



PIELĘGNIARSTWO Z PERSPEKTYWY PRAKTYKI, NAUKI I EDUKACJI

TOM I: PRAKTYKA I BADANIA

Redakcja naukowa:

Grzegorz Józef Nowicki, Agnieszka Dziewa, Barbara Ślusarska

Wydawnictwa Akademii Tarnowskiej

PIELĘGNIARSTWO Z PERSPEKTYWY
PRAKTYKI, NAUKI I EDUKACJI

TOM I: PRAKTYKA I BADANIA

PIEŁĘGNIARSTWO Z PERSPEKTYWY PRAKTYKI, NAUKI I EDUKACJI

TOM I: PRAKTYKA I BADANIA

Redakcja naukowa:

Grzegorz Józef Nowicki, Agnieszka Dziewa, Barbara Ślusarska

Wydawnictwa Akademii Tarnowskiej
Tarnów 2023

© Copyright by Autorzy & Państwowa Uczelnia Zawodowa im. Prof. Stanisława
Tarnowskiego w Tarnobrzegu & Akademia Tarnowska
Tarnów 2023

Wydawca
Wydawnictwa Akademii Tarnowskiej
ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów, www.atar.edu.pl
tel. +48 14 631 65 67, e-mail: wydawnictwa@atar.edu.pl

ISBN 978-83-966917-1-2

DOI

Dzieło jest udostępniane na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa –
Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych 3.0 Polska (CC BY-NC-ND 3.0 PL)



Skład, projekt okładki
Teresa Stańczyk

Fotografie na okładce
Domena publiczna

Drukarnia DCTF, Tarnów

Spis treści

Wykaz recenzentów	6
Wykaz autorów	7
Słowo wstępne	10
CZĘŚĆ I. PIELĘGNIARSTWO Z PERSPEKTYWY PRAKTYKI	12
Rozdział 1.	
Udział pielęgniarki w opiece nad pacjentem z niepełnosprawnością z wykorzystaniem metod hipoterapii	13
<i>Katarzyna Piasecka, Agnieszka Makar, Barbara Cich, Agnieszka Kowalska-Olczyk</i>	
Rozdział 2.	
Edukacyjna rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do samoopieki w przypadku stomii jelitowej	26
<i>Marta Gabryś, Elżbieta Garwacka-Czachor, Dorota Milecka</i>	
Rozdział 3.	
Funkcja edukacyjna pielęgniarki wobec pacjentów z cukrzycą typu 2	40
<i>Kinga Żurawska vel Dziurawiec, Małgorzata Pabiś</i>	
Rozdział 4.	
Rola pielęgniarki w zespole terapeutycznym w opiece nad pacjentem po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu	57
<i>Barbara Kałmuczak-Mania, Dorota Zalisz, Maciej Górecki</i>	
Rozdział 5.	
Opieka pielęgniarska nad pacjentką ze stwardnieniem zanikowym bocznym wentylowaną mechanicznie – studium przypadku	75
<i>Anna Włodarczak, Violetta Jachimowicz</i>	
Rozdział 6.	
Przygotowanie pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc do udziału w tlenoterapii.....	90
<i>Patrycja Mazurek, Beata Kropornicka</i>	
Rozdział 7.	
Transformacja w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ): porada pielęgniarska. Wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia	104
<i>Małgorzata Karczmarczyk</i>	

CZĘŚĆ II. BADANIA WSPIERAJĄCE PRAKTYKĘ PIELĘGNIARSKĄ 122

Rozdział 8.

Differentiation of health behaviors and their determinants among health professionals and non-medical professionals 123

Grzegorz Józef Nowicki, Barbara Ślusarska, Zdzisława Szadowska-Szlachetka, Marta Łuczyk, Paweł Maciaszczyk, Andrzej Tytuła

Rozdział 9.

Stres i zmęczenie współczuciem wśród personelu pielęgniarskiego w opiece paliatywnej..... 141

Karol Czernecki, Mariola Rado, Barbara Ślusarska

Rozdział 10.

Zachowania zdrowotne przyszłych pielęgniarek..... 155

Zofia Kiedrowska, Marzena Krysa, Julia Szponik, Daria Zdyb, Agata Żuk, Weronika Kmieciak

Rozdział 11.

Występowanie schorzeń kręgosłupa oraz stan wiedzy na temat schorzeń kręgosłupa i ich profilaktyki w grupie studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie..... 166

Bartosz Grzywna, Barbara Ślusarska, Małgorzata Chojniak, Iwona Kochaniec, Barbara Kramek, Magdalena Prylińska, Grzegorz Józef Nowicki

Rozdział 12.

Rola poradnictwa pielęgniarki w opiece i modyfikowaniu zachowań związanych ze zdrowiem psychospołecznym uczniów 187

Marzena Krysa, Klaudia Henowska

RECENZENCI TOMU I

MAGDALENA BRODOWICZ-KRÓL, dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa

Instytut Humanistyczno-Medyczny, Akademia Zamojska

JUSTYNA CHMIEL, dr. n. o zdr., mgr pielęgniarstwa

Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii, Katedra Rehabilitacji i Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

RENATA DZIUBASZEWSKA, dr. n. med., mgr pielęgniarstwa

Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Zdrowia i Gospodarki, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

DOROTA MACIĄG, dr n. med., mgr pielęgniarstwa

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Nauk Stosowanych im. Józefa Gołuchowskiego

KATARZYNA NAYLOR, dr n. med.

Samodzielna Pracownia Medycznych Czynności Ratunkowych i Ratownictwa Specjalistycznego, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

DOROTA PŁOCICA, dr n. med.

Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

DIANA SŁOTA, dr. n. o zdr., mgr pielęgniarstwa

Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej, Katedra Pielęgniarstw Zabiegowych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

EWA SMOLEŃ, dr. n. o zdr., mgr pielęgniarstwa

Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Zdrowia i Gospodarki, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

AUTORZY TOMU I

MAŁGORZATA CHOJNIAK, mgr pielęgniarstwa

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, Centrum Profilaktyczno-Lecnicze w Lublinie

BARBARA CICH, lic. pielęgniarstwa

Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

KAROL CZERNECKI, mgr pielęgniarstwa

Hospicyjny Dom Aniołków dla dzieci, Fundacja Z Serca Dla Serca, Kępie Zaleszańskie

MARTA GABRYŚ, lic. pielęgniarstwa

Studentka studiów II° na kierunku pielęgniarstwo, Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie

ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, dr n. med.

Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie

MACIEJ GÓRECKI, dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa, mgr politologii

Instytut Zdrowia i Kultury Fizycznej, Akademii Nauk Stosowanych im. Jana Amosa Komeńskiego w Lesznie

BARTOSZ GRZYWNA, mgr pielęgniarstwa

Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

KLAUDIA HENOWSKA, lic. pielęgniarstwa

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu im. J. Gromkowskiego

VIOLETTA JACHIMOWICZ, dr n. med.

Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

BARBARA KAŁMUCZAK-MANIA, mgr pielęgniarstwa

Instytut Zdrowia i Kultury Fizycznej, Akademii Nauk Stosowanych im. Jana Amosa Komeńskiego w Lesznie

MAŁGORZATA KARCZMARCZYK, mgr pielęgniarstwa

Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

ZOFIA KIEDROWSKA, lic. pielęgniarstwa

Studenckie Koło Naukowe „Badań w Pielęgniarstwie”, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

WERONIKA KMIECIK, lic. pielęgniarstwa

Studenckie Koło Naukowe „Badań w Pielęgniarstwie”, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

IWONA KOCHANIEC, mgr pielęgniarstwa

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Lublinie

AGNIESZKA KOWALSKA-OLCZYK, dr n. o zdr.

Katedra i Zakład Dydaktyki i Symulacji Medycznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

BARBARA KRAMEK, mgr pielęgniarstwa

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Lublinie

BEATA KROPORNICKA, dr n. med., mgr pielęgniarstwa

Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstw Zachowawczych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

MARZENA KRYSA, dr n. med., mgr pielęgniarstwa

Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Pediatrii, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

MARTA ŁUCZYK, dr n. med., mgr pielęgniarstwa

Zakład Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

PAWEŁ MACIASZCZYK, dr hab., prof. ucz.

Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

AGNIESZKA MAKAR, mgr pielęgniarstwa

Zakład Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

PATRYCJA MAZUREK, mgr pielęgniarstwa

Studentka Studiów Doktoranckich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

DOROTA MILECKA, dr n. o zdr.

Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie

GRZEGORZ JÓZEF NOWICKI, dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa

Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

MAŁGORZATA PABIŚ, dr n. med., mgr pielęgniarstwa

Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

KATARZYNA PIASECKA, dr n. med., mgr pielęgniarstwa

Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

MAGDALENA PRYLIŃSKA, dr n. o zdr., mgr zdrowia publicznego
Samodzielna Pracownia Medycznych Czynności Ratunkowych i Ratownictwa
Specjalistycznego, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

MARIOLA RADO, mgr pielęgniarstwa
Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof.
Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

ZDZISŁAWA SZADOWSKA-SZLACHETKA, dr n. med., mgr pielęgniarstwa
Zakład Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Medyczny w Lublinie

JULIA SZPONIK, lic. pielęgniarstwa
Studenckie Koło Naukowe „Badań w Pielęgniarstwie”, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

BARBARA ŚLUSARSKA, dr hab. n. o zdr., dr n. med., mgr pielęgniarstwa
¹ Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Medyczny w Lublinie
² Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

ANDRZEJ TYTUŁA, dr n. med., mgr pielęgniarstwa
¹ Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych w Warszawie
² Wydział Nauk o Człowieku, Lubelska Akademia WSEI

ANNA WŁODARCZAK, stud.
Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

DOROTA ZALISZ, mgr pielęgniarstwa
Instytut Zdrowia i Kultury Fizycznej, Akademii Nauk Stosowanych im. Jana Amosa
Komeńskiego w Lesznie

DARIA ZDYB, lic. pielęgniarstwa
Studenckie Koło Naukowe „Badań w Pielęgniarstwie”, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

AGATA ŻUK, lic. pielęgniarstwa
Studenckie Koło Naukowe „Badań w Pielęgniarstwie”, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

KINGA ŻURAWSKA VEL DZIURAWIEC, dr n. med., mgr położnictwa
Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk
Stosowanych w Przemyślu

Słowo wstępne

Podstawą do zrozumienia złożoności współczesnego pielęgniarstwa jest poznanie tendencji rozwojowych opartych na fundamencie promocji zdrowia oraz wiedzy o mechanizmach utrzymania i poprawy zdrowia, opiece w zaburzeniach stanu zdrowia, łagodzenia cierpienia oraz tworzenia warunków do spokojnej śmierci. Kształtowanie się zawodu pielęgniarki wynika z szeroko pojętej opieki nad osobą chorą i zdrową oraz z nowych wyzwań stawianych współcześnie przed pielęgniarstwem, związanych z rozszerzeniem samodzielnych uprawnień i odpowiedzialności zawodowej. Monografia *Pielęgniarstwo z perspektywy praktyki, nauki i edukacji. Tom I: praktyka i badania* to propozycja spojrzenia na pielęgniarstwo, jako profesjonalnego zawodu oferującego wysoki poziom praktyki popartej badaniami naukowymi przydatnymi w planowaniu opieki zindywidualizowanej nad pacjentem w wielowymiarowych aspektach niezbędnych do wykorzystania w nowoczesnym systemie opieki zdrowotnej.

Część pierwsza, monografii *Pielęgniarstwo z perspektywy praktyki* – Tomu I, zwraca uwagę Czytelnia na wielość zadań i funkcji zawodowych jakie stoją przed pielęgniarką, a centrum odniesienia dla nich jest sam pacjent, jego stan bio-psycho-społeczny, duchowy osadzony w kontekście społeczno-kulturowym. Wśród zagadnień poruszanych w tej części znajdują się tematy związane z udziałem pielęgniarki w opiece nad pacjentem z niepełnosprawnością z wykorzystaniem metod hipoterapii, edukacyjna rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze stomią jelitową i cukrzycą typu 2., oraz na podstawie studium przypadku, określenie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu, ze stwardnieniem zanikowym bocznym i przygotowanie pacjenta z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc do udziału w tlenoterapii. Część pierwszą, monografii kończy rozdział prezentujący transformację zachodzącą w podstawowej opiece zdrowotnej przez pryzmat nowych zadań i uprawnień, jakie pielęgniarki otrzymały w ciągu ostatnich kilku lat w Polsce.

Drugą część tomu I monografii stanowią *Badania wspierające praktykę pielęgniarską*, a Autorzy rozdziałów prezentują wyniki badań z zakresu oceny zachowań zdrowotnych w grupie zawodów medycznych i pozamedycznych, występowania stresu i zmęczenia współczuciem wśród pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej, zachowań zdrowotnych oraz występowania schorzeń kręgosłupa i stanu wiedzy na temat schorzeń kręgosłupa studentów kierunku pielęgniarstwo. Tę część kończy rozdział, w którym Autorzy określają rolę poradnictwa pielęgniarki w opiece i mody-

fikowaniu zachowań związanych ze zdrowiem psychospołecznym uczniów. Zatem, w tej części poruszane są zagadnienia, które stanowią jednocześnie problemy, na jakie natrafia pielęgniarka w pracy zawodowej, ale także ocena zachowań zdrowotnych czy ocena występowania schorzeń kręgosłupa wśród studentów kierunku pielęgniarstwo, która może stanowić punkt wyjścia dla edukacji zdrowotnej kierowanej do przyszłych pielęgniarek.

Prezentowana monografia to fragment aktywności naukowo-badawczej studentów, dydaktyków i praktyków; jest wynikiem współpracy ośrodków naukowych i uczelni wyższych uprawnionych do kształcenia pielęgniarek z całej Polski. Jest pokłosiem I Konferencji Naukowo-Szkoleniowej oraz Konferencji Studenckiej pt. *Pielęgniarstwo z perspektywy praktyki, nauki i edukacji*.

Powyższa konferencja stanowiła doskonałą platformę do wymiany doświadczeń praktyków, dydaktyków, badaczy i studentów, jednocześnie Redaktorzy mają nadzieję, że niniejsza monografia rozwinie zakres przedstawianych treści na konferencji i będzie podstawą do nowych inspiracji w praktyce i badaniach. Z perspektywy praktyka mamy nadzieję, że treści w niej zawarte wyznaczą nowoczesne trendy w opiece nad pacjentem poparte dowodami naukowymi, natomiast z perspektywy dydaktyka zwróci uwagę na problemy współczesnego pielęgniarstwa, które zostaną poruszone w kształceniu przed- i podyplomowym. Badacz znajdzie w opracowaniu materiał do dyskusji oraz inspirację do przyszłych badań naukowych.

Tarnobrzeg–Lublin, 2023

Grzegorz Józef Nowicki
Agnieszka Dziewa
Barbara Ślusarska

CZĘŚĆ I.

**PIELĘGNIARSTWO Z PERSPEKTYWY
PRAKTYKI**

Udział pielęgniarki w opiece nad pacjentem z niepełnosprawnością z wykorzystaniem metod hipoterapii

Katarzyna Piasecka¹, Agnieszka Makar², Barbara Cich³, Agnieszka Kowalska-Olczyk⁴

1. Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Zakład Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
4. Katedra i Zakład Dydaktyki i Symulacji Medycznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp. Hipoterapia, czyli leczenie przy pomocy konia, ma swój początek w starożytności. Pierwsze zapisy o tej metodzie leczenia zostały utworzone przez Hipokratesa. Hipoterapia jest jedną z metod leczenia konwencjonalnego, która znacznie przyczynia się do poprawy jakości w opiece nad pacjentem. Można ją stosować w każdym wieku, ale szczególnie sprawdza się w pracy z dziećmi. Stanowi wszechstronną formę rehabilitacji, której unikatowość polega na wytworzeniu więzi między pacjentem a zwierzęciem.

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie znaczenia hipoterapii w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z niepełnosprawnością.

Podstawowe założenia. Hipoterapia stanowi formę wsparcia leczenia właściwego. Stosowanie hipoterapii wpływa pozytywnie na sferę fizyczną, psychiczną oraz społeczną pacjenta z niepełnosprawnością.

Podsumowanie. Wykorzystanie hipoterapii w opiece pielęgniarskiej nad osobą niepełnosprawną niesie szereg korzyści dla pacjenta i pozytywnie wpływa na efekty leczenia.

Dzięki zastosowaniu metod hipoterapii pielęgniarka może pomóc pacjentowi w rozwiązywaniu problemów związanych z barierami fizycznymi, komunikacją oraz emocjami.

Słowa kluczowe: hipoterapia, opieka pielęgniarstwa, niepełnosprawność, jakość życia.

WSTĘP

Niepełnosprawność, czyli upośledzenie sprawności fizycznej lub psychicznej, towarzyszy ludziom od zarania dziejów. Na przestrzeni lat można zaobserwować, jak ulegał zmianie stosunek społeczeństwa do osób dotkniętych niepełnosprawnością. Starożytność była okresem, gdzie popularne było twierdzenie, iż niepełnosprawność jest karą bożą. Społeczeństwo w tamtym okresie dążyło do istnienia wyłącznie zdrowej, silnej społeczności, gdzie na jednostki słabsze nie było miejsca. Najbardziej jaskrawym przykładem jest Sparta, gdzie osoby z niepełnosprawnością często były poddawane eksterminacji fizycznej. W Atenach natomiast, jeżeli niepełnosprawność powstała w pracy lub w wyniku wojny, organizowane były formy wsparcia. W Chinach i Japonii niepełnosprawność była postrzegana jako zaburzenie równowagi pomiędzy środowiskiem a człowiekiem, natomiast w kulturze Indii jako dar bogów (Giełda, 2015). W średniowieczu rozwój chrześcijaństwa przyczynił się do częściowej zmiany postrzegania człowieka – m.in. wpływ miały na to poglądy św. Augustyna, który głosił, że każdy człowiek jest dziełem Bożym. Jednak nieoficjalnie ciągle przyzwalano na zabijanie osób z niepełnosprawnością, a państwo nie zapewniało im żadnej pomocy. Osoby z niepełnosprawnością mogły zarobić na swoje utrzymanie, żebrząc lub wykonując prace w gospodarstwach domowych (Żuraw, 2016).

Jednym z przełomowych momentów było rozpoczęcie w XVI w. kształcenia osób niesłyszących. Wcześniej, opierając się na zdaniu Platona i Arystotelesa, uważano, że nie jest to możliwe. Finalnie kształcenie osób niesłyszących okazało się dużym sukcesem. W 1770 r. nauczanie zyskało wymiar instytucjonalny (Kublaka, 2018). W Europie, głównie we Francji i w Niemczech, zaczęto coraz większą uwagę przykładąć do kształcenia osób niepełnosprawnych intelektualnie. Powstały nowe metody i narzędzia diagnostyczne, rozpoczęto badania nad inteligencją dziecięcą. W Polsce pierwsza szkoła dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną powstała w 1897 r. w Poznaniu (Kublaka, 2018).

Niepełnosprawność, szczególnie występująca u dzieci, bardzo często jest dużym zaskoczeniem. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia ponad miliard ludzi na całym świecie jest dotkniętych jakąś formą nie-

pełnosprawności (WHO, 2013). Szacuje się, że w Polsce jest to około 12% mieszkańców, w tym prawie 200 tys. dzieci do 16. roku życia (Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, 2018). Niezależnie od jej rodzaju wpływa ona na codzienne funkcjonowanie, a także na hierarchię wartości i potrzeb. Również bardzo często przyczynia się do obniżenia jakości życia na wielu płaszczyznach, m.in. ekonomicznej, zdrowotnej i kulturalnej. W związku z tym ważne jest, aby każda jednostka oraz każda rodzina mogła otrzymać wsparcie, które byłoby właściwie dobrane do jej potrzeb (Otapowicz, Sakowicz-Boboryko, Wyrzykowska-Koda, 2016).

Jedną z bardziej interesujących metod wsparcia osób z niepełnosprawnością jest hipoterapia. Termin ten pochodzi z języka greckiego i oznacza: *hippos* – koń i *therapeia* – terapia. Hipoterapia, czyli leczenie przy pomocy konia, ma swój początek w starożytności. Pierwsze zapisy o tej metodzie leczenia zostały utworzone przez Hipokratesa. Uważał on, że jazda konna pobudza funkcjonowanie organizmu. (Bednarczyk, 2015). Hipoterapia jest jedną z metod leczenia konwencjonalnego, która znacznie przyczynia się do poprawy jakości opieki nad pacjentem. Stanowi wszechstronną formę rehabilitacji, której unikatowość polega na wytworzeniu więzi między pacjentem a zwierzęciem. Stosowana jest w różnych jednostkach chorobowych i rodzajach niepełnosprawności. Można korzystać z niej w każdym wieku, ale szczególnie sprawdza się w pracy z dziećmi. W hipoterapii oprócz wykonywania określonych ćwiczeń bardzo ważne jest nawiązanie kontaktu uczestnika zajęć z koniem. Koń jest zwierzęciem o łagodnym usposobieniu, który może być oparciem w trudnych momentach terapii. Hipoterapeuta powinien zwrócić szczególną uwagę na atmosferę panującą podczas zajęć i zadbać, aby zajęcia przebiegały płynnie i możliwie bezstresowo. Jest to szczególnie ważne, ponieważ kontakt z tak dużym zwierzęciem jakim jest koń, może powodować trudną do przełamania barierę psychiczną. Jednak przewyciężenie lęku może zaowocować nawiązaniem pozytywnej relacji pacjenta ze zwierzęciem, co spowoduje, że terapia stanie się wyczekiwana i przyjemna.

Głównym zadaniem hipoterapii jest zachowanie homeostazy organizmu poprzez oddziaływanie na cztery sfery:

1. Sferę fizyczną – dochodzi do zwiększenia ogólnej sprawności organizmu, poprawy koordynacji, utrwalenia prawidłowego wzorca chodu, a także normalizacji napięcia mięśniowego. Dodatkowo wzmocnieniu ulegają mięśnie grzbietu i brzucha, poprawia się poczucie rytmu i zmysł równowagi.

2. Sferę emocjonalno-motywacyjną – wzmacnia się wiara we własne możliwości, zwiększa się poczucie własnej wartości, następuje wzrost motywacji do ćwiczeń i akceptacji całego procesu terapeutycznego.
3. Sferę poznawczą – dochodzi do wyostrenia zmysłu wzroku i słuchu, a także poprawia się zdolność skupienia uwagi, stymulacja pamięci, mowy i myślenia. Poprzez równoczesne pobudzanie tyłu zmysłów kształtuje się poczucie własnego ciała.
4. Sferę społeczną – poprawie ulegają relacje międzyludzkie (Gasińska M. i in., 2007).

Hipoterapia może przybierać różne formy. Najczęściej spotykane to fizjoterapia na koniu (gimnastyka na koniu poruszającym się wolnym chodem – stępem), woltyżerka (ćwiczenia gimnastyczne wykonywane na koniu prowadzonym na lonży), psychopedagogiczna jazda konna oraz terapia kontaktem z koniem (Łojek, Strumińska, Łojek 2011).

Wielokierunkowość hipoterapii powoduje, że jest to metoda, w której wielu pacjentów może spodziewać się uzyskania pozytywnego efektu terapeutycznego. Do najczęstszych wskazań do pracy konia z osobą dorosłą zalicza się stwardnienie rozsiane, stany po urazach czaszkowo-mózgowych, stany po udarze i uzależnienia. U dzieci wskazaniem może być mózgowy porażenie dziecięce, autyzm, stany po urazach czaszkowo-mózgowych, ADHD, choroby mięśni, wady postawy, skoliozy I stopnia, stany po amputacji, wady rozwojowe kończyn, zespół Downa, zaburzenia emocjonalne, upośledzenia umysłowe (Sobuś, Łagan, 2010).

Mimo szeregu korzyści, jakie niesie ze sobą hipoterapia, nie jest ona metodą dla każdego. Istnieje szereg przeciwwskazań, które dyskwalifikują z terapii. Do przeciwwskazań bezwzględnych zaliczyć można uczulenie na sierść lub pot konia, wzmożone ciśnienie śródgałkowe, ostre choroby infekcyjne, ostre stany chorób i zaburzeń psychicznych, brak kontroli głowy i czynnej pozycji siedzącej, zwichnięcia i podwichnięcia stawów biodrowych oraz obecność niewygojonych ran na ciele. Do przeciwwskazań względnych należy dyskopatia, hemofilia i inne skazy krwotoczne, zaburzenia mineralizacji kości, upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim, padaczka lekooporna, przepuklina oponowo-rdzeniowa w odcinku lędźwiowym oraz utrwalone deformacje, przykurcze układu kostno-stawowego (Lejzerowicz, Bruszevska, 2018).

Aby zostać hipoterapeutą należy spełnić liczne wymagania. Przede wszystkim obligatoryjne jest posiadanie umiejętności jazdy konnej, potwierdzonej pozytywnym wynikiem egzaminu jeździeckiego. Ponadto należy ukończyć kurs instruktora reakcji ruchowej ze specjalizacją hipoterapia, który trwa od trzech miesięcy do 1 rok, a po zaliczeniu egzaminu prak-

tycznego i teoretycznego, legitymować się dokumentem wydanym zgodnie z ustawą o sporcie, rozporządzeniem MEN oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Polska Akademia Kultury i Sportu).

Zadania hipoterapeuty są ściśle określone przez Kanony Polskiej Hipoterapii:

1. Podstawowym obowiązkiem hipoterapeuty jest troska o poprawę stanu osoby korzystającej z jego usług.
2. Program i cele terapii określa hipoterapeuta zgodnie z zaleceniami lekarza kierującego pacjenta na zajęcia oraz według indywidualnych potrzeb podopiecznego i zgodnie z prośbą przedstawioną przez niego samego lub jego rodziców. Może też działać w oparciu o program opracowany przez innych specjalistów prowadzących daną osobę.
3. Etyka zawodowa i osobista hipoterapeuty zobowiązuje go do konsultacji swojego postępowania terapeutycznego z innymi osobami posiadającymi uzupełniające kompetencje specjalistyczne.
4. Hipoterapeuta współpracuje z innymi terapeutami, specjalistami i lekarzami zajmującymi się podopiecznym.
5. Hipoterapeuta powinien utrzymywać i rozwijać swoją wiedzę i umiejętności w procesie ciągłego kształcenia się.
6. Hipoterapeuta zobowiązany jest do przestrzegania tajemnicy zawodowej.
7. Hipoterapeuta musi uzyskać zgodę podopiecznego i/lub jego rodziców/opiekunów przed wykonaniem i wykorzystaniem fotografii, nagrań audiowizualnych lub dźwiękowych.
8. Hipoterapeuta kształtuje u podopiecznego postawę pełną szacunku dla zwierzęcia i uczy go okazywania tego szacunku.
9. Hipoterapeuta przestrzega reguł bezpieczeństwa w pracy z koniem i pamięta o ubezpieczeniu podopiecznych (Polskie Towarzystwo Hipoterapeutyczne).

Rola hipoterapeuty nie jest powszechnie spotykana wśród pielęgniarzy i pielęgniarek, jednak doskonale wpasowuje się w definicję pielęgniarstwa współczesnego, które polega na wielokierunkowej działalności realizowanej przez wykonywanie funkcji zawodowych, służących bezpośredniej opiece nad pacjentem oraz realizacji zleceń lekarskich, a także udział w różnych formach terapii i profilaktyki (Cich, 2022).

Do przeprowadzenia hipoterapii z sukcesem niezbędny jest odpowiednio przygotowany koń. Do ras sprawdzających się w terapii zalicza się konie huculskie, koniki polskie, haflingery oraz konie półkrwi. Najczęściej do pracy wykorzystuje się wałachy, czyli wykastrowane konie, jednak wielu hipoterapeutów jest zdania, że klacze są bardziej wrażliwe na potrzeby pa-

cjentów z niepełnosprawnością. Konie powinny mieć około 120–130 cm wzrostu oraz nie powinny mieć mniej niż 5 lat. Dodatkowo konie pracujące w hipoterapii powinny charakteryzować się dobrym zdrowiem, aby mogły towarzyszyć osobie chorej podczas całej terapii. Pacjenci przywiązują się do zwierząt i ich zmiana często związana jest z wystąpieniem dużego stresu (Palacz, Cieśla, 2007). Do pożądanych cech konia zalicza się także łagodne usposobienie i zrównoważony temperament. Chód konia powinien być miękki i regularny (Wieczorek, Ciołek, Sitek, Zaręba, 2012).

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie znaczenia hipoterapii w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z niepełnosprawnością.

OPIS PRZYPADKU

W badaniu wzięła udział dziewczynka w wieku 16 lat, uczennica VIII klasy szkoły podstawowej. Podczas zbierania wywiadu przy dziewczynce obecni byli rodzice, którzy udzielali odpowiedzi na pytania zawarte w indywidualnym kwestionariuszu wywiadu, opartym na podstawie kwestionariusza jakości życia dla dzieci. Pytania dotyczyły choroby i samopoczucia pacjentki. W trakcie całego badania odbyły się cztery spotkania – dwa w środowisku domowym w dniach 14.03.2022 r. i 25.03.2022 r., które zamykały się w dwugodzinnych ramach czasowych, dostosowanych do możliwości pacjentki i jej rodziców, oraz dwa spotkania w ośrodku hipoterapii i rekreacji ruchowej „Stadnina Koni Fre-Gun” w Andrychowie w dniach 18.03.2022 r. i 21.03.2022 r. Spotkania w stadninie trwały około 1,5 godz. i odbyły się w obecności pacjentki, pielęgniarki hipoterapeutki, rodziców pacjentki oraz konia. Spotkania miały na celu obserwację stanu psychicznego i fizycznego dziewczynki, zmian zachowania, a także reakcji społecznych pacjentki podczas zmian otoczenia i obecności osób trzecich.

Na pierwszym spotkaniu zebrany został wstępny wywiad dotyczący historii choroby dziewczynki, a także pielęgniarka hipoterapeutka omówiła plan spotkań i podstawy użytkowania metody hipoterapii. Opiekunów i dziecko wyposażono również w uzupełniającą literaturę oraz materiały. Otrzymali oni także listę stajni oraz placówek rehabilitacyjnych oferujących zajęcia hipoterapeutyczne oraz zostali poinformowani o cenniku wykonywanych zajęć. Pielęgniarka ustaliła również poziom wiedzy rodziców i córki na temat metody hipoterapii i jej wykorzystania.

Podczas wywiadu rodzice podali, że pierwsze wątpliwości co do prawidłowego rozwoju dziecka zaczęły pojawiać się w wieku przedszkolnym na tle relacji rówieśniczych. Wcześniej dziecko rozwijało się stosownie do wieku. W wieku 5 lat u dziewczynki zdiagnozowane zostało spektrum autyzmu. Od tego czasu dziewczynce towarzyszył pies – dogoterapeuta, który pomagał jej w rozładowaniu negatywnych emocji. W wieku szkolnym dziewczynka korzystała z terapii biofeedback, nauki opartej na piktogramach oraz z pomocy logopedy. Dzięki powyższym metodom i wykorzystywaniu ich w warunkach domowych dziewczynce udało się przejść z sukcesami przez wszystkie klasy szkoły podstawowej. W 2018 roku u dziewczynki stwierdzono skoliozę lewostronną w odcinku lędźwiowym. Przez dwa lata, do czasu wybuchu pandemii COVID-19 uczestniczyła w zajęciach korekcyjnych organizowanych w szkole. W 2021 r. skolioza wynosiła już 30° – postawiona została diagnoza skoliozy idiopatycznej postępującej. Dziewczynce zaproponowano leczenie operacyjne, jednak ze względu na ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych rodzice dziewczynki nie wyrazili zgody na taką metodę leczenia. Zdecydowali się jednak na ćwiczenia rehabilitacyjne opracowane przez Ryszarda Haręźlaka. Ćwiczenia te polegały na wzmocnieniu naturalnego gorsetu mięśniowego oraz korekcji skrzywień w trzech płaszczyznach kręgosłupa. Ćwiczenia opracowane przez Haręźlaka były dla dziewczynki trudne i wymagające. Dziewczynka miała problem z utrzymaniem skupienia oraz ze współpracą ze specjalistą. Mimo to dziewczynka raz w tygodniu spotykała się na zajęciach z fizjoterapeutą stosującym tę metodę oraz codziennie ćwiczyła z rodzicami. Ze względu na autyzm dziewczynki miała ona problemy z dokładnym wykonywaniem ćwiczeń, buntowała się przed dotykiem fizjoterapeuty, nie chciała unosić ciężarków. Ze względu na te trudności rodzice zdecydowali się poszukać alternatywy i za radą lekarza ortopedy po wykluczeniu przeciwwskazań zdecydowali się na hipoterapię.

Podczas drugiego spotkania omówione zostały problemy dziewczynki z wykonywaniem konkretnych ćwiczeń metody Haręźlaka i na tej podstawie dobrane zostały wspomagające ćwiczenia hipoterapeutyczne. Pielęgniarka hipoterapeutka objęła obserwacją trzy ćwiczenia wykonywane przez dziewczynkę w domu. Pierwsze z nich to asymetryczna hiperkorekcja lędźwiowego odcinka kręgosłupa przez uniesienie kończyn dolnych z usytuowaną podkładką redresyjną na szczycie łuku piersiowego. Ze względu na trudności z utrzymaniem właściwej pozycji ćwiczenie trwa mniej niż przeznaczony na nie czas 10 minut – po kilku sekundach dziewczynka zaczyna wyrażać niezadowolenie z powodu konieczności położenia głowy na miękkiej podkładce, krzycząc i płacząc. Drugim, problematycznym ćwiczeniem wykonywanym przez dziewczynkę była elongacja asymetryczna na drabinkach za pomocą

minidrażka. Dziewczynka chętnie wspina się na drabinki, natomiast dużą trudność stanowiło dla niej wyprostowanie swojego ciała w zwisie głową w dół. Mimo asekuracji u dziewczynki podczas wykonywania ćwiczenia występowało usztywnienie w obrębie brzucha i bardzo kurczowe trzymanie się minidrażka. Trzecim ćwiczeniem objętym obserwacją przez pielęgniarkę było ćwiczenie z redresją miejscową służące do rozciągnięcia przykurczonych tkanek okołostawowych podkładkami skrzywienia lewostronnego lędźwiowego oraz stabilizacją odcinka piersiowego przez wyprostowanie lewej kończyny górnej opartej z głową na podwyższeniu. Dziewczynka nie chciała utrzymywać kończyn w odpowiednim położeniu – ponownie pojawił się tutaj aspekt buntu i niechęci związanej z utrzymaniem tej pozycji przez czas 10 minut. Po analizie problematycznych ćwiczeń podjęto pierwszą próbę przeprowadzenia zajęć z hipoterapii. Dziewczynce oraz jej rodzicom przedstawiono wszystkie aspekty wykonywanych ćwiczeń. Aby pomóc pacjentce w rozluźnieniu się, zapewniona została atmosfera zaufania i bezpieczeństwa. Zapoznano pacjentkę z koniem. Dziewczynka nie przejawiała strachu. Aby wzmocnić relację pacjentki z koniem, przez cały okres spotkania była zachęcana do nawiązywania kontaktu ze zwierzęciem, głaskania go i przytulania. Podczas ćwiczeń wykorzystane zostało terapeutyczne działanie ruchu konia – wprowadzono prawidłowy wzorzec ruchu przy biernym udziale dziewczynki. Dzięki rytmicznemu kołysaniu podczas chodu konia dziewczynka mogła rozluźnić spięte mięśnie. Aby wzmocnić efekt rozluźnienia, dziewczynkę zachęcano także do położenia się na grzbiecie konia. Temperatura konia jest o 1–1,5 °C wyższa od temperatury ludzkiego ciała, co sprzyja rozluźnieniu mięśni. Na zakończenie zajęć pokazano pacjentce ćwiczenie zabawowe, które zostało nagrane przez jej rodziców. Celem było prezentowanie nagrania podczas późniejszego wykonywania ćwiczeń statycznych metodą Haręźlaka, aby dziewczynka koncentrowała swoją uwagę na nagraniu, a nie skupiała się na czasie wykonywanego ćwiczenia. Ponadto przypomnienie pozytywnych emocji miało wzmocnić w pacjentce akceptację procesu terapeutycznego. Podczas całego spotkania okazywano dziewczynce akceptację dla jej emocji, nie przymuszano do wykonywania żadnego z elementów ćwiczeń. Po zajęciach rodzice otrzymali karty do oceny jakości życia dziecka, które należało wypełnić po dwóch spotkaniach, aby ocenić skuteczność i efekt terapeutyczny zajęć.

Trzecie spotkanie dziewczynki z hipoterapeutką odbyło się kilka dni później. Dziewczynka nie mogła doczekać się tego spotkania. Z radością przywitała się z koniem. Tym razem zajęcia rozpoczęły się w stajni i polegały na przygotowaniu konia do dalszej pracy. Podczas wykonywania tego zadania pacjentka wspominała poprzednie spotkanie, dużo mówiła, że chciałaby, aby koleżanki z klasy mogły być z nią. Z relacji rodziców wynikało,

że dziewczynka zazwyczaj samotnie spędza czas wolny, co przekłada się na obniżony nastrój dziecka. W domu często opowiada o chęci spotkania z daną koleżanką. Obserwacja pielęgniarki również potwierdziła, że dziewczynka wygląda na bardzo osamotnioną. Dziewczynka ma świadomość, że różni się od rówieśników i obawia się, że jej samotność jest spowodowana przez autyzm. Pacjentka często czuje się niechciana i niepotrzebna w swoim otoczeniu, co przekłada się na niską samoocenę i częste wybuchy płaczu. Jednak, jak wynikało z relacji rodziców, dziewczynka po ostatniej sesji hipoterapeutycznej była bardzo dumna z siebie oraz z ochotą rozpoczęła wykonywanie ćwiczeń na skoliozę. Przy wykonywaniu ćwiczeń statycznych dziewczynce pokazywano nagrany uprzednio filmik, co realnie przełożyło się na wydłużenie czasu wykonywania ćwiczenia oraz działało na nią uspokajająco. Aby wzmocnić poczucie własnej wartości i poczucie, że dziewczynka jest ważna i potrzebna, przydzielone jej zostały obowiązki stażenne. Pacjentka miała za zadanie czyścić konie, podawać im pokarm do żłobów oraz zamiatać hol. Dziewczynka wykonywała zadania z dokładnością i entuzjazmem, za co została pochwalana i doceniona. Podczas wykonywania ćwiczeń na koniu prezentowała otwartą postawę wobec hipoterapeutki, sama inicjowała rozmowę.

Ostatnie spotkanie odbyło się w domu pacjentki. Jego celem było podsumowanie dotychczasowych działań oraz wyjaśnienie niejasności i wątpliwości, które się pojawiły. Ponadto omówiona została dokumentacja – karta oceny jakości życia, która została uzupełniona przez rodziców na podstawie obserwacji dziewczynki w ostatnich dniach. Podczas spotkania pacjentka była pogodna, nie miała problemu z nawiązaniem kontaktu z pielęgniarką. Rodzice także zaobserwowali, że nastrój dziewczynki w ostatnich dniach zdecydowanie się poprawił. Była wesoła, reagowała mniej nerwowo na niepowodzenia. W trakcie wykonywania ćwiczeń metodą Haręźlaka dziewczynka była bardziej rozluźniona i wytrzymała dłużej w niewygodnych pozycjach. Pozytywne zmiany, które zaszły u dziewczynki spowodowały, że ona i rodzice zdecydowali się na kontynuację ćwiczeń hipoterapeutycznych w ośrodku jeździeckim.

DYSKUSJA

Wszechstronny wpływ hipoterapii na funkcjonowanie człowieka spowodował, że cały czas znajduje się ona w kręgu zainteresowań badaczy. Na całym świecie zgłębiana jest wiedza o tej metodzie wspomagania leczniczego. Hipoterapia nie jest dedykowana jednej jednostce chorobowej,

a szerokie spektrum możliwości, jakie ze sobą niesie, pozwala na pracę z pacjentami o różnym charakterze i różnym potencjale do wykonywania ćwiczeń.

Badania przeprowadzone przez Bilke (2017) przedstawiają rodzaje zaburzeń rozwojowych, z którymi zmagają się dzieci korzystające z hipoterapii. Według autorki z hipoterapii korzysta najwięcej dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (ponad 27%), następnie z autyzmem (22%), pozostali ćwiczący to osoby z zespołem Downa oraz dzieci ze wzmożonym napięciem mięśniowym, zaburzeniami mowy oraz upośledzeniem umysłowym. Rodzice dzieci wiedzę o hipoterapii pozyskują z różnych źródeł, najczęściej od rehabilitanta (36%), z Internetu (22%), od rodziców innego dziecka z niepełnosprawnością (18%) lub od znajomych (18%). Badania wykazały, że do najczęściej dostrzeganych przez rodziców efektów hipoterapii zalicza się poprawę komunikacji werbalnej (72%). Ponadto 63% respondentów zauważyło znaczną poprawę motoryki małej i dużej, zwiększenie motywacji do wykonywania ćwiczeń oraz zwiększenie samodzielności. U niemal 60% dzieci rodzice zauważyli normalizację napięcia mięśniowego (Bilke, 2017).

W 2021 r. włoscy badacze opublikowali wyniki badań dotyczące wpływu terapii z wykorzystaniem konia na dzieci w spektrum autyzmu. W badaniu wzięło udział 15 dzieci w wieku 7–15 lat. Celem badania było sprawdzenie wpływu hipoterapii na zachowania adaptacyjne i funkcje motoryczne u dzieci oraz sprawdzenie, czy terapia wpływa na poziom stresu rodziców dziecka. W trakcie sesji trwającej 20 tygodni dzieci opiekowały się końmi, wykonywały czynności pielęgnacyjne wokół nich oraz jeździły konno. Podczas każdej z sesji na uczestników badania czekały coraz bardziej wymagające zadania, które poprzedzone były prośbą ustną oraz prezentacją przez opiekuna. W badaniach wykazano, że zajęcia z udziałem koni mogą być skuteczne w poprawie zachowań adaptacyjnych i funkcji motorycznych w zaburzeniach ze spektrum autyzmu. Badacze nie zaobserwowali zmniejszenia stresu rodzicielskiego podczas hipoterapii, co więcej odnotowali pogorszenie postrzegania zachowania dziecka, co mogło się wiązać z cechami fenotypowymi dziecka. Ponadto wpływ na to mogło mieć rozczarowanie rodziców, którzy mogli mieć bardzo wysokie oczekiwania dotyczące potencjalnych korzyści płynących z hipoterapii (Zoccante i in., 2021).

Anderson i Meintz (2016) opublikowały wyniki badań dotyczące wpływu terapii z udziałem koni w leczeniu objawów autyzmu. Badanie polegało na ocenie wpływu 5-tygodniowego programu terapeutycznej jazdy konnej. 15 uczestników badania zostało podzielonych na 3 grupy pięcioosobowe. Każda z grup miała zorganizowaną jazdę konną, zaplanowane wykonanie czynności pielęgnacyjnych wokół konia oraz zajęcia w stajni. Badania wykazały, że hipoterapia poprawiła niektóre aspekty funkcjonowania społecz-

nego u badanych osób, przyczyniła się do wzmocnienia odczucia empatii, a także była pomocna w redukcji nietypowych zachowań społecznych. Terapia z koniem nie miała wpływu na socjalizację i komunikację uczestników badania.

Odmiennie wyniki zostały opublikowane przez brytyjskich badaczy w 2018 r. Dowiedli oni, że konie pomagają dzieciom z autyzmem rozpocząć interakcje, które wcześniej wydawały się niemożliwe. Dzięki wielosenso-rycznej terapii, na którą składa się fizyczne doświadczenie jazdy konnej, specyficzny rytm i ruchy konia oraz jego osobowość, dzieci ze spektrum autyzmu „otwierają się” i niejednokrotnie zaskakują swoich opiekunów. W badaniu zauważono, że początkowo dzieci częściej zwracają się do konia niż hipoterapeuty, jednak z czasem zaczynają także podejmować rozmowy z dorosłymi (Malcolm, Ecks, Pickersgill, 2018).

Interesujące badania opublikowane zostały także w 2013 r. przez grupę polskich badaczy. W eksperymencie badawczym wzięła udział grupa 54 osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim. Ponadto u osób biorących udział w badaniu stwierdzone były wady postawy i inne problemy z prawidłowym utrzymywaniem pozycji ciała. W badaniach potwierdzono, że zajęcia z udziałem koni pozytywnie wpływają na postawę ciała i możliwość utrzymywania równowagi. Badacze zwrócili uwagę, że kluczowe w osiągnięciu powyższych efektów jest prawidłowe ustawienie miednicy. Mimo sztywnej struktury narządu bierze ona udział w ciągu zmian kinetycznych z wykorzystaniem stawu biodrowego i odcinka lędźwiowego, które są powiązane mięśniami z klatką piersiową i miednicą (Mazur-Rylska, Ambroży, Kaganek, 2013).

WNIOSKI

Hipoterapia jest efektywną, wszechstronną metodą wsparcia procesu rehabilitacji i leczenia, która jest wykorzystywana na całym świecie. Polega na wielowektorowym oddziaływaniu na strefę fizyczną, emocjonalną, poznawczą i społeczną pacjenta. Mimo wszechstronności metody, hipoterapeuta w zależności od rodzaju problemu indywidualnie dobiera pacjentowi odpowiedni rodzaj ćwiczeń. Ponadto sama hipoterapia nie opiera się tylko na ich wykonywaniu, ale przede wszystkim na nawiązaniu relacji ze zwierzęciem. Konie posiadają umiejętność odczytywania sygnałów z otoczenia, co stanowi fundament komunikacji niewerbalnej między zwierzęciem a człowiekiem. Osoby chore mogą czuć się potrzebne, dzięki możliwości sprawowania opieki nad koniem, karmieniem go i czyszczeniem. Przekłada

się to również na wzmocnienie woli walki o poprawę stanu zdrowia. Praca z koniem stanowi doskonały przykład współpracy człowieka z naturą, który daje radość i satysfakcję nie tylko osobom, które korzystają z tej metody, ale także terapeutom i rodzinom pacjentów.

PIŚMIENICTWO

- Anderson, S., Meints, K. (2016). Brief report: The effects of equine-assisted activities on the social functioning in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(10), s. 3344-3352. DOI: 10.1007/s10803-016-2869-3.
- Bednarczyk, M. (2015). Hipoterapia jak o forma rehabilitacji i wsparcia włączania społecznego osób niepełnosprawnych. *Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy*. 15(8), s. 207-217.
- Bilke, R. (2017). Hipoterapia i jej wpływ na dzieci i młodzież. *Zeszyty Studenckiego Ruchu Naukowego Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach*, 26(1), s. 19-27.
- Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych. (2018). <https://niepelnosprawni.gov.pl/p,77,niepelnosprawnosci-w-liczbach> (20.03.2023).
- Cich, B. (2022). *Wykorzystanie hipoterapii w opiece pielęgniarstwie nad osobą niepełnosprawną*. Praca licencjacka, prom. dr n. med. Piasecka K. Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu.
- Gasińska, M., Krupiński, J., Należyty, M., Paszkiewicz, A., Smolak, W., Solecka, I., Strumińska, A., Ustjan, D., Woińska, M. (2007). *Kanony Polskiej Hipoterapii*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Hipoterapeutyczne Zarząd Główny, s. 1-8.
- Giełda, M. (2015). Pojęcie niepełnosprawności. W: M. Giełda, R. Raszevska-Strzałecka (red.), *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*. Wrocław: E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Kulbaka, J. (2018). Z historii niepełnosprawności. *Biuletyn Historii Wychowania*, 38, s. 19-37. DOI 10.14746/bhw.2018.38.2.
- Lejzerowicz, M., Bruszevska, H. (2018). Hipoterapia a parajeździectwo na poziomie rekreacyjnym i sportowym – korzyści i zagrożenia. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2(27), s. 85-100.
- Łojek, J., Strumińska, A., Łojek, A. (2011). Hipoterapia – człowiek i koń w relacji hipoterapeutycznej. *Przegląd Hodowlany*, 11, s. 13-17.
- Malcolm, R., Ecks, S., Pickersgill, M. (2018). 'It just opens up their world': Autism, empathy, and the therapeutic effects of equine interactions. *Anthropology & Medicine*, 25(2), s. 220-234. DOI: 10.1080/13648470.2017.1291115.

- Mazur-Rylska, A., Ambroży, T., Kaganek, K. (2013). Rekreacyjne zajęcia hipiczne jako forma doskonalenia mechanizmu utrzymywania równowagi i postawy ciała u młodzieży niepełnosprawnej umysłowo w stopniu lekkim. *Folia Turistica. Akademia Wychowania Fizycznego im. B. Czecha w Krakowie*, 29, s. 101-119.
- Otapowicz, D., Sakowicz-Boboryko, A., Wyrzykowska-Koda, D. (2016). Niepełnosprawność a jakość życia rodziny. *Pogranicze. Studia Społeczne*, 28, s. 101-115. DOI 10.15290/pss.2016.28.05.
- Palacz, R., Cieśla, A. (2007). Charakterystyka rasowa i biometryczna koni użytkowanych w hipoterapii na przykładzie dwóch ośrodków terapeutycznych. *Roczniki Naukowe Polskiego Towarzystwa Zootechnicznego*, 3(2), s. 113-121.
- Polska Akademia Kultury i Sportu. Kurs instruktora hipoterapii. https://pakis.pl/kursy/132?hsa_acc=6415702729&hsa_cam=19600781749&hsa_grp=&hsa_ad=&hsa_src=x&hsa_tgt=&hsa_kw=&hsa_mt=&hsa_net=adwords&hsa_ver=3&gad=1&gclid=CjwKCAjw8-OhBhB5EiwADyoY1VZbMLg9saRqqBxdFKlh02-16zqDXH6P_X6Uzl-49A792ZdCTil1hoCL_oQAvD_BwE (13.03.2023).
- Polskie Towarzystwo Hipoterapeutyczne. Kanony polskiej hipoterapii. <https://pthip.org.pl/hipoterapia/kanony> (10.04.2023).
- Sobuś, M., Łagan, S. Hipoterapia jako naturalna forma rehabilitacji. *Aktualne Problemy Biomechaniki*, 4, s. 173-178.
- WHO. (2013). Światowy raport o niepełnosprawności – podsumowanie. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 1(6), s. 5-30.
- Wieczorek, D., Ciołek, K., Sitek, E., Zaręba, W. (2012). Hipotest – próba wystandaryzowania oceny przydatności konia do zajęć hipoterapeutycznych. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 42, s. 29-39.
- Zoccante, L., Marconi, M., Ciceri, M. L., Gagliardoni, S., Gozzi, L. A., Sabaini, S., Colizzi, M. (2021). Effectiveness of Equine-Assisted Activities and Therapies for improving adaptive behavior and motor function in autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 10(8):1726. DOI: 10.3390/jcm10081726.
- Żuraw, H. (2016). Ewolucja podejścia do niepełnosprawności w kulturze zachodu – perspektywa antropologii. *Pogranicze. Studia Społeczne*, 28, s. 27-47. DOI: 10.15290/pss.2016.28.02.

Edukacyjna rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do samoopieki w przypadku stomii jelitowej

Marta Gabryś¹, Elżbieta Garwacka-Czachor², Dorota Milecka²

1. Studentka studiów II^o na kierunku pielęgniarstwo, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie

STRESZCZENIE

Wstęp. Posiadanie odbytu brzuszego wiąże się z ryzykiem wystąpienia licznych powikłań. Problemy dotyczą wszystkich sfer życia człowieka, dlatego pacjenci po zabiegu wyłonienia stomii wymagają szczególnej troski i specjalistycznej opieki. Wyposażenie pacjenta w niezbędną wiedzę i umiejętności pozwala mu uwierzyć w możliwość funkcjonowania zbliżonego do tego sprzed choroby.

Cel pracy. Przedstawienie edukacyjnej roli pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do samoopieki przed i po wyłonieniu stomii jelitowej.

Podstawowe założenia. Przygotowanie pacjenta do wyłonienia odbytu brzuszego to proces obejmujący sferę fizyczną oraz psychiczną. Jednym z głównych etapów przygotowania jest wyznaczenie przez pielęgniarkę stomijną miejsca wydobycia przetoki. Przygotowanie psychiczne opiera się przede wszystkim na rozmowie z pacjentem. Zadaniem pielęgniarki jest edukacja chorego w zakresie pielęgnacji stomii oraz wyjaśnienie wszelkich wątpliwości z tym związanych. Zdobyta wiedza zmniejszy ryzyko wystąpienia powikłań i pozytywnie wpłynie na komfort pacjenta. Pacjent opuszczając szpital powinien być samodzielny – przygotowany do samoopieki. W powrocie do zdrowia wspierają pacjentów także poradnie stomijne, gdzie chorzy mogą udać się po wskazówki dotyczące pielęgnacji oraz pomoc przy wyborze sprzętu dostosowanego do potrzeb.

Podsumowanie. Jakość życia pacjentów ze stomią w dużej mierze spoczywa w rękach pielęgniarek. Dobre przygotowanie chorych do samoopieki zależy od profesjonalnej edukacji i pielęgnacji. Przygotowanie to realizowane jest na drodze edukacji nie tylko samego pacjenta, ale również jego rodziny.

Słowa kluczowe: stomia, edukacja pacjenta, samoopieka, pielęgnowanie stomii, pielęgniarka stomijna

WSTĘP

Stomia (przetoka jelitowa, odbył brzuszny, sztuczny odbył) powstaje w wyniku chirurgicznego połączenia światła jelita z powłokami jamy brzusznej. Zabieg ten jest stosowany w przypadku pojawienia się różnego rodzaju zmian chorobowych w jelicie cienkim lub grubym. Wyróżnia się ileostomię, która powstaje w wyniku wyłonienia jelita cienkiego ponad powłoki brzuszne oraz kolostomię utworzoną z części jelita grubego. Posiadanie przetoki jelitowej wiąże się z ryzykiem wystąpienia licznych powikłań, takich jak: martwica, niedokrwienie, grzybicze lub bakteryjne zapalenie skóry, przepuklina okołostomijna, wypadnięcie lub wciągnięcie stomii (Mickiewicz, Czadek, Szlagatys-Sidorkiewicz, 2016; Uchmanowicz, Rosińczuk, 2018). Wyróżnia się też psychologiczne powikłania, do których zalicza się m.in.: obniżoną samoocenę i samoakceptację, lęk przed powrotem do domu i dalszym funkcjonowaniem, strach przed brakiem akceptacji ze strony najbliższych i społeczeństwa, a nawet depresję (Kapała, Bączyk, 2018). Problemy stomików dotyczą wszystkich sfer funkcjonowania człowieka, dlatego pacjenci po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej wymagają szczególnej troski i specjalistycznej opieki (Uchmanowicz, Rosińczuk, 2018).

Wyposażenie pacjenta w niezbędną wiedzę i umiejętności pozwala mu uwierzyć w możliwość funkcjonowania zbliżonego do tego sprzed choroby. Podczas przeprowadzanej edukacji należy przedstawić zasady prawidłowej pielęgnacji i higieny wyłonionej przetoki jelitowej oraz dobór odpowiedniego sprzętu stomijnego, przekazać informacje dotyczące ryzyka wystąpienia powikłań oraz sposoby zapobiegania. Leczenie związane z wyłonieniem stomii zazwyczaj wymaga długiej rekonwalescencji i adaptacji do nowej sytuacji życiowej. Tempo i przebieg adaptacji to proces złożony, ma indywidualny charakter i przebieg. Należy więc pacjenta wspierać w powrocie do zdrowia, a najlepszym źródłem wsparcia z uwagi na profesjonalne przygotowanie jest m.in. pielęgniarka stomijna.

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie edukacyjnej roli pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do samoopieki przed i po wyłonieniu stomii jelitowej.

WSKAZANIA DO WYŁONIENIA STOMII JELITOWEJ

Przyczyn wyłonienia stomii jelitowej jest bardzo dużo, jednak najczęściej spotykaną jest rak jelita. W Polsce stanowi to około 77% przypadków (Cierzniakowska, Szewczyk, 2018). Kolostomia wyłaniana jest z racji konieczności usunięcia części jelita grubego. Najczęściej wydobywana jest z powodu swoistych i nieswoistych chorób zapalnych układu pokarmowego, urazów jamy brzusznej (najczęściej miednicy małej i odbytu), uchyłkowatości jelita grubego, wystąpienia zmian przerzutowych, nacieków nowotworowych oraz w przypadku konieczności odbarczenia poniżej wykonanego zespolenia jelitowego. Czasowa kolostomia jest wykonywana ze względu na zamknięcie dystalnej części jelita grubego w celu jej wyleczenia, regeneracji oraz w trakcie operacji Hartmanna. Natomiast powody do wyłonienia ileostomii to m.in. choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie i polipowatość jelita grubego, zmiany zatorowo-zakrzepowe naczyń kręgowych, niedrożność i zapalenie otrzewnej oraz rozległa endometrioza (Bączyk, Kapała, 2018; Uchmanowicz, Rosińczuk, 2018).

POWIKŁANIA I NASTĘPSTWA PO WYŁONIENIU PRZETOKI JELITOWEJ

Pacjenci z wyłonią stomią są narażeni na wiele powikłań. W celu zmniejszenia ryzyka ich powstania należy zwrócić szczególną uwagę na przygotowanie pacjenta przed zabiegiem. Źle umiejscowiona i wykonana stomia znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań (Cierzniakowska, Szewczyk, 2018). Powikłania dzielimy ze względu na czas w jakim występują, wczesne pojawiają się do 30 dni po zabiegu, a późne po okresie 30 dni. Jedne z wczesnych powikłań jakie można zaobserwować to niedokrwienie oraz martwica, stomia staje się wtedy ciemnoczerwona, a w późniejszym czasie czarna. Stan ten jest bardzo niebezpieczny i powoduje kolejne powikłania, np. zwężenie stomii, co może przyczynić się do utrudnienia wydalanania stolca. Do pozostałych dolegliwości zalicza się różnego rodzaju powikłania dermatologiczne, tj. bakteryjne i grzybicze zapalenie skóry. Mogą

wystąpić również zakażenia okołostomijne, krwawienia, obrzęki, czy nawet wciągnięcie stomii. Natomiast do późnych powikłań zalicza się retrakcje (wycofanie stomii poniżej skóry) i zarośnięcie stomii. Utrudnia to ewakuację treści kałowych oraz pielęgnację stomii, co w następstwie może spowodować proces zapalny skóry, pęknięcie, macerację i wysięk. Występują również przypadki nawrotu choroby nowotworowej lub zapalnej, a także obrzęk stomii, przetoka okołostomijna, wypadnięcie stomii, niedokrwienia, martwica oraz niedrożność stomii (Majewska, 2016; Uchmanowicz, Rosińczuk, 2018). Pojawiają się także powikłania ogólnoustrojowe, które występują w różnym czasie od zabiegu. Zalicza się do nich problemy emocjonalne, psychospołeczne, metaboliczne i zaburzenia seksualne. U takich osób możemy zauważyć lęk, bezsilność wobec zaistniałej sytuacji, niską samoocenę oraz problemy z akceptacją samego siebie (Cierzniakowska, Szewczyk, 2018; Uchmanowicz, Rosińczuk, 2018).

