | 94,0 |
| obrzęknięta | 0 | 0 |
| zaczerwieniona | 1 | 1,0 |
| sącząca | 0 | 0 |
| inna | 5 | 5,0 |
| Razem | 100 | 100,0 |

Przygotowania pacjentów do samoopieki i samokontroli częściowo zależało od ich wieku (Tabela V).

**Tabela V. Korelacja wieku i przygotowania pacjenta do samoopieki i samokontroli**

| Zmienna | N | R | poziom p |
|---|---|---|---|
| kontakt z osobami mającymi wszczepiony stymulator | 100 | 0,097973 | 0,332174 |
| czy podróżując samolotem trzeba przed bramka kontrolna informować o stymulatorze | 100 | 0,260893 | 0,008749 |
| czy telefon komórkowy | 100 | 0,192725 | 0,054723 |
| do dokumentów dołączona jest legitymacja stymulatora | 100 | 0,123160 | 0,222172 |
| kto udzielił informacji o stymulatorze | 100 | 0,121143 | 0,229896 |
| czy informacje na temat stymulatora są wystarczające | 100 | 0,204680 | 0,041077 |
| umiejętność policzenia tętna | 100 | 0,179071 | 0,074646 |
| ocena rany po stymulatorze | 100 | -0,151397 | 0,132681 |

Podobne wnioski można wyciągnąć analizując zależność posiadania wiedzy o stymulatorze od wieku, co sugeruje potrzebę rozszerzenia informacji o rozruszniku. Im badany był starszy, tym w większym stopniu skłaniał się do odpowiedzi, że nie wie czy posiadane przez niego informacje były wystarczające.

W przygotowaniu do samoopieki i samokontroli zmienne, takie jak podróże samolotem, lokalizacja telefonu komórkowego pozostawały w korelacji z wykształceniem ( p=0,027352; p=0,018490). Jedna czwarta ankietowanych (26%) nie wiedziała, czy istotne było informowanie o posiadanym rozruszniku, a co piąty badany (19%) nie wiedział jak zachować ostrożność posiadając telefon komórkowy, gdzie

bezpiecznie nosić go przy sobie. Głównie dotyczyło to emerytów (79%) z wykształceniem podstawowym (48%) (Tabela VI).

**Tabela VI. Korelacja wykształcenia i przygotowania pacjenta do samo opieki i samokontroli**

| Zmienna | R | poziom p |
|---|---|---|
| **kontakt z osobami mającymi wszczepiony stymulator** | -0,096683 | 0,338606 |
| **czy podróżując samolotem trzeba przed bramka kontrolna informować o stymulatorze** | -0,220693 | 0,027352 |
| **czy telefon komórkowy należy nosić na pasku, w torebce** | -0,235208 | 0,018490 |
| **do dokumentów dołączona jest legitymacja stymulatora** | -0,132370 | 0,189234 |
| **kto udzielił informacji o stymulatorze** | 0,135902 | 0,177596 |
| **czy informacje są wystarczające** | -0,090064 | 0,372860 |
| **umiejętność policzenia tętna** | -0,138061 | 0,170743 |
| **ocena rany po stymulatorze** | 0,015539 | 0,878047 |

**Dyskusja**

Uzyskanie bardzo dobrej i dobrej jakości życia jest ważnym celem strategicznym państwa jak i każdego człowieka.

Każdego roku Światowa Organizacja Zdrowia publikuje raport o stanie zdrowia na świecie, w którym poruszane są najważniejsze problemy współczesnego zdrowia

publicznego. Choroby układu krążenia stanowią współcześnie podstawowe zagrożenie zdrowotne i główną przyczynę śmiertelności[2].

Opisana w niniejszej pracy 100-osobowa grupą respondentów po wszczepieniu stymulatora serca należy do rzeszy dwóch milionów ludzi na świecie z implantowanym urządzeniem [3].

Dostępność tej metody leczenia jest osiągalna już od 60 lat. Firmy produkują coraz doskonalsze stymulatory, które zapewniają pacjentom coraz lepszą jakość życia i poczucie bezpieczeństwa, co potwierdziły również autoeskie badania nad populacją chorych ze stymulatorem serca. Wszczepienie stymulatora z założeniu ma przedłużać życie i poprawić jego jakość, lecząc zaburzenia np. rytmu serca, zaburzenia przewodnictwa w sercu.

