



PIELĘGNIARSTWO Z PERSPEKTYWY PRAKTYKI, NAUKI I EDUKACJI

TOM II: EDUKACJA I BADANIA

Redakcja naukowa:

Grzegorz Józef Nowicki, Dorota Płocica, Barbara Ślusarska

Wydawnictwa Akademii Tarnowskiej



PIELĘGNIARSTWO Z PERSPEKTYWY
PRAKTYKI, NAUKI I EDUKACJI

Tom II: EDUKACJA I BADANIA

PIEŁĘGNIARSTWO Z PERSPEKTYWY PRAKTYKI, NAUKI I EDUKACJI

TOM II: EDUKACJA I BADANIA

Redakcja naukowa:

Grzegorz Józef Nowicki, Dorota Płocica, 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 978-83-966917-3-6

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 EDUKACJI

Rozdział 1.

Przygotowanie studentów pielęgniarstwa do samodzielnego poradnictwa w zakresie zaleceń dietetycznych w profilaktyce nadciśnienia tętniczego	13
<i>Gabriela Miękina</i>	

Rozdział 2.

Pielęgniarstwo ratunkowe praktycznie	26
<i>Marcin Górecki, Barbara Kubik</i>	

Rozdział 3.

Kształcenie podstawowych umiejętności praktycznych na kierunkach medycznych metodą symulacji niskiej wierności	40
<i>Jakub Zalewski, Piotr Konrad Leszczyński, Katarzyna Zalewska, Joanna Grzesik-Gąsior, Mateusz Ptak, Piotr Kubacki, Krzysztof Buczkowski</i>	

Rozdział 4.

Wybrane organizacje wspierające rozwój symulacji w opiece zdrowotnej	52
<i>Katarzyna Zalewska, Danuta Zarzycka</i>	

CZĘŚĆ II. BADANIA WSPIERAJĄCE EDUKACJĘ W PIELĘGNIARSTWIE

Rozdział 5.

Jakość życia pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc	65
<i>Aleksandra Grzegorzcyk, Beata Kropornicka</i>	

Rozdział 6.

Postawy rodziców wobec szczepień ochronnych u dzieci w wieku rozwojowym	76
<i>Krystyna Szalast, Katarzyna Kocka, Danuta Trzpis, Alina Deluga, Barbara Ślusarska, Agnieszka Bartoszek</i>	

Rozdział 7.

Poczucie koherencji (SOC) i jakość życia osób niepełnosprawnych fizycznie zamieszkałych na terenie województwa lubelskiego 85

Grzegorz Józef Nowicki, Jolanta Dyndur, Magdalena Prylińska, Barbara Ślusarska, Magdalena Brodowicz-Król, Grażyna Rożek

Rozdział 8.

Uzależnienie od portali społecznościowych na przykładzie Facebooka w grupie studentów i młodzieży licealnej 113

Grzegorz Józef Nowicki, Natalia Pielaszkiewicz, Monika Walec, Barbara Ślusarska, Aneta Jędrzejewska, Wiktoria Mazurek, Alicja Waśkiewicz

Rozdział 9.

Związek pomiędzy poczuciem samotności a bezsennością i jakością snu w grupie osób dorosłych 136

Barbara Niedorys-Karczmarczyk, Weronika Kaszelna, Agnieszka Bartoszek, Katarzyna Kocka

Rozdział 10.

Samooceńca poziomu jakości życia pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc 151

Violetta Cebulska, Violetta Koźlak, Jacek Hamrol

Rozdział 11.

Wpływ obciążenia opieką na jakość życia opiekunów nieformalnych osób chorych na Alzheimerera 169

Alina Deluga, Katarzyna Markowska, Grzegorz Józef Nowicki, Barbara Ślusarska, Bożena Zboinał

Rozdział 12.

Wykorzystanie aplikacji mobilnych dedykowanych kobietom w ciąży oraz opinie na temat takich aplikacji 187

Paulina Kapciak, Alicja Waśkiewicz, Ewa Kulbaka, Barbara Ślusarska, Małgorzata Pabiś, Grzegorz Józef Nowicki

RECENZENCI TOMU II

MAJA CHRZANOWSKA-WĄSIK, dr n. med.

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

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

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

EWA HUMENIUK, dr hab. n. o zdr.

Zakład Psychologii, Katedra Psychospołecznych Aspektów Medycyny, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

EDYTA KWIŁOSZ, dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa

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

MAŁGORZATA PABIŚ, dr n. med., mgr pielęgniarstwa

Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, 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

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

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

MARIA SOKOŁOWSKA, dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa

Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie

MARTA ZARAJCZYK, dr n. o zdr., mgr położnictwa

Zakład Opieki Specjalistycznej w Położnictwie, Katedra Rozwoju Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

AUTORZY TOMU II

AGNIESZKA BARTOSZEK, dr n. med., mgr pielęgniarstwa

Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Katedra Zintegrowanej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

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

Instytut Humanistyczno-Medyczny, Akademia Zamojska

KRZYSZTOF BUCZKOWSKI

Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Opolski

VIOLETTA CEBULSKA, dr n. med.

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

ALINA DELUGA, dr n. med., mgr pielęgniarstwa

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

JOLANTA DYNDUR, dr n. o zdr, mgr pielęgniarstwa

Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

MARCIN GÓRECKI, mgr pielęgniarstwa

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Ochrony Zdrowia, Akademia Nauk Stosowanych w Tarnowie

ALEKSANDRA GRZEGORCZYK, mgr pielęgniarstwa

Studentka studiów doktoranckich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

JOANNA GRZESIK-GĄSIOR, dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa

Instytut Zdrowia i Gospodarki, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

JACEK HAMROL, mgr pielęgniarstwa

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

ANETA JĘDRZEJEWSKA, mgr pielęgniarstwa

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

PAULINA KAPCIAK, mgr pielęgniarstwa

Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie

WERONIKA KASZELNA, mgr pielęgniarstwa

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

KATARZYNA KOCKA, dr n. med., mgr pielęgniarstwa

Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Katedra Zintegrowanej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

VIOLETTA KOŹLAK, dr n. med.

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

BEATA KROPORNICKA, dr n. med., mgr pielęgniarstwa

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

PIOTR KUBACKI, mgr

Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Opolski

BARBARA KUBIK, dr n. med.

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Ochrony Zdrowia, Akademia Nauk Stosowanych w Tarnowie

EWA KULBAKA, dr n. med., mgr pielęgniarstwa

Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie

PIOTR KONRAD LESZCZYŃSKI, dr hab.

Instytut Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach

KATARZYNA MARKOWSKA, mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

WIKTORIA MAZUREK, stud.

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

GABRIELA MIĘKINA, stud.

Studenckie Koło Naukowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

BARBARA NIEDORYS-KARCZMARCZYK, dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa

Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Katedra Zintegrowanej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

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

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, 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

NATALIA PIELASZKIEWICZ, mgr pielęgniarstwa

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

MAGDALENA PRYLIŃSKA, dr n. o zdr., mgr zdrowia publicznego

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

MATEUSZ PTAK, mgr inż.

Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Opolski

GRAŻYNA ROŻEK, mgr dyd. med. w zakresie pielęgniarstwa

Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

KRYSTYNA SZALAST, mgr pielęgniarstwa

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

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

DANUTA TRZPIS, mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

MONIKA WALEC, mgr pielęgniarstwa

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

ALICJA WAŚKIEWICZ, stud.

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

KATARZYNA ZALEWSKA, mgr pielęgniarstwa

Instytut Zdrowia i Gospodarki, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

JAKUB ZALEWSKI, mgr pielęgniarstwa

Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Opolski

DANUTA ZARZYCKA, dr hab. n. o zdr., dr n. med., mgr pielęgniarstwa

Zakład Pediatrii i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Katedra Zintegrowanej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

BOŻENA ZBOINAŁ, dr. hab.

Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

Słowo wstępne

Światowe, europejskie i polskie modele kształcenia pielęgniarek są na bieżąco dostosowywane do obowiązujących standardów ochrony zdrowia. Natomiast standardy zmieniają się wraz ze zmianami społeczno-politycznymi i gospodarczo-ekonomicznymi poszczególnych krajów. Zatem kształcenie pielęgniarek ulega nieustannym przemianom, a systemy kształcenia podlegają ciągłym ewolucjom. Nauczyciele akademicki stają przed trudnym zadaniem właściwej weryfikacji przekazywanych studentom treści, wzbogaconych o aktualne osiągnięcia nauki, które w świecie medycyny przy galopującym postępie nauki i techniki często się dewaluują. Kształcąc przyszłe pielęgniarki, należy stale modelować metody i środki dydaktyczne tak, aby przyszli profesjonalści tej dyscypliny zawodowej osiągnęli poziom wiedzy teoretycznej na możliwie jak najwyższym i aktualnym poziomie, posiadli umiejętności praktyczne w stopniu umożliwiającym stosowanie różnorodnych technik, prowadzących do osiągnięcia jak najlepszych efektów w przyszłej pracy zawodowej. Treści zawarte w monografii *Pielęgniarstwo z perspektywy praktyki, nauki i edukacji. Tom II: edukacja i badania* wpisują się w ten trend ciągłej ewaluacji systemu kształcenia.

Część pierwsza Tomu II monografii *Pielęgniarstwo z perspektywy edukacji* skupia się tematycznie właśnie na edukacji. W pierwszym rozdziale zostały przedstawione badania na temat przygotowania studentów pielęgniarstwa do samodzielnego poradnictwa w zakresie zaleceń dietetycznych w profilaktyce nadciśnienia tętniczego. Kolejny rozdział to przedstawienie praktycznego wykorzystania różnych metod w przygotowaniu studentów pielęgniarstwa do opanowania zagadnień z zakresu medycyny ratunkowej. Kolejne dwa rozdziały poruszają tematycznie kształcenie za pomocą symulacji medycznej poprzez przedstawienie metod symulacji medycznej niskiej wierności w procesie edukacji oraz wskazanie na organizacje wspierające rozwój symulacji w opiece zdrowotnej.

Współczesna dynamika rozwoju pielęgniarstwa w świecie rozpoczęła się od skoncentrowania uwagi pielęgniarek na wyjaśnieniu istoty zagadnienia pielęgniarstwa i na kształtowaniu jego podstaw naukowych. Badania prowadzone w pielęgniarstwie, mają duże znaczenie dla samej dyscypliny, w ramach której powstają, jak i dla jej odbiorców. Ponadto, Międzynarodowa Rada Pielęgniarek podkreśla, że jakość praktyki pielęgniarstwa zależy

od pielęgniarskich badań naukowych, zmierzających do ciągłego gromadzenia i aktualizowania wiedzy pielęgniarskiej. Druga część Tomu II monografii *Badania wspierające edukację w pielęgniarstwie* to właśnie przedstawienie przykładowych badań przydatnych w kształceniu i praktyce pielęgniarskiej. Poruszono następujące zagadnienia: jakość życia pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, postawy rodziców wobec szczepień ochronnych u dzieci, poczucie koherencji i jakość życia osób z niepełnosprawnością fizyczną, problem uzależnienia od portali społecznościowych wśród młodzieży, poczucie samotności a ryzyko wystąpienia bezsenności u osób starszych, obciążenie opieką i jakość życia opiekunów nieformalnych osób chorych a Alzheimera czy wykorzystanie aplikacji mobilnych dedykowanych kobietom w ciąży.

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 merytorycznym rezultatem myśli przewodnich omawianych podczas I Konferencji Naukowo-Szkoleniowej oraz Konferencji Studenckiej pt. *Pielęgniarstwo z perspektywy praktyki, nauki i edukacji*.

Konferencja skupiła wielu znakomitych uczestników z dużym doświadczeniem w edukacji pielęgniarek oraz praktyce pielęgniarskiej, stąd prezentowane w monografii prace stanowią przegląd ważnych problemów zarówno w edukacji, jak i praktyce pielęgniarskiej. Redaktorzy monografii są pełni nadziei, że treści opracowania spotkają się z żywym zainteresowaniem u licznych Czytelników i będą pomocne w odnalezieniu odpowiedzi na wiele pytań tematycznie związanych z problematyką poruszaną w monografii.

Tarnobrzeg–Lublin, 2023

Grzegorz Józef Nowicki
Dorota Płocica
Barbara Ślusarska

CZĘŚĆ 1.

**PIELĘGNIARSTWO
Z PERSPEKTYWY EDUKACJI**

Przygotowanie studentów pielęgniarstwa do samodzielnego poradnictwa w zakresie zaleceń dietetycznych w profilaktyce nadciśnienia tętniczego

Gabriela Miękina

Studenckie Koło Naukowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

Opiekun pracy: dr n. med. Marianna Charzyńska-Gula

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

STRESZCZENIE

Wstęp. Coraz to częstsze pojawianie się w populacji nadciśnienia tętniczego skłania do wdrażania skutecznych działań prewencyjnych, polegających na zmianie stylu życia. Prewencja ta szczególnie powinna skupiać się na zastosowaniu prozdrowotnych diet. Skuteczne przeprowadzenie poradnictwa przez pielęgniarkę wymaga od niej wiedzy na temat zaleceń dietetycznych.

Cel pracy. Ocena wiedzy studentów pielęgniarstwa na I oraz II roku II stopnia na temat zaleceń dietetycznych stosowanych w prewencji nadciśnienia tętniczego.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono od lutego do kwietnia 2023 roku w grupie 101 studentów pielęgniarstwa I roku i II roku II-stopnia w Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. W badaniach respondentki wykazały się bardzo dobrą znajomością dobowej normy spożycia soli kuchennej, a także dobrą wiedzą na temat istoty oraz źródeł kwa-

sów tłuszczowych omega-3. Znacznie więcej błędnych odpowiedzi dotyczy właściwości prewencyjnych błonnika i **β -glukanów**, a także właściwości hipotensyjnych biopeptydów oraz potasu. Diety szczególnie zalecane zostały poprawnie wybrane przez 61,4% respondentek. Ponad połowa badanych podała błędną odpowiedź na temat obniżenia się ciśnienia tętniczego krwi u osób z prawidłowym ciśnieniem tętniczym, gdy nastąpi ograniczenie spożycia alkoholu. Najwięcej błędów ankietowane popełniły, oceniając ilość dziennej porcji produktów pełnoziarnistych według diety DASH. Badane studentki posiadają średni poziom wiedzy na temat zaleceń dietetycznych stosowanych w prewencji nadciśnienia tętniczego.

Wnioski. Istnieje potrzeba pogłębienia zagadnienia profilaktyki nadciśnienia tętniczego poprzez przekazanie wiedzy o zalecanych dietach w programach kształcenia związanego z poradą pielęgniarską zarówno w AOS (Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej), jak też w POZ (Podstawowej Opiece Zdrowotnej). Studenci pielęgniarstwa II-stopnia w Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu posiadają średni poziom wiedzy na temat zaleceń dietetycznych, stosowanych w prewencji nadciśnienia tętniczego.

Słowa kluczowe: student pielęgniarstwa, wiedza, nadciśnienie tętnicze, dieta, prewencja

WSTĘP

Nadciśnienie tętnicze w 2018 roku w Polsce występowało u 31,5% dorosłych osób (9,9 mln), czyli co u 3 osoby dorosłej (Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ o zdrowiu). Ponadto Non-Communicable Diseases Risk Factor Collaboration określiło, iż było ponad 1,2 mld chorujących na nadciśnienie tętnicze w 2019 roku na całym świecie. Wartości te były niższe dwukrotnie 30 lat temu (Balsam, Mamcarz, 2022). Coraz częstsze pojawianie się tego schorzenia skłania do refleksji oraz wdrażania coraz to bardziej skutecznych działań prewencyjnych (Grabowska, Grabowski, Gaworska-Krzemińska, Świetlik, Narkiewicz, 2012). Działania te powinny skupiać się szczególnie na zmianie stylu życia, kiedy oczywiste jest, że ten czynnik stanowi 53% wpływu na zdrowie człowieka wg Raportu Lalonde'a (Woźniak, i in. 2015).

Edukacja zdrowotna to działanie, proces, aktywność, nauczanie o chorobie i zdrowiu oraz ryzyku zachorowania. W podejściu profilaktycznym edukacja zdrowotna jest stosowana u osób zagrożonych na zachorowanie na nadciśnienie tętnicze i przeciwdziała przyszłym konsekwencjom oraz skutkom w niemal wszystkich płaszczyznach opieki zdrowotnej (Wrońska, 2015). Prewencja ta powinna skupiać się na podejmowaniu aktywności fizycznej; odpowiedniej diecie m.in. ze zwiększeniem spożywania produktów

roślinnych, warzyw i owoców, błonnika, a zmniejszeniu spożycia chlorku sodu i nasyconych kwasów tłuszczowych oraz nienasyconych kwasów tłuszczowych trans, ograniczeniu spożycia czerwonego mięsa oraz ograniczeniu spożycia alkoholu; zaprzestaniu palenia tytoniu oraz utrzymaniu należytej masy ciała (Referowska, Leśniak, 2022). Skuteczność działania edukatora zdrowia (np. pielęgniarki) wobec pacjenta spada, jeśli edukator wykazuje nieświadomość, niechęć pacjenta, jest autorytarny w edukacji oraz nie wyjaśnia informacji o działaniu prowadzącym do zmian (Zarzycka, 2015). Dochodzi do tego brak indywidualizacji, brak motywacji u pacjenta czy zbyt mało czasu. Przekonanie o niskiej wartości edukacji zdrowotnej, brak finansowania czy deficyt poczucia skuteczności w działaniach, a także duża zawartość sodu w produktach spożywczych czy wysoka cena zdrowego pożywienia to kolejne utrudnienia skuteczności edukacji zdrowotnej (Grabowska, Grabowski, Gaworska-Krzemińska, Świetlik, Narkiewicz, 2012).

Skuteczne przeprowadzenie poradnictwa przez pielęgniarkę wymaga od niej szerokiej, rzetelnej wiedzy oraz bogatego wachlarzu umiejętności w pracy z pacjentem w zmianie zachowań i doprowadzenia do zmniejszenia zagrożeń związanych z nadciśnieniem tętniczym (Grabowska, Grabowski, Gaworska-Krzemińska, Świetlik, Narkiewicz, 2012).