PSYCHOLOGICZNE KONSEKWENCJE WYŁONIENIA STOMII

Problemy psychologiczne pacjentów, występujące w medycynie zabiegowej, to w głównej mierze lęk i stres związane z przebiegiem operacji oraz obecnym stanem zdrowia, obniżona samoocena i samoakceptacja wynikające ze zmiany w funkcjonowaniu organizmu, zmniejszonej sprawności fizycznej oraz zmian w wyglądzie, powstałych w wyniku leczenia. Pacjent może poczuć bezradność i utratę kontroli nad własnym życiem. Choroba wyzwała poczucie bycia ciężarem dla najbliższych, a ograniczenie w wykonywaniu niektórych czynności narusza poczucie własnej wartości. W wyniku choroby oraz jej leczenia aktywność pacjenta nie tylko fizyczna, ale również społeczna i emocjonalna jest bardzo ograniczona. Chory często zaczyna się izolować od społeczeństwa, a powrót do codziennego życia i obowiązków sprawia pacjentowi wiele trudności. Chorego z wyłonią stomią jelitową może spotkać wiele problemów psychospołecznych, takich jak: lęk związany z nawrotem choroby i ponownym pogorszeniem się stanu zdrowia, niepewność spowodowana nowym sposobem funkcjonowania organizmu, doświadczenie wstydu i wstrętu wynikające ze zmienionej fizjologii, obawa związana z brakiem akceptacji przez środowisko oraz poczucie mniejszej wartości wynikające z zmniejszonej sprawności fizycznej. Spora część osób po operacji wyłonięcia przetoki doświadcza spadku **napędu**, zaburzeń nastroju, załamania psychicznego, a nawet depresji (Banasiewicz, Krokowicz, Szczepkowski, 2017).

PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO WYŁONIENIA PRZETOKI JELITOWEJ

Proces przygotowania pacjenta do zabiegu wyłonienia stomii obejmuje sferę fizyczną oraz psychiczną. Przed operacją wykonywane są podstawowe badania krwi i moczu oraz dodatkowo lekarz może zlecić kolonoskopię, tomografię komputerową jamy brzusznej, wlew kontrastowy jelita grubego lub ultrasonografię. Przed zabiegiem jelito grube należy oczyścić z zalegających mas kałowych. W tym celu wprowadzana jest dieta płynna oraz podawane są środki przeczyszczające. Kilka godzin przed zabiegiem należy odpowiednio przygotować skórę oraz przypilnować, by pacjent był na czczo (Bączyk, Kapała, 2018; Uchmanowicz, Rosińczuk, 2018). Jednym z głównych etapów przygotowania pacjenta jest wyznaczenie przez pielęgniarkę (najczęściej stomijną) miejsca wydobycia stomii. Podczas wybierania miejsca pielęgniarka bierze pod uwagę wszystkie aspekty życia pacjenta, rodzaj wykonywanej pracy, hobby, preferencje, budowę ciała oraz rodzaj ubrań noszonych przez chorego. Źle wydobyta przetoka może powodować wiele trudności w pielęgnacji, sprawiać dodatkowy dyskomfort oraz przyczynić się do powstania powikłań. Dobrze wybrane miejsce zdecydowanie ułatwi pielęgnację i pozwoli szybciej przyzwycząć się do nowo wyłonionej przetoki. Miejsce stomii wyznacza się w trzech pozycjach: stojącej, siedzącej i leżącej. Ważne, aby w każdej z nich pacjent miał dobry dostęp oraz widoczność stomii. Należy zwrócić uwagę przy wyznaczaniu miejsca na rodzaj stomii, grubość powłok brzusznych oraz rodzaj bielizny i odzieży noszonej przez pacjenta. Miejsce powinno być gładkie, bez blizn, znamion oraz w odpowiedniej odległości od miejsca cięcia operacyjnego. W przypadku pacjentów z nadwagą oraz otyłością szczególną uwagę należy zwrócić, aby miejsce wyłonienia nie znajdowało się pod fałdem brzuszny ograniczającym dostęp do stomii. W takim przypadku najczęściej wyznacza się miejsce w śródbrzuszu lub nadbrzuszu (Bączyk, Kapała, 2018; Kamiński, Dadan, Majewska, 2016). Przygotowanie psychiczne opiera się przede wszystkim na rozmowie z pacjentem. Zadaniem pielęgniarki jest edukacja pacjenta dotycząca wyłonienia i pielęgnacji stomii oraz wyjaśnienie wszelkich wątpliwości i niejasności z tym związanych. Należy wytłumaczyć, na czym będzie polegał zabieg oraz jaką funkcję będzie pełniła stomia. Dzięki rozmowie pacjent będzie miał możliwość nastawienia się psychicznie na zmianę nie tylko w funkcjonowaniu organizmu, ale również w wyglądzie (Kamiński, Dadan, Majewska, 2016; Uchmanowicz, Rosińczuk, 2018).

PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO SAMOOPIEKI – ZALECENIA OGÓLNE

Wydobycie stomii przedłuża życie chorego, ale także sprawia duży dyskomfort psychiczny oraz fizyczny. Stomia postrzegana jest przez pacjenta jako zniekształcenie wyglądu jego ciała, a brak kontroli nad wydalaniem prowadzi do powstania urazu psychicznego, lęku oraz ograniczeń w aktywności życiowej (Dziedzic i in., 2019). Zadaniem pielęgniarki jest uświadomienie pacjenta, że zabieg wyłonienia stomii wcale nie musi wiele zmieniać w jego życiu. W dalszym ciągu będzie mógł prowadzić swoje dotychczasowe życie zawodowe, rodzinne i towarzyskie (Grzawacz, Hofman, 2014).

Po operacji pacjent powinien unikać wysiłku, który może prowadzić do powstania przepukliny okołostomijnej. W pierwszych tygodniach po zabiegu istnieją bezwzględne przeciwwskazania do dźwigania, pracy w pozycji stojącej oraz wykonywania innych czynności angażujących mięśnie brzucha. Podczas wszelkich aktywności fizycznych zaleca się stosowanie specjalnej bielizny przeznaczonej dla stomików oraz nakładanie pasa stomijnego, który zmniejsza ryzyko wytworzenia się przepukliny okołostomijnej. Ubiór chorego powinien być luźny, swobodny, paski należy zamienić na szelki, a bielizna powinna kończyć się pod lub nad workiem stomijnym. Zabieg osłabia mięśnie brzucha, dlatego celem pielęgniarki jest zachęcenie pacjenta do wykonywania regularnych i odpowiednio dobranych ćwiczeń wzmacniających dane partie mięśni. Spacer czy pływanie jest dobrą formą aktywności po zabiegu (Pierzak, Głuszek, Kozieł, Wychowaniec, 2016; Grzawacz, Hofman, 2014). Pielęgniarka podczas przeprowadzania edukacji przedstawia zasady prawidłowej pielęgnacji i higieny wyłonionej przetoki jelitowej. Zwraca uwagę na problemy dnia codziennego, na które może natrafić stomik oraz radzi, w jaki sposób można je rozwiązać. W realizowanej przez pielęgniarkę edukacji razem z pacjentem powinna wziąć udział również jego rodzina. Warto zachęcać bliskich chorego do pomocy przy czynnościach pielęgnacyjnych. Dodatkowe wsparcie z pewnością wpłynie pozytywnie na naukę zasad postępowania przy przetoce szczególnie, gdy pacjent jest osobą starszą. Pacjent opuszczając szpital, powinien być samodzielny oraz samowystarczalny. Sukcesem można nazwać pełną adaptację chorego do zmiany warunków jego własnej fizyczności (Bączyk, Głowacka, Kozłowska, Niewiadomska, 2016; Szymańska-Pomorska i in., 2015; Uchmanowicz, Rosińczuk, 2018).

PIELĘGNACJA STOMII PRAWIDŁOWEJ I POWIKŁANEJ

Po powrocie ze szpitala pacjent będzie w stanie normalnie funkcjonować, jeżeli nauczy się wcześniej wymiany worka stomijnego, pielęgnacji stomii i skóry wokół oraz obserwacji okolicy wyłonionej przetoki w kierunku niepożądanych zmian. Taka wiedza zmniejszy ryzyko wystąpienia powikłań i pozytywnie wpłynie na komfort pacjenta (Przyszlak, Żmuda-Trzebiatowska, 2016).

Pierwsze wymiany worka wykonuje pielęgniarka, jednak w późniejszych etapach edukacji należy zachęcać pacjenta do samodzielnego wykonania całego procesu wymiany worka i pielęgnacji stomii. Naukę pielęgnacji przetoki należy przeprowadzać w miejscu odosobnionym, gdzie pacjent będzie mógł poczuć się komfortowo. Na początku pielęgniarka dobiera odpowiedni dla chorego sprzęt stomijny: worek stomijny, płytkę oraz przyklepiec. Wszelkie czynności pielęgnacyjne wykonujemy delikatnie. Przed przystąpieniem do czynności pielęgnacyjnych należy opróżnić worek z zawartości. Do mycia wystarczy ciepła woda z mydłem, a do usunięcia pozostałości kleju należy zastosować środek dedykowany przez producenta danego sprzętu stomijnego. Skórę należy dokładnie osuszyć. W przypadku ileostomii istnieje większe ryzyko podrażnienia skóry wydostającą się treścią, dlatego warto dodatkowo użyć pasty uszczelniającej. Nie należy natomiast używać żadnych kremów, ani oliwek, ponieważ zmniejszy to przylepność. Gdy miejsce jest już przygotowane pielęgniarka przykleja wcześniej dopasowaną płytkę. Otwór wycina tak, żeby wielkością i kształtem pasował do stomii, zostawiając niewielki odstęp, by nie podrażniać błony śluzowej jelita (Banasiewicz, Krokowicz, Szczepkowski, 2017; Kapała, Bączyk, 2018; Janowska-Puzio, 2019).

W przypadku stomii powikłanej pielęgnacja jest trudniejsza i wymaga poświęcenia więcej czasu. Należy poinformować pacjenta, że w momencie zaobserwowania powikłań powinien jak najszybciej zgłosić się do pielęgniarki lub lekarza. W niektórych przypadkach konieczne jest leczenie chirurgiczne, a nawet ponowne wykonanie zabiegu operacyjnego. Do leczenia i pielęgnacji powikłań wykorzystuje się specjalistyczne opatrunki indywidualnie dobierane przez pielęgniarkę (Banasiewicz, Krokowicz, Szczepkowski, 2017).

Dodatkowym zabiegiem, jaki mogą wykonywać pacjenci z kolostomią jest irygacja, która polega na oczyszczaniu jelita grubego z zalegających mas kałowych za pomocą wlewu wodnego. Pierwsza irygacja wykonywana jest pod nadzorem pielęgniarki, kolejne pacjent może wykonywać już samodzielnie. Zabieg ten wykonuje się przy pomocy irygatora wypełnionego

wodą o temperaturze ciała. Stomię należy wcześniej umyć i przymocować do niej worek irygacyjny. Końcówkę posmarowaną 2% lidokainą wprowadza się do stomii i sprawdza, czy jest szczelnie przymocowana, a następnie zwalnia się przepływ zaciskiem regulującym. Woda powinna spływać około 10 minut, następnie należy wyciągnąć końcówkę i zamknąć worek. Po irygacji kolostomia zacznie wydalać wodę oraz stolec, co może potrwać nawet do 45 minut. Gdy zabieg dobiegnie końca należy umyć stomię i zabezpieczyć workiem stomijnym. Regularne wykonywanie tego zabiegu niesie za sobą wiele korzyści, takich jak: kontrola wypróżnień, brak problemów z zaparciami, zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań dermatologicznych w obrębie stomii, brak ograniczeń dietetycznych oraz eliminacja głośnego wydalania gazów (Banasiewicz, Krokowicz, Szczepkowski, 2017; Jankowska-Puzio, 2019).

ZALECENIA DIETETYCZNE DLA PACJENTA ZE STOMIĄ

Bezpośrednio po zabiegu dieta jest bardzo ograniczona. Rozszerza się ją stopniowo, obserwując reakcje organizmu na nowe składniki. Przyzwyczajenie organizmu do nowych warunków związanych z obecnością stomii może potrwać około 2 miesiące. Należy wtedy wykluczyć z diety ciężkostrawne tłuszcze zwierzęce, błonnik nierozpuszczalny, produkty wpływające na nadmierną produkcję gazów oraz powodujące wzmożoną fermentację jelitową. Po tym czasie można wrócić do normalnej diety. Istnieje ryzyko wystąpienia powikłań i objawów niepożądanych wynikających z diety, np. biegunki, zaparcia, nadmierna produkcja gazów, zapychanie stomii i przykry zapach. W celu uniknięcia niechcianych efektów należy zachować pewne zasady żywieniowe. Szczególnie pacjenci z ileostomią wymagają specjalnie dostosowanego żywienia z powodu zwiększonego ryzyka wystąpienia strat pokarmowych i utraty wody, stąd tak ważne jest wprowadzenie niskotłuszczowych, wysokoenergetycznych i wysokobiałkowych posiłków w diecie pacjenta. Dla wszystkich pacjentów z wyłonioną stomią podstawą w prawidłowym odżywianiu się jest spożywanie 5-6 niewielkich posiłków o regularnych porach dnia oraz odpowiednia podaż płynów. W przypadku wystąpienia dolegliwości należy wykluczyć z diety składniki, które je powodują, np. w momencie wystąpienia zaparcí należy zrezygnować z produktów zawierających duże ilości błonnika oraz zwiększyć ilość przyjmowanych płynów, podczas nadprodukcji gazów należy zrezygnować z roślin strączkowych, napojów gazowanych oraz produktów bogatych w węglowodany złożone (Banasiewicz, Krokowicz, Szczepkowski, 2017; Urbanik, Pachocka, 2015; 2016; Uchmanowicz, Rosińczuk, 2018).

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY PIELĘGNACJI STOMIKA

Wyłonienie stomii nie tylko oddziałuje na zmianę fizyczności organizmu, ale także wpływa na sferę psychiczną. Jest to zabieg wpływający na wygląd i funkcjonowanie pacjentów w codziennym życiu. Zadaniem pielęgniarki jest wsparcie i pomoc w nauce oraz akceptacji życia ze stomią. Potrzeba dużo czasu, by oswoić się z tą zmianą. Pacjenci z wyłoniąną przetoką często czują się osamotnieni, wykluczeni mimo wsparcia osób najbliższych. Dużo osób wstydi się wyłonionej stomii i obawia się, że ktoś może ją zauważyć. Krępuje ich oddawanie głośnie gazów, przykry zapach oraz strach, że worek może być nieszczelny. Pacjenci często mają obawy związane z powrotem do domu, rodziny i swojego wcześniejszego życia. Martwią się, że mogą nie poradzić sobie z pielęgnacją oraz nie zostaną zaakceptowani przez środowisko. Brak dostatecznej ilości informacji związanych z postępowaniem przy przetoce lub ich natłok, może spowodować dodatkowy lęk. Dlatego tak ważna jest odpowiednia edukacja i wsparcie. Każdy pacjent będzie potrzebował różnej ilości czasu, by nauczyć się sobą opiekować i przyzwycząić do nowej sytuacji. Pielęgniarka powinna wykazać się dużą wyrozumiałością i cierpliwością, pamiętając, że stomia wprowadza w życie chorego dużą zmianę, która wymaga cierpliwości, nie należy zatem chorego naciskać, ani krytykować za błędy. Zmiana wyglądu bardzo wpływa na postrzeganie samego siebie. W świecie zdominowanym przez media społecznościowe, promowane są osoby szczupłe, wysportowane z idealnie czystą i gładką skórą, bez ran, blizn i rozstępów. Sprawy związane z czynnościami fizjologicznymi są raczej tematem tabu. Skoro trudno jest zaakceptować swój wygląd wielu osobom niemającym problemu z własnym ciałem, to tym bardziej trudno o akceptację komuś z wyłoniąną stomią. Takie kreowanie wyglądu i zachowań powoduje wiele kompleksów oraz zaniżenie samooceny. Osoby po zabiegu mogą czuć się mniej atrakcyjne, gorsze, odstające, niechciane, co często prowadzi do izolowania się przed innymi. Słabiej oceniają swoje możliwości społeczne oraz funkcjonowanie w codziennym życiu. Oczekują od pielęgniarek nie tylko wsparcia psychicznego, ale również pomocy w rozwiązywaniu problemów powodujących u nich dyskomfort oraz lęk (Szpilewska, i in., 2018; Czyżewski, i in., 2018; Dziki, Szymczak, Glińska, Dzi-ki, 2016; Frydrysiak, Głowacka, Haor, Rogowska, 2019; Ławnik, 2015; Piprek, Młynarska, 2018).

ZADANIA PIELĘGNIARKI STOMIJNEJ

W Polsce każda pielęgniarka posiada podstawowe umiejętności i wiedzę potrzebną do opieki nad osobą z wyłonioną stomią jelitową. Pielęgniarkę stomijną wyróżnia większy zakres wiedzy i umiejętności związanych z postępowaniem przy stomii, które uzyskuje w toku kształcenia podyplomowego, czyli kursu specjalistycznego „Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową”. Zakres uprawnień jest rozszerzony, co pozwala prowadzić specjalistyczną opiekę nad pacjentem. Pielęgniarka stomijna pełni kluczową rolę w pielęgnacji i edukacji pacjenta, zarówno przed, jak i po zabiegu. Jakość i ciągłość opieki wpływa na przebieg hospitalizacji, rekonwalescencji oraz na jakość życia pacjenta, efektywniejszą samoopiekę, proces akceptacji i adaptacji do nowych warunków funkcjonowania ze stomią. Pielęgniarka ze specjalnością stomijną posiada uprawnienia do wyznaczania miejsca stomii, co ma znaczący wpływ na późniejsze życie i pielęgnację. Odpowiedzialna jest za ocenę funkcjonalności przetoki oraz jakości życia pacjenta, zaopatrywanie stomii powikłanej i niepowikłanej, czy też wykonywanie irygacji. Przed zabiegiem wyłonienia stomii pomaga także w psychologicznym przygotowaniu pacjenta oraz jego najbliższych. Po operacji pomaga w doborze odpowiedniego sprzętu, dopasowaniu odpowiedniej diety oraz bierze udział w rehabilitacji. Przez cały okres hospitalizacji wspomaga pacjenta w rozwiązywaniu wszelkich problemów nie tylko pielęgnacyjnych, ale również psychologicznych. Pomaga w powrocie do domu i w walce z trudnościami, jakie czekają chorego. Współpraca pielęgniarki z pacjentem nie kończy się wraz z wypisem ze szpitala. Opieka nad osobą ze stomią jest procesem ciągłym, kontynuowanym poprzez poradnie stomijne. Kompleksowa opieka znacząco wpływa na charakter życia chorego (Banasiewicz, Krokowicz, Szczepkowski, 2017; Cierzniakowska, Szewczyk, 2018; Nowicki, Farbicka, 2016; Leyk-Kolańczak, Książek, Piotrowska, 2017; Borowska-Szczepuchowska, Rezmerska, 2017).

ROLA STOWARZYSZEŃ I PORADNI STOMIJNYCH W SAMOOPIECE PACJENTA

Poradnie stomijne to miejsca, gdzie osoby z wyłonioną stomią mogą udać się po radę dotyczącą pielęgnacji i higieny stomii oraz pomoc przy wyborze odpowiedniego sprzętu. Mogą tam uzyskać potrzebne wsparcie ze strony lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, dietetyka i psychologa. Ilość wizyt zależy od potrzeby i kondycji pacjenta oraz stanu stomii. Jednak czę-

sto kluczową rolę w akceptacji i nauce życia z przetoką, odgrywa rozmowa z innymi osobami posiadającymi stomię. Najlepiej problemy danej osoby zrozumie ktoś, kto jest w tej samej sytuacji. Wzajemne wsparcie chorych z tym samym schorzeniem lub niepełnosprawnością bywa najlepszym stymulatorem do działania i naśladowania. Widok innych osób posiadających stomię i żyjących normalnie, daje nadzieję na powrót do wcześniejszego życia. Spotkania pomagają nie tylko osobom z niedawno wyłonioną przetoką jelitową. Chorzy dzielą się doświadczeniem i sposobami radzenia sobie z różnego rodzaju problemami, które mogą wystąpić w każdym momencie ich życia. Na spotkania często zapraszani są specjaliści oraz przedstawiciele firm produkujących sprzęt stomijny, co daje także możliwość poznania nowych metod zwiększania komfortu życia. Jest to bardzo pomocne szczególnie nowym osobom, które boją się, że nie poradzą sobie z doбором sprzętu i codzienną pielęgnacją. Odpowiednia ilość i dobrze dobrany sprzęt stomijny to warunek wygodnego życia. Chociaż stowarzyszenia stomijne odgrywają znaczącą rolę i pomagają w życiu osobom z wyłonioną przetoką, to nadal wiele osób nie jest do nich przekonanych. Grupy wsparcia omijają często ludzie, którzy nie chcą być identyfikowani, jako osoby chore, czy posiadające stomię. Jest to ich wybór i mają do tego prawo, więc nie należy ich do tego przymuszać. Stowarzyszenia nie tylko pomagają chorym, ale również starają się wpłynąć na postrzeganie tego problemu przez środowisko. Uświadamiają innych jak ważną rolę odgrywa akceptacja i wsparcie oraz z czym związane jest posiadanie stomii. Organizowane obchody Światowego Dnia Stomika (WOD – *World Ostomy Day*) ukazują, jak dużą część społeczeństwa dotyka ten problem. Pokazują, że osoby z wyłonioną stomią wcale nie są gorsze i zasługują na normalne życie bez marginalizacji i stygmatyzacji (Banasiewicz, Krokowicz, Szczepkowski, 2017; Szadowska-Szlachetka, Janczaruk, Kijewska, Starosławska, Łuczyk, 2015; Woźniak, Pośluszna-Owczar, 2018).

W Polsce sprawnie działa Polskie Towarzystwo Stomijne Pol-ilko, które posiada swoje oddziały w całym kraju. Prekursorem i ojcem polskiego ruchu stomijnego był prof. dr hab. Roman Góral, który zajmował się m.in. wyłanianiem stomii. Rozumiał, jak ważna jest dalsza pomoc i edukacja po zabiegu. Zaczął organizować spotkania lekarzy z osobami posiadającymi stomię, które pokazywały z jak dużymi trudnościami się mierzą. W 1981 roku powstała pierwsza poradnia, gdzie pacjenci mogli zgłaszać się ze wszelkimi problemami. Głównymi celami stowarzyszenia są: ochrona i promocja zdrowia z zakresu nowotworów układu pokarmowego i ich leczenie poprzez wyłonienie stomii, działania na rzecz osób posiadających przetokę stomijną, działanie wolontariatu wspierającego chorych ze stomią, pomoc w osiągnięciu pełnej aktywności życiowej oraz w powrocie do normalności,

uświadamianie społeczeństwa na temat problematyki związanej ze stomią (Polskie Towarzystwo Stomijne Pol-ilko).

PODSUMOWANIE

Zabieg wyłonienia odbytu brzuszego jest bardzo okaleczający, zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Dlatego przystosowanie się pacjenta do nowego życia, jakże odmiennego od dotychczasowego, jest dla chorych niezwykle trudne. Jakość życia pacjentów w dużej mierze spoczywa w rękach pielęgniarek i zależy od ich profesjonalnej opieki oraz od tego, jak pacjent zostanie przygotowany do samoopieki. To przygotowanie musi nastąpić w drodze edukacji chorego i jego rodziny. Nie chodzi tutaj tylko o wiedzę, ale także o umiejętności, które są najważniejsze, bowiem jedynie one, w powiązaniu z wiedzą i wsparciem psychicznym, zapewnią pacjentowi samodzielność i pewność siebie w procesie samoopieki.

PIŚMIENNICTWO

- Banasiewicz, T., Krokowicz, P., Szczepkowski, M. (2017). *Stomia. Prawidłowe postępowania chirurgiczne i pielęgniarskie*. Poznań: Wydawnictwo Termedia.
- Bączyk, G., Głowacka, A., Kozłowska, K.A., Niewiadomska, E. (2016). Ocena stopnia samodzielności chorych z przetoką jelitową. *Pielęgniarstwo Polskie*, 3(61), s. 360-366. DOI: 10.20883/pielpol.2016.32.
- Borowska-Szczepuchowska, K., Rezmerska L. (2017). Jakość opieki medycznej w opinii chorych ze stomią jelitową. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2, s. 52-67. DOI: 10.21784/IwP.2017.008.
- Cierzniaowska, K., Szewczyk, M.T. (2018). Stomia – ukryty problem tysięcy Polaków. *Chirurgia po Dyplomie*, 13(6), s. 26-33.
- Czyżewski, P., Piasta, Ż., Mackiewicz, Ł., Zieliński, T., Klimkowski, M., Szczepkowski, M. (2018). Ocena aktywności fizycznej osób z wyłonioną stomią – badanie pilotażowe. *Nowa Medycyna*, 25(1), s. 17-29. DOI: 10.25121/NM.2018.25.1.17.
- Dziedzic, B., Sienkiewicz, Z., Leńczuk-Gruba, A., Idzik, A., Fidecki, W., Wysokiński, M. (2019). Jakość życia pacjentów z wyłonioną stomią jelitową. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Anestezjologiczne*, 3, s. 100-106.
- Dziki, Ł., Szymczak, D., Glińska, J., Dziki, A. (2016). Poziom satysfakcji życiowej u osób ze stomią jelitową a kontrola emocji. *Problemy Pielęgniarstwa*, 24(1), s. 8-13. DOI: 10.5603/PP.2016.0002.

- Frydrysiak, A., Głowacka, M., Haor, B., Rogowska, S. (2019). Nowe technologie w zaspokajaniu potrzeb pacjentów stomijnych oraz ich wpływ na poprawę jakości życia. *Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo*, 2, s.46-50.
- Grzawacz, A., Hofman, J. (2014). Stomia – powrót do domu. Edukacja chorego i jego rodziny. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 10, s. 10-11.
- Jankowska-Puzio, L. (2019). Stomia jelitowa u pacjentów 65 plus w kontekście problemów pielęgnacyjnych. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 4(2), s.74-84.
- Kamiński, F., Dadan, J., Majewska, G. (2016). Źle umiejscowiona stomia – konsekwencja operacji czy pierwsze powikłania chirurgiczne? *Nowa Medycyna*, 23(2), s. 54-60. DOI: 10.5604/17312485.1209444.
- Kapała, W., Bączyk, G. (red.), (2018). *Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed- i pooperacyjnym w chirurgii, ortopedii i traumatologii*. Poznań: Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.
- Leyk-Kolańczak, M., Książek, J., Piotrowska, R. (2017). Realizacja opieki stomijnej w Polsce w opinii pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*, 25(1): 20-28. DOI: 10.5603/PP.2017.0004.
- Ławnik, A. (2015). Rehabilitacja pacjentów ze stomią jelitową. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(1), s. 84-87. DOI: 10.5604/20834543.1142365.
- Majewska, G. (2016). Stomia. Powikłania późne. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 01/02, s. 27-31.
- Mickiewicz, D., Czadek, P., Szlagatys-Sidorkiewicz, A. (2016). Stomie wydalnicze u dzieci. *Klinika Pediatryczna*, 24(3), s. 357-359.
- Nowicki, A., Farbicka, P. (2016). Wybrane aspekty psychospołeczne życia chorych ze stomią. *OncoReview*, 6(2(22)), s. 72-76. DOI: 10.5604/20828691.1207987.
- Pierzak M., Głuszek, S., Kozieł, A., Wychowaniec, M. (2016). Jakość życia chorych ze stomią jelitową wyłonioną w przebiegu leczenia raka odbytnicy i esicy. *Studia Medyczne*, 32(1), s. 37-44. DOI: 10.5114/ms.2016.58804.
- Piprek, P., Młynarska, A. (2018). Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z kolostomią. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 7(4), s. 89-92.
- Pochocka, L., Urbanik, A. (2016). Zasady żywienia chorych z wyłonioną stomią. *Wiadomości Lekarskie*, 69(1), s. 33-36.
- Polskie Towarzystwo Stomijne Pol-ilko. <http://www.polilko.pl/> (01.03.2023).
- Przyszlak, M., Żmuda-Trzebiatowska, H. (2016). Pielęgnacja skóry u pacjentów z ranami pooperacyjnymi, nietrzymaniem moczu, stomią jelitową oraz żywionych dojelitowo. *Forum Zakażeń*, 7(1), s. 33-38. DOI: 10.15374/FZ2016006.
- Szadowska-Szlachetka, Z.C., Janczaruk, M., Kijewska, J., Starosławska, E., Łuczyk, M. (2015). Analiza wsparcia oczekiwanego z ustaleniem jego dawców w odniesieniu do osób z wyłonioną stomią jelitową. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(3), s. 91-102. DOI: 10.5281/zenodo.16253.

-
- Szpilewska, K., Juzwiszyn, J., Balonowska, Z. Milan, M., Chabowski, M., Janczak, D. (2018). Akceptacja choroby a jakość życia pacjentów ze stomią. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 90(1), s. 13-17. DOI: 10.5604/01.3001.0011.5954.
- Szymańska-Pomorska, G., Felińska, A., Misiek, K., Kuriata-Kowalska, K., Śliwińska, M., Pytel, A. (2015). Wybrane aspekty życia pacjentów po wyłonieniu kolostomii. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 5(1), s. 25-31.
- Uchamanowicz, I., Rosińczuk J. (red.), (2018). *Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Urbanik, A., Pachocka, L. (2015). Analiza zachowań żywieniowych pacjentów z wyłonioną stomią. *Problemu Higieny i Epidemiologii*, 96(2), s. 523-528.
- Woźniak, M., Połusznna-Owczarz, M. (2018). Jakość życia pacjentów z wyłonioną stomią jelitową. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 3(2), s. 40-50.

Funkcja edukacyjna pielęgniarki wobec pacjentów z cukrzycą typu 2.

Kinga Żurawska vel Dziurawiec¹, Małgorzata Pabiś²

1. Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemysłu
2. Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp. Cukrzyca w coraz większym stopniu staje się globalnym problemem zdrowia publicznego, a jej rozpowszechnienie stale rośnie. W 2021 roku na całym świecie zarejestrowano 537 mln osób dorosłych z cukrzycą z czego 6,7 mln zmarło, a w Polsce liczba chorych (w wieku 20-79 lat) wzrosła do 2,67 mln. Cukrzyca typu 2., definiowana jako przewlekła hiperglikemia spowodowana zmniejszoną produkcją insuliny lub upośledzoną funkcją insuliny, dotyczy 90% osób dotkniętych cukrzycą na całym świecie.

Cel pracy. Przedstawienie stopnia przygotowania pielęgniarek do realizacji funkcji edukacyjnej w opiece nad pacjentem z rozpoznaną cukrzycą typu 2.

Materiał i metody. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. W badaniu prowadzonym na przełomie 2020 i 2021 roku wzięło udział 118 pielęgniarek i pielęgniarzy. Do analizy statystycznej zastosowano pakiet statystyczny SPSS Statistics w wersji 25. Za statystycznie istotny przyjęto poziom $\alpha < 0,05$. Opisu rozkładów uzyskanych wyników wykonano za pomocą liczebności i rozkładów procentowych, a także średniej, odchylenia standardowego, współczynników skośności i kurtozy oraz testów Kołomogorowa-Smirnowa.

Wyniki. Zdecydowana większość badanych (96,61%) wskazuje na istotną rolę edukacji w procesie terapeutycznym. Niewiele ponad 27% respondentów uczestniczyło w szkoleniach diabetologicznych, a 56,78% ankietowanych uważa, że obecny system ochrony zdrowia nie jest dobrze przygotowany do opieki nad pacjentem z rozpoznaną cukrzycą typu 2. Ankietowani są świadomi tego, jak ogromny jest zakres potrzeb edukacyjnych pacjentów z cukrzycą typu 2. Jednocześnie wiedza badanych na temat cukrzycy

typu 2. wykazuje pewne braki, co może przełożyć się na jakość edukacji oraz wsparcia informacyjnego, jakie udziela personel pielęgniarski. Ogólny poziom wiedzy prezentowany przez ankietowanych był sumą poprawnych odpowiedzi na zadane pytania w „teście wiedzy” zawartym w kwestionariuszu ankiety. Przeciętnie respondenci uzyskiwali wynik 77,7%.

Wnioski. Wszyscy respondenci uważają, że edukacja pacjentów z cukrzycą typu 2. jest ważna. Zdają sobie również sprawę, że konieczne są szkolenia diabetologiczne dla personelu pielęgniarskiego.

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 2., funkcja edukacyjna, opieka pielęgniarska

WSTĘP

Pielęgnowanie to nie tylko wykonywanie czynności zabiegowych, np. podawanie leków różnymi drogami, opatrywanie ran lub obsługa wyspecjalistycznej aparatury medycznej. To szeroko rozumiane asystowanie pacjentowi, bycie z nim, towarzyszenie mu, udzielanie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego, w taki sposób, aby mógł jak najdłużej zachować swoje zdrowie i życie w najwyższej jakości. Udzielanie wsparcia informacyjnego realizowane jest w ramach sprawowania funkcji edukacyjnej pielęgniarki, która jest niczym innym jak ukierunkowaną aktywnością, mającą na celu dostarczenie podopiecznemu wszelkich danych na temat zdrowia i choroby. Pacjent wyedukowany jest bardziej samodzielny, rzadziej wymaga hospitalizacji, występuje u niego mniej powikłań spowodowanych chorobą, gdyż ma on w ręku narzędzia niezbędne do modyfikacji swoich zachowań zdrowotnych. Ma większą możliwość uczestniczenia w procesach leczniczo-opiekuńczych jako partner, a nie tylko jako bierny odbiorca tych działań. Jest to szczególnie istotne w przypadku chorób, w których samoopieka i samopielęgnowanie są podstawą dla optymalnego funkcjonowania pacjenta. Przykładem takich chorób jest cukrzyca, jedna z najgroźniejszych chorób cywilizacyjnych.

Cukrzyca zbiera śmiertelne żniwo, na całym świecie żyje ok. 537 mln osób dorosłych z chorobą (90% to cukrzyca typu 2.), z czego 6,7 mln zmarło tylko w 2021 roku. Dane z 2018 r. pokazują, że w Polsce było 2,9 mln dorosłych chorych na cukrzycę, czyli co jedenasty dorosły (<https://diabetyk.org.pl/cukrzyca-na-swiecie/>; <https://pacjent.gov.pl/arttykul/cukrzyca-w-liczbach>). Oszacowano, że liczba osób na całym świecie, żyjących z cukrzycą niezdiagnozowaną wyniosła ok. 240 mln. International Diabetes Federation (IDF) prognozuje, że do roku 2045 liczba chorujących na cukrzycę wzrośnie do 783 mln. Osoby z cukrzycą to ok. 30-40% pacjentów w Polsce z niewy-

dolnością nerek, chorobą niedokrwinną serca lub udarem mózgu. Do późnych powikłań cukrzycy należą m.in. retinopatia cukrzycowa, niewydolność nerek, choroba niedokrwinną serca, udar mózgu. Liczba amputacji kończyn dolnych u dorosłych osób z cukrzycą wzrosła z 7,1 tys. w roku 2014 do 8,7 tys. w 2018 r. (wzrost o 23%) (American Diabetes Association 2020; International Diabetes Federation (IDF) 2021).

CEL PRACY

Celem pracy jest ukazanie stopnia przygotowania personelu pielęgniarskiego do spełniania funkcji edukacyjnej wobec pacjentów z cukrzycą typu 2.

MATERIAŁ I METODA

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Składał się on z 5 pytań metryczkowych, 16 zagadnień tzw. „testu wiedzy” oraz 10 pytań o elementy wchodzące w skład edukacji pacjenta leczonego z powodu cukrzycy typu 2. Badanie miało charakter anonimowy, a respondenci wzięli w nim udział dobrowolnie.

W celu zbadania wiedzy pielęgniarek/pielęgniarzy na temat cukrzycy oraz potrzeb edukacyjnych pacjentów na nią chorujących użyto testu wiedzy własnego autorstwa. W jego skład wchodziły pytania dotyczące przyczyn cukrzycy, jej objawów, sposobów radzenia sobie z nią, działań profilaktycznych, a także informacji jakie należy przekazać pacjentom na nią chorującym. Ogólny poziom wiedzy pielęgniarek był sumą poprawnych odpowiedzi udzielonych przez nie w teście wiedzy. Maksymalna liczba możliwych do uzyskania punktów wynosiła 70. Wartość oczekiwana, wynikająca z przypadkowego odpowiadania na pytania wynosiła 32,67 punktów, czyli 46,67% możliwych do uzyskania punktów.

W badaniu prowadzonym na przełomie 2020 i 2021 roku wzięło udział 118 pielęgniarek i pielęgniarzy (98,3% stanowiły kobiety).

Dla potrzeb analizy statystycznej zastosowano pakiet statystyczny SPSS Statistics w wersji 25, za statystycznie istotny przyjęto poziom $\alpha < 0,05$. Opisu rozkładów uzyskanych wyników wykonano za pomocą liczebności i rozkładów procentowych, a także średniej, odchylenia standardowego, współczynników skośności i kurtozy oraz testów Kołomogorowa-Smirnowa. Wnioskowania statystycznego dokonano na podstawie określenia

metodami bootstrapowymi przedziałów ufności dla procentów. Kiedy przedziały ufności nie nachodziły na siebie, wnioskowano o statystycznie istotnej różnicy. Zgodnie z założonym poziomem alfa przedziały ufności były 95%, oszacowane w oparciu o 1000 losowań. W celu sprawdzenia różnic pomiędzy wartością teoretyczną a uzyskanymi przez badanych wynikami posłużono się testami t Studenta. Wybór ten spowodowany był dużą grupą badanych, przy małych odchyleniach rozkładów uzyskanych wyników od rozkładu normalnego.

WYNIKI

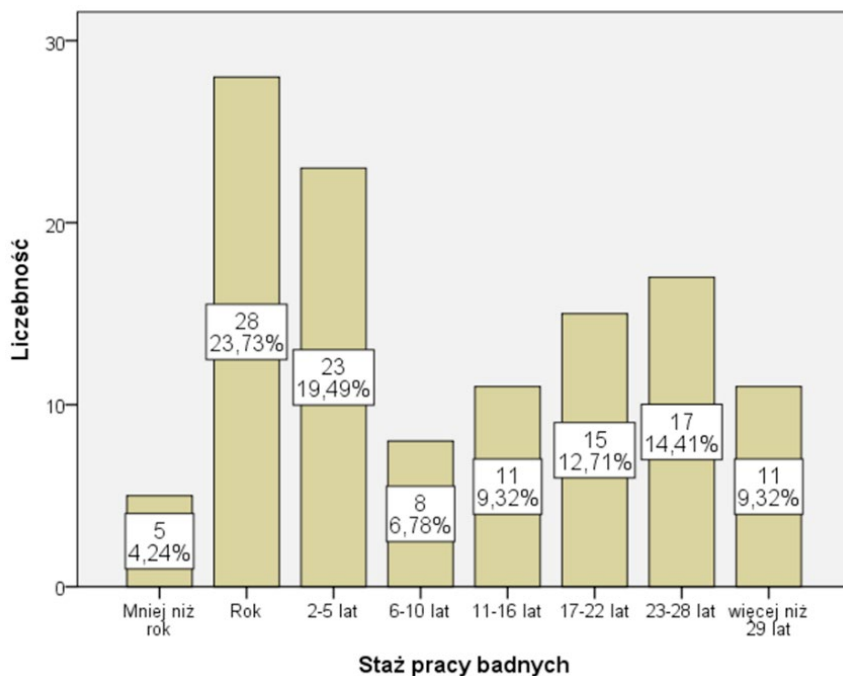
Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

W badaniach udział wzięło 118 pielęgniarek i pielęgniarzy. Najliczniejsze grupy badanych stanowiły osoby w wieku 21-25 lat (23,73%) oraz 46-50 (20,34%). Nieco ponad 94% badanych legitymowało się wykształceniem wyższym (Tabela I). Staż pracy personelu pielęgniarskiego przedstawiono na Rycinie 1. Większość respondentów pracowała dopiero rok (23,73%), kolejną grupę pod względem liczebności stanowili respondenci ze stażem pracy od 2 do 5 lat (19,49%).

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy ze względu na wybrane zmienne demograficzne

	Zmienne	n (%)
Wiek	21-25 lat	28 (23,73)
	26-30 lat	4 (3,39)
	31-35 lat	16 (13,56)
	36-40 lat	14 (11,86)
	41-45 lat	18 (15,25)
	46-50 lat	24 (20,34)
	51-55 lat	12 (10,17)
	56-60 lat	1 (0,85)
	>60 lat	1 (0,85)
Wykształcenie	Liceum medyczne	3 (2,54)
	Studium medyczne	4 (3,39)
	Licencjat pielęgniarstwa	92 (77,97)
	Magister pielęgniarstwa	12 (10,17)
	Magister i specjalista pielęgniarstwa	7 (5,93)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Rycina 1. Struktura personelu pielęgniarskiego w zależności od stażu pracy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Nieco ponad 43% respondentów uważało, że obecny system opieki zdrowotnej jest dobrze przystosowany do opieki nad pacjentem z cukrzycą. Ponad 70% ankietowanych nie uczestniczyło nigdy w szkoleniach diabetologicznych. Niemal tyle samo (69,49%) deklaroowało, że w swojej pracy miały częsty kontakt z osobami chorymi na cukrzycę typu 2. (Tabela II).

Tabela II. Charakterystyka badanej grupy ze względu na zmienne opisujące ich stanowisko pracy

Zmienna	n (%)
Czy uczestniczyła kiedyś Pani/Pan w szkoleniach diabetologicznych ?	Tak 32 (27,12)
	Nie 86 (72,88)
Czy obecny system ochrony zdrowia według Pani/Pana jest dobrze przygotowany do opieki nad pacjentem z cukrzycą ?	Tak 51 (43,22)
	Nie 67 (56,78)
Czy podczas swojej pracy miał/-a Pan/Pani kontakt z pacjentem z rozpoznaną cukrzycą typu 2.?	Często 82 (69,49)
	Czasami 25 (21,19)
	Kilka razy 8 (6,78)
	Nie 3 (2,54)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

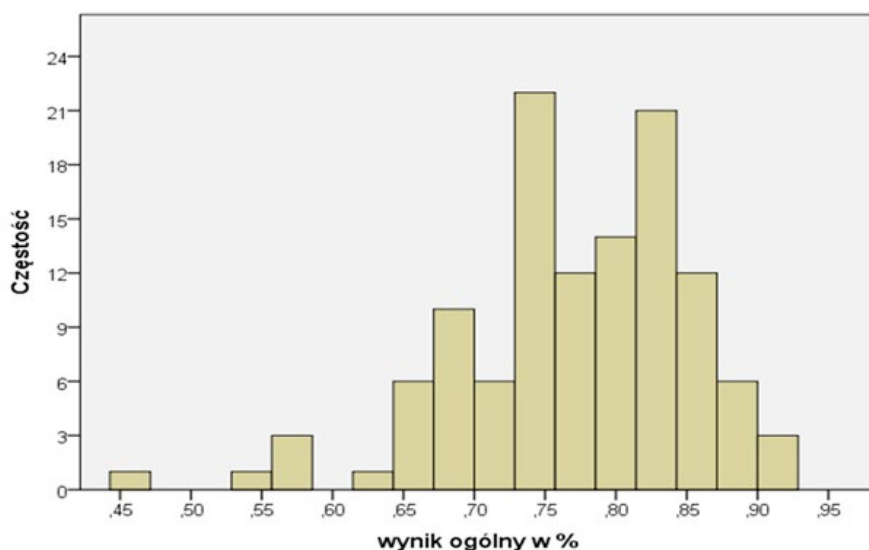
W Tabeli III przedstawiono rozkład odpowiedzi badanych na temat znaczenia edukacji w procesie leczniczo-opiekuńczym pacjenta z rozpoznaną cukrzycą typu 2. Statystyczną różnicę w rozkładach odpowiedzi badanych zbadano za pomocą analizy 95% przedziałów ufności dla procentu, oszacowanych za pomocą metod bootstrapowych. Statystycznie istotnie największa grupa badanych uważa, że edukacja chorych z cukrzycą typu drugiego jest niezbędnym elementem terapeutycznym. Obliczony 95% przedział ufności dla procentu nie pokrywał się z przedziałami obliczonymi dla pozostałych grup. Należy przy tym wspomnieć, że żaden badany nie określił edukacji pacjentów jako elementu „nieważnego”.

Tabela III. Znaczenie edukacji pacjenta w procesie terapeutycznym w opinii badanych

Kategoria	n (%)	Przedział ufności 95%	
		Dolna granica	Górna granica
Tak, edukacja jest niezbędnym elementem terapeutycznym	114 (96,61)	93,22%	99,15%
Jest ważna, ale nie jest niezbędnym elementem terapeutycznym	4 (3,39)	0,85%	6,78%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Rozkład uzyskanych przez badanych wyników z testu wiedzy (dotyczących ogólnego poziomu wiedzy na temat cukrzycy typu 2.) przedstawiono na Rycinie 2.



Rycina 2. Rozkład ogólnych wyników uzyskanych przez badanych w teście wiedzy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Przeciętnie badani uzyskiwali 77,70% punktów (95% PU – 76,19%, 79,21%) z odchyleniem standardowym 8,28%. Przeprowadzony test Kołomogorowa-Smirnowa wykazał statystycznie istotne odchylenia uzyskanego rozkładu wyników od rozkładu normalnego ($KS = 0,106$; $p = 0,002$). W rozkładzie zaznaczyła się wyraźna lewoskośna asymetria ($SKEW = -0,878$) oraz leptokurtyczność ($KURT = 1,345$). Przy czym należy zauważyć, że nie były one bardzo duże.

Przeprowadzony test t dla jednej próby wykazał statystycznie istotną różnicę przeciętnych wyników uzyskiwanych przez badanych od wartości oczekiwanej wynikającej z teorii prawdopodobieństwa ($t(117) = 6021,136$; $p < 0,001$). Wynik badanych jest statystycznie istotnie wyższy niżby wynikało to z przypadku.

Test wiedzy przedstawiony ankietowanym składał się z 16 pytań, poniżej zaprezentowano wyniki z tych najbardziej istotnych. Pierwszym pytaniem było pytanie o przyczyny pojawienia się cukrzycy typu 2. Rozkład uzyskanych wyników wraz z oszacowanymi na podstawie prób bootstrapowych 95% przedziałami ufności dla procentu, przedstawiono w Tabeli IV. Statystycznie istotna większość badanych (95% PU – 53,41%, 70,34%) udzieliła niepoprawnej odpowiedzi na wspomniane pytanie uważając, że głównym powodem cukrzycy jest brak aktywności fizycznej, dieta bogata w tłuszcze i cukry proste oraz uszkodzenie komórek beta w trzustce.

Tabela IV. Przyczyny pojawienia się cukrzycy typu 2. w opinii badanych

Kategoria	n (%)	Przedział ufności 95%	
		Dolna granica	Górna granica
Uszkodzenie komórek beta w trzustce, zespół policytycznych jajników	4 (3,39)	0,85	6,78
Otyłość brzuszna, genetyczne występowanie zaburzeń w produkcji i wydzielaniu insuliny, cukrzyca w ciąży*	36 (30,51)	22,03	38,14
Brak aktywności fizycznej, dieta bogata w tłuszcze i cukry proste, uszkodzenie komórek beta w trzustce	74 (62,71)	53,41	70,34
Uszkodzenie komórek alfa w trzustce	2 (1,69)	0,0	4,24
Nie znam odpowiedzi	2 (1,69)	0,0	4,24

* odpowiedź prawidłowa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Kolejne pytanie dotyczyło objawów hiperglikemii. Rozkład uzyskanych wyników, wraz z oszacowanymi na podstawie prób bootstrapowych 95% przedziałami ufności dla procentu, przedstawiono w Tabeli V. Statystycznie istotnie największy odsetek badanych (95% PU – 62,71%, 78,81%) słusznie wskazał, że do objawów hiperglikemii należą: wzmożone pragnienie, osłabienie, częste oddawanie moczu, utrata przytomności oraz zapach acetonu z ust.

Tabela V. Objawy hiperglikemii w opinii badanych

Kategoria	n (%)	Przedział ufności 95%	
		Dolna granica	Górna granica
Wzmożone pragnienie, osłabienie, częste oddawanie moczu, utrata przytomności i zapach acetonu z ust	83 (70,34)	62,71	78,81
Uczucie głodu, nadmierna potliwość, wzmożone pragnienie, częste oddawanie moczu	12 (10,17)	5,08	16,10
Świąd skóry, uczucie „zimnego potu”, uczucie głodu, zapach acetonu z ust	4 (3,39)	0,85	6,78
Drżenie rąk, nadmierna potliwość, uczucie głodu, kołatanie serca, podwójne widzenie, zaburzenia mowy	17 (14,41)	8,47	21,16
Nie znam odpowiedzi	2 (1,69)	0,0	4,24

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Następne pytanie zadane respondentom dotyczyło objawów hipoglikemii u cukrzyka. Rozkład uzyskanych wyników przedstawiono w Tabeli VI. Statystycznie istotna większość respondentów (95% PU – 55,93%, 72,88%) udzieliła poprawnej odpowiedzi na zadane pytanie.

Tabela VI. Objawy sygnalizujące rozwijającą się u pacjenta hipoglikemię w opinii badanych

Kategoria	n (%)	Przedział ufności 95%	
		Dolna granica	Górna granica
Wzmożone pragnienie, osłabienie, częste oddawanie moczu, utrata przytomności i zapach acetonu z ust*	28 (23,73)	16,10	32,20
Uczucie głodu, nadmierna potliwość, wzmożone pragnienie, częste oddawanie moczu	13 (11,02)	5,93	16,95
Świąd skóry, uczucie „zimnego potu”, uczucie głodu, zapach acetonu z ust	1 (0,85)	0,0	2,54
Drżenie rąk, nadmierna potliwość, uczucie głodu, kołatanie serca, podwójne widzenie, zaburzenia mowy*	76 (64,41)	55,93	72,88

* odpowiedź prawidłowa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Analiza uwzględniała również wiedzę ankietowanych na temat konkretnych wskazówek, których dawca opieki powinien udzielić pacjentowi w razie wystąpienia hipoglikemii. Rozkład uzyskanych wyników, wraz z oszacowanymi na podstawie prób bootstrapowych 95% przedziałami ufności dla procentu, przedstawiono w Tabeli VII. Poprawnej odpowiedzi udzieliło łącznie 74,6% badanych. 95% przedział ufności zawierał się pomiędzy 66,9% a 82,2%. Obliczony 95% przedział ufności wskazał jednocześnie, że grupa osób udzielających niewłaściwej rady może stanowić pomiędzy 17,80 a 33,90%. Żaden z badanych nie wskazał, że należy natychmiast wezwać pogotowie.

Tabela VII. Wskazówki jakich według opinii badanych należy udzielić pacjentowi w razie niedocukrzenia, które wystąpi w warunkach domowych

Kategoria	n (%)	Przedział ufności 95%	
		Dolna granica	Górna granica
Wypicie słodkiego napoju*	57 (48,31)	39,83%	58,47%
Zjedzenie kostki cukru*	31 (26,27)	18,64%	33,90%
Zmierzenie poziomu cukru we krwi, jeśli jest niski zjedzenie kanapki, po około 15 minutach następnny pomiar	30 (25,42)	17,80%	33,90%

* odpowiedź prawidłowa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Pytanie o powikłania jakie mogą wystąpić w przebiegu cukrzycy uwzględniało m.in. takie odpowiedzi jak: nefropatia, retinopatia, neuropatia, zespół stopy cukrzycowej. Uzyskane wyniki przedstawiono w postaci tabelarycznej (Tabela VIII). Statystycznie istotna większość badanych poprawnie wskazywała powikłania, które mogą wystąpić w przebiegu cukrzycy. Statystycznie istotna większość badanych poprawnie identyfikowała zespół stopy cukrzycowej, nefropatię oraz retinopatię. Nieco mniejszy odsetek uwzględnił neuropatię (66,10%).

Tabela VIII. Powikłania, które mogą wystąpić w przebiegu cukrzycy wg badanych

Kategoria		n (%)	Przedział ufności 95%	
			Górna granica	Dolna granica
Nefropatia	Nie	23 (19,49)	12,71	27,12
	Tak	95 (80,51)	72,88	87,29
Retinopatia	Nie	23 (19,49)	12,71	27,12
	Tak	95 (80,51)	72,88	87,29

Żylaki	Nie	110 (93,22)	88,14	97,46
	Tak	8 (6,78)	2,54	11,86
Gruźlica	Nie	117 (99,15)	97,46	100
	Tak	1 (0,85)	0,0	2,54
Łuszczyca skóry	Nie	112 (94,92)	90,68	98,31
	Tak	6 (5,08)	1,69	9,32
Nadciśnienie tętnicze	Nie	79 (60,95)	58,47	75,42
	Tak	39 (33,05)	24,58	41,53
Neuropatia	Nie	40 (33,90)	26,27	44,07
	Tak	78 (66,10)	55,93	73,73
Zespół stopy cukrzycowej	Nie	3 (2,54)	0,0	5,08
	Tak	115 (97,46)	94,92	100
Osteoporoza	Nie	115 (97,46)	94,07	100
	tak	3 (2,54)	0,0	5,93

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ankietowanych pytano również o to, czy znają prawidłowy zakres wartości glikemii na czczo (prawidłowa odpowiedź – 70 a 99 mg/dl). Rozkład uzyskanych wyników, wraz z oszacowanymi na podstawie prób bootstrapowych 95% przedziałami ufności dla procentu, ukazano w Tabeli IX. Statystycznie istotna większość badanych poprawnie zidentyfikowała prawidłową wartość glikemii na czczo (95% PU – 84,75%, 95,76%).

Tabela IX. Prawidłowa wartość glikemii wg badanych

Kategoria	n (%)	Przedział ufności 95%	
		Dolna granica	Górna granica
100-120 [mg/dl]	11 (9,32)	4,24%	15,25%
70-99 [mg/dl]	107 (90,68)	84,75%	95,76%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Kolejne pytanie dotyczyło wskazówek, których należy udzielić pacjentowi odnośnie pomiaru cukru we krwi glukometrem. Otrzymane wyniki przedstawiono w poniższej Tabeli X. Statystycznie istotna większość badanych poprawnie udzielała odpowiedzi.

Tabela X. Wskazówki jakie należy udzielić pacjentom w zakresie pomiaru cukru we krwi glukometrem wg badanych

Kategoria	n (%)	Przedział ufności 95%	
		Górna granica	Dolna granica
Najlepiej nakłuwać boczną stroną opuszka palca serdecznego i małego*	Nie 27 (22,88)	15,25%	30,51%
	Tak 91 (77,12)	69,49%	84,75%
Przy pomiarach cukru nakłuwać należy kciuka	Nie 116 (98,31)	95,76%	100,00%
	Tak 2 (1,69)	0,00%	4,24%
Nakłuwamy środkową część opuszki palca	Nie 104 (88,14)	82,20%	94,05%
	Tak 14 (11,86)	5,95%	17,80%
Po nakłuciu opuszka palca jeśli nie pojawi się kropla krwi wyciskamy ją	Nie 104 (88,14)	82,20%	94,07%
	Tak 14 (11,86)	5,93%	17,80%
Przed pomiarem należy umyć ręce wodą z mydłem i osuszyć*	Nie 16 (13,56)	7,63%	20,34%
	Tak 102 (86,44)	79,66%	92,37%
Wkładając pasek do glukometru należy uważać aby nie dotknąć miejsca aspirującego kroplę krwi	Nie 35 (29,66)	22,03%	37,29%
	Tak 83 (70,34)	62,71%	77,97%
Nakłuwacza możemy używać wielokrotnie	Nie 89 (75,42)	66,95%	83,05%
	Tak 29 (24,58)	16,95%	33,05%

* odpowiedź prawidłowa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Następne pytanie dotyczyło wskazówek udzielanych pacjentom w celu zapobiegania powikłaniu, jakim jest zespół stopy cukrzycowej. Rozkład uzyskanych wyników, wraz z oszacowanymi na podstawie prób bootstrappingowych 95% przedziałami ufności dla procentu, ukazano w Tabeli XI. Statystycznie istotna większość badanych poprawnie wskazała, że należy przekazać pacjentom informacje o codziennej obserwacji stóp, osuszaniu po umyciu i nawilżaniu, dostosowaniu obuwia i skarpet oraz unikania urazów stóp i otarć. Nie wykazano natomiast, aby większość pielęgniarek posiadała wiedzę o tym, iż należy używać mydła o pH zbliżonym do skóry, oraz o kształcie paznokci. Odpowiadając na powyższe pytanie badani przeciętnie uzyskiwali 80,61% punktów (95% PU – 77,86%, 83,26%) z odchyleniem standardowym 14,76%. Jest to statystycznie istotnie więcej niżby wynikało to z przypadkowego udzielania odpowiedzi na pytania. Przy braku wiedzy, a jedynie przypadkowym udzielaniu odpowiedzi na pytania, wartość oczekiwana wynosiłaby 50%. Co potwierdza również wynik testu t dla jednej próby, $t(117) = 3619,774$; $p < 0,001$

Tabela XI. Wskazówki jakich należy udzielić chorym na cukrzycę, aby zapobiec rozwojowi powikłań w postaci stopy cukrzycowej

Kategoria		n (%)	Przedział ufności 95%	
			Górna granica	Dolna granica
Codzienna obserwacja stóp, po ich umyciu osuszenie i nawilżenie, pomijając przestrzenie między palcami	Nie	21 (17,80)	11,86	25,40
	Tak	97 (82,20)	74,60	88,14
Przy myciu stóp nie musimy zwracać uwagi na temperaturę wody. Nie ma ona istotnego wpływu	Nie	114 (96,61)	93,22	99,15
	Tak	4 (3,39)	0,85	6,78
Stopy należy myć codziennie tak długo aby dobrze namoczyć naskórek	Nie	113 (95,76)	91,53	99,15
	Tak	5 (4,24)	0,85	8,47
Unikamy urazów stóp. Zapobiegamy otarciom	Nie	5 (4,24)	0,85	8,47
	Tak	113 (95,76)	91,53	99,15
Używamy mydła o pH zbliżonym do skóry	Nie	47 (39,83)	30,51	50,0
	Tak	71 (60,17)	50,0	69,49
Paznokcie powinny mieć zaokrąglony kształt	Nie	61 (51,69)	42,37	61,02
	Tak	57 (48,31)	38,98	57,63
Do obcinania paznokci możemy używać pilniczka, nożyczek i cążek	Nie	99 (83,90)	77,12	90,68
	tak	19 (16,10)	9,32	22,88
Obuwie i skarpetki muszą być wygodne, dopasowane	nie	21 (17,80)	11,02	24,58
	tak	97 (82,20)	75,42	88,98

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Analizowano także, czy ankietowani posiadają wiedzę na temat podawania insuliny. Poprawność udzielonych odpowiedzi wraz z rozkładem uzyskanych wyników przedstawiono w postaci tabelarycznej (Tabela XII). Statystycznie istotna większość respondentów poprawnie udzieliła odpowiedzi z wyłączeniem pytania dotyczącego dezynfekcji skóry przed podaniem insuliny.