Raport WHO donosi, że „wśród mieszkańców Europy Polacy uznawali zdrowie za główną troskę przed problemami finansowymi, mieszkaniem czy przestępczością. Zdrowie było dla nich ważniejsze niż dla innych narodów, np. Francuzów, Niemców czy Anglików [2].

Ze zjawiskiem starzenia się społeczeństwa, wiążą się problemy z dostępnością do opieki zdrowotnej – według potrzeb i niezależnie od możliwości finansowych. Grupa przedstawionych w badaniu pacjentów wręcz przeciwnie miała zapewniony stały i systematyczny kontakt i opiekę medyczną, a wysokospecjalistyczna procedura nie obciążyła ich ekonomicznie.

Jakość życia ludzi w podeszłym wieku badana kwestionariuszem SF-36, przy założeniu o jej średnim wymiarze nie potwierdziła się, gdyż badania wykazały, że jest na wysokim poziomie niezależnie od płci [4].

Respondenci po wszczepieniu stymulatora serca określili swoją jakość życia na wysokim i bardzo wysokim poziomie, niezależnie od płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, towarzyszących dolegliwości oraz utrudnień życia codziennego.

Badania nad jakością życia zyskały na znaczeniu wraz z całościowym i interdyscyplinarnym spojrzeniem na pacjenta. Pacjenci z ostrymi zespołami wieńcowymi są poddawani również drogim, nowoczesnym metodom leczenia, np. angioplastyce wieńcowej. Korzystając ze standardowego kwestionariusaza WHOQOL-Bref oceniono, że wyniki jakości życia były zróżnicowane przez płeć i wiek. Pozytywniej jakość życia oceniła grupa młodych mężczyzn niż kobiet [5]. Są to wartości uniwersalne i dotyczyły grupy przestawionej w niniejszej pracy. Również poziom zadowolenia ze swojego zdrowia wpływał na jakość życia ankietowanych. Czytając pracę ,,Jak zmienia

się ocena stanu jakości życia u chorych po operacji z powodu tętniaka aorty brzusznej?" poddano analizie poszczególne skale przed i po operacji tętniaka. Analiza skal wykazała, że u większości chorych bezpośrednio po operacji średnie parametry określające jakość życia uległy nieznacznemu obniżeniu. W grupie badawczej obniżenie to następowało przed upływem roku lub po upływie sześciu lat od implantacji stymulatora. Kwestionariusz SF-36 wykazał istotne różnice w kilka miesięcy po operacji, gdzie zwiększyła się aktywność fizyczna ($p<0.001$) [6].

Często pacjenci z zaburzeniami rytmu serca mieli problemy z lekami antyarytmicznymi. Chociaż badanie wykazało zdyscyplinowanie, to jednak niewielki odsetek chorych rezygnował z leków. Eksperci w dziedzinie zaburzeń rytmu są zgodni, że istnieje potrzeba poszukiwania nowych preparatów LAA o wysokiej skuteczności i zachowanym profilu bezpieczeństwa ich stosowania. Duża grupa chorych miała wszczepiony stymulator serca z powody zespołu tachy- bradyarytmia (17 osób na 100 badanych). Dla tej grupy nie było uniwersalnego leku [7].

Główne wsparcie dla pacjentów po wszczepieniu stymulatora stanowiła systematyczna opieka medyczna, co dawało poczucie bezpieczeństwa i zaufania u 97% ankietowanych. Tworzenie wytycznych i uzgodnień ekspertów Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego do opieki nad chorymi ze stymulatorami, proces przejścia od badań klinicznych, poprzez formułowanie dyrektyw dotyczących postępowania, co do ich wprowadzenia w życie tylko wtedy jest kompletny, gdy organizuje się badania ankietowe i rejestry oceniające zgodność praktyki klinicznej z zaleceniami [7].

**WNIOSKI**

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych wyciągnięto poniższe wnioski.

1. Pacjenci akceptujący wszczepienie stymulatora serca mieli dobrą jakość życia, poczucie bezpieczeństwa i dobrego zdrowia.
2. U osób po implantacji rozrusznika występowało niewiele ograniczeń, należały do nich pole elektromagnetyczne i mniejsza aktywność fizyczna. Niestety część respondentów nie korzystała z rehabilitacji obawiając się zakłóceń w funkcjonowaniu rozrusznika.
3. Systematyczna kontrola medyczna stanowiła główne źródło wsparcia dla chorych. Kardiologiczne wizyty kontrolne odbywali systematycznie i w zależności od potrzeby oraz stosowali się do zaleceń, głównie regularnego przyjmowania leków.