Wiąże się to z komunikacją na wysokim poziomie, motywacją oraz ukazywaniem aktywności ukierunkowanej na ochronę zdrowia (Raczyńska, Jędrzejkiewicz, Sykut, Dobrowolska, 2016).

CEL PRACY

Celem pracy była ocena wiedzy studentów pielęgniarstwa na I oraz II roku II-stopnia na temat zaleceń dietetycznych stosowanych w prewencji nadciśnienia tętniczego.

MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono od 11.02.2023 r. do 3.04.2023 r. w grupie 101 studentów pielęgniarstwa I i II roku II-stopnia w Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu. Wzięcie udziału w badaniach poprzez uzupełnienie ankiety było jednoznaczne z wyrażeniem zgody na ich przeprowadzenie. Uzyskane dane zostały wykorzystane wyłącznie do celów naukowo-badawczych. Badania te miały charakter anonimowy oraz dobrowolny.

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, zawierający sekcję informacji charakteryzujących respondenta oraz sekcję analizy wiedzy na temat zaleceń dietetycznych, stosowanych w profilaktyce nadciśnienia tętniczego. W tej pierwszej sekcji znajdowało się 6 pytań zamkniętych oraz 1 pytanie otwarte. W drugiej sekcji znajdowało się 19 pytań dysjunktywnych. Kwestionariusz ankiety został częściowo skonstruowany na podstawie wyników badań Grabowskiej, Grabowskiego, Gaworskiej-Krzemińskiej, Świetlik i Narkiewicz (2012) wśród pielęgniarek na różnej ścieżce edukacyjnej w 2007–2009 w instytucjach dydaktycznych na terenie Gdańska, Słupska, Elbląga i Sopotu. W konstrukcji własnego kwestionariusza uwzględniono fakt, iż badania będą prowadzone w innej grupie. W analizie ilościowej uzyskanych danych wykorzystano Microsoft Excel 2013 – arkusz kalkulacyjny.

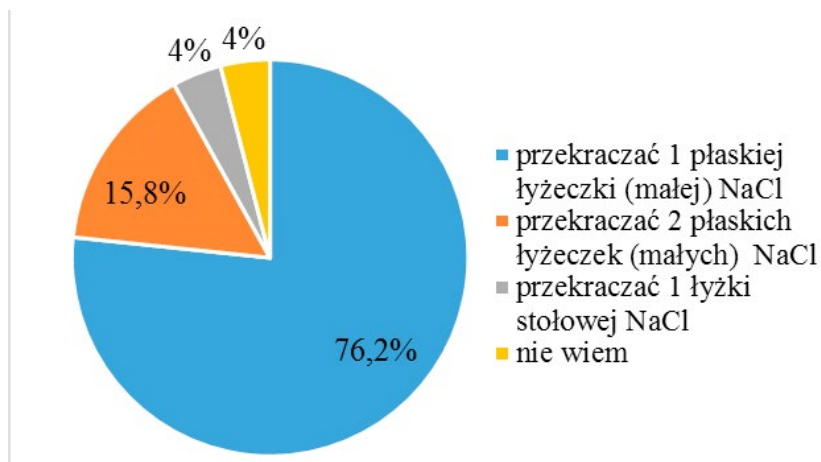
WYNIKI

Charakterystyka badanych studentów

Badania objęły studentów (100% płci żeńskiej) w przedziale od 22. do 57. roku życia. Średni wiek w grupie badanej wynosił 39 lat. Aż 85,1% respondentek jest jednocześnie studentką i aktywną zawodowo pielęgniarką. 89,1% ankietowanych pielęgniarek to mieszkanki miast. Przeważająca większość badanych nie choruje na nadciśnienie tętnicze (80,2%), natomiast 58,4% osób zaznaczyło, że aktualnie choruje ich członek rodziny lub bliski, a 13,9% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź, że zmarły członek rodziny chorował na chorobę nadciśnieniową. Niemal 27,7% badanych zadeklarowało, że żaden z ich bliskich nie jest chory na nadciśnienie tętnicze.

Stan wiedzy badanych studentów

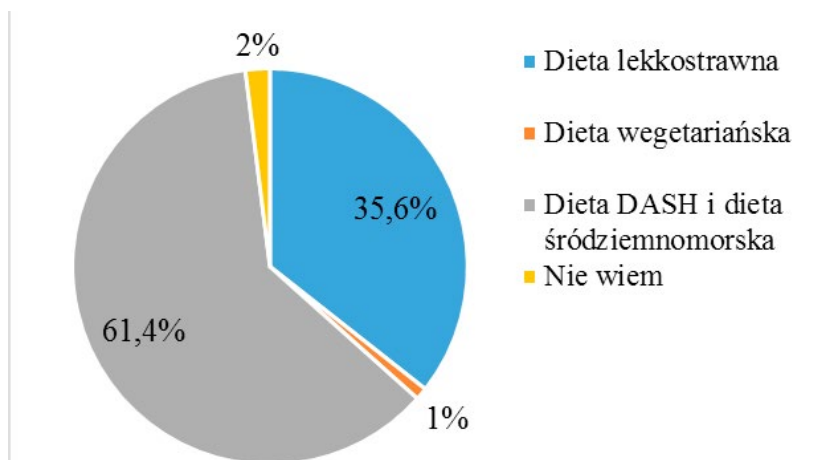
Według większości badanych studentów pielęgniarstwa (76,2 %) u osób narażonych na rozwój nadciśnienia tętniczego dobowe spożywanie soli kuchennej w potrawach nie powinno przekraczać 1 małej płaskiej łyżeczki (5 gram) NaCl, zaś według 15,8% badanych nie powinno przekraczać 2 małych płaskich łyżeczek NaCl. Nieliczni (4%) wyrazili opinię, że dobowe spożywanie soli kuchennej w potrawach nie powinno przekraczać 1 łyżki stołowej NaCl oraz 4% respondentek wyraziło brak odpowiedzi w postaci „Nie wiem”. Powyższe wyniki przedstawia Rycina 1.



Rycina 1. Opinia badanych pielęgniarek na temat dobowego spożycia soli kuchennej u osób narażonych na rozwój nadciśnienia tętniczego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Większa część respondentów (61,4 %) na pytanie: Jaka dieta jest zalecana i ma szczególny wpływ w profilaktyce nadciśnienia tętniczego? odpowiedziała prawidłowo, że jest to dieta DASH i dieta śródziemnomorska. Ponadto 35,6% badanych odpowiedziało, że jest to dieta lekkostrawna, 2% zaznaczyło opcję „Nie wiem”. Jedna osoba wskazała na dietę wegetariańską. Wyniki prezentuje Rycina 2.



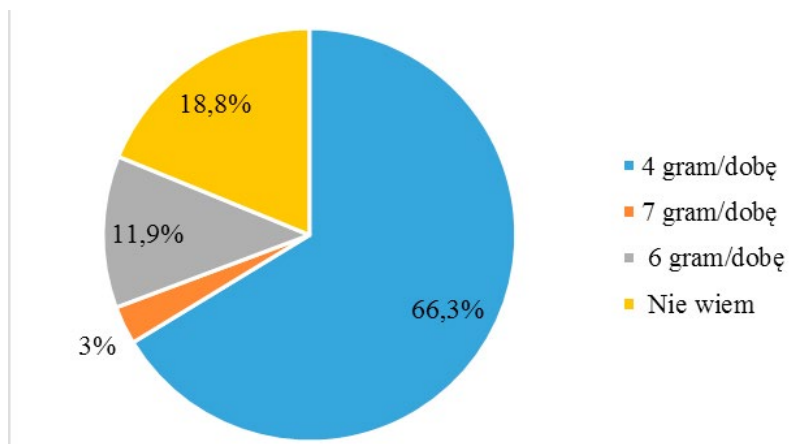
Rycina 2. Odpowiedzi studentek pielęgniarstwa na temat diet zalecanych i mających szczególny wpływ w profilaktyce nadciśnienia tętniczego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W kolejnych pytaniach studenci pielęgniarstwa I i II roku II- stopnia mieli wskazać odpowiednią ilość porcji w określonej kategorii według diety DASH (produktów pełnoziarnistych; warzyw i owoców; chudego mięsa, ryb, drobiu; tłuszczy, olejów; produktów niskotłuszczowych mlecznych; orzechów, ziaren, nasion roślin strączkowych) – przy dziennym zapotrzebowaniu 2000 kcal. Najmniej prawidłowych odpowiedzi było w określeniu porcji produktów pełnoziarnistych, było to zaledwie 9,9% ankietowanych, którzy zaznaczyli 6–8 porcji dziennie, a także we wskazaniu ilości porcji orzechów, ziaren oraz nasion roślin strączkowych udzieliło prawidłowej odpowiedzi tylko 13,9% ankietowanych. Najwięcej respondentów (46,5%) posiadało wiedzę, jaką ilość posiłków z warzywami i owocami należy spożywać w ciągu doby według owej diety. Zalecaną ilość porcji, 2–3 porcje chudego mięsa i ryb zaznaczyło odpowiedź 36,6% osób; odpowiedź z 2–3 porcjami niskotłuszczowych produktów mlecznych wybrało 34,7% ankietowanych; 2–3 porcje tłuszczy i olei zaznaczyło w arkuszu 33,7% respondentów.

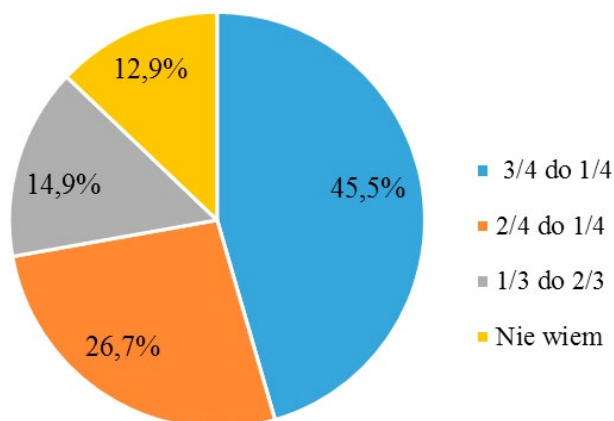
Natomiast w pytaniu o istotę diety DASH, najczęstszą wybieraną odpowiedź (53,5%) była następująca: „Dieta DASH ma znacznie większą zawartość potasu, wapnia, magnezu, błonnika, zaś mniejszą tłuszczu ogółem, cholesterolu i nasyconych kwasów tłuszczowych ze znacznym ograniczeniem czerwonego mięsa, cukru i słodczy”.

Następnie zapytano respondentów o dwa podstawowe elementy diety śródziemnomorskiej (o spożycie soli kuchennej oraz stosunek owoców do warzyw). Znaczna część respondentów (66,3%) udzieliła prawidłowej odpowiedzi, wiedząc, że w diecie śródziemnomorskiej spożycie soli kuchennej powinno się ograniczać do przyjmowania 4 g/dobę. Pozostali respondenci (33,7%) zaznaczyli nieprawidłową odpowiedź lub „Nie wiem”. Wyniki te obrazuje Rycina 3. Mniej niż połowa (45,5%) badanych wyraziła opinię, że według diety śródziemnomorskiej warzywa i owoce powinny być spożywane w stosunku 3/4 do 1/4, kolejno 26,7% ankietowanych odpowiedziało, że jest to 2/4 do 1/4; a 14,9% ustosunkowało, że 1/3 do 2/3; najmniej osób, bo 12,9% nie posiadało takiej wiedzy – przedstawia je Rycina 4.



Rycina 3. Opinia badanych studentek pielęgniarstwa na temat ograniczania spożycia soli kuchennej w diecie śródziemnomorskiej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



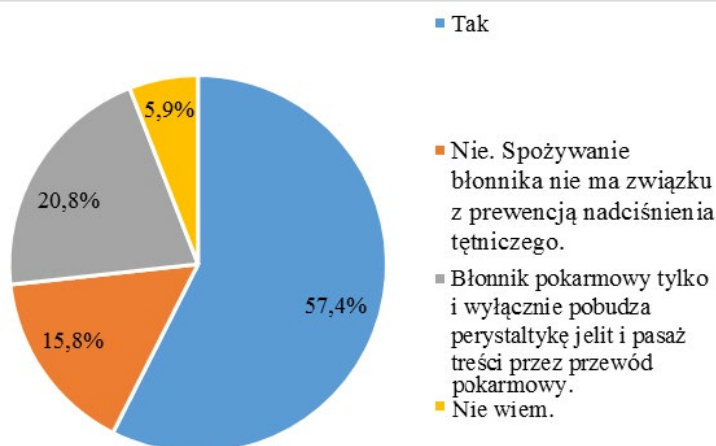
Rycina 4. Odpowiedzi respondentek na temat spożycia dziennego warzyw i owoców według diety śródziemnomorskiej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ankietowanym zadano pytanie o istotę wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3 w profilaktyce nadciśnienia tętniczego. Ankietowani (63.4%) określili prawidłowo, że kwasy omega-3 obniżają ciśnienie tętnicze, podwyższają frakcję HDL lipoprotein, a obniżają stężenie cholesterolu całkowitego i stężenie trójglicerydów. 20,8 % studentów stwierdziło, że kwasy omega-3 obniżają stężenie cholesterolu całkowitego i obniżają ciśnienie tętnicze krwi. 8,9% odpowiedziało, że kwasy omega-3 podwyższają frakcję HDL lipoprotein, a obniżają frakcję LDL lipoprotein. Pozostała niewielka ilość osób wskazała odpowiedź: „Nie wiem”.

Zapytano również o źródła kwasów omega-3. Większość ankietowanych 85,1% wskazała prawidłowo, że źródłami kwasów omega-3 są: ryby morskie (tuńczyk, łosoś, dorsz, śledź), olej lniany, olej z wiesiołka, orzechy włoskie, zielone warzywa liściaste; zdecydowana mniejszość (9,9%) zaznaczyła olej słonecznikowy, sojowy, konopny, kukurydziany, z pestek winogron, tofu, orzechy włoskie, migdały; a 5% pozostałych wyraziła pogląd, że są to: oliwa z oliwek, olej rzepakowy, z kiełków pszenicy, ryby.

Bardziej podzielone odpowiedzi były na pytanie: „Czy spożywanie błonnika – włókna pokarmowego w ilości 35 g na dobę ma wpływ na zmniejszenie ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego?” Odpowiedzi prezentuje Rycina 5. Ponad połowa (57,4%) respondentów odpowiedziała, że tak, ma wpływ; natomiast 15,8% osób uważa, że spożywanie błonnika nie ma związku z prewencją nadciśnienia tętniczego. Ponadto 20,8% ankietowanych uważa, że błonnik pokarmowy tylko i wyłącznie pobudza perystaltykę jelit i pasaż treści przez przewód pokarmowy, a 5,9% zakresliło odpowiedź „Nie wiem”.

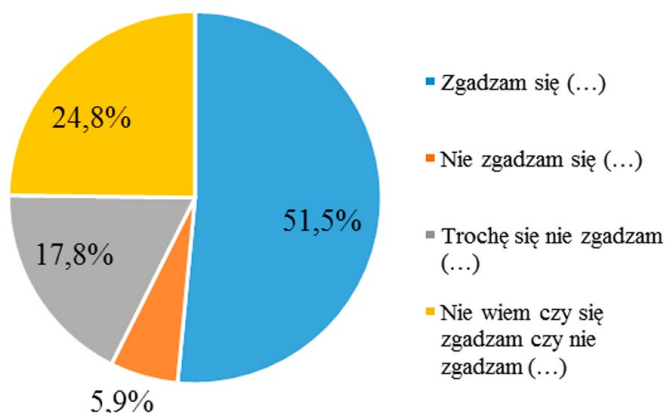


Rycina 5. Opinia badanych pielęgniarek na temat zmniejszenia ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego przez spożywanie 35 g błonnika na dobę

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Kolejnym zagadnieniem dla badanych było pytanie, czy zgadzają się z twierdzeniem, że β -glukany mają pośredni wpływ na prewencję nadciśnienia tętniczego lub obniżenie jego wartości. Ponad połowa (51,5%) ankietowanych odpowiedziała, że zgadza się, że β -glukany (np. 2–3 szklanki płatków owsianych) mają działanie kardioprotekcyjne poprzez obniżenie poziomu cholesterolu we krwi, dodatkowo regulują glikemię. Reszta ba-

danych studentów określiła (24,8%), że nie posiada takiej wiedzy, a 17,8% wskazało odpowiedź, że β -glukany nie mają działania kardioprotekcyjnego, ale regulują glikemię. 5,9% respondentek nie zgadza się z twierdzeniem. Odpowiedzi te ilustruje Rycina 6.



Rycina 6. Opinia studentek pielęgniarstwa na temat β -glukanów, które mają pośredni wpływ na prewencję nadciśnienia tętniczego lub obniżenie jego wartości

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Na pytanie: Czy zwiększenie spożycia potasu o każde 0,6 g na dobę wiąże się z obniżeniem ciśnienia tętniczego?, prawidłowo opowiedziało 43,6% badanych. Ich odpowiedź brzmiała: Tak, następuje obniżenie o 1 mmHg skurczowego i 0,52 mmHg rozkurczowego. Aż 26,7% studentów wskazało odpowiedź: Nie wiem; a 14,9% wyraziło opinię, iż następuje obniżenie o 3 mmHg skurczowego i 3,46 mmHg rozkurczowego oraz 14,9% określiło, że spożycie potasu nie ma związku z obniżeniem ciśnienia tętniczego.

W zagadnieniu o właściwościach hipotensyjnych biopeptydów i białka odpowiedzi były podzielone. W pytaniu brzmiącym: Czy białko w fermentowanych przetworach mlecznych (biopeptydy) ma właściwości hipotensyjne? mniejszość (33,7%) osób zgodziło się, że biopeptydy mają właściwości hipotensyjne, natomiast aż 29,7% zaznaczyło, że nie posiada takiej wiedzy. 17,8% badanych nie zgadza się z przypisywanymi właściwościami, a 18,8% pozostałych osób odpowiedziało: „Zgadzam się tylko częściowo, gdyż dotyczy to tylko niesfermentowanych produktów mlecznych”.