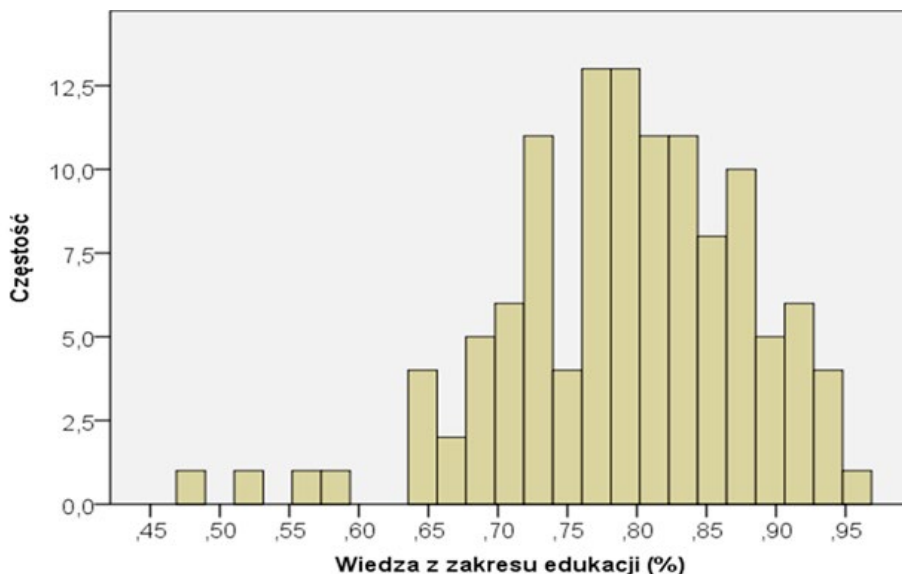
Tabela XII. Wskazówki jakie, zdaniem badanych, należy udzielić chorym na cukrzycę, dotyczące podawania insuliny

Kategoria		n (%)	Przedział ufności 95%	
			Górna granica	Dolna granica
Przed podaniem insuliny należy zdezynfekować skórę	Nie	90 (76,27)	67,80	83,90
	Tak	28 (23,73)	16,10	32,20
Podając insulinę zawsze należy zrobić fałd skóry	Nie	67 (56,78)	48,31	66,10
	Tak	51 (43,22)	33,90	51,69
Przed podaniem insuliny fałd skórny robimy u osób szczupłych i dzieci do 6. roku życia*	Nie	77 (65,25)	55,93	73,73
	Tak	41 (34,75)	26,27	44,07
Insulinę podajemy pod kątem 90 stopni*	Nie	42 (35,59)	27,12	44,07
	Tak	76 (64,41)	55,93	72,88
Po nastawieniu odpowiedniej dawki insuliny wstrzykujemy ją do końca za pomocą pena i czekamy 10 s.*	Nie	12 (10,17)	5,08	16,10
	Tak	106 (89,83)	83,90	94,92
Po podaniu insuliny wycofujemy od razu igłę ze skóry	Nie	118 (100)	100	100
Fałd skórny zwalniamy po wyjęciu igły*	Nie	73 (61,86)	52,54	71,19
	Tak	45 (38,15)	28,81	47,46
Miejsce podawania insuliny zmieniamy. Zalecane miejsca wkłucia to ramiona, brzuch, uda, pośladki*	Nie	16 (13,56)	7,63	20,34
	Tak	102 (86,44)	79,66	92,37

* odpowiedź prawidłowa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Pytania dotyczące wiedzy respondentów na temat wskazówek, które powinni przekazywać pacjentom w trakcie edukacji, podlegały odrębnej analizie. Z tych pytań ankietowani mogli otrzymać łącznie 48 punktów. Wartość oczekiwana przy założeniu, że odpowiedzi te byłyby losowe wynosiłaby 49,48%, czyli 23,75 punktów. Na rycinie nr 3 zaprezentowano rozkład udzielonych przez badanych odpowiedzi.

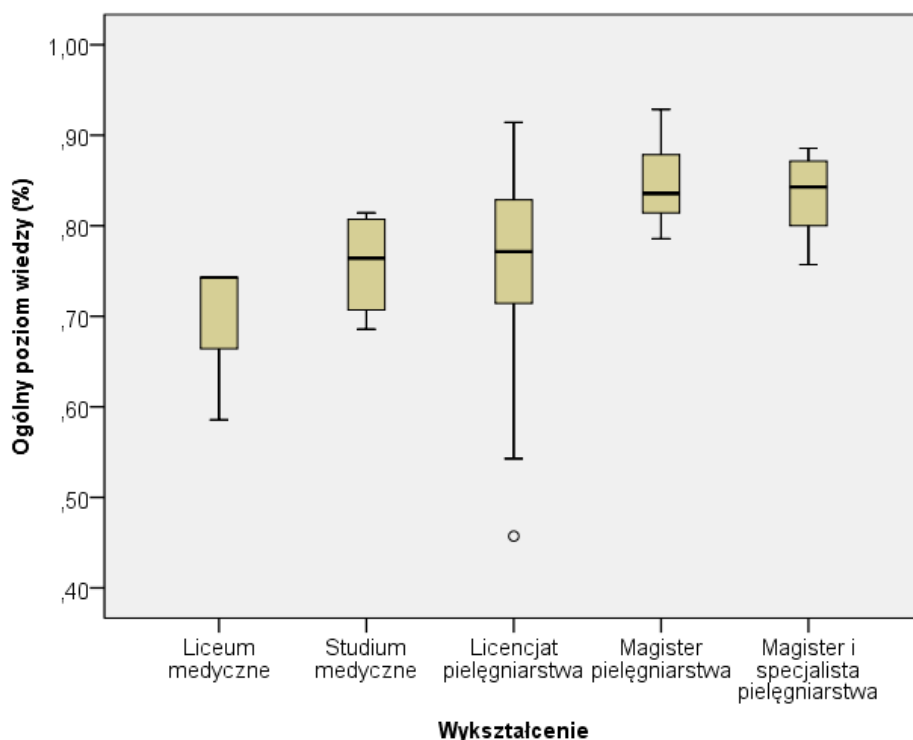


Rycina 3. Rozkład wyników uzyskanych przez badanych w teście wiedzy z zakresu edukacji pacjentów

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Przeciętnie badani uzyskiwali 79,20% punktów (95% PU – 77,59%, 80,82%) z odchyleniem standardowym 8,86%. Przeprowadzony test Kolmogorowa-Smirnowa nie wykazał statystycznie istotnych odchyleń uzyskanego rozkładu wyników od rozkładu normalnego ($KS = 0,101$; $p = 0,0051$). W rozkładzie zaznaczyły się dość wyraźna lewo skośna asymetria ($SKEW = -0,722$) oraz leptokurtyczność ($KURT = 1,034$). Przeprowadzony test t dla jednej próby wykazał statystycznie istotną różnicę przeciętnych wyników uzyskiwanych przez badanych od wartości oczekiwanej wynikającej z teorii prawdopodobieństwa ($t(117) = 5963,929$; $p < 0,001$). Wynik badanych w zakresie wiedzy o edukacji są statystycznie istotnie wyższe niżby wynikało to z przypadku.

W celu weryfikacji czy istnieje związek pomiędzy wiedzą badanych a poziomem ich wykształcenia zastosowano współczynnik rho Spearmana. Na Rycinie 4. przedstawiono graficznie omawianą zależność. Przeprowadzona analiza wykazała statystycznie istotny, umiarkowany związek pomiędzy wiedzą badanych a poziomem ich wykształcenia ($\rho = 0,378$; $p < 0,001$). Im wyższe wykształcenie posiadali respondenci, tym wyższy wynik w teście wiedzy otrzymywali. Nie wykryto takich zależności, analizując wiedzę badanych w zależności od miejsca pracy (oddział) oraz stażu pracy.



Rycina 4. Wykształcenie badanych a ogólny poziom wiedzy dotyczący cukrzycy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

DYSKUSJA

Analiza badań własnych wskazuje, że 96,61% osób ankietowanych uważa, że edukacja diabetologiczna jest koniecznym elementem leczenia cukrzycy typu 2. Studenci medycyny z Zabrze we współpracy z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IFMSA- Poland zbadali poziom wiedzy na temat cukrzycy typu 2. wśród 401 osób odwiedzających dwa centra handlowe na terenie Zabrze i Katowic. Średni wynik uzyskany przez ankietowanych w teście wiedzy wyniósł 54,7%. Taki wynik przy stałym wzroście zachorowalności na cukrzycę typu 2. wskazuje na konieczność edukacji społeczeństwa na temat jednostki chorobowej przed i podczas jej rozpoznania (Nabrdalik i in., 2018).

Aby określić, czy personel pielęgniarski jest prawidłowo przygotowany do pełnienia funkcji edukacyjnej wobec pacjenta z rozpoznaną cukrzycą typu 2., w kwestionariuszu ankiety umieszczono autorski „test wiedzy” na

temat czynników ryzyka rozwoju choroby, profilaktyki, objawów, leczenia i powikłań, które mogą wystąpić w jej przebiegu. Ogólny poziom wiedzy ankietowanych był sumą udzielonych poprawnie odpowiedzi. Średni wynik, jaki uzyskali respondenci, wynosił 77,70%. W województwie kujawsko-pomorskim objęto badaniem 272 pielęgniarki uczestniczące w Warsztatach Edukacji Diabetologicznej, którego celem była ocena wiedzy personelu pielęgniarskiego przed szkoleniem oraz po jego zakończeniu na podstawie uzupełnionego przez nich dwa razy identycznego testu złożonego z 12 pytań. Założono, że aby zdać test, personel pielęgniarski musi uzyskać 60% poprawnych odpowiedzi. Przed rozpoczęciem warsztatów test zdało 10% pielęgniarek z oddziałów szpitalnych i 18% respondentów pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej. Po szkoleniu wynik wyższy niż 60% uzyskało 96% pielęgniarek pracujących w szpitalu i 93% ankietowanych z placówek podstawowej opieki zdrowotnej (Kamińska i in., 2013). Analiza przeprowadzonych badań wskazuje na konieczność organizowania szkoleń diabetologicznych dla personelu pielęgniarskiego. Tylko 27,12% respondentów uczestniczyło w szkoleniach diabetologicznych, a 56,78% ankietowanych uważa, że obecny system ochrony zdrowia nie jest dobrze przygotowany do opieki nad pacjentem z rozpoznaną cukrzycą typu 2.

Analizując materiał własny, wykazano wysoki poziom wiedzy badanych na temat profilaktyki występowania zespołu stopy cukrzycowej. Ponad 95% ankietowanych słusznie zwraca uwagę na zapobieganie otarciom stóp, 82,2% respondentów wskazuje na konieczność noszenia odpowiedniego obuwia oraz codziennej obserwacji stóp, dokładnego ich mycia, osuszania i nawilżania. Krystoń-Serafin, Jankowiak, Krajewska-Kułąk, Sierakowska i Popławska (2005) przeprowadzili badania na grupie 100 osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2. w Miejskim Ośrodku Diabetologicznym Samodzielnego Miejskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Białymstoku, którego celem była ocena wiedzy pacjentów na temat jednostki chorobowej. Codzienne obserwowanie stóp prowadziło 48% ankietowanych, 31% była świadoma o konieczności noszenia wygodnego obuwia, zapobiegającego otarciom. 91% ankietowanych osób uważało, że edukacja pozytywnie wpływa na poziom ich samopoczucia, a 95% badanych osób stwierdziło, że znajomość ryzyka rozwoju powikłań przewlekłych i ich konsekwencji dla zdrowia zwiększa motywację do leczenia.

WNIOSKI

1. Personel pielęgniarski jest świadomy, że zakres potrzeb edukacyjnych pacjentów z cukrzycą typu 2. jest obszerny, ponieważ dotyczy on wielu elementów, m.in.: przyczyn wystąpienia choroby, czynników ryzyka, profilaktyki, możliwych sposobów leczenia oraz powikłań, które mogą wystąpić w wyniku utrzymującego się wysokiego poziomu cukru we krwi.
2. Po analizie uzyskanego przez personel pielęgniarski wyniku „testu wiedzy” zawartego w kwestionariuszu ankiety, który wynosił średnio 77,7%, można wnioskować, że pielęgniarki i pielęgniarze są przygotowani do realizowania funkcji edukacyjnej.
3. Im wyższy poziom wykształcenia posiadali ankietowani, tym lepsze wyniki otrzymywali oni w teście wiedzy.

PIŚMIENNICTWO

- American Diabetes Association (2020). 4. Comprehensive medical evaluation and assessment of comorbidities: standards of medical care in diabetes-2020. *Diabetes care*, 43(Suppl 1), s. S37-S47. DOI: 10.2337/dc20-S004.
- <https://diabetyk.org.pl/cukrzyca-na-swiecie/> (03.04.2023).
- <https://pacjent.gov.pl/artukul/cukrzyca-w-liczbach> (15.04.2023).
- International Diabetes Federation (IDF). Diabetes atlas. Diabetes around the world in 2021. <https://diabetesatlas.org/> (12.02.2023).
- Kamińska, A., Reyer, D., Polaszewska-Muszyńska, M., Gronau, M., Cibulla, A., Olejniczak, H., Zarzycka-Lindner, G., Sawuła, W., Ruprecht, Z., Kałamaja, S., Schneider, A., Junik, R. (2013). Ocena wiedzy pielęgniarek uczestniczących w Regionalnym Programie Warsztatów Edukacji Diabetologicznej – doniesienia wstępne. *Diabetologia Kliniczna*, 2(3), s. 79-86.
- Krystoń-Serafin, M., Jankowiak, B., Krajewska-Kułak, E., Sierakowska, M., Popławska, E. (2005). Ocena wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu 2. jako niezbędny element terapii. *Diabetologia Praktyczna*, 1(6), s. 7-14.
- Nabrdalik, K., Kwendacz, H., Florczyk, I., Gaździk, M., Domek, M., Gumprech, J. (2018). Knowledge about type 2 diabetes among visitors of two shopping centers in Upper Silesia, Poland: a survey research performed as a part of social action "Health under Control". *Diabetologia Kliniczna*, 7(4), s. 182-188. DOI: 10.5603/DK.2018.0017.

Rola pielęgniarki w zespole terapeutycznym w opiece nad pacjentem po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu

Barbara Kałmuczak-Mania, Dorota Zalisz, Maciej Górecki

Instytut Zdrowia i Kultury Fizycznej, Akademii Nauk Stosowanych im. Jana Amosa Komeńskiego w Lesznie

STRESZCZENIE

Wstęp. Gwałtownie zmieniające się warunki środowiskowe, zmieniający się model rodziny, narastające szybciej niż się spodziewano starzenie społeczeństwa, to przykłady czynników, które stawiają przed pielęgniarką wiele wyzwań. Działania podejmowane przez pielęgniarki i innych członków zespołu terapeutycznego muszą być ukierunkowane nie tylko na pacjenta, ale też na jego najbliższych. Działania takie są efektywne wtedy, gdy praca w zespole ma wspólny cel. Jednak, aby działania zespołu były spójne i wzajemnie się uzupełniały, potrzebny jest sprawny koordynator, który będzie czuwał nad realizacją działań w tymże zespole i powodował, że opieka nad pacjentem będzie płynna i przebiegała będzie bez zakłóceń.

Cel pracy. Przedstawienie działań pielęgniarki w roli koordynatora zespołu terapeutycznego podczas opieki nad pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu.

Materiał i metoda. W niniejszej pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku (*case study*). W pracy zawarto model opieki pielęgniarskiej 69-letniego pacjenta będącego w piątej dobie po udarze mózgu, przebywającego w Oddziale Neurologii WSZ w Lesznie.

Wnioski. Pielęgniarka pełni funkcję koordynatora w zespole terapeutycznym. Prawidłowa komunikacja interpersonalna jest podstawą sprawnego działania całego zespołu terapeutycznego i warunkuje prawidłowy proces leczenia i pielęgnowania oraz rehabilitacji chorego.

Słowa kluczowe: zespół terapeutyczny, opieka holistyczna, pielęgnowanie po udarze, rodzaje komunikacji międzyludzkiej

WSTĘP

Dane statystyczne dowodzą, że życie ludzkie stale ulega wydłużeniu. Jednocześnie cały bagaż zdrowotny, jaki się w życiu dokonał, jest też przeniesiony w czasie. Powoduje to pojawienie się we współczesnym społeczeństwie nowych problemów, dotyczących egzystencji osób w podeszłym wieku (Różyk-Myrty, 2015). Charakterystyczną cechą statusu zdrowotnego osób w starszym wieku jest jednocześnie występowanie kilku chorób przewlekłych. Zjawisko to, zwane wielochorobowością, stanowi przedmiot zarówno badań, jak i formułowania ustaleń, dotyczących postępowania medycznego i opieki. Wielochorobowość definiuje się jako występowanie co najmniej dwóch chorób (Barnett i wsp., 2012). Zgodnie z tą definicją występowanie wielochorobowości w populacji osób starszych w Polsce dotyczy, jak wynika z badania PolSenior2, prawie 70% najmłodszych seniorów do ok. 90% najstarszych (Błędowski, Grodzicki, Mossakowska, Zdrojewski, 2021). Wielochorobowość stanowi jedno z największych wyzwań dla systemu ochrony zdrowia, zarówno obecnie, jak i na przyszłość. Towarzyszy najczęściej głównym schorzeniom cywilizacyjnym, które są przyczyną umieralności, a przede wszystkim chorobom układu krążenia, ale także zaburzeniom psychicznym (Golinowska, 2022).

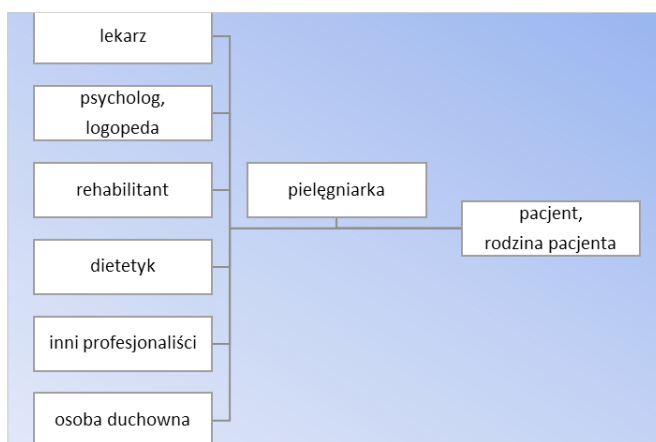
Dokonująca się w naszej obecności transformacja w wielu dziedzinach, także na płaszczyźnie medycznej, wymusiła w pielęgniarstwie szereg zmian, nie tylko koncepcyjnych, ale także polegających na zmianie postrzegania roli pielęgniarki. Współczesna pielęgniarka samodzielnie udziela świadczeń, stale rozszerza swoje zadania oraz pełni w swoich działaniach zawodowych następujące role: nauczyciela, edukatora, informatora, doradcy, promotora i wiele innych. Według Doroty Orem, autorki teorii deficytu samoopieki, pielęgniarka powinna nosić miano realizatora, przewodnika, doradcy, osoby zaufanej, twórczyni. Do głównych zainteresowań pielęgniarskich zalicza się przede wszystkim: promocję zdrowia, zapobieganie chorobom i niepełnosprawności, rehabilitację, opiekę i pielęgnację (Duda, Zięba, Stach, 2017).

Człowiek, jako jednostka bio-psycho-społeczna, wymaga opieki holistycznej, co w praktyce wymusza traktowanie pacjenta, jako całości emocjonalnej, intelektualnej, społecznej, duchowej i fizycznej. W rozwiązywaniu problemów zdrowotno-pielęgnacyjnych w kontekście społeczno-ekonomicznym i ekologicznym szczególną rolę odgrywa środowisko pielęgniarskie (Różyk-Myrta, 2015).

Współcześnie, pielęgniarstwo to zawód, który ze względu na nieustannie zmieniające się czynniki warunkujące zdrowie człowieka, stawia przed jego przedstawicielami wiele wyzwań. W ostatnich dekadach obserwujemy

wiele zmian w profesjach medycznych, w tym również w pielęgniarstwie. Jedną z wielu zmian jest kształcenie pielęgniarek, które wyzwoliło zmiany sposobu myślenia, a tym samym postrzegania pielęgniarstwa, jako zawodu z szeroką perspektywą. Pielęgniarstwo nie jest już tylko zawodem, a stało się pełnoprawnym przedmiotem badań naukowych i kierunkiem akademickim (Brzeska, Izmalkova, Trzaska-Lewandowska, Zawadzka, Sienkiewicz, 2017). W sumie na przestrzeni lat doprowadziło to do zmiany modelu pielęgniarstwa z modelu paternalistycznego na model partnerski. Pielęgniarki stały się nie tylko jednym z ogniw biorących czynny udział w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pacjenta, ale obejmują swoim procesem pielęgnowania człowieka od chwili urodzenia, aż do śmierci. Jest to możliwe dzięki temu, iż pielęgniarstwo jest wielodyscyplinarne i wielospecjalistyczne. Specjalizacja w pielęgniarstwie wpływa na jakość oferowanej pacjentowi opieki (Cieślik, Lelonek, 2013).

Uczestnicząc czynnie w procesach leczenia, rehabilitacji i pielęgnowania, pielęgniarka pełni wiele funkcji zawodowych i tym samym stała się członkiem zespołu interdyscyplinarnego, a współcześnie stoi na czele tego zespołu, podejmując rolę koordynatora. Zespół terapeutyczny to interdyscyplinarna grupa wykwalifikowanych specjalistów: pielęgniarka, lekarz, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk, opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy i inne osoby, realizujące wspólne cele na rzecz pacjenta (Ryc.1). Kluczem do profesjonalnej, holistycznej opieki nad pacjentem, której efektem jest proces zdrowienia, powinna być dobrze skoordynowana współpraca wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Taką koordynację zapewnia dobrze przygotowana do pełnienia swoich funkcji zawodowych pielęgniarka, będąca specjalistką w różnych dziedzinach pielęgniarstwa (Demps-Konstańska, Krakowiak, Werechowska, Cynowska, Jassem, 2011).



Rycina 1. Schemat zespołu terapeutycznego

Źródło: Opracowanie własne.

UDAR MÓZGU W ŚWIETLE LITERATURY PRZEDMIOTU

Udar mózgu jest jedną z najczęstszych jednostek chorobowych. W Polsce obecnie rejestruje się około 60 000 nowych zachorowań rocznie. Ryzyko udaru wzrasta wraz z wiekiem, ale coraz częściej zdarzają się także przypadki u dzieci.

Udar mózgu inaczej zaburzenie mózgowo-naczyniowe jest to zespół objawów klinicznych, związanych z nagłym wystąpieniem ogniskowego lub uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, które powstały w wyniku zaburzenia krążenia mózgowego i utrzymujący się ponad 24 godziny. Wyodróżniamy dwa rodzaje udaru:

- udar krwotoczny – wywołany jest wylewem krwi do mózgu. Zaliczamy tutaj krwotoki śródmózgowe i podpajęczynówkowe,
- udar niedokrwienny – wywołany jest zamknięciem światła naczynia krwionośnego, co skutkuje zatrzymaniem dopływu krwi do mózgu. Czasami udar niedokrwienny może być wtórnie ukrwotoczony (Kozubski, Liberski, 2016).

Objawy udaru uzależnione są od miejsca lokalizacji uszkodzenia. Główne objawy to przede wszystkim niedowład lub porażenie kończyn i twarzy po jednej stronie ciała i zaburzenia mowy. Inne objawy to:

- zaburzenia lub osłabienie czucia po jednej stronie ciała,
- zaburzenia w zakresie zdolności wykonywania precyzyjnych ruchów, niewynikające z niedowładu,
- zaburzenia w zakresie czynności pisania i czytania – czyli agrafia i aleksja,
- zaburzenia w zakresie mówienia, czyli afazja, może ona być ruchowa, dyzartria, gdy dotyczy niedowładu mięśni mowy oraz czuciowa, gdy dotyczy rozumienia mowy,
- zaburzenia w zakresie zdolności zapamiętywania nowych informacji – amnezja,
- zaburzenia w zakresie zdolności do liczenia – akalkulia,
- zaburzenia w zakresie zdolności do widzenia w danym zakresie pola widzenia – niedowidzenie,
- zaburzenia w zakresie zdolności do przełykania – dysfagia,
- mogą wystąpić majaczenia, urojenia, omamy, zaburzenia świadomości,
- może również wystąpić napad padaczkowy (Gregory, Jagoda, Little, Pellegrino, 2021).

Czynniki ryzyka udaru niedokrwiennego dzielimy na:

1. modyfikowane, do których można zaliczyć:

- choroby, takie jak nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, cukrzyca, choroby naczyń (zwężenie tętnicy szyjnej),
- zaburzenia gospodarki lipidowej,
- palenie papierosów,
- nadużywanie alkoholu,
- zażywanie narkotyków,
- przyjmowanie antykoncepcji hormonalnej,
- ciąża,
- otyłość,
- dna moczanowa,
- zespół bezdechu sennego,
- mała aktywność fizyczna (Jaracz, Domitrz, 2019).

2. niemodyfikowane:

- wiek – ryzyko zwiększa się dwukrotnie co 10 lat od 55. roku życia,
- płeć – głównie męska,
- rasa – głównie czarna i żółta,
- predyspozycje rodzinne i genetyczne – udary w rodzinie, uwarunkowania genetyczne do stanów zakrzepowych,
- przebyte wcześniej udary bądź przemijający atak niedokrwienny TIA (Kozubski, 2014; Kozubski, Liberski, 2016).

CEL PRACY

Celem pracy była ocena współpracy w zespole terapeutycznym w oparciu o indywidualny przypadek pacjenta po przeżytym udarze niedokrwiennym mózgu, z chorobami współistniejącymi: cukrzycą typu 2., nadciśnieniem tętniczym, otyłością oraz utrwalonym migotaniem przedsionków, z przeżytym 5 lat wcześniej zawałem mięśnia sercowego. Szczególnej uwadze poddano znaczenie roli pielęgniarki, jako koordynatora w zespole terapeutycznym.

MATERIAŁ I METODA

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku (ang. *case study*). Case study to metoda badawcza zawierająca szeroki opis danego zjawiska, mająca na celu jego pogłębioną analizę i ocenę. Jest to jakościowo-

we badanie, które może dotyczyć wielu dyscyplin naukowych. Poprzez wykorzystanie wielu technik gromadzenia oraz analizy danych pozwala ono rozwiązywać problemy naukowe i praktyczne (Grzegorzczak, 2015).

Do głównych źródeł pozyskiwania danych do analizy zalicza się: dokumenty, materiały archiwalne, wywiady, obserwacje bezpośrednie, obserwacje uczestniczące, przedmioty fizyczne (Mielcarek, 2014).

OPIS PRZYPADKU

Pacjent Paweł K. lat 69, jest w 5. dobie po wystąpieniu udaru niedokrwiennego z niedowładem prawostronnym. Chory jest przytomny, wydolny krążeniowo i oddechowo. Kontakt słowny z chorym zachowany, logiczny. Występuje dyzartria i nadal utrzymuje się afazja ruchowa. Chory komunikatywny, zdaje sobie sprawę z powagi sytuacji, w której się znalazł. Nadal chory nie kontroluje oddawania moczu i stolca.

W przeprowadzonym badaniu fizykalnym stwierdzono oddech fizjologiczny, bez cech niewydolności, nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy, słyszalny symetrycznie. Czynność serca miarowa, tony serca głośne, zgodnie z falą tętna na tętnicy promieniowej. Skóra pacjenta jest czysta, a węzły chłonne niepowiększone. Natomiast na prawej stopie zaobserwowano obrzęk. Pacjent ma zmniejszony apetyt, za to ma zwiększone pragnienie. Mężczyzna nosi okulary korekcyjne. W wywiadzie przeprowadzonym z żoną pacjenta uzyskano informacje dotyczące chorób współistniejących: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2., migotanie przedsionków, zawał serca przebyty 5 lat temu. Chory waży 112 kg i mierzy 182 cm, a jego wskaźnik BMI = 33,81 kg/m². Jest to pierwszy stopień otyłości. Jego wskaźnik WHR wynosi 1,29, co oznacza, iż ma otyłość brzuszna. Przeprowadzono ocenę stanu odżywienia w skali MNA (ang. *Mini Nutritional Assessment*) i jest ryzyko niedożywienia.

Pacjent od 30 lat pali papierosy, do momentu wystąpienia udaru około jedną paczkę dziennie, alkohol spożywa okazjonalnie. Mieszka na wsi, jest rolnikiem i nadal pracuje w gospodarstwie. Zajmuje z żoną mieszkanie w domu jednorodzinnym. Warunki socjalno-bytowe dobre. W tym samym domu mieszka też syn pacjenta z rodziną. Żona i syn pacjenta aktywnie uczestniczą w procesie zdrowienia. Do tej pory pacjent był pod kontrolą poradni diabetologicznej i kardiologicznej, lecz nie przestrzegał regularności wizyt. Chory nie stosował się do zaleceń żywieniowych lekarzy. Obecnie u pacjenta występuje bardzo duży deficyt samoopieki, z tego względu potrzebuje pomocy ze strony wielu osób. Oceniono go wg zmodyfikowanej

skali Barthel, a wynik wyniósł 10 pkt. Ponadto w skali ryzyka powstania odleżyn (Skala Norton) pacjent uzyskał 12 pkt. Sygnalizuje to zwiększone prawdopodobieństwo powstawania odleżyn. W Skandynawskiej Skali Oceny Udaru mężczyzna uzyskał 33 pkt. Z powodu dużego osłabienia siły mięśniowej pacjent wymaga intensywnej rehabilitacji. Na obecną chwilę prowadzi tryb życia fotelowo-łóżkowy. Chory jest zaniepokojony swoją obecną sytuacją tj.: problemami z komunikacją werbalną, dyskomfortem z powodu braku kontroli nad potrzebami fizjologicznymi, martwi się jak będzie wyglądało dalej jego funkcjonowanie, bywa, że zniechęca się do ćwiczeń, jest płacziwy, ma obniżony nastrój. Ożywia się po wizytach żony z synem, nabiera motywacji do dalszej pracy nad powrotem do sprawności.

Na stałe przyjmował doustne leki p/cukrzycowe: Siofor 850 mg 3 x dziennie, leki na nadciśnienie: Tritace 5 mg 1 x dziennie oraz Betaloc ZOK 25 mg. 1 x dziennie. Ostatnia ocena stanu ogólnego pacjenta przedstawia się następująco: kontakt słowny zachowany logiczny, mowa mało wyrażna, ciśnienie tętnicze krwi RR 150/74 mmHg, tętno 74 ud/min, oddech miarowy 18/ min, zmniejszone łaknienie i zwiększone pragnienie, zaparcia, ruchomość stawów – prawidłowa, siła i napięcie mięśni – zaburzone, osłabienie napięcia mięśniowego po prawej stronie ciała, wzmożona spastyczność mięśniowa, diureza dobową: około 2200 ml, nietrzymanie moczu.

Nastrój chorego jest obniżony, spowodowany lękiem przed kalectwem i obawą o przyszłość. Pomimo obaw, pacjent jest zmotywowany do powrotu do zdrowia. Współpracuje z personelem medycznym.

W trakcie opieki nad pacjentem korzystano z niżej przedstawionych wskaźników i skal:

1. BMI (ang. *Body Mass Index*) u pacjenta wynosił 33,81. Świadczy to o otyłości pierwszego stopnia.
2. Wskaźnik WHR (ang. *waist-to-hip ratio*) – u pacjenta WHR wyniosło 1,29, co świadczy o otyłości brzusznej.
3. Skandynawska Skala Udarów (ang. *Scandinavian Neurological Stroke Scale*, SSS). W skali SSS pacjent otrzymał 33 pkt. Pacjent podsypiający z rokowaniem powrotu do pełnej świadomości. Ustawienie gałek ocznych oceniono jako prawidłowe. Chory porusza kończyną górną prawą, ale nie jest zdolny do pokonania siły ciężkości. Pacjent nie potrafi zacisnąć pięści. Kończynę dolną prawą unosi poprzez zgięcie w stawie kolanowym. Chory ma ograniczoną sprawność fizyczną – przez większość czasu pozostaje w łóżku, siada bez urządzeń pomocniczych. Podopieczny jest zorientowany co do czasu, miejsca i osoby. Rozmawia, używając ograniczonego lub nieadekwatnego doboru słów.

4. Skala Barthel – pacjent uzyskał – 10 pkt. Chory całkowicie niesamodzielny. Nie jest w stanie wykonać podstawowych czynności dnia codziennego, wymaga kompleksowej opieki wielu osób.
5. Ryzyko upadku oceniono wg skali Tinetti. Pacjent uzyskał 14 pkt., co oznacza wysokie ryzyko upadku.
6. Ryzyko wystąpienia odleżyn oceniono wg skali Norton. Pacjent otrzymał 12 pkt., co oznacza ryzyko wystąpienia odleżyn (Kozubski, 2014).

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Diagnoza pielęgniarska 1: Deficyt samoopieki i samopielęgnacji wynikający z niesprawności prawej strony ciała w przebiegu udaru mózgu.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia chorego i wdrożenie go do samoobsługi.

Planowane działania pielęgniarskie:

- Ocena możliwości samoobsługowych według skali Barthel,
- Pomoc pacjentowi w czynnościach dnia codziennego.

Realizacja działań pielęgniarskich:

- na bieżąco oceniano możliwości samoobsługowe pacjenta według skali Barthel – ostatnia wynosiła 10 pkt.,
- wykonując toaletę ciała wraz z opiekunem medycznym, angażowano pacjenta do zabiegów higienicznych, wykorzystując zdrową kończynę, polecając mu mycie i wycieranie chorej strony ciała oraz wykonanie podmycia się,
- mobilizowano do używania niesprawnej kończyny podczas różnych czynności, np. podczas obracania się w trakcie wykonywania toalety ciała czy zmianie pieluchomajtek,
- zapewniano pacjentowi odpowiednio długi czas podczas wykonywania czynności higienicznych.

Wynik opieki: Pacjentowi zapewniono pomoc w czynnościach dnia codziennego i wdrożono go do samoobsługi w miarę możliwości, dzięki czemu samopoczucie chorego uległo poprawie.

Diagnoza pielęgniarska 2: Osłabienie siły mięśniowej spowodowane niedowładem połowicznym z powodu udaru mózgu.

Cel opieki: Poprawa siły mięśniowej, zapobiegnięcie zanikom mięśni, przykurczom, poprawa krążenia.

Planowane działania pielęgniarskie:

- konsultacja z rehabilitantem,
- wykonywanie zalecanych przez rehabilitanta ćwiczeń,
- kontynuacja rehabilitacji w oddziale rehabilitacyjnym po opuszczeniu szpitala.

Realizacja działań pielęgniarskich:

- wykonywano zalecone ćwiczenia bierne i izometryczne zgodnie z zaleceniami rehabilitanta,
- mobilizowano pacjenta do wykonywania ćwiczeń czynnych,
- przy wypisie z oddziału pacjent otrzymał skierowanie do oddziału rehabilitacji.

Wynik opieki: Dzięki regularnemu wykonywaniu ćwiczeń zalecanych przez rehabilitanta, u chorego nie doszło do zaników mięśni i przykurczy. Siła mięśniowa chorego zwiększyła się.

Diagnoza pielęgniarska 3: Trudności w przemieszczaniu się spowodowane niedowładem połowicznym z powodu udaru mózgu.

Cel opieki: Poprawa sprawności lokomocyjnej.

Planowane działania pielęgniarskie:

- Pomoc w pionizacji chorego pod kontrolą parametrów życiowych.

Realizacja działań pielęgniarskich:

- oceniono ryzyko upadku chorego wg skali Tinetti – wyniosła 14 pkt.,
- wg zaleceń lekarza prowadzącego razem z rehabilitantem stopniowo sadzano chorego, na początek pozycja Fowlera w łóżku, następnie z opuszczonymi nogami, a kolejnym razem wysadzano na wózek,
- w trakcie pionizacji dokonywano ciągłej obserwacji wyglądu pacjenta, kontrolowano ciśnienie tętnicze i tętno,
- do pionizacji i poruszania się używano sprzęt zalecony przez rehabilitanta, typu balkoniki różnej wielkości w zależności od postępu usprawniania.

Wynik opieki: Pacjent nadal potrzebuje pomocy przy sadzaniu, ale siedzi już stabilniej. Chętnie korzysta z wózka. Przy balkoniku, w asyście przeszedł już jednorazowo około 20 metrów.

Diagnoza pielęgniarska 4: Trudności związane ze zmianą pozycji ciała w łóżku na skutek niedowładów połowicznych z powodu udaru mózgu.

Cel opieki: Zapewnienie choremu komfortu i bezpieczeństwa podczas przebywania w łóżku.

Planowane działania pielęgniarskie:

- zmiana pozycji i układanie chorego z zastosowaniem odpowiednich technik i metod zapewniających bezpieczeństwo i wygodę.

Realizacja działań pielęgniarskich:

- ułożono chorego na łóżku rehabilitacyjnym sterowanym pilotem, posiadającym barierki i uchwyty wspomagające samodzielną zmianę pozycji,
- pozycję ułożeniową zmieniano choremu co dwie godziny, zachowując fizjologiczne ułożenie ciała, zwłaszcza kończyn z niedowładem, używając w tym celu udogodnień w postaci klinów i wałków,
- do zmiany pozycji korzystano z łatwoślizgu,
- zapewniono dostęp do łóżka z trzech stron, stolik postawiono po prawej stronie łóżka, zostawiając w zasięgu najpotrzebniejsze przedmioty, np. butelkę z wodą.

Wyniki opieki: Trudności związane ze zmianą pozycji zostały ograniczone, poprzez zastosowanie uchwytów, drabinek i barierek. Pacjent chętnie korzysta z tych udogodnień i stara się samodzielnie zmieniać pozycje.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko zakażenia układu moczowego i pogarszająca się jakość życia pacjenta z powodu zaburzeń w wydalaniu moczu.

Cel opieki: Przywrócenie prawidłowych funkcji układu moczowego. Zapobieganie zakażeniom oraz poprawa jakości życia.

Planowane działania pielęgniarskie:

- obserwacja charakteru zaburzeń wydalania moczu,
- odpowiednie zabezpieczenie pacjenta przed zmożeniem pościeli,
- regularna higiena ciała i okolic intymnych.

Realizacja działań pielęgniarskich:

- regularnie podawano pacjentowi kaczkę najpierw co 1 godzinę, a później co 2 godziny,
- wykonywano toaletę krocza oraz zmianę bielizny osobistej,
- korzystano z pieluchomajtek na noc, a w ciągu dnia z majtek chłonnych.

Wyniki opieki: Nie doszło do zakażenia układu moczowego. Pacjent stopniowo odzyskiwał sprawność nad funkcją oddawania moczu. Jakość życia pacjenta i samopoczucie uległa poprawie.

Diagnoza pielęgniarska 6: Niepokój i lęk związane z pogorszeniem się jakości życia w następstwie choroby.

Cel opieki: Zniwelowanie niepokoju i lęku. Poprawa samopoczucia chorego.

Planowane działania pielęgniarskie:

- edukacja pacjenta na temat choroby oraz dalszego leczenia,
- poprawa jakości mowy i utrzymanie kontaktu z chorym,
- konsultacja z psychologiem,
- zaproponowanie uczestnictwa w psychoterapii.

Realizacja działań pielęgniarskich:

- wyedukowano pacjenta o istocie choroby, dalszym leczeniu i ważności stosowania zmiany trybu życia,
- zapoznano z czynnikami ryzyka udaru oraz omówiono profilaktykę,
- zachęcono chorego do skorzystania z pomocy logopedy,
- motywowano chorego do wykonywania ćwiczeń usprawniających mowę przekazanych przez neurologopedę,
- zachęcano do skorzystania z turnusu rehabilitacyjnego,
- zaproponowano rozmowę z psychologiem, przedstawiono korzyści z tej terapii.

Wyniki opieki: Zminimalizowano lęk i niepokój pacjenta. Pacjent jest chętny do ćwiczeń, chce rozmawiać z psychologiem.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko wystąpienia powikłań z powodu podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu powikłań ze strony układu krążenia.

Planowane działania pielęgniarskie:

- częsta kontrola ciśnienia tętniczego krwi,
- systematyczne zażywanie leków zaleconych przez lekarza,
- edukacja chorego na temat przyczyn jego stanu i powikłań otyłości,
- omówienie z pacjentem zagrożeń wynikających z nadciśnienia tętniczego,
- przekonanie chorego do regularnych wizyt w poradni kardiologicznej,
- edukacja na temat zdrowego stylu.

Realizacja działań pielęgniarskich:

- wykonywano pomiary ciśnienia trzy razy na dobę i dokumentowano je w karcie,
- podawano leki obniżające ciśnienie wg zlecenia lekarskiego,
- uświadomiono chorego o skutkach wysokiego ciśnienia,

- wyjaśniono choremu istotę konieczności odbycia wizyty u kardiologa,
- przekonywano chorego do zmiany nawyków żywieniowych i zwiększenia w przyszłości aktywności fizycznej, dostosowanej do jego sytuacji zdrowotnej.

Wynik opieki: Chory ma świadomość powikłań związanych z podwyższonym ciśnieniem tętniczym krwi. Regularnie zażywa leki, potrafi samodzielnie wykonywać pomiary ciśnienia.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko wystąpienia ponownego udaru mózgu.

Cel opieki: Ograniczenie czynników ryzyka pojawienia się powtórnego udaru.

Planowane działania pielęgniarskie:

- edukacja pacjenta i rodziny na temat objawów udaru i postępowania w chwili jego wystąpienia.

Realizacja działań pielęgniarskich:

- dostarczono choremu informacji na temat czynników ryzyka wystąpienia udaru,
- przedstawiono negatywny wpływ nikotyny i alkoholu na zdrowie pacjenta,
- podkreślono konieczność zredukowania masy ciała oraz zwiększonej aktywności fizycznej,
- zachęcano do regularnej aktywności fizycznej i rehabilitacji,
- zapoznano pacjenta oraz rodzinę z objawami, sugerującymi wystąpienie udaru i ważności szybkiego reagowania,
- podkreślono ważność utrzymania stałego kontaktu z pielęgniarką rodzinną po opuszczeniu szpitala.

Wyniki opieki: Pacjent jest gotowy do zmiany stylu życia, zmiany jedzenia. Ma świadomość konieczności kontroli zdrowia w poradniach specjalistycznych.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko wystąpienia trudności adaptacyjnych po wypisaniu ze szpitala.

Cel opieki: Ułatwienie przystosowania się do życia po przebytych udarach mózgu.

Planowane działania pielęgniarskie:

- rozpoznanie potrzeb edukacyjnych pacjenta i jego rodziny,
- przekazać zalecenie dotyczące odżywiania, stylu życia i aktywności fizycznej po udarze.

Realizacja działań pielęgniarskich:

- rozpoznano potrzeby edukacyjne pacjenta i jego rodziny,
- udzielono odpowiedzi na pytania i wątpliwości pacjenta oraz jego rodziny,
- poinformowano o konieczności dalszej rehabilitacji poza szpitalem,
- udzielono zaleceń w zakresie:
 - prawidłowego odżywiania się, stylu życia i aktywności fizycznej po przebytych udarach
 - regularnego przyjmowania leków,
 - konieczności odbywania wizyt w poradniach specjalistycznych – kardiologicznej, diabetologicznej, neurologicznej,
 - konieczności przeprowadzania badań laboratoryjnych, codziennej kontroli ciśnienia i poziomu glikemii.

Wyniki opieki: Po odbyciu rozmów z lekarzem, psychologiem i właściwej edukacji, dotyczącej dalszego postępowania poszpitalnego, przez pielęgniarki specjalistki, pacjent czuje się przygotowany do opuszczenia szpitala. Rodzina również posiada większą wiedzę dotyczącą poprawy jakości życia.

Wskazówki dla pacjenta i rodziny po wyjściu ze szpitala:

- skontaktowanie się z pielęgniarką rodzinną, diabetologiczną,
- umówienie się na wizytę do lekarza rodzinnego, neurologa, kardiologa, diabetologa oraz systematyczne kontrole w tych poradniach,
- systematyczna rehabilitacja w oddziale rehabilitacyjnym, rehabilitacja w poradniach dziennego pobytu, wykonywanie zalecanych ćwiczeń w domu z pomocą rodziny, rehabilitanta, opiekuna,
- wykonywanie ćwiczeń logopedycznych zaleconych przez logopedę,
- w razie konieczności odbycie rozmowy z psychologiem,
- zmiana stylu życia polegająca na stosowaniu się do zaleceń żywieniowych,
- zwiększenie aktywności fizycznej,
- systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego krwi i poziomów glikemii,
- unikanie stresu i stosowanie metod radzenia sobie z nim (Cieślik A. wsp. 2021).

ANALIZA ROLI PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM

Metoda indywidualnego przypadku pozwoliła na przesłedenie losów pacjenta oraz poznanie pracy zespołu terapeutycznego. Po rozpoznaniu problemów pacjenta pielęgniarka realizowała proces pielęgnowania w oparciu o zaplanowane działania. Wcześniej dokonała analizy dokumentacji medycznej pacjenta, wykonała badanie fizykalne pacjenta, oceniła wydolność pacjenta przy pomocy skal oceny, przeprowadziła wywiad z pacjentem i jego rodziną. Już na wczesnym etapie, jakim jest gromadzenie informacji, obserwuje się konieczność komunikacji, w celu zdobycia części informacji. Najczęściej pielęgniarka posługiwała się werbalną metodą komunikacji (Grodzicki, Golinowska, Tobiasz-Adamczyk, 2022). Ponieważ u pacjenta występowały zaburzenia mowy, istotne informacje odnośnie jego zachowań zdrowotnych pielęgniarka uzyskała, przeprowadzając wywiad z rodziną. W stosunku do pacjenta używała metod niewerbalnych, tj.: posługiwała się gestem, mimiką, tonem głosu, postawą ciała. Z tych samych form korzystała, odczytując komunikaty wysyłane przez pacjenta. Następnie pojawia się w zespole terapeutycznym lekarz, z którym pielęgniarka komunikuje się w sposób werbalny, przekazując informacje o pacjencie, procesie leczenia, działaniu leków. Komunikacja werbalna pielęgniarki polega także na przyjmowaniu pisemnych zleceń od lekarza i na porozumiewaniu się telefonicznym np. jako wezwanie lekarza do pacjenta (Płaszewska-Żywko, Kózka, 2021). W sposób pisemny może też informować lekarza o podaniu zleconych leków i wykonaniu zabiegów. Pielęgniarka, sprawując całodobową obserwację pacjenta, dysponuje cennymi dla lekarza informacjami, które mają duże znaczenie w procesie terapeutycznym. Na informacjach zgromadzonych przez pielęgniarkę podczas obserwacji pacjenta, bazują też inni członkowie zespołu terapeutycznego. Ważne dla wszystkich są parametry życiowe mierzone u pacjenta. Opierają na nich swoje działania np. rehabilitanci. Przed każdym zabiegiem rehabilitant sprawdza ostatnie pomiary dotyczące ciśnienia tętniczego krwi i tętna pacjenta, zanim przystąpi do zabiegów. Rehabilitant zbiera wywiad od pielęgniarki w zakresie zachowania pacjenta m.in. jego stanu mentalnego, postępów jakie poczynił od ostatniej wizyty (Duplaga, 2022).

Pielęgniarka często jest jedyną osobą, która może udzielić pewnych, sprawdzonych i udokumentowanych informacji. Ponownie na plan pierwszy z tego opisu wysuwa się potrzeba komunikacji. W tym przypadku jest to komunikacja słowna, poparta zapisami w raportach pielęgniarskich lub karcie obserwacji pielęgniarskiej. Spostrzeżenia dotyczące postępów w rehabilitacji pielęgniarka przekazuje lekarzowi, jako jeden

z efektów procesu terapeutycznego. (Zurzycka, Repka, Puto, 2019). Pielęgniarka angażuje do zespołu terapeutycznego dietetyka, ponieważ wymaga tego złożoność problemu: otyłość, cukrzyca, zmiana trybu życia, zaparcia. Wspólnie decydują w oparciu o proces leczenia, rehabilitacji i pielęgnowania. Pielęgniarka dalej realizuje zalecenia dietetyka, będąc z nim w stałym kontakcie. Swoje obserwacje przekazuje też pozostałym członkom zespołu. Dlatego, ponownie komunikowanie się jest podstawą działania. Informacje przekazywane w dwie strony powodują, że proces terapeutyczny przebiega sprawnie i bez zakłóceń. Pacjent czuje się lepiej i rokowania stają się bardziej optymistyczne (Zagroba, Wiśniewska, Marcysiak, Ostrowska, Skotnicka-Klonociwcz, 2016). Wyraźnie widać już na tym etapie, że pielęgniarka jest nie tylko nadawcą informacji o pacjencie, ale także odbiorcą informacji od pozostałych członków zespołu terapeutycznego. Informacje nie są jednak tylko gromadzone, ale przekazywane dalej do innych członków zespołu. Lekarz jest stale informowany, jak przebiega rehabilitacja, jakie są efekty dietoterpii, rehabilitant orientuje się w leczeniu pacjenta, kiedy może np. rozszerzać zabiegi, dietetyk jest poinformowany o procesie leczenia i efektach wprowadzonej diety. W procesie terapeutycznym wykorzystano także konsultację psychologa oraz logopedy. Psycholog rozpoczyna swoje działania od rozmowy z pielęgniarką, od której otrzymał informacje o zachowaniu chorego. Wspólnie z pielęgniarką i lekarzem podejmują decyzję o terapii logopedycznej. Pielęgniarka odbiera od logopedy zalecenia ćwiczeń z pacjentem, wykonując ćwiczenia z pacjentem według zaleconego schematu (Łodzińska, 2016). Konsultacja psychologa w omawianym przypadku pomogła w budowaniu lepszego samopoczucia pacjenta, co zaowocowało chęcią do zmiany stylu życia. Na samopoczucie chorego miało też wpływ zachowanie pielęgniarki, poprzez wykorzystanie metod niewerbalnej komunikacji terapeutycznej w postaci gestów tj. dotyk ręki, głaskanie, uśmiech oraz komunikacji werbalnej w postaci łagodnego tonu głosu. Widząc polepszający się stan psychiczny pacjenta, pielęgniarka mogła wdrażać edukację rodziny. Kontakt pielęgniarki z rodziną był ważnym elementem w procesie terapeutycznym. Dzięki sprawnej edukacji prowadzonej przez pielęgniarkę, rodzina pacjenta zdecydowanie podjęła się dalszej opieki nad nim po wyjściu ze szpitala. Przebywając na oddziale byli edukowani przez pielęgniarkę o możliwościach uzyskania pomocy w opiece nad chorym w domu, o rodzajach konsultacji kontrolnych, które chory będzie miał zalecone przy wypisie. Zostali zaangażowani w proste czynności przy chorym, w celach edukacji podstawowych zasad opieki. Pielęgniarka przekazała rodzinie też informacje na temat zalecanych ćwiczeń, które można przeprowadzać

w domu, zasad żywienia i podawania leków. Poleciała ścisłą współpracę z lekarzem i pielęgniarką POZ (Gembalczyk, 2010).

W przedstawionym przykładzie zespół terapeutyczny funkcjonuje prawidłowo dzięki właściwej koordynacji działań jego członków, którą to zapewnia pielęgniarka. Działania te muszą być zaplanowane, przeprowadzone i walidowane; dzięki roli koordynatora, jaką pełni odgrywa pielęgniarka pozwala to na uniknięcie kolizji, co nie sprzyjałoby to prawidłowemu przebiegowi procesu terapeutycznego. Wzajemne dopasowanie poszczególnych elementów procesu terapeutycznego i koordynacja działań zespołu wielodyscyplinarnego jest właśnie kluczową i bardzo odpowiedzialną powinnością współczesnej pielęgniarki (Klimowszewska, Kułak, 2021).

WNIOSKI

Na podstawie przedstawianego opisu przypadku wysunięto następujące wnioski:

1. W swoich działaniach w zespole terapeutycznym pielęgniarka posługuje się różnymi metodami komunikacji werbalnej i niewerbalnej w celach edukacyjnych, terapeutycznych i informacyjnych.
2. W procesie terapeutyczno-opiekuńczym istotną rolę odgrywa holistyczne podejście do pacjenta oraz skuteczna koordynacja działań zespołu terapeutycznego, która w analizowanym przypadku opiera się na wnikliwej obserwacji i analizie zachowania pacjenta.
3. Pielęgniarka gromadzi informacje od wszystkich członków zespołu terapeutycznego, a jednocześnie stanowi ważne źródło informacji dla członków zespołu terapeutycznego.
4. Pielęgniarka w praktyce jest jedyną osobą w zespole terapeutycznym, która ma kontakt z wszystkimi innymi członkami zespołu, a poprzez wypełnianie swoich funkcji zawodowych pielęgniarka sprawdza się jako koordynator w zespole terapeutycznym.
5. Wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego mają ten sam cel, jest nim poprawa stanu pacjenta. Dzięki sprawnej koordynacji pracy całego zespołu terapeutycznego przez pielęgniarkę proces leczenia, pielęgnowania i usprawniania przebiegał płynnie i uzyskano efekty w postaci poprawy stanu zdrowia pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

- Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380(9836), s. 37-43. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
- Błądowski, P., Grodzicki, T., Mossakowska, M., Zdrojewski, T. (red.), (2021). *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Brzeska, E., Izmalkova, A., Trzaska-Lewandowska, A., Zawadzka, I., Sienkiewicz, Z. (2017). Opieka społeczna wobec osób starszych – rozwiązania systemowe. W: M. Marcysiak, B. Ostrowska, E. Wiśniewska, M. Zagroba, G. Skotnicka-Klonowska (red.). *Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro...* cz. 5. Ciechanów: Wydawnictwo PUZ im. Ignacego Mościckiego w Ciechanowie, s. 352-361.
- Cieślik, A., Lelonek, B. (2013). Pielęgnowanie chorych po udarach niedokrwiennych mózgu. W: M. Zagroba, E. Wiśniewska, B. Ostrowska, M. Marcysiak, G. Skotnicka-Klonowska (red.). *Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro...* cz. 2. Ciechanów: Wydawnictwo PUZ im. Ignacego Mościckiego w Ciechanowie, s. 304-312.
- Demps-Konstańska, I., Krakowiak, P., Werechowska, L., Cynowska, B., Jassem, E. (2011). Rola pielęgniarki koordynującej w zintegrowanej opiece nad pacjentem z zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 5(2), s. 40-44.
- Duda, A., Zięba, M., Stach, M. (2017). Realizacja edukacji zdrowotnej przez pielęgniarki zatrudnione w oddziałach zabiegowych i zachowawczych. Realizacja edukacji zdrowotnej przez pielęgniarki zatrudnione w oddziałach zabiegowych i zachowawczych. W: M. Głowacka, M. Łodzińska. *Pielęgniarstwo polskie, europejskie, światowe*. Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, s. 151-162.
- Duplaga, M. (2022). Komunikacja zdrowotna. W: S. Golinowska, J. Czepiel (red.). *Zdrowie publiczne wymiar społeczny i ekologiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 807-820.
- Gembalczyk, I., (2010). Edukacyjne aspekty promowania zdrowia w środowisku lokalnym. Racibórz: Wydawnictwo Akademia Nauk Stosowanych w Raciborzu.
- Golianowska, S. (2022). Potrzeby osób starszych w zakresie zdrowia publicznego. Warszawa: Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.
- Gregory, I.H., Jagoda, A., Little, A., Pellegrino, T.R. (2021). Stany nagłe w neurologii. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Grodzicki, B., Golinowska, S., Tobiasz-Adamczyk, B. (2022). Zdrowie osób starszych. W: S. Golinowska, J. Czepiel (red.). *Zdrowie publiczne wymiar społeczny i ekologiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 340-361.