4. Pacjenci czuli się przygotowani do samoopieki i samokontroli, głównie tętna oraz odpowiedzialni za własne życie i zdrowie.

**Piśmiennictwo**

1. Michalak A.,, Michalak K., Bocian R., Okraszewski J., Wroński K.. Jak zmienia się ocena stanu jakości życia u chorych po operacji z powodu tętniaka aorty brzusznej?". W: Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 3/2009

2. Raport Światowej Organizacji Zdrowia z 2008 roku

3. W Dobrym Rytmie 4(13), Wrzesień 2009 www.wdobrymrytmie.pl ›

4. Chołuj E.: Jakość życia ludzi w podeszłym wieku,

5. Blechinger –Piłat K.: Jakość życia pacjentów po angioplastyce naczyń wieńcowych. Biuletyn Informacyjny1 (83) OIPiP, Piłą 2010

6. Wytyczne dotyczące stymulacji serca i desynchronizacji. Kardiologia Polska 2007;65;12

7. Folia Cardiologica 2006, 13, C

**Kontakt na autora:**

Dr n. med., Mariola Glowacka, mgr pielęgniarstwa,
Vicedyrektor Instytutu Nauk o Zdrowiu Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku
E-mail: mariola.glowacka@wp.eu

**ASPEKTY DZIELENIA SIĘ WIEDZĄ SPECJALISTYCZNĄ WŚRÓD PIELĘGNIAREK**

**Aspekty výmeny skúseností medzi sestrami**

Barbara Gugała, Dorota Gutkowska, Anna Iwanicka –Maciura, Kozioł Jadwiga

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Rzeszowski

W dobie szybkiego rozwoju medycyny i techniki, oprócz ustawowych formalnych specjalizacji i szkoleń w zespole opieki nad pacjentem jest również zapotrzebowanie na dzielenie się wiedzą specjalistyczną i doświadczeniem. Zagadnienie to nie jest tematem nowym, obecnym w praktyce zawodu w mniejszym lub większym stopniu, jednak rzadko poruszanym w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym.

**Głównym celem** pracy jest przedstawienie aspektów dzielenia się wiedzą specjalistyczną w grupie zawodowej pielęgniarek. Dla osiągnięcia zamierzonego celu ustalono następujące problemy badawcze:

1. Czy chętnie pielęgniarki dzielą się korzystają z wiedzy i doświadczenia innych koleżanek w zespole?
2. Jakimi pobudkami kierują się przekazując swoją wiedzę specjalistyczną innym pielęgniarkom?
3. W jakiej specyfice swojej pracy pielęgniarki najczęściej potrzebują porad innych koleżanek?
4. Czy w podejściu do dzielenia się wiedzą specjalistyczna w zespole istnieją różnice w zależności od oddziału na jakim pracują respondenci?

**Materiał i metody:** Badanie przeprowadzono od stycznia do kwietnia 2012 roku na grupie 179 pielęgniarek pracujących w podkarpackich szpitalach oddziałów Pediatrii i Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM). Odmienność i specyfikę oddziałów wykorzystano w porównywaniu uzyskanych wyników badań. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, w którym zastosowano pytania zamknięte wielo i jednorakiego wyboru dotyczące procesu dzielenia się wiedzą specjalistyczną w zespole pielęgniarek. Respondenci wypełniali formularze ankiety samodzielnie bez udziału ankietera, ich udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Warunkiem zakwalifikowania ankiety do analizy , było jej pełne , poprawne

wypełnienie. Rozdano 200 ankiet, zwrotność wynosiła 100% z czego do analizy zakwalifikowano 179 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Do weryfikacji hipotezy zerowej wykorzystano test zgodności chi-kwadrat na 5% deklarowanym poziomie istotności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe SPSS Statistics 17. Do sprawdzenia zależności występujących w badanej populacji zastosowano test niezależności chi-kwadrat, test t dla zmiennych niezależnych oraz jednoczynnikową analizę wariancji (metoda ANOVA).