W pytaniu, o obniżanie się ciśnienia tętniczego poprzez ograniczenie spożycia alkoholu o ok. 75%, prawidłową odpowiedź zaznaczyła prawie połowa respondentów (46,5%, n=47) i brzmiała ona tak: „Ciśnienie tętnicze obniża się o 3,3 mmHg skurczowego i 2,0 mmHg rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi u osób z prawidłowym ciśnieniem tętniczym oraz nadci-

śnieniem tętniczym". Ponadto 25,7% osób wskazało odpowiedź na powyższe pytanie, że ciśnienie tętnicze obniża się o 3,3 mmHg skurczowego i 2,0 mmHg rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi u osób z nieprawidłowym ciśnieniem krwi. 8,9% ankietowanych uważa, że ograniczenie spożycia alkoholu nie ma wpływu na obniżenie się ciśnienia tętniczego, a 18,8% pozostałych osób nie posiada takiej wiedzy.

Reasumując, w badaniach respondentki wykazały się bardzo dobrą znajomością dobowej normy spożycia soli kuchennej oraz zaleconych diet w prewencji nadciśnienia tętniczego, a także dobrą wiedzą na temat istoty oraz źródeł kwasów tłuszczowych omega-3. Znacznie więcej błędnych odpowiedzi było odnośnie właściwości prewencyjnych błonnika i β -glukanów, a także właściwości hipotensyjnych biopeptydów oraz potasu. Ponad połowa respondentów nie posiadała wiedzy na temat obniżenia się ciśnienia tętniczego krwi u osób z prawidłowym ciśnieniem tętniczym, gdy nastąpi ograniczenie spożycia alkoholu. Najwięcej błędów respondenci popełnili, oceniając ilość dziennej porcji produktów pełnoziarnistych według diety DASH. Respondenci posiadają średni poziom wiedzy na temat zaleceń dietetycznych stosowanych w prewencji nadciśnienia tętniczego.

DYSKUSJA

Nadciśnienie tętnicze to bardzo częsty, narastający problem wielu podopiecznych pielęgniarce. Fakt ten zobowiązuje wszystkich członków personelu pielęgniarstwa do docenienia edukacji zdrowotnej, której celem jest profilaktyka tego schorzenia. Szczególnie istotnym elementem tej edukacji jest poradnictwo dietetyczne, skierowane do jeszcze zdrowych osób (Grabowska, Grabowski, Gaworska-Krzemińska, Świetlik, Narkiewicz, 2012). Wiele badań potwierdza związek nadciśnienia z większą podażą chlorku sodu w posiłkach (> 5), spożywaniem dużej ilości alkoholu, otyłością, stresem psychicznym, paleniem tytoniu czy niską aktywnością fizyczną, dietą bogatą w tłuszcze zwierzęce, a ubogą w warzywa i owoce oraz produkty pełnoziarniste (Kaszuba, Hajduk, 2017).

Pielęgniarki powinny dokonywać całościowej oceny czynników ryzyka, być pionierkami w prewencji chorób, liderkami zdrowia (Raczyńska, Jędrzejewska, Sykut, Dobrowolska, 2016) i mentorkami (coachami) do zmian zachowań, które mogą ustrzec przed powikłaniami, a także powinny wskazywać na walory i dobrodziejstwa tych zmian. W związku z tym, aby powyższe powinności stały się rzeczywistością, potrzebna jest wiedza do skutecznego poradnictwa, w tym edukacji zdrowotnej, która wymaga przygotowania metodycznego i informacyjnego.

Przeanalizowanie badań Grabowskiej, Grabowskiego, Gaworskiej-Krzemińskiej, Świetlik i Narkiewicz (2012) przeprowadzonych wśród pielęgniarek na różnej ścieżce edukacyjnej w 2007–2009 w instytucjach dydaktycznych na terenie Gdańska, Słupska, Elbląga i Sopotu oraz opublikowanych w czasopiśmie „Nadciśnienie Tętnicze” ukazało umiarkowaną wiedzę badanych na temat zaleceń dietetycznych, stosowanych w profilaktyce nadciśnienia tętniczego. W badaniach własnych studenci, podobnie jak pielęgniarki/pielęgniarze, badani we wskazywanych badaniach (Grabowska, Grabowski, Gaworska-Krzemińska, Świetlik, Narkiewicz, 2012), wykazali się bardzo dobrą znajomością ilości dobowego spożycia soli kuchennej. Więcej podzielonych było opinii odnośnie właściwości prewencyjnych błonnika, zarówno w badanych własnych, jak i w badaniach Grabowskiej, Grabowskiego, Gaworskiej-Krzemińskiej, Świetlik i Narkiewicz (2012), z niewielką przewagą szerszej wiedzy w grupie studentów biorących udział w badaniach własnych. Spożywanie błonnika w ilości 35 g na dobę ma wpływ na zmniejszenie ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego (Włodarek, Lange, Kozłowska, 2014). Dietami zalecanymi i mającymi szczególny wpływ na prewencję nadciśnienia tętniczego są dieta DASH oraz dieta śródziemnomorska (Kartsińska, 2020). Wybierając dietę zalecaną i mającą znaczenie w profilaktyce nadciśnienia tętniczego 61,4%, studentów pielęgniarstwa II stopnia wybrało między innymi dietę DASH, natomiast w podobnym pytaniu tylko 5,1% objętych badaniem pielęgniarek z Gdańska, Słupska, Elbląga i Sopotu udzieliło takiej odpowiedzi. Pozostali (55% osób) zaznaczyło dietę lekkostrawną. Co szósta studentka w badaniach własnych określiła prawidłowo złożoną istotę wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3. Natomiast w badaniach Grabowskiej, Grabowskiego, Gaworskiej-Krzemińskiej, Świetlik i Narkiewicz (2012), na podobne pytanie odpowiedziała co czwarta pielęgniarka. Ankietowani studenci tarnobrzesckiej uczelni wskazywali bardzo dobrze na źródła kwasów omega-3 (85,1% poprawnych odp.), odpowiednio w badaniach Grabowskiej, Grabowskiego, Gaworskiej-Krzemińskiej, Świetlik i Narkiewicz (2012) – (63,4% poprawnych odpowiedzi). Najwięcej respondentów obydwu badań posiadało wiedzę o tym, że dziennie należy spożywać od 4 do 5 porcji warzyw i owoców przy zapotrzebowaniu 2000 kcal według diety DASH. Natomiast najmniej wiedzy respondenci, również w obydwu badaniach, posiadali na temat ilości porcji produktów pełnoziarnistych. Wartości procentowe są podobnie niskie, poniżej 10%.

Jedne z podstawowych elementów diety śródziemnomorskiej (nt. spożycia soli kuchennej oraz stosunku owoców do warzyw) zostały w większości poprawnie wskazane w badaniach własnych. W diecie śródziemnomorskiej spożycie soli kuchennej powinno się ograniczać do przyjmowania

4 g/dobę. Według diety śródziemnomorskiej warzywa i owoce powinny być spożywane w stosunku 3/4 do 1/4 (Kartsińska, 2020).

W pytaniach o białko mające właściwości hipotensyjne oraz działanie kardioprotekcyjne β -glukanów odpowiedzi były podzielone wśród studentów pielęgniarstwa. Warto wspomnieć, że źródłami bioaktywnych peptydów są przetwory mleczne, a także białka roślinne, które pośrednio działają hipotensyjnie (Włodarek, Lange, Kozłowska, Głąbska, 2014). β -glukany (np. 2–3 szklanki płatków owsianych) mają działanie kardioprotekcyjne poprzez obniżenie poziomu cholesterolu we krwi (Kartasińska, 2020).

WNIOSKI

1. Istnieje potrzeba pogłębienia zagadnienia profilaktyki nadciśnienia tętniczego, poprzez przekazanie wiedzy o zalecanych dietach w programach kształcenia, związanego z poradą pielęgniarstwa, zarówno w AOS (Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej), jak też w POZ (Podstawowej Opiece Zdrowotnej).
2. Studenci pielęgniarstwa II stopnia w Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu posiadają średni poziom wiedzy na temat zaleceń dietetycznych, stosowanych w prewencji nadciśnienia tętniczego.

PIŚMIENNICTWO

- Balsam, P., Mamcarz, A. (red.) (2022). *Nadciśnienie tętnicze. Wskazówki dla lekarza POZ*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Grabowska, H., Grabowski, W., Gaworska-Krzemińska, A., Świetlik, D., Narkiewicz, K. (2012). Czy pielęgniarki są przygotowane do samodzielnego poradnictwa na temat zaleceń dietetycznych stosowanych w prewencji nadciśnienia tętniczego? *Nadciśnienie Tętnicze*, (16)4, s. 194-203.
- Kartasińska, M. (2020). Realizacja modelu opieki diety śródziemnomorskiej w warunkach polskich. Kardioprotekcyjne działanie poszczególnych elementów tego modelu żywieniowego. W: K.K. Krzystyniak., J. Klonowska (red.), *Nowe trendy w dietetyce*. Warszawa: Wydawnictwo Medyk Sp. z o.o., s. 131.
- Kaszuba, D., Hajduk, A. (2017). Opieka pielęgniarska nad osobami z chorobami układu krążenia. W: D. Talarska, D. Zozulińska-Ziółkiewicz (red.), *Pielęgniarstwo internistyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 129-130.

- Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ o zdrowiu. Nadciśnienie tętnicze. <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-nadcisnienie-tetnicze> (27.02.2023)
- Raczyńska, G., Jędrzejkiewicz, B., Sykut, A., Dobrowolska, B. (2016). Udział pielęgniarki w działaniach edukacyjnych podnoszących poziom świadomości pacjentów na temat profilaktyki raka jelita grubego. *Journal of Education, Health and Sport* 6(11), s.195-204. DOI: 10.5281/zenodo.166115.
- Referowska, M., Leśniak, W. (2022). Prewencja chorób sercowo-naczyniowych – cz. 2. Podsumowanie wytycznych European Society of Cardiology 2021. *Medycyna Praktyczna* 2, s. 10-30.
- Włodarek, D., Lange, E., Kozłowska, L., Głąbska D. (2014). *Dietoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Woźniak, M., Brukwicka, I., Kopański, Z., Kollár, R., Kollárová, M., Bajger, B. (2015) Zdrowie jednostki i zbiorowości. http://www.jchc.eu/numery/2015_4/201541.pdf (11.04.2023).
- Wrońska, I. (2015). Edukacja zdrowotna w efektach kształcenia zawodowego. W: M. Sierakowska, I. Wrońska (red.), *Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarstwie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 15-17.
- Zarzycka, D. (2015). Rola i zadania pielęgniarki w edukacji zdrowotnej w teorii i praktyce. W: M. Sierakowska, I. Wrońska (red.), *Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarstwie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 34-37.

Pielęgniarstwo ratunkowe praktycznie

Marcin Górecki, Barbara Kubik

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Ochrony Zdrowia, Akademia Nauk Stosowanych w Tarnowie

Streszczenie

Wstęp. Uczestnictwo studentów kierunków medycznych w przedsięwzięciach wykraczających poza program nauczania jest dla nich szansą rozwoju i pogłębiania umiejętności. Stanowi też wyzwanie dla ich opiekunów i nauczycieli. Bezsprzecznie najbardziej wartościową formą nauczania jest praktyka.

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie założeń, realizacji oraz efektów przeprowadzonych w dniach 9–10 lipca 2022 roku w Olszynie I Terenowych Warsztatów Studenckiego Koła Naukowego 360J.

Podstawowe założenia. Zaprezentowanie przebiegu ćwiczeń praktycznych realizowanych w warunkach polowych jako forma symulacji medycznej. Przedstawienie zakresu i poziomu merytorycznego wykonywanych zadań medycznych właściwych dla pielęgniarek ratunkowych. Opis współpracy ze strażakami OSP Olszyny uczestniczącymi w warsztatach. Prezentacja nadzoru realizowanego przez instruktorów medycznych oraz wskazanie na rolę debriefingu w procesie edukacyjnym. Zachęcanie do angażowania się środowisk akademickich prowadzących kształcenie studentów pielęgniarstwa do wdrażania nowoczesnych form nauczania.

Podsumowanie. Doświadczenia zdobyte podczas warsztatów mogą być zachętą do wdrażania i rozwijania podobnych zajęć dla studentów kierunku pielęgniarstwo.

Słowa kluczowe: symulacja medyczna, pielęgniarstwo, praktyka, debriefing, komunikacja

WSTĘP

Poprawa jakości opieki nad pacjentem jest ostatecznym celem wszystkich szkoleń w zakresie nauk medycznych. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat wprowadzono znaczące innowacje w metodologii nauczania. Powstały również nowe narzędzia wykorzystywane do prowadzenia edukacji klinicznej. Wraz z szybkim rozwojem technologii w edukacji medycznej wykazano, że symulacja medyczna ułatwia proces uczenia się, zwłaszcza w odniesieniu do umiejętności potrzebnych w ratownictwie przedszpitalnym. Symulacja zapewnia optymalne środowisko do nauki i może podtrzymywać bieżącą praktykę konieczną do sprawnego wykonywania rzadko stosowanych procedur medycznych (Van Dillen i in., 2016). Wykorzystanie walorów symulacji wydaje się być niezbędne w procesie nauczania studentów pielęgniarstwa.

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie założeń, realizacji oraz efektów przeprowadzonych w dniach 9–10 lipca 2022 roku w Olszynie I terenowych warsztatów Studenckiego Koła Naukowego 360J. Wspomniana organizacja studencka została utworzona w Akademii Nauk Stosowanych w Tarnowie w roku 2022. Skupia studentów kierunku pielęgniarstwo I i II stopnia zainteresowanych rozwijaniem swoich umiejętności w zakresie opieki nad pacjentami w stanie krytycznym. Podczas spotkań koła studenci poszerzają swoją wiedzę teoretyczną dotyczącą stanów nagłych oraz realizują praktyczne działania medyczne w warunkach symulacji medycznej. Część zajęć symulowanych odbywa się w laboratoriach symulacji medycznej na terenie Akademii Nauk Stosowanych w Tarnowie. Niektóre zajęcia odbywają się w warunkach plenerowych, aby umożliwić studentom zapoznanie się z pracą w warunkach pozaszpitalnych. Taką bowiem charakterystykę pracy mają pielęgniarki zatrudnione w zespołach ratownictwa medycznego (ZRM) w strukturze państwowego ratownictwa medycznego (PRM) (Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym).

Opis warsztatów

W warsztatach wzięło udział szesnastu studentów, członków SKN 360J. Czterech studentów pełniło funkcje organizacyjne oraz uczestniczyło w za-

daniach medycznych jako aktorzy. Dwunastu studentów tworzyło zespoły medyczne. W warsztatach brali udział studenci kierunku pielęgniarstwo I stopnia I, II i III roku. Stworzono cztery zespoły medyczne składające się z trzech studentów oraz trzech strażaków z jednostki OSP Olszyny. Kilku ze strażaków było przeszkolonych z zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP), większość nie posiadała takiego przeszkolenia. Jednostka bowiem nie jest wpisana do krajowego systemu ratowniczo gaśniczego (KSRG). Każda z grup miała za zadanie uczestniczyć w trzech zadaniach medycznych. Planowany czas realizacji jednego zadania wynosił jedną godzinę. Uczestnicy nie znali specyfiki oraz lokalizacji planowanych zadań medycznych. Podczas każdego zadania medycznego zespoły dysponowały sprzętem medycznym niezbędnym do jego prawidłowej realizacji. W warsztatach uczestniczyło trzech doświadczonych instruktorów medycznych szkolących medyków z różnych grup zawodowych na różnorodnym poziomie zaawansowania. Każdy z instruktorów odpowiedzialny był za jedno z zadań medycznych, przeprowadzając przez nie każdą z czterech grup.

Każdy z czterech zespołów medycznych wyposażony został w przenośną radiostację, za pomocą której miał możliwość komunikowania się z dyspozytorem medycznym (DM) oraz stanowiskiem kierowania państwowej straży pożarnej (PSP). Łączność radiowa odbywała się na częstotliwości niekolidującej z wykorzystywanymi przez służby ratunkowe w codziennej pracy. Operator łączności radiowej symulował komunikację odbywającą się warunkach rzeczywistych i odpowiadał na wszystkie wezwania ćwiczących grup. Każda z ćwiczących grup otrzymała swój kryptonim radiowy, którym miała za zadanie się posługiwać w celu właściwej identyfikacji. Przed rozpoczęciem realizacji zadań została przeprowadzona odprawa ze wszystkimi uczestnikami warsztatów. Członkowie poszczególnych zespołów zostali skojarzeni ze sobą w sposób losowy. Podczas odprawy zalecono drużynom działanie z zastosowaniem poniższych zasad:

- wyłonienie lidera zespołu,
- komunikowanie się w zamkniętej pętli wewnątrz grup,
- utrzymywanie dyscypliny w komunikacji radiowej,
- ocena i opieka nad pacjentem wg schematu ABCDE (Akademia Nauk Stosowanych w Tarnowie. Sylabusy zajęć) z wykorzystaniem kompetencji właściwych dla pielęgniarki systemu,
- zapewnienie poszkodowanemu transportu do odpowiedniej placówki medycznej poprzez ustalenia z DM oraz bezpieczne dostarczenie pacjenta do dogodnego miejsca (ambulansu/śmigłowca), utrzymując ciągle monitorowanie parametrów życiowych.

Na czas nocnego wypoczynku po przeprowadzonych warsztatach zostało zaplanowane nocne zadanie dla wszystkich obecnych studentów. Studenci nie mieli wiedzy o przygotowanym zadaniu. W tym czasie zespoły medyczne były zdekompletowane, a całość sprzętu medycznego znajdowała się w jednym miejscu, niepodzielona na zespoły. Studenci zostali poinformowani o uderzeniu pioruna w grupę ludzi nieopodal miejsca przebywania studentów. Charakter tych zadań przedstawiono w Tabelach I–IV.