- Grzegorzczak, W. (red.), (2015). *Wybrane problemy zarządzania i finansów. Studia przypadków*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Jaracz, K., Domitrz, I. (red.), (2019). *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Klimaszewska, K., Kułak, W. (red.), (2021). *Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami z chorobami neurologicznymi*. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Kozubski, W., Liberski, P. (red.), (2016). *Neurologia*. Tom 1-2. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Kozubski, W. (red.), (2014). *Neurologia Kompendium*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Łodzińska, J., System motywacyjny jako czynnik zarządzania w firmie. Kształtowanie właściwych relacji interpersonalnych na podstawie wybranych teorii motywacji (2016). W: M. Zagroba, E. Wiśniewska, M. Marcysiak, B. Ostrowska, G. Skotnicka-Klonowicz (red.), (2016). *Pielęgniarstwo wczoraj, dziś i jutro...*, cz.4. Ciechanów: Wydawnictwo PUZ im. Ignacego Mościckiego w Ciechanowie, s. 387.
- Mielcarek, P. (2014). Metoda case study w rozwoju teorii naukowych. *Organizacja i Kierowanie*, 1, s. 105-117.
- Płaszewska-Żywko, L., Kózka, M. (red.), (2021). *Diagnozy i interwencje w praktyce pielęgniarskiej*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Różyk-Myrta, A. (2015). *Interdyscyplinarny model opieki nad osobami starszymi*. Nysa: Oficyna Wydawnicza PWSZ w Nysie.
- Zagroba, M., Wiśniewska, E., Marcysiak, M., Ostrowska, B., Skotnicka-Klonowicz, G. (red.) (2016) *Pielęgniarstwo wczoraj, dziś i jutro...*, cz.4. Ciechanów: Wydawnictwo PUZ im. Ignacego Mościckiego w Ciechanowie.
- Zurzycka, P.Z., Repka, I., Puto, G. (2019). Wspólne podejmowanie decyzji elementem opieki pielęgniarskiej – zarys problematyki. *Pielęgniarstwo Polskie*, 4(74), s. 397-402. DOI: 10.20883/pielpol.2019.53.

Opieka pielęgniarska nad pacjentką ze stwardnieniem zanikowym bocznym wentylowaną mechanicznie – studium przypadku

Anna Włodarczak, Violetta Jachimowicz

Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

STRESZCZENIE

Wstęp. Stwardnienie zanikowe boczne to nieuleczalna choroba zwyrodnieniowa górnego i dolnego neuronu ruchowego o nieznannej etiologii. Cechą charakterystyczną choroby jest postępujące osłabienie mięśni, narastające niedowład kończyn, nasilająca się dyzartria i dysfagia oraz niewydolność oddechowa.

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie planu opieki pielęgniarskiej oraz ukazanie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentką w zaawansowanym stadium klinicznym stwardnienia zanikowego bocznego wentylowaną mechanicznie metodą inwazyjną.

Materiał i metoda. Metodą badawczą zastosowaną w pracy jest metoda indywidualnego przypadku. Studium przypadku zostało opracowane na podstawie wywiadu z pacjentką, badania fizykalnego, obserwacji zewnętrznej oraz analizy dokumentacji medycznej. Badaniem objęto pacjentkę w wieku 61 lat, przebywającą w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Wyniki. Najważniejsze diagnozy pielęgniarskie to upośledzenie wydolności oddechowej oraz nieefektywne oczyszczanie dróg oddechowych, a także deficyt samoopieki. Zaobserwowano również objawy dysfagii oraz przewlekłego bólu. Ponadto w okolicy krzyżowej widoczna jest rana odleżynowa III stopnia. Niepomyślne rokowanie choroby wpływa na obniżenie u pacjentki poczucia sensu życia oraz budzi lęk przed śmiercią. Chora jest narażona na występowanie powikłań wynikających z długotrwałego unieruchomienia oraz z długotrwałej wentylacji mechanicznej.

Wnioski. Ze względu na wielość i złożoność problemów klinicznych opieka nad chorym na stwardnienie zanikowe powinna być sprawowana przez zespół interdyscyplinarny,

w którym szczególną rolę odgrywa pielęgniarka. W celu zapewnienia profesjonalnej opieki konieczne jest śledzenie przez pielęgniarkę bieżących doniesień naukowych w obszarze terapii objawowej SLA i stosowanie ich w praktyce.

Słowa kluczowe: opieka pielęgniarska, stwardnienie zanikowe boczne, wentylacja mechaniczna

WSTĘP

Stwardnienie zanikowe boczne (łac. *sclerosis lateralis amyotrophica* – SLA) jest to postępująca, pierwotnie zwyrodnieniowa choroba układu nerwowego, w przebiegu której ulegają uszkodzeniu neurony ruchowe w obrębie kory i pnia mózgu, a także rdzenia kręgowego. W chorobie tej zwyrodnienie obejmuje zarówno górny, jak i dolny neuron ruchowy, w konsekwencji prowadząc do upośledzenia funkcji mięśni szkieletowych, oddechowych oraz gardła i krtani. Schorzenie to należy do grupy chorób neuronu ruchowego. Manifestacją kliniczną choroby są narastające niedowłady kończyn, nasilająca się dyzartria i dysfagia oraz postępująca niewydolność oddechowa (Iłżecka, 2014; Łukasik, 2015; Michalak, Ślusarz, 2019).

Choroba postępuje jednostajnie, jednak dodatkowe schorzenia, jak np. infekcje dróg oddechowych, mogą przyczynić się do gwałtownego przyspieszenia procesu chorobowego. Ostatecznie każdy chory traci możliwość samodzielnego poruszania się, połykania, nie może mówić ani samodzielnie oddychać, przy czym zmysły i intelekt zostają zachowane. U pacjentów w zaawansowanej fazie choroby konieczne jest zastosowanie wentylacji mechanicznej jako metody wspomagającej oddychanie (Adamczyk, Kwiatkowska, Filipczak-Bryniarska, 2018).

CEL PRACY

Głównym celem pracy było ukazanie roli pielęgniarki w procesie opieki nad pacjentką ze stwardnieniem zanikowym bocznym wentylowaną mechanicznie metodą inwazyjną. Celem pracy było również opracowanie planu opieki pielęgniarskiej oraz interwencji pielęgniarskich wraz z ich uzasadnieniem w oparciu o stwierdzone diagnozy pielęgniarskie w analizowanym przypadku.

MATERIAŁ I METODA

Metodą badawczą zastosowaną w pracy jest metoda indywidualnego przypadku. Wykorzystane techniki badawcze to wywiad pielęgniarski, obserwacja zewnętrzna, badanie fizykalne z elementami pielęgniarskiej oceny pacjenta z chorobą układu nerwowego oraz analiza dokumentacji medycznej. Narzędzia badawcze, którymi posługiwano się w przeprowadzonym badaniu to skale: Skorygowana Funkcjonalna Skala Stwardnienia Zanikowego Bocznego (ALSFRS-R), Test Oceny Procesu Jedzenia (EAT-10), Międzynarodowa Skala Oceny Sprawności Pacjenta (Indeks Barthel), Skala Ryzyka Rozwoju Odleżyn Douglas.

Badaniem objęto pacjentkę w wieku 61 lat, chorą na stwardnienie zanikowe boczne w zaawansowanym stadium klinicznym, wentylowaną mechanicznie przez rurkę tracheotomijną. Badanie zostało przeprowadzone w dniach 08.05. – 16.05.2021 roku w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Kaliszu.

OPIS PRZYPADKU

61-letnia chora przebywa na stałe w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym, gdzie została przyjęta dnia 21.05.2020 roku z rozpoznaniem przewlekłej niewydolności oddechowej w przebiegu stwardnienia zanikowego bocznego. Choroby współistniejące: niedoczynność tarczycy, autoimmunologiczne zapalenie wątroby w fazie remisji. Pierwsze objawy SLA zaczęły pojawiać się u pacjentki w kwietniu 2016 roku. Zauważyła ona wówczas upośledzenie precyzji ruchów prawej dłoni. Po konsultacji neurologicznej pacjentka została skierowana na rehabilitację kręgosłupa szyjnego. Badanie MRI wykonane w grudniu 2016 roku wykazało dehydratację tego odcinka, a wyniki badania EMG, wskazywały na uszkodzenie pnia splotu nerwowego barku prawego. W tym okresie widoczny był już zanik mięśni kłębku kciuka dłoni prawej. W lutym 2018 r. u chorej nastąpiło znaczne osłabienie prawej kończyny dolnej oraz zanik mięśni kłębku kciuka dłoni lewej. Zaczęły się też pojawiać fasykulacje i skurcze mięśniowe. Pacjentka została skierowana na Oddział Neurologiczny, gdzie na podstawie wyników badania i obrazu klinicznego w marcu 2018 roku zdiagnozowano u pacjentki stwardnienie zanikowe boczne. Początkowo zastosowano leczenie Riluzolem, jednak ze względu na znaczne podwyższenie poziomu enzymów wątrobowych w surowicy, konieczne było zrezygnowanie z terapii. W kwietniu 2020 roku pacjentka zachorowała na zapalenie płuc, co spowodowało

ostrą niewydolność oddechową. Po nieskutecznej próbie wdrożenia NIV (*ang. non invasive ventilation* – wentylacja nieinwazyjna) u pacjentki zastosowano wentylację inwazyjną w trybie SIMV (*ang. synchronized intermittent mandatory ventilation* – synchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa) za pomocą rurki intubacyjnej. Ze względu na konieczność przewlekłej wentylacji mechanicznej wykonano tracheostomię.

Obecnie (10.05.2021 r.) pacjentka jest w zaawansowanym stadium klinicznym SLA (wynik w skali ALSFRS-R wynosi 10/48 pkt). W wykonywaniu czynności samoobsługowych chora jest całkowicie zależna od opiekunów, w skali Barthel: 0 pkt. Wydolność hemodynamiczna pacjentki stabilna. Pacjentka jest wentylowana mechanicznie metodą inwazyjną przez tracheostomię w trybie SIMV. Pacjentka wentyluje się prawidłowo, podczas wdechu klatka piersiowa unosi się symetrycznie, SpO₂ wynosi 94%. W drogach oddechowych zalega obfita, ropna wydzielina. Odruch kaszlowy osłabiony. Stan odżywienia pacjentki dostateczny, wskaźnik BMI = 24,22 kg/m². Pacjentka spożywa doustnie dietę lekkostrawną o konsystencji papkowatej. Zauważalne są znaczne trudności w połykaniu, pacjentka często krztusi się podczas jedzenia i picia. U pacjentki w pęcherzu moczowym założony cewnik Foleya (16 F) z powodu braku kontroli oddawania moczu. Sprawność ruchowa pacjentki jest znacznie ograniczona. Chora stale przebywa w łóżku, nie jest w stanie samodzielnie zainicjować zmiany pozycji w łóżku, odczuwa bolesne skurcze łydek oraz skarży się na ból całego ciała, 6 pkt w skali NRS. Stosowana rehabilitacja ruchowa nie przynosi poprawy. W okolicy kości krzyżowej widoczny ubytek pełnej grubości skóry, z odsłoniętą tkanką podskórną. Ryzyko rozwoju odleżyn w skali Douglas: 15 pkt, wysokie.

Pacjentka w pełni świadoma, zorientowana auto- i allopsychicznie. Kontakt słowny logiczny, nieznacznie utrudniony, mowa powolna, lecz wyraźna. Odruch podniebienny i gardłowy zachowane. Siła mięśniowa kończyn górnych i dolnych znacznie obniżona. Obecny dodatni objaw Babińskiego.

Nastrój pacjentki jest obniżony z powodu szybkiej progresji SLA. Chora zaakceptowała swoją chorobę, lecz czuje się zrezygnowana oraz nie ma nadziei na polepszenie stanu zdrowia. Wyraża niechęć do udziału w rehabilitacji ruchowej, gdyż nie widzi żadnych pozytywnych efektów tych działań. Z powodu pandemii wirusa SARS-CoV-2 w ZPO obowiązuje zakaz odwiedzin chorych, więc kontakt z rodziną jest utrudniony, co dodatkowo pogarsza samopoczucie pacjentki i wzmaga jej poczucie osamotnienia.

Jedyną najbliższą rodziną chorej jest jej młodsza siostra z mężem i dziećmi, z którymi mieszkała w domu jednorodzinnym od momentu postawienia diagnozy medycznej. Wcześniej chora mieszkała sama w dwupokojowym mieszkaniu w bloku, pracowała jako analityczka medyczna

w laboratorium diagnostycznym. Chora lubiła pracę w ogrodzie oraz aktywność fizyczną. Często spotykała się z rodziną i ze znajomymi, była określana przez nich, jako „dusza towarzystwa”. Choroba wymusiła zmianę trybu życia oraz ograniczenie kontaktów społecznych. Pacjentka jest wyznania rzymsko-katolickiego, lecz jak sama mówi, nigdy nie była osobą „przesadnie religijną”. Czuje, że jej potrzeby religijne są zaspokojone.

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Diagnoza pielęgniarska 1: Upośledzenie wydolności oddechowej spowodowane postępującym osłabieniem mięśni oddechowych w przebiegu SLA, z zapewnieniem funkcji przy użyciu wentylacji inwazyjnej w trybie SIMV.

Cel opieki: Zapewnienie prawidłowej wentylacji płuc, zapobieganie powikłaniom.

Interwencje pielęgniarskie:

- monitorowanie skuteczności wentylacji mechanicznej: kapnometria, pulsoksymetria,
- obserwacja symetrii ruchów klatki piersiowej oraz ocena szmerów oddechowych,
- sprawdzenie zgodności zleconych przez lekarza i realizowanych nastawień respiratora oraz trybu wentylacji,
- ocena sprawności działania respiratora: szczelności obwodu oddechowego, zakresu nastawionych granic alarmów oraz ich włączenia,
- ocena położenia i umocowania rurki dotchawiczej, kontrola ciśnienia w mankiecie uszczelniającym rurkę poprzez pomiar manometrem,
- obserwacja tolerancji wentylacji mechanicznej i synchronizacji oddechu pacjentki z respiratorem,
- obserwacja stanu psychicznego pacjentki,
- ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej, z wezgłowiec podniesionym pod kątem 30-45° w stosunku do podłoża,
- edukacja pacjentki na temat właściwego położenia i umocowania rurki dotchawiczej,
- dokumentowanie działań pielęgniarki w indywidualnej dokumentacji pacjentki.

Uzasadnienie: Nieinwazyjny pomiar saturacji (SpO_2) i końcowo-wydechowego stężenia CO_2 ($EtCO_2$) stanowią podstawę oceny wydolności oddechowej pacjenta oraz skuteczności wentylacji, a także umożliwiają wczesne wykrycie zaburzeń. Podczas prawidłowej wentylacji klatka piersiowa uno-

si się symetrycznie, a nad polami płucnymi występuje szmer pęcherzykowy. Brak lub osłabienie szmerów oddechowych świadczą o nieefektywnej wentylacji płuc oraz mogą być objawem powikłań wentylacji mechanicznej (Gutysz-Wojnicka, 2014; Gutysz-Wojnicka, Doboszyńska, 2018). Zgodność parametrów wentylacji na respiratorze ze zleceniem lekarskim zapobiega powikłaniom, szczególnie uszkodzeniu płuc, a nadzór nad prawidłowym działaniem respiratora zapobiega przerwom w wentylacji. Brak wentylacji stanowi zagrożenie dla życia pacjenta. Niewłaściwe położenie rurki dotchawiczej lub przebicie balonu powodują przeciek powietrza prowadzący do nieprawidłowej wentylacji płuc. Uszczelnienie mankietu rurki do wartości 23-30cm H₂O zapobiega wysunięciu rurki oraz przeciekowi (Gutysz-Wojnicka, Doboszyńska, 2018). Objawami braku synchronizacji oddechowej pacjenta z respiratorem są: kaszel, dławienie się, włączanie się alarmów na respiratorze. Ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej ułatwia oddychanie poprzez zmniejszenie nacisku narządów jamy brzusznej na przeponę i poprawia utlenowanie krwi (Gutysz-Wojnicka, Doboszyńska, 2018).

Diagnoza pielęgniarska 2: Nieefektywne oczyszczanie dróg oddechowych spowodowane osłabieniem odruchu kaszlowego oraz prowadzeniem inwazyjnej wentylacji mechanicznej.

Cel opieki: Utrzymanie drożności dróg oddechowych i zapewnienie efektywnej wymiany gazowej, zapobieganie infekcji układu oddechowego.

Interwencje pielęgniarskie:

- kontrolowanie drożności dróg oddechowych: osłuchanie szczytów i podstaw płuc, pomiar saturacji,
- nawilżanie i ogrzewanie mieszaniny oddechowej,
- oklepywanie klatki piersiowej, drenaż ułożeniowy,
- ułożenie pacjentki w pozycji semi-Fowlera pod kątem 30-45°,
- wykonanie toalety górnych i dolnych dróg oddechowych według potrzeby,
- obserwacja wydzieliny odessanej z dróg oddechowych (kolor, zapach, objętość),
- udział w farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Uzasadnienie: Zapewnienie drożności dróg oddechowych jest warunkiem skutecznej wentylacji mechanicznej. Spadek saturacji, spływanie i przyspieszenie oddechu, obecność patologicznych szmerów oddechowych, niepokój i pobudzenie psychoruchowe, a także duża ilość gęstej wydzieliny w czasie odsysania czy wzrost szczytowego ciśnienia wdechowego mogą świadczyć o niedrożności rurki tracheotomijnej. Ogrzewanie i nawilżanie powietrza wdechowego wspomaga fizjologiczne mechanizmy oczyszczające

nia dróg oddechowych, a stosowanie elementów kinezyterapii klatki piersiowej ułatwia ewakuację zalegającej wydzieliny (Gutysz-Wojnicka, Doboszyńska, 2018). Pozycja półwysoka zapobiega aspiracji wydzieliny do dolnych dróg oddechowych. Usuwanie wydzieliny z górnych dróg oddechowych oraz systematyczne płukanie jamy ustnej zapobiega gromadzeniu się i przemieszczaniu treści do dalszych odcinków układu oddechowego (Wojnar-Gruszka, 2021). Osłuchiwanie płuc oraz kontrola saturacji pozwalają na ocenę celowości wykonania toalety dolnych dróg oddechowych. Procedury tej nie wykonuje się rutynowo (Hryniewicz i in., 2013). Fizjologiczna wydzielina z dróg oddechowych jest bezbarwna i występuje w niewielkiej ilości (Gutysz-Wojnicka, Doboszyńska, 2018).

Diagnoza pielęgniarska 3: Ograniczenie sprawności ruchowej i wydolności samoobsługowej spowodowana osłabieniem przewodnictwa nerwowo-mięśniowego w przebiegu SLA.

Cel opieki: Zaspokojenie podstawowych potrzeb biologicznych, zapobieganie powikłaniom wynikającym z unieruchomienia.

Interwencje pielęgniarskie:

- systematyczna ocena stanu funkcjonalnego pacjentki w zakresie codziennych czynności z zastosowaniem skali ALSFRS-R i skali Barthel,
- podawanie posiłków, zapewnienie wystarczającego czasu na ich spożywanie,
- zaspokojenie potrzeb higienicznych: wykonanie toalety całego ciała i jamy ustnej zmiana bielizny osobistej i pościelowej wg potrzeby,
- udział w profilaktyce występowania zaparć:
 - kontrola częstości wypróżnień, oraz ilości, konsystencji, kształtu stolca,
 - badanie fizykalne brzucha w kierunku występowania twardych mas kałowych i wzdęcia brzucha, osłuchiwanie perystaltyki jelit,
 - zastosowanie diety bogatej w błonnik pod warunkiem możliwości zwiększenia podaży płynów do 2-2,5 l/dobę,
 - stosowanie doustnych środków przeczyszczających na zlecenie lekarza,
- częsta zmiana pozycji ułożeniowej,
- udział w profilaktyce powikłań zakrzepowo-zatorowych:
 - podawanie heparyny drobno cząsteczkowej s.c. zgodnie z kartą zleceń,
 - prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej,
 - okresowe stosowanie elewacji kończyn dolnych,

- w miarę możliwości angażowanie rodziny do czynności opiekuńczych, uczenie rodziny wykonywania tych czynności,
- edukowanie pacjenta i jego rodziny w zakresie stosowania sprzętu pomocniczego (udogodnienia stabilizujące pozycje ułożeniowe, łatwości zgi, kubek z ustnikiem).

Uzasadnienie: Oszacowanie wydolności samoobsługowej pozwoli na dobór właściwego systemu pielęgnowania. Nie jest wskazane wykonywanie działań za pacjenta, gdy nie jest to konieczne. Spożywania posiłków nie należy zakłócać np. podawaniem leków. Higiena ciała oraz czystość otoczenia przyczynią się do poprawy komfortu pacjentki oraz podniesienia poczucia własnej wartości. Utrzymanie czystości skóry zapobiega też powstawaniu zmian skórnych i odparzeń. Pacjenci z SLA są szczególnie narażeni na występowanie zaparć, konieczne jest zatem zapobieganie ich występowaniu. Częsta zmiana pozycji ułożeniowej oraz ruch nie tylko zapobiegają powstawaniu odleżyn i przykurczy, lecz także przyspieszają perystaltykę jelit i poprawiają komfort pacjentki (Adamczyk i in., 2018; Gawor, Radzik, 2021). Zwiększone ryzyko występowania zakrzepicy żył głębokich u chorych na SLA jest związane z unieruchomieniem oraz upośledzeniem funkcji oddechowej. Fizykoterapia oraz unoszenie kończyn stanowią podstawowe działania profilaktyczne ZZG. Najbliższa rodzina jest najważniejszym źródłem wsparcia dla pacjenta z SLA, i jest członkiem zespołu opieki. Wyjaśnienie im sposobu wykonywania czynności pielęgnacyjnych oraz nauczenie korzystania ze sprzętu pomocniczego złagodzi lęk i stres oraz przyczyni się do efektywnej współpracy z zespołem pielęgniarskim (Andersen i in., 2012).

Diagnoza pielęgniarska 4: Utrudnione połykanie z powodu osłabienia mięśni gardła i przełyku z przyczyn chorobowych SLA.

Cel opieki: ułatwienie spożywania posiłków, zapobieganie powikłaniom dysfagii.

Interwencje pielęgniarskie:

- regularna ocena zdolności połykania np. za pomocą skali EAT-10,
- monitorowanie stanu odżywienia:
 - regularny pomiar masy ciała i dokumentowanie wyników,
 - pobranie krwi do badań laboratoryjnych na zlecenie lekarza (poziom albumin),
- dodawanie do płynów preparatów zagęszczających,
- zapewnienie bezpiecznej pozycji podczas karmienia: siedząca lub półsiedząca, z głową lekko pochyloną w stronę klatki piersiowej,
- pomoc w spożywaniu posiłków zgodnie z zasadami bezpiecznego karmienia:

- dostosowanie tempa karmienia do możliwości pacjentki,
- podawanie posiłków częściej, ale o mniejszej objętości,
- dbanie o odpowiednią temperaturę posiłków,
- obserwacja zmęczenia oraz objawów wskazujących na aspirację,
- regularne wykonywanie toalety jamy ustnej, szczególnie po zakończeniu posiłku,
- omówienie z pacjentką zastosowania alternatywnej drogi żywienia (sonda, PEG).

Uzasadnienie: Obserwacja stanu odżywienia oraz dynamiki zaburzeń połykania jest konieczne, by zapobiec niedożywieniu. W rozpoznaniu niedożywienia mogą być pomocne wyniki badań biochemicznych (D'Amico i in., 2021). Dostosowanie konsystencji przyjmowanych płynów do możliwości pacjentki, a także bezpieczna pozycja oraz stosowanie zasad bezpiecznego karmienia ułatwia połykanie, minimalizuje ryzyko zakrztuszenia i aspiracji treści pokarmowej do dróg oddechowych. Do bezpiecznych technik połykania należą m.in: przetykanie z brodą przygiętą do mostka, połykanie nadgłośniowe, manewr Mendelzona. Utrzymanie higieny jamy ustnej zapobiega pozostawaniu w jamie ustnej resztek pokarmowych, które mogłyby prowadzić do zachłyśnięcia się chorej i zachłystowego zapalenia płuc. Gdy zmniejsza się objętość przyjmowanych posiłków, do diety włącza się doustne preparaty odżywcze. Należy wtedy rozważyć również zmianę drogi podaży diety (Andersen i in., 2012; Kłęk i in., 2017). Wcześniejsze omówienie alternatywnych metod żywienia pozwoli pacjentce podjąć przemyślaną decyzję (Adamczyk i in., 2018).

Diagnoza pielęgniarska 5: Przewlekły ból mięśniowo-szkieletowy spowodowany unieruchomieniem oraz skurczami mięśni szkieletowych w przebiegu choroby SLA (6 pkt w skali NRS).

Cel opieki: Zmniejszenie bólu, łagodzenie skurczów mięśniowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- monitorowanie bólu (lokalizacji, natężenia i charakteru), dokumentowanie obserwacji,
- ocena stanu psychicznego, współpraca z psychologiem,
- redukcja kurczów mięśni:
 - stosowanie okładów rozgrzewających na kończyny,
 - prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej,
 - farmakoterapia, zgodnie ze zleceniem lekarza,
- stosowanie nefarmakologicznych metod zmniejszających natężenie bólu:
 - współudział w rehabilitacji,

- łagodzenie lęku, niepewności, poczucia osamotnienia, zapewnienie warunków do snu i wypoczynku,
- podawanie leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich,
- przekazywanie informacji zespołowi terapeutycznemu.

Uzasadnienie: Ocena bólu, prowadzona minimum 3 x na dobę, pozwala na śledzenie dynamiki bólu, odpowiedni dobór metod jego zwalczania oraz ocenę skuteczności postępowania analgetycznego. Bólowi przewlekłemu często towarzyszy cierpienie psychiczne, wpływając na obniżenie progu bólu. Metody nefarmakologiczne podnoszą próg bólu. Złagodzenie skurczów mięśni przyczyni się do zmniejszenia odczuwania bólu (Adamczyk i in., 2018). W farmakoterapii skurczów można stosować karbamazepinę, diazepam, gabapentynę (Andersen i in., 2012). Strategia leczenia bólu w SLA opiera się na koncepcji drabiny analgetycznej WHO (Dorst, Ludolph, Huebers, 2018). Współpraca między członkami zespołu terapeutycznego jest warunkiem koniecznym do zapewnienia pacjentce holistycznej opieki i wpływa na podniesienie jakości opieki (Hogden, Foley, Henderson, James, Aoun, 2017).

Diagnoza pielęgniarska 6: Odleżyna III stopnia w okolicy kości krzyżowej spowodowana unieruchomieniem i zmianami w przebiegu choroby SLA.

Cel opieki: Wygojenie rany, zapobieganie powstawaniu nowych odleżyn.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena miejscowa rany odleżynowej,
- postępowanie z raną odleżynową wg strategii TIME:
 - T – oczyszczenie rany (mechaniczne, przemywanie roztworem 0,9%NaCl),
 - I – zastosowanie środka antyseptycznego (np. Octenisept),
 - M – zastosowanie opatrunku utrzymującego wilgotne środowisko w ranie,
 - E – zastosowanie środka pielęgnacyjnego na skórę otaczającą ranę (np. Octenicare),
- ocena ryzyka rozwoju odleżyn wg skali Douglas,
- ocena aktualnego stanu skóry ze szczególnym uwzględnieniem miejsc ryzyka,
- pielęgnacja skóry, zastosowanie specjalistycznych preparatów wzmacniających jej integralność,
- zastosowanie opatrunków specjalistycznych w miejscach największego ucisku,

- regularna zmiana pozycji ułożeniowej oraz stosowanie materaca zmiennociśnieniowego,
- podaż leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Uzasadnienie: Aktualnie leczenie ran jest oparte na modelu wilgotnej terapii oraz strategii TIME. Opatrunek dobiera się zależnie od stanu rany, zawsze musi być jałowy. Ochrona skóry jest konieczna w przypadku zastosowania opatrunku nieprzylepnego oraz dużego wysięku (Kucharzewski i in., 2020). Ocena stanu skóry pozwala zauważyć początkowe stadia rozwoju odleżyny. Blednące pod palcem zaczerwienienie, zwłaszcza w okolicy wyniosłości kostnych, świadczy o nadmiernym ucisku. Zaleca się stosowanie w tych miejscach opatrunków specjalistycznych, które mogą zmniejszyć częstość uszkodzenia tkanek nawet o 88%. Środki barierowe mają działanie nawilżające i ochronne, poprawiają elastyczność i jędrność skóry. Częsta zmian pozycji ciała oraz stosowanie systemów odciążeniowych zmniejsza ryzyko zaburzeń perfuzji i potencjalnych uszkodzeń skóry (Szewczyk i in., 2020).

Diagnoza pielęgniarska 7: Obniżone poczucie sensu życia pacjentki z powodu niepomyślnego rokowania choroby.

Cel opieki: Wzmocnienie poczucia sensu życia.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena czynników mogących wpływać na obniżenie sensu życia, a także sytuacji zdrowotnej i psychospołecznej pacjentki,
- okazywanie pacjentce empatii i troski,
- zachęcanie do nawiązywania kontaktu z rodziną oraz innymi ludźmi,
- zachęcanie chorej do udziału w planowaniu opieki zgodnej z jej hierarchią potrzeb,
- mobilizowanie pacjentki do udziału w rehabilitacji,
- promowanie nadziei i poczucia własnej wartości, pomoc w znalezieniu sensu życia.

Uzasadnienie: Bieżąca ocena stanu pacjentki stanowi podstawę wdrożenia odpowiednich działań przez pielęgniarkę (Bodys-Cupak, Ziarko, 2021). Komunikacja oparta na empatii przyczynia się do lepszego zrozumienia podopiecznej, głębszego poznania przyczyn objawów oraz kompleksowej oceny stanu pacjentki. Poprzez zachowanie empatyczne można doprowadzić do umocnienia pozytywnych emocji oraz zwiększenia poczucia własnej wartości (Zarzycka i in., 2016). Pacjentka jako kluczowa interesariuszka opieki pielęgniarskiej i jednocześnie członek zespołu opieki uczestniczy w formułowaniu planu opieki, co przyczynia się do wzrostu motywacji pacjentki do udziału w procesie terapeutycznym (Kaptacz I., Kaptacz A.,

2016). Otwartość oraz gotowość do rozmowy z pacjentką na tematy egzystencjalne, w tym poszukiwanie sensu życia, przyczyniają się do poprawy jakości życia oraz zmniejszenia cierpienia psychicznego pacjentki (Czyżowska, 2016).

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko wystąpienia powikłań związanych z wentylacją mechaniczną spowodowane koniecznością długotrwałego jej prowadzenia.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka, wczesne wykrycie objawów powikłań.

Interwencje pielęgniarskie:

- postępowanie zgodnie z ogólnymi zasadami profilaktyki zakażeń, higiena rąk,
- kompleksowa pielęgnacja jamy ustnej,
- stosowanie elementów fizjoterapii klatki piersiowej,
- wykonanie toalety drzewa oskrzelowego według wskazań,
- wymiana filtrów oddechowych, wymienników ciepła i wilgoci oraz układu oddechowego respiratora według potrzeby,
- monitorowanie stabilności układu krążenia (tętno, CTK),
- kontrolowanie zgodności zleconych przez lekarza i realizowanych przez respirator parametrów oddechowych (szczególnie VT i PEEP).

Uzasadnienie: Nieprzestrzeganie zasad właściwej higieny rąk jest uważane za główną przyczynę rozwoju zakażeń związanych ze świadczeniem opieki zdrowotnej (Gniadek, 2017). Toaleta jamy ustnej umożliwia skuteczne usunięcie biofilmu tworzącego się na zębach, redukując ryzyko infekcji dolnych dróg oddechowych (Wojnar-Gruszka, 2018b). Kinezyterapia klatki piersiowej ułatwia ewakuację wydzieliny, przyczyniając się do zminimalizowania ryzyka VAP, a także zapobiega niedodmie (Gutysz-Wojnicka, Doboszyńska, 2018). Nie jest zalecana rutynowa wymiana rur i filtrów respiratora. Należy je zmienić w przypadku ich uszkodzenia lub zabrudzenia (Hryniewicz i in., 2013). Stosowanie PEEP podczas wentylacji mechanicznej może zmniejszać rzut serca oraz prowadzić do upośledzenia perfuzji narządowej. Z kolei zbyt duża objętość oddechowca może prowadzić do wolutraumy, a zbyt niskie PEEP przyczynia się do powstawania niedodmy (Wojnar-Gruszka, 2018a).

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Poprzez przedstawienie istoty choroby jaką jest stwardnienie zanikowe boczne oraz charakterystykę problemów z jakimi spotyka się chora wentylowana mechanicznie, sformułowano plan opieki pielęgniarskiej. Podczas jego tworzenia uwzględniono funkcjonowanie pacjentki w sferze biologicznej, psychiczno-duchowej i społecznej, które stanowią integralną całość. Najważniejszym problemem jest u chorej postępujące osłabienie mięśni, z którego wynika szereg problemów takich jak niewydolność oddechowa, dysfagia, przewlekły ból, unieruchomienie oraz deficyt samoopieki. Całkowite uzależnienie od innych w zakresie samoopieki prowadzi u chorej do obniżenia nastroju i zmniejszenia poczucia sensu życia, chora narażona jest na wystąpienie zaburzeń depresyjnych.

Z uwagi na nieuleczalny i postępujący charakter choroby wszystkie działania podejmowane przez pielęgniarkę w ramach opieki nad chorym z SLA mają na celu łagodzenie odczuwanego dyskomfortu i utrzymanie możliwie jak najwyższej jakości życia pacjenta. Z kolei w celu zapewnienia profesjonalnej opieki konieczne jest śledzenie przez pielęgniarkę bieżących doniesień naukowych w obszarze terapii przyczynowej i objawowej SLA i stosowanie ich w praktyce.

Zasadniczą cechą opieki nad chorym z SLA jest holistyczne ujęcie potrzeb pacjenta i jego najbliższych, a także postępowanie objawowe, które biorąc pod uwagę cały szereg problemów somatycznych oraz psychospołecznych wynikających z choroby, powinno opierać się na pracy multidyscyplinarnego zespołu. Ważnym członkiem tego zespołu jest pielęgniarka, ponieważ pozostaje ona w codziennym kontakcie z człowiekiem chorym. To od jej kompetencji i doświadczenia w dużej mierze zależeć będzie kierunek podejmowanych przez cały zespół działań.

PIŚMIENNICTWO

- Adamczyk, A., Kwiatkowska, M., Filipczak-Bryniarska, I. (2018). Polish Association for Palliative Medicine stand on qualification for palliative care and management of patients with amyotrophic lateral sclerosis and multiple sclerosis. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*, 10(3), s. 115-130. DOI: 10.5114/pm.2018.79834.
- Andersen, P.M., Abrahams, S., Borasio, G. D., de Carvalho, M., Chio, A., Van Damme, P., Hardiman, O., Kollewe, K., Morrison, K.E., Petri, S., Pradat, P.-F., Silani, V., Tomik, B., Wansner, M., Weber, M. (2012). EFNS guidelines on the Clinical Management of Amyotrophic Lateral Sclerosis (MALS) – revised report of an EFNS task force. *European Journal of Neurology*, 19(3), s. 360-375. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2011.03501.x.

- Bodys-Cupak, I., Ziarko, E. (2021). Obniżone poczucie sensu życia. W: L. Płaszewska-Żywko, M. Kózka (red.), *Diagnozy i interwencje w praktyce pielęgniarstwie*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 508-512.
- Czyżowska, N. (2016). Problematyka sensu życia u jego kresu. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 10(2), s. 54-58.
- D'Amico, E., Grosso, G., Nieves, J. W., Zanghi, A., Factor-Litvak, P., Mitsumoto H. (2021). Metabolic abnormalities, dietary risk factors and nutritional management in amyotrophic lateral sclerosis. *Nutrients*, 13(7), 2273. DOI: 10.3390/nu13072273.
- Dorst, J., Ludolph A.C., Huebers, A. Disease-modifying and symptomatic treatment of amyotrophic lateral sclerosis. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders* 11, 1756285617734734. DOI:10.1177/1756285617734734.
- Gawor, A., Radzik, T. (2021). Deficyty w zakresie czynności samoobsługowych. W: L. Płaszewska-Żywko, M. Kózka (red.), *Diagnozy i interwencje w praktyce pielęgniarstwie*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 351-363.
- Gniadek, A. (2017). Postępowanie higieniczne. W: B., Ślusarska, D., Zarzycka, A., Majda (red.), *Podstawy pielęgniarstwa*. T. 2. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 105-125.
- Gutysz-Wojnicka, A. (2014). Pielęgnowanie pacjenta z ostrą niewydolnością oddechową. W: L. Wołowicka, D. Dyk (red.), *Anestezjologia i intensywne opieki*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 485-497.
- Gutysz-Wojnicka, A., Doboszyńska, A. (2018). Opieka nad chorym w stanie zagrożenia życia spowodowanym ostrą niewydolnością układu oddechowego. W: D. Dyk, A. Gutysz-Wojnicka (red.), *Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 486-521.
- Hogden, A., Foley, G., Henderson, R.D., James, N., Aoun, S.M. (2017). Amyotrophic lateral sclerosis: Improving care with a multidisciplinary approach. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, s. 205-215. DOI: 10.2147/JMDH.S134992.
- Hryniewicz, W., Kusza, K., Ozorowski, T., Misiewska-Kaczur, A., Fleischer, M., Trejnowska, E., Deptuła, A. (2013). *Strategia zapobiegania lekooporności w oddziałach intensywnej terapii. Rekomendacje profilaktyki zakażeń w oddziałach intensywnej terapii*. Warszawa: Narodowy Instytut Leków, s. 80-100.
- Hżecka, J. (2014). Stwardnienie zanikowe boczne. W: W., Kozubski, P., Liberski (red.), *Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 327-331.
- Kaptacz, I., Kaptacz, A. (2016). Wprowadzenie do opieki paliatywnej. W: K. de Walden-Gałuszko, A. Kaptacz (red.), *Pielęgniarstwo opieki paliatywnej*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 1-18.
- Kłęk, S., Błażejewska-Hyżorek, B., Czernuszenko, A., Członkowska, A., Gajewska, D., Karbowniczek, A., Kimber-Dziwisz, L., Ryglewicz, D., Sarzyńska-Długosz, I., Sienkiewicz-Jarosz, H., Sobów, T., Sławek, J. (2017). Leczenie żywieniowe w neurologii—Sta-

- nowisko interdyscyplinarnej grupy ekspertów. Cz. I. Zasady ustalania wskazań do leczenia żywieniowego. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 13(3), s. 106-119.
- Kucharzewski, M., Szkiller, E., Krasowski, G., Bartoszewicz, M., Banasiewicz, T., Chrapusta, A., Konrady, Z., Mirosz, A., Aziewicz-Gabis, B., Sieroń, A., Oszkinis, G., Strojek, K., Rybak, Z. (2020). Algorytmy i wytyczne postępowania terapeutycznego w ranach trudno gojących się. *Forum Leczenia Ran*, 1(3), s. 95-116. DOI: 10.15374/FLR2020020.
- Łukasik, M. (2015). Opieka paliatywna w chorobach neurologicznych. W: K. de Walden-Gałuszko, A. Ciałkowska-Rysz (red.), *Medycyna paliatywna*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 253-266.
- Michalak, S., Ślusarz, R. (2019). Choroba neuronu ruchowego. Stwardnienie zanikowe boczne. W: K. Jaracz, I. Domitrz (red.), *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 250-255.
- Szewczyk, M.T., Kózka, M., Cierzniałowska, K., Cwajda-Białasik, J., Mościcka, P., Jawień, A., Sopata, M., Bazaliński, D., Spannauer, A., Kozłowska, E., Popow, A., Ślusarz, R., Jabłońska, R., Przybek-Mita, J., Sierżantowicz, R., Mrozikiewicz-Rakowska, B., Polak, A., Kuberka, I., Jakubowska, U., Samson, I. (2020). Profilaktyka odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Cz. I. *Leczenie Ran*, 17(3), s. 113-146. DOI:10.5114/lr.2020.101506.
- Wojnar-Gruszka, K. (2018a). Mechaniczna wentylacja płuc. W: D. Dyk, A. Gutysz-Wojnicka A. (red.), *Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 115-135.
- Wojnar-Gruszka, K. (2018b). Toaleta dróg oddechowych. W: D. Dyk, A. Gutysz-Wojnicka (red.), *Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki* (s. 135–142). PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Wojnar-Gruszka, K. (2021). Nieefektywne oczyszczanie dróg oddechowych. W: L. Płaszewska-Żywko, M. Kózka (red.), *Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 135-142.
- Zarzycka, D., Ślusarska, B., Dobrowolska, B., Deluga, A., Trojanowska, A., Bartoń, E. (2016). Empatia w pielęgniarstwie. Założenia, praktyka i jej empiryczne uwarunkowania. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 15(3), s. 33-38. DOI: 10.1515/pielxxiw-2016-0026.

Przygotowanie pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc do udziału w tlenoterapii

Patrycja Mazurek¹, Beata Kropornicka²

1. Studentka Studiów Doktoranckich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstw Zachowawczych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp. W leczeniu przewlekłej niewydolności oddechowej, najczęściej rozwijającej się w przebiegu POChP, stosuje się tlenoterapię w warunkach domowych. Stąd w centrum zainteresowania personelu medycznego powinno być bezpieczeństwo i efektywność domowego leczenia tlenem (DLT).

Cel pracy. Celem pracy była ocena przygotowania pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc do domowego leczenia tlenem.

Materiał i metoda. Badaniami w latach 2020–2021 objęto 31 chorych na POChP. Średni wiek badanych wynosił 74,9. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędziem autorski kwestionariusz ankiety. Badania miały charakter pilotażowy.

Wyniki. Pozytywnej samooceny swojej wiedzy na temat DLT dokonało 96,8% chorych. Wocenie obiektywnej bliskopółowa – 48,49% badanych nie uzyskała satysfakcjonujących wyników. Mocną stroną badanych było przygotowanie do bezpiecznego stosowania tlenu i wiedza na temat wykonywania badań kontrolnych w trakcie DLT. Pacjenci wymagali edukacji na temat istoty i ogólnych zasad stosowania leczenia tlenem, obsługi koncentratora tlenu i sprzętu związanego z koncentratorem. Cechy socjodemograficzne, czas trwania domowego leczenia chorych, czy deklarowane zainteresowanie poszerzaniem wiedzy na temat tlenoterapii nie miały związku z poziomem wiedzy pacjentów.

Wnioski. Zwiększenie skuteczności leczenia wymaga dokonywania obiektywnej, regularnej oceny i poszerzania wiedzy pacjentów stosujących DLT oraz zwiększenia zaangażowania w edukację ich rodzin i opiekunów.

Słowa kluczowe: przewlekła obturacyjna choroba płuc, tlenoterapia, edukacja

WSTĘP

Przewlekła niewydolność oddechowa (PNO) jest nie w pełni odwracalnym stanem klinicznym, w trakcie którego dochodzi do zaburzenia czynności układu oddechowego, czego konsekwencją jest upośledzona wymiana gazowa w płucach (Koehler i in., 2014). Za główną przyczynę powstawania PNO uznaje się Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc (POChP) (Cofta, 2013). Według Raportu GOLD z 2023 roku POChP jest zróżnicowaną chorobą płuc, charakteryzującą się objawami przewlekłymi ze strony układu oddechowego, takimi jak: duszność czy kaszel. Przyczynami POChP są nieprawidłowości dróg oddechowych i/lub pęcherzyków płucnych, powodujące niedrożność dróg oddechowych (Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease).

Leczenie opiera się na zastosowaniu środków farmakologicznych, niefarmakologicznych i inwazyjnych. Leczenie farmakologiczne polega na leczeniu jednostki chorobowej wywołującej PNO oraz jej objawów – są to zazwyczaj leki zmniejszające obturację oskrzeli i ułatwiające odkrztuszanie zalegającej wydzieliny w drogach oddechowych (Rysiak, Osińska, Kazberuk, 2017; Savani, Patil, Tariq, Mador, 2020). W przypadku stosowania leczenia niefarmakologicznego kluczową rolę odgrywa tlenoterapia, w tym domowe leczenie tlenem (DLT). Domowym leczeniem tlenem są obejmowane osoby w stabilnym okresie przewlekłej niewydolności oddechowej, spowodowanej przewlekłą chorobą płuc, niebędącą chorobą nowotworową. Aby leczenie tlenem było skuteczne, chory powinien wdychać mieszaninę gazów z podwyższoną zawartością tlenu przez co najmniej 15 godzin w ciągu doby (From, Lewandowski, Pacholska-Pytlakowska, 2011; Furlanetto, Pitta, 2017; Jacobs, i in., 2018; Lacasse, Tan, Maltais, Krishnan, 2018). Głównym źródłem tlenu w przewlekłej tlenoterapii domowej w Polsce jest koncentrator tlenu (From, Lewandowski, Pacholska-Pytlakowska, 2011). Zasadniczą kwestią w leczeniu pacjentów jest ich edukacja w zakresie użytkowania koncentratora tlenu i leczenia. Wysoki poziom wiedzy pacjentów wpływa na skuteczność leczenia przewlekłej niewydolności oddechowej oraz bezpieczeństwo użytkowania sprzętu do tlenoterapii (Jacobs, i in., 2018). Niewielka liczba przeprowadzonych jak dotąd badań, nie pozwala ocenić przygotowania pacjentów do DLT, co za tym idzie, nie można w sposób dokładny określić skuteczności przeprowadzanych działań edukacyjnych.

CEL PRACY

Określenie poziomu wiedzy pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) na temat domowego leczenia tlenem.

MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego. Natomiast narzędziem wykorzystanym w pracy był autorski kwestionariusz ankiety. Badanie było dobrowolne oraz anonimowe. Respondenci mogli przerwać badanie w każdej chwili bez konsekwencji. Ankieta składa się z dwóch części: metryczki oraz testu wiedzy, zawierającego 30 zadań testowych z następujących obszarów wiedzy: wiedza na temat istoty (3 pytania) i ogólnych zasad (6 pytań) stosowania domowego leczenia tlenem, przygotowanie do bezpiecznego stosowania tlenu (3 pytania), wiedza na temat czynników wpływających na skuteczność DLT (3 pytania), znajomość efektów tlenoterapii (2 pytania), wskazań i przeciwwskazań do stosowania DLT (2 pytania), przygotowanie do obsługi koncentratora tlenu i sprzętu związanego z koncentratorem (8 pytań) oraz znajomość badań kontrolnych wykonywanych w trakcie DLT (3 pytania).

Za każdą prawidłową odpowiedź badany uzyskiwał 1 punkt. Możliwe wyniki mieściły się w zakresie 0–30. Przyjęto progi punktowe dla ocen wyrażonych w stopniach:

28–30 – bardzo dobry

24–27 – dobry

19–23 – dostateczny

0–18 – niedostateczny.

Badania ankietowe zostały przeprowadzane w okresie od listopada 2020 roku do marca 2021 roku. Część materiału badawczego została pozyskana za pomocą przeprowadzonych ankiet internetowych, jednak przeważająca większość w postaci ankiety telefonicznej. Pacjenci wyrazili zgodę na udostępnienie swojego numeru telefonu, w celu wzięcia udziału w badaniu podczas wizyty domowej pielęgniarki, sprawującej nad nimi opiekę z ramienia poradni domowego leczenia tlenem. Grupę badanych za pomocą ankiety telefonicznej stanowiło 25 osób zamieszkujących w Lublinie lub jego okolicach. Grupa respondentów badanych za pomocą ankiet internetowych obejmowała sześć osób.

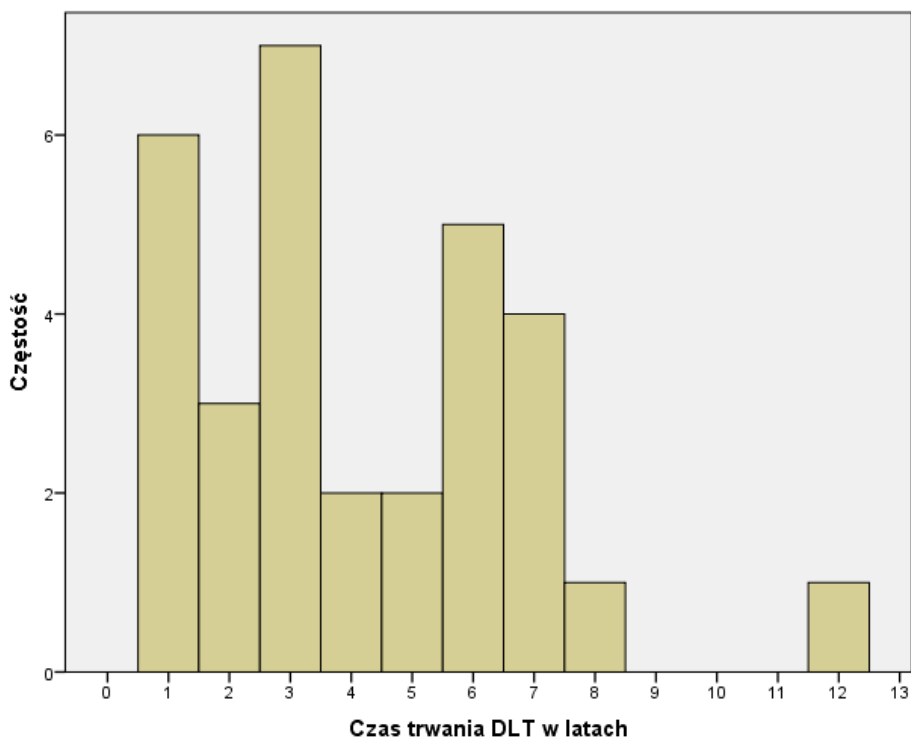
Do badań zakwalifikowano osoby powyżej 18. roku życia, ze zdiagnozowaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, w okresie ustabilizowanej przewlekłej niewydolności oddechowej, u których czas od rozpoczęcia domowego leczenia tlenem wynosił minimum 6 miesięcy. Respondenci używali jako źródła tlenu koncentratora tlenu i byli samodzielni w zakresie jego obsługi. Do badań włączono osoby komunikatywne, z zachowaną logicznością wypowiedzi oraz z możliwymi chorobami współistniejącymi. W celu przeprowadzenia statystycznych analiz zastosowano pakiet statystyczny SPSS Statistics w wersji 25. Za statystycznie istotny przyjęto poziom $p < 0,05$.

WYNIKI

W badaniach wzięło udział 31 osób leczonych w domu terapią tlenową. Niecałą połowę z nich stanowili mężczyźni (45,2%), ponad połowę zaś kobiety (54,8%). Wszyscy w momencie wypełniania ankiety przebywali w domu, 77,4% wypełniało ją przez telefon wraz z ankieterem, natomiast 22,6% przez Internet.

Średni wiek badanych wynosił 74,94 lata z odchyleniem standardowym 7,61. Połowa badanych była w wieku 75 lat lub powyżej ($Me = 75$). Najmłodszy badany miał 55, a najstarszy 89 lat. Największa grupa respondentów posiadała wykształcenie zawodowe (41,94%). Wykształcenie średnie deklarowało 29,03% ankietowanych, wyższe 19,35%. Podstawowe wykształcenie posiadało 9,68% respondentów. Większość badanych zamieszkiwała w mieście (74,19%). Ze wsi pochodziło 25,81% ankietowanych. Blisko połowa respondentów pozostawała w związku małżeńskim, druga połowa była owdowiała. Badani w większości mieszkali z rodziną i pozostawali na emeryturze. Średni czas trwania terapii w grupie badanych wynosił 4,16 lat z odchyleniem standardowym 2,65. Najkrócej leczona osoba stosowała terapię od roku, najdłużej zaś leczona od 12 lat. Czas trwania domowego leczenia tlenem u badanych przedstawiono na Rycinie 1.

W grupie pacjentów jedna osoba paliła tytoń. Większość respondentów korzystała z poradni DLT raz na kwartał i w takim też odstępie miała wykonywane badania lekarskie, oraz była odwiedzana w domu przez pielęgniarkę. Badani opisywali w znacznej większości, że w skład wizyty pielęgniarki wchodzi ogólna ocena stanu pacjenta (100%), pomiar saturacji krwi pulsoksymetrem (100%), ocena stężenia produkowanego tlenu przez aparaturę (93,5%), sprawdzenie przestrzegania zaleconego czasu trwania tlenoterapii w czasie doby (93,5%). Grupa 61,3% badanych potwierdziła, że pielęgniarka sprawdza podczas wizyty ich wiedzę z zakresu domowego leczenia tlenem.



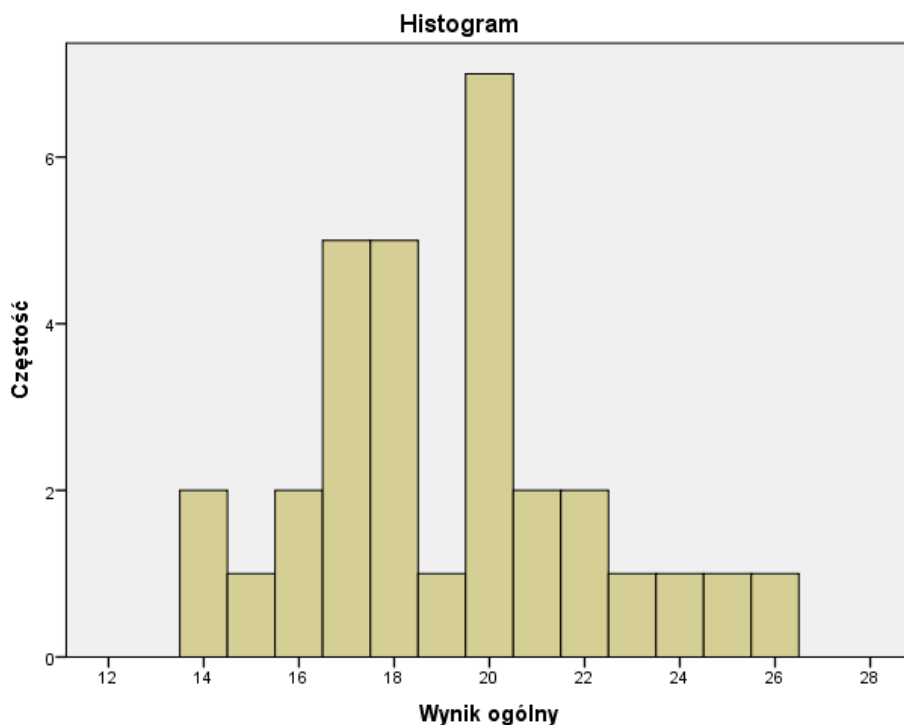
Rycina 1. Długość trwania DLT w latach

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Większość badanych swój stan wiedzy oceniała jako dobry (71,0%). Zadowolający deklarowało 25,8% respondentów, zaś zły tylko 3,2%.

Do najczęściej wskazywanych przez respondentów źródeł ich wiedzy na temat DLT należał personel medyczny (45,2%), następnie poradnia domowego leczenia tlenem (25,8%), Internet (22,6%), a na końcu ulotki (6,4%). Badani najczęściej chcieli pogłębić swoją wiedzę z zakresu aparatury medycznej potrzebnej do DLT (35,5%), następnie ważna była dla 16,1% badanych znajomość istoty domowego leczenia tlenem, mniejsza grupa osób chciała zgłębić zasady domowego leczenia tlenem (12,9%) i czynniki wpływające na skuteczność DLT (12,9%), 9,7% ankietowanych chciało głębiej poznać wskazania i przeciwwskazania do stosowania domowego leczenia tlenem. Inne zakresy wiedzy chcieli zgłębić 5% badanych.

Przeciętny wynik uzyskany przez ankietowanych wynosił 19,13 (95% PU(18,03, 20,22)) punkty na 30 możliwych z odchyleniem standardowym 2,99. Przeciętnie badani osiągnęli wynik pomiędzy poziomem dostatecznym a niedostatecznym. Najniższy wynik pojedynczego chorego wynosił 14 punktów, a najwyższy 26. Rozkład wyników ogólnych uzyskanych przez ankietowanych przedstawiono na Rycinie 2.



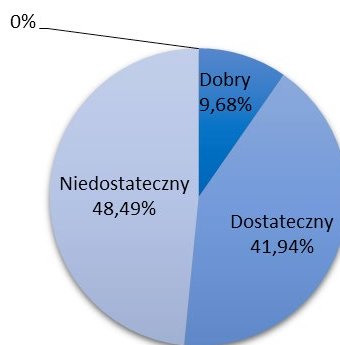
Rycina 2. Rozkład wyników ogólnych uzyskanych przez badanych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Żaden ankietowany nie osiągnął wyników bardzo dobrych. Wyniki dobre osiągnęło 9,68% (95% PU(0,00%, 22,58%)) badanych, dostateczne 41,94% (95% PU(25,81%, 58,06%)), zaś niedostateczne aż 48,49% (95% PU(32,26%, 64,52%)). Liczbę badanych, która zdobyła poszczególne oceny w teście wiedzy przedstawiono na Rycinie 3.

Wiedza ankietowanych była sprawdzana w następujących obszarach: wiedza na temat istoty i ogólnych zasad stosowania domowego leczenia tlenem; przygotowanie do bezpiecznego stosowania tlenu; przygotowanie do obsługi koncentratora tlenu i sprzętu związanego z koncentratorem; znajomość badań kontrolnych wykonywanych w trakcie

Wyniki testu wiedzy



Rycina 3. Ogólne wyniki w teście wiedzy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

DLT. W celu wnioskowania o proporcji odpowiedzi prawidłowych i nieprawidłowych w badanej populacji posłużono się 95% przedziałami ufności.

W Tabeli I przedstawiono wyniki badanych podzielone na poszczególne obszary wiedzy. Interpretacja wyników – sumy dobrych odpowiedzi na pytania – była następująca: 90%–100% wynik bardzo dobry; 75%–89% wynik dobry; 60%–74% wynik dostateczny; 0%–59% wynik niedostateczny.