**Wyniki badań**

W podziale na płeć, wśród 179 respondentów było 162 kobiety i 17 mężczyzn, zamieszkałych na terenie Rzeszowa i okolic. Średnia arytmetyczna wieku badanych wynosiła 34,15 lat, przy rozpiętości od 22 – 57 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 26-35 lat (40,8%), następnie osoby w przedziale 36-45 lat, stanowiąc 36,3% ankietowanych . Pozostałe osoby w wieku od 22-25 lat (15,6%) i 46-57 lat (7,3%) stanowiły zdecydowaną mniejszością .W badanej populacji wykształcenie wyższe posiadało 27,37% badanych, średnie miało 29,05%, zaś 43,02% deklarowało wykształcenie licencjackie. W procesie ustawicznego dokształcania, oprócz wykształcenia zawodowego dodatkowych kursów i specjalizacji nie ma ukończonych 36,31% badanych, pozostałe 39,11% ukończyło kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne ( 27,37%), natomiast posiadanie specjalizacji deklarowało 12,29% ankietowanych. Średni staż pracy badanych osób, to 11,00 lat. Najkrótszy okres stażu, to 1 miesiąc (0,56%), zaś najdłuższy 34 lata. Mniej niż jeden rok stażu pracy posiadało 10,61% respondentów, powyżej jednego roku do pięciu lat 21,23% badanych , powyżej 5 do 15 lat - 39,11%, powyżej15 do 25 lat pracowało w zawodzie 26,26% pielęgniarek , zaś powyżej 25 lat pracy deklarowało 2,79% ankietowanych. W podziale na miejsce pracy, na oddziale Pediatrii pracowało 50,84%, pozostałe 49,16% ankietowanych pracowało na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej.

Zdaniem 37,43% ankietowanych, wśród pielęgniarek panuje powszechne zainteresowanie wymianą wiedzy i doświadczenia w zespole. Odmiennego zdania było 46,93% badanych zaś 15,64% respondentów nie miało wypracowanej opinii w tym zakresie (tabela I).

**Tabela I. Zainteresowanie wymianą wiedzy i doświadczenia wśród pielęgniarek**

| Zainteresowanie wymianą wiedzy i doświadczenia wśród pielęgniarek | | Oddział | | Razem |
|---|---|---|---|---|
| | | Pediatria | OIOM | |
| Tak | N | 36 | 31 | 67 |
| | % | 39,6% | 35,2% | 37,4% |
| Nie | N | 47 | 37 | 84 |
| | % | 51,6% | 42,0% | 46,9% |
| Nie wiem | N | 8 | 20 | 28 |
| | % | 8,8% | 22,7% | 15,6% |
| Razem | N | 91 | 88 | 179 |
| | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Poziom istotności p | | 0,0358* | | |

Prawie połowa ankietowanych pielęgniarek (46,37%) uznała, że nikt nie nakazuje dzielenia się swoją wiedzą z pozostałym personelem w zespole. Według 44,69% osób dzielenie się swoją wiedzą z pozostałym personelem nakazuje im Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej, natomiast 8,94% osób stwierdziło, że obowiązek ten narzucają im przełożeni w pracy. W analizie praktycznej wymiany wiedzy i doświadczenia w zespole, do częstego korzystania z wsparcia współpracowników przyznało się 31,84% badanych, znacznie więcej osób deklarowało, że korzysta z niego czasami (51,40%), zaś rzadko (15,64%) i nigdy (1,12%) podawało najmniej respondentów. Inaczej dane prezentują się w przypadku przekazywania wiedzy osobom nowoprzyjętym do pracy. Zdecydowana większość pielęgniarek (82,12%) w sytuacji, gdy osoba nowoprzyjęta do pracy nie radzi sobie z jakąś czynnością lub sytuacją, pomaga jej i służy wsparciem, niewiele bo 7,82% ankietowanych czeka, aż ta osoba sama sobie poradzi, zaś 10,06% osób robi daną czynność za nią. W przypadku, gdy przełożeni powierzają ankietowanym pielęgniarkom pod opiekę nowoprzyjętą osobę aby wprowadziły ją w oddział, ponad połowa osób (57,54%) stwierdziła, że udziela nowoprzyjętej bardzo obszernych wyjaśnień na każdy temat, nawet gdy o to nie pyta. Co trzecia pielęgniarka (34,08%) wyjaśnia jej tylko to, o co ją pyta, natomiast 8,38% badanych udziela nowoprzyjętej pielęgniarce skąpych informacji, gdyż najlepiej gdy sama do tego dojdzie .