Tabela I. Zadanie nr 1

Okoliczności	Zadanie dla studentów	Zadanie dla OSP	Potrzeby sprzętowe
ZRM wezwany do zdarzenia.	Wezwanie OSP, ocena C(!)ABCDE, zamknięcie masywnego krwotoku przy pomocy stazy taktycznej, wdrożenie i monitorowane skuteczności leczenia przeciwbólowego, rozpoznanie nagłego zatrzymania krążenia (NZK) w mechanizmie aktywności elektrycznej bez tętna (PEA) z powodu wstrząsu krwotocznego. Wdrożenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO), rozważenie i leczenie odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia (4H, 4T). Powrót krążenia u poszkodowanego (ROSC) – opieka poruszczeniowa.	Wydobycie poszkodowanego uwięzionego pod konarem drzewa przy użyciu sprzętu mechanicznego z zachowaniem zasad bezpieczeństwa. Współpraca z zespołem medycznym.	Defibrylator, torba medyczna z wyposażeniem: ciśnieniomierz, staza taktyczna, opatrunki leki, płyny infuzyjne, zestaw wkłuć obwodowych, worek samorozprężalny, maska krtaniowa), sztuczna krew, pilarka spalinowa. Fantom, świadek.

Źródło: Opracowanie własne.



Rycina 1. Zadanie nr 1

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela II. Zadanie nr 2

Okoliczności	Zadanie dla studentów:	Zadanie dla OSP	Potrzeby sprzętowe
Obstawa medyczna zawodów sportowych.	Ocena i postępowanie ABCDE, wdrożenie RKO, Defibrylacja 2x.	Wytyczenie i zabezpieczenie łądowniska dla śmigłowca. Nawiązanie z załogą LPR łączności radiowej, usunięcie zagrożających bezpieczeństwu przeszkód, takich jak strachy na wróble, odizolowanie osób postronnych.	Defibrylator LP15. Torba medyczna ALS z wyposażeniem: leki, płyny infuzyjne, zestaw wkłuc obwodowych, worek samorozpężalny, maska krtaniowa, zestaw do intubacji dotchawiczej.
NZK w mechanizmie migotania komór (VF) u sportowca podczas wysiłku fizycznego.	Zebranie wywiadu medycznego. Powrót krążenia u poszkodowanego (ROSC), wezwanie śmigłowca LPR drogą radiową w celu ewakuacji pacjenta z niedostępnego terenu.	Pomoc w ewakuacji poszkodowanego.	Fantom 10-latek, świadek.
U pacjenta wywiad kardiologiczny.			

Źródło: Opracowanie własne.



Rycina 2. Zadanie nr 2

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela III. Zadanie nr 3

Okoliczności	Zadanie dla studentów:	Zadanie dla OSP	Potrzeby sprzętowe
ZRM wezwany do zdarzenia. Znaleziony na szlaku turysta. Hipotermia, zaburzenia świadomości na podłożu hipoglikemii.	Ocena i postępowanie ABCDE, w tym pomiar i monitorowanie glikemii oka. Trudna ewakuacja z pomocą OSP, ochrona przed dalszą hipotermią poprzez optymalną termoizolację, uzyskanie wklucia do żyły obwodowej, podaż glukozy dożylnie, nieprzerwane monitorowanie funkcji życiowych podczas ewakuacji.	Dostarczenie załogi medycznej do poszkodowanego przy pomocy pojazdu terenowego, pomoc w czynnościach medycznych i ewakuacji poszkodowanego.	Defibrylator LP15. Torba medyczna ALS z wyposażeniem: leki, płyny infuzyjne, zestaw wkluc obwodowych, worek samorozpężalny, maska krtaniowa, deska ortopedyczna, śpiwór, termometr, glikometr. Wóz OSP z kierowcą. Pozorant, świadek.

Źródło: Opracowanie własne.



Rycina 3. Zadanie nr 3

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela IV. Zadanie nr 4 – dodatkowe

	Poszkodowani Okoliczności: brak elektryczności, opady deszczu, nagły charakter zdarzenia	Zadanie	Zadanie dla grupy
1	Uraz głowy spowodowany upadkiem, poszkodowany nieprzytomny (symulant).	Ocena i postępowanie ABCDE, tlenoterapia, ochrona przed hipotermią, leczenie przeciwbólowe, neuroprotekcja.	Oświetlenie, bezpieczeństwo, organizacja akcji ratunkowej. Wyłonienie lidera – kierującego akcją ratunkową (KAM).
2	NZK w mechanizmie migotania komór VF (fantom).	Ocena i postępowanie ABCDE – RKO – defibrylacja, wentylacja – ROSC	Przeprowadzenie segregacji medycznej poszkodowanych.

3	Oparzenie termiczne/ elektryczne, zaburzenia rytmu serca (symulant).	Ocena i postępowanie ABCDE, naklejenie elek- trod automatycznego de- fibrylatora zewnętrznego (AED), uzyskanie włącza obwodowego, leczenie przeciwbólowe, płynote- rapia.	Utworzenie zespołów zaj- mujących się poszczegól- nymi pacjentami. Nawiązanie łączności z DM i pozostanie z nim w kontakcie.
---	--	--	---

Źródło: Opracowanie własne.



Rycina 4. Zadanie nr 4

Źródło: Opracowanie własne.

- Przeprowadzone warsztaty miały w założeniu uzyskanie kilku celów:
- odbycie przez studentów kierunku pielęgniarstwo ćwiczeń praktycznych realizowanych w warunkach polowych jako forma symulacji medycznej klinicznej,
 - nawiązanie oraz optymalne wykorzystanie współpracy z jednostką OSP Olszyny – umożliwienie strażakom ochotnikom uczestniczenia w działaniach medycznych,
 - ćwiczenie kompetencji miękkich i optymalizacja sposobów komunikacji w zespole medycznym.

Debriefing

Każde zadanie medyczne realizowane przez poszczególne grupy zaplanowane było na jedną godzinę. Faktyczny czas jego realizacji wynosił jednak około 35–40 minut. Pozostały czas poświęcony był na debriefing. Debriefing jest potężnym narzędziem i istotną techniką stosowaną w edukacji medycznej. Podsumowanie po symulacji jest jednym z najskuteczniejszych jej elementów i ugruntowaniem doświadczenia edukacyjnego, uzyskanego w warunkach symulacji medycznej. Podsumowanie to jest celową dyskusją po doświadczeniu symulacyjnym, która pozwala uczestnikom zrozumieć ich działania i prześledzić proces myślowy. Pozwala instruktorom i studentom ponownie przeanalizować symulowane przypadki, podzielić się swoim procesem myślowym. W badaniu Abulebda, Auerbach, i Limaiem (2022) stosowanie debriefingu w zajęciach symulacyjnych korelowało ze zwiększoną wydajnością zespołu oraz lepszą jakością w zakresie kompetencji miękkich i manualnych kursantów podczas symulowanych przypadków. Debriefing po zatrzymaniu krążenia korelował z wyższą zgodnością z wytycznymi w czasie resuscytacji oraz wyższą przeżywalnością pacjentów i ich lepszymi wynikami neurologicznymi

Oparta na dowodach optymalna technika debriefingu nie została jeszcze ustalona (Abulebda, Auerbach, Limaiem, 2022). Nawet najlepiej przygotowana i opisana metoda debriefingu nie będzie posiadała waloru skuteczności, jeśli będzie wykorzystywana przez nieodpowiednio przygotowanego instruktora. Debriefing ma kluczowe znaczenie, ponieważ umożliwia ocenę swoich działań, dając możliwość poprawy i doskonalenia postępowania. Wpływ ćwiczeń symulacyjnych jest ważny dla wyników leczenia pacjentów (Abelsson, Rystedt, Suserud, Lindwall, 2016). Podczas debriefingu instruktorzy każdorazowo omawiali przebieg ćwiczenia dla każdej z ćwiczących grup. Wskazywali w sposób wyraźny na wszystkie prawidłowo wykonane

czynności, właściwie podjęte decyzje, odpowiednio prowadzoną komunikację. Podkreślano rolę lidera, ale również wskazywano na istotność udziału w zadaniu każdego z ćwiczących. Zachęcano również ćwiczących do artykułowania zauważonych przez siebie sukcesów w opiece nad pacjentem.

W dalszej części debriefingu starano się wyodrębnić te elementy postępowania, które wymagały obrania innej drogi lub modyfikacji wybranego sposobu działania. Studenci chętnie formułowali swoje spostrzeżenia i samodzielnie byli w stanie wskazać sposoby optymalizacji działań swojego zespołu. Zaobserwowano, że każde kolejne zadanie było wykonywane w sposób zawierający te elementy, których zabrakło w poprzednim zadaniu. Również sam debriefing był elementem coraz bardziej oczekiwanym przez studentów.

Komunikacja

Jednym z elementów tzw. kompetencji miękkich, niezbędnych i wysoce pożądanych w zawodach medycznych jest umiejętność skutecznej komunikacji. Zarówno tej werbalnej, jak i niewerbalnej. Umiejętność skutecznej komunikacji dotyczy nie tylko relacji wewnątrz zespołu terapeutycznego, ale także komunikacji z pacjentem i jego otoczeniem. Sprawna komunikacja nie może ominąć również relacji zespołu medycznego ze służbami z nim współpracującymi. Szczególne znaczenie wydaje się mieć w odniesieniu do zespołów pracujących w warunkach pozaszpitalnych, takich jak zespoły ratownictwa medycznego. Pielęgniarka często jest członkiem takiego zespołu, zgodnie z obowiązującą w Polsce Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Przełomowa zmiana w leczeniu pozaszpitalnego zatrzymania krążenia nastąpiła po wprowadzeniu stylu Pit Crew. W 2011 roku Salt Lake City Fire Emergency Medical Services (EMS) wykorzystało tę technikę i wykazało, że poprawiły przeżywalność i wyniki neurologiczne pacjentów. Założenie tej techniki obejmuje przypisanie ról, w celu podziału obciążenia obowiązkami i umożliwienie liderom zespołów podejmowania kluczowych decyzji. Wykazano, że metoda załogi pit jest skutecznym sposobem na poprawę wyników pacjentów. Metoda pomaga zoptymalizować komunikację i skuteczność zespołu. Nieodzwonne jest wytypowanie lidera zespołu, który pomaga kierować komunikacją i nadzoruje pozostałych członków zespołu (Walker i in., 2022).

Zarządzanie zasobami kryzysowymi ma swoje korzenie w przemyśle lotniczym XX wieku. Zbadano, że błędy ludzkie przyczyniły się do po-

nad 70% wypadków lotniczych. Bardziej szczegółowe badania wykazały, że większość błędów była związana z deficytami komunikacji, a nie brakami w zakresie wiedzy lub umiejętności. To istotne odkrycie doprowadziło do opracowania opartych na symulacji programów szkoleniowych Crew Resource Management (CRM), które koncentrowały się na zachowaniach związanych z pracą zespołową, takich jak przywództwo, komunikacja, świadomość sytuacyjna i wykorzystanie zasobów. W systemie opieki zdrowotnej anestezjologia była pierwszą specjalnością, która włączyła zasady CRM do szkolenia swoich klinicystów. Po sukcesie w lotnictwie i anestezjologii, programy szkoleniowe CRM oparte na symulacji medycznej zostały wkrótce opracowane w innych specjalnościach medycznych wysokiego ryzyka, medycynie stanów nagłych, w tym w medycynie ratunkowej (Tsai i in., 2020).

Nieścisłości w komunikacji są główną przyczyną błędów medycznych. Tak więc skuteczna komunikacja ma kluczowe znaczenie dla sukcesu każdego zespołu. Zespoły powinny rutynowo stosować komunikację w pętli zamkniętej, aby zapewnić prawidłową dystrybucję wiadomości. Wreszcie, lider zespołu powinien promować dwukierunkową komunikację, aby ułatwić dzielenie się wiedzą i wspólne wypracowywanie decyzji (Lei, Palm).

Podczas warsztatów realizowane przez studentów zadania medyczne wymagały od nich zastosowania komunikacji na kilku płaszczyznach jednocześnie. Dodatkową trudnością był fakt, że zespoły zostały stworzone drogą losowania, a poza studentami uczestniczyły w nich osoby niebędące medykami. Skuteczna komunikacja w takiej załodze wymaga odpowiednich umiejętności i dyscypliny. Załogi miały za zadanie nawiązać oczywiście kontakt z pacjentem lub/i świadkami zdarzenia. Konieczne było nawiązanie łączności z DM oraz stanowiskiem kierowania PSP drogą radiową. Zaznaczyć należy, że łączność tę prowadziły cztery grupy jednocześnie, korzystając z tego samego kanału. Zachowanie czytelności nadawanych i odbieranych komunikatów było dla studentów i współpracujących z nimi strażakami nowym i trudnym doświadczeniem, pomimo faktu, że podczas wcześniejszej odprawy zasady komunikacji radiowej zostały im zakomunikowane. Należy jednak wskazać, że wszystkim grupom udało się zachować klarowność komunikacji radiowej, przekazać właściwym jednostkom odpowiedni komunikat, oraz odebrać i przyjąć do wiadomości komunikaty zwrotne.

Współpraca

Wpływ liczebności załogi medycznej na skuteczność resuscytacji pacjentów z pozaszpitalnym zatrzymaniem krążenia (OHCA) pozostaje niejednoznaczny. Odkryto jednak, że załoga licząca 5 ratowników miała najlepszą wydajność w resuscytacji, ponieważ wszyscy otrzymują jasno określone zadania w zespole. W niektórych publikacjach wspomina się, że idealna wielkość załogi nie powinna przekraczać 6 osób. Zaobserwowano także, że złożone interwencje, takie jak intubacja dotchawicza, mogą wymagać większej liczby ratowników (Tsai i in., 2020). W Polsce zespoły ratownictwa medycznego składają się najczęściej z dwóch, a rzadziej z trzech osób (Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym). Uzyskanie wsparcia od służb współpracujących, w tym OSP wydaje się być więc koniecznością. Umiejętność wzajemnej współpracy strażaków i medyków powinna być więc doskonalona.

Przedstawienie zakresu i poziomu merytorycznego wykonywanych zadań medycznych właściwych dla pielęgniarek ratunkowych.

Zrealizowane zadania medyczne stanowiły dla studentów istotne wyzwanie, tym bardziej, że ich poziom merytoryczny był zróżnicowany – choćby z uwagi na etapy nauczania zawodu. Zaplanowane zadania medyczne ukierunkowano w taki sposób, aby wdrożenie omówionych uprzednio podczas zajęć algorytmów postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, dawały oczekiwane efekty kliniczne u pacjenta. Prowadzone działania medyczne odbywały się więc zgodnie z zaleceniami międzynarodowych towarzystw naukowych, w szczególności zaś publikacją Wytyczne Resuscytacji 2021 (Polska Rada Resuscytacji) oraz ITLS International Trauma Life Support (Alson, Han, Campbell, 2022).

Zadania te nie są zadaniami hipotetycznymi. Zgodnie bowiem z treścią przepisów prawa obowiązujących w Polsce, pielęgniarka może być – i bardzo często jest – członkiem zespołu ratownictwa medycznego realizującego medyczne czynności ratunkowe. Dysponując odpowiednim doświadczeniem zawodowym, pełni funkcję kierownika tego zespołu. Aby jednak pielęgniarka mogła wykonywać medyczne czynności ratunkowe, musi mieć status pielęgniarki systemu. Taki status umożliwia jej między innymi odbycie jednego z wymienionych w ustawie kursu kwalifikacyjnego – na

przykład kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego oraz legitymowanie się określonym okresem doświadczenia zawodowego w tej specjalności. W zakres programowy tego kursu nie wchodzi wiele elementów wykorzystywanych w ramach medycznych czynności ratunkowych. Zatem wiedzę i kompetencje w tym zakresie nabywa się przede wszystkim w ramach kształcenia przeddyplomowego.

Obecnie na kierunku pielęgniarstwo I stopnia realizowane są zajęcia z przedmiotu *podstawy ratownictwa medycznego* obejmujące w sumie 35 godzin (Akademia Nauk Stosowanych w Tarnowie. Sylabusy zajęć). Co prawda, istotna część tematyki dotyczącej opieki nad pacjentem w stanie nagłym realizowana jest w toku studiów w programie innych przedmiotów klinicznych, co należy wyraźnie podkreślić. Istnieje jednak obszar medycyny, obszar pielęgniarstwa specyficzny dla działań pozaszpitalnych, działań ratunkowych, który wymaga odrębnego omówienia i przygotowania. Można więc wyrazić pewną obawę czy zajęcia *podstawy ratownictwa medycznego* obejmujące w 35 godzin w pełni pokrywają tę potrzebę.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Szkolenie symulacyjne poprawia poziom pewności siebie załóg medycznych wykonujących procedury ratujące życie. Ostatnie metaanalizy koncentrujące się ogólnie na symulacji medycznej wykazały, że obecność symulacji medycznej w strategii edukacji medycznej znacznie zwiększyła umiejętności i wiedzę w porównaniu z programami nauczania, które wykluczały symulację. Decyzje dotyczące leczenia krytycznych stanów zagrożenia zdrowotnego muszą być podejmowane szybko i prawidłowo. Pielęgniarki systemu muszą być dobrze przeszkolone i winny posiadać wysoki stopień pewności wykonywanych procedur w niesprzyjających okolicznościach. Wyniki badań sugerują, że wykonanie wymagających interwencji ratujących życie w warunkach symulacji poprawia poziom pewności siebie u medyków podczas rzeczywistego wykonywania tej procedury (Van Dillen, i in., 2016). Nauka poprzez symulację daje efekt podobny do posiadania doświadczenia klinicznego (Abelsson, Rystedt, Suserud, Lindwall, 2016).