Tabela I. Wiedza badanych o DLT w analizowanych obszarach wiedzy

Obszar wiedzy	Kategoria	n (%)	Przedział ufności 95%	
			Dolna granica	Górna granica
Wiedza na temat istoty i ogólnych zasad stosowania domowego leczenia tlenem	Niedostateczny	23 (74,19)	59,03	89,35
	Dostateczny	4 (12,90)	1,29	24,52
	Dobry	4 (12,90)	1,29	24,52
Przygotowanie do bezpiecznego stosowania tlenu	Niedostateczny	1 (3,23)	0,00	9,35
	Dostateczny	24 (77,42)	62,93	91,91
	Dobry	6 (19,35)	5,67	33,04
Przygotowanie do obsługi koncentratora tlenu i sprzętu związanego z koncentratorem	Niedostateczny	20 (64,52)	47,94	81,09
	Dostateczny	6 (19,35)	5,67	33,04
	Dobry	5 (16,13)	3,39	28,87
Znajomość badań kontrolnych wykonywanych w trakcie domowego leczenia tlenem	Niedostateczny	1 (3,23)	0,0	9,35
	Dostateczny	10 (32,26)	16,06	48,45
	Dobry	8 (25,81)	10,65	40,97
	Bardzo dobry	12 (38,71)	21,83	55,59

n: liczba obserwacji %: wartość procentowa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

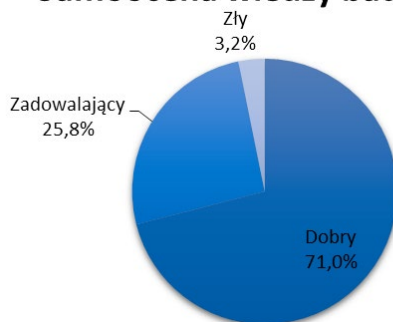
W skali znajomości efektów stosowania tlenoterapii wynik bardzo dobry uzyskało 38,71% respondentów. W pozostałych skalach żaden ankietowany nie osiągnął tego wyniku. Statystycznie istotna większość badanych posiada niedostateczną wiedzę z zakresu istotnych i ogólnych zasad stosowania domowego leczenia tlenem. Do bezpiecznego stosowania tlenu w warunkach domowych nie jest przygotowanych 3,23% ankietowanych. Istotnie statystycznie największa grupa chorych jest do niego przygotowana na co najmniej dostatecznym poziomie (96,77%; 95% PU(90,65%, 100%)). Aż 64,52% ankietowanych jest w niedostatecznym stopniu przygotowana do obsługi koncentratora tlenu oraz sprzętu związanego z koncentratorem. W stopniu co najmniej dostatecznym 96,77% badanych (95% PU(90,65%, 100%)) zna efekty stosowania tlenoterapii, natomiast w stopniu dobrym i bardzo dobrym zna je 64,52% badanych, co nie stanowi istotnej

statystycznie większości (95% PU(47,68%, 81,36%)).

Paradoksalnie większość badanych swój stan wiedzy oceniała jako dobry (71,0%). Zadowolający deklarowało 25,8% respondentów, zaś zły tylko 3,2%. Wyniki samooceny stanu swojej wiedzy wśród badanych przedstawiono na Rycinie 4.

Większość badanych była zainteresowana pogłębianiem wiedzy z zakresu DLT, nie wykazano jednak, aby jej poziom różnił się od poziomu wiedzy osób niezainteresowanych (Tabela II).

Samooceńa wiedzy badanych



Rycina 4. Rozkład procentowy samooceny wśród badanych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Tabela II. Chęć pogłębiania wiedzy o DLT a poziom wiedzy badanych o tej metodzie

Zmienna	Kategoria	N	M	SD	Wynik analizy
Chęć pogłębiania wiedzy o DLT	Tak	28	18,79	2,86	U = 27,00; p = 0,271
	Nie	3	22,33	2,52	

n – liczba obserwacji; M – Średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wynik testu; p – prawdopodobieństwo testowe

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Przeprowadzone analizy nie wykazały statystycznie istotnych zależności pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi a wynikiem w teście wiedzy o DLT. Szczegółowe wyniki przedstawiono w Tabeli III.

Tabela III. Wiedza o DLT a zmienne socjodemograficzne

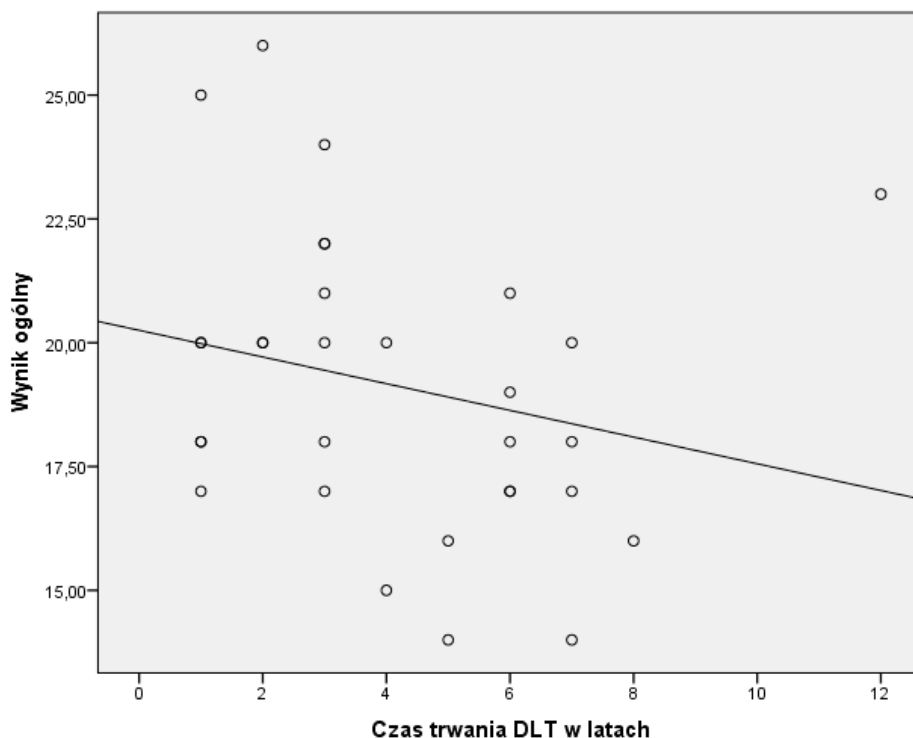
Zmienna	Kategoria	n	M	SD	Wynik analizy
Płeć	Kobieta	17	19,94	3,23	H = 2,201; p = 0,138
	Męczyzna	14	18,14	2,41	
Wykształcenie	Podstawowe	3	17,00	3,61	H = 4,078; p = 0,253
	Średnie	9	19,44	2,92	
	Zawodowe	13	18,62	3,01	
Miejsce zamieszkania	Miasto	23	18,78	2,68	H = 1,198; p = 0,274
	Wieś	8	20,13	3,76	
Stan cywilny	Mężatka, Żonaty	15	20,00	3,53	H = 1,633; p = 0,201
	Wdowa, Wdowiec	16	18,31	2,18	

Zamieszkiwanie	Sam	8	17,25	1,49	H = 5,817; p = 0,055
	Z rodziną	22	19,73	3,18	
	Z opiekunką/opiekunem	1	21,00	0,00	
Sytuacja zawodowa	Rencistka / Rencista	2	21,00	4,24	H = 0,660; p = 0,417
	Emerytka / Emeryt	29	19,00	2,94	

n – liczba obserwacji; M – Średnia; SD – odchylenie standardowe; H – wynik testu;
p – prawdopodobieństwo testowe

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnych statystycznie zależności pomiędzy wynikiem ogólnym poziomu wiedzy a czasem trwania domowego leczenia tlenem. W celu weryfikacji zależności zastosowano współczynnik korelacji rangowej rho Spearmana. Graficznie zależności zobrazowano na Rycinie 5.



Rycina 5. Wiedza o DLT a czas leczenia tą metodą

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Przeprowadzone badania nie wykazały istotnych statystycznie zależności pomiędzy wiedzą o domowym leczeniu tlenem a częstością wizyt pielęgniarki u badanych. Wyniki w teście wiedzy o DLT a częstość wizyty pielęgniarki przedstawiono w Tabeli IV.

Tabela IV. Wynik w teście wiedzy o DLT a częstość wizyty pielęgniarki

Zmienna	Kategoria	N	M	SD	Wynik analizy
Jak często odwiedza Panią/ Pana w domu pielęgniarka?	Częściej niż raz na miesiąc	2	19,00	2,83	H = 1,620; p = 0,655
	Raz na miesiąc	2	21,00	4,24	
	Raz na 2 miesiące	3	17,67	2,08	
	Raz na kwartał	24	19,17	3,09	

n – liczba obserwacji; M – Średnia; SD – odchylenie standardowe; H – wynik testu;

p – prawdopodobieństwo testowe; df – stopnie swobody

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

DYSKUSJA

Domowe leczenie tlenem jest stosunkowo nowym sposobem leczenia w Polsce i na świecie. W celu zapewnienia jak najskuteczniejszego efektu leczenia, pacjenci korzystający z DLT powinni być odpowiednio wyedukowani. Celem edukacji pacjentów poddawanych DLT jest jak najlepsze wykorzystanie owej metody leczenia, w celu zwiększenia jakości życia chorych oraz poprawy ich stanu zdrowia. Aby stosowanie koncentratora tlenu – podstawowego źródła tlenu w Polsce – było jak najbezpieczniejsze oraz jak najefektywniejsze, pacjent powinien posiadać odpowiedni zasób wiedzy. Edukacją chorych zajmuje się w głównie personel medyczny opiekujący się pacjentem. W celu samokształcenia pacjenci wykorzystują takie źródła jak: Internet, ulotki.

Porównując badania przeprowadzane u chorych stosujących tlenoterapię przewlekłą w innych krajach, zauważa się przewagę korzystania z innych źródeł tlenu, takich jak tlen ciekły. Badania przeprowadzone we Włoszech wskazują, że jedynie 6% z 1504 badanych używa koncentratora tlenu (Neri i in., 2006). W Polsce używanie ciekłego tlenu, mimo jego wysokiej efektywności, jest rzadkością ze względu na generowane wysokie koszty.

W Polsce brak jest powszechnie prowadzonych badań weryfikujących wiedzę pacjentów stosujących DLT. Powyższe badania są więc badaniami oryginalnymi. Autorskiej ankiecie poddano 31 osób. Większość z nich wypełniała ankiety w postaci anonimowej rozmowy telefonicznej. Zauważono,

że chorzy mieli trudności z odpowiadaniem na pytania, mimo że wystarczyło określić zdania występujące w ankiecie jako prawdziwe, fałszywe, bądź zaznaczyć swoją niewiedzę. Duża część pacjentów obawiała się udzielania jednoznacznej odpowiedzi, odpowiadała chaotycznie.

Z przeprowadzonych badań jasno wynika, że wiedza pacjentów stosujących domowe leczenie tlenem, niezależnie od badanych zmiennych, jest niewystarczająca. Pacjenci znają podstawowe pojęcia dotyczące tlenoterapii oraz domowego leczenia tlenem, mają podstawowe przygotowanie do obsługi koncentratora tlenu. Ich wiedza jednak nie jest wystarczająca do bezpiecznego stosowania tlenoterapii.

Wszyscy badani poprawnie twierdzili, iż wskazaniem do tlenoterapii domowej jest przewlekła nienowotworowa choroba płuc, w której dochodzi do przewlekłej niewydolności oddechowej, żaden badany nie wiedział jednak, że przeciwwskazaniem do jej stosowania jest palenie papierosów. Interesującą kwestią jest wiedza dotycząca palenia tytoniu. Większość badanych wie, że nie powinna palić papierosów w trakcie leczenia, lecz nie wiedzą, iż palenie jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do stosowania domowego leczenia tlenem w Polsce. Co więcej 1 ankietowany przyznał, że mimo stosowania koncentratora tlenu, poddaje się nałogowi.

Pacjenci korzystający z domowego leczenia tlenem rozumieją, że efektywność tlenoterapii zależy od czasu jej stosowania w ciągu doby, czyli minimum 15 godzin w ciągu dnia, przepływu tlenu w koncentratorze, który ustala lekarz. Mają wiedzę o tym, że tlenoterapia przewlekła jest wykorzystywana nie tylko w ciągu dnia, ale i w nocy. Trudności sprawiły chorym pytania dotyczące precyzyjności w dostarczaniu tlenu maseczki i wąsów tlenowych. Chorzy w większości są przekonani, że to właśnie wąsy tlenowe dostarczają precyzyjniejszą dawkę tlenu do dróg oddechowych. Badania opublikowane w 1994 roku wskazywały, że w Wielkiej Brytanii i Walii większość chorych używało wąsów tlenowych, a jedynie 7% badanych korzystało z masek tlenowych. Co interesujące chorzy dobierali sobie sprzęt zgodnie z własnymi preferencjami, nie zaleceniami lekarskimi. Badania przeprowadzone przez Waterhouse, Nichol i Howard (1994) wskazują, że na przestrzeni niemal 30 lat wiedza chorych dotycząca drenów doprowadzających tlen do dróg oddechowych nie uległa poprawie.

Duża część badanych twierdzi, iż przepływ tlenu ustalany jest na podstawie wykonywanej u nich spirometrii. W tym miejscu nasuwa się pytanie: czy pacjenci uważają spirometrię za najważniejsze badanie w trakcie stosowania DLT? Na pytanie dotyczące gazometrii jako najistotniejszego badania w trakcie terapii, chorzy w większości odpowiedzieli poprawnie. Z powyższych twierdzeń nasuwa się wniosek, że badani mogą nie wiedzieć, na czym dokładnie polegają wyżej wymienione badania kontrolne.

Badani znają powikłania stosowania tlenoterapii, takie jak suchość błon śluzowych czy zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia. Twierdzili poprawnie, że istnieją dwa rodzaje koncentratorów tlenu. Problem stanowiło dla nich zagadnienie dotyczące postępowania w przypadku awarii sprzętu oraz jego bardziej skomplikowanych ustawień. Równie niską wiedzą wykazują się w kwestii przewodów tlenowych – ich długości czy częstotliwości wymiany. Duża część badanych nie wie, że w przypadku korzystania z koncentratora powinna unikać używania maści na bazie olejów czy wazelin, gdyż stwarza to niebezpieczeństwo wystąpienia pożaru. Pacjenci stosujący tlenoterapię uskarżają się na suchość błon śluzowych. Aby pomóc sobie w walce z tą dolegliwością nierzadko wykorzystują wazelinę, bądź inne maści o właściwościach nawilżających.

Z przedstawionych analiz jednoznacznie wynika, że pacjenci korzystający z domowego leczenia tlenem powinni być w większym stopniu edukowani, aby zapewnić im optymalne korzystanie z terapii. Konieczne jest także przekazywanie wiedzy rodzinom i opiekunom, którzy mogą zadbać o chorych.

WNIOSKI

Z przeprowadzonych badań wynikają następujące wnioski:

1. Niemal połowa badanych ma niedostateczny poziom wiedzy na temat domowego leczenia tlenem. Pacjenci w większości nie są świadomi stanu swojej wiedzy. Większość chorych oceniła swoją wiedzę jako dobrą lub zadowalającą.
2. Wiedza chorych jest na minimum dostatecznym poziomie w zakresie:
 - przygotowania do bezpiecznego stosowania tlenu,
 - znajomości badań kontrolnych wykonywanych w trakcie domowego leczenia tlenem.
3. Pacjenci wymagają edukacji w każdym obszarze, w szczególności na temat:
 - istoty i ogólnych zasad stosowania domowego leczenia tlenem,
 - przygotowania do obsługi koncentratora tlenu i sprzętu związanego z koncentratorem.
4. Na poziom wiedzy pacjentów nie miały wpływu:
 - cechy socjodemograficzne: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, zamieszkiwanie z rodziną/ opiekunem/ samemu, sytuacja zawodowa,
 - korzystanie z profesjonalnej wiedzy medycznej,

- czas trwania domowego leczenia chorych,
 - zainteresowanie poszerzaniem swojej wiedzy na temat domowego leczenia tlenem.
5. W celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia niebezpieczeństwa na skutek niewłaściwie użytkowanego sprzętu oraz zwiększenia skuteczności leczenia należałoby:
- dokonywać regularnej oceny poziomu wiedzy pacjentów stosujących DLT,
 - zaangażować rodziny oraz opiekunów w edukację chorych. Dopiero tak przygotowanym osobom powinny być powierzane koncentratory tlenu.

PIŚMIENNICTWO

- Cofta, S. (2013). Przewlekła niewydolność oddychania. W: H. Batura-Gabryel (red.), *Kompendium pulmonologiczne*. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, s. 184-187.
- From, S., Lewandowski, K., Pacholska-Pytlakowska, M. (2011). Współczesne wskazania do domowego leczenia tlenem. *Polski Merkurusz Lekarski*, 31 (186), s. 368-371.
- Furlanetto, K.C., Pitta, F. (2017). Oxygen therapy devices and portable ventilators for improved physical activity in daily life in patients with chronic respiratory disease. *Expert Review of Medical Devices*, 14(2), 103–115. DOI: 10.1080/17434440.2017.1283981.
- Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2020 Report. <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/> (10.03.2023).
- Jacobs, S.S., Lederer, D.J., Garvey, C.M., Hernandez, C., Lindell, K.O., McLaughlin, S., Schneidman, A.M., Casaburi, R., Chang, V., Cosgrove, G.P., Devitt, L., Erickson, K.L., Ewart, G.W., Giordano, S.P., Harbaugh, M., Kallstrom, T.J., Kroner, K., Krishnan, J.A., Lamberti, J.P., Porte, P., ... Upson, D.J. (2018). Optimizing home oxygen therapy. An official American Thoracic Society Workshop Report. *Annals of the American Thoracic Society*, 15(12), s. 1369-1381. DOI: 10.1513/AnnalsATS.201809-627W.
- Koehler, U., Hildebrandt, O., Jerrentrup, L., Koehler, K. I., Kianinejad, P., Sohrabi, K., Schäfer, H., Kenn, K. (2014). Die Langzeit-Sauerstoff-Therapie (LTOT) – Was sollten Arzt, Versorger und Krankenkasse wissen? *Pneumologie*, 68(3), s. 193-198. DOI: 10.1055/s-0033-1359198.
- Lacasse, Y., Tan, A.M., Maltais, F., Krishnan, J.A. (2018). Home oxygen in chronic obstructive pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 197(10), s. 1254-1264. DOI: 10.1164/rccm.201802-0382CI.

-
- Neri, M., Melani, A.S., Miorelli, A.M., Zanchetta, D., Bertocco, E., Cinti, C., Canessa, P.A., Sestini, P., Educational Study Group of the Italian Association of Hospital Pulmonologists (AIPO) (2006). Long-term oxygen therapy in chronic respiratory failure: a Multi-center Italian Study on Oxygen Therapy Adherence (MISOTA). *Respiratory Medicine*, 100(5), s. 795-806. DOI: 10.1016/j.rmed.2005.09.018.
- Rysiak E., Osińska M., Kazberuk A. (2017). Rehabilitacja oddechowa w POChP. *Farmacja Współczesna*, 10, s. 115-120.
- Savani, R., Patil, M., Tariq, A., Mador, M. J. (2020). A retrospective observational study of domiciliary oxygen usage in a subset of veterans. *Respiratory Care*, 65(11), s. 1694-1701. DOI: 10.4187/respcare.07179.
- Waterhouse, J.C., Nichol, J., Howard, P. (1994). Survey on domiciliary oxygen by concentrator in England and Wales. *The European Respiratory Journal*, 7(11), s. 2021-2025.

Transformacja w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ): porada pielęgniarska. Wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia

Małgorzata Karczmarczyk

Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp. Wprowadzenie świadczenia pielęgniarskiego POZ – porady pielęgniarskiej, stanowi nowe wyzwanie dla tej grupy zawodowej. Dotychczas pielęgniarki POZ udzielały porad w ramach stawki kapitacyjnej, tzw. porada receptowa pielęgniarki POZ. W wyniku transformacji wprowadzone zostały porady pielęgniarskie finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia poza stawką kapitacyjną, tj. porada edukacyjna, leczenia ran, stomijna, urologiczna oraz świadczenia pielęgniarki POZ w profilaktyce chorób układu krążenia i profilaktyce gruźlicy.

Cel pracy. Przedstawienie zasad prawidłowego udzielania, dokumentowania oraz sprawozdawania porad pielęgniarskich w POZ zgodnie z wymaganiami NFZ i Ministerstwa Zdrowia (MZ).

Podstawowe założenia. Przedstawienie aktualnych regulacji i zasad dobrej praktyki w zakresie kwalifikacji do udzielania świadczeń, typów porady, kryteriów kwalifikacji, standardów i miejsc udzielania porad, prawidłowego dokumentowania i sprawozdawania porad pielęgniarskich w POZ.

Podsumowanie. Realizowanie porad pielęgniarskich przez pielęgniarki POZ podlega regulacjom prawnym: Ustawa o POZ, Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ, Rozporządzenia MZ w sprawie rodzajów, zakresu, wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Rozporządzenia MZ zakresu świadczeń zapobie-

gawczych, diagnostycznych, leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Fundament właściwej realizacji świadczeń przez pielęgniarki POZ stanowi znajomość i praktyczna umiejętność zastosowania powyższych.

Słowa kluczowe: podstawowa opieka zdrowotna, pielęgniarka, porada pielęgniarska, akty prawne

WSTĘP

Wprowadzenie świadczenia pielęgniarskiego w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), tj. porady pielęgniarskiej, jest niewątpliwie nowym wyzwaniem zawodowym. Zmiana ta stanowi ugruntowanie samodzielności pielęgniarek w polskim systemie ochrony zdrowia, ale przede wszystkim wiąże się z wyższą jakością udzielanych świadczeń i lepszą dostępnością usług zdrowotnych, udzielanych przez pielęgniarki POZ. Po raz pierwszy w styczniu 2016 roku pielęgniarki uzyskały ważne uprawnienia, które zwiększyły formalny zakres autonomii zawodowej, tj. uprawnienia do ordynacji leków i wypisywania recept, w myśl przyjętej nowelizacji ustawy z dnia 22 lipca 2014 r., o zawodach pielęgniarki i położnej. Dotychczas pielęgniarki POZ udzielały porady pielęgniarskiej w ramach stawki kapitacyjnej, tzw. porada receptowa pielęgniarki POZ. W wyniku transformacji wprowadzone zostają porady pielęgniarskie finansowane przez NFZ poza stawką kapitacyjną, tj. porada edukacyjna w ramach opieki koordynowanej POZ. W przypadku objęcia opieką świadczeniobiorców po przebytej hospitalizacji, finansuje się Kompleksową Opiekę Pielęgniarką w ramach opieki przejściowej: poradę pielęgniarską leczenia ran, poradę pielęgniarską stomijną, poradę pielęgniarską urologiczną. Poza poradami finansowane są świadczenia pielęgniarki POZ w profilaktyce gruźlicy oraz w profilaktyce chorób układu krążenia (Zarządzenie nr 3/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna).

Tabela I. Przebieg transformacji porady pielęgniarskiej w POZ

Rok regulacji formalnej	Zakres świadczenia pielęgniarki w POZ
2016	porada receptowa pielęgniarki POZ – finansowana w ramach stawki kapitacyjnej
2022	porada edukacyjna – finansowana poza stawką kapitacyjną w ramach Opieki Koordynowanej w POZ
2022	porada: świadczenie pielęgniarki POZ w profilaktyce CHUK – finansowana poza stawką kapitacyjną
2023	porada (finansowana poza stawką kapitacyjną) w ramach Kompleksowej Opieki Pielęgniarskiej w opiece przejściowej w zakresie: porada pielęgniarska leczenia ran porada pielęgniarska stomijna porada pielęgniarska urologiczna

Z danych NFZ wynika, że z roku na rok rośnie liczba recept pielęgniarskich, wystawianych przez pielęgniarki w ramach kontynuacji leczenia: 2016 r. – 25 tys.; 2017 r. – 200 tys.; 2018 r. – 360 tys.; 2019 r. – 650 tys.; 2020 r. – prawie 2 mln; 2021 r. – 3 mln (Recepty pielęgniarskie kolejek nie zmniejszyły).

CEL PRACY

Przedstawienie aktualnych regulacji i zasad dobrej praktyki w zakresie kwalifikacji do udzielania świadczeń, typów porady, kryteriów kwalifikacji, standardów i miejsc udzielania porad, prawidłowego dokumentowania i sprawozdawania porad pielęgniarskich w POZ.

PORADY PIELĘGNIARSKIE W POZ FINANSOWANE PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA W RAMACH STAWKI KAPITACYJNEJ

Zgodnie z kompetencjami, pielęgniarki POZ udzielają porad według wymagań ujętych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, które określa rodzaje porad, elementy, jakie powinna zawierać dana porada, miejsce udzielania świadczeń, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, dostępność do badań (Dz.U. z 2020 r. poz.1255).

Świadczenia pielęgniarki POZ w ramach stawki kapitałowej obejmują:

1. Ordynowanie leków zawierających substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Zakres świadczenia to:
 - a. przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego, ocena stanu pacjenta,
 - b. ordynowanie leków zawierających substancje czynne, wystawienie recepty, jeśli istnieje konieczność, poinformowanie o zgłoszeniu się do lekarza POZ celem dalszej oceny stanu zdrowia,
 - c. udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarskich i edukacja pacjenta.
2. Wystawianie recept na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Zakres świadczenia zawiera:
 - a. przeprowadzenie wywiadu,
 - b. wystawienie recepty na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji leczenia, jeśli istnieje konieczność kierowanie pacjenta do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia,
 - c. udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarskich i edukacja pacjenta.
3. Ordynowanie wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty obejmuje:
 - a. przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego,
 - b. ordynowanie wyrobów medycznych, w tym wystawienia na nie zlecenia albo recepty lub poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia,
 - c. udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarskich.
4. Wystawienie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy obejmuje wykonanie następujących czynności:
 - a. przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego,

- b. wystawienie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, poinformowanie pacjenta o ewentualnej konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia,
 - c. udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarских i edukacja pacjenta.
5. Profilaktyka chorób i promocja zdrowia, obejmuje:
- a. przeprowadzenie wywiadu w celu zdefiniowania problemów zdrowotnych oraz ocenę stopnia przygotowania pacjenta do samokontroli i samoopieki,
 - b. pomiar podstawowych parametrów i ich ocenę,
 - c. wykonanie badania fizykalnego,
 - d. ustalenie indywidualnych celów terapeutycznych,
 - e. opracowanie planu edukacji zdrowotnej,
 - f. przekazanie informacji zgodnie z celami terapeutycznymi, w tym edukację dotyczącą przyjmowania leków, suplementów diety,
 - g. naukę technik samodzielnej obserwacji,
 - h. ocenę postępów i ustalenie planu reedukacji (w czasie kolejnych wizyt),
 - i. udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarских.
6. Dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego obejmuje:
- a. przeprowadzenie wywiadu,
 - b. wykonanie podstawowych pomiarów życiowych, ocena stanu pacjenta,
 - c. wykonanie badania fizykalnego,
 - d. przekazanie informacji o możliwości doboru sposobów leczenia ran, edukacja pacjenta/rodziny,
 - e. leczenie oparzeń,
 - f. udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarских, w tym kierowanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Miejscem, w którym pielęgniarki POZ mogą udzielać porad jest gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub miejsce pobytu pacjenta, dom pomocy społecznej. Oprócz porady stacjonarnej, pielęgniarki mogą realizować teleporadę, czyli poradę realizowaną na odległość, przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (Dz.U. z 2020 r. poz. 1255).

Wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze

Zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu MZ (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej) w załączniku nr 2 w części IV „Warunki realizacji świadczeń pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej”, szczegółowo zostało opisane wyposażenie gabinetu pielęgniarskiego podstawowej opieki zdrowotnej, tj.:

- a. kozetka,
- b. stolik zabiegowy lub stanowisko pracy pielęgniarskie urządzone i wyposażone stosownie do zakresu zadań pielęgniarskiego podstawowej opieki zdrowotnej,
- c. szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych,
- d. telefon,
- e. zestaw do wykonywania iniekcji,
- f. zestaw do wykonania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych,
- g. pakiety odkażające i dezynfekcyjne,
- h. środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice),
- i. zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.

W przypadku udzielania porady w miejscu pobytu pacjenta wymagane jest posiadanie nesesera pielęgniarskiego, wyposażonego w:

- a. podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku, w tym: zestaw do wykonywania iniekcji, zestaw do przetaczania płynów infuzyjnych, zestaw do wykonania opatrunków, podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych, pakiet ochronny przed zakażeniem,
- b. zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne,
- c. aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych,
- d. stetoskop,
- e. testy do oznaczania poziomu cukru we krwi,
- f. pakiet odkażający i dezynfekcyjny.

Wymagany jest dostęp do badań laboratoryjnych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Kwalifikacje, jakie musi posiadać pielęgniarka POZ do udzielania porad, szczegółowo opisane są w Ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. Wynika z niej, iż wyróżnione zostały grupy uprawnione do wystawiania recept, czyli pielęgniarki posiadające tytuł magistra, które odbyły kurs specjalistyczny „Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych” – Część I oraz mające dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia i ww. kurs specjalistyczny – Część II.

1. Magister pielęgniarstwa, pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, która ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie: samodzielnie ordynuje leki, wyroby medyczne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia, w tym wystawia na nie zlecenia albo recepty, wystawia skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej
2. Pielęgniarka z tytułem licencjata oraz pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w ramach kontynuacji leczenia: wystawia zlecenia na wyroby medyczne oraz wystawia recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie.
3. Pielęgniarka z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub z dyplomem ukończenia studiów, co najmniej pierwszego stopnia, wystawia skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.
4. Pielęgniarka POZ, posiadająca kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa bądź jest w trakcie odbywania kursu lub specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, a także pielęgniarka posiadająca tytuł magistra uprawniona jest do samodzielnego doboru sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych, udzielanych bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. 2022 r. poz. 2702).

Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, nie dotyczy pielęgniarek, które rozpoczęły kształcenie na kierunku pielęgniarstwo w przypadku:

- studiów I stopnia od roku akademickiego 2016/2017, posiadają kompetencje do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, w ramach kontynuacji leczenia oraz zleceń na wyroby medyczne w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

- studiów II stopnia od roku akademickiego 2017/2018, posiadają kompetencje do ordynowania leków zawierających określone substancje czynne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiania na nie recepty oraz ordynowania określonych wyrobów medycznych, w tym wystawiania na nie zlecenia albo recepty w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 755).

Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 2527) określa również kwalifikacje pielęgniarki współpracującej, uprawnionej do realizacji świadczeń pielęgniarki POZ, jako pielęgniarka, która posiada:

- tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo,
- ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo,
- odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo
- odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń, zapobiegawczych, diagnostycznych leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną, samodzielnie bez zlecenia lekarskiego ustalone są kompetencje takie jak: wystawianie skierowań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, ordynowanie leków i wyrobów medycznych oraz wypisywanie recept.

PORADY PIELĘGNIARSKIE W POZ FINANSOWANE PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA POZA STAWKĄ KAPITACYJNĄ

W ramach deklaracji wyboru pielęgniarki POZ, NFZ finansuje Kompleksową Opiekę Pielęgniarką w ramach opieki przejściowej, pacjentom po przebytej hospitalizacji, obejmującą **poradę pielęgniarską leczenia ran, poradę pielęgniarską stomijną, poradę pielęgniarską urologiczną**. Zarządzenie nr 3/2023 Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, określiło kryteria, jakim pacjentom udziela się ww. porad, elementy jakie zawiera dana porada, liczbę porad.

Porada pielęgniarska leczenia ran

Porada jest udzielana pacjentowi z raną przewlekłą po zakończonej hospitalizacji. Pacjenta obejmuje się poradami w okresie do 60 dni po zakończonej hospitalizacji. Elementy porady obejmują:

1. Wywiad, badanie fizykalne.
2. Opracowanie i realizację planu opieki zawierającego:
 - a) diagnozę pielęgniarską:
 - ocenę kliniczną rany: rodzaj, umiejscowienie, rozmiar rany, głębokość rany, brzoży/krawędzie rany, stan ukrwienia, wysięk, zakażenie/obecność infekcji, stopień destrukcji i uszkodzenia tkanek,
 - naukę i ocenę umiejętności samokontroli, samopielęgnacji i postępowania z raną,
 - b) zakres i harmonogram wymaganych interwencji pielęgniarskich: edukację pacjenta/rodziny w zakresie samopielęgnacji rany, oczyszczenia i opatrzenia rany, doboru opatrunków i częstotliwość ich zmiany, diety, ocenę umiejętności i stosowania się do zaleceń
 - opatrzenie rany,
 - wystawianie skierowania na wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych samodzielnie zgodnie z kompetencjami, wystawianie za potrzebowania na konieczne wyroby medyczne/opatrunki zgodnie z kompetencjami,
 - monitorowanie procesu gojenia się rany – ocena pomiarów rany i /lub fotodokumentacja.
3. Pisemna informacja do lekarza POZ o zakończeniu realizacji świadczenia celem ewentualnego ustalenia dalszego postępowania terapeutycznego.
4. Świadczenie realizowane w cyklu do 10 porad.

Porada pielęgniarska urologiczna

Pacjent wymagający cewnikowania pęcherza moczowego po zakończonej hospitalizacji. Pacjenta obejmuje się poradami maksymalnie do 14 dni od zakończenia hospitalizacji. Elementy porady:

1. Wywiad i badanie fizykalne.
2. Opracowanie i realizacja planu opieki zawierającego:
 - a) diagnozę pielęgniarską:
 - ocenę pod kątem infekcji dróg moczowych, zakażenia układu moczowego, kontrolę drożności cewnika – ocenę umiejętności samooceny i samopielęgnacji pacjenta,
 - b) zakres i harmonogram wymaganych interwencji pielęgniarskich:
 - edukację pacjenta/rodziny, w tym w szczególności dotyczącą pielęgnacji okolic ujścia cewki moczowej, samoobserwacji, ocenę umiejętności i stosowania się do zaleceń, diety,
 - wymianę cewnika lub wsparcie przy samocewnikowaniu, kontrolę stanu pacjenta/układu moczowego,
 - wystawianie skierowania na wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych samodzielnie zgodnie z kompetencjami,
 - jeśli istnieje konieczność w czasie pierwszej porady wystawienia zapotrzebowania na niezbędne wyroby medyczne (jeżeli zlecenie nie było wcześniej wystawione przez lekarza lub pielęgniarkę), kontynuacja w razie potrzeby.
3. Pisemna informacja do lekarza POZ o zakończeniu realizacji świadczenia celem ewentualnego ustalenia dalszego postępowania terapeutycznego.

Świadczenie realizowane w cyklu do 10 porad. Dalsze monitorowanie w ramach porad finansowanych stawką kapitacyjną.

Porada pielęgniarska stomijna

Pacjent z wylonioną stomią po zakończonej hospitalizacji. Pacjenta obejmuje się poradami maksymalnie do 14 dni od zakończenia hospitalizacji. Elementy porady:

1. Wywiad i badanie fizykalne, ocena stanu pacjenta zawierająca:
 - a) diagnozę pielęgniarską:
 - ocenę stomii pod kątem występowania ewentualnych nieprawidłowości np. obrzęk, krwawienie, martwica, niedokrwienie, zakażenie, wypadanie lub wciągnięcie stomii,
 - ocenę umiejętności samooceny i samopielęgnacji pacjenta.
 - b) zakres i harmonogram wymaganych interwencji pielęgniarskich:

- edukację pacjenta/rodziny w tym w szczególności w zakresie samopielęgnacji skóry wokół stomii, dobór worków stomijnych, kontrolę stanu pacjenta ze stomią,
 - wystawianie skierowania na wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych samodzielnie zgodnie z kompetencjami,
 - wystawienia zapotrzebowania na wyroby medyczne na zlecenie, jeżeli zlecenie nie było wcześniej wystawione, kontynuacja w razie potrzeby.
3. Pisemna informacja do lekarza POZ o zakończeniu realizacji świadczenia celem ewentualnego ustalenia dalszego postępowania terapeutycznego.

Świadczenie realizowane w cyklu do 10 porad. Dalsze monitorowanie w ramach porad finansowanych stawką kapitacyjną (Zarządzenie Prezesa NFZ, 2023).

Wymagane kwalifikacje i miejsce do udzielania porad pielęgniarskich w POZ finansowanych przez NFZ poza stawką kapitacyjną

Kwalifikacje, jakie musi posiadać pielęgniarka POZ do udzielania ww. porad, są ustalone w zarządzeniu nr 3/2023 Prezesa NFZ. Zgodnie z zarządzeniem porad udziela pielęgniarka POZ, do której złożona została „deklaracja wyboru”, o której mowa w art. 7 (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527, Ustawa POZ, 2017).

Porady realizowane mogą być w gabinecie pielęgniarki POZ, w domu pacjenta oraz w domu pomocy społecznej. Natomiast wymagane wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną jest takie samo, jak w przypadku udzielania porad w ramach stawki kapitacyjnej.

PORADA EDUKACYJNA

W ramach opieki koordynowanej w POZ, zgodnie z zapisami rozporządzenia (Dz. U. 2022 r. poz. 1965; Ustawa POZ) wprowadzono poradę edukacyjną udzielaną przez pielęgniarkę, zawartą w zaleceniach „Indywidualnego Planu Opieki Medycznej”. Ustalono wykaz chorób, w których ta porada może być udzielana: w zakresie kardiologii (nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, choroba niedokrwienna serca, migotanie przedsionków), w zakresie diabetologii (cukrzyca), w zakresie endokrynologii (niedoczynność tarczycy, guzki pojedyncze/mnogie), w zakresie pulmonologii i alergologii (POCHP, astma).

Porada edukacyjna powinna zawierać opis stanu pacjenta i walor edukacyjny.

Niezależnie od jednostki chorobowej, w której będzie przeprowadzana edukacja pacjenta rozporządzenie (DZ. U. z 2020 r. poz. 1255; Ustawa POZ) określiło elementy, jakie powinna zawierać porada edukacyjna. Obejmuje ona:

- ocenę stanu zdrowia pacjenta: przeprowadzenie wywiadu w celu zdefiniowania problemów zdrowotnych, wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę, wykonanie badania fizykalnego, ocenę samopoczucia pacjenta, ocenę tolerancji stosowanej farmakoterapii.
Na kolejnych wizytach należy poszerzyć elementy porady o monitorowanie stanu zdrowia, ocenę przestrzegania zaleceń lekarskich, w tym farmakoterapii, analizę pomiarów wykonywanych przez pacjenta, ocenę włączonej terapii/zmianę terapii, dodatkowe badania,
- edukację pacjenta: ustalenie planu opieki, opracowanie planu edukacji zdrowotnej, przekazanie informacji zgodnie z celami terapeutycznymi, naukę technik samodzielnej obserwacji, ocenę postępów i ustalenie planu reedukacji (przy kolejnych wizytach); określenie deficytów wiedzy, umiejętności pacjenta w zakresie samopielęgnacji, ocenę świadomości i motywacji pacjenta, ocenę zaangażowania rodziny, naukę obsługi sprzętu, wyrobów medycznych, wykonywania pomiarów (instruktaż), omówienie zasad aseptyki, wydanie materiałów edukacyjnych.
Na kolejnych wizytach należy poszerzyć elementy porady o ocenę poziomu zdobytej wiedzy, kontrolę umiejętności obsługi sprzętu, omówienie ryzyka związanego z nieprzestrzeganiem zaleceń (powikłań), omówienie zdrowego stylu życia, ocenę akceptacji choroby, ocenę efektów edukacji, omówienie szczepień zalecanych,
- udzielanie informacji o zaleceniach pielęgniarskich,
- ustalenie terminu kolejnej wizyty.

Zgodnie z ustaleniami opisanymi w rozporządzeniu (DZ. U. z 2020 r. poz. 1255), porad edukacyjnych udziela pielęgniarka, do której złożona została „deklaracja wyboru” oraz pielęgniarka współpracująca z pielęgniarką POZ. Porady realizowane są w gabinecie pielęgniarki POZ, zgodnie z ustalonym Indywidualnym Planem Opieki Medycznej (IPOM). Porady edukacyjne mogą być także udzielane przez lekarzy. Określona liczba ww. porad w ciągu roku nie może przekraczać sześciu na pacjenta, wykonywanych przez pielęgniarkę lub lekarza, w zależności od potrzeb zdrowotnych. Dopuszcza się udzielanie porad edukacyjnych wykonywanych wyłącznie przez pielęgniarkę.

Świadczenia pielęgniarstwa POZ w ramach profilaktyki chorób układu krążenia.

W poniższym zestawieniu tabelarycznym (Tabela II i III) przedstawiono kryteria kwalifikacji pacjentów do udzielenia świadczenia, warunki realizacji oraz wymagane procedury i elementy porady, które są wymagane do zrealizowania zgodnie z rozporządzeniem (Dz. U. z 2022 r. poz. 1355; Ustawa POZ).

Tabela II. Świadczenia pielęgniarstwa POZ w ramach profilaktyki chorób układu krążenia.

Kryteria kwalifikacji do udzielania świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia	Wymagane procedury medyczne i warunki ich realizacji
Osoby znajdujące się na liście świadczeniobiorców pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy objętym umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będące w wieku od 35. do 65. roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia, cukrzyca, przewlekła choroba nerek lub rodzinna hipercholesterolemia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia (także u innych świadczeniodawców). Kolejne świadczenie przysługuje po upływie 5 lat.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zlecenie badań biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL cholesterolu, HDL cholesterolu, triglicerydów i glukozy), dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index, BMI) oraz wpisanie wyników do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. 2. Przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wpisanie wyników do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. 3. Ustalenie terminu porady u pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej, na której liście świadczeniobiorców znajduje się ten świadczeniobiorca. 4. W trakcie porady u pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej: <ol style="list-style-type: none"> a) ocena czynników ryzyka zachorowań na choroby układu krążenia; b) kwalifikacja świadczeniobiorcy do grupy ryzyka na podstawie całościowego ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat według aktualnej klasyfikacji SCORE dla populacji polskiej (10-letnie ryzyko epizodów chorób sercowo-naczyniowych zakończonych i niezakończonych zgonem) bazujących na wartości nie-HDL oraz wpisanie wyniku do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;*

- c) poinformowanie świadczeniobiorcy o wyniku badania i klasyfikacji do grupy ryzyka oraz ustalenie planu dalszego postępowania; w przypadku podejrzenia choroby wymagającej dalszego postępowania – skierowanie świadczeniobiorcy do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu dalszej diagnostyki lub leczenia;
 - d) edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy w zakresie ustalonym w planie dalszego postępowania.
5. Procedury medyczne są realizowane w ramach dwóch porad.
 6. Jedna z dwóch porad może być realizowana na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

*Ocena wg algorytmu SCORE2 dotyczy pacjentów powyżej 40. r.ż., bez stwierdzonych chorób sercowo-naczyniowych związanych z miażdżycą, cukrzycy, przewlekłej choroby nerek, rodzinnej hipercholesterolemii
 Źródło: Opracowanie na podstawie rozporządzenia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1355).

Tabela III. Świadczenia pielęgniarki POZ w ramach profilaktyki gruźlicy

Kryteria kwalifikacji do udzielania świadczeń	Wymagane procedury medyczne
1. Osoby dorosłe, które dokonały wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, nieposiadające w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy, w tym: <ol style="list-style-type: none"> a) osoby, które miały bezpośredni kontakt z osobami z już rozpoznaną gruźlicą, lub b) osoby, u których stwierdza się przynajmniej jedną z następujących okoliczności: <ul style="list-style-type: none"> – długotrwałe bezrobocie, – niepełnosprawność, – długotrwałą chorobę, – uzależnienie od substancji psychoaktywnych, – bezdomność. 	1. Przeprowadzenie wywiadu w kierunku gruźlicy wraz z wypełnieniem ankiety. 2. Przeprowadzenie edukacji zdrowotnej świadczeniobiorcy. 3. W przypadku świadczeniobiorców z grupy największego ryzyka zachorowania – przekazanie przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej pisemnej informacji lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, wybranemu przez świadczeniobiorcę, o wynikach przeprowadzonej ankiety oraz wskazanie świadczeniobiorcy trybu dalszego postępowania, w tym poinformowanie świadczeniobiorcy o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia.

2. Pisemne oświadczenie świadczeniobiorcy, z którego wynika, że w okresie ostatnich 24 miesięcy nie podlegał on badaniu ankietowemu pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w ramach profilaktyki gruźlicy (także u innych świadczeniodawców).

Źródło: Opracowanie na podstawie rozporządzenie (Dz. U. z 2013 r. poz.1248).

W przypadku świadczeniobiorców z grupy najwyższego ryzyka zachorowania (w ankiecie uzyskali łączną sumę punktów > 9), pielęgniarka POZ przekazuje lekarzowi POZ, do którego jest zadeklarowany pacjent, pisemną informację o wynikach przeprowadzonej ankiety oraz wskazuje pacjentowi tryb dalszego postępowania, w tym informuje pacjenta o konieczności zgłoszenia się do lekarza POZ celem dalszej oceny stanu zdrowia (Dz. U. z 2013 r. poz.1248).

DOKUMENTOWANIE, SPRAWOZDAWANIE I ROZLICZANIE PORAD PIELĘGNIARSKICH W POZ

Zarządzenie Prezesa NFZ nr 79/2022 wskazuje, że potwierdzeniem udzielenia porady, wizyty lub innego świadczenia stanowi dokonanie wpisu w dokumentacji medycznej pacjenta. Natomiast prowadzenie dokumentacji określa Rozporządzenie z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Zgodnie z jego zapisami podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, sporządza i prowadzi dokumentację w formie historii zdrowia i choroby. Wpisy w historii zdrowia i choroby zawierają: rodzaj, zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarkę, w szczególności: dane z wywiadu i badania fizykalnego, diagnozę pielęgniarską, plan opieki pielęgniarskiej oraz adnotacje związane z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, w tym wynikających ze zleceń lekarskich (Zarządzenie Prezesa NFZ, 2023; Dz. U. z 2022 r. poz.1304).

Wyklucza się rozliczenie porady pielęgniarskiej leczenia ran, porady pielęgniarskiej stomijnej, porady pielęgniarskiej urologicznej, w przypadku, gdy pacjent korzysta jednocześnie ze świadczeń w rodzaju: świadczenia pielęgniarskie i opiekuńcze, opieka paliatywna i hospicyjna oraz świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresach: kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1); Kompleksowe leczenie ran przewlekłych 2 (KLRP-2) oraz leczenie szpitalne (Zarządzenie Prezesa NFZ, 2022).

Implikacje do praktyki

Wprowadzenie regulacji i zasad dobrej praktyki w zakresie kwalifikacji do udzielania świadczeń, typów porady pielęgniarskiej ma znaczenie praktyczne dla pacjentów, jak i pielęgniarek.

Pacjenci po pobycie w szpitalu, zwłaszcza po zabiegach operacyjnych, wracają do domu z zaleceniami w karcie wypisowej lekarskiej i pielęgniarskiej. Otrzymują szereg zaleceń zabiegowych dotyczących opatrunków ran, stomii, cewników. Wprowadzenie powyższych porad to zwiększenie dostępności dla pacjentów do wybranych świadczeń, realizowanych przez pielęgniarki w POZ, którzy po przebytej hospitalizacji wymagają wzmożonej opieki pielęgniarskiej oraz edukacji zdrowotnej, pomagającej radzeniu sobie z chorobą. W efekcie powinno to wpłynąć na wzrost satysfakcji pacjentów ze sprawowanej opieki, a także odnieść pozytywny wpływ na jakość życia pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny. Będzie to miało wpływ na czynniki ekonomiczne, zmniejszając ilość powikłań. NFZ nie będzie musiał finansować ich leczenia.

Drugim aspektem praktyki porad jest przygotowanie pielęgniarek POZ do ich udzielania. W 2017 roku przeprowadzono badanie, którego celem była ocena przygotowania pielęgniarek do wypisywania recept w opiniach pielęgniarek, zatrudnionych w placówkach POZ. Ponad połowa badanych stwierdziła, że nie ma wystarczającej wiedzy, aby sprostać nowym kompetencjom. Trudności dotyczyły również badania fizykalnego (Bartosiewicz, Binkowska-Bury, Januszewicz, 2015; Bartosiewicz, Binkowska-Bury, Marć, Januszewicz, 2016). Należy przypuszczać, że nadanie nowych kompetencji dotyczących udzielania porad, również może budzić podobne obawy o braku przygotowania. Stąd należy opracować programy szkoleń w zakresie udzielania porad (kursy, webinary).

WNIOSKI

1. Pomimo istniejących obiektywnych trudności, wprowadzenie porad pielęgniarskich w POZ w okresie długofalowym:
 - a. wpłynie na wzrost jakości opieki nad pacjentami, zwłaszcza realizowanymi w środowisku domowym pacjenta,
 - b. zwiększy dostępność do świadczeń zdrowotnych pacjentom niesamodzielnym w środowisku zamieszkania. Zmniejszy wystąpienie powikłań, przez to obniży koszty ich leczenia,
 - c. wprowadzenie porad pielęgniarskich daje pielęgniarkom POZ możliwość samodzielnej realizacji zadań na podstawie Evidence Based Nursing,

- d. buduje pozytywny wizerunek skutecznego pielęgniarstwa rodzinnego. Podnosi też prestiż zawodu pielęgniarki POZ.
2. Należy zwiększyć świadomość pielęgniarek na temat nowych kompetencji, wprowadzając kursy doształcające, których zadaniem będzie przygotować pielęgniarki do wykonywania nowego świadczenia.
3. Znajomość aktów prawnych zwiększy wiedzę, zmniejszy obawy dotyczące udzielania porad pielęgniarstkich, co wpłynie na zwiększenie ilości udzielanych porad przez pielęgniarki POZ. Akty prawne powinny zostać włączone do literatury obowiązującej/ uzupełniającej już na etapie kształcenia I i II stopnia studiów pielęgniarstkich .
4. Wprowadzić do standardu kształcenia na poziomie studiów pielęgniarstkich I, II stopnia w ramach zajęć z POZ ocenę efektów nauczania w zakresie wiedzy i umiejętności dotyczących udzielania porad pielęgniarstkich.

PIŚMIENNICTWO

- Bartosiewicz A., Binkowska-Bury M., Januszewicz P. (2015). Możliwości przepisywania recept przez pielęgniarki i położne – stan prawny w Polsce i ogólny przegląd sytuacji na świecie. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków*, 13(3), s. 290-305. DOI: 10.15584/przmed.2015.3.9.
- Bartosiewicz A., Binkowska-Bury M., Marć M., Januszewicz P. (2016). Gotowość pielęgniarek do ordynowania leków i wypisywania recept. *Problemy Pielęgniarstwa*, 24(2), s. 91-97. DOI: 10.5603/PP.2016.0015.
- Recepty pielęgniarstkie kolejek nie zmniejszyły. <https://politykazdrowotna.com/artukul/recepty-pielęgniarskie-kolejek-nie-zmniejszyły/823276> (21.03.2023).
- Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. 2021 poz. 755 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 8 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2020 poz. 1255).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2022 poz. 1965)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne

- oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz. U. 2018 poz. 299).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. 2020 poz. 2424 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2022 poz. 1355).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2021 poz. 540 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2019. poz. 2335).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. 2017 poz. 497).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. 2017 poz. 1061 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2022 poz. 1304).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2022 poz. 2702).
- Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2014 poz. 1136).
- Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. 2017 poz. 2217 zwana Ustawą POZ).
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2001 nr 126 poz. 1381).
- Zarządzenie nr 3/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
- Zarządzenie nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

CZĘŚĆ II.

BADANIA WSPIERAJĄCE PRAKTYKĘ PIELĘGNIARSKĄ

Differentiation of health behaviors and their determinants among health professionals and non-medical professionals

Poziom zachowań zdrowotnych w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne i ich socjo-demograficzne uwarunkowania

Grzegorz Józef Nowicki¹, Barbara Ślusarska¹, Zdzisława Szadowska-Szlachetka², Marta Łuczyk², Paweł Maciaszczyk³, Andrzej Tytuła^{4,5}

1. Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Zakład Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu
4. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych w Warszawie
5. Wydział Nauk o Człowieku, Lubelska Akademia WSEI

ABSTRACT

Introduction: The period of activity of a man, meaning a period of 40 years, or more – is a time when many occupational diseases develop, especially diseases of civilization resulting from an inappropriate lifestyle. The object of the study is to determine differences in health behaviors among health professionals and non-medical ones as well as there socio-economic conditions.

Material and Methods: The appropriate study was carried out from June 2014 to March 2015 of 598 of the working population, representatives of the six professions, including 3 medical and 3 non-medicals. The research method was a diagnostic survey, based on the Behavioral Health Inventory (HBI).

Results: A general indicator of the severity of health behaviors among medical professionals was 80.20 (SD = 11.76), whereas among non-medical professionals 72.70 (SD = 14.77). The level of health behavior between both groups may be interpreted as average. However, medical respondents scored a significantly higher level of health behavior ($p < 0.001$). There was also a significantly higher severity of the four categories of health behaviors in their case: healthy dietary habits, preventive behavior, positive mental health practices.

Conclusions: There are significant differences in health behaviors with a significantly higher consideration in the group of medical professionals compared to non-medical professions.

Key words: health behavior, health promotion, socioeconomic status

INTRODUCTION

Health behavior is a behavior of a unit that has an impact on one's health, its maintenance and strengthening. Moreover, health behavior patterns are not permanent. They are in fact formed over a lifetime under the influence of various factors. Among them, they can be distinguished, three groups of health behaviors are: predisposing, enabling and reinforcing change (Krzych, 2004). Nowadays, the study of health behaviors is considered to be an important method for measuring the health status of the population, constituting the basis for planning and evaluation of health education, develop prevention programs and health promotion projects.

We can distinguish a number of factors that determine health behaviors. The fact, which factors currently are particularly influential, is determined by constitutional characteristics of the individual and social behavioral patterns and situational factors, inducing the individual to express concern about their own health (Łuszczynska, 2004). Determinants of health behavior can be associated with the individual (education, socio-economic status, marital status, health locus of control), related to culture (standard housing, shaped hygienic habits, culinary traditions, lifestyle, patterns of the sexual life and family leisure), related to education (the formation of habits directly or indirectly related to the protection and improvement of health in the course of ontogenetic development) (Lau, 1988; Skommer, 2008; Tobi-

asz-Adamczyk, 1995). One of the factors significantly affecting the level of health behaviors presented is the socio-economic position (SES, socioeconomic status), expressed most often by occupation. In groups with lower socio-economic material status, insufficient knowledge and lower ability to assimilate information that promote healthy lifestyles cause that health behaviors are implemented to a lesser extent. So far, there has been no specific indication to what extent health behaviors affect social differences in health statuses and test results are divergent and suggest that it may be between 12% up to even 72% (Stringhini, et al., 2011). Studies on health behavior of the working people constitute an important issue. The period of activity of a man, meaning a period of 40 years, or more – is a time when many occupational diseases develop, especially diseases of civilization resulting from an inappropriate lifestyle.

A type of occupation influences not only economic status, but also the scope of the information and understanding of the impact of various factors on one's health. A higher level of knowledge concerning health and diseases as well as their determinants characterizes medical professionals due to their professional preparation. In addition, professional practice gives them a chance to acquire experience regarding real health risks on a daily basis. Individuals with non-medical professions are always in a lower position due to the spectrum of health knowledge. Nevertheless, the question arises if these differences in health knowledge are sufficient in case of differences in the representation of these health behaviors in groups of medical and non-medical professionals.

Health behaviors of health professionals are a resource not only in the case of individual employees, but also provide a potential for health care facilities, which are called into action on promoting the health among its population. The task of the health workers is not only the realization of health care services, but in addition educational activities among which the promotion of health is particularly important in the era of the development of civilization diseases. Health-promoting behaviors of health care workers are therefore one of the essential conditions of shaping behavior conducive to health among the population.

Health behaviors of health workers affect not only their health but also the health awareness of patients and, as indicated by the literature, the frequency of implementing health education in relation to the patient. Zhu, Norman and While (2011) in their study found that doctors and nurses, having the correct body weight more often than overweight people, put into practice attempts of health education in obese patients, aimed to try to better their BMI. Lobelo, Duperly and Frank (2009) found that physicians, who undertake physical activity, often conduct education among patients con-

cerning the impact of physical activity on ones health. Other studies have shown that doctors, who smoked cigarettes, rarely educate patients on how to quit smoking and the consequences of the addiction (Stead, Angus, Holme, Cohen, Tait, PESCE European Research Team, 2009).

When reviewing the available literature, the authors found no studies comparing the level of health behaviors among health professionals and non-medical professions. Studies available in the scientific databases related to health behaviors were concerned with specific professional groups or focused on specific behaviors like smoking (Chmiel-Połeć, Binkowska-Bury, Januszewicz, 2007; Kaleta, Makowiec-Dąbrowska, Polańska, Dziańkowska-Zaborszczyk, Drygas, 2009), physical activity (Puciato, Rozpara, Mynarski, Łoś, 2013; Zgrabna, et al., 2010;) or dietary habits (Gacek, 2011). Therefore, the search for differences in the behavior of health workers and their determinants due to the type of profession becomes an undervalued issue.

AIM OF THE STUDY

The aim of the study is to determine the differences in health behaviors among health professionals and non-medical professions as well as their socio-economic conditions.

MATERIAL AND METHOD

The study was carried out from June 2014 to March 2015, of 598 economically active people, representatives of six occupations, including 3 medical and 3 non-medical ones. The study used a diagnostic survey in a form of a questionnaire.

The characteristics of the level of health behaviors examined were based on a self-reporting tool – the Health Behavior Inventory (HBI) by Juczyński (2012). The tool consists of 24 statements defining the various types of health-related behaviors and 25 statements entitled as "other", where the respondents were able to enter an their own assertion, which was not mentioned before. Each statement was assigned the appropriate number depending on how it applies to the respondents: 1- almost never 2 – rarely 3 – from time to time, 4 – often 5 – almost always. Given the frequency indicated by the tested individual concerning each behavior, the overall intensity of behavior conducive to health and the severity of the four categories of health behaviors, i.e. eating habits, preventive behavior, health practices and a positive mental attitude are determined.

The research tool was completed by the part concerning social and demographic data, where the respondents were to write down their socio-demographic status. In sociodemographic assessment the following data was taken into account: sex (M or F), age, place of permanent residence (village or city), education (vocational, secondary and higher), parents' education (vocational, secondary and higher) and a monthly net income per family member (up to 500 PLN, 501 – 1000 PLN, from 1001 to 1500 PLN, above 1501 PLN).

The study area

Nurses and midwives were questioned in: The Regional Association of Nurses and Midwives in Lublin – surveys were collected during the training conducted at the Centre for Postgraduate Education of nurses and midwives, The Medical University of Lublin – the survey was collected during classes in vocational education and postgraduate classes of nurses and midwives. Sterilization Department staff of five hospitals in the Lubelskie district participated in the study: Independent Clinical Hospital No. 1 in Lublin, Independent Clinical Hospital No. 4 in Lublin, Independent Public Provincial Specialist Hospital in Chelm, Cardinal Stefan Wyszyński Provincial Specialist Hospital, the Independent Public Health Care and Hospital "Żagielmed" in Lublin. Medical careers were surveyed in the Social Welfare House "Betania" in Lublin and in Victoria Micheliśowa House of Social Assistance in Lublin.

The surveyed teachers were employed in the Secondary School of Mining in Leczna and medical school in Chelm. Miners were surveyed in the Secondary School of Mining in Łęczna, where training courses for adults were held. Prison staff employed in the Detention Centre in Lublin participated in the research.