W zakresie korzyści wynikających z procesu dzielenia się wiedzą specjalistyczną w zespole, zdecydowana większość (83,24%) uważała, iż ma on wpływ na poziom wiedzy całego zespołu pielęgniarskiego zwiększając efektywność pracy w opiece nad pacjentem. W korelacji miedzy oddziałami, pielęgniarki pediatryczne znacznie częściej

(89,0%) niż pracujące na OIOM-ie (77,3%) uważały, że dzielenie się wiedzą wśród podnosi poziom profesjonalizmu całego zespołu (p=0,0013**).

Wiek i staż pracy to istotne czynniki różnicujące stosunek badanych do dzielenia się wiedzą i doświadczeniem w zespole. Najczęściej z wiedzy i doświadczenia innych koleżanek korzystają osoby o krótkim stażu pracy trwającym średnio 7,4 lat (p=0,0037**) oraz młode o średniej wieku 30, 7 lat (p=0,0070**). Osoby starsze w sytuacji stresującej wynikającej ze stanu pacjenta, częściej na osobności proszą o pomoc zaufaną osobą lub też nie proszą o nią nikogo bojąc się stworzyć wrażenie, że sobie nie radzą (p=0,0325*).

Analizując postawę respondentów wobec osób wnoszących do zespołu pielęgniarskiego nowe wiadomości, przeważająca część (74,86%) badanych jest pozytywnie nastawiona na taki rodzaj wiedzy. Wraz z wiekiem zmienia się postawa wobec osób, które wnoszą do zespołu nową wiedzę i doświadczenie zdobyte na kursach i szkoleniach specjalistycznych. Im osoby są starsze tym ich postawa jest bardziej sceptyczna, której podstawą jest przekonanie, że ta wiedza niczego nowego nie wniesie (p=0,0341*). Zdecydowana większość ankietowanych (75,98%) uznała, że w przypadku, gdy koleżanka z zespołu pielęgniarskiego jest wytypowana przez przełożonych do prowadzenia szkolenia wewnątrz oddziałowego, – chętnie uczestniczą w takim szkoleniu. Grupa 17,88% osób trochę jej zazdrości mobilizując się by następnym razem to one były wytypowane do prowadzenia takiego szkolenia, mimo to, uczestniczą w szkoleniu, by zobaczyć ona to robi. Zaledwie 6,15% osób stwierdziło, że koleżanka z zespołu pielęgniarskiego wytypowana przez przełożonych do prowadzenia szkolenia wewnątrz oddziałowego wywyższa się i nie jest w stanie im nic przekazać, czego by nie wiedziały w konsekwencji rezygnując z uczestnictwa. W korelacji wykształcenia ankietowanych osoby z wykształceniem średnim częściej rezygnowały ze szkolenia uważając, że pielęgniarki prowadzące szkolenie wywyższają się i nie mogą nauczyć ich niczego nowego (p=0,0081**). W analizie prezentowanych przez ankietowanych umiejętności przyjmowania krytyki przez innych członków zespołu, połowa ankietowanych osób (49,72%) stwierdziła, że gdy inna pielęgniarka zwraca im uwagę, że robi coś źle wysłuchuje uwagi i następnym razem zrobi tak, jak należy. Niemal co trzecia osoba (30,73%) przyjmuje z życzliwością uwagę i poprawia to, co było źle zrobione. Grupa 14,53% pielęgniarek wysłuchuje, co ma do powiedzenia ich koleżanka, ale uważa, że nie powinna zwracać im uwagi. Zaledwie 5,03% osób (N=9) nie słucha co

ma do powiedzenia koleżanka, uważając że nie ma racji ponieważ zawsze tak robiła i było dobrze, wiec nie ma potrzeby tego zmieniać.