PIŚMIENICTWO

- Abelsson, A., Rystedt, I., Suserud, B. O., Lindwall, L. (2016). Learning by simulation in pre-hospital emergency care – an integrative literature review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(2), s. 234-240. DOI: 10.1111/scs.12252.
- Abulebda, K., Auerbach, M., Limaiem, F. (2022). Debriefing techniques utilized in medical simulation. *StatPearls*.
- Akademia Nauk Stosowanych w Tarnowie. Sylabusy zajęć. file:///C:/Users/Asusik/Downloads/sylabus-zajec-2021-2022.pdf (03.03.2023).
- Alson, R.L., Han, K., Campbell, J.E. (2022). *ITLS International Trauma Life Support. Ratownictwo przedszpitalne w urazach*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Lei, C., Palm, K. Crisis resource management training in medical simulation. *StatPearls*.
- Polska Rada Resuscytacji. Wytyczne resuscytacji 2021. https://www.prc.krakow.pl/wytyczne_2021.html (03.03.2023).
- Tsai, B.M., Sun, J.T., Hsieh, M.J., Lin, Y.Y., Kao, T.C., Chen, L.W., Ma, M.H., Wen-Chu, C. (2020). Optimal paramedic numbers in resuscitation of patients with out-of-hospital cardiac arrest: A randomized controlled study in a simulation setting. *PloS One*, 15(7), e0235315. DOI: 10.1371/journal.pone.0235315.
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410).
- Van Dillen, C.M., Tice, M.R., Patel, A.D., Meurer, D.A., Tyndall, J.A., Elie, M.C., Shuster, J.J. (2016). Trauma simulation training increases confidence levels in prehospital personnel performing life-saving interventions in trauma patients. *Emergency Medicine International*, 5437490. DOI: 10.1155/2016/5437490.
- Walker, A., Oswald, A., Wanthal, J., Van Dillen, C., Plamoottil, C., Patel, P., Tassone, M., Ganti, L. (2022). The A to E (ABCDE) pit crew model: a novel approach to team based care of critical patients in the prehospital setting. *Health Psychology Research*, 10(3), 36960. DOI: 10.52965/001c.36960.

Kształcenie podstawowych umiejętności praktycznych na kierunkach medycznych metodą symulacji niskiej wierności

Jakub Zalewski¹, Piotr Konrad Leszczyński², Katarzyna Zalewska³, Joanna Grzesik-Gąsior³, Mateusz Ptak¹, Piotr Kubacki¹, Krzysztof Buczkowski¹

1. Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Opolski
2. Instytut Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach
3. Instytut Zdrowia i Gospodarki, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

STRESZCZENIE

Wstęp. Nauka podstawowych umiejętności praktycznych na kierunkach medycznych, związana jest m.in. z badaniem fizykalnym, wykonywaniem iniekcji, a także pomiarami parametrów życiowych pacjentów w różnych grupach wiekowych, co wymaga od nauczyciela zastosowania efektywnych technik nauczania. Środowisko symulacji medycznej daje wiele możliwości przygotowania zajęć na zróżnicowanym poziomie realizmu. Wykorzystanie trenażerów w bezpiecznym dla uczącego się środowisku symulacji niskiej wierności stwarza doskonałe warunki do zdobycia podstawowych umiejętności, pozwalających w późniejszym etapie na wykonywanie coraz bardziej złożonych procedur.

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie wybranych możliwości zastosowania współczesnych modeli i trenażerów do nauki podstawowych umiejętności praktycznych, wśród studentów kierunków medycznych.

Podstawowe założenia. Powtarzalność wykonywania procedur z użyciem trenażerów powoduje, iż student nabiera pewności siebie w ich wykonaniu, co przekłada się bezpośrednio na praktykę kliniczną i jakość sprawowanej opieki. Nauczyciel zaangażowany w prowadzenie zajęć z użyciem trenażerów winien w pełni wykorzystać potencjał tre-

nażerów za pomocą symulacji medycznej, by wzbudzić w uczących się chęć rozwoju i samodoskonalenia. W niniejszej pracy omówiono wybrane techniki stosowane podczas prowadzenia zajęć symulacyjnych niskiej wierności: metoda czterech kroków (Peytona), metoda peer-to-peer oraz teoria Benner.

Podsumowanie. Umiejętności praktyczne są niezbędne w nauczaniu zawodów pielęgniarstwa, położnictwa czy ratownictwa medycznego, dlatego należy podejmować działania zmierzające do zapewnienia jak najwyższej jakości kształcenia. Pomimo nieustającego rozwoju symulatorów wysokiej i pośredniej wierności, trenażery używane podczas zajęć symulacyjnych niskiej wierności pozostają niezbędnym i stosunkowo ekonomicznym, technicznym środkiem kształcenia kadr medycznych.

Słowa kluczowe: umiejętności, praktyka, symulacja medyczna, edukacja

WSTĘP

Słownik Symulacji w Opiece Zdrowotnej definiuje symulację medyczną jako technikę odtwarzającą daną sytuację kliniczną pacjenta i/lub środowisko, umożliwiając uczącemu się doświadczenie rzeczywistych warunków w celu poznania, ćwiczenia czy zrozumienia danego działania (Lioce i in., 2020).

Zadaniem symulacji w edukacji studentów na kierunkach medycznych jest stworzenie bezpiecznego środowiska, gdzie uczący się będą mogli zdobywać i doskonalić swoje umiejętności, związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarstwa/pielęgniarskiego, położnictwa, ratownictwa medycznego czy lekarza. Umiejętności te mogą być związane z czynnościami praktycznymi takimi jak wykonanie iniekcji, zmiana opatrunku czy badanie wewnętrzne kobiety, ale również mogą dotyczyć komunikacji w zespole czy pracy pod presją czasu. Symulacja medyczna stwarza doskonałe warunki do nauczania tychże umiejętności w bezpiecznych warunkach, bez szkody dla pacjenta. Umożliwia także połączenie zdobytej wiedzy teoretycznej z wykorzystaniem jej w praktyce. Dlatego też, zanim student obejmie pacjenta opieką w podmiotach leczniczych, powinien odbyć kurs oparty na symulacji medycznej. W przypadku zajęć symulacyjnych niskiej wierności ważne jest by nauka umiejętności praktycznych umożliwiała uczącemu się śledzenie procesu i powtarzanie kształtowanych czynności. Odbywa się ona najczęściej z instruktążem, wskazówkami wizualnymi czy tekstowymi.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest zwrócenie uwagi na istotę kształcenia podstawowych umiejętności praktycznych na kierunkach medycznych podczas zajęć symulacyjnych niskiej wierności oraz omówienie wybranych technik stosowanych w tym zakresie.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA

Symulacja niskiej wierności to metoda dość powszechnie stosowana w nauczaniu umiejętności w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza, ale także innych zawodach związanych z opieką zdrowotną. McGaghie, Issenberg, Cohen, Barsuk i Wayne (2011) w przeprowadzonym przeglądzie systematycznym dowiedli, iż symulacja medyczna niskiej wierności jest lepsza niż tradycyjne metody nauczania procedur medycznych. Studenci mogą doskonalić wykonywanie danej umiejętności kilka bądź kilkanaście razy. Istotną kwestią podczas realizacji zajęć metodą niskiej wierności jest obecność nauczyciela, który na bieżąco dokonuje korekty podejmowanych przez uczących się działań wraz z otrzymywaniem informacji zwrotnej, co sprawia, że uczniowie mogą dokonywać analizy wykonywanych czynności oraz popełnianych błędów podczas przebiegu zajęć. Dzięki temu umiejętności kliniczne mogą być efektywnie wykonywane i lepiej zrozumiane, co przekłada się na lepszą opiekę nad pacjentem.

Na zajęciach symulacyjnych niskiej wierności kształtowane są nie tylko umiejętności czysto techniczne, jak cewnikowanie pęcherza moczowego, podanie leku w iniekcji domięśniowej czy wykonanie wlewu kroplowego. Zastosowanie symulacji o niskiej wierności odnaleźć można na każdym etapie kształcenia (też doktorantów) w kształtowaniu umiejętności nie-technicznych – m.in. pracy zespołowej, przywództwa i komunikacji, (Goode, 2022; Nicolaides i in., 2020).

Na potrzeby niniejszej pracy omówione zostaną następujące techniki stosowane podczas zajęć symulacyjnych niskiej wierności:

- metoda czterech kroków Peytona,
- metoda peer-to-peer,
- teoria Benner.

METODA CZTERECH KROKÓW (METODA PEYTONA)

Metoda Peytona inaczej w literaturze opisywana jest jako metoda czterech kroków. Została przedstawiona w 1998 roku jako skuteczna metoda nauki chirurgicznego szycia przyszłych kadr medycznych – chirurgów (Walker, Peyton, 1998). Charakterystyczne w opisywanej metodzie są następujące po sobie cztery kroki, tj.:

- krok 1 (pokaz, demonstracja, ang. *demonstration*) – wykonanie danej procedury przez nauczyciela bez omówienia, odbywa się to w czasie rzeczywistym. Podczas wykonania „próby niemej” uczący się po raz pierwszy ma szansę zapoznać się z wykonywaniem danej umiejętności. Istotne jest, aby wykonać procedurę bez pomyłek oraz tak, by studenci w czasie jej wykonywania nie zadawali pytań ani nie komentowali jej wykonania (Dąbrowski, 2020),
- krok 2 (pokaz, dekonstrukcja, ang. *deconstruction*) – wykonanie danej procedury z omówieniem przez prowadzącego poszczególnych elementów wykonania. Stwarza to możliwość uporządkowania wiedzy, co więcej – uczący się ma szansę na ponowną obserwację wykonywania procedury przez prowadzącego. Podczas przebiegu niniejszego kroku ważne jest, by nauczyciel zsynchronizował komentarze do wykonywanych przez siebie etapów danej umiejętności (Krautter i in., 2015),
- krok 3 (zrozumienie, ang. *comprehension*) – instruowanie nauczyciela przez ucznia. Podczas przebiegu tego kroku to na studencie spoczywa odpowiedzialność za wykonanie danej procedury, bowiem to on przekazuje szczegółową instrukcję jej wykonania nauczycielowi prowadzącemu. Jest to istotny element związany z efektami uczenia się z zakresu umiejętności, które student zdobywa (Dąbrowski, 2020). Jak wynika z przeprowadzonego przeglądu literatury przez Giacomino, Caliesch i Sattelmayer (2020) metoda Peytona jest skuteczną metodą zdobywania umiejętności praktycznych, niezbędnych w zawodach medycznych. Warto pamiętać, iż podejście Peytona jest bardziej skuteczne, gdy stosuje się małe grupy z kilkoma uczniami, z jednym nauczycielem,
- krok 4 (wykonanie, ang. *performance*) – student dokonujący instrukcji w kroku 3, jest wykonującym daną procedurę, a instruowany jest przez kolejnego studenta, który udziela mu poleceń odnośnie do wykonania ćwiczonej umiejętności. Należy pamiętać, by nad całościowym przebiegiem wykonywania danej umiejętności nadzór sprawował nauczyciel. Jest to ostatni etap, zamykający proces nauczania oparty na niniejszej metodzie (Nikendei i in., 2014) as yet, little is known about differential effects of varying instructional methods. An instructional approach that

is becoming increasingly prevalent in medical education is \"Peyton's Four-Step Approach\". As Peyton's Four Step Approach was designed for a 1:1 teacher: student ratio, the aim of the present study was to develop and evaluate a modified Peyton's Approach for small group teaching. Methods. The modified Peyton's Approach was applied in three skills-lab training sessions on IV catheter insertion, each with three first- or second year medical students (n = 9).

Warto, by cykl ten zamykał tzw. debriefing, czyli element podsumowujący zajęcia symulacyjne. Tworzy on warunki do refleksyjnego spojrzenia na wykonanie danej procedury, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowo wykonanych etapów. Niemniej jednak należy również pamiętać o dokonywaniu korekty tam, gdzie jest ona niezbędna.

Podsumowując, czteroetapowe podejście Peytona pozwala uczniom zobaczyć, jak umiejętność jest wykonywana w czasie rzeczywistym, od początku do końca i powtarzana przez instruktora, zanim sami spróbują ją wykonać. Metoda ta oparta jest na pewnych ramach (krokach), co daje możliwości zdobywania i szlifowania kształtowanej umiejętności, bez konieczności zbędnego teoretyzowania. Ponadto, daje to możliwość utrwalenia procesu uczenia się oraz korygowania pojawiających się błędów i przekazywania informacji zwrotnych, celem wypracowania profesjonalizmu w wykonywaniu danej umiejętności (Burgess, van Diggele, Roberts, Mellis, 2020b; DeBourgh, 2011).

METODA PEER-TO-PEER

Uczenie się peer-to-peer można definiować jako metodę edukacyjną, w której uczniowie lub współpracownicy uczą się od siebie nawzajem w bezpiecznym środowisku edukacyjnym opartym na współpracy (Sautter, Foss, 2020). Po raz pierwszy zaprezentowano niniejszą metodą w 1988 roku, przez Whitmana i Fife'a, którzy zajmowali się strategią edukacji rówieśniczej w szkolnictwie wyższym (Frey, 1990).

Viggers, Østergaard i Dieckmann (2020) the Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation (CAMES w swojej pracy zauważają, iż uczenie się rówieśnicze ma kilka udowodnionych efektów, a nauczyciele-rówieśnicy często lepiej rozumieją trudności swoich kolegów w nauce nowej umiejętności. Co więcej, studenci, którzy podejmują się nauczania podstawowych umiejętności medycznych swoich kolegów-rówieśników okazują się być równie efektywni, co doświadczony dydaktyk (Tolsgaard i in., 2007). Z kolei informacja zwrotna otrzymana od kolegi/rówieśnika po

wykonaniu danej umiejętności jest lepiej przyswajana przez uczącego się. W literaturze przedmiotu można spotkać się z następującymi wariantami nauki rówieśniczej (Sautter, Foss, 2020):

- nauczanie partnerskie (ang. *peer teaching*) – dotyczy nauki rówieśniczej, gdzie jedna lub więcej osób uczy rówieśników z określonego przedmiotu (Nshimiyimana, Cartledge, 2020),
- nauczanie zbliżone do partnerskiego (ang. *near-peer teaching*, NPT) – w przypadku tego wariantu tutor (nauczyciel) ma doświadczenie akademickie (de Menezes, Premnath, 2016; Pintér i in., 2021) respectively. A post-program questionnaire was completed by learners prior to summative OSCEs (n=31;
- uczenie się partnerskie (ang. *peer learning*) – oparte jest na wspólnej nauce, gdzie studenci uczą się wzajemnie od siebie, dzielą się swoimi doświadczeniami i spostrzeżeniami,
- uczenie się zbliżone do partnerskiego (ang. *near-peer learning*),
- tutoring partnerski (ang. *peer tutoring*) – zazwyczaj obejmuje pary uczniów, gdzie zdolniejszy uczeń występuje w roli nauczyciela, pomagając drugiemu w nauce materiału, który jest dla niego stosunkowo nowy (Topping, 2020);
- wspólne uczenie się (ang. *cooperative learning*) – polega na współpracy małych grup, tak by praca studentów była zmaksymalizowana na naukę własną i innych (Eskay, Onu, Obiyo, Obidoa, 2012);
- nauka wspomagana przez rówieśników (ang. *peer assisted learning*, PAL) – cechuje się dużym wsparciem dla studentów, charakteryzuje się również regularną formą zaplanowanych zajęć lub warsztatów. Istotnym aspektem PAL jest ewaluacja, która dostarcza niezbędnych informacji (korzyści) dla uczącego jak i uczących się (Burgess, van Diggele, Roberts, Mellis, 2020a; Herrmann-Werner i in., 2017).
- wzajemne uczenie się partnerskie (ang. *reciprocal peer learning*, RPT) – to z kolei odmiana wspólnej nauki, która angażuje studentów z podobnych środowisk akademickich na zasadzie ustrukturyzowanej wymiany ról tutor – uczeń (Gazula, McKenna, Cooper, Paliadelis, 2017).

Warto nadmienić, iż wszystkie powyższe wskazane modele nauki rówieśniczej wywodzą się od edukacji partnerskiej. W zależności od jej wariantu nacisk kładziony jest albo na uczącego, albo na ucznia, albo na obie strony.

Metoda *peer-to-peer* ma coraz szersze zastosowanie w symulacji. Firma Laerdal wyszła naprzeciw oczekiwaniom dydaktyków zajmujących się edukacją opartą na symulacji i opracowała podręcznik pt. *Peer-to-Peer Simulation in Healthcare* przedstawiający podstawowe zasady i założenia, na których warto opierać się podczas tworzenia zajęć

w oparciu o niniejszą metodę. Pracownie symulacyjne, w których prowadzone będą zajęcia symulacyjne z zastosowaniem tej metody, powinny być wyposażone w niezbędny sprzęt, tj. symulatory/trenażery czy odpowiednie scenariusze kliniczne wraz z dostępnymi check-listami. Co więcej nauczyciel wraz z technikiem powinni być obecni podczas prowadzenia zajęć. Niemniej jednak najważniejszym ogniwem będą studenci, którzy powinni wykazać się zdecydowaniem i pełnym zaangażowaniem do pracy omawianą metodą. Zajęcia te mogą być realizowane w grupach 2–4 osobowych, gdzie uczący się będą mieć dostępne listy kontrolne oraz niezbędny sprzęt. Po zapoznaniu się z nim, jeden z nich przyjmuje rolę uczącego się, a drugi student sprawdza wg check-listy poprawność wykonania. Na zakończenie zajęć, grupa analizuje swoje spostrzeżenia oraz omawia podejmowane działania. Kolejnym etapem jest zamiana ról studentów biorących udział w tych zajęciach (Sautter, Foss, 2020).

Podsumowując, uczenie peer-to-peer stwarza możliwość partnerstwa rówieśniczego. Ponadto, może być wykorzystywane do poprawy wyników uczniów. Uczący się mogą poprawić swoje zdolności poznawcze, powtarzając umiejętność lub scenariusz, aż nabiorą pewności, że doskonale wykonają zadanie. Mocną stroną tej metody jest wzajemna pomoc między studentami, gdzie w bezpiecznych dla siebie warunkach mogą popełniać błędy i wzajemnie je między sobą korygować.

TEORIA BENNER

Ostatnią, z wybranych na potrzeby niniejszej pracy, metod jest teoria Benner. Przedstawiona po raz pierwszy w 1982 roku, przez pielęgniarkę Patricia Benner i nosi nazwę *Od Nowicjusza do Eksperta* (ang. *From Novice to Expert*). W oparciu o ramy teoretyczne wskazuje w jaki sposób pielęgniarka/student może zdobywać nowe umiejętności i wiedzę od poziomu nowicjusza do eksperta. Model ten składa się z pięciu poziomów kompetencji (Benner, 1982):

1. Nowicjusz (ang. *novice*) – początkujący student/pielęgniarka nieposiadająca doświadczenia praktycznego w stosowaniu nowej wiedzy czy umiejętności (Thomas, Kellgren, 2017). W przypadku studentów, potrzebują oni więcej czasu do rozwiązania danego problemu czy też podpowiedzi, jak taki problem rozwiązać (Larew i in., 2006).
2. Zadowolający początkujący (ang. *advanced beginner*) – to osoby od niedawna pracujące na swoich stanowiskach. Zdobywana wiedza na tym etapie pozwala im podejmować wstępne decyzje (Ozdemir, 2019).