The study was conducted after obtaining a positive opinion of the Bioethics Committee of the Medical University of Lublin (KE-0254/281/2013) and in accordance with the Declaration of Helsinki.

STATISTICAL ANALYSIS

A database was created based on the completed questionnaires. The database and statistical analysis were based on computer software STATISTICA 10 (StatSoft Polska). Descriptive statistics (means, standard devia-

tions) were used to present the collected results. The collected data were statistically analyzed and the relationships between variables were verified with Students test and Manna-Whitney *U* test. When analyzing more than two groups the Kruskal-Wallis test was implemented. The level of significance $p < 0.05$ indicating the existence of statistically significant differences or relationships was adopted.

RESULTS

Characteristics of the study group

The study involved a group of 598 workers, where women accounted for 56.52% ($n = 338$). The average age was 36.49 ± 7.33 . The largest group of individuals was aged 31–40 years (47.83%; $n = 186$), while 25.08% ($n = 150$) that were interviewed were of the age of 20–30 years; 23.41% ($n = 140$) age 41–50 years, while the least numerous examined was 51 years of age and above – 3.68% ($n = 22$). A larger proportion of respondents – 63.55% ($n = 380$) came from the city. Due to the purpose of the survey, the respondents were divided into the medical profession, 51% ($n = 305$) and non-medical – 49.00% ($n = 293$). Among medical professionals were nurses (50.49%; $n = 154$), midwives (11.48%; $n = 35$), medical careers (16.72%; $n = 51$) and sterilization of medical technicians (21.31%; $n = 65$). Non-medical professions represented by miners were (42.66%; $n = 125$), teachers (23.21%; $n = 68$) and prison staff (34.13%; $n = 100$). Detailed characteristics of the respondents are presented in Table I.

Table I. Sociodemographic characteristics of the respondents

Category	Health professionals ($n=305$) [n (%)]	Non-medical professionals ($n=293$) [n (%)]	Total ($n=598$) [n (%)]
Gender:			
Femal	269 (88.20)	69 (23.55)	338 (56.52)
Male	36 (11.80)	224 (76.45)	260 (43.48)
Age [years]: mean (\pmSD) 36.49 ± 7.33			
20–30	68 (22.30)	82 (27.99)	150 (25.08)
31–40	133 (43.61)	153 (52.22)	286 (47.83)
41–50	90 (29.51)	50 (17.06)	140 (23.41)
51 and above	14 (4.58)	8 (2.73)	22 (3.68)

Place of residence:			
Rural	102 (33.44)	116 (39.59)	218 (36.45)
Urban	203 (66.56)	177 (60.41)	380 (63.55)
Education:			
Vocational	–	34 (11.60)	34 (5.69)
Secondary	155 (50.82)	109 (37.20)	264 (44.15)
Bachelor's degree	86 (28.20)	46 (15.70)	132 (22.07)
Master's degree	64 (20.98)	104 (35.49)	168 (28.09)
Parent`s education:			
Father:			
Vocational	188 (61.64)	117 (39.93)	305 (51.00)
Secondary	94 (30.82)	134 (45.73)	228 (38.13)
Higher	23 (7.54)	42 (14.33)	65 (10.87)
Mother:			
Vocational	140 (45.90)	75 (25.60)	215 (35.95)
Secondary	136 (44.59)	132 (45.05)	268 (44.82)
Higher	29 (9.51)	86 (29.35)	115 (19.23)
Monthly net income per family member [zloty]:			
Below 500	18 (5.90)	17 (5.80)	35 (5.85)
501–1000	100 (32.79)	54 (18.43)	154 (25.75)
1001–1500	66 (21.64)	40 (13.65)	106 (17.73)
Above 1500	68 (22.30)	125 (42.66)	193 (32.27)
I refuse to answer	53 (17.38)	57 (19.45)	110 (18.39)

Health behaviors in the studied groups

Analysis of the data collected from the medical professionals shows that the general index of the severity of health behaviors in this group of patients was 80.20 (SD = 11.76), which is equivalent to a standardized unit of 5.64 (SD = 1.65) sten and it is interpreted as an average value (the middle value 6). The highly rated categories of health behaviors in a group of health professionals are: preventive behaviors (mean (M) = 21.08); SD = 4.04) and a positive mental attitude (M = 20.86, SD = 3.62). Slightly lower scores were obtained by the categories such as: proper eating habits (M = 20.14,

SD = 4.11) and health practices (M = 18.13, SD = 3.88). The overall rate of health behavior among non-medical professionals is 72.70 (SD = 14.77), which is equivalent to a standardized unit of 4.73 (SD = 1.82), and is interpreted as average (mean value of 5). Among medical professionals, most categories included in health behaviors are assessed as follow: a positive mental attitude (M = 19.45, SD = 4.46) and preventive behaviors (M = 18.15, SD = 4.65). A little below the average, reviewed categories were correct eating habits (M = 17.81, SD = 4.78) and health practices (M = 17.29, SD = 4.26). The analysis showed a statistically significant difference between the nature of their profession and the level of health behaviors ($p < 0.05$). People from the medical profession were characterized by a significantly higher rate in the general level of health behavior and higher rates in each category compared with the tested non-medical professionals ($p < 0.05$).

Among the surveyed, medical professionals in 23.28% (n = 71) patients rate the severity of health behaviors was low (1–4 sten), with 47,54% (n = 145) was mediocre (4–6 sten) and 29 18% (n = 89) was high (7–10 sten). In contrast, 40.96% (n = 120) of respondents from non-medical practitioners had low (1–4 sten) level indicator of severity of health behaviors, with 41.64% (n = 122) was on average (5–6 sten) and only at 17.40% (n = 51) was high (7–10 sten) (Fig. 1).

Statistical analysis showed significant differences between the general indicator of health behavior and the different categories of health behavior and profession ($p < 0.05$). Detailed data is shown in Table II.

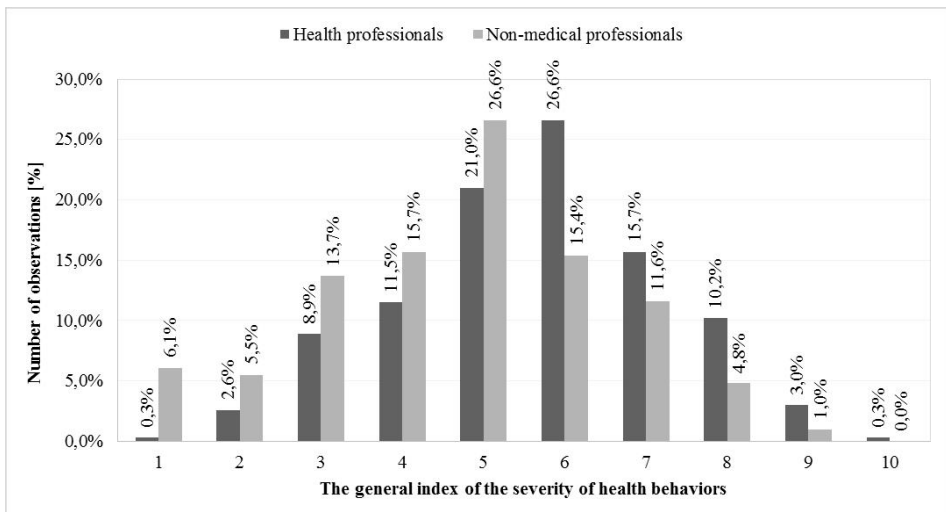


Fig. 1. Distribution of the overall rate the severity of health behavior HBI scale sten among medical professionals (n = 305) and non-medical (n = 293)

Source: Own elaboration.

Table II. The differences in the overall level of health behaviors (HBI) and its four categories including representatives of various professions profession (n = 598)

Professions	Carrect eating habits	Preventive actions	Positive mental attitude	Health practices	Catalogue of Healthy Behaviour
	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD
Medical					
Nurses and midwives	20.81±3.81	21.33±3.80	20.73±3.43	18.28±3.93	81.15±11.14
Medical carer	20.09±4.64	21.39±4.46	21.29±3.75	19.08±3.94	82.06±13.52
Medical sterilization techniques	18,05±3.85	20.09±4.27	20.89±4.08	16.94±3.44	75.97±11.23
Non-medical					
Miner	18.22±4.38	18.50±4.27	20.62±3.61	18.34±3.84	75.70±12.10
Teacher	18.71±4.57	19.34±4.38	19.19±3.97	17.04±3.21	74.28±10.98
Employee prison	16.67±5.22	16.91±5.02	18.16±5.32	16.13±5.02	67.87±18.48
F	14.653***	17.578***	8.180***	6.583***	15.949***

M: mean; SD: standard deviation; F: analysis of variance; statistical significance: * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Source: Own elaboration.

Health behaviors and selected sociodemographic characteristics

In the group of people working in medical professions and non-medical analyzes differences in health behavior scale HBI due to selected socio-demographic characteristics such as gender, age, place of residence, education, education of father and mother, and net monthly income per family member. Detailed data are presented in Tables III and IV.

Statistical analysis showed significant differences in the intensity of the declared health behaviors for healthy dietary habits between men and women performing both medical and non-medical professionals ($p < 0.05$). Women of both analyzed groups exhibited higher intensity of health behaviors in the category, when compared with men. The analysis showed statistically significant differences between the subjects' age and the level of severity of health behaviors in two categories ($p < 0.05$). Medical practitioners aged between 20–30 years ($M = 18.97$, $SD = 4.56$) were significantly of lower severity of health behaviors for healthy dietary habits, compared to the surveyed medical professionals aged 41–50 years ($M = 20.78$;

SD = 3.96). The analyzed groups had higher severity of health behaviors in this category compared with men.

Among the non-medical professionals there were reported a statistically significant difference in the category of preventive health behaviors. They showed a higher rate of respondents aged 41–50 years (M = 20.14, SD = 4.25) compared with the test at the age of 31–40 years (M = 17.63, SD = 4.64). In the other categories there were no statistically significant differences.

As a result of statistical analysis there were observed significant relationships in the group of non-medical practitioners between the place of living and the general rate of health behaviors ($p = 0.018$). Those medical practitioners living in the city were characterized by higher severity declared health behaviors (M = 74.54, SD = 13.89) compared with respondents living in rural areas (M = 69.89, SD = 15.66). Significant differences were also found in the various categories of health behaviors in a group of practitioners of non-medical ($p < 0.05$). In terms of preserving preventive health practices and the higher the score awarded to people living in the city (respectively: M = 18.73, SD = 4.66 and M = 17.82, SD = 3.93) compared with the test of people living in the rural areas (respectively: M = 17.28, SD = 4.51 and M = 16.47, SD = 4.61).

Analyzing the level of education and the level of declared health behaviors in a group of medical professionals were found statistically significant differences ($p < 0.05$). Those medical practitioners possess a higher education had significantly higher levels of declared health behavior in terms of: proper eating habits (M = 20.67, SD = 3.95) and health practices (M = 18.73, SD = 4.14) compared with the test of that they have a secondary (respectively: M = 19.63, SD = 4.21 and M = 17.54, SD = 3.54)

In the group of non-medical professions, there were no statistically significant differences between the level of education and the level of declared health behaviors.

Analyzing the variable parents' education level and declared health behaviors, there was a statistically significant difference in only one category of health behaviors – the practice of health and education in the mother group of non-medical professions ($p = 0.036$). Respondents, whose mother had secondary education, achieved a higher level of behavior for health practices (M = 17.83, SD = 4.31) than respondents whose mother had a higher education (M = 16.24, SD = 4.36). In the other categories there were no statistically significant differences.

The analysis showed statistically significant relationships in the group of non-medical professions between the general level of health behavior and its four categories and the level of monthly net income per family member ($p < 0.05$). With the increase in net income per one family member in

the group of non-medical professions there increases the declared level of overall rate of health behaviors, and four of the categories. Among medical professionals, there were no statistically significant differences.

Table III. The level of health behaviors tested and selected socio-demographic characteristics: gender, age, place of residence, education

Variable	Health professionals (n = 305)				Non-medical professionals (n = 293)					
	Correct eating habits	Preventive actions	Positive mental attitude	Health practices	Catalogue of Healthy Behaviour	Correct eating habits	Preventive actions	Positive mental attitude	Health practices	Catalogue of Healthy Behaviour
	Sex (M±SD)									
Female	20.51±3.99	21.17±4.08	20.80±3.61	18.12±3.86	80.60±11.84	18.99±5.35	18.94±4.82	19.03±4.98	16.80±4.02	73.75±15.80
Male	17.39±3.99	20.33±3.67	21.28±3.76	18.22±4.11	77.22±10.89	17.44±4.55	17.91±4.58	19.58±4.29	17.44±4.33	72.37±14.45
Z	3.922***	1.375	-0.645	-0.295	1.708	2.455**	1.686	-0.847	-1.143	0.845
	Age [years] (M±SD)									
20 - 30	18.97±4.56	20.06±4.41	20.50±4.02	18.06±4.04	77.59±12.44	18.01±3.79	17.90±4.39	20.20±4.10	17.24±4.26	73.35±13.50
31 - 40	20.32±3.96	21.33±3.74	20.83±3.47	18.22±3.67	80.69±11.48	17.35±5.07	17.63±4.64	18.97±4.67	17.11±4.20	71.05±15.47
41 - 50	20.78±3.96	21.50±4.10	21.00±3.52	18.01±4.16	81.29±11.62	18.46±4.80	20.14±4.25	19.82±3.88	17.52±4.16	75.94±12.12
≥ 51	20.00±3.28	20.86±4.11	22.00±3.80	18.36±3.65	81.21±11.26	20.38±7.39	18.38±7.05	18.75±6.63	19.63±5.83	77.13±24.56
H	8.307*	6.276	2.469	0.333	6.656	4.270	1.352**	4.360	5.303	5.510
	Place of residence (M±SD)									
Rural	19.82±3.88	21.09±3.86	20.76±3.21	18.06±3.51	79.74±10.81	17.16±4.71	17.28±4.51	18.98±4.69	16.47±4.61	69.89±15.66
Urban	20.30±4.22	21.07±4.13	20.91±3.82	18.16±4.06	80.43±12.23	18.23±4.80	18.73±4.66	19.76±4.29	17.82±3.93	74.54±13.89
Z	0.942	-0.115	0.420	0.655	0.350	1.950	2.699**	1.212	2.356**	2.372**
	Education (M±SD)									
Vocational	-	-	-	-	-	17.47±5.52	18.03±5.16	19.35±4.41	17.09±4.96	71.94±17.75
Secondary	19.63±4.21	21.07±4.16	20.95±3.72	17.54±3.54	79.19±11.63	17.61±4.00	17.90±4.03	19.90±3.92	18.01±4.02	73.41±12.61
Higher	20.67±3.95	21.08±3.93	20.77±3.53	18.73±4.14	81.25±11.85	18.03±5.14	18.37±4.96	19.15±4.83	16.81±4.22	72.35±15.54
Z	-1.975*	0.161	0.406	-2.879**	-1.283	-	-	-	-	-
H	-	-	-	-	-	1.036	1.656	1.125	5.060	0.004

M: mean; SD: standard deviation; Z: test Mann-Whitney; U, H: test Kruskal-Wallis; statistical significance: *p≤0.05; **p≤0.01; ***p≤0.001
 Source: Own elaboration.

Table IV. The level of health behaviors (HBI) tested and selected socio-demographic characteristics: parent's education, monthly net income per family member (n = 598)

Variable	Health professionals (n = 305)				Non-medical professionals (n = 293)					
	Correct eating habits	Preventive actions	Positive mental attitude	Health practices	Catalogue of Healthy Behaviour	Correct eating habits	Preventive actions	Positive mental attitude	Health practices	Catalogue of Healthy Behaviour
	Father's education (M±SD)									
Vocational	19.88±3.94	21.10±3.98	20.59±3.69	17.78±3.97	79.34±11.48	17.29±4.65	17.54±4.71	19.23±4.55	17.26±4.52	71.32±15.10
Secondary	20.74±4.03	21.20±4.19	21.33±3.55	18.55±3.60	81.83±11.68	18.43±4.68	18.69±4.27	19.62±4.42	17.63±4.22	74.38±14.17
Higher	19.78±5.51	20.39±3.97	21.17±3.26	19.22±4.07	80.57±14.02	17.24±5.35	18.14±5.46	19.52±4.44	16.26±3.50	71.17±15.46
H	2.159	1.689	2.388	6.396	2.810	4.503	3.385	0.599	4.110	3.966
	Mother's education (M±SD)									
Vocational	19.94±3.89	21.07±9.92	20.86±3.54	17.74±4.00	17.74±4.00	17.71±4.16	18.52±4.10	20.31±3.54	17.53±3.86	74.07±12.26
Secondary	20.29±4.06	20.99±4.05	20.89±3.65	18.37±3.68	18.37±3.68	18.23±4.87	18.58±4.46	19.43±4.52	17.83±4.31	74.07±14.28
Higher	20.41±5.33	21.52±4.60	50.69±4.02	18.86±4.19	18.86±4.19	17.24±5.14	17.17±5.25	18.73±4.98	16.24±4.36	69.40±16.97
H	0.629	0.574	0.010	3.657	0.654	1.996	4.228	3.982	6.327	5.098
	Monthly net income per family member [zloty] (M±SD)									
≤ 500	19.50±4.64	22.83±3.94	20.89±2.97	16.94±3.47	80.17±11.59	13.24±5.36	13.18±6.40	14.29±6.84	12.29±5.82	53.00±23.64
501 - 1000	20.20±4.00	21.37±3.63	20.96±3.75	18.01±3.67	80.54±10.51	18.02±4.25	18.00±4.12	19.70±4.57	17.41±3.62	73.13±12.16
1001 - 1500	19.50±4.17	20.45±4.16	20.30±3.33	17.39±3.47	77.65±11.62	17.38±4.68	17.43±3.71	19.43±3.78	16.63±3.54	71.85±12.08
≥ 1501	21.01±4.24	21.62±4.31	21.38±3.84	19.25±4.46	83.26±13.16	18.28±4.86	18.46±4.81	19.58±4.17	17.66±4.28	73.98±14.48
H	5.006	4.956	2.768	8.341	6.203	14.531**	13.988**	10.047**	16.835***	17.929***

M: mean; SD: standard deviation; Z: test Mann-Whitney; U, H: test Kruskal-Wallis; statistical significance: *p≤0.05; **p≤0.01; ***p≤0.001
 Source: Own elaboration.

DISCUSSION

Presented in this paper, the study included a group of working health professionals and non-medical, are an attempt to compare health behaviors and socio-demographic factors. The study group reflects the situation of adults, which through the promotion and health education can improve or strengthen, which will result in the maintenance of good health in this period of life, and in late adulthood, but it can also translate the level of health behaviors in the next of kin.

Overview of the results of the research on the health behavior measured with HBI among selected subpopulation of the population in Poland shows that usually takes one result to the average level (5–6 sten). The average level of health behaviors among employed respondents ($M = 78.31$), men over 40 years of age ($M = 76.28$), people over 65 years ($M = 76.49$), women after mastectomy ($M = 88.04$), diabetics ($M = 89.05$), miners ($M = 81.71$) and nurses ($M = 83.56$) (Arend, Leszczyńska, Bożydło, Kotwas, Karakiewicz, 2014; Młynarska, et al., 2015; Kurowska, Kalawska, 2013; Nowicki, et. al., 2014; Ślusarska, Nowicki, 2010; Wysokiński, Fidecki, Bernat-Kotowska, Ślusarz, 2015).

Own research in a group of people working indicates that both medical professionals ($M = 80.20$), and non-medical employees ($M = 72.70$) are characterized by an average level of health behaviors – between 5 and 6 sten, while the respondents practicing non-medical – miners ($M = 75.70$), teachers ($M = 74.28$), employees of the prison service ($M = 67.87$) – obtained a score lower by one sten (5 sten) compared to those of the medical profession – nurses and midwives ($M = 81.15$), and medical caregivers ($M = 82.06$) – 6 sten.

The technicians of medical sterilization, who are clinical healthcare practitioners, have the level of health behaviors similar to those non-medical professionals, 5 sten. A comparative analysis of the level of health behavior between the medical and nonmedical jobs showed that the respondents performing medical professions were rated higher health behaviors compared with the respondents engaged in the profession of non-medical type: the general indicator of health behaviors, correct eating habits, preventive behaviors, positive mental attitude and health practices. The reason for achieving higher results by representatives of the medical profession should be seen in a greater level of knowledge concerning the risk factors for civilization diseases, principles of disease prevention and better access to prevention programs.

Epidemiological studies show a correlation between socio economic lifestyle and health behavior. The research has proven the difference in morbidity and mortality among people representing different socio-economic groups. Social determinants of health, or the conditions in which people are born, grow, live, work and grow old are responsible for differences in health statuses, both among the representatives of the country's population, and between different countries (Stringhini, et al., 2011). Therefore, the fact of considering the level of health behaviors including socio-demographic status and SES is justified.

Furthermore, education plays a significant role among the socio-demographic characteristics. This variable affects the nature of the employment, income and shapes health-conscious population, and thus is responsible for the lifestyle and health behaviors exhibited (Maniecka-Bryła, Pikała, Bryła, 2012; Stelmach, Kaczmarczyk-Chałaś, Bielecki, Drygas, 2004). People with primary education, often performing physical labor for the low income show a higher mortality than people who are in a better socio-economic situation (Mackenbach, Kunst, Cavelaars, Groenhof, Geurts, 1997). In addition, it is believed that educated people are more interested in the latest developments of science and their access to information is greater, and the knowledge gained can be implemented into practice (Smoleń, Gazdowicz, Żyłka-Reut, 2011). The above thesis is confirmed by own research. Among the respondents representing the medical profession persons with higher education have achieved a higher assessment of health behaviors for healthy dietary habits and the return practice compared with those with secondary education. Moreover, in the studied group of medical professionals there has been obtained an interesting result of assessment concerning the level of health behavior and its four categories compared with a variable net income per family member. Assessment of the level of health behaviors and its four categories grew with the increase in net income per family member.

Health behavior, according to many authors, is shaped during the period of youth and depends on the environment in which a young person grows up. Parents play a key role in shaping health behaviors and preventing behavior risky to health. Health behaviors, learned in the family home during childhood and adolescence, in later years, are difficult to modify. The strong correlation between the risk of obesity with a daughter and mother were demonstrated in studies on risk factors for diseases of the cardiovascular system (Morrisom, Payne, Barton, Khoury, Crawford, 1994). Therefore, in our study, respondents were asked about their parents' education, whose higher level may affect favorably the reported health behaviors of the examined ones. Whereas in our study, the level of education of the father

had no significant impact on the health behavior of the working people, although among the practitioners of non-medical profession whose mother had a high school education, received a higher rating level of health behaviors than the respondents whose mothers had only vocational education or higher.

Health behavior may be influenced by many factors. The study examined the influence of gender and place of residence on health behavior. Studies show that women had higher scores of health behaviors for healthy dietary habits among medical professionals as well as nonmedical ones. Nevertheless, representatives of medical professions, living in the city received a higher assessment of the overall level of health behaviors and in terms of preventive behavior and health practices.

Despite the advances in medicine, health situations in the world present itself unfavorably. The main determinants of lifestyle, health and disease are socio-economic conditions, and the biggest threat to health is poverty and low level of education (Karczmarek, Marcinkowski, Zysnarska, Maksymiuk, Majewicz, 2007). The hierarchy of health in once life conditions healthy lifestyle and related health behaviors of an individual. To improve the health of the public it is not enough to invest in new medical technologies, you need to invest in people, in their awareness and comprehensive development. This investment is health education, which should result in the increase of the awareness of the state of the health risks and that motivates them to be better, and primarily create them. Fostering the needs of health care, which is a part of a unitary system of values, can result in personal lifestyle choices (Wojciszke, 2009).

CONCLUSIONS

There are clear differences in health behaviors with significant higher assessment in a group of medical professionals compared with the non-medical professions. Higher monthly income of the family and dwelling in a city are the differentiating determinants of overall health behaviors in the analyzed groups.

REFERENCES

- Arend, A., Leszczyńska, M., Bożydło, M., Kotwas, A., Karakiewicz, B. (2014). Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn po 40. roku życia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 95(3), s. 659-666.
- Chmiel-Połeć, Z., Binkowska-Bury, M., Januszewicz, P. (2007). Palenie sytuacyjne wśród studentów studiów pomostowych dla pielęgniarek. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 3, s. 245-252.
- Gacek, M. (2011). Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna w grupie lekarzy. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 92(2), s. 254-259.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, s. 110-117.
- Kaleta, D., Makowiec-Dąbrowska, T., Polańska, K., Dziańkowska-Zaborszczyk, E., Drygas, W. (2009). Tobacco smoking and other negative lifestyle behaviors among economically active individuals. *Medycyna Pracy*, 60(1), pp. 7-14.
- Karczmarek, T., Marcinkowski, J.T., Zysnarska, M., Maksymiuk, T., Majewicz, A. (2007). Nierówności społeczne w dostępie do zdrowia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 88(3), s. 259-266.
- Krzych, L. (2004). Analiza stylu życia studentów Śląskiej Akademii Medycznej. *Zdrowie Publiczne*, 114, s. 67-70.
- Kurowska, K., Kalawska, H. (2013). Zachowania zdrowotne a miejsce kontroli zdrowia wśród kobiet po mastektomii. *Current Gynecologic Oncology*, 11 (2), s. 115-124. DOI: 10.15557/CGO.2013.0011.
- Lau, R.R. (1988). Beliefs about control and health behavior. In: D.S. Gochman (Eds.). *Health behavior: research perspectives*. New York: Plenum Press, s. 43-63.
- Lobelo, F., Duperly, J., Frank, E. (2009). Physical activity habits of doctors and medical students influence their counseling practices. *British Journal of Sports Medicine*, 43, s. 89-92. DOI: 10.1136/bjism.2008.055426.
- Łuszczynska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mackenbach, J.P., Kunst, A.E., Cavelaars, A.E., Groenhouf, F., Geurts, J.J. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet*, 349(9066), s. 1655-1659.
- Maniecka-Bryła, I., Pikala, M., Bryła, M. (2012). Health inequalities among rural and urban inhabitants of Łódź province, Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(4), s. 723-731.

- Młynarska, M., Nowicki, G., Rudnicka-Drożak, E., Zagaja A., Misztal-Okońska, P., Dyndur, J., Majcher, P. (2015). Health behaviors of people over 65 years of age and their socio-demographic factors. *Gerontologia Polska*, 4, s. 179-185.
- Morrisom, J.A., Payne, G., Barton, B.A., Khoury, P.R., Crawford, P. (1994). Mother-daughter correlations of obesity and cardiovascular disease risk factors in black and white households: the NHLBI Growth and Health Study. *American Journal of Public Health*, 84(11), pp. 1761-1767. DOI: 10.2105/ajph.84.11.1761.
- Nowicki, G., Dąbrowska, A.M., Jurkowska, B., Toruń-Jurkowska, A., Prystupa, A., Chrzanoska-Wąsik, M., Piasecka, H., Tarach, J.S. (2014). Zachowania zdrowotne mieszkańców wsi chorych na cukrzycę. W: K. Zarzecka, S. Kondracki (red.). *Współczesne dylematy polskiego rolnictwa*. Cz. 2. Biała Podlaska: Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, s. 66-76.
- Puciato, D., Rozpara, M., Mynarski, W., Łoś, A. (2013). Physical activity of adult residents of Katowice and selected determinants of their occupational status and socio-economic characteristics. *Medycyna Pracy*, 64(5), s. 649-657.
- Skommer, M. (2008). Uwarunkowania zachowań zdrowotnych człowieka. W: G. Bartkowiak (red.). *Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia*. Nauka i praktyka. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, s. 11-30.
- Smoleń, E., Gazdowicz, L., Żyłka-Reut, A. (2011). Zachowania zdrowotne osób starszych. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 36(3), s. 5-9.
- Stead, M., Angus, K., Holme, I., Cohen, D., Tait, G., PESCE European Research Team (2009). Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *British Journal of General Practice*, 59(566), s. 682-690. DOI: 10.3399/bjgp09X454007.
- Stelmach, W., Kaczmarczyk-Chałas, K., Bielecki, W., Drygas, W. (2004). The impact of income, education and health on lifestyle in a large urban population of Poland (Cindi Programme). *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 17(3), s. 393-401.
- Stringhini, S., Dugravot, A., Shipley, M., Goldberg, M., Zins, M., Kivimäki, M., Marmot, M., Sabia, S., Singh-Manoux, A. (2011). Health behaviours, socioeconomic status, and mortality: further analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL prospective cohorts. *PLoS Medicine*, 8(2), e1000419. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000419.
- Ślusarska, B., Nowicki, G. (2010). Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91(1), s. 34-40.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (1995). *Wybrane elementy socjologii zdrowia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wojciszke, B. (2009). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.

- Wysokiński, M., Fidecki, W., Bernat-Kotowska, S., Ślusarz, R. (2015). Health behaviour of miners. *Medycyna Pracy*, 66(6), s. 753-761. DOI: 10.13075/mp.5893.00082.
- Zagraba, M., Kulikowska, A., Marcysiak, M., Wiśniewska, E., Ostrowska, B., Skotnicka-Klonowicz, G. (2010). Aktywność fizyczna pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*, 18(3), s. 329-336.
- Zhu, D.Q., Norman, I.J., While, A.E. (2011). The relationship between doctors' and nurses' own weight status and their management practices: a systematic review. *Obesity Reviews*, 12(6), s. 459-469. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2010.00821.x.

Stres i zmęczenie współczuciem wśród personelu pielęgniarskiego w opiece paliatywnej

Karol Czernecki¹, Mariola Rado², Barbara Ślusarska³

1. Hospicyjny Dom Aniołków dla dzieci, Fundacja Z Serca Dla Serca, Kępie Zaleszańskie
2. Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu
3. Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

STRESZCZENIE

Wstęp. Praca personelu pielęgniarskiego w opiece paliatywnej jest bardzo wymagająca emocjonalnie i fizycznie. Pomimo trudnych emocji, jakie towarzyszą pielęgniarkom i pielęgniarzom sprawującym opiekę nad osobami umierającymi, ich praca wykonywana jest rzetelnie i z najwyższą starannością.

Cel pracy. Celem badań jest ocena nasilenia stresu i zmęczenia współczuciem u personelu pielęgniarskiego w opiece hospicyjnej.

Materiał i metody. Badania metodą sondażu diagnostycznego przeprowadzono w grupie 104 osób, pielęgniarek i pielęgniarzy realizujących świadczenia w opiece paliatywnej w pierwszym półroczu 2022 roku. Do badań zastosowano Skalę Postrzeganego Stresu w Pracy, Skalę Praca i Samopoczucie oraz Skalę do Oceny Zmęczenia Pielęgniarek.

Wyniki. Personel pielęgniarski wysoko ocenił poziom swojej empatii oraz poziom swojego zmęczenia fizycznego i psychicznego w związku z wykonywaną pracą w opiece paliatywnej. W skali zmęczenia pracą, badani uzyskali średnio 16,42 pkt \pm 4,06 pkt (w skali od 1 do 20). Stwierdzono istotne statystycznie ujemne związki pomiędzy poziomem natężenia odczuwanego w pracy stresu a oddaniem się pracy ($p = 0,010$), zaabsorbowaniem pracą ($p < 0,001$) oraz samopoczuciem w pracy ($p = 0,003$), a także pomiędzy zmęczeniem pracą a wigorem ($p = 0,013$), oddaniem się pracy ($p = 0,003$), zaabsorbowaniem pracą ($p < 0,001$) oraz samopoczuciem w pracy ($p < 0,001$). Wykazano także obecność istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem nasilenia stresu

i zmęczenia ($p < 0,001$). Korelacja ta była dodatnia ($R = 0,54$) co oznacza, iż osoby odczuwające większy stres w pracy były bardziej zmęczone pracą.

Wnioski. Pomimo wysokiego poziomu zmęczenia pracą zawodową, personel pielęgniarski pracujący, świadczący usługi w opiece paliatywnej, przyjmuje empatyczną postawę, jest oddany i zaabsorbowany pracą, a także wykonuje ją z wigorem. Stres w pracy oraz zmęczenie współczuciem negatywnie wpływają na samopoczucie pielęgniarek i pielęgniarzy.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, stres, zmęczenie, współczucie, opieka paliatywna

WSTĘP

Poczucie opieki i wsparcia jest potrzebne każdemu człowiekowi, aby zapewnić pełnię harmonii i dobre samopoczucie. Opieka paliatywna jest jednym z najmłodszych działów medycyny i skupia się na potrzebach pacjentów zbliżających się ku umieraniu i śmierci. Głównymi zadaniami opieki paliatywnej jest łagodzenie przykrych dolegliwości u pacjenta w tym: leczenie bólu, zminimalizowanie duszności, łagodzenie nudności i wymiotów oraz innych dokuczliwych objawów fizjologicznych, niwelowanie lęku i objawów depresji, a także przeciwdziałanie osamotnieniu i izolacji oraz udzielanie wsparcia psychicznego i duchowego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, 2013).

Pacjenci objęci opieką paliatywną często korzystają ze wsparcia interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka, opiekun medyczny, psycholog, rehabilitant, pracownik socjalny, osoba duchowna oraz członkowie rodziny. Głównym zadaniem opieki paliatywnej jest podniesienie jakości życia pacjentów oraz staranie się o pozytywny wpływ na przebieg choroby w tym trudnym okresie życia (Dangel i in., 2011).

Personel pielęgniarski odgrywa wiele różnych ról w opiece paliatywnej. Przede wszystkim jest odpowiedzialny za sprawowanie nad pacjentami całodobowej opieki oraz wspieranie ich w różnych aspektach jej funkcjonowania. Specjalistyczne zadania zawodowe i dodatkowe czynniki, takie jak cierpienie moralne, wypalenie, zmęczenie współczuciem i lęk przed śmiercią, wpływają na ogólną jakość usług i opieki nad pacjentem paliatywnym (Hussain, 2021; Kase, Waldman, Weintraub, 2018). Starzenie się populacji na całym świecie i towarzyszący mu wzrost zachorowań na choroby przewlekłe przekłada się na zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia per-

sonelu pielęgniarskiego opieki paliatywnej u schyłku życia. To rosnące zapotrzebowanie na świadczenia opieki paliatywnej może wywoływać stresory skutkujące negatywnymi odczuciami, takimi jak wypalenie i zmęczenie współczuciem (Frey, Robinson, Wong, Gott, 2018). Zarówno stres w pracy, jak i zmęczenie współczuciem przez personel pielęgniarski świadczący usługi w opiece paliatywnej może skutkować obniżeniem jakości świadczonej opieki, a także zwiększonym występowaniem działań niepożądanych (Dunwoodie, Auret, 2007; Holland i in., 2007).

Pielęgniarki, w tym pracujące w hospicjach czy w szpitalach psychiatrycznych lub OIOM, uznawane są za najbardziej doświadczające stresu wynikającego z kontaktu z cierpiącymi pacjentami (Bogusz, 2017). Następstwem pracy pielęgniarki w opiece paliatywnej może być wtórny stres traumatyczny. Jest to pojęcie oznaczające zespół objawów, które występują u osób, które narażone były na obserwację oraz bliski kontakt z ludźmi doświadczającymi traumy i cierpienia. Zjawisko to odnosi się do pracowników wielu zawodów, między innymi lekarzy, ratowników medycznych, terapeutów, pracowników socjalnych. Osoby pracujące z ludźmi umierającymi są narażone na tzw. traumę pośrednią. W literaturze w odniesieniu do wtórnego stresu traumatycznego stosuje się termin „zmęczenie współczuciem” (Figley, 2002). Zmęczenie współczuciem to stan emocjonalnego i fizycznego wyczerpania spowodowany stykaniem się z cudzym cierpieniem. Jest ono tym większe, im mniejszy mamy wpływ na to, aby ulżyć komuś w cierpieniu. Długofalowo odczuwane zmęczenie współczuciem prowadzi do znaczącej zmiany zdolności osoby pomagającej do odczuwania empatii dla osoby cierpiącej (Shoji i in., 2014).

Zmęczenie współczuciem to proces, w wyniku którego pielęgniarki stają się mniej empatyczne i mniej współczujące dla swoich pacjentów. Dzieje się tak z czasem, gdy uczucie wyczerpania i przytłoczenia z powodu długotrwałego narażenia na traumę narasta bez interwencji. Ma to także poważne konsekwencje dla zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego, na przykład zmęczenie współczuciem wiąże się z bezsennością, wyczerpaniem, depresją, mniejszą satysfakcją z pracy, utratą nadziei i niepowodzeniem w wychowaniu, brakiem świadomości duchowej, złym osądem i rozeznaniami (Mangoulia, Koukia, Alevizopoulos, Fildissis, Katostaras, 2015). Ponadto niektóre badania wykazały, że zmęczenie pielęgniarek empatią jest szkodliwe dla jakości opieki nad pacjentami, w tym dla napiętych relacji pielęgniarka–pacjent (Xie i in., 2020).

Problem zmęczenia współczuciem jest rzadko podejmowany w badaniach wśród polskich pielęgniarek, szczególnie w opiece paliatywnej.

CEL PRACY

Celem badań była ocena nasilenia stresu i zmęczenia współczuciem u personelu pielęgniarskiego w opiece hospicyjnej.

MATERIAŁ I METODY

Projekt badań przekrojowych z zastosowaniem metody sondażu diagnostycznego, przeprowadzono wśród pielęgniarek i pielęgniarzy w pierwszej połowie 2022 roku.

W badaniu wzięło udział 104 osoby świadczące usługi w opiece paliatywnej. Ankietowani mogli wypełnić ankietę w wersji papierowej oraz elektronicznej.

Kwestionariusz ankiety składał się z następujących zakresów tematycznych:

- cechy społeczno-demograficzne pielęgniarek i pielęgniarzy, tj. płeć, wiek, staż pracy, wykształcenie, stan cywilny, stosunek do wiary,
- deklaracja postawy empatii i uwarunkowań wobec pacjentów umierających i przewlekle chorych,
- Skala Postrzeganego Stresu w Pracy (PSwP) – mająca na celu ukazanie poziomu stresu, odczuwanego przez pielęgniarki podczas wykonywania obowiązków zawodowych w skali od 0 do 40 oraz w kategoriach niskiego, przeciętnego lub wysokiego stopnia natężenia stresu (Chirkowska-Smolak, Grobelny, 2016).
- Skala Praca i Samopoczucie (*The Utrecht Work Engagement Scale*, UWES) mająca na celu ukazanie samopoczucia badanych, na które składały się wigor, oddanie pracy i zaabsorbowanie pracą, a wszystkie te kategorie oceniono w skali od 1 do 5 pkt (Szabowska-Walaszczyk, Zawadzka, Wojtaś, 2011).
- Skala do oceny zmęczenia pielęgniarek, zawierająca 20 pytań, punktowanych od 0 do 20 pkt, gdzie wyższa liczba punktów oznaczała większy poziom zmęczenia (Registered Nurses' Association of Ontario, 2011).

Kwestie etyczne

Wszyscy badani zostali poinformowani, o celu badania i o procedurze zbierania danych. Uczestnicy zostali zapewnieni, że zebrane dane zostaną potraktowane jako poufne. Decyzja o przystąpieniu do badania została

podjęta w oparciu o anonimowość respondentów i ochronę prywatności, bez konieczności przedstawiania dodatkowych dokumentów wymagających podpisu. Ankietowani w każdej chwili mogli wycofać się z badania, odmawiając odpowiedzi na pytanie.

Protokół badawczy tego badania był zgodny z wymaganiami Deklaracji Helsińskiej z 1975 roku z późniejszymi zmianami w 2013 roku podczas 64 Zgromadzenia Ogólnego Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) w Fortalezie w Brazylii (World Medical Association, 2013).

Analiza statystyczna

Uzyskane w badaniu dane poddano analizie statystycznej w programie Statistica 13.3. firmy StatSoft. Do analizy posłużono się testem korelacji rang Spearmana – testem z grupy testów nieparametrycznych. Jego wybór uwarunkowany był niespełnieniem podstawowych założeń dla testów parametrycznych, tj. zgodność rozkładów badanych zmiennych z rozkładem normalnym czy jednorodność wariancji. Zgodność rozkładów z rozkładem normalnym zweryfikowano testem W Shapiro-Wilka natomiast jednorodność wariancji oceniono testem Levene'a. Współczynnik korelacji rang Spearmana służy do badania zależności pomiędzy dwiema cechami liczbowymi i jest wskaźnikiem przyjmującym wartości z przedziału -1 do 1. Jest odporny na występowanie obserwacji odstających i „wykrywa” zależności mające charakter monotoniczny (nie tylko liniowy jak klasyczny współczynnik korelacji liniowej). O sile korelacji świadczy wartość bezwzględna współczynnika a znak o jego kierunku. Tak więc, współczynniki korelacji 0,9 czy -0,9 świadczą o tej samej (bardzo wysokiej sile korelacji), choć wnioski wyciągane na ich podstawie będą przeciwstawne – w pierwszym przypadku wraz ze wzrostem wartości jednej cechy wartości drugiej też rosną, a w drugim przypadku spadają. Wyniki uzupełniono rezultatami testu istotności współczynnika korelacji (p), które pozwalały ocenić czy znaleziona w próbie zależność jest odbiciem ogólniejszej relacji panującej w całej populacji, czy tylko kwestią przypadku. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

Wśród badanych ($n = 104$), większość stanowiły kobiety (96,2%; $n = 100$). Wśród respondentów średnia wieku wyniosła 48,07 lat \pm 8,63 lat. Najmłodszy z badanych miał 24 lata, zaś najstarszy był w wieku 64 lat. Ogólny staż pracy badanych w zawodzie wynosił średnio 21,07 lat \pm 8,27 lat. Wahał się on w przedziale od 1 roku do 36 lat. W hospicjum badani pracowali od 1 roku do 20 lat, a średnio 7,5 roku \pm 3,74 lata. Szczegółową charakterystykę w zakresie pozostałych cech społeczno-demograficznych przedstawia Tabela I.

Tabela I. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanego personelu pielęgniarskiego

Zmienne		n (%)
Płeć	Kobieta	100 (96,2)
	Mężczyzna	4 (3,8)
Wiek	Poniżej 30 lat	5 (4,8)
	30 do 39 lat	10 (9,6)
	40 do 49 lat	38 (36,6)
	50 do 59 lat	46 (44,2)
	60 lat i więcej	5 (4,8)
Staż pracy w zawodzie	Poniżej 5 lat	2 (1,9)
	5 do 10 lat	11 (10,8)
	11 do 20 lat	41 (39,4)
	21 do 30 lat	41 (39,4)
	31 lat i więcej	9 (8,7)
Staż pracy w hospicjum	Poniżej 5 lat	17 (16,5)
	5 do 10 lat	75 (72,1)
	11 do 15 lat	9 (8,6)
	16 lat i więcej	3 (2,8)
Wykształcenie	Średnie zawodowe	8 (7,7)
	Wyższe licencjackie	56 (53,8)
	Wyższe magisterskie	40 (38,5)
Posiadanie specjalizacji	Tak	56 (53,8)
	Nie	48 (46,2)

Stan cywilny	Panna/kawaler	4 (3,8)
	Mężatka/żonaty	67 (64,4)
	W związku nieformalnym	11 (10,6)
	Rozwiedziona/y	15 (14,4)
	Wdowa/wdowiec	7 (6,7)
Stosunek do wiary	Wierzący	97 (93,3)
	Niewierzący	7 (6,7)

n: liczebność; %: procent

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Postawy empatii personelu pielęgniarskiego wobec pacjentów w opiece paliatywnej

Większość, poza jedną osobą, (99,0%; n = 103) zadeklarowała, iż chce przyjmować postawę empatyczną względem pacjentów. Jako powody takiego postępowania 20 (19,2%) osób wskazało wzbudzające żal i litość wobec cierpienia pacjentów, a pozostałe 83 (79,8%) osoby świadomość, że niesiona pomoc może być ulgą w cierpieniu chorego, chęć stworzenia relacji partnerskiej z pacjentem. Pod pojęciem empatii badani rozumieli przede wszystkim zdolność wczuwania się, reagowanie na krzywdę innych (95,2%; n = 99), a rzadziej pomaganie innym, kosztem własnych uczuć (1,9%; n = 2) czy zdolność odczuwania emocji innych osób nic niewnosząca do naszego życia (2,9%; n = 3). Na zgłaszanie przez pacjenta problemu, związanego ze strachem przed śmiercią badani zwykle reagowali poprzez staranie się mu pomóc w każdy możliwy sposób (60,6%; n = 63). Rozmowę z psychologiem proponowało w takiej sytuacji 4 (3,8%) badanych, a kolejnych 37 (35,6%) udzielało wsparcia psychicznego. Szczegółową charakterystykę poziomu empatii oraz czynników stresowych personelu pielęgniarskiego przedstawia Tabela II.

Tabela II. Empatia i postawa personelu pielęgniarskiego wobec problemów opieki paliatywnej

Lp.	Powody, z jakich przyjmowano postawę empatyczną względem pacjentów	n (%)
1.	Cierpienie pacjentów wzbudzające żal i litość	20 (19,2)
2.	Świadomość, że niesiona pomoc może być ulgą w cierpieniu chorego, chęć stworzenia relacji partnerskiej z pacjentem	83 (79,8)
3.	Podniesienie własnej wartości	0 (0)
4.	Nie chce przyjmować postawy empatycznej	1 (1,0)

Rozumienie przez badanych pojęcia „empatia”		
1.	Zdolność wczuwania się, reagowanie na krzywdę innych	99 (95,2)
2.	Pomaganie innym, kosztem własnych uczuć	2 (1,9)
3.	Zdolność odczuwania emocji innych osób nic niewnosząca do naszego życia	3 (2,9)
4.	Skupianie się tylko na własnej osobie	0 (0)
Sposób reagowania na zgłaszanie przez pacjenta problemu związanego ze strachem przed śmiercią		
1.	Staranie się mu pomóc w każdy możliwy sposób	63 (60,6)
2.	Zaproponowanie rozmowy z psychologiem	4 (3,8)
3.	Udzielenie wsparcia psychicznego	37 (35,6)
Czynniki postrzegane jako najbardziej problematyczne w pracy z pacjentem umierającym		
1.	Odpowiedzialność za wykonywane czynności	25 (24)
2.	Kontakt z pacjentem	13 (12,5)
3.	Kontakt z rodziną pacjenta	16 (15,4)
4.	Duża liczba czynności pielęgnacyjnych	3 (2,9)
5.	Cierpienie pacjenta związane z silnymi dolegliwościami chorobowymi np. ból, duszność itp.	47 (45,2)
Sytuacje w pracy z pacjentem umierającym przynoszące ulgę i dodające sił do dalszej opieki nad pacjentami		
1.	Poprawa nawet niewielka, stanu zdrowia pacjenta	72 (69,2)
2.	Dobry kontakt z pacjentem	12 (11,5)
3.	Zrozumienie i dobry kontakt z rodziną pacjenta	7 (6,7)
4.	Możliwość towarzyszenia pacjentowi w chwili śmierci	13 (12,5)

n: liczebność; %: procent

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Stres, zmęczenie pracą oraz samopoczucie personelu pielęgniarskiego świadczącego usługi z zakresu opieki paliatywnej

Poziom odczuwanego przez personel pielęgniarski stresu w pracy, został oceniony za pomocą skali postrzeganego stresu w pracy. W skali tej badani uzyskać mogli od 0 do 40 pkt. Nasilenie stresu, związanego z pracą, oceniono w badanej grupie osób, na średnim poziomie 21,96 pkt ± 4,15 pkt. Najmniej na 8, a najwięcej na 35 pkt.

Poziom zmęczenia pielęgniarek pracą zawodową oceniono za pomocą skali zmęczenia pracą. Badani uzyskać mogli od 0 do 20 pkt w skali, a wyższa liczba punktów, oznaczała większy ich poziom zmęczenia. W skali zmęczenia pracą, badani uzyskali średnio 16,42 pkt \pm 4,06 pkt, a ich oceny wahały się w zakresie od 5 do 20 pkt.

W pięciopunktowej skali (1–5 pkt) oceniono samopoczucie badanych osób w pracy ogólnie, a także poszczególne jego składowe, tj. wigor, oddanie się pracy czy zaabsorbowanie pracą. Oddanie się pracy oceniono w badanej grupie najwyżej, średnio na 3,53 pkt \pm 0,79 pkt. Wysoko oceniono także zaabsorbowanie pracą (3,21 pkt \pm 0,84 pkt) oraz ogólne samopoczucie badanych w pracy (3,27 pkt \pm 0,72 pkt). Nieco niżej w porównaniu do pozostałych obszarów, oceniono wśród pielęgniarek wigor (średnio na 3,08 pkt \pm 0,67 pkt) Szczegóły przedstawione zostały w Tabeli III.

Tabela III. Poziom stresu, zmęczenia pracą oraz samopoczucia w pracy personelu pielęgniarskiego

Nazwa skali	n	M	Me	Min.	Max.
Skala postrzegania stresu w pracy [0-40 pkt]	104	21,96	22,00	8,00	35,00
Skala Zmęczenia pracą [0-20 pkt]	104	21,96	22,00	8,00	35,00
Skala UWES – oceniająca samopoczucie w pracy [1–5 pkt]					
Wigor	104	3,08	3,17	1,00	5,00
Oddanie się pracy	104	3,53	3,60	1,40	5,00
Zaabsorbowanie	104	3,21	3,33	1,33	5,00
Samopoczucie	104	3,27	3,45	1,41	4,94

n: liczebność; M: średnia; Me: Mediana; Min.: minimum; Max.: maksimum

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Stres, zmęczenie pracą oraz samopoczucie w pracy – wybrane związki pomiędzy zmiennymi

Zbadano także, czy istnieją związki pomiędzy nasileniem stresu, a samopoczuciem personelu pielęgniarskiego w pracy, poziomem zmęczenia, a samopoczuciem personelu oraz nasileniem stresu, a poziomem zmęczenia pracą. W tym celu przeprowadzono analizę korelacji (Tab. IV).

Tabela IV. Czynniki wpływające negatywnie na samopoczucie personelu pielęgniarskiego w pracy

ZMIENNE		R	p
Nasilenie stresu, a samopoczucie personelu pielęgniarskiego w pracy	Wigor a stres	-0,15	0,141
	Oddanie się pracy a stres	-0,25	0,010
	Zaabsorbowanie a stres	-0,40	<0,001
	Samopoczucie a stres	-0,29	0,003
Poziom zmęczenia, a samopoczucie personelu pielęgniarskiego w pracy	Wigor a zmęczenie	-0,24	0,013
	Oddanie się pracy a zmęczenie	-0,29	0,003
	Zaabsorbowanie a zmęczenie	-0,46	<0,001
	Samopoczucie a zmęczenie	-0,36	<0,001
Nasilenie stresu, a poziom zmęczenia pracą	Zmęczenie a stres	0,54	<0,001

R: wartość testu korelacji rang Spearmana; p: wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Analiza wykazała obecność istotnych statystycznie związków pomiędzy poziomem natężenia odczuwanego w pracy stresu, a oddaniem się pracy ($p = 0,010$), zaabsorbowaniem pracą ($p < 0,001$) oraz samopoczuciem w pracy ($p = 0,003$). Wszystkie związki były ujemne. Im badani odczuwali większy stres spowodowany pracą, tym byli mniej oddani pracy, mniej zaabsorbowani pracą, a także mieli gorsze samopoczucie w pracy. Wykazano również obecność istotnych statystycznie związków pomiędzy poziomem zmęczenia pracą, a wigorem ($p = 0,013$), oddaniem się pracy ($p = 0,003$), zaabsorbowaniem pracą ($p < 0,001$) oraz samopoczuciem w pracy ($p < 0,001$). Wszystkie związki były ujemne. Im badani odczuwali większe zmęczenie pracą, tym mieli niższy wigor, byli mniej oddani pracy, mniej zaabsorbowani pracą, a także mieli gorsze samopoczucie w pracy. Wykazano także obecność istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem nasilenia stresu i zmęczenia ($p < 0,001$). Korelacja ta była dodatnia ($R = 0,54$) co oznacza, iż osoby odczuwające większy stres w pracy były bardziej zmęczone pracą (Tab. IV).

DYSKUSJA

Wyniki naszych badań stanowią jedne z pierwszych ocen dotyczących stresu i zmęczenia współczuciem u personelu pielęgniarskiego świadczącego usługi w polskiej opiece paliatywnej, chociaż badania nad tym problemem wśród pielęgniarek na świecie są rozpowszechnione. W swoich ba-

daniach Duarte i Pinto-Gouveia (2017) dowodzą, że aż do 40% pielęgniarek doświadcza umiarkowanego lub wysokiego poziomu zmęczenia współczuciem.

Zmęczenie współczuciem jest konsekwencją przewlekłego narażenia na stres związany z pracą wśród pracowników ochrony zdrowia. Pielęgniarstwo to zawód wysokiego ryzyka, stresujący, który zwiększa podatność pielęgniarek na objawy zmęczenia współczuciem w porównaniu z innymi pracownikami ochrony zdrowia (Cavanagh i in., 2019). Figley (2002) uznał, że zmęczenie współczuciem było „kosztem opieki”.

Nasze wyniki wskazują, że pielęgniarki uzyskały średni poziom zmęczenia pracą, oraz istotną korelację pomiędzy poziomem nasilenia stresu i zmęczenia ($p < 0,001$). Systematyczny przegląd obejmujący 79 opublikowanych badań ($n = 509$ pielęgniarek z 11 krajów) wykazał, że poziom zmęczenia współczuciem był umiarkowany (Xie i in., 2021).

Z czasem opieka nad pacjentem paliatywnym może prowadzić do wypalenia zawodowego oraz ogólnego obniżenia jakości życia zawodowego (Klein, Riggerbach-Hays, Sollenberger, 2017; Kase, Waldman, Weintraub, 2018). Personel pielęgniarski pracujący z osobami, których życie zbliża się ku umieraniu i śmierci, często jest narażony na problemy egzystencjalne, wyzwania psychologiczne i stres emocjonalny związany z opieką u schyłku życia (Samsó i in., 2015). Czynniki, które pomagają personelowi radzić sobie z częstym narażeniem na problemy związane ze śmiertelnością, mogą poprawić jakość życia osób świadczących opiekę paliatywną i pacjentów, którzy tej opieki doświadczają.

Personel pielęgniarski pracujący w opiece paliatywnej wykazuje również pozytywne emocje, które rekompensują chwile niepokoju oraz traumatyczne przeżycia. W naszych badaniach takie czynniki jak wigor, oddanie pracy i zaangażowanie posiadały wartość zmniejszającą zmęczenie pracą i stres. Wyniki badań Cho i Cho (2021) wykazały, że czynnikami wpływającymi na zmęczenie współczuciem wśród pielęgniarek oddziałów opieki hospicyjnej i paliatywnej ($n = 146$) były prężność, subiektywny stan zdrowia, aktualna satysfakcja z pobytu na oddziale hospicyjnym oraz stres związany z opieką u schyłku życia. Wyższy poziom prężności, subiektywny stan zdrowia „zdrowy”, wysoki poziom aktualnej satysfakcji z pobytu na oddziale hospicyjnym oraz niższy poziom stresu związanego z opieką schyłkową wiązały się z niższym poziomem zmęczenia współczuciem, wyjaśniając 42,9% ogółu zmienności. Ponadto wsparcie pozostałych członków zespołu, pracodawcy, społeczeństwa oraz pomoc psychologiczna i duchowa wydaje się być kluczem do zapewnienia wysokiej jakości opieki i uniknięcia zmęczenia współczuciem (Barrué, Sánchez-Gómez, 2021).

Wyniki naszych badań pokazują, że stres i zmęczenie są nierozłącznym elementem podczas wykonywania świadczeń przez personel pielęgniarski w opiece paliatywnej. Zapewnienie personelowi pielęgniarskiemu narzędzi oraz odpowiednich form wsparcia pozwalających uniknąć przykrych doświadczeń, stresu, zmęczenia, wypalenia zawodowego oraz wpłynąć na poprawę zdrowia psychicznego powinno odgrywać w opiece paliatywnej rolę priorytetową.

WNIOSKI

Pomimo wysokiego poziomu zmęczenia pracą zawodową pielęgniarki pracujące w opiece hospicyjnej przyjmują empatyczną postawę, są oddane i zaabsorbowane pracą, a także wykonują ją z wigorem. Stres w pracy oraz zmęczenie współczuciem negatywnie wpływają na samopoczucie pielęgniarek. Należy zapewnić pielęgniarkom pracującym w opiece hospicyjnej wsparcie psychologiczne i warunki do regeneracji psychicznej. Administratorzy szpitali i przełożeni pielęgniarek powinni zwracać większą uwagę na zmęczenie współczuciem wśród pielęgniarek.