W analizie zakresu poszukiwanego wsparcia, pielęgniarki najczęściej zwracają się o pomoc/ poradę dotyczącą obsługi sprzętu medycznego (45,25%) oraz sposobu podawania i dawki leków (43,02%). Korzystanie z porad dotyczących postępowania w sytuacjach zagrożenia życia wskazało 25,14% pielęgniarek. W zależności od miejsca pracy respondentów, o informacje z zakresu obsługi sprzętu medycznego częściej pytają osoby pracujące na OIOM niż oddziale Pediatrii (p=0,0022**) , zaś respondenci pracujący na oddziale Pediatrii statystycznie częściej pytają swoje koleżanki niż osoby z OIOM o postępowanie w sytuacjach zagrożenia życia (p=0,0141*) .

Ponad połowa pielęgniarek (62,01%) wyrażała , iż cieszy ich fakt możliwości dzielenia się wiedzą z koleżankami w zespole. Dla 59,22% respondentów główną potrzebą dzielenia się wiedzą jest kultura dobrej współpracy, co czwarta osoba (25,70%) wskazuje na dobro pacjenta. Dla pielęgniarek dzielenie się wiedzą zawodową i doświadczeniem jest przede wszystkim potrzebą utrzymania dobrych kontaktów interpersonalnych (37,43%), powinnością/ obowiązkiem (29,61%), oraz przyjemnością (26,82%). W korelacji wykształcenia osoby z wykształceniem średnim dzielą się wiedzą z pozostałym personelem częściej wyłącznie dla dobra pacjenta, natomiast osoby z wykształceniem wyższym i licencjackim częściej robią to, gdyż wymaga tego kultura dobrej współpracy (p=0,0237*). Pielęgniarki pracujące na oddziale Pediatrii częściej wskazywały, że dzielenie się wiedzą zawodową i doświadczeniem jest dla nich wyzwaniem (p=0,0019**). Zaś pielęgniarki pracujące na OIOM-ie częściej twierdziły, że dzielenie się wiedzą zawodową i doświadczeniem jest dla nich dowartościowaniem (p=0,0479*).

Zarówno pielęgniarki pracujące na oddziale Pediatrii, jak i zatrudnione na OIOM podobnie wykazywały chęć dzielenia się swoją wiedzą specjalistyczną w zespole. Różnice, które występują w obu grupach pielęgniarek nie były istotne statystycznie, dokładne dane prezentuje tabela II.

**Tabela II. Zestawienie postaw wobec dzielenia się wiedzą w zależności od miejsca pracy ankietowanych.**

| Osoba, z którą najchętniej ankietowani podzielą się swoją wiedzą specjalistyczną | | Oddział | | Razem | Postawa wobec osób potrzebujących wsparcia | Oddział | | Razem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Pediatria | OIOM | | | Pediatria | OIOM | |
| pielęgniarka z długim stażem pracy | N | 10 | 11 | 21 | Odpowiadam, instruuje z | 77 | 75 | 152 |
| | % | 11,0% | 12,5% | 11,7% | | 84,6% | 85,2 | 84,9% |
| pielęgniarka z krótkim stażem pracy | N | 13 | 8 | 21 | odpowiadam z irytacją | 6 | 6 | 12 |
| | % | 14,3% | 9,1% | 11,7% | | 6,6% | 6,8% | 6,7% |
| pielęgniarka po szkole medycznej bez stażu pracy | N | 7 | 6 | 13 | wykonuję to za nią | 8 | 7 | 15 |
| | % | 7,7% | 6,8% | 7,3% | | 8,8% | 8,0% | 8,4% |
| wykształcenie nie ma dla mnie znaczenia | N | 61 | 63 | 124 | ---------- | ---------- | -------- | --------- |
| | % | 67,0% | 71,6% | 69,3% | | | | |
| Razem | N | 91 | 88 | 179 | Razem | 91 | 88 | 179 |
| | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | | 100,0% | 100,0 | 100,0% |
| Poziom istotności p | | 0,7298 | | | 0,9789 | | | |

## Dyskusja

Zawód pielęgniarki należy do grupy zawodów szczególnych, o dużym znaczeniu społecznym, ma status zawodu zaufania publicznego, toteż decyzja o jego wyborze wiąże się z koniecznością świadomego kształtowania własnego systemu wartości oraz przyjmowania pożądanych dla grupy zawodowej wzorów zachowań [1]. Jednym z takich wzorców zachowań w procesie profesjonalnego pielęgnowania jest sztuka dzielenia się wiedzą i doświadczeniem w zespole.