3. Kompetentny (ang. *competent*) – jest to zazwyczaj pielęgniarka z 2–3 letnim stażem zawodowym i jest w stanie podejmować i planować cele długotrwałe (Benner, 1982).
4. Biegły (ang. *proficient*) – charakterystyczne dla tego etapu jest postrzeganie przez pielęgniarkę danej sytuacji jako całości, a nie osobnych problemów (podejście holistyczne). Na tym etapie ustalenie strategii rozwiązania napotkanego problemu oparte jest na posiadanym doświadczeniu zawodowym, co powoduje, iż znalezienie rozwiązania przychodzi stosunkowo łatwo i naturalnie.
5. Ekspert (ang. *expert*) – na tym etapie poziom doświadczenia i intuicji jest bardzo dobrze rozwinięty. Doświadczone osoby bezproblemowo łączą teorię z praktyką w rozwiązywaniu problemów klinicznych (Benner, Tanner, Chesla, 2009). Pielęgniarka-ekspert, dzięki swojemu ogromnemu doświadczeniu, intuicyjnie pojmuje decyzje i skupia się na dokładnym obszarze problemu (Benner, 1982).

Warto dodać, iż proces przechodzenia przez poszczególne etapy modelu jest procesem okrężnym, w związku z czym studenci czy pielęgniarki mają możliwość wielokrotnego przechodzenia z jednego etapu do drugiego, ucząc się i zdobywając wiedzę i umiejętności.

Zastosowanie niniejszego modelu w edukacji opartej na symulacji można zarówno odnieść do nauczyciela, jak i uczącego się. Nauczyciele będący ekspertami w danej dziedzinie wracają do poziomu nowicjusza, wdrażając do pracy zawodowej nową metodę nauczania, jaką jest symulacja. Na etapie nowicjusza dydaktycy nie potrafią jeszcze optymalnie wykorzystać zasobów symulacji, ponieważ nie mają pełnego doświadczenia w tym zakresie. Pojawiają się obawy co do obsługi symulatora, jego zastosowania, ale również problemy związane z trudnościami w wyborze metody prowadzenia zajęć symulacyjnych. Na tym etapie istotne jest uzupełnianie swojej wiedzy i umiejętności, korzystając z różnych form doskonalenia (kursy, konferencje itp.) oraz z doświadczenia innych osób (Griffin-Sobel i in., 2010). Przechodzenie z jednego etapu do drugiego w przypadku edukatorów jest płynne oraz może być weryfikowane przez bardziej doświadczonych nauczycieli.

Będąc na etapie zadowolającego początkującego, dydaktyk nie posiada nadal pełnej wiedzy, jak zastosować symulację w praktyce. Zwraca on uwagę na dostępne scenariusze symulacji, starając się jednocześnie odnieść je do konkretnych celów nauczania, modyfikując założenia scenariusza do określonej sytuacji klinicznej czy jednostki chorobowej. Dodatkowo ustala oczekiwania wobec uczniów, opracowuje listy kontrolne czy przeprowadza prebriefing (Hallmark, Thomas, Gantt, 2013). Warto by osoby będące na tym etapie zdobywały doświadczenie, wiedzę i umiejętności w oparciu o Stan-

dardy Najlepszych Praktyk i Symulacji w Opiece Zdrowotnej, materiały rekomendowane przez Towarzystwo Symulacji w Opiece Zdrowotnej (ang. Society for Simulation in Healthcare), a także Centrum Zasobów Innowacji w Dziedzinie Symulacji działające przy Narodowej Lidzie Pielęgniarstwa (ang. *Simulation Innovation Resource Center, National League of Nursing, SIRC, NLN*).

Przechodząc do etapu kompetentnego, osoba ma już duże doświadczenie symulacyjne. Kieruje się w swojej pracy uczciwością i profesjonalizmem oraz oczekuje tego samego od swoich współpracowników. Dążąc do ciągłego rozwoju, odkrywa odpowiednią literaturę, która pozwala na weryfikację wiedzy i umiejętności. Ważne jest także, aby poddać swoją pracę procesowi autorefleksji, tak by stawać się coraz bardziej doświadczonym i wrażliwym na potrzeby uczących się dydaktykiem. W miarę poszerzania swojej wiedzy i doświadczenia, kompetentni facylitatorzy (nauczyciele) symulacji zaczynają angażować się w przedsięwzięcia naukowe. Zaczynają identyfikować możliwe pytania badawcze dotyczące symulacji (Kellgren i in., 2016).

Dochodząc do etapu biegłego, zakres kompetencji, wiedzy oraz umiejętności zwiększają się. Nauczyciele będący na tym etapie dokonują syntezy znaczenia działań i reakcji uczniów podczas zajęć symulacyjnych oraz skupiają się na najważniejszych aspektach w scenariuszu, w oparciu o jego cele i ich potrzeby. Zakres umiejętności technicznych dydaktyków pozwala na sprawną organizację sprzętu oraz realizację scenariusza (Benner i in., 2009). Co więcej doświadczenie zdobyte na poziomie kompetentnym pozwala im na sprawną organizację badań naukowych oraz na zarządzanie jednostkami administracyjnymi.

Ostatni etap, ekspercki pozwala na wykorzystanie zdobytych zdolności, w celu pełnego zaangażowania się w realizowanie planowanych działań i podejmowanie decyzji. Dzięki emocjonalnej wrażliwości osoby na tym poziomie potrafią ocenić potrzeby studentów, określić zdolności psychomotoryczne studentów jako poprawne bądź wymagające korekty (Benner, 2009). Stając się ekspertami, są również w stanie prowadzić szkolenie mniej doświadczonych facylitatorów. Dodatkowo, posiadają oni zrozumienie złożonych programów nauczania, efektów uczenia się, co umożliwia im rozwój i kreowanie programów, podczas krajowych lub międzynarodowych spotkań edukacyjnych, co wpływa bezpośrednio na rozwijanie i implementowanie symulacji jako efektywnej metody nauczania.

Powyższe rozważania związane z modelem Benner stanowią również ścieżkę edukacyjną do zdobywania umiejętności, wiedzy i kompetencji z poziomu studenta. Jest to tym bardziej wartościowe podejście, ponieważ jego zastosowanie jest wielowymiarowe. Stwarza to możliwość rozwoju

zarówno kadry dydaktycznej, która dąży do jak najwyższej jakości kształcenia, ale również dla uczących się, tak by stawali się oni profesjonalistami w swojej pracy zawodowej. Podsumowując, model stworzony przez Benner *Od Nowicjusza do Eksperta* z powodzeniem może być stosowany w symulacji, określając ramy poszczególnych etapów. Koordynatorzy symulacji mogą wykorzystać ten model do opracowania indywidualnych ścieżek uczenia się zarówno dla edukatorów symulacji, jak i studentów.

PODSUMOWANIE

Opisane w niniejszej pracy techniki prowadzenia zajęć symulacyjnych niskiej wierności to wybrane z literatury przedmiotu sposoby nauczania, które powodują zaangażowanie zarówno ze strony prowadzącego, jak i studenta. Wzajemny szacunek, profesjonalizm i jasne określenie oczekiwań stwarzają warunki do pracy na jak najwyższym poziomie, przez co zdobyta wiedza, umiejętności i postawy bezpośrednio wpływają na jakość świadczonej pracy w przyszłym zawodzie absolwentów kierunków medycznych. Umiejętności praktyczne są niezbędnymi umiejętnościami w pracy pielęgniarki, położnej czy ratownika medycznego, dlatego tak ważne jest, by już na etapie kształcenia podejmować działania zmierzające do zapewnienia jak najwyższej jakości.

PIŚMIENNICTWO

- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), s. 402-407.
- Benner, P., Tanner, C., Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics* (2nd ed.). New York, NY: Springer.
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., Mellis, C. (2020a). Planning peer assisted learning (PAL) activities in clinical schools. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), s. 453. DOI: 10.1186/s12909-020-02289-w.
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., Mellis, C. (2020b). Tips for teaching procedural skills. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), s. 458. DOI: 10.1186/s12909-020-02284-1.
- Dąbrowski, M. (2020). Nauczanie z wykorzystaniem symulacji medycznej niskiej wierności. [W:] P.J., Gurowiec, J., Sejboth, I., Uchmanowicz, (red.). *Przewodnik do nauczania zasad pracy w warunkach symulacji medycznej na kierunku pielęgniarstwo*. Opole: Studio IMPRESO, s 59-72.

- de Menezes, S., Premnath, D. (2016). Near-peer education: a novel teaching program. *International Journal of Medical Education*, 7, s. 160-167. DOI: 10.5116/ijme.5738.3c28.
- DeBourgh, G.A. (2011). Psychomotor skills acquisition of novice learners: a case for contextual learning. *Nurse Educator*, 36(4), s. 144-149. DOI: 10.1097/NNE.0b013e31821fdab1.
- Eskay, M.E., Onu, V.C., Obiyo, N., Obidoa, M. (2012). Use of peer tutoring, cooperative learning, and collaborative learning: implications for reducing anti-social behavior of schooling adolescents. *US-China Education Review A*, 11, s. 932-945.
- Frey, J. H. (1990). Review of *peer teaching: to teach is to learn twice*, by N. A. Whitman. *Teaching Sociology*, 18(2), s. 265-266. DOI: 10.2307/1318523.
- Gazula, S., McKenna, L., Cooper, S., Paliadelis, P. (2017). A systematic review of reciprocal peer tutoring within tertiary health profession educational programs. *Health Professions Education*, 3(2), s. 64-78. DOI: 10.1016/j.hpe.2016.12.001.
- Giacomino, K., Caliesch, R., Sattelmayer, K.M. (2020). The effectiveness of the Peyton's 4-step teaching approach on skill acquisition of procedures in health professions education: A systematic review and meta-analysis with integrated meta-regression. *PeerJ*, 8, e10129. DOI: 10.7717/peerj.10129.
- Goode, P. (2022). Using Low Fidelity Simulation in the classroom as a teaching strategy for doctor of nursing practice students: preparing for leadership roles. *Creative Nursing*, 28(3), s. 167-169. DOI: 10.1891/CRNR-D-19-00030.
- Griffin-Sobel, J.P., Acee, A., Sharoff, L., Cobus-Kuo, L., Woodstock-Wallace, A., Dornbaum, M. (2010). A transdisciplinary approach to faculty development in nursing education technology. *Nursing Education Perspectives*, 31(1), s. 41-43.
- Herrmann-Werner, A., Gramer, R., Erschens, R., Nikendei, C., Wosnik, A., Griewatz, J., Zipfel, S., Junne, F. (2017). Peer-assisted learning (PAL) in undergraduate medical education: An overview. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 121, s. 74-81. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.01.001.
- Hallmark, B.F., Thomas, C.M., Gantt, L. (2013). The educational practices construct of the National League for Nursing-Jeffries Simulation Framework: State of the science. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(7), s. 345-352. DOI: 10.1016/j.ecns.2013.04.006.
- Kellgren M., Manning S., Sievers L., Gamblin V., Thomas C., Rojas D. (2016). Faculty development toolkit: Simulation resources. NLN Simulation Innovation and Resource Center. http://sirc.nln.org/pluginfile.php/18733/mod_page/content/27/Faculty%20DevelopToolkit%20Final%20February%202016.pdf (04.04.2023).
- Krautter, M., Dittrich, R., Safi, A., Krautter, J., Maatouk, I., Moeltner, A., Herzog, W., Nikendei, C. (2015). Peyton's four-step approach: differential effects of single instructional steps on procedural and memory performance – a clarification study. *Advances in Medical Education and Practice*, 6, s. 399-406. DOI: 10.2147/AMEP.S8192.

- Larew, C., Lessans, S., Spunt, D., Foster, D., Covington, B.G. (2006). Innovations in clinical simulation: Application of Benner's theory in an interactive patient care simulation. *Nursing Education Perspectives*, 27(1), s. 16-21.
- Lioce, L., Lopreiato, J., Downing, D., Chang, T. P., Robertson, J.M., Anderson, M., Diaz, D. A., Spain, A.E. (2020). *Healthcare Simulation Dictionary – Second Edition*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- McGaghie, W.C., Issenberg, S.B., Cohen, E.R., Barsuk, J.H., Wayne, D.B. (2011). Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Academic Medicine*, 86(6), s. 706-711. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318217e119.
- Nicolaides, M., Theodorou, E., Emin, E.I., Theodoulou, I., Andersen, N., Lymperopoulos, N., Odejinmi, F., Kitapcioglu, D., Aksoy, M.E., Papalois, A., Sideris, M. (2020). Team performance training for medical students: Low vs high fidelity simulation. *Annals of Medicine and Surgery*, 55, s. 308-315. DOI: 10.1016/j.amsu.2020.05.042.
- Nikendei, C., Huber, J., Stiepak, J., Huhn, D., Lauter, J., Herzog, W., Jünger, J., Krautter, M. (2014). Modification of Peyton's four-step approach for small group teaching – a descriptive study. *BMC Medical Education*, 14, s. 68. DOI: 10.1186/1472-6920-14-68.
- Nshimiyimana, A., Cartledge, P.T. (2020). Peer-teaching at the University of Rwanda – a qualitative study based on self-determination theory. *BMC Medical Education*, 20(1), s. 230. DOI: 10.1186/s12909-020-02142-0.
- Ozdemir, N. (2019). The development of nurses' individualized care perceptions and practices: benner's novice to expert model perspective. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), s. 1279-1285.
- Pintér, Z., Kardos, D., Varga, P., Kopjár, E., Kovács, A., Than, P., Rendeki, S., Czopf, L., Füzesi, Z., Schlégl, Á.T. (2021). Effectivity of near-peer teaching in training of basic surgical skills – a randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 21(1), s. 156. DOI: 10.1186/s12909-021-02590-2.
- Sautter, M., Foss, B. (2020). Peer-to-Peer simulation in healthcare. A brief introduction to the conception, pedagogy and research. file:///C:/Users/Asusik/Downloads/peer-to-peer-simulation-in-healthcare-white-paper.pdf (04.04.2023).
- Thomas, C.M., Kellgren, M. (2017). Benner's novice to expert model: an application for simulation facilitators. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), s. 227-234. DOI: 10.1177/0894318417708410.
- Tolsgaard, M.G., Gustafsson, A., Rasmussen, M.B., Høiby, P., Müller, C.G., Ringsted, C. (2007). Student teachers can be as good as associate professors in teaching clinical skills. *Medical Teacher*, 29(6), s. 553-557. DOI: 10.1080/01421590701682550.
- Topping, K.J. (2020). Peer tutoring and cooperative learning. W: *Oxford Research Encyclopedia of Education*. New York: Oxford University Press, s. 1-21. DOI: 10.1093/acrefore/9780190264093.013.1432.

- Viggers, S., Østergaard, D., Dieckmann, P. (2020). How to include medical students in your healthcare simulation centre workforce. *Advances in Simulation*, 5, s. 1. DOI: 10.1186/s41077-019-0117-6
- Walker, M., Petyon, J.W.R. (1998). Teaching in theatre. In: J.W.R., Peyton, (Eds.), *Teaching and learning in media practice*. Rickmansworth: Manticore Europe Limited, s. 171-180.

Wybrane organizacje wspierające rozwój symulacji w opiece zdrowotnej

Katarzyna Zalewska¹, Danuta Zarzycka²

1. Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Zdrowia i Gospodarki, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie
2. Zakład Pediatrii i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Katedra Zintegrowanej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp. Symulacja w opiece zdrowotnej zajmuje obecne ważne miejsce w edukacji przyszłych kadr medycznych. Działalność uczelni, które posiadają w swoich strukturach centra symulacji medycznej, wspierana jest poprzez szereg różnych organizacji. Wsparcie to związane jest z obszarem edukacji, prowadzeniem badań czy też zarządzaniem centrum. Co więcej, osoba zainteresowana symulacją może stać się członkiem danego towarzystwa bądź stowarzyszenia, czerpiąc z tego różnego rodzaju przywileje.

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie wybranych organizacji wspierających działanie symulacji w opiece zdrowotnej na świecie.

Podstawowe założenia. Obszary działalności poszczególnych organizacji stwarzają możliwość korzystania z ich wsparcia na wielu płaszczyznach. W Polsce ten trend również zaczął się rozwijać. Polskie Towarzystwo Symulacji Medycznej czy nowo powstała Sekcja ds. Symulacji przy Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim to organizacje, które pozwalają osobom zaangażowanym w symulacje na wymianę doświadczeń i prowadzenie badań wielośrodkowych.

Podsumowanie. Organizacje opieki zdrowotnej i instytucje edukacyjne powinny brać czynny udział w tworzeniu i wykorzystywaniu symulacji do szkolenia zarówno początkujących praktyków, jak i doświadczonych adeptów w oparciu o standardy czy procedury zapewniające jakość kształcenia. Prowadzenie szkoleń, indukowanie i realizowanie badań, opracowanie założeń i procedur usprawniających prace centrów symulacji to tylko nieliczne sposoby wsparcia tychże instytucji. Co więcej, stwarzają one możli-

wość certyfikacji zarówno pracowników, jak i ośrodków/centrów symulacji do zapewnienia jakości na rzecz rozwoju symulacji.

Słowa kluczowe: symulacja w opiece zdrowotnej, rola organizacji, rozwój edukacji medycznej

WSTĘP

Symulacja w opiece zdrowotnej dotyczy wszystkich kierunków medycznych, których studenci realizują zajęcia w oparciu o powyższą metodę. Symulacja w opiece zdrowotnej jest pojęciem szerokim, coraz częściej pojawiającym się w literaturze przedmiotu, które związane jest z szeregiem działań mających wspólny cel – poprawę bezpieczeństwa, skuteczności oraz wydajności opieki medycznej (Lamé, Dixon-Woods, 2020). Działania te dotyczą między innymi nauki i prowadzenia badań w obszarze symulacji (Eppich, Reedy, 2022), edukacji kadr medycznych, rozwoju oraz możliwości sprzętowych (Cook, Brydger, Zendejas, Hamstra, Hatala, 2013).