PIŚMIENNICTWO

- Barrué, P., Sánchez-Gómez, M. (2021). The emotional experience of nurses in the Home Hospitalization Unit in palliative care: A qualitative exploratory study. *Enfermería Clínica*, 31(4), s. 211-221. DOI: 10.1016/j.enfcli.2020.11.006.
- Bogusz, H. (2017). O niektórych prekursorach opieki hospicyjnej w Polsce. *Medycyna Paliatywna*, 9(2), s. 120-124.
- Cavanagh, N., Cockett G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J., Page, S., Mitchell, I., Doig, C. (2019). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*, 27(3), s. 639-665. DOI: 10.1177/0969733019889400.
- Chirkowska-Smolak, T., Grobelny, J. (2016). Konstrukcja i wstępna analiza psychometryczna Kwestionariusza Postrzeganego Stresu w Pracy (PSwP). *Czasopismo Psychologiczne*, 22(1), s. 131-139. DOI: 10.14691/CPJ.22.1.131.
- Cho, E., Cho, H. (2021). Factors Influencing Compassion Fatigue among Hospice and Palliative Care Unit Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 24(1), s. 13-25. DOI: 10.14475/jhpc.2021.24.1.13.
- Dangel, T., Grenda, R., Kaczkowski, J., Pawlikowski, J., Rawicz, M., Sawicka, E., Szeroczyńska, M., Szymkiewicz-Dangel, J., Świetliński, J., Wichrowski, M. we współpracy z Chybicka, A., Dobrzańska, A., Peregud-Pogorzelski, J. (2011). Zaniechanie i wy-

- cofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy. Warszawa: Polskie Towarzystwo Pediatryczne.
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, s. 114-121. DOI: 10.1016/j.ejon.2017.04.002.
- Dunwoodie, D., Auret, K. (2007). Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Internal Medicine Journal*, 37(10), s. 693-698. DOI: 10.1111/j.1445-5994.2007.01384.x.
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), s. 1433-1441. DOI: 10.1002/jclp.10090.
- Frey, R., Robinson, J., Wong, C., Gott, M. (2018). Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Applied Nursing Research*, 8(43), s. 1-9. DOI: 10.1016/j.apnr.2018.06.003.
- Holland, R., Brooksby, I., Lenaghan, E., Ashton, K., Hay, L., Smith, R., Shepstone, L., Lipp, A., Daly, C., Howe, A., Hall, R., Harvey, I. (2007). Effectiveness of visits from community pharmacists for patients with heart failure: HeartMed randomised controlled trial. *BMJ*, 334(7603), s. 1098. DOI: 10.1136/bmj.39164.568183.AE.
- Hussain, F. (2021). Psychological challenges for nurses working in palliative care and recommendations for self-care. *British Journal of Nursing*, 30(8). DOI: 10.12968/bjon.2021.30.8.484.
- Kase, S., Waldman, E., Weintraub, A. (2018). A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative care providers in the United States. *Palliative & Supportive Care*, 17(3), s. 1-7. DOI: 10.1017/S1478951517001237.
- Klein, C., Riggerbach-Hays, J., Sollenberger, L. (2017). Quality of Life and Compassion Satisfaction in Clinicians: A Pilot Intervention Study for Reducing Compassion Fatigue. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 35(6), s. 1-7. DOI: 10.1177/1049909117740848.
- Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., Katostaras, T. (2015). Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), s. 333-338. DOI: 10.1016/j.apnu.2015.06.001.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2011). Preventing and mitigating nurse fatigue in health care. Healthy Work Environments. Best Practice Guidelines. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Preventing_and_Mitigating_Nurse_Fatigue_in_Health_Care.pdf (04.03.2023).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. 2013 poz. 1347 z późn. zm.).

- Samsó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), s. 200-207. DOI: 10.1016/j.jpainsym-man.2015.02.013.
- Shoji, K., Bock, J., Cieslak, R., Zukowaska, K., Luszczyska, A., Benight, C. (2014). Cultivating secondary traumatic growth among healthcare workers: the role of social support and self-efficacy. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), s. 831-846. DOI: 10.1002/jclp.22070.
- Szabowska-Walaszczyk, A., Zawadzka, A., Wojtaś, M. (2011). Zaangażowanie w pracę i jego korelaty: adaptacja skali UWES autorstwa Schaufeliego i Bakker. *Psychologia Jakości Życia*, 10(1), s. 57-74.
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 310(20). DOI: 10.1001/jama.2013.281053.
- Xie, W., Chen, L., Feng, F., Okoli, C., Tang, P., Zeng, L., Jin, M., Zhang, Y., Wang, J. (2021). The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 120, s. 103973. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103973.
- Xie, W., Wang, J., Okoli, C., He, H., Feng, F., Zhuang, L., Tang, P., Zeng, L., Jin, M. (2020). Prevalence and factors of compassion fatigue among Chinese psychiatric nurses: A cross-sectional study. *Medicine*, 99(29), s. e21083. DOI: 10.1097/md.00000000000021083.

Zachowania zdrowotne przyszłych pielęgniarek

Zofia Kiedrowska, Marzena Krysa, Julia Szponik, Daria Zdyb, Agata Żuk, Weronika Kmiecik

Studentki Koła Naukowego „Badań w Pielęgniarstwie”, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Opiekun pracy: Dr n. o zdr. Marzena Krysa

Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Pediatrii, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp. W procesie socjalizacji człowieka kształtują się zachowania zdrowotne, czyli aktywności ukierunkowane na cele będące w związku ze zdrowiem. Od najmłodszych lat postawa wobec zdrowia, kształtowana głównie przez przekonania i obrany styl życia, trwa przez całe życie i wpływa na podejście do sposobu funkcjonowania w przeszłości, także zawodowej pielęgniarek. Wyróżniamy zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne, które służą wzmocnieniu stanu zdrowia oraz zapobieganiu chorobie czy utrudniające utrzymanie dobrego jego stanu. Zdrowie studentów pielęgniarstwa jest szczególnie ważną wartością, którą należy poznawać, rozwijać i chronić.

Cel pracy. Ocena ogólnego poziomu i stopnia nasilenia zachowań zdrowotnych oraz ich kategorii wśród studentów kierunku pielęgniarstwo.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego – w okresie od czerwca do grudnia 2021 roku. W celu uzyskania wyników badań posłużono się techniką ankiety autorskiej z uwzględnieniem danych socjodemograficznych oraz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych autorstwa Zygryda Juczyńskiego. Respondenci oceniali również swoje zachowania zdrowotne w czterech kategoriach: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych, pozytywnego nastawienia psychicznego. W badaniu uczestniczyło 109 studentów kierunku pielęgniarstwo w różnych uczelniach, którzy wypełniali ankietę drogą internetową.

Wyniki. Ogólny wynik nasilenia zachowań zdrowotnych badanej grupy studentów wyniósł 80,48. Najczęściej wskazywali na przeciętny stopień zachowań zdrowotnych (41,28%). Niskie nasilenie zachowań zdrowotnych potwierdziło 36,70% studentów, najmniej studentów (22,02%) deklaroowało wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych. Średni wynik czterech kategorii wynosił: prawidłowe nawyki żywieniowe 3,34; zachowania profilaktyczne 3,58; pozytywne nastawienie psychiczne 3,28; praktyki zdrowotne 3,21. Forma studiów stacjonarnych istotnie wpływa na kategorie zachowań profilaktycznych ($p = 0,002$) oraz na pozytywne nastawienie psychiczne studentów pielęgniarstwa ($p = 0,014$), a także są bardziej nasilone w przypadku respondentów pielęgniarstwa w dobrej i bardzo dobrej sytuacji ekonomicznej ($p = 0,004$).

Wnioski. Przyszłe pielęgniarki najczęściej wskazują na przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych, co może wpływać na stan zdrowia i przyszłą pracę zawodową. Kategoria zachowań zdrowotnych dotyczących ich pozytywnego nastawienia psychicznego i przestrzegania zachowań profilaktycznych jest dla studentów ważną grupą zachowań prozdrowotnych.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, studenci pielęgniarstwa

WSTĘP

Zachowania zdrowotne są główną kategorią stylu życia i dotyczą determinantów takich jak: sposób odżywiania, podejmowanie aktywności fizycznej, poziom radzenia sobie ze stresem, higiena snu, unikanie używek. Zaczynają kształtować się we wczesnym dzieciństwie, w procesie socjalizacji – mają tu wpływ wzorce osobowe w środowisku, w którym egzystujemy. Człowiek może podejmować decyzje sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne), takie jak: prawidłowe nawyki żywieniowe, optymalne podejmowanie się aktywności fizycznej, czy radzenie sobie ze stresem. Drugą grupą zachowań są decyzje szkodliwe dla zdrowia (antyzdrowotne) – stosowanie używek, czy siedzący tryb życia (Palacz, 2014).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 1946 r. określiła definicję zdrowia jako „stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania”. Ważna jest świadomość wielowymiarowości zdrowia, na które składają się: samopoczucie, zdrowie społeczne, fizyczne, psychiczne, duchowe, seksualne i prokreacyjne (Szkup-Jabłońska i in., 2013). Zgodnie z koncepcją pól zdrowia Lalonda styl życia determinuje zdrowie w 53%, makro- i mikrośrodowisko życia w 21%, genetyka w 16%, a organizacja opieki zdrowotnej tylko w 10% (Nowicki i in., 2018).

Studenci najczęściej odżywiają się nieregularnie, odczuwają wysoki poziom stresu z powodu egzaminów, który sprzyja paleniu papierosów i spożywaniu alkoholu (Palacz, 2014). Pielęgniarstwo jest kierunkiem medycznym i ze względu na interdyscyplinarne kompetencje studentów powinno cechować się wysokim poziomem zachowań prozdrowotnych. Decyzje studentów mają znaczenie w ochronie zdrowia własnego, jak i społecznego – rozsądne zachowania podnoszą poziom wiedzy, a tym samym umiejętność promocji zdrowia pacjentów (Walentukiewicz, Łysak, Wilk, 2013).

Badanie zachowań zdrowotnych ma istotny wpływ na ocenę stanu zdrowia populacji. Wyniki pozwalają na stworzenie projektów promocji zdrowia i wprowadzenie zróżnicowanych programów profilaktycznych skierowanych do konkretnych grup, na przykład studentów (Nowicki i in., 2020).

CEL PRACY

Celem badań była ocena poziomu i ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych oraz ich kategorii wśród studentów kierunku pielęgniarstwa z uwzględnieniem wpływu danych socjodemograficznych z zastosowaniem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, w okresie od czerwca do grudnia 2021 roku. W celu uzyskania wyników posłużono się techniką autorskiej ankiety złożonej z informacji dotyczącej płci, wieku, wzrostu, masy ciała, sytuacji zawodowej, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, sytuacji ekonomicznej oraz kierunku, roku, formy i rodzaju studiów.

Narzędzie badawcze stanowił Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), czyli standaryzowany kwestionariusz ankiety autorstwa Zygfrieda Juczyńskiego, zawierający 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Respondenci oceniali częstość swoich poszczególnych zachowań sprzyjających zdrowiu w czterech kategoriach: prawidłowych nawyków żywieniowych (dotyczy głównie rodzaju spożywanej żywności), zachowań profilaktycznych (przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby), praktyk zdrowotnych (nawyków dotyczących snu, rekreacji czy aktywności fizycznej), pozytywnych

nego nastawienia psychicznego (unikania zbyt silnych emocji, stresów i napięć).

Analizę wykonano w programie R, wersja 4.1.3. Ponadto wynik ogólny IZZ został przeliczony na steny, zgodnie z normami (osobnymi dla kobiet i mężczyzn) podanymi w kluczu do tego kwestionariusza (średnia równa 1 oznacza „prawie nigdy”, 2 – „rzadko”, 3 – „od czasu do czasu”, 4 – „często”, 5 – „prawie zawsze”), także przy uwzględnieniu danych socjodemograficznych. Wyniki w stenach 1–4 oznaczają niskie, w stenach 5–6 przeciętne, a wyniki w stenach 7–10 wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych. Użytkano również średnie wyniki podskal IZZ. Analiza danych umożliwiła porównanie grup oraz wyznaczenie czynników, które wpływają na odpowiedzi respondentów. Wyniki opracowano dla 109 studentów kierunku pielęgniarstwa z kilku krajowych uczelni medycznych, w tym 99 kobiet i 10 mężczyzn, którzy wypełniali ankiety drogą internetową. Opracowano wynik ogólny nasilenia zachowań zdrowotnych oraz ich kategorii. Porównanie zmiennych ilościowych wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Porównanie zmiennych ilościowych – testem Kruskala-Wallisa. Różnice istotne statystycznie analizowane były testem Dunna. Korelacje między zmiennymi ilościowymi analizowano współczynnikiem korelacji Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

WYNIKI

Ogólny wynik nasilenia zachowań zdrowotnych badanej grupy studentów wyniósł 80,48 (Tabela I).

Tabela I. Wynik ogólny nasilenia zachowań zdrowotnych studentów pielęgniarstwa

Wynik ogólny IZZ [punkty]							
n	M	SD	Me	Min.	Max.	Q1	Q3
109	80,48	14,11	83	44	116	71	90

n: liczba respondentów; M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Me: mediana; Min.: wynik minimalny; Max.: wynik maksymalny; Q1: dolny kwartył; Q2: górny kwartył

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Respondenci najczęściej wskazywali na przeciętny stopień zachowań zdrowotnych (41,28% – 45 studentów). Niskie nasilenie zachowań zdrowotnych potwierdziło 36,70% (n = 40) studentów, najmniej z nich 22,02% (n = 24) deklaroowało wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych. Ponadto, w porównaniu z mężczyznami, kobiety uzyskały więcej punktów inwentarza, co

wskazuje na ich wyższe ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych – nie jest to jednak zależność istotna statystycznie, gdzie $p > 0,05$ (Tabela II).

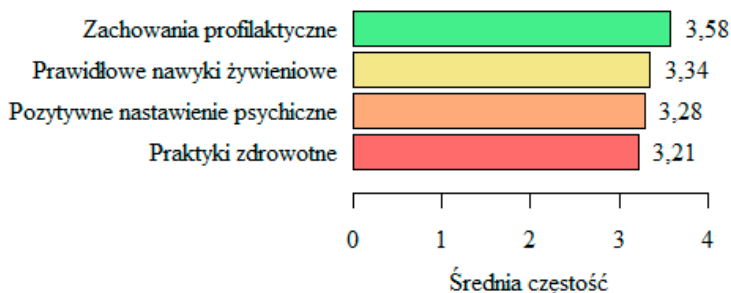
Tabela II. Stopień nasilenia ogólnego zachowań zdrowotnych studentów pielęgniarstwa

IZZ – interpretacja wyniku		Poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie	n (%)
Kobiety	Mężczyźni		
24-77	24-71	Niskie	40 (36,7)
78-91	72-86	Przeciętne	45 (41,28)
92-120	87-120	Wysokie	24 (22,02)

N: liczba respondentów

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Średni wynik kategorii wynosił dla zachowań profilaktycznych 3,58 punktu, co wskazało na najwyższy wynik wśród czterech kategorii. Pozostałe kategorie zachowań zdrowotnych badanych studentów wynosiły: dla prawidłowych nawyków żywieniowych 3,34 punktu, dla pozytywnego nastawienia psychicznego 3,28 punktu, dla praktyk zdrowotnych 3,21 punktu – ta kategoria wskazała najniższy wynik wśród danych kategorii (Rycina 1).



Rycina 1. Wynik średniego nasilenia kategorii zachowań zdrowotnych badanych studentów pielęgniarstwa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Forma studiów pielęgniarstwa stacjonarnego istotnie wpływa na ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych ($p = 0,014$), kategorię praktyk zdrowotnych ($p = 0,002$) oraz na pozytywne nastawienie psychiczne ($p = 0,014$) studentów pielęgniarstwa (Tabela III).

Tabela III. Zależność nasilenia wyniku ogólnego zachowań zdrowotnych oraz kategorii PNP i PZ, a forma studiów na kierunku pielęgniarstwo

IZZ	Forma studiów		p
	Stacjonarne (n = 92)	Niestacjonarne (n = 17)	
Wynik ogólny IZZ	M ± SD	82,02 ± 13,23	p = 0,014
	Me (Q1 – Q3)	84 (74 – 90)	
Pozytywne nastawienie psychiczne	M ± SD	3,36 ± 0,77	p = 0,014
	Me (Q1 – Q3)	3,5 (2,83 – 3,83)	
Praktyki zdrowotne	M ± SD	3,3 ± 0,68	p = 0,002
	Me (Q1 – Q3)	3,33 (2,83 – 3,71)	

IZZ: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych; n: liczba respondentów; M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Me: mediana; Q1: dolny kwartył; Q2: górny kwartył; p: wynik analizy statystycznej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Badania własne potwierdziły, że również rodzaj studiów ma istotny wpływ na wspomniane dwie kategorie – pozytywne nastawienie psychiczne ($p = 0,046$) i praktyki zdrowotne ($p = 0,012$) były istotnie bardziej nasilone wśród studentów studiów I stopnia (Tabela IV).

Tabela IV. Zależność pomiędzy nasileniem kategorii PNP oraz PZ, a rodzaj studiów dla kierunku pielęgniarstwo

IZZ	Rodzaj studiów		p
	Studia I stopnia (n = 92)	Studia II stopnia (n = 17)	
Pozytywne nastawienie psychiczne	M ± SD	3,34 ± 0,79	p = 0,046
	Me (Q1 – Q3)	3,5 (2,83 – 3,83)	
Praktyki zdrowotne	M ± SD	3,28 ± 0,71	p = 0,012
	Me (Q1 – Q3)	3,17 (2,83 – 3,71)	

IZZ: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych; n: liczba respondentów; M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Me: mediana; Q1: dolny kwartył; Q2: górny kwartył; p: wynik analizy statystycznej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Z analizy badań wynika, że kategoria pozytywnego nastawienia psychicznego ($p = 0,004$), jak i ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych ($p = 0,01$), były także istotnie bardziej nasilone w przypadku respondentów pielęgniarstwa w dobrej i bardzo dobrej sytuacji ekonomicznej (Tabela V).

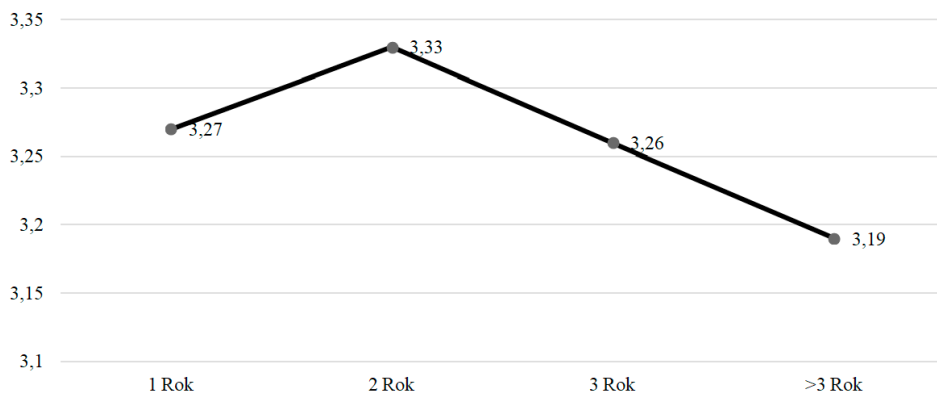
Tabela V. Zależność pomiędzy nasileniem ogólnym IZZ oraz kategorią PNP, a sytuacją materialną studentów na kierunku pielęgniarstwo

	IZZ Bardzo dobra _A (n = 17)	Sytuacja materialna/ekonomiczna			p
		Dobra _B (n = 61)	Średnia, zła _C (n = 31)		
Wynik ogólny	M ± SD	86,41 ± 12,51	81,44 ± 13,25	75,32 ± 15,27	p = 0,01
IZZ	Me (Q1 – Q3)	88 (81 – 92)	84 (73 – 90)	75 (65,5 – 84)	RM: A, B > C
Pozytywne nastawienie psychiczne	M ± SD	3,68 ± 0,65	3,34 ± 0,68	2,95 ± 0,89	p = 0,004
	Me (Q1 – Q3)	3,67 (3,5 – 4)	3,5 (2,83 – 3,67)	3 (2,33 – 3,5)	RM: A, B > C

IZZ: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych; n: liczba respondentów; M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Me: mediana; Q1: dolny kwartył; Q2: górny kwartył; p: wynik analizy statystycznej; RM: różnice międzygrupowe

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ponadto stwierdzono zależność pomiędzy obniżeniem występujących wartości wskaźnika kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego (PNP) a rokiem studiowania. Im dłuższy staż studiów, tym niższa wartość nasilenia zachowań zdrowotnych tej kategorii (Rycina 2).



Rycina 2. Nasilenie pozytywnego nastawienia psychicznego a rok studiowania

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

DYSKUSJA

Studenci pielęgniarstwa, a więc osoby kształtujące się na kierunku medycznym, należą do grupy osób, które posiadają wiedzę dotyczącą czynników sprzyjających i warunkujących utrzymanie zdrowia, powinny przede

wszystkim podlegać socjalizacji edukacyjnej – czyli także stosować tę wiedzę w praktyce i obierać odpowiedni styl życia. Pomimo spędzania wielu dni na nauce o zdrowiu czy zajęciach klinicznych w szpitalu, studenci nie zwiększają zachowań zdrowotnych i wyborów dotyczących swojego zdrowia.

W odróżnieniu od przedstawicieli innych zawodów pielęgniarce powinny być profesjonalnie przygotowane do pełnienia funkcji edukacyjnej, wychowawczej oraz promowania zdrowia – podejmowanej na rzecz jednostki, rodziny, a także własnej osoby (Sierakowska, Wrońska, 2015).

W badaniach własnych grupy studentów kierunku pielęgniarstwa stwierdziliśmy, że studia medyczne paradoksalnie nie sprzyjają utrzymaniu zdrowego stylu życia. Wśród badanych uczestników kierunku pielęgniarstwa największą grupę stanowiły osoby przejawiające przeciętny, bądź niski, poziom nasilenia zachowań zdrowotnych. Podobne badania były przeprowadzone przez Kropornicką i in. (2015) na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Uzyskane rezultaty nie odbiegają od wyników prezentowanych w niniejszych badaniach: studenci na kierunku lekarskim we wszystkich grupach badawczych w większości wykazali niski (35,5%), bądź przeciętny (24,5%), poziom zachowań zdrowotnych i pomimo posiadania wiedzy wyższej niż przeciętna z zakresu zdrowego trybu życia, nie przedkładają zdobytych informacji teoretycznych na swoje codzienne życie.

Przeciętny poziom nasilenia zachowań zdrowotnych potwierdzili także badacze u kobiet pracujących zawodowo, ale nieposiadających wykształcenia medycznego (Andruszkiewicz, Nowik, 2011; Ślusarska, Nowicki, 2010). Ponadto, uzyskana wartość wyniku intensywności (nasilenia badanych zachowań zdrowotnych u studentów), była niższa od wyniku uzyskanego w grupie normatywnej zdrowych kobiet psychologa Zygfrйда Juczyńskiego (OWNZZ – 84,03; steny 5–6) (Juczyński, 2001). Autorzy badań przeprowadzonych w grupie pacjentów poradni rodzinnej wykazali, iż wykształcenie jest istotnym czynnikiem kształtowania się postaw wobec zachowań zdrowotnych osób zdrowych (Grochans i in. 2012).

Badania własne 109 uczestników ankiety na kierunku pielęgniarstwa potwierdziły, że jedynie 1/5 respondentów zwraca uwagę na aspekt zdrowotny własnych decyzji i utrzymuje zachowania zdrowotne na satysfakcjonującym poziomie. Podobne wnioski możemy znaleźć u autorów Walentukiewicz, Łysak oraz Wilk (2013). We wspomnianym badaniu ankietowane studentki wykazały się także niskim zaangażowaniem w dbanie o zdrowy styl życia, co może wpływać na ich stan psychiczny, a tym samym na kategorię zachowań związanych z pozytywnym nastawieniem psychicznym. Badania Perry'ego, Lamont, Brunero i Duffield'a (2015) potwierdziły, że 65,1% ankietowanych pielęgniarek australijskich było

zdrowszych i lepiej funkcjonowało w obszarze zdrowia psychicznego mając wsparcie m.in. przyjaciół. Natomiast w badaniach pielęgniarek amerykańskich udowodniono, iż więzi społeczne i posiadanie przyjaciół oraz krewnych, to silny czynnik prognozujący wysoką sprawność fizyczną u dojrzałych kobiet (Michael, Colditz, Coakley, Kawachi, 1999).

Wyniki badań własnych przeprowadzone wśród studentek pielęgniarstwa dotyczące ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych, są również nieco niższe od danych uzyskanych przez Kaczyńską-Witkowską, Kopeć i Nowak (2013), które wykazały także umiarkowane nasilenie zachowań zdrowotnych u kobiet zdrowych, aktywnych fizycznie (IZZ = 90,68). Badania Rasińskiej i Nowakowskiej (2014) przeprowadzone wśród pielęgniarek po czterdziestym roku życia wykazały zbieżność uzyskanych wyników własnych w wyżej wymienionym obszarze (średni wynik badanej grupy wynosił IZZ = 80,12).

Poddając analizie statystycznej odpowiedzi studentów kierunku pielęgniarstwa, stwierdzamy, iż respondenci płci żeńskiej wykazują wyższe zainteresowanie zdrowym stylem życia i dbaniem o kategorie zachowań związanych z prawidłowym żywieniem. Powyższą tezę potwierdzają również badania przeprowadzone w 2012 roku przez Rasińską (2012). Wyniki badań własnych, dotyczące nawyków żywieniowych, także wykazywały, iż to studentki pielęgniarstwa bardziej są zainteresowane zdrowym żywieniem.

Profilaktyka to podejmowanie działań, które mają na celu zapobieganie pojawieniu się lub rozwojowi niekorzystnych zjawisk, chorób lub zaburzeń. Do zachowań profilaktycznych należy podejmowanie czynności kontrolujących zdrowie i aktywność fizyczna.

Z badań własnych wynika, że zachowania profilaktyczne były istotnie bardziej nasilone wśród studentów pielęgniarstwa studiów niestacjonarnych. Inne obserwacje poczyniły Rodziewicz-Gruhn i Pyzik (2007). Autorki badań stwierdziły, że studentki studiów niestacjonarnych – na kierunku pedagogika – preferują bierny sposób spędzania czasu wolnego i rzadziej, niż studentki studiujące stacjonarnie, podejmują aktywność ruchową.

Ważnymi czynnikami determinującymi zachowania zdrowotne studentów jest sytuacja materialna. W badaniach Binkowskiej-Bury, Hejdy i Januszkiewicza (2009) lepsza sytuacja materialna rodziny studentek korelowała z wyższym nasileniem zachowań prozdrowotnych.

Analizując pozostałe kryteria, takie jak: wiek, rok studiów, miejsce zamieszkania, BMI, choroby przewlekłe respondentów, w danym badaniu nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności. Studenci pielęgniarstwa nie różnili się istotnie w swoich odpowiedziach dotyczących powyższych kategorii.

Nowicki i in. (2020) wskazali, że wyższy wiek badanych obu płci odpowiada lepszym parametrom pozytywnych zachowań zdrowotnych we wszystkich powyższych kategoriach z wyjątkiem snu, odpoczynku oraz zdrowia psychicznego. Warto zwrócić jednak uwagę na to, iż z badań własnych wynika, że im wyższy rok studiowania studentów pielęgniarstwa, tym mniejsza tendencja umacniania zachowań zdrowotnych, pozytywnego nastawienia psychicznego, co może wpływać na funkcjonowanie w przyszłej pracy zawodowej. Badania Bae i Choi (2015) potwierdziły związek między stresem pielęgniarzek przeżywanym w pracy a ryzykiem wystąpienia chorób nowotworowych. Z badań własnych autorów wynika, że także zachowanie zdrowotne pielęgniarzek związane praktykami zdrowotnymi, były najniżej punktowanym kryterium ($M = 3,21$).

WNIOSKI

Przyszłe pielęgniarki najczęściej wskazują na przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych, co może wpływać na stan zdrowia i pracę zawodową. Kategoria zachowań zdrowotnych dotyczących ich pozytywnego nastawienia psychicznego i przestrzegania zachowań profilaktycznych jest dla studentów grupą zachowań prozdrowotnych, które należy wzmacniać i rozwijać. U studentów pielęgniarstwa należy w większym stopniu kształtować postawę odpowiedzialności za własne zdrowie jako przyszłych pracowników systemu ochrony zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

- Andruszkiewicz, A., Nowik, M. (2011). Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(2), s. 148-152.
- Bae, Y.S., Choi, S.Y. (2015). Relationship among stress, perception of occurrence risk of cancer and cancer preventive health behavior in three-shift nurses. *Asian Oncology Nursing*, 15(3), s. 178-184. DOI: 10.5388/aon.2015.15.3.178.
- Binkowska-Bury, M., Hejda, G., Januszkiewicz, P. (2009). Czynniki sytuacyjne a zachowania związane ze zdrowiem wśród studentów. *Medycyna Ogólna*, 15 (1) s. 139-151.
- Grochans, E., Grubek, D., Polakiewicz, P., Jurczak, A., Grzywacz, A., Szup-Jabłońska, M., Augustyniuk, K., Karakiewicz, B. (2012). Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów z uwzględnieniem zmian socjodemograficznych. *Family Medicine & Primaty Care Review*, 14(2), s. 148-150.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

- Kaczyńska-Witkowska, A., Kopec, D., Nowak, Z. (2013). Zachowania zdrowotne oraz postawa wobec zdrowia kobiet aktywnych fizycznie. *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 43, s. 22-28.
- Kropornicka, B., Baczevska, B., Dragan, W., Krzyżanowska, E., Olszak, C., Szymczuk, E. (2015). Zachowania zdrowotne studentów uniwersytetu medycznego w Lublinie w zależności od miejsca zamieszkania. *Rozprawy Społeczne*, 9(2), s. 58-64.
- Michael, Y.L., Colditz, G.A., Coakley, E., Kawachi, I. (1999). Health behaviors, social networks, and healthy aging: cross-sectional evidence from the Nurses' Health Study. *Quality of Life Research*, 8(8), s. 711-722. DOI: 10.1023/a:100894942804
- Nowicki G.J., Ślusarska, B., Zbolna, B., Kocka, K., Bartoszek, A., Wiśniewska, A. (2018). Zakres rozumienia pojęcia zachowania zdrowotne oraz uwarunkowania aktywności zdrowotnej człowieka. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A, Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne*, 11(1), s. 372-387.
- Nowicki, G.J., Ślusarska, B.J., Musur, Ł., Bartoszek, A.B., Kocka, K.H., Szadowska-Szlachetka, Z.C., Łuczyk, M. (2020). Pozytywne zachowania zdrowotne studentów lubelskich uczelni i ich wybrane uwarunkowania. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 74, s. 137-148. DOI: 10.18794/aams/114422.
- Palacz, J. (2014). Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(3), s. 301-306. DOI: 10.5604/20834543.1124662.
- Perry, L., Lamont, S., Brunero, S., Gallagher, R., Duffield, C. (2015). The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 14, 15. DOI: 10.1186/s12912-015-0068-8.
- Rasińska, R. (2012). Nawyki żywieniowe studentów w zależności od płci. *Nowiny Lekarskie*, 81, 4, s. 354-359.
- Rasińska, R., Nowakowska, I. (2014). Postrzeganie zdrowia przez pielęgniarki po czterdziestym roku życia. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2(52), s. 111-116.
- Rodziewicz-Gruhn, J., Pyzik, M. (2007). Zachowania zdrowotne studiujących zaocznie na kierunku pedagogika akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji w Poznaniu*, 3, s. 163-167.
- Sierakowska, M., Wrońska, I. (2015). *Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarstwie*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Szkup-Jabłońska, M., Romanowska, D., Reczyńska, A., Grzywacz, A., Jurczak, A., Wieders-Huszla, S., Grochan, E. (2013). Ocena zachowań zdrowotnych studentów uczelni szczecińskich. *Family Medicine & Primary Care Review*, 15(2), s. 175-177.
- Ślusarska, B., Nowicki, G. (2010). Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród pracujących. *Problemy Higieny Epidemiologicznej*, 91(1), s. 34-40.
- Walentukiewicz, A., Łysak, A., Wilk, B., (2013). Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa. *Problemy Pielęgniarstwa*, 21(4), s. 484-488.

Występowanie schorzeń kręgosłupa oraz stan wiedzy na temat schorzeń kręgosłupa i ich profilaktyki w grupie studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Bartosz Grzywna¹, Barbara Ślusarska¹, Małgorzata Chojniak², Iwona Kochaniec², Barbara Kramek², Magdalena Prylińska³, Grzegorz Józef Nowicki¹

1. Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Lublinie
3. Samodzielna Pracownia Medycznych Czynności Ratunkowych i Ratownictwa Specjalistycznego, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp. Zmiana trybu życia, jakim jest wejście w okres szkolny, a po nim w okres studiów niewątpliwie przyczynia się do powstawania wad postawy człowieka.

Cel pracy. Ocena częstości występowania schorzeń kręgosłupa oraz ocena poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki schorzeń kręgosłupa i wybranych determinantów w grupie studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Materiał i metoda. Analiza dokumentacji studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, uczestniczących w „Program prozdrowotny w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy na lata 2017–2021” realizowanym w Wo-

jewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy (WOMP Lublin), Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Lublinie.

Wyniki. Ocena lekarska wykazała, że w badanej grupie u 45,97% (n = 97) studentów stwierdzono skrzywienie boczne kręgosłupa, u 32,43% (n = 68) stwierdzono skoliozę, a u 25,23 (n = 53) asymetrię barków. W badanej grupie ankietowanych studentów aż 72,4% (n = 152) przyznało, że odczuwa dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa i najczęściej lokalizuje je w odcinku lędźwiowo-krzyżowym (40,79%; n = 62). Stwierdzono, że 43,13% (n = 91) respondentów ma średni poziom wiedzy, 30,33% (n = 64) ma wysoką wiedzę, a 26,54% (n = 56) – niską wiedzę na temat zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki.

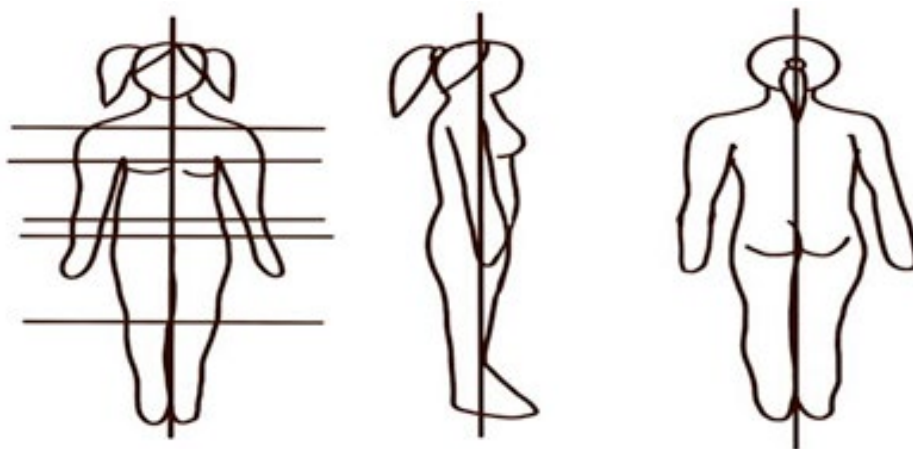
Wnioski. Studenci kierunków medycznych powinni w ramach zajęć prowadzonych na uczelniach odbywać zajęcia związane z ergonomią pracy oraz fizjoprofilaktyką chorób kręgosłupa i wad postawy, co uchroni ich przed występowaniem schorzeń kręgosłupa.

Słowa kluczowe: schorzenia kręgosłupa, wady postawy, studenci pielęgniarstwa, studenci położnictwa, program profilaktyczny

WSTĘP

Postawą ciała nazywa się ukształtowanie indywidualne oraz położenie odrębnych części tułowia oraz kończyn dolnych, jako sposób utrzymania pozycji stojącej bezpośrednio wpływa na sylwetkę człowieka. Właśnie ta pozycja, czyli pionowa, z ortopedycznego punktu widzenia jest prawidłowo ustawioną sylwetką (Borkowska, Gellea, 2014). Ciało człowieka zmienia się przez całe jego życie, więc nie ma jednego wzorca postawy idealnej, na której podobieństwo chcielibyśmy ukształtować siebie. Wynika to z faktu, iż wpływ na postawę ciała ma wiele czynników takich, jak m.in.: tryb życia, wiek, charakter wykonywanej pracy, aktywność fizyczna, u kobiet ciąża, ilość oraz przebieg, czy samopoczucie człowieka oraz zdrowie psychiczne.

Postawa ciała człowieka jest jednym z wielu, lecz bardzo istotnym wskaźnikiem, do rozwoju sprawności ciała na poziomie dynamicznym i statycznym. Postawa ciała jest to układ odcinków ciała w niewymuszonej oraz swobodnej pozycji, jest ona uwarunkowana czynnikami funkcjonalnymi i morfologicznymi (Drozdowski, 2002). Według Wilczyńskiego (2005) bardzo ważne jest badanie postawy nawykowej, która jest odzwierciedleniem niewymuszonej, naturalnej postawy ciała. Prawidłową postawę ciała cechują: proste ustawienie głowy, symetryczna oraz prawidłowo pochylona miednica, prawidłowe wysunięcie klatki piersiowej ku przodowi, prawidłowa oś kończyn dolnych oraz fizjologiczne wygięcia płaszczyzny strzałkowej kręgosłupa (Ryc. 1).



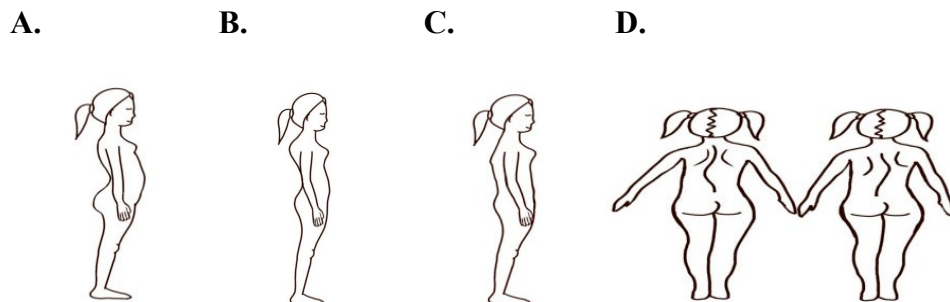
Rycina 1. Prawidłowa postawa ciała w przekroju osiowym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: <http://ortomedicus.pl/2015/08/21/wady-postawy-oraz-wady-stop> (17.02.2023).

Wadą postawy nazywa się zmniejszenie lub pogłębienie krzywizn fizjologicznych kręgosłupa. Nieprawidłowa postawa może cechować się występowaniem dolegliwości bólowych przy znacznych zmianach patologicznych oraz utrudniać poruszanie się czy wykonywanie prostych czynności życia codziennego (Borkowska, Gellesta, 2014). Można podzielić je na dwie grupy: wrodzone i nabyte (Jabłońska, Wilczyński, 2017). Dolegliwości mięśniowo-szkieletowe wpływają na różne problemy zdrowotne, wśród nich możemy wyróżnić: bóle pleców, bóle okolicy łopatkowej oraz ramion, bóle okolicy krzyżowej oraz miednicy (Kołodziej, Kołodziej, Momola, 2004).

Dolegliwości wymienione powyżej mogą powodować osłabienie mięśniowe, zaburzenia chodzenia, utrzymania równowagi, trudności podczas siadania oraz wstawania z miejsca, niemożność wykonywania prostych czynności. W czasach, gdy schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego, a co za tym idzie wady postawy stają się coraz bardziej spotykane, zaobserwowano zwiększoną częstotliwość młodzieży wymagającej rehabilitacji (Solecki, 2014). W dużej mierze są to osoby, u których w okresie dorastania zaobserwowano wady utrzymania postawy, stóp oraz kręgosłupa. Styl życia człowieka, który generuje nie tylko ogólnie przyjęty model zdrowia fizycznego i psychicznego, ale również wpływający na postawę ciała w obecnych czasach, nie sprzyja dobremu rozwojowi sylwetki (Kasperczyk, 2004). Bardzo ważnym faktem jest to, iż okres szkolny oraz studencki, gdzie młodzież spędza większość swojego czasu, nie generuje zdrowych nawyków postawy oraz nie pomaga w prawidłowym rozwoju. To właśnie w okresie nauki szkolnej dochodzi do zniekształceń oraz patologicznych odchyłeń od normy fizjologicznego wyglądu kręgosłupa w postawie ciała (Borkowska,

Gelleta, 2014). Nieprawidłowości spotykane najczęściej wśród młodzieży, związane z układem ruchu to: plecy wklęsłe, plecy okrągłe, plecy płaskie i boczne skrzywienie kręgosłupa (Ryc. 2) (Kołodziej, i in., 2004).



Rycina 2. Wady postawy: A. plecy wklęsłe, B. plecy okrągłe, C. plecy płaskie, D. boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: <http://ortomedicus.pl/2015/08/21/wady-postawy-oraz-wady-stop> (17.02.2023).

Plecy wklęsłe (Ryc. 2A), pogłębienie lordozy lędźwiowego odcinka kręgosłupa jest to patologiczne wygięcie tego właśnie odcinka, co powoduje wklęsłe wgłębienie (Kołodziej, i in., 2004). Wada ta może być wrodzona, lecz w tym przypadku najczęściej spotykamy postać nabytą. Do przyczyn występowania lordozy lędźwiowej zaliczamy: nadwagę oraz otyłość brzusznią, pracę w pozycji siedzącej, brak aktywności fizycznej lub jej bardzo niski poziom oraz wrodzone wady na poziomie struktury kręgosłupa (Muchacka, Pyclik, 2016). Pogłębienie lordozy jest związane z ułożeniem miednicy. Fizjologicznie miednica znajduje się w przodopochyleniu, które wynosi 60 stopni u dorosłych osób. Dzieci w wieku rozwojowym mogą wypychać brzuch do przodu, co może skutkować pogłębieniem się efektu wklęsłych pleców, a idąc dalej, można stwierdzić, iż może to doprowadzić w konsekwencji do zniekształcenia oraz niedokrwienia trzewi oraz narządów wewnętrznych (Kołodziej, i in., 2004).

Plecy okrągłe (Ryc. 2B) inaczej hiperkifoza piersiowa, jest to pogłębienie wygięcia odcinka piersiowego w tylnym kierunku. Jest to bardzo popularna wada, która może wystąpić u każdego człowieka. Geneza tej wady jest dwójaka, z jednej strony jako wada wrodzona, związana z nieprawidłowym rozwojem kości oraz napięciem mięśniowym, ale również nabyta, najczęściej związana z okresem szkolnym (Owczarek, Bondarowicz, 2010).

Plecy płaskie (Ryc. 2C) to zmniejszenie lub zniesienie krzywizn w płaszczyźnie strzałkowej kręgosłupa. Może być spowodowana małym przyrostem mięśniowym oraz niskim napięciem mięśni. Brak aktywności fizycznej

również może przyczynić się do osłabienia mięśni, co w konsekwencji może przynieść niepożądany skutek. Schorzenie to istotnie zmniejsza funkcję amortyzacji kręgosłupa, ponadto nie może on chronić w pełni ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Za główne przyczyny odpowiedzialne za powstanie płaskich pleców uważa się nie tylko styl pracy, ale również styl odpoczynku (Kasperczyk, 2004).

Boczne skrzywienie kręgosłupa, skolioza (Ryc. 2D) jest to wada odchylenia osi kręgosłupa od prawidłowego przebiegu jego linii. Odchylenie może występować w płaszczyznach: poprzecznej, strzałkowej i czołowej (Muchacka, Pyclik, 2016). Skolioza może mieć niekorzystny wpływ na cały układ ruchu, jak i na pracę narządów wewnętrznych, co za tym idzie na pogorszenie sprawności fizycznej, zdrowia ogólnego oraz jakości życia. Asymetria spowodowana bocznym skrzywieniem kręgosłupa polega na zmniejszeniu siły oraz napięcia mięśni po jednej stronie, co powoduje zwiększenie siły i napięcia po stronie przeciwnej (Borkowska, Gelleta, 2014). W miejscu, w którym napięcie jest obniżane, powstaje wygięcie, a po stronie przeciwnej tworzy się wypukłość. Wady postawy w postaci skoliozy występują najczęściej w okresie wzrostu człowieka, w tym przypadku potwierdza się reguła, że im szybciej ciało rośnie, tym szybciej może dojść do skrzywienia bocznego (Kołodziej, i in., 2004).

Zmiana trybu życia, jakim jest wejście w okres szkolny, a po nim w okres studiów, niewątpliwie przyczynia się do powstawania wad postawy człowieka. Higiena postawy nie jest uzależniona od nas samych, lecz także od miejsca w jakim się znajdujemy (sala lekcyjna, sala wykładowa, pracownia do ćwiczeń czy też centrum symulacji). Praca fizyczna, zmniejszona aktywność fizyczna to typowe czynniki wywołujące schorzenia mięśniowo-szkieletowe (Borkowska, Gelleta, 2014). Spośród innych czynników predysponujących do występowania wad postawy można wymienić także: przenoszenie ciężkich przedmiotów, praca siedząca, praca powtarzalna, jak i niewygodne pozycje ciała utrzymujące się dłużej czas (Roman-Liu, 2008). Studenci kierunków pielęgniarstwo i położnictwo już w okresie studiów są narażeni na występowanie wad postawy, poprzez przeciążenie nauką oraz pracą, co może skutkować obniżeniem nastroju, brakiem aktywności fizycznej, pogorszeniem jakości życia, a co za tym idzie, może to powodować pogłębianie się problemów i dolegliwości kręgosłupa. Charakter pracy pielęgniarki i położnej powoduje, iż zawód ten jest bardzo narażony na występowanie dolegliwości ze strony układu kostno-mięśniowego oraz kręgosłupa. W swojej codziennej pracy osoby wykonujące te zawody, są narażone na czynniki takie, jak praca w wymuszonej lub niewygodnej pozycji, długotrwała praca stojąca, prze-

noszenie oraz dźwiganie, co powoduje przeciążenia w obrębie tego samego stawu, co może prowadzić do zwyrodnień (Tworek, 2017).

CEL PRACY

Celem głównym niniejszej pracy była ocena częstości występowania schorzeń kręgosłupa oraz ocena poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki schorzeń kręgosłupa i wybranych jej determinantów w grupie studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

MATERIAŁ I METODA

Metodą badań zastosowaną w pracy była analiza dokumentacji studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, uczestniczących w „Program prozdrowotny w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy na lata 2017–2021” realizowanym w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy (WOMP Lublin), Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Lublinie. Program prozdrowotny przeprowadzony przez WOMP Lublin przeznaczony był dla mieszkańców województwa lubelskiego. Uczestnictwo w programie było całkowicie darmowe dla uczestników, a program był finansowany przez Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego. W ramach programu zaoferowano 16 godzin dydaktycznych, w skład których wchodziły dwa spotkania po 8 godzin, podczas których przeprowadzane było badanie kwalifikacyjne przez lekarza specjalistę, ćwiczenia i wykłady przeprowadzane przez magistra fizjoterapii. Treści wykładowe obejmowały tematykę związaną z rehabilitacją ruchową, z wykorzystaniem sprzętu pomocniczego m.in. rollerów, piłek, taśm, itp. Następnym krokiem programu były ćwiczenia przeprowadzane przez magistra fizjoterapii, gdzie uczestnicy mogli nauczyć się prawidłowych pozycji ciała w pracy i w domu oraz zaprezentowano trening sensomotoryczny i proprioceptywny poprawiający koordynację oraz postawę ciała. Ostatnim punktem było spotkanie z psychologiem mające na celu naukę redukcji stresu oraz naukę technik relaksacji (Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Lublinie).

Zgodę na udostępnienie danych uzyskano od Dyrektora WOMP Lublin. Analizie poddano dokumentację medyczną studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, wytworzoną w trakcie trwania programu w 2019 roku.

Część zawierająca dane osobowe została zanonimizowana i nie została wykorzystana w niniejszej pracy w oparciu o artykuł 13 ustawy 1 i ustawy 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.), dalej zwanego „RODO”.

Dokumentacja poddana analizie składała się z kilku części, w skład której wchodziły kwestionariusze ankiet oraz kwestionariusze badania lekarskiego. Na pierwszej stronie dokumentacji znajdowały się formularze, w których uczestnik programu wyrażał zgodę na uczestnictwo w nim. Spośród narzędzi użytych w programie, w dokumentacji wyodrębniono:

- Kwestionariusz danych socjodemograficznych uczestnika badania. Kwestionariusz składał się z pytań, które dotyczyły: danych osobowych uczestnika badania (imienia i nazwiska, numeru PESEL, wieku oraz adresu zamieszkania). Do wglądu otrzymano dokumentację bez możliwości identyfikacji uczestnika programu.
- Kwestionariusz informacji o stanie zdrowia. Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły: statusu zatrudnienia (osoba pracująca lub nie), wykonywanego zawodu, lat pracy, charakteru pracy (fizyczna lub umysłowa). Kolejne pytanie dotyczyło warunków pracy, takich jak: wymuszona pozycja ciała, dźwiganie ciężarów, używanie sprzętu pomocniczego (np. przemieszczania ciężkich przedmiotów), na które uczestnik programu odpowiadał tak lub nie. Następnie pytano o wykonywaną w przeszłości diagnostykę obrazową kręgosłupa (rtg, rezonans, tomografię) oraz rok wykonania badań. W kolejnym pytaniu uczestnik programu był poproszony o odpowiedź, czy korzystał z leczenia sanatoryjnego z powodu dolegliwości ze strony kręgosłupa (tak/nie, ile razy, kiedy) oraz, czy korzystał ze zwolnienia lekarskiego z powodu dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa (krótkich lub długotrwałych). Następnie znalazła się informacja na temat wzrostu i masy ciała pacjenta, na podstawie której obliczono wskaźnik BMI. W kolejnej części kwestionariusza, wypełnianej przez lekarza na podstawie przeprowadzonego badania fizykalnego, zamieszczono pytania o występowaniu schorzeń kręgosłupa: skrzywieniu bocznym kręgosłupa, skróceniu kończyn dolnych, chorobach wrodzonych narządu ruchu i przebytych zabiegach operacyjnych (kręgosłupa, kończyn, klatki piersiowej i brzucha). W dwóch powyższych pytaniach lekarz mógł odpowiedzieć tak lub nie. Następnie zamieszczone były dwa pytania otwarte na temat występowania innych schorzeń kręgosłupa oraz schorzeń

- neurologicznych. W kolejnym pytaniu lekarz oceniał, czy u pacjenta występują wskazania do udziału w programie (tak/nie) oraz mógł wpisać swoje uwagi co do przeprowadzonego wywiadu i badania fizykalnego.
- Kolejnym narzędziem zamieszczonym w dokumentacji był „Arkusze oceny narządu ruchu”, zamieszczony na 2 stronach formatu A4. Oceny narządu ruchu dokonywał lekarz wg metody odniesienia do pozycji „0”. W skład oceny wchodziły następujące elementy: odstęp broda–mostek, odstęp palce–podłóże, ruchomość stawów (barkowego, łokciowego, nadgarstkowego, biodrowego, kolanowego, skokowego) oraz obwody kończyny górnej i dolnej mierzone w trzech miejscach. W przypadku kończyny górnej miejsca pomiaru znajdowały się na wysokości stawu nadgarstkowego, stawu łokciowego oraz w połowie kości ramiennej, natomiast w przypadku kończyny dolnej miejsca pomiaru znajdowały się na wysokości stawu skokowego, w połowie kości piszczelowej i połowie kości udowej. Ta część dokumentacji zakończona była częścią zatytułowaną „Opis badania”, w której lekarz mógł wpisać wynik przeprowadzonego badania.
 - Pytania na temat występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa. Zadaniem uczestnika programu było zaznaczenie po jednej odpowiedzi w ośmiu zamkniętych pytaniach dotyczących występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa. Pytania zamieszczone w tej części ankiety (na 1 stronie formatu A4) dotyczyły: czy u pacjenta wystąpiły kiedykolwiek dolegliwości bólowe kręgosłupa, jak często pojawia się ból kręgosłupa, w jakich okolicznościach pojawia się ból kręgosłupa, czy ból ma charakter incydentalny czy nawracający, czasu trwania bólu, umiejscowienia bólu, sposobów łagodzenia bólu wykorzystywanych przez pacjenta, a w ostatnim pytaniu poproszono o wyrażenie opinii, czy ból obniża jakość pracy i utrudnia życie codzienne.
 - Pytania oceniające stan wiedzy na temat chorób kręgosłupa i sposobów im zapobiegania. Ta część dokumentacji (1 strona papieru formatu A4) zawierała 10 pytań zamkniętych z trzema wariantami odpowiedzi każde. Pytania dotyczyły: najskuteczniejszych metod profilaktyki bólów kręgosłupa, najczęstszych przyczyn ostrego bólu kręgosłupa, znaczenia ćwiczeń oddechowych w profilaktyce schorzeń kręgosłupa, zaleceń fizjoterapeutycznych w przypadku wystąpienia ostrych bólów kręgosłupa, znaczenia ćwiczeń rozciągających mięśnie nóg w profilaktyce schorzeń kręgosłupa, jakich ćwiczeń nie wolno wykonywać w przypadku nawracających bólów kręgosłupa, znaczenia umiejscowienia bólu w konkretnym miejscu kręgosłupa, kto powinien udzielać instruktażu

wykonywania ćwiczeń w przypadku ostrego bólu kręgosłupa oraz, jaka jest właściwa pozycja podczas snu.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, wartości minimalnych i maksymalnych oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Sprawdzenie normalności rozkładu zmiennych w badanych grupach wykonano za pomocą testu normalności Shapiro-Wilka. Do zbadania różnic pomiędzy grupami zastosowano test t-Studenta oraz analizę wariancji ANOVA. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe SPSS Statistica wersja 25.0.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

W Programie prozdrowotnym w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy na lata 2017–2021 w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicznym wzięło udział 211 studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Większość badanej grupy, której średnia wieku wynosiła $19,77 \pm 1,08$ lat stanowiły kobiety (98,1%; $n = 207$). Średni wynik BMI w badanej grupie wynosił $22,49 \pm 3,97$. Szczegóły przedstawia Tabela I.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy

Zmienna	n (%)	
Płeć	Mężczyzna	4 (1,9)
	Kobieta	207 (98,1)
Wiek	M = 19,77, SD = 1,08 (Min. = 19; Max. = 25)	
BMI	M = 22,49, SD = 3,97 (Min. = 15,82; Max. = 41,10)	

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Min.: wartość minimalna; Max.: wartość maksymalna
Źródło: opracowanie własne.

Aż 91,94% ($n = 194$) ankietowanych przyznało, że podczas opieki nad pacjentem przyjmuje wymuszoną pozycję ciała oraz wszyscy respondenci podczas opieki nad pacjentem nie używają sprzętu pomocniczego. Jedynie

jedna osoba przyznała, że opiekując się chorym, jest zmuszona dźwigać ciężary. Z powodu dolegliwości ze strony kręgosłupa ze zwolnień lekarskich korzystało 4,74% (n = 10) ankietowany, a z tego samego powodu w sanatorium było 1,42% (n = 3) studentów. Szczegóły przedstawiono w Tabeli II.

Tabela II. Samoocena warunków pracy podczas opieki nad pacjentem oraz częstość korzystania z sanatorium i zwolnień lekarskich z powodu dolegliwości ze strony kręgosłupa

Zmienna	n (%)	
Wymuszona pozycja ciała	Tak	17 (8,06)
	Nie	194 (91,94)
Warunki pracy podczas opieki nad pacjentem	Dźwiganie ciężarów	Tak 1 (0,47)
		Nie 210 (99,53)
Używanie sprzętu pomocniczego	Tak	0 (0)
	Nie	211 (100)
Korzystanie z sanatorium z powodu dolegliwości ze strony kręgosłupa	Tak	3 (1,42)
	Nie	208 (98,58)
Korzystanie ze zwolnień z powodu dolegliwości ze strony kręgosłupa	Tak	10 (4,74)
	Nie	201 (95,26)

Źródło: opracowanie własne.

Lekarz zatrudniony w programie, wykonał badanie każdego respondenta pod kątem występowania schorzeń narządu ruchu. Wyniki przeprowadzonej oceny przedstawiono w Tabeli III i na Rycinie 3. W badanej grupie u 45,97% (n = 97) respondentów stwierdzono skrzywienie boczne kręgosłupa, u 32,43% (n = 68) stwierdzono skoliozę a u 25,23 (n = 53) asymetrię barków.

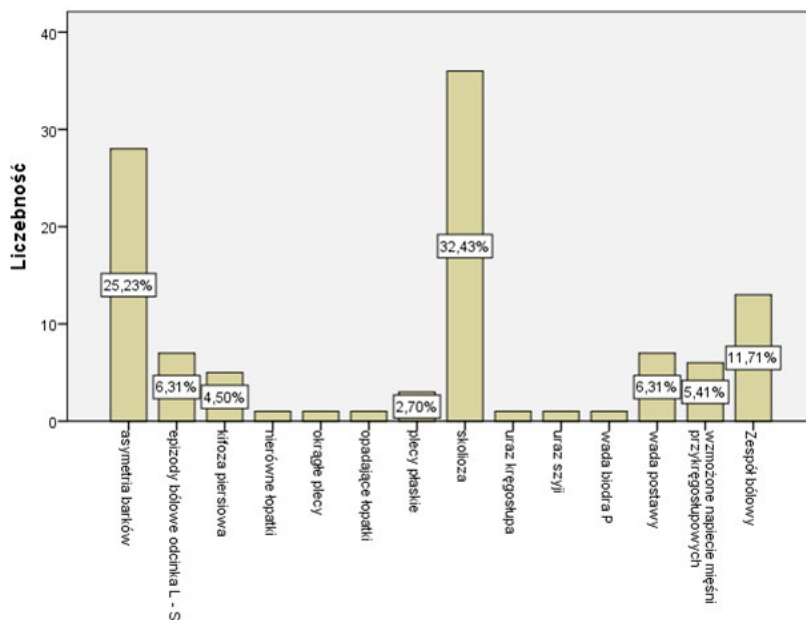
Tabela III. Schorzenia narządu ruchu występujące w badanej grupie

Schorzenia narządu ruchu	n (%)	
Skrzywienie boczne kręgosłupa	Tak	97 (45,97)
	Nie	114 (54,03)
Skrócenie kończyn dolnych	Tak	4 (1,90)
	Nie	207 (98,10)
Choroby wrodzone narządu ruchu	Tak	6 (2,84)
	Nie	205 (97,16)

Źródło: opracowanie własne.

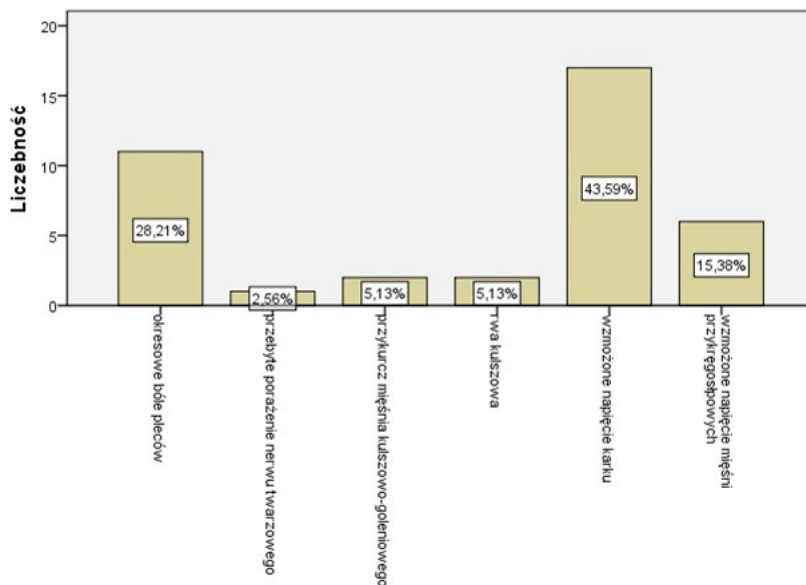
Badanie neurologiczne przeprowadzone przez lekarza zatrudnionego w programie wykazało, że u 43,59% (n = 92) studentów występowało wzmo-

żone napięcie karku, u 28,21% (n = 59) okresowe bóle pleców i u 15,38% (n = 32) wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych. Szczegółowe dane z badania neurologicznego przedstawiono na Rycinie 4.