Z racji, iż dzielenie się wiedzą w pielęgniarstwie jest terminem rzadko poruszanym w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym, przeprowadzenie dyskusji będzie trudnym zadaniem. Analizując wyniki prezentowanych badań w zakresie zainteresowania wymianą wiedzy i doświadczenia w zespole, tylko 37,43% badanych było przekonanych że wśród pielęgniarek panuje powszechne zainteresowanie tym zagadnieniem a 46,93% było odmiennego zdania. W analizie z podziałem na miejsce pracy, osoby pracujące na oddziale Pediatrii statystycznie częściej twierdziły, że pielęgniarki nie są zainteresowane wymianą wiedzy i doświadczenia (51,6%), natomiast osoby pracujące na OIOM –ie częściej (22,7%) nie były pewne swojej odpowiedzi (p=0,0358*). Wskazana korelacja wskazuje na brak świadomości istoty poruszanego zagadnienia oraz profesjonalizmu działania w zespole. W określeniu przez ankietowanych przyczyn takiego postępowania prawie połowa ankietowanych (46,37%) uważa że nie mają obowiązku dzielenia się wiedzą z pozostałym personelem, podobna ilość respondentów (44,69%), uważa że nakazuje im to Kodeks Etyki Zawodowej PiP, a

zaledwie 8,94% osób twierdzi, że narzucają im to przełożeni w pracy. Wynika z tego, że poziom wiedzy pielęgniarek na temat praw i obowiązków dzielenia się wiedzą jest niepełny. Na ten problem w swoich badania wskazuje również Mroczek B. i wsp. podając, że znajomość praw i obowiązków wynikających z aktów prawnych regulujących zawód pielęgniarki/położnej jest niewystarczający, wskazujący na niski poziom wiedzy w tym zakresie [2]. W praktycznej analizie podejścia do dzielenia się wiedzą i doświadczeniem w zespole, w przypadku gdy nowoprzyjęta do pracy pielęgniarka nie radzi sobie z daną czynnością, przeważająca większość (82,12%) osób jej pomaga i tłumaczy jej jak to ma zrobić. Zdecydowana większość ( 84,92%) odpowiada z życzliwością, zaledwie 6,70% w takiej sytuacji irytuje się lub wykonuje daną czynność za nią (8,38%). Większość osób ankietowanych (62,01%) cieszy się, gdy ich wiedza jest przydatna nie tylko im samym, znacznie mnie respondentów (29,61%) uważa, że każdy powinien zdobywać jak najwięcej wiedzy samodzielnie, ale mimo to pomagają osobom zwracającym się do nich o pomoc. Te dane w porównaniu z powyższymi diametralnie charakter współpracy w zespole. Teoretycznie, respondenci nie zauważają w zespole otwarcia się na wymianę poglądów i doświadczeń, jednak praktycznie współpracują w zespole w zależności od potrzeb i wyzwań.

Według Romańczuk takie zachowanie wzbogaca zespół, ponieważ poprzez dzielenie się pomysłami i rozwiązywaniem problemów ludzie nawzajem sobie pomagają [3]. Współpraca taka poprawia relacje pomiędzy poszczególnymi członkami zespołu, a dobra atmosfera ma wpływ na proces leczenia pacjenta. Popiera to również w swoich badaniach Skorupska ,która podkreśla, że dla całokształtu uzyskanych celów terapeutycznych nie bez znaczenia pozostaje współpraca całego zespołu leczącego, a jej wyznacznikiem mogą być postawy prezentowane przez członków zespołu interdyscyplinarnego wzajemnych w relacjach [4,5,6]. Badając chęć uczestnictwa pielęgniarek w szkoleniach prowadzonych przez współpracownika, większość ankietowanych (75,98%) chętnie uczestniczy w takich szkoleniach uważając że jest to okazja aby pielęgniarka prowadząca szkolenie podzieliła się swoją wiedzą. Znacznie mniej ankietowanych (17,88%) zazdrości takiej osobie, a uczestniczą w nim po to aby zobaczyć jak koleżanka to robi. Zaledwie 6,15% osób ankietowanych rezygnuje z uczestnictwa w szkoleniu, twierdząc że wytypowana osoba wywyższa się i nie jest w stanie im nic przekazać, czego by nie wiedziały. W dobrym funkcjonowaniu każdego zespołu pielęgniarskiego ważne jest również umiejętność przyjmowania uwag, które nie są przejawem wywyższania się czy zazdrości, ale współodpowiedzialności za poziom