Przełomowym momentem w implementowaniu symulacji do nauk medycznych i nauk o zdrowiu było opublikowanie przez Instytut Medycyny raportu pt. *Err is Human* w 1999 roku (Kohn, Corrigan, Molla, Donaldson, 1999). Zawarto w nim statystyki dotyczące liczby zgonów wskutek popełnienia błędów medycznych. Liczba ta wahała się w granicach 44 000–98 000 rocznie. Do błędów medycznych zaliczyć można między innymi: działania niepożądane leków, niewłaściwie transfuzje, urazy chirurgiczne i związane z nimi błędy dotyczące lokalizacji miejsca operowanego, samobójstwa, upadki czy też odleżyny. W niniejszym raporcie jako jedno ze wskazań na rozwiązanie powyższego problemu przedstawiono właśnie metodę symulacji, pozwalającą na zapobieganie i łagodzenie szkód. We wspomnianym dokumencie wskazano na wykorzystanie symulacji i symulatorów w opiece zdrowotnej, w celu szkoleń zarówno indywidualnych, jak i grupowych (Stelfox, Palmisani, Scurlock, Orav, Bates, 2006). Podsumowując, autorzy raportu *Err is Human* potwierdzają skuteczność metody symulacji, bowiem odniosła ona ogromny sukces w lotnictwie, gdzie wdrożenie takiego sposobu kształtowania kompetencji lotników spowodowało zminimalizowanie wypadków czy katastrof. Dlatego implementacja symulacji do kształcenia kompetencji zawodowych pracowników w opiece zdrowotnej pozwala oczekiwać podobnych wyników (Singh i in., 2013; Stelfox i in., 2006)

Obecnie symulacja w opiece zdrowotnej, zarówno w Polsce jak i na świecie rozwija się bardzo dynamicznie, stwarzając możliwości poprawy jakości kształcenia zarówno na poziomie przed – jak i podyplomowym.

Wsparcie, pomoc, cenne wskazówki, oferta szkoleniowa to przykłady kooperacji jakie oferują organizacje symulacyjne.

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie najważniejszych wybranych organizacji, które wspierają rozwój symulacji w opiece zdrowotnej.

MATERIAŁ I METODA

Przegląd tematyczny literatury przedmiotu z lat 1999–2023. Dobór organizacji jest wg subiektywnego ich znaczenia oraz roli wybranej przez autorów.

WYNIKI

Europejskie organizacje wspierające rozwój symulacji

W pierwszej części niniejszego rozdziału zostaną przedstawione polskie a następnie wybrane europejskie organizacje, które wspierają działania symulacji w opiece zdrowotnej.

Polskie Towarzystwo Symulacji Medycznej (PTSM) zostało założone w 2014 roku, celem rozwijania, propagowania i kreowania inicjatyw wspomagających rozwój symulacji (Polskie Towarzystwo Symulacji Medycznej, 2023). Ponadto celem PTSM jest również integracja środowiska medycznego oraz instytucji związanych z nauczaniem, co miało wyraz w organizowanych przez Towarzystwo dwóch międzynarodowych konferencji (2021, 2022) oraz warsztatów symulacji medycznej.

Drugą, polską organizacją dbającą o rozwój symulacji medycznej jest powołana we wrześniu 2022 roku Sekcja ds. symulacji przy Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim. Jest to stosunkowo młoda organizacja, która również ma na celu integrację środowiska osób związanych z symulacją, wymianą doświadczeń czy też podejmowaniem badań wielośrodkowych. Członkiem niniejszego towarzystwa może zostać osoba będąca członkiem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, która regularnie opłaca składki.

Jedną z najbardziej rozpoznawalnych europejskich organizacji działających na rzecz rozwoju symulacji w Europie jest Europejskie Towarzystwo

Symulacji w Europie (ang. *Society Simulation in Europe, SESAM*). Wiodącą misją organizacji jest wspieranie i zachęcanie do wykorzystania symulacji w opiece zdrowotnej, zarówno do celów badawczych, jak i szkoleniowych. Osoby tworzące i wchodzące w skład SESAM-u pochodzą z różnych środowisk, nie tylko medycznych; mają szerokie i różnicowane doświadczenie w zakresie opieki zdrowotnej i edukacji medycznej, ale wszyscy są zainteresowani i pasjonują się symulacją medyczną. (*Society for Simulation in Europe (SESAM) [b]*). Działanie to ma na celu między innymi rozwój międzybranżowy społeczności Towarzystwa, który będzie dążył do pogłębiania wiedzy i promowania symulacji, zarówno jako skutecznej metody kształcenia, jak i obszaru prowadzenia badań. By wesprzeć niniejsze działania opracowano strategię SESAM, składającą się z pięciu celi strategicznych, które podlegają corocznej weryfikacji. Cele te dotyczą:

1. Zrównoważonego rozwoju,
2. Społeczności,
3. Wiedzy,
4. Dostępu,
5. Jakości (*Society for Simulation in Europe (SESAM) [d]*).

Istotnym faktem w działalności SESAM-u jest również prowadzenie akredytacji Centrów Symulacji Medycznej. Na stronie Towarzystwa znajdują się przewodniki ułatwiające przygotowanie szeregu dokumentów, które należy przygotować, by móc uzyskać akredytację danego centrum. Działania te podzielone są na następujące obszary:

1. Promocja bezpieczeństwa pacjenta i poprawa jakości w opiece zdrowotnej,
2. Zajęcia oparte na solidnych zasadach wychowawczych,
3. Ofertowanie wysokiej jakości możliwości uczenia się,
4. Zapewnienie bezpieczeństwa psychicznego,
5. Profesjonalizm (*Society for Simulation in Europe (SESAM) [a]*).

Dodatkowo, w strukturach Towarzystwa istnieją grupy interesariuszy reprezentujące i skupiające osoby związane z działalnością pacjentów standaryzowanych czy techników symulacji, a także z dziedziny pielęgniarstwa (*Society for Simulation in Europe (SESAM) [c]*). Z kolei *Advances in Simulation*, to oficjalne czasopismo wydawane przez SESAM, którego tematyka związana jest z wykorzystaniem symulacji w kontekście opieki zdrowotnej i społecznej.

Kolejną europejską organizacją działającą na rzecz rozwoju symulacji jest EUSIM, która została założona w 2004 roku przez Petera Dieckmanna, Marcusa Ralla, Iana Currana, Chrisa Chin, Chrisa Sadlera, Doris Østergaard i Anne Lippert. Głównym jej założeniem jest propagowanie wiedzy i umiejęt-

ności związanych z symulacją w opiece zdrowotnej, w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów i jakości świadczonej opieki. Niniejsza organizacja oferuje bogatą ofertę szkoleń, dzięki którym osoby biorące w nich udział mogą w wielowymiarowy sposób poznać metodykę pracy w oparciu o symulację. Kursy kierowane są do osób rozpoczynających swoją pracę symulacyjną, jak i do doświadczonych praktyków (EuSim).

Podsumowując, można zauważyć, iż symulacja jako dynamicznie rozwijająca się dziedzina kształcenia, ustala pewne trendy świadczące o jakości prowadzonego kształcenia, zarówno na poziomie przed – jak i podyplo-mowym. Świadczyć mogą o tym przytoczone wyżej obszary działalności wymienionych instytucji. Jest to istotna kwestia, bowiem wszystkie osoby zaangażowane w edukacje kadr medycznych winni dążyć do jak najwyższej jakości kształcenia, w oparciu o dobre praktyki czy standardy, a udział w tychże instytucjach stwarza taką możliwość.

Światowe organizowane wspierające rozwój symulacji

Niniejszy rozdział dotyczyć będzie wybranych światowych organizacji działających na rzecz rozwoju symulacji w opiece zdrowotnej. Jako pierwsze opisane zostanie Międzynarodowe Stowarzyszenie Pielęgniarstwa ds. Symulacji Klinicznej i Uczenia się (ang. *The International Nursing Association for Clinical and Simulation Learning, INACSL*). Zajmuje się ono między innymi rozwojem nauki o symulacji opieki zdrowotnej. Co więcej, praca stowarzyszenia skupia się na tematyce symulacji, jej tworzeniu oraz ewaluacji, co spowodowało, iż w 2010 roku zostały przedstawione po raz pierwszy Standardy Najlepszych Praktyk w Symulacji Opieki Zdrowotnej. Ostatnie modyfikacje standardów zostały dokonane w 2021 roku (Watts i in., 2021). W skład Standardów Najlepszych Praktyk w Symulacji Opieki Zdrowotnej wchodzi następujące elementy:

- Rozwój profesjonalny (ang. *Professional Development*),
- Przygotowanie i odprawa (ang. *Prebriefing: Preparation and Briefing*),
- Projektowanie symulacji (ang. *Simulation Design*),
- Nauczyciel (ang. *Facilitation*),
- Proces debriefingu (ang. *The Debriefing Process*),
- Działania (ang. *Operations*),
- Wyniki i cele (ang. *Outcomes and Objectives*),
- Uczciwość zawodowa (ang. *Professional Integrity*),
- Interprofesjonalna edukacja symulacyjna (ang. *Sim-Enhanced IPE*),
- Ocena uczenia się i wydajności (ang. *Evaluation of Learning and Performance*),

- Słownik symulacji (ang. *Simulation Glossary*) (Watts i in., 2021).

Warto podkreślić, iż Stowarzyszenie liczy ponad 1800 członków z całego świata, a członkostwo w INACSL zapewnia możliwość korzystania z różnego rodzaju kursów, zasobów i narzędzi, które najlepiej odpowiadają aktualnym wyzwaniom i pomagają wspierać uczących się, nauczycieli i osiągać cele zawodowe, związane z nauką najnowszych osiągnięć symulacji opieki zdrowotnej (International Nursing Association of Clinical and Simulation Learning (INACSL) [a]).

Co więcej, również w strukturach INACSL działają grupy reprezentujące interesy danej specjalności czy dziedziny np. dotyczące symulacji wirtualnej, zrównoważonego rozwoju czy badań na rzecz symulacji. Działania te mają na celu zainicjowanie współpracy pomiędzy osobami, które podejmują wspólny cel związany z danym, istotnym dla rozwoju symulacji obszarem (International Nursing Association of Clinical and Simulation Learning (INACSL) [b]). „Clinical Simulation in Nursing” to czasopismo wydawane przez INACSL, raz w miesiącu w wersji on-line. Myślą przewodnią czasopisma jest rozwijanie misji Stowarzyszenia oraz wspieranie i rozwój nauki o symulacji.

Towarzystwo ds. Symulacji w Opiece Zdrowotnej (ang. *Society for Simulation in Healthcare, SSiH*) to kolejna instytucja wspierająca działanie i rozwój symulacji w opiece zdrowotnej, która powołana została w 2004 roku. Kieruje ona swoje przesłanie do pielęgniarek, pielęgniarzy, położnych, lekarzy, ratowników medycznych oraz badaczy i dydaktyków związanych z symulacją. W 2015 roku został zatwierdzony plan strategiczny Towarzystwa na lata 2015-2020, w którym określono filary stanowiące podstawę jego działalności. Brzmiały one następująco:

- tożsamość,
- zrównoważony rozwój,
- wartość,
- przywództwo (Society for Simulation in Health (SSH) [d]).

Ważnym punktem działalności Towarzystwa jest prowadzenie procesu akredytacji i certyfikacji Centrów Symulacji Medycznej na poziomie krajowym jak i międzynarodowym. Skierowana jest ona do uczelni, szpitali, stowarzyszeń medycznych oraz samodzielnych jednostek posiadających w swoich strukturach centra symulacji medycznej. **SSiH jest największym organem akredytującym symulacje opieki zdrowotnej na świecie.** Na obecną chwilę akredytacje Towarzystwa posiada ponad 100 centrów symulacji w 10 krajach. W Polsce akredytacje SSiH posiada Centrum Innowacyjne Edukacji Medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz

Centrum Symulacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. (Society for Simulation in Health (SSH) [a] [b]).

W przypadku akredytacji istotnym aspektem jest dopasowanie programu symulacyjnego do potrzeb danej jednostki organizacyjnej. Jest to związane między innymi z:

- wytycznymi związanymi z funkcjonowaniem centrum,
- standardami oceny i pomiaru oraz standardami badawczymi,
- standardami nauczania oraz integracji systemów,
- standardami programu stypendialnego (Society for Simulation in Health (SSH) [b], [c]).

Do procesu akredytacji przystąpić może Uczelnia, szpital lub inna placówka mająca w swojej strukturze centrum symulacji medycznej. Posiadanie niniejszej akredytacji to swoista nobilitacja, stwarzająca możliwość rozwoju danej placówki, poprzez ulepszanie programu kształcenia opartego na symulacji, podnoszenie kompetencji kadry badawczej czy też dydaktycznej.

Jak wspomniano wcześniej SSiH zajmuje się w swojej działalności również certyfikowaniem. Jest to proces ściśle związany z promowaniem kompetencji i rozwojem osób zaangażowanych w rozwój symulacji opieki zdrowotnej. Osoba zainteresowana zdobyciem certyfikatu ma możliwość skorzystania z poniższych opcji:

- Certyfikowany nauczyciel symulacji opieki zdrowotnej® (ang. The Certified Healthcare Simulation Educator® (CHSE®)
- Certyfikowany nauczyciel symulacji opieki zdrowotnej zaawansowany® (ang. The Certified Healthcare Simulation Educator-Advanced® (CHSE-A®)
- Certyfikowany specjalista ds. operacji symulacji opieki zdrowotnej® (Ang. The Certified Healthcare Simulation Operations Specialist® (CHSOS®)
- Certyfikowany specjalista ds. operacji symulacji opieki zdrowotnej zaawansowany® The Certified Healthcare Simulation Operations Specialist – Advanced® (CHSOS®) (Society for Simulation in Health (SSH) [b]).

SSiH jest również wydawcą jednego z najbardziej rozpoznawalnych czasopism międzynarodowych na świecie – „*Simulation in Healthcare*”. Tematyka niniejszego czasopisma związana jest z badaniami nad najnowocześniejszą technologią symulacyjną. Ponadto, jest również gospodarzem corocznej konferencji dotyczącej symulacji opieki zdrowotnej zatytułowanej Międzynarodowe Spotkania w Symulacji Opieki Zdrowotnej (ang. *International Meeting for Simulation in Healthcare, IMSH*).

Działalność w strukturach SSiH stwarza możliwość wymiany doświadczeń pomiędzy osobami zaangażowanymi w rozwój symulacji, co więcej stwarza potrzebę rozwoju naukowego czy też badawczego, dążenie do doskonałości i dbałość o jakość kształcenia winny być nadrzędną wartością osób pracujących w Centrach Symulacji Medycznej.

Bardzo ważną organizacją jest Krajowa Rada Państwowych Izb Pielęgniarskich (ang. *National Council for State Boards of Nursing, NCSBN*), która powstała w 1978 roku jako organizacja non-profit, zrzeszająca rady pielęgniarskie z 50 stanów Ameryki Północnej, Dystryktie Kolumbii oraz czterech terytoriach USA (*NCSBN Leading Regulatory Excellence*). To pod agendą niniejszej organizacji zostało przeprowadzone badanie pt. *Narodowe badanie symulacyjne NCSBN: podłużne, randomizowane, kontrolowane badanie zastępujące godziny kliniczne symulacją w edukacji pielęgniarskiej przed uzyskaniem licencji* (ang. *The NCSBN National Simulation Study: A Longitudinal, Randomized, Controlled Study Replacing Clinical Hours with Simulation in Prelicensure Nursing Education*), w wyniku którego stwierdzono, iż można zastąpić kształcenie metodą tradycyjną (kliniczną), kształceniem symulacyjnym w wymiarze 50% godzin pod warunkiem, iż kadra prowadząca zajęcia jest odpowiednio wykształcona oraz pracuje w oparciu o sprzęt najwyższej jakości (Hayden, Smiley, Alexander, Kardong-Edgren, Jeffries, 2014). Co więcej, w opublikowanym raporcie z wspomnianego badania wskazano, iż do zapewnienia najwyższej jakości kształcenia w oparciu o metodę symulacji, wskazane jest stosowanie Standardów Najlepszych Praktyk w Symulacji Opieki Zdrowotnej, które przedstawiono we wcześniejszej części pracy (Hayden, Smiley, Alexander, Kardong-Edgren, Jeffries, 2014).

Ostatnią organizacją przedstawioną na potrzeby tej pracy jest Narodowa Liga Pielęgniarska (ang. *National League of Nursing, NLN*). Warto dodać, iż była ona pierwszą organizacją pielęgniarską w Stanach Zjednoczonych, a została założona w 1893 roku, jako American Society of Superintendents of Training Schools for Nurses. Ważnym wydarzeniem na osi czasu NLN był rok 2003, w którym to NLN podjęła się, przy współpracy z firmą Laerdal, przeprowadzenia badania, dotyczącego opracowania oraz wdrożenia modelu symulacji pielęgniarskiej; stworzenia profesjonalnej kadry akademickiej specjalizującej się w symulacji pielęgniarskiej, jako innowacyjnej metodzie nauczania, wzbogacenia wiedzy z zakresu symulacji pielęgniarskiej oraz nawiązaniem współpracy między ośrodkami (Jeffries, Rizzolo, 2006). Tytuł projektu nosił nazwę: *Projektowanie i wdrażanie modeli innowacyjnego wykorzystania symulacji do nauczania opieki pielęgniarskiej nad chorymi dorosłymi i dziećmi: ogólnokrajowy, wielooddziałowy, złożony z kilku metod projekt badawczy* (ang. *Designing and Implementing Mod-*

els for the Innovative Use of Simulation to Teach Nursing Care of Ill Adults and Children: A National, Multi-Site, Multi-Method Study Project). Jak wynika z raportu po przeprowadzonym badaniu, aktywne zaangażowanie i możliwość zastosowania umiejętności obserwacji podczas zajęć symulacyjnych, ale również rozwiązywanie problemów, po których następuje refleksyjne myślenie, prowadzi do wzrostu pewności siebie uczniów. Co więcej, uznano, że ramy symulacji są cennym przewodnikiem w prowadzeniu systematycznych, zorganizowanych badań nad symulacją.