Rycina 3. Pozostałe schorzenia narządu ruchu występujące w badanej grupie

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 4. Wyniki oceny neurologicznej przeprowadzonej w badanej grupie

Źródło: opracowanie własne.

Występowanie dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa w badanej grupie studentów pielęgniarstwo

W badanej grupie ankietowanych aż 72,4% (n = 152) przyznało, że odczuwa dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa. Najwięcej studentów dolegliwości bólowe kręgosłupa lokalizuje w odcinku lędźwiowo-krzyżowym (40,79%; n = 62), następnie w odcinku szyjnym (20,39%; n = 31) i odcinku piersiowym (8,55%; n = 13). Natomiast 30,26% (n = 46) stwierdziło, że ból, który odczuwają występuje w różnych odcinkach kręgosłupa.

W Tabeli IV przedstawiono charakterystykę dolegliwości bólowych kręgosłupa występujących w badanej grupie. Spośród 152 badanych doświadczających dolegliwości bólowych, prawie połowa doświadczała ich po ciężkiej pracy (49,34%; n = 75). U 44,08% (n = 67) ankietowanych ból związany był ze schorzeniami somatycznymi, a u 40,79% (n = 62) powstawał po przeciążeniach, na które wystawieni byli w domu. 66,45% (n = 101) przyznało, że ból pojawia się incydentalnie. Studenci najczęściej wskazywali, że ból mija po 1 dniu (64,47%; n = 98) i w większości przypadków samoistnie (37,5%; n = 57). Aż 82,89% (n = 126) badanych studentów przyznało, że występujące dolegliwości bólowe kręgosłupa utrudniają ich życie codzienne.

Tabela IV. Charakterystyka dolegliwości bólowych kręgosłupa doświadczanych przez badanych (n = 152).

Zmienna charakteryzująca dolegliwości bólowe	n (%)	
Czy ból pojawia się	Często	40 (26,32)
	Sporadycznie	37 (24,34)
Z czym wiąże się pojawienie się bólu	Po wyjątkowo ciężkiej pracy	75 (49,34)
	Przeciążeniem powstającym po pracy	23 (15,13)
	Przeciążeniem powstającym w domu	62 (40,79)
Ból pojawia się	Schorzeniami somatycznymi	67 (44,08)
	Incydentalnie	101 (66,45)
Czas trwania bólu	Nawracająco	51 (33,55)
	1 dzień	98 (64,47)
	2–5 dni	45 (29,61)
	Ponad tydzień	9 (5,92)

Kiedy ból mija	Samoistnie	57 (37,5)
	Po odciążeniu w pozycji leżącej	19 (12,5)
	Po wykonaniu odpowiednich ćwiczeń	14 (9,21)
	Po zażyciu leków	38 (25)
	Po zabiegach fizjoterapeutycznych	8 (5,26)
	Po zastosowaniu kilku metod	16 (10,53)
Czy ból utrudnia życie codzienne	Tak	126 (82,89)
	Nie	26 (17,11)

Źródło: opracowanie własne.

Badanych podzielono na grupy ze względu na uciążliwość występujących dolegliwości bólowych kręgosłupa. Kryterium podziału było w pierwszej kolejności doświadczenie dolegliwości. Podział ten wyodrębnił grupy doświadczającą dolegliwości (72,04%; n = 152) oraz niedoświadczającą ich (27,96%; n = 59). W celu podziału grupy osób na kolejne dwie podgrupy, charakteryzujące się cięższym (21,33%; n = 45) i lżejszym (50,71%; n = 107) nasileniem dolegliwości zastosowano drugie kryterium. Zgodnie z nim do grupy o cięższym nasileniu dolegliwości bólowych kręgosłupa zakwalifikowano osoby, które deklarowały, że doświadczany ból utrudnia im codzienne funkcjonowanie oraz ponadto spełniały następujące dwa warunki dodatkowe: badani deklarowali, że ból pojawiał się nawracająco lub co najmniej sporadycznie, oraz mija niesamoistnie lub trwa dłużej niż dzień.

Analiza statystyczna wykazała, że ani płeć, ani wiek i wielkość wskaźnika BMI nie wpływa na uciążliwość doświadczanych przez respondentów dolegliwości bólowych kręgosłupa ($p > 0,05$). Szczegółowe wyniki analizy przedstawiono w Tabeli V.

Tabela V. Wpływ wybranych zmiennych na występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa w badanej grupie (n = 211)

Zmienna		Dolegliwości ze strony kręgosłupa			Wynik analizy
		Cięższe	Lżejsze	Brak	
Płeć:					
Kobieta	n (%)	44 (21,26)	105 (50,72)	58 (28,02)	Chi ² = 0,039; p = 0,981
Mężczyzna	n (%)	1 (25)	2 (50)	1 (25)	
Wiek:					
Wiek	M ± SD	19,73 ± 1,01	19,75 ± 1,14	19,85 ± 1,01	F = 0,200; p = 0,816
BMI:					
BMI	M ± SD	22,88 ± 3,95	22,77 ± 4,31	21,69 ± 3,21	F = 1,714; p = 0,183

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Chi²: wynik testu; F: wynik analizy wariancji ANOVA; BMI: body mass index

Źródło: opracowanie własne.

Stan wiedzy na temat schorzeń kręgosłupa i sposobów ich zapobiegania

Uzyskane wyniki odpowiedzi z Testu oceniającego stan wiedzy na temat chorób kręgosłupa i sposobów im zapobiegania w badanej grupie, przedstawiono w Tabeli VI. Znaczna większość badanych poprawnie odpowiedziała na pytanie pierwsze testu wiedzy, twierdząc, że najczęstszą metodą profilaktyki bólów kręgosłupa jest regularna aktywność fizyczna (86,26%; n = 182). Ankietowani również poprawnie odpowiedzieli na pytanie o najczęstsze przyczyny ostrego bólu kręgosłupa, którą spośród wymienionych było podrażnienie struktur okołostawowych stawów kręgosłupa (69,19%; n = 146). Zdaniem znacznej większości badanych ćwiczenia oddechowe są ważnym elementem normalizacji napięć kręgosłupa (79,62%; n = 168). 73,93% (n = 156) respondentów poprawnie zauważyło, że w przypadku ostrego bólu kręgosłupa należy stosować pozycje relaksacyjne z ewentualnym włączeniem farmakoterapii. Również w przypadku pytania dotyczącego związku między ćwiczeniami rozciągającymi mięśnie nóg, a uśmierzaniem bólu kręgosłupa, badani udzielili w większości poprawnej odpowiedzi, twierdząc, że są one istotne w profilaktyce oraz, że ćwiczenia te należy wykonywać delikatnie do granic bólu, 2–3 razy w tygodniu (64,93%; n = 137). W przypadku nawracających bólów kręgosłupa nie wolno wykonywać tzw. nożyc pionowych i poziomych, co zauważyła poprawnie większość badanych studentów (65,88%; n = 139). Respondenci w kolejnym pytaniu testu zapytani o prawidłowo zbudowany kręgosłup mieli problem z udzieleniem prawidłowej odpowiedzi. 49,29% (n = 104) ankietowanych prawidłowo wskazało, że prawidłowo zbudowany kręgosłup posiada lordozę szyjną, kifozę piersiową i lordozę lędźwiową. Umiejscowienie bólu w miejscu kręgosłupa świadczy o jego podłożu właśnie w tym samym odcinku. Poprawnie uważało tak jedynie 20,85% (n = 44) ankietowanych. Badani w większości wiedzieli, że instruktaż ćwiczeń po przebytych epizodach ostrego bólu kręgosłupa powinien udzielać fizjoterapeuta (59,72%; n = 126), choć dość często pojawiły się także odpowiedzi, że powinna to być pielęgniarka. Większość badanych wiedziała, że podczas snu pozycja powinna zapewniać równomierne uwodnienie wszystkich krążków międzykręgowych i zapobiegać porannej sztywności (74,41%; n = 157).

Tabela VI. Odpowiedzi badanych na pytania w teście wiedzy w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki (n = 211)

Pytania testowe	Możliwe kategorie odpowiedzi	n (%)
Najskuteczniejsze metody profilaktyki bólów kręgosłupa:	Regularne korzystanie z zabiegów fizjoterapeutycznych	17 (8,06)
	Przyjmowanie leków przeciwbólowych	12 (5,69)
	Regularna aktywność fizyczna	182 (86,26)
Najczęstsze przyczyny ostrego bólu kręgosłupa to:	Tzw. „wypadnięcie dysku”	42 (19,91)
	Podrażnienie struktur okołostawowych stawów kręgosłupa	146 (69,19)
	Skolioza	23 (10,9)
Ćwiczenia oddechowe:	Są ważne jedynie dla pacjentów z chorobami pulmonologicznym	30 (14,22)
	Są ważnym elementem normalizacji napięć kręgosłupa	168 (79,62)
	Przeznaczone są wyłącznie dla chórzystów	13 (6,16)
W przypadku ostrego bólu kręgosłupa zaleca się:	Intensywne ćwiczenia wzmacniające mięśnie brzucha	26 (12,32)
	Stosowanie pozycji relaksacyjnych z ewentualnym włączeniem farmakoterapii	156 (73,93)
	Natychmiastową operację	29 (13,74)
Ćwiczenia rozciągające mięśnie nóg:	Należy wykonywać delikatnie do granicy bólu, 2–3 razy w tygodniu	24 (11,37)
	Są istotne w profilaktyce bólów kręgosłupa	50 (23,7)
	Odpowiedź a i b są prawidłowe	137 (64,93)
W przypadku nawracających bólów kręgosłupa nie wolno:	Wykonywać ćwiczeń oddechowych	19 (9)
	Rozciągać mięśni nóg	53 (25,12)
	Wykonywać tzw. nożyc pionowych i poziomych	139 (65,88)
Prawidłowo zbudowany kręgosłup posiada:	Kifozę szyjną, lordozę piersiową i kifozę lędźwiową	50 (23,7)
	Lordozę szyjną, kifozę piersiową i lordozę lędźwiową	104 (49,29)
	Żadne z powyższych	57 (27,01)
Umieszczenie bólu w konkretnym miejscu kręgosłupa:	Świadczy wyłącznie o wypadnięciu dysku	49 (23,22)
	Musi mieć podłoże w tym samym odcinku kręgosłupa	44 (20,85)
	Zazwyczaj ma podłoże w innym obszarze ciała	118 (55,92)

Instruktaż ćwiczeń po przebytych epizodzie ostrego bólu kręgosłupa powinien przeprowadzić:	Trener fitness	18 (8,53)
	Fizjoterapeuta	126 (59,72)
	Pielęgniarka	67 (31,75)
Pozycja podczas snu powinna:	Zapewnić równomierne uwodnienie wszystkich krążków międzykręgowych	30 (14,22)
	Zapobiegać uczuciu porannej sztywności	24 (11,37)
	Odpowiedź a i b	157 (74,41)

Źródło: opracowanie własne.

Po zsumowaniu punktacji za udzielane odpowiedzi w Teście oceniającym stan wiedzy na temat chorób kręgosłupa i sposobów im zapobiegania uzyskano wynik ogólny. Średni wynik wynosił $6,44 \pm 1,74$ punktów. Najniższa liczba punktów w grupie badanych wynosiła 1, zaś najwyższa 10. Na podstawie wyników uzyskanych przez badanych wyodrębniono trzy grupy wyników – wysokie, średnie i niskie. Kryterium ich wyodrębnienia była odległość połowy odchylenia standardowego od wartości średniej. Wyniki niższe niż 5,57 punktów traktowane były jako niskie, pomiędzy 5,57 a 7,31 jako średnie, wyższe natomiast niż 7,31 jak wysokie. Na podstawie przyjętych kryteriów stwierdzono, że 43,13% ($n = 91$) ma średni poziom wiedzy, 30,33% ($n = 64$) ma wysoką wiedzę, a 26,54% ($n = 56$) – niską.

W Tabeli VII przedstawiono analizy statystyczne wpływu wybranych zmiennych na stan wiedzy w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki. Z przeprowadzonych analiz wynika, że w badanej grupie ani płeć, ani wiek oraz wartość wskaźnika BMI nie wpływa istotnie na poziom posiadanej wiedzy ($p > 0,05$).

Tabela VII. Wpływ wybranych zmiennych na stan wiedzy w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki ($n = 211$)

Zmienna		Dolegliwości ze strony kręgosłupa			Wynik analizy
		Niski	Średni	Wysoki	
Płeć:					
Kobieta	n (%)	56 (27,05)	89 (42,99)	62 (29,96)	Chi ² = 1,65; p = 0,567
Mężczyzna	n (%)	0 (0)	2 (50)	2 (50)	
Wiek:					
Wiek	M ± SD	19,88 ± 1,24	19,73 ± 1,05	19,75 ± 0,96	F = 0,354; p = 0,703
BMI:					
BMI	M ± SD	22,73 ± 3,72	22,46 ± 4,39	22,33 ± 3,59	F = 0,153; p = 0,859

Źródło: opracowanie własne.

DYSKUSJA

Postawa ciała jest indywidualnym i charakterystycznym dla każdego człowieka układem ciała w pozycji stojącej, wynikającym ze współdziałania ze sobą poszczególnych jej elementów. Zaburzenia w obrębie postawy ciała w pierwszej kolejności zauważane są jako pewne deformacje czy asymetrie. Często niosą one za sobą poważniejsze skutki niż deformacje wizualne. Dochodzi bowiem do zmian położenia czy prawidłowego funkcjonowania narządów wewnętrznych, a co za tym idzie do powstawania chorób towarzyszących (Tworek, 2017). Niektóre zawody, ze względu na występowanie kilku czynników ryzyka, predysponujących do powstawania wad postawy. Takimi zawodami jest zawód pielęgniarki czy położnej. Dlatego też, już na etapie studiów powinno się prowadzić ocenę młodych adeptów tych zawodów, w celu wykrycia nieprawidłowości i nauczania podstaw ergonomii pracy. Badania własne wykazały, że w ocenie lekarskiej, w przypadku większości studentów występowały wady postawy, z czego najwięcej było osób mających problem ze skrzywieniem bocznym kręgosłupa. Ponad 72% respondentów przyznało, że odczuwało dolegliwości ze strony kręgosłupa i najczęściej był to kręgosłup lędźwiowy. Podobnie jak w badaniach własnych Stefanowicz i Kloc (2009) w badanej przez siebie grupie studentów pielęgniarstwa stwierdzili, że aż 75% respondentów zgłaszało bóle kręgosłupa, jednak badana przez nich grupa była mała, ponieważ liczyła zaledwie 40 studentów. Natomiast w badaniach Zwierzchowskiej i Tuz (2018) przeprowadzonych w grupie 231 studentów I roku kierunku ekonomii i zarządzania Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach stwierdzono, że występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa w ciągu ostatnich 6 miesięcy dotyczyło aż 88,5% respondentów, a odcinkiem najczęściej wskazywanym jako bolesne miejsce był, podobnie jak w badaniach własnych, odcinek lędźwiowy kręgosłupa. W grupie 102 pielęgniarek czynnych zawodowo dolegliwości bólowe kręgosłupa stwierdzono u 89% respondentów (Oliwko, Babuśka-Rocznik, Brodziak-Dopierała, Widuchowski, Rocznik, 2022). Literatura wskazuje, że zespół bólowy kręgosłupa występuje już przed 20. rokiem życia i dotyczy 70–80% populacji ogólnej. Częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem do 55. roku życia, a następnie maleje (Benett, Jarvis, Rowlands, Singleton, Haselden, 1995).

Analiza zależności pomiędzy płcią a odczuwaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa w badanej grupie studentów wykazała brak związku między powyższą zmienną. Podobne wyniki, czyli brak związku pomiędzy odczuwaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa a płcią, otrzymały Grabowska i Kwaśniewska (2021), które przeprowadziły badania w grupie 120 pra-

owników biurowych. Natomiast w innych badaniach przeprowadzonych w grupie pracowników sektora handlowego istotnie częściej dolegliwości bólowe odczuwały kobiety. Otrzymany wynik własny można tłumaczyć przewagą kobiet nad mężczyznami w badanej grupie. Wśród pielęgniarek czynnych zawodowo zauważono, że dolegliwości bólowe kręgosłupa były istotnie związane z wiekiem i stażem pracy (Sierakowska, i in., 2019). Badania własne nie potwierdziły tej zależności, co wynikać mogło z małego zróżnicowania wiekowego w badanej grupie studentów, w której najmłodsza osoba była w wieku 19 lat, a najstarsza w wieku 25 lat. Podobnie, w badaniach własnych nie potwierdzono związku pomiędzy wartością wskaźnika BMI a występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa, jednak literatura wskazuje, że nadmierna masa ciała jest jednym z czynników ryzyka choroby zwyrodnieniowej stawów, co sprzyja częstszemu występowaniu dolegliwości bólowych kręgosłupa. Potwierdziły to badania przeprowadzone w grupie pielęgniarek, w których stwierdzono większe nasilenie dolegliwości bólowych w grupie pielęgniarek z BMI ≥ 25 kg/m² (Sierakowska, i in., 2019). Zależność tę potwierdziły wielośrodkowe, amerykańskie badania oraz badania przeprowadzone przez Baumgarta i in. (2015).

Dbłość o postawę ciała powinna polegać przede wszystkim na podejmowaniu działań prozdrowotnych. Rozpoczęcie studiów wiąże się ze zmianą dotychczasowego trybu życia, a w szczególności zmniejszeniem aktywności fizycznej, długim przebywaniem w pozycji siedzącej przed komputerem. Dodatkowo, niewłaściwe nawyki żywieniowe powodują nadmierny przyrost masy ciała, co skutkuje przeciążeniami narządu ruchu (Wolański, 2012). Ponadto, pandemia wirusa SARS-CoV-2 i związane z nią zasady izolacji społecznej, wpłynęły niekorzystnie na profilaktykę wad postawy. Wyniki badań własnych wskazały, że w badanej grupie nie cała 1/3 ankietowanych miała wysoki poziom wiedzy na temat zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki, natomiast analizowane zmienne (płeć, wiek i wartość wskaźnika BMI) nie wpływały istotnie na poziom wiedzy w badanej grupie. Biskup i Marczewski (2011) badali wiedzę na temat zapobiegania wadom postawy wśród maturzystów oraz studentów kierunku pedagogika i fizjoterapia z Zamościa. Stwierdzili oni, że poziom wiedzy respondentów jest niewystarczająca, przy czym studenci fizjoterapii uzyskali istotnie wyższy poziom wiedzy niż pozostali respondenci.

WNIOSKI

1. Przeprowadzone badanie lekarskie w grupie studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo wykazało, że u prawie 46% respondentów stwierdzono skrzywienie boczne kręgosłupa, u ponad 32% stwierdzono skoliozę, a u ponad 25% asymetrię barków, natomiast badanie neurologiczne wykazało, że u prawie 44% studentów występowało wzmożone napięcie karku, u ponad 28% okresowe bólu pleców i u ponad 15% – wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych.
2. Aż ponad 72% respondentów przyznało, że odczuwa dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa i najczęściej lokalizuje je w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, następnie w odcinku szyjnym i odcinku piersiowym. Ponad 82% badanych studentów przyznało, że występujące dolegliwości bólowe kręgosłupa utrudniają ich życie codzienne. Płeć, wiek oraz wartość wskaźnika BMI nie wpływają na ciężkość odczuwanych dolegliwości bólowych kręgosłupa ($p > 0,05$).
3. Stwierdzono, że większość studentów ma średni poziom wiedzy na temat chorób kręgosłupa i sposobów im zapobiegania. Analizowane zmienne: płeć, wiek oraz wartość wskaźnika BMI nie wpływają na poziom wiedzy ankietowanych studentów ($p > 0,05$).
4. Studenci kierunków medycznych powinni w ramach zajęć prowadzonych na uczelniach odbywać zajęcia związane z ergonomią pracy oraz fizjoprofilaktyką chorób kręgosłupa i wad postawy. Odpowiednie przygotowanie uchroni przyszłych pracowników ochrony zdrowia wykonujących zawody szczególnie narażane na choroby kręgosłupa przed ich wystąpieniem.

PIŚMIENNICTWO

- Baumgart M., Radziwińska A., Szpinda M., Kurzyński P., Goch A., Zukow W. (2015). Dolegliwości bólowe kręgosłupa wśród personelu pielęgniarstwa. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(9), s. 633–646. DOI: 10.5281/zenodo.29066.
- Benett N., Jarvis L., Rowlands O., Singleton N., Haselden L. (1995). *Results from the 1994 General Household Survey*. Office of Population Censuses and Surveys, London: Her Majesty's Stationery Office.
- Biskup, M., Marczewski K. (2011). Ocena wiedzy o wadach postawy kręgosłupa i ich skutkach wśród maturzystów i studentów. *Fizjoterapia, Zamojskie Studia i Materiały XIII*, 34(1), 2011.

- Borkowska, M., Gelleta, I. (2014). *Wady postawy i stóp u dzieci*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Drozdowski, Z. (2002). *Antropologia dla nauczycieli wychowania fizycznego*. Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego.
- Grabowska, B., Kwaśniewska, A. (2021). Dolegliwości bólowe kręgosłupa u pracowników biurowych – badania wstępne. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 27(4), s. 395-399.
- Jabłońska, J., Wilczyński, J. (2017). Wady postawy a wady wymowy. *Pediatrya i Medycyna Rodzinna*, 13(4), s. 470-478.
- Kasperczyk, T. (2004) *Wady postawy ciała – diagnostyka i leczenie*. Kraków: „Kasper”.
- Kołodziej, J., Kołodziej, K., Momola, I. (2004). *Postawy ciała, jej wady i korekcja*. Rzeszów: Wydawnictwo Oświatowe FOSZE.
- Muchacka, R., Pyclik, M. (2016). Wady postawy u dzieci i młodzieży – charakterystyka i etiologia. *Prace Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości z siedzibą w Wałbrzychu*, 37(1), s. 69-84.
- Oliwko, E., Babuška-Rocznik, M., Brodziak-Dopierała, B., Widuchowski, W., Rocznik, W. (2022). Zespół bólowy kręgosłupa u pielęgniarek w podkarpackich szpitalach. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 76, s. 70-79. DOI: 10.18794/aams/148116.
- Owczarek, S., Bondarowicz, M. (2010). *Zabawy i gry ruchowe w gimnastyce korekcyjnej*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Roman-Liu, D. (2008). Narażenie na powstawanie dolegliwości mięśniowo-szkieletowych w krajach Unii Europejskiej. *Bezpieczeństwo Pracy*, 446(11), s.16-20.
- Sierakowska M., Doroszkiewicz, H., Kondzior, D., Klimaszewska, K., Jemieljańczuk, Z., Dolińska, C. (2019). Prewencja dysfunkcji ze strony układu mięśniowo-szkieletowego na przykładzie realizacji Programu profilaktyki zespołu bólowego kręgosłupa u personelu pielęgniarskiego. *Medycyna Pracy*, 70(2), s. 189-199. DOI: 10.13075/mp.5893.00801.
- Sierakowska M., Doroszkiewicz, H., Kondzior, D., Klimaszewska, K., Jemieljańczuk, Z., Dolińska, C. (2019). Prewencja dysfunkcji ze strony układu mięśniowo-szkieletowego na przykładzie realizacji Programu profilaktyki zespołu bólowego kręgosłupa u personelu pielęgniarskiego. *Medycyna Pracy*, 70(2), s. 189-199. DOI: 10.13075/mp.5893.00801.
- Solecki, L. (2014). Przyczyny występowania dolegliwości bólowych ze strony układu mięśniowo-szkieletowego wśród rolników, w związku z wykonywaną pracą. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(4), s. 426-429.
- Stefanowicz, A., Kloc, W. (2009). Rozpowszechnienie bólu krzyża wśród studentów. *Polish Annals of Medicine*, 2009, 1(16), s. 28-41.
- Tworek, K. (2017). Praca zawodowa a bóle kręgosłupa u pielęgniarek pracujących w szpitalach. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 1, s. 19-22.

- Wilczyński, J. (2005). *Korekcja wad postawy człowieka*. Starachowice: Wydawnictwo Anthropos.
- Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Lublinie (WOMP Lublin). Program prozdrowotny w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy na lata 2017-2021. <https://www.womp.lublin.pl/programy-zdrowotne/urząd-marszałkowski/program-prozdrowotny-w-zakresie-zapobiegania-chorobom-kręgosłupa-oraz-fizjoprofilaktyki-dotyczącej-ergonomii-pracy-na-lata-2017-2021.html> (17.02.2023).
- Wolański, N. (2012). *Rozwój biologiczny człowieka*. Warszawa: PWN.
- Zwierzchowska, A., Tuz, J. (2018). Ocena wpływu krzywizn kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej na dolegliwości mięśniowo-szkieletowe u młodych dorosłych. *Medycyna Pracy*, 69(1), s. 29-36.

Rola poradnictwa pielęgniarki w opiece i modyfikowaniu zachowań związanych ze zdrowiem psychospołecznym uczniów

Marzena Krysa¹, Klaudia Henowska²

1. Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Pediatrii, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu im. Piastów Śląskich
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu im. J. Gromkowskiego

STRESZCZENIE

Wstęp. Do ważnych aspektów poradnictwa pielęgniarki w zakresie zachowań związanych ze zdrowiem psychospołecznym jest motywowanie pacjentów do korzystania z profesjonalnej medycznej pomocy i udzielanie wsparcia społecznego, zalecenie unikania nadmiernego stresu, zachęcenie do radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. Podstawowym zadaniem pielęgniarki, nie tylko w podstawowej opiece zdrowotnej, jest wczesne wykrywanie zaburzeń zdrowia populacji. Opieka i poradnictwo pielęgniarki obejmuje dzieci i młodzież w poradni rodzinnej w medycynie szkolnej, lecznictwie szpitalnym.

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie działań pielęgniarskich dotyczących poradnictwa i działań diagnostycznych, edukacyjnych, opiekuńczych oraz terapeutycznych w opiece nad uczniem z depresją młodzieńczą.

Materiał i metoda. Materiałem badawczym jest proces pielęgnowania pacjentki z depresją młodzieńczą, złożony z diagnozy pielęgniarskiej, celu oraz planu opieki, oceny oraz uzasadnienia podjętych działań. Proces pielęgnowania został napisany na podstawie metod badawczych, którymi były dokładnie zebrany wywiad, badania, dokumentacja medyczna, testy oraz skale oceny zdrowia. Przedstawione w pracy problemy badawcze to problemy pielęgnacyjne, wynikające ze specyfiki poradnictwa i opieki nad uczniem z depresją młodzieńczą.

Wnioski. Poradnictwo w pielęgniarstwie jest zadaniem, które obejmuje wszystkie aspekty opieki nad człowiekiem chorym. Konieczna jest znajomość przez pielęgniarki definiowania i rozumienia zdrowia. Prowadzenie edukacji zdrowia psychicznego może pomóc w zdrowieniu bardzo wielu młodych ludzi. Skala problemów w procesie pielęgnowania ucznia, wskazuje na konieczność zwiększenia roli pielęgniarki i wykorzystywania poradnictwa na temat, gdzie szukać pomocy w przypadku choroby ucznia i wsparcia dotyczącego zdrowia psychospołecznego rodziny.

Słowa kluczowe: poradnictwo zdrowotne, depresja młodzieńcza, proces pielęgnowania

WSTĘP

Do ważnych aspektów poradnictwa pielęgniarki, w celu modyfikowania zachowań związanych ze zdrowiem psychospołecznym, jest motywowanie uczniów do korzystania z profesjonalnej pomocy medycznej. Zachęcenie do skorzystania ze wsparcia społecznego, zalecenia unikania nadmiernego stresu, włączenie się w szkolną edukację dotyczącą metod radzenia sobie przez dzieci i młodzież ze stresem to główne zadania w poradnictwie, dotyczącym zdrowia psychofizycznego. Zadaniem pielęgniarki jest wczesne wykrywanie zaburzeń zdrowia populacji. Wykorzystując możliwość kontaktu z rodzicami, wychowawcami, pedagogiem, należy dążyć do zmiany zachowań antyzdrowotnych, związanych ze zdrowiem psychospołecznym i towarzyszyć uczniom w tej zmianie w sytuacji choroby. Depresja w wieku młodzieńczym może być traktowana, jako specyficzna reakcja związana z rozwojem uczniów, charakteryzująca się różnymi objawami, a rozróżnienie ich warunkuje terapię (Dymowska, Nowicka-Sauer, 2015). To właśnie pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, w swojej pracy zawodowej sprawuje opiekę nad dziećmi i młodzieżą z problemami zdrowotnymi z powodu depresji. Do ważnych aspektów poradnictwa pielęgniarki medycyny szkolnej związanych ze zdrowiem psychospołecznym uczniów jest: wykazanie zainteresowania osobą i wsparcia, motywowanie pacjentów do korzystania z profesjonalnej medycznej pomocy.

Swoistą formą edukacji pacjenta jest poradnictwo, polegające na udzielaniu pomocy (rady) osobie w związku z określonym problemem, związane jest z udzielaniem wskazówek, informacji, instrukcji, gdzie szukać pomocy. Poradnictwo u uczniów dotyczy różnych sytuacji związanych ze zdrowiem psychospołecznym, w modelu zorientowanym na zdrowie może dotyczyć korzystnych zachowań w sytuacji umacniających zdrowie ucznia

(np.: porada metod radzenia sobie ze stresem i unikania nadmiernego stresu, regularnego stosowania aktywności fizycznej, racjonalnego odżywiania oraz dbania o higienę snu (Woynarowska, 2017). Edukacja w modelu zorientowanym na chorobę powinna koncentrować się na zachowaniach w sytuacji choroby ucznia, dotyczących wypełniania zaleceń lekarskich np.: farmakoterapia, korzystanie z grup pomocy psychologicznej.

Porada powinna być udzielana tak, aby: pacjent lepiej rozumiał swoją sytuację, rozpoznał swój problem i znalazł możliwe rozwiązania oraz umiał ominąć przeszkody, potrafił podjąć optymalne decyzje dotyczące samoopieki (Czeczulewska, 2022).

Okres pandemii sprzyjał rosnącym statystykom zachorowania na depresję wśród młodzieży (Szeja, 2023). W sytuacji pandemicznej Covid-19 problemy depresyjne młodzieży mogły ulec nasileniu ze względu na brak kontaktu z rówieśnikami.

Należy także zwrócić uwagę, że badanie EZOP II z 2021 roku wykazało większą liczbę osób w wieku 7–17 lat cierpiących na zaburzenia psychiczne, niż wykazują dane systemu opieki zdrowotnej NFZ. Wskazuje to na ciągły niedobór lekarzy psychiatrów oraz psychologów, świadczących usługi w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Istotne jest także to, że należałoby zwiększyć współpracę szkół oraz ośrodków pełniących pomoc psychologiczną bądź terapeutyczną (Ostaszewski, Kucharski, Stokwiszewski, 2021). W Polsce w 2018 roku z poradni leczenia zdrowia psychicznego oraz leczenia uzależnień lub pilotażu CZP Centrum Zdrowia Psychicznego korzystało jedynie 51,1% chorych. Wyłącznie w poradniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej pomocy szukało 42,3% pacjentów z depresją, a tych korzystających z obu poradni, włączając pilotaż CZP było 6,6%. Na oddziałach psychiatrycznych w roku 2018 było hospitalizowanych około 3,5% cierpiących na depresję (Narodowy Fundusz Zdrowia, 2020).

W pracy pielęgniarki, nie tylko medycyny szkolnej, szczególnie ważna jest znajomość objawów i postępowania wspierającego leczenie młodzieży w depresji. Nadal istnieje także zbyt mała świadomość społeczeństwa, dotycząca tego schorzenia wśród rodziców, nauczycieli, pielęgniarek a depresja młodzieńcza jest chorobą złożoną. Przyczyną zaburzeń mogą być czynniki biologiczne i psychologiczne. W okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości może dochodzić do obniżenia i melancholijnego nastroju, anhedonii, czyli stanu, w którym pacjent nie jest w stanie czerpać radości z życia. Mogą występować także myśli autodeprecjacyjne, które manifestują się poprzez poczucie bezsilności oraz myśli samobójcze (Ćwikliński, 2021a). Występują także zaburzenia czynności poznawczych, charakteryzujące się trudnościami w nauce, niepowodzeniami w szkole, zaburzeniami koncentracji (Bomba, 2011).

Sytuacje traumatyczne dla ucznia np. odejście kogoś bliskiego, rozwód rodziców, rozłąka z ze znajomymi, straty materialne, obniżenie poziomu życia rodziny mogą być dużym obciążeniem emocjonalnym. W depresji młodzieńczej możemy podczas wywiadu pielęgniarskiego, badań bilansowych, stwierdzić podwyższony poziom lęku oraz obniżoną samoocenę ucznia. Pielęgniarka poprzez rozmowę z uczniem, może ustalić metody pomocy dziecku i rodzinie, opierając swoją pracę na szeroko rozumianym poradnictwie.

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie działań pielęgniarskich dotyczących poradnictwa i działań diagnostycznych, edukacyjnych, opiekuńczych oraz terapeutycznych w opiece nad uczniem z depresją młodzieńczą.

MATERIAŁ I METODY

Materiałem badawczym jest proces pielęgnowania pacjentki z depresją młodzieńczą, złożony z diagnozy pielęgniarskiej, celu oraz planu opieki, oceny oraz uzasadnienia podjętych działań. Metodami badawczymi były dokładnie zebrany wywiad, badania, dokumentacja medyczna, testy oraz skale oceny zdrowia. Podstawowe techniki badawcze: wywiad, obserwacja pacjenta w trakcie przeprowadzania wywiadu, analiza dokumentacji medycznej, oraz autoryzowane skale: Skala Becka – do oceny stopnia depresji, skala depresji Hamiltona – do oceny nasilenia depresji, MNA do oceny stanu odżywiania pacjenta, skala ACDS – jest ona wykorzystywana do określenia stopnia stosowania się pacjenta do zaleceń związanych z przyjmowaniem leków w chorobach przewlekłych.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Badania przeprowadzono u 19-letniej uczennicy LO we Wrocławiu. Chora cierpi od 4 lat na depresję. Rodzice chorej rozwiedli się, kiedy miała ona 10 lat. W 2017 roku zmarła babcia pacjentki i w tamtym momencie nastąpiło zakończenie kontaktów chorej z ojcem. Mama pacjentki okazuje

jej wsparcie, pragnie pomóc jej pokonać chorobę, jednak nie posiada ku temu odpowiedniej wiedzy. Na początku wywiadu osobistego z pielęgniarką chora wykazywała zdenerwowanie, występowały nerwowe ruchy nóg, obserwowano pocieranie dłoni. Pacjentka waży 50 kg i ma 168 cm wzrostu. BMI wynosi 17, co oznacza niedożywienie. Uczennica twierdzi, że jest zorientowana w swojej chorobie, ale nie rozumie jej istoty i konieczności stałej kontroli psychiatrycznej oraz psychoterapeutycznej. Z wywiadu oraz analizy dokumentacji wynika, że pierwsza hospitalizacja miała miejsce 09.10.2018 roku. Pacjentka została przyjęta na oddział pediatrii z powodu nudności z podejrzeniem choroby wrzodowej. Wystąpił niezamierzony spadek masy ciała o 4 kg. Fizykalnie budowa ciała asteniczna, na skórze twarzy obecne zmiany trądzikowe, palpacyjnie brzuch miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych, perystaltyka jelit symetryczna, prawidłowa. Test w kierunku H. pylori- wynik dodatni. Pacjentka przy wypisie ze szpitala dostała zalecenie udania się na wizytę psychiatryczną. Na początku 2019 roku u chorej została zdiagnozowana depresja maskowana oraz lęki społeczne. W tym samym roku pacjentka przez pół roku uczyła się w trybie nauki domowej, ze względu na zły stan psychiczny i nasilenie lęków społecznych. W listopadzie 2021 roku nastąpiło zaostrzenie choroby. Pacjentka odczuwała ciągłe zrezygnowanie, miała myśli samobójcze, stosowała także samookaleczenie. W tamtym okresie chora nie uczęszczała do szkoły. Obecnie pacjentka podaje nieznaczne polepszenie swojego stanu zdrowia po zwiększaniu dawek przyjmowanych leków. Występują negatywne myśli i emocje, trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu nowych relacji, a także zaburzenia snu o typie hiposomnii. Pacjentka podaje, że w sytuacjach stresowych występuje nawrót nudności oraz silnych bólów brzucha, potliwość oraz napadowa tachykardia do 120 u/min.

Zindywidualizowany plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Odczuwanie nieuzasadnionego smutku i lęku ucznia, spowodowane nasileniem się stanów depresyjnych, skutkujące stresem szkolnym.

Cel opieki: Poprawa komfortu psychicznego i zminimalizowanie występowania lęku, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa w szkole i w domu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zapewnienie przez pielęgniarkę medycyny szkolnej postawy zrozumienia i empatii poprzez: rozmowę z uczennicą i zachowanie intymności, nawiązanie z nią relacji terapeutycznej poprzez unikanie dydaktyzmu, pouczania.

- Ustalenie podczas rozmowy wspólnie z uczennicą, co jest największą przyczyną występowania lęku. Przeprowadzenie pomiarów diagnostycznych: ciśnienia tętniczego, wzrostu, wagi, ocena skal: Becka, Hamiltona, MNA, ACDS.
- Zaproszenie uczennicy do ustalenia planu radzenia sobie ze stresem szkolnym.
- Ustalenie współpracy z pedagogiem i wychowawcą uczennicy, polegającej na wzajemnym przekazie informacji o funkcjonowaniu dziecka w szkole.
- Rozmowa telefoniczna i zapewnienie pomocy informacyjnej matce, gdzie szukać pomocy celem udziału w psychoterapii, terapii zajęciowej.

Ocena uzyskanych wyników: Dzięki rozmowie z uczennicą i przyjaznej postawie pielęgniarki, przeprowadzane są spotkania w gabinecie regularnie 2 razy w tygodniu. Współpracując z wychowawcą klasy, zaproponowano, że w szkole będzie towarzyszyć uczennicy, zaufana przyjaciółka z klasy. Matka otrzymała od pielęgniarki wykaz poradni zdrowia psychicznego i programów wsparcia rodziny dostępnych w mieście. Pomiary parametrów wykazują niedowagę oraz w skali Becka pacjentka otrzymała 40 punktów na 63 możliwych, co wskazuje na ciężką depresję. W skali depresji Hamiltona uzyskała 19 punktów, co jest równoznaczne z depresją w stadium ciężkim. W skali MNA chora otrzymała 4 punkty, co nie wskazuje na obecność zaburzeń odżywiania. W skali ACDS chora uzyskała 25 punktów – średni adherence, co wskazuje na średnią realizację planu terapeutycznego w zakresie farmakoterapii.

Diagnoza pielęgniarska 2: Występowanie negatywnych myśli i emocji o średnim nasileniu w przebiegu leczonej depresji.

Cel opieki: Zminimalizowanie u uczennicy występowania negatywnych myśli i emocji poprzez edukację, dotyczącą istoty choroby i sposobów radzenia sobie.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zachęcenie chorej do dokładnego opisu występujących u niej negatywnych myśli i emocji podczas rozmowy.
- Wykazywanie cierpliwości wobec chorej oraz aktywne jej słuchanie, nieocenianie pacjentki za brak umiejętności radzenia sobie z problemami.
- Podjęcie próby ustalenia przyczyny odczuwania negatywnych myśli i emocji.
- Okazywanie pacjentce wsparcia i zrozumienia podczas porady edukacyjnej.

- Przedstawienie metod radzenia sobie z chorobą i zachęcenie pacjentki do znalezienia hobby, które będzie sprawiać jej przyjemność i zajmować myśli np. klub książki.
- Zachęcenie do uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych grupowych, psychoterapii poznawczo-behawioralnej o większej częstotliwości.

Ocena uzyskanych wyników: Wykazanie zainteresowania w trakcie wizyt w gabinecie pielęgniarki dotyczące zajęć pozalekcyjnych i zachęcenie do hobby skutkowało zmniejszeniem występowania negatywnych myśli i emocji u pacjentki. Uczennica wróciła do cotygodniowych spotkań w poradni zdrowia psychicznego.

Diagnoza pielęgniarska 3: Trudności w nawiązywaniu kontaktów szkolnych z otoczeniem, związane z obecnością lęków społecznych o średnim nasileniu.

Cel opieki: Zachęcenie do nawiązywania i podtrzymanie relacji uczennicy z otoczeniem.

Interwencje pielęgniarskie:

- Rozmowa z chorą, pokazanie jej swojego zrozumienia, wykazanie się empatią oraz aktywne słuchanie chorej.
- Okazanie szacunku pacjentce, poprzez wspieranie i chwalenie jej próby nawiązywania kontaktów z pedagogiem, innymi nauczycielami i uczniami poprzez udział w zajęciach dodatkowych, konkursach.
- Okazanie zainteresowania dotyczącego udziału uczennicy w środowiskowej psychoterapii.
- Przeprowadzenie porady dotyczącej roli farmakoterapii w procesie leczenia na podstawie przeprowadzanej skali adherens.
- Zachęcenie do zwiększania kompetencji w zakresie komunikacji z rodzicami i klasą, poprzez zaplanowanie udziału w wycieczce szkolnej.
- Okazywanie w trakcie rozmowy z pacjentką wsparcia i wyrażanie pochwał jej próby nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi.

Ocena uzyskanych wyników: Mimo podjętych działań uczennica wykazuje trudność, ale w mniejszym stopniu w nawiązywaniu nowych relacji. Zrozumiała znaczenie regularnej farmakoterapii. Podjęła działania związane z zapisaniem się na zajęcia plastyczne. Regularnie przyjmuje leki wg zaleceń i uczestniczy w psychoterapii.

Diagnoza pielęgniarska 4: Zaburzenia tętna objawiające się napadową tachykardią, spowodowaną brakiem umiejętności zdrowego stylu życia i radzenia sobie ze stresem.

Cel opieki: Zachęcenie do samoobserwacji i samoopieki poprzez nauczenie pacjentki radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz zmiany nawyków żywieniowych.

Interwencje pielęgniarские:

- Próba określenia głównego czynnika stresowego, jego modyfikacji lub wyeliminowania.
- Zalecenie unikania spożywania kofeiny, gdyż powoduje ona przyśpieszenie akcji serca.
- Nauczenie pacjentki pomiaru RR, obserwacji cech i rodzaju tętna, założenie dzienniczka kontroli pomiarów.
- Przekazanie informacji o rodzaju i sposobie wykonania ćwiczeń oddechowych oraz relaksacyjnych.
- Zachęcenie do zmiany nawyków żywieniowych poprzez wprowadzenie celu minimalnej zmiany dotyczącej spożywania drugiego śniadania.

Ocena uzyskanych wyników: Pacjentka została poinformowana przez pielęgniarkę na temat czynników mogących spowodować wystąpienie tachykardii. Chora zgodnie ze wskazaniem założyła dzienniczek samokontroli pomiarów. Wykonuje ona także przedstawione jej ćwiczenia oddechowe oraz relaksacyjne, co przynosi pozytywne efekty w stresowych sytuacjach. Wprowadziła zasadę spożywania codziennie 3 porcji warzyw i 2 porcji owoców.

Diagnoza pielęgniarская 5: Występowanie zaburzeń snu o typie hiposomnii skutkujące zmniejszoną potrzebą snu oraz utrzymującym się zmęczeniem uczennicy.

Cel opieki: Przewrócenie prawidłowego rytmu snu i czuwania spowodowanego chorobą oraz zachowaniami antyzdrowotnymi uczennicy.

Interwencje pielęgniarские:

- Zmotywowanie uczennicy do przestrzegania prawidłowych zasad higieny snu i ich wpływu na zdrowie psychiczne.
- Zalecenie kontrolowania godzin snu, należy kłaść się do łóżka i wstać zawsze o tej samej porze.
- Poinformowanie o unikaniu drzemek w ciągu dnia, a jeśli się pojawią, to powinny mieć miejsce do godziny 16 i nie przekraczać godziny.
- Przestrzeganie zalecenia unikania korzystania z telefonu czy komputera przed snem i po zagaszeniu światła.
- Unikanie spożywania napojów z zawartością kofeiny na kilka godzin przed snem np. kawa, herbata, napoje energetyczne.
- Przeprowadzenie porady o znaczeniu regularnej aktywności fizycznej i jej wpływu na profilaktykę choroby.

- Zapewnienie odpowiednich warunków w pomieszczeniu, w którym śpi uczeń: wywietrzenie pomieszczenia, unikanie jaskrawego światła oraz zbyt niskich lub wysokich temperatur.
- Zachęcenie chorej, aby wstała zaraz po przebudzeniu, nie spędzała dużej ilości dnia w łóżku, bo może zaburzać to potrzebę snu.
- Zwrócenie uwagi matce na włączenie się w obserwacje zaburzeń snu i senności u uczennicy oraz przeprowadzanie kontroli przyjmowanych leków. Zachęcenie do rozmowy i towarzyszenie córce w celu likwidacji osamotnienia córki.

Ocena uzyskanych wyników: Zastosowanie podanych metod przez pacjentkę poprawiło powrót prawidłowego rytmu dobowego. Uczennica planuje zakup stacjonarnego roweru celem zwiększenia aktywności fizycznej.

DYSKUSJA

Depresja jest chorobą złożoną, nie da się wyłonić jednego głównego czynnika powodującego jej powstawanie. Można wśród przyczyn wyróżnić czynniki biologiczne i psychologiczne (Bernaras, Jaureguizar, Garaigordobil, 2019; Wilczek-Rużyczka, 2019). W przypadku czynników psychologicznych mówimy przede wszystkim o występowaniu niszczycielskich wydarzeń w życiu. Powodują one zaburzenie poprawnego rozwoju nastolatka. Wydarzenia mogą mieć podłoże społeczne oraz indywidualne. W przypadku tych drugich niezwykle duże znaczenie mają te o podłożu emocjonalnym, a więc separacja, utrata bliskiej osoby. Traumatyczne przeżycia mogą powodować u nastolatka nasilenie stresu, strachu. Wydarzenia o podłożu społecznym powodujące występowanie zaburzeń na tle psychicznym odnoszą się do interakcji na linii nastolatek-środowisko. Regularne występowanie i nawarstwienie się nieprzyjemnych wrażeń i zachowań może powodować pojawienie i nasilenie się zaburzeń o charakterze depresyjnym. Destrukcyjny wpływ na rozwój adolescenta może mieć grupa znajomych, szkoła, ale przede wszystkim rodzina. To właśnie w niej dochodzi do kształtowania postaw i zachowań młodego człowieka. Większe narażenie na wystąpienie depresji wykazują dzieci z niepełnych rodzin, gdzie w wychowaniu brakuje ojca albo takich, gdzie panuje odwrócony model rodziny, jedynacy, a także osoby z rodzin autorytarnych i nadopiekuńczych. Ryzyko zachorowania zwiększa także rozwód bądź separacja rodziców oraz częste kłótnie w domu (Ćwikliński. 2021).

Zaburzenia snu stanowią jeden z podstawowych objawów depresji (Bernaras, Jaureguizar, Garaigordobil, 2019). Według Foley'a i Weinraub (2017)

dotyczą one częściej dziewcząt niż chłopców wykazujących objawy depresji. Wystąpienie problemów ze snem jest bardziej prawdopodobne w przypadku adolescentów z obniżonym poczuciem własnej wartości, a także mniejszą więzią społeczną i problemami w nauce. Niewystarczająca ilość snu ma powiązanie ze zwiększonym ryzykiem podejmowania zachowań ryzykownych w postaci kradzieży, zażywania niedozwolonych środków psychoaktywnych. Dzieci, które mają problemy emocjonalne mają gorszą jakość snu, jednak wraz z dorastaniem zaburzenia te odgrywają coraz mniejszą rolę i minimalizuje się ich wpływ na jakość snu. Tak więc, większość problemów ze snem rozpoczyna się w dzieciństwie i ma swoje odzwierciedlenie w przyszłości. Pacjentka cierpi na zaburzenia snu o typie hiposomnii, tj. obniżonej potrzebie snu. Jak podaje Krysiak-Rogała i Jernajczyk (2013) na bezsenność uskarża się około 73% pytanych w grupie wiekowej 7–15 lat. Jednak częściej w przypadku depresji maskowanej można spotkać nadmierną senność, co jest odmienne u opisanej wyżej chorej. Można także zaobserwować zależność pomiędzy przyjmowaniem leków z grupy SSRI, a występowaniem zaburzeń snu. Bezsenność ma także wpływ na zwiększone ryzyko wystąpienia próby samobójczej.

Przewlekły stres ma wpływ na zmiany w funkcjonowaniu układu nerwowego. Istotne jest jego nasilenie i czas trwania. U każdej osoby inna dawka stresu będzie stwarzać zaburzenia. Stres powoduje wzrost poziomu kortyzolu. Powoduje to zanik hipokampa odpowiedzialnego za pamięć. Może to prowadzić do zaburzeń pamięci jawnej oraz przestrzennej. Przyjmuje się, że niewielka dawka stresu ma pozytywny wpływ na funkcje poznawcze, jednak, jeśli występuje on w formie przewlekłej, prowadzi do ich osłabienia. Należy także wspomnieć, że stres osłabia układ odpornościowy, co prowadzi do częstszej obecności chorób. Stres ma także negatywny wpływ na układ sercowo-naczyniowy. Może on powodować występowanie tachykardii, tak jak u opisanej pacjentki, a także hipertensji i miażdżycy. Stres ma odzwierciedlenie w poziomie apetytu, może powodować jego wzrost lub spadek. Powoduje on także zmniejszenie wchłaniania substancji odżywczych w układzie pokarmowym (Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston, Sahebkar, 2017). Pozytywny efekt terapeutyczny w zmieszeniu objawów depresji można uzyskać zalecając uczennicy takie składniki, jak: kwasy tłuszczowe omega-3, witaminy z grupy B, tryptofan i inne aminokwasy niezbędne do syntezy neuroprzebiegów oraz cynk (Majkutewicz, Tyszkó, Okreglicka, 2014).

Proces pielęgnowania powinien być skupiony na usunięciu lub zmniejszeniu podstawowych problemów chorego. Zadania pielęgniarki w leczeniu depresji obejmują wsparcie w leczeniu farmakologicznym, ocenę funkcjonowania pacjenta, edukację chorego oraz jego rodziny. Choroby psychiczne

nadal są piętnowane w naszym społeczeństwie, co jest dodatkowym utrudnieniem w procesie leczenia. Właśnie dlatego pielęgniarka powinna okazywać pacjentowi zainteresowanie i zrozumienie. Bardzo ważną rolę odgrywa odpowiedni dobór słów, nie można słownie stygmatyzować pacjenta i jego choroby (Poprawska, Krzemińska, Borodzicz-Cedro, 2013).

Rola edukacyjna pielęgniarki obejmuje pacjenta, jego rodzinę oraz społeczeństwo. Dzieli się na dwa etapy. Należy zaznajomić chorego i jego otoczenie z istotą choroby, wytłumaczyć, jakie są jej objawy i jakie niesie za sobą zagrożenia. Trzeba także przedstawić, jak ważne jest leczenie depresji i na czym ono polega. W drugim etapie, podstawowym zadaniem jest nauczenie pacjenta i jego bliskich, radzenia sobie z objawami choroby i zasadami farmakoterapii oraz współpracy z lekarzem. Psychoedukacja społeczeństwa może skutkować większą wrażliwością i zwiększyć akceptację społeczną chorób psychicznych. Pacjent powinien zostać także poinformowany, że należy nadal prowadzić życie towarzyskie i nie należy odizolowywać się od ludzi. Rodzina powinna zdawać sobie sprawę, że jej wsparcie, uważność, odgrywa niezwykle ważną rolę w procesie leczenia. (Klimaszewska i in., 2007). W profilaktyce chorób wskazuje się na ogromną rolę psychoedukacji wielu grup społecznych. Istnieją przykłady dobrych praktyk i doświadczeń europejskich. W Finlandii w pierwszym etapie postawiono na system szkolenia służb medycznych, a także społecznych, np. nauczycieli. Podjęto skuteczne i efektywne działania, aby przełamać tabu i wstyd wynikających z kutrowych wzorców chorób (Jankowicz, 2018). Dlatego warto w wielu sektorach odpowiedzialnych za zdrowie, podejmować temat fachowej pomocy dla dzieci i młodzieży.

WNIOSKI

1. Poradnictwo w pielęgniarstwie jest zadaniem, które obejmuje wszystkie aspekty opieki nad człowiekiem chorym, dotyczy poradnictwa na temat zmian zachowań zdrowotnych i informacji, gdzie szukać pomocy w przypadku choroby ucznia.
2. Wsparcie pielęgniarki w szkole i zainteresowanie problemami ucznia chorującego na depresję, może decydować o lepszym zdrowiu psychospołecznym jego i rodziny.
3. Skala problemów w procesie pielęgnowania ucznia i rola pielęgniarki, wskazują na konieczność zwiększenia zatrudnienia personelu medycznego w szkołach oraz uruchomienia procesu kształcenia personelu.

PIŚMIENICTWO

- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: a review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10, 543. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00543.
- Bomba, J. (2011). Depresja młodzieńcza. W: I., Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL Lekarskie, s. 26-32
- Czeczulewska, E. (2022). *Porada pielęgniarska. Skrypt do przedmiotu Poradnictwo w pielęgniarstwie*. Warszawa: PZWL.
- Ćwikliński, A. (2021). Depresja dzieci i młodzieży, jako skutek problemów osobniczego i społecznego rozwoju. *Rocznik Pedagogiczny*, 44, s. 163-173. DOI: 10.2478/rp-2021-0011.
- Dymowska, A., Nowicka-Sauer, K. (2015). Depresja wśród młodzieży – problem wciąż aktualny. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 9(2), s. 124-126.
- Foley, J.E., Weinraub, M. (2017). Sleep, affect, and social competence from preschool to preadolescence: distinct pathways to emotional and social adjustment for boys and for girls. *Frontiers in Psychology*, 8, 711. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00711.
- Jankowicz, S. (2018). Depresja wieku młodzieńczego – etiologia i obraz kliniczny. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Społeczne*, 22(3), s.183-190. DOI: 10.26361/ZNTDsp.09.2018.22.10.
- Klimaszewska, K., Bandaruk, I., Rolka, H., Krajewska-Kułak, E., Kowalczyk, K., Jankowska, B., Kondzior, D., Baranowska, A. (2007). Rola edukacyjna pielęgniarki w zakresie postępowania z chorym na depresję. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 88(4), s. 408-416.
- Krysiak-Rogala, K., Jernajczyk, W. (2013). Zaburzenia snu u dzieci i młodzieży z zaburzeniami i chorobami psychicznymi – zaburzenia afektywne i lękowe. *Psychiatria Polska*, 47(2), s. 303-312.
- Majkutewicz, P., Tyszko, P., Okreglicka, K. (2014). Leczenie żywieniowe depresji. *Family Medicine and Primary Care Review*, 16(1), s. 48-50.
- Narodowy Fundusz Zdrowia (2020). NFZ o zdrowiu. Depresja. <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja> (16.01.2023).
- Ostaszewski, K., Kucharski, M., Stokwiszewski, J. (2021). *Badanie EZOP II dzieci i młodzieży (7–17 lat)*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
- Poprawska, J., Krzemińska, S., Borodzicz-Cedro, A. (2013). Rola pielęgniarki w opiece nad chorymi z depresją. *Współczesne pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 2(2), s. 27-32.
- Szeja, A. (2023). Dlaczego dziecko chce się zabić? *Gazeta Uczelniana Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu*, 2. <https://www.umw.edu.pl/pl/aktualnosci/dlaczego-dziecko-chce-sie-zabic> (02.05.2023).

- Wilczek-Różyczka, E. (2019). Opieka nad pacjentem z zaburzeniami depresyjnymi. W: E. Wilczek-Różyczka (red.), *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, s. 119-128.
- Wojnarowska, B. (2017). *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: a review. *EXCLI Journal*, 16, s. 1057-1072. DOI: 10.17179/excli2017-480.

Informacje o redaktorach



Dr n. zdr. Grzegorz Józef Nowicki, magister pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, rodzinnego, anestezjologii i intensywnej terapii.

Adiunkt w Zakładzie Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Pielęgniarski oddziałowy w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologii i Geriatrii, Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie. Działalność naukowa obejmuje m.in. zachowania zdrowotne i czynniki je determinujące profilaktykę pierwotną i wtórną chorób układu sercowo-naczyniowego, wpływ wybranych czynników na ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego, opiekę środowiskową, aplikacje mobilne w opiece pielęgniarstwie oraz w edukacji zdrowotnej pacjentów z cukrzycą.



Dr n. med. Agnieszka Maria Dziewa, magister pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, absolwentka MBA, studiów podyplomowych prawa medycznego, zarządzania jakością, zarządzania w opiece zdrowotnej.

Adiunkt na Wydziale Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. S. Tarnowskiego w Tarnobrzegu, Naczelną Pielęgniarką SP ZOZ w Kraśniku. Działalność i zainteresowania naukowe: jakość w opiece zdrowotnej i opiece pielęgniarstwie, epidemiologia i zakażenia szpitalne, zarządzanie w pielęgniarstwie.



Dr hab. n. zdr. Barbara Ślusarska, prof. uczelni, dr n. med., mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, medycyny społecznej pierwszego stopnia, specjalista w dziedzinie organizacji ochrony zdrowia drugiego stopnia.

Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Profesor uczelni na Wydziale Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. S. Tarnowskiego w Tarnobrzegu

Obszary zainteresowań naukowo-badawczych: fundamentalna wiedza pielęgniarstwu, edukacja zdrowotna, jakość życia, pielęgniarstwo rodzinne, opieka pielęgniarstwu w chorobach przewlekłych, kształcenie pielęgniarzek, rozwój pielęgniarstwa polskiego w oparciu o dowody naukowe w praktyce klinicznej.