świadczonych usług i troski o dobro pacjenta. Większość pielęgniarek odbiera takie uwagi pozytywnie, przyjmując je z życzliwością (30,73%) i robiąc następnym razem tak jak należy (49,72%). Pozostali ankietowani uważają, że nie powinien nikt im zwracać uwagi (14,53%), lub nie słuchają uwag, uważając że zawsze tak robiły i było dobrze (5,03%), dlatego nie ma powodu nic zmieniać. Kaprowicz E. uważa, że ludzie powinni uczyć się nawzajem dla wspólnego dobra [7], podobnego zdania jest ponad połowa (59,22%) respondentów, twierdząc, że wymaga tego kultura dobrej współpracy.

Jest to błędne myślenie, bo jak pisze Kaprowicz E., każdy pracownik stanowi potencjalne źródło percepcji i nowych informacji, które wzbogaca ogólny zasób informacji będących w dyspozycji zespołu i które można wykorzystać dla organizacyjnych celów[7]. Wiedza płynąca do zespołu za pośrednictwem nowych doświadczeń i kwalifikacji jej członków powiększa, tzw. „wiedzę wewnętrzną", która jest dla niego szczególnie cenna, unikatową, specyficzną, trudniejszą do naśladowania przez konkurencję, przez co staje się ona strategicznie bardziej wartościowa [8].

**Wnioski**

1. Pielęgniarki w znacznym stopniu dzielą się i chętnie korzystają z wiedzy i doświadczenia innych koleżanek w zespole. W przekazywaniu wiedzy kierują się głównie dobrem pacjenta oraz utrzymaniem dobrych stosunków interpersonalnych w zespole.
2. W zależności od specyfiki oddziału na którym pracują, pielęgniarki najczęściej zwracają się o pomoc/ poradę dotyczącą obsługi sprzętu medycznego oraz o postępowanie w sytuacjach zagrożenia życia
3. W grupie zawodowej pielęgniarek oddział jako miejsce pracy nie stanowi różnicy w procesie dzielenia się wiedzą i umiejętnościami . W zależności od specyfiki pracy , różni się zakres przekazywanej wiedzy i doświadczenia.

**Piśmiennictwo**


1. Poznańska S., Pielęgniarstwo i jego istota, (w:) Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, t.1, (red.) B.Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Czelej, Lublin, 2004
2. Mroczek B. i wsp. „ Stan wiedzy na temat Kodeksu Etyki Zawodowej wśród pielęgniarek i położnych" Problemy pielęgniarstwa 2008; 16( 4) 369- 373

3. Romańczuk A.: „Zarządzanie wiedzą w przedsiębiorstwie" Red.Wawrzyniak B. WSPiZ „ Zarządzanie w korporacjach zachodnich przegląd badań" Warszawa, 2003r
4. Skorupka A., Machowicz A.: „Wybrane aspekty postaw pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarek". Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (1): 53–59
5. Jankowiak B., Bartoszewicz A. „Komunikowanie się w obrębie zespołu terapeutycznego" [w:] Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E.: Panek W. (red): Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2003; s. 117- 125
6. Kasprzyk J. , Lizak Z. „ Komunikacja, czyli sposób porozumiewania się" Polskie Stowarzyszenie Edukacji Prawnej, Warszawa 2007; s. 6, 12- 16
7. Kaprowicz E. „Zarządzanie wiedzą w przedsiębiorstwie" Red. Wawrzyniak B. WSPiZ im L. Koźmińskiego, „Dzielenie się wiedzą jako innowacja społeczna" Warszawa, 2003r
8. Maliszewska D., Bojar I., Woźnicka I., Owoc A., Diatczyk J. „Psychologiczne aspekty dzielenia się wiedzą w miejscu pracy na przykładzie grupy pielęgniarek warszawskich szpitali" Medycyna ogólna 2010; 16 (XLV), 2 :226- 289

**Adres do korespondencji**
**Barbara Gugała**
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Rzeszowski
Ul. Warzywna 1. 35 – 959 Rzeszów
e-mail: barbara.gugala@wp.pl
kontakt: + 48 694960421
nr kontaktowy telefonu - tylko na użytek redakcji.