Również przy współpracy z firmą Laerdal, NLN uruchomiło platformę internetową Centrum Zasobów Innowacji Symulacji (ang. *Simulation Innovation Resource Centre, SIRC*). Jej zadaniem jest wspieranie kadry dydaktycznej z zakresu prowadzenia i oceny studentów podczas zajęć symulacyjnych. Co więcej, ciekawym rozwiązaniem są oferowane przez Towarzystwo kursy on-line, związane z tematyką symulacji w opiece zdrowotnej (od podstawowych zagadnień związanych z metodologią symulacji, kończąc na tematyce związanej z ewaluacją symulacji (National League for Nursing) oraz zasoby, które dotyczą narzędzi wskazówek, które można wykorzystać w pracy dydaktycznej opartej na symulacji.

PODSUMOWANIE

Symulacja medyczna zdobywa uznanie zarówno wśród kadry dydaktycznej, jak i wśród studentów/uczestników zajęć. Przedstawione wyżej organizacje wspierają swoją działalnością osoby, czy też jednostki dydaktyczne, które zaangażowane są w rozwój symulacji w kształceniu kadr medycznych na poziomie przed – jak i podyplomowym. Istotnym jest, by dążyć do jak najwyższej jakości kształcenia, a korzystając z dobrych praktyk czy też opierając się na wypracowanych standardach, mamy pewność, że jesteśmy na właściwej drodze.

PIŚMIENNICTWO

Cook, D.A., Brydges, R., Zendejas, B., Hamstra, S.J., Hatala, R. (2013). Technology-enhanced simulation to assess health professionals: a systematic review of validity evidence, research methods, and reporting quality. *Academic Medicine*, 88(6), s. 872-883. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31828ffdcf.

- Eppich, W., Reedy, G. (2022). Advancing healthcare simulation research: innovations in theory, methodology, and method. *Advances in Simulation*, 7(1), s. 23. DOI: 10.1186/s41077-022-00219-y.
- EuSim. Our courses. <https://eusim.org/courses/> (09.04.2023).
- Hayden, J. K., Smiley, R. A., Alexander, M., Kardong-Edgren, S., & Jeffries, P. R. (2014). The NCSBN National Simulation Study: a longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. *Journal of Nursing Regulation*, 5(2), s. S3-S40. DOI: 10.1016/S2155-8256(15)30062-4.
- International Nursing Association of Clinical and Simulation Learning (INACSL) [a]. Membership benefits. <https://www.inacsl.org/membership-benefits> (09.04.2023).
- International Nursing Association of Clinical and Simulation Learning (INACSL) [b]. Special Interest Groups. <https://www.inacsl.org/special-interest-groups> (09.04.2023).
- Jeffries, P.R., Rizzolo, M.A. (2006). Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children : a national, multi-site , multi-method study. *National League for Nursing*, s. 1-17.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Molla S. Donaldson, (Eds.) (1999). To err is human: building a safer health system. W: Institute of Medicine (US). *Committee on Quality of Health Care in America*. Washington D.C.: National National Academy Press. DOI: 10.17226/9728 BUY.
- Lamé, G., Dixon-Woods, M. (2020). Using clinical simulation to study how to improve quality and safety in healthcare. *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning*, 6(2), s. 87-94. DOI: 10.1136/bmjstel-2018-000370.
- National League for Nursing. Simulation Innovation Resource Centre <https://www.nln.org/education/education/sirc/sirc/sirc-resources> (09.04.2023).
- NCSBN Leading Regulatory Excellence. About NCSBN. <https://www.ncsbn.org/about.page> (09.04.2023).
- Polskie Towarzystwo Symulacji Medycznej. <http://ptsm.com.pl/simorg/> (09.04.2023).
- Singh, H., Kalani, M., Acosta-Torres, S., El Ahmadieh, T. Y., Loya, J., Ganju, A. (2013). History of simulation in medicine: From resusci annie to the ann myers medical center. *Neurosurgery*, 73(SUPPL. 4), s. 9-14. DOI: 10.1227/NEU.000000000000093.
- Society for Simulation in Europe (SESAM) [a]. Accreditation of Simulation Based Educational Institutions – Principles, https://www.sesam-web.org/media/documents/sesam-accreditation-of-simulation-based-educational-institutions-principles_2019.pdf (09.04.2023).
- Society for Simulation in Europe (SESAM) [b]. Mission SESAM. <https://www.sesam-web.org/about-SESAM/> (09.04.2023).
- Society for Simulation in Europe (SESAM) [c]. SESAM Special interest groups, <https://www.sesam-web.org/network/sigs/> (09.04.2023).
- Society for Simulation in Europe (SESAM) [d]. SESAM Strategy executive summary. <https://www.sesam-web.org/strategy/> (09.04.2023).

-
- Society for Simulation in Health (SSH) [a]. Accreditation of Healthcare Simulation Programs, <https://www.ssih.org/Credentialing/Accreditation> (09.04.2023).
- Society for Simulation in Health (SSH) [b]. Certification. <https://www.ssih.org/Credentialing/Certification> (09.04.2023).
- Society for Simulation in Health (SSH) [c]. Full Accreditation. Accreditation standards 2021. <https://www.ssih.org/Credentialing/Accreditation/Full-Accreditation> (09.04.2023).
- Society for Simulation in Health (SSH) [d]. Strategic plan. https://www.ssih.org/Portals/48/Docs/Strategic-Plan-4_08_18.pdf?ver=2018-04-19-115534-290 (09.04.2023).
- Stelfox, H.T., Palmisani, S., Scurlock, C., Orav, E. J., Bates, D. W. (2006). The „To Err is Human” report and the patient safety literature. *Quality and Safety in Health Care*, 15(3), s. 174-178. DOI: 10.1136/qshc.2006.017947.
- Watts, P.I., Rossler, K., Bowler, F., Miller, C., Charnetski, M., Decker, S., Molloy, M.A., Persico, L., McMahon, E., McDermott, D., Hallmark, B. (2021). Onward and upward: introducing the healthcare simulation standards of best practice™. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, s. 1-4. DOI: 10.1016/j.ecns.2021.08.006.

CZĘŚĆ II.

BADANIA WSPIERAJĄCE EDUKACJĘ W PIEŁĘGNIARSTWIE

Jakość życia pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc

Aleksandra Grzegorzcyk¹, Beata Kropornicka²

1. Studentka studiów doktoranckich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp. Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest chorobą nieuleczalną i postępującą, co powoduje stopniowe pogarszanie się jakości życia chorych. Jest to jedna z najczęściej diagnozowanych chorób przewlekłych oraz jeden z głównych powodów śmiertelności. Systematycznie wykonywane badania nad jakością życia pacjentów mogą mieć duże znaczenie w ocenie efektów procesu leczenia chorych.

Cel pracy. Określenie jakości życia pacjentów chorujących na przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 57 chorych (31 kobiet i 26 mężczyzn), średnia wieku badanych wynosiła 61 lat. Badanie zostało przeprowadzone w 2021 roku metodą sondażu diagnostycznego wśród chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Do oceny jakości życia chorych wykorzystano kwestionariusz Szpitala Św. Jerzego (SGRQ – *St. George's Respiratory Questionnaire*) dla pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego.

Wyniki. W wyniku przeprowadzonej analizy wykazano, że jakość życia pacjentów kształtowała się na poziomie średnim i wynosiła 48,43. Dowiedziono, że na jakość życia miały wpływ wiek, wykształcenie, stan cywilny i aktywność zawodowa. Nie wykazano wpływu płci i miejsca zamieszkania na jakość życia w POChP. Najwyższą jakość życia mieli pacjenci w kategorii wpływu (32,64), zaś najniższą w kategorii objawy (68,97).

Wnioski. Pacjenci cierpiący na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc mają obniżoną jakość życia. Czynnikiemami wpływającymi na jakość życia są również wiek, posiadane wykształcenie i aktywność zawodowa.

Słowa kluczowe: przewlekła obturacyjna choroba płuc, jakość życia, kwestionariusz szpitala Św. Jerzego

WSTĘP

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) to jedna z najczęściej występujących chorób przewlekłych w Polsce i na świecie. Według danych WHO jest trzecią przyczyną zgonów na świecie zaraz po niedokrwiennej chorobie serca i udarze mózgu. POChP powoduje zaburzenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe, co jest przyczyną znacznego pogorszenia jakości życia chorych. U pacjentów często pojawiają się powikłania pozapłucne, głównie sercowo-naczyniowe. Faktem jest też związek POChP z występowaniem u chorych depresji. Ze względu na postępujący charakter choroba ta ma wpływ na funkcjonowanie całego organizmu. Im w bardziej zaawansowanej fazie choroby znajduje się pacjent, tym gorsza jest jego sprawność funkcjonalna zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej w porównaniu do osób zdrowych (Ciećko, Bandurska, Zarzeczna-Baran, Siemińska, 2017; Krion, Kuziemski, 2017; Paluch, 2017).

Początki pojęcia jakości życia sięgają czasów starożytnych. Najczęściej stosowaną definicją pojęcia „jakość życia” jest, która została sformułowana przez Quality of Life Group, działającej przy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Brzmi ona następująco: spostrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości akceptowanych przez społeczeństwo, w jakich żyje, oraz w relacji do jej celów życiowych, oczekiwań, zainteresowań (WHOQOL Group, 1994) (Petelewicz, 2016).

Pierwsze badania jakości życia pacjentów zostały przeprowadzone w roku 1948 przez amerykańskiego onkologa Davida Aryaha Karnofsky’ego (Bąk-Dra-bik, Ziara, 2004). Z kolei, za kreatora uznaje się Campbella, który na początku lat 70. ubiegłego wieku podjął się oszacowania poziomu satysfakcji życiowej przy pomocy skali oceniającej różne sfery życia ludzkiego (Kukielczak, 2012).

CEL PRACY

Celem pracy było określenie jakości życia pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 57 chorych na POChP. Materiał badawczy uzyskano, udostępniając ankietę na portalach społecznościowych w grupach zrzeszających osoby z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. W badaniach an-

kietowych wykorzystano Kwestionariusz Szpitala Św. Jerzego. Składa się on z dwóch części. W części pierwszej pytania dotyczą objawów występujących u badanych pacjentów w okresie od 1 miesiąca do 1 roku. Mają one na celu przybliżenie obserwacji pacjentów na temat ich problemów z oddychaniem. Natomiast w części drugiej pytania odnoszą się do aktualnego stanu, w jakim znajdują się chorzy. Obliczanie punktów uzyskanych w Kwestionariuszu Szpitala Św. Jerzego obejmuje trzy składowe:

- objawy – objawy ze strony układu oddechowego oraz ich stopień nasilenia,
- działanie (aktywność) – aktywności, które wywołują uczucie „braku tchu”,
- wpływy – zaburzenia funkcjonowania społeczno-psychicznego spowodowane chorobą.

Łącznie można uzyskać od 0 (możliwie najlepszy stan) do 100 punktów (najgorszy stan) (Kuźniar, Patkowski, 2000).

Wyniki badań ankietowych poddano analizie statystycznej. W celu porównania średnich dwóch grup obserwacji przeprowadzono testy t-Studenta, w sytuacji spełnienia założeń o normalności rozkładu analizowanych zmiennych lub testy Manna-Whitneya, w przypadku odstępstw od rozkładu normalnego. Normalność rozkładu sprawdzano z wykorzystaniem testu Shapiro-Wilka. W przypadku gdy zmienna niezależna miała trzy poziomy lub więcej, porównanie przeprowadzono z wykorzystaniem testu ANOVA. W sytuacji wykazania istotnych różnic wykonywano testy post-hoc w celu wykrycia ich charakteru. W toku analizy przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$. Analizę przeprowadzono w programie Statistica 13.1.

WYNIKI

Charakterystyka grupy badanej

W badaniach udział wzięło 57 osób, w tym 31 kobiet (54,39%) oraz 26 mężczyzn (45,61%). Średnia wieku w grupie badanej wynosiła około 61 lat ($M = 61,14$ lat, $SD = 13,78$ lat). Osoba najmłodsza miała 35 lat, natomiast najstarsza 91 lat.

Prawie połowa osób mieszka na wsi (45,61%). W największych miastach zamieszkuje prawie 30% badanych (29,82%). Pozostali respondenci mieszkają w miastach małych, do 50 tys. mieszkańców (10,53%) lub w miastach od 50 do 150 tys. mieszkańców (4,04%).

Największy odsetek badanych deklaruje wykształcenie zawodowe (35,09%) lub wyższe (26,32%). Prawie jedna piąta ankietowanych ma wykształcenie podstawowe (10,53%) oraz średnie (10,53%).

Ponad połowa badanych znajduje się w związku małżeńskim (54,39%). Panną lub kawalerem jest 10,53% badanych. Pozostałe osoby znajdują się w związku nieformalnym (5,26%) lub są po rozwodzie (12,28%) bądź są wdową/wdowcem (17,54%).

Badane osoby oceniały subiektywnie obecny stan zdrowia. Badania wskazują, że nikt nie ocenia swojego zdrowia na poziomie bardzo dobrym. Najczęściej respondenci wskazywali na dość dobry stan zdrowia (45,61%). Dobry stan zdrowia deklaruje niecałe 20% badanych (19,3%). Pozostali wskazują na zły (45,61%) lub bardzo zły (7,02%) stan zdrowia.

Jakość życia w badanej grupie

Ocenie poddano jakość życia chorych w wymiarach: objawy, aktywność, wpływy i wynik łączny. Średni poziom uporczywości objawów wynosił 68,97%, w wymiarze działań, które powodują brak tchu – 64,84%, a w zakresie długoterminowych wpływów choroby na wystąpienie zaburzeń funkcjonowania społeczno-psychicznego – 32,64%. Średni wynik łączny jakości życia dla badanych wynosił 48,43% (Tab. I).

Tabela I. Ocena jakości życia w badanej grupie (n = 57)

Jakość życia	Średnia (M)	Mediana (Me)	Wynik minimalny (Min.)	Wynik maksymalny (Max.)	Odchylenie standardowe (SD)
Objawy	68,97	72,29	23,70	100,00	20,86
Aktywność	64,84	66,19	0,00	100,83	25,48
Wpływy	32,64	33,45	0,00	68,20	18,36
Wynik Łączny	48,43	49,50	9,36	83,01	19,27

M: średnia; Me: mediana; Min.: wynik minimalny; Maks.: wynik maksymalny; SD: odchylenie standardowe
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Objawy ze strony układu oddechowego oraz stopień nasilenia w badanej grupie przedstawia tabela II.

Tabela II. Częstotliwość występowania trudności w oddychaniu podczas ostatnich 4 tygodni

Częstotliwość	Przez większość dni w tygodniu	Przez kilka dni w tygodniu	Przez kilka dni w miesiącu	Tylko w czasie infekcji dróg oddechowych	Wcale
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Stwierdzenie					

W ciągu ostatnich 4 tygodni kaszlałem/-łam	26 (45,61)	16 (28,07)	11 (19,30)	3 (5,26)	1 (1,75)
W ciągu ostatnich 4 tygodni odkrztuszałem/-łam wydzielinę (flegmę, plwocinę)	23 (40,35)	16 (28,07)	10 (17,54)	6 (10,53)	2 (3,51)
W ciągu ostatnich 4 tygodni miałem/-łam duszności	17 (29,82)	19 (33,33)	12 (21,05)	5 (8,77)	4 (7,02)
W ciągu ostatnich 4 tygodni miałem/-łam napady świszczącego oddechu	14 (24,56)	18 (31,58)	13 (22,81)	4 (7,02)	8 (14,04)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Działania – aktywności, które wywołują uczucie braku tchu, duszność wśród respondentów przedstawiono w tabeli III.

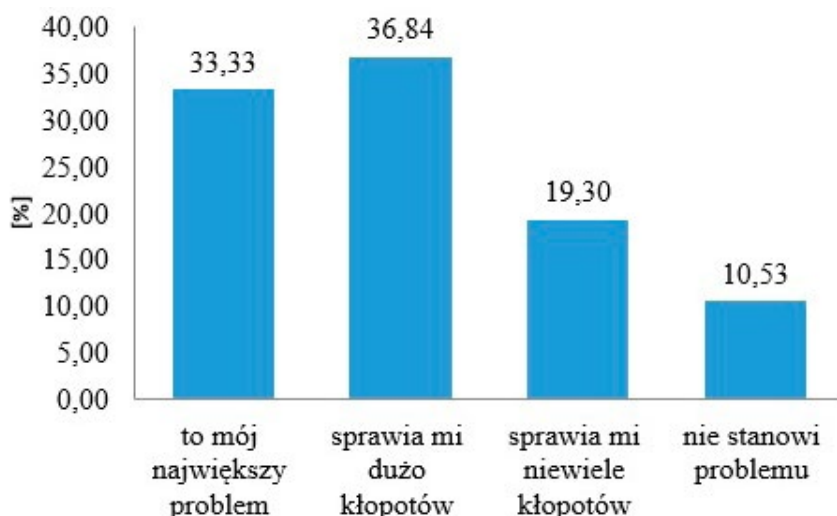
Tabela III. Czynności wywołujące brak tchu, duszność u badanych pacjentów

Czynności	Prawda	Nieprawda
	n (%)	n (%)
Spokojne siedzenie lub leżenie	8 (14,04)	49 (85,96)
Mycie lub ubieranie się	22 (38,60)	35 (61,40)
Chodzenie po domu	21 (36,84)	36 (63,16)
Chodzenie po płaskim terenie	27 (47,37)	30 (52,63)
Wchodzenie po schodach na piętro	50 (87,72)	7 (12,28)
Wchodzenie pod górę	53 (92,98)	4 (7,02)
Uprawianie sportu lub uczestniczenie w grach ruchowych	53 (92,98)	4 (7,02)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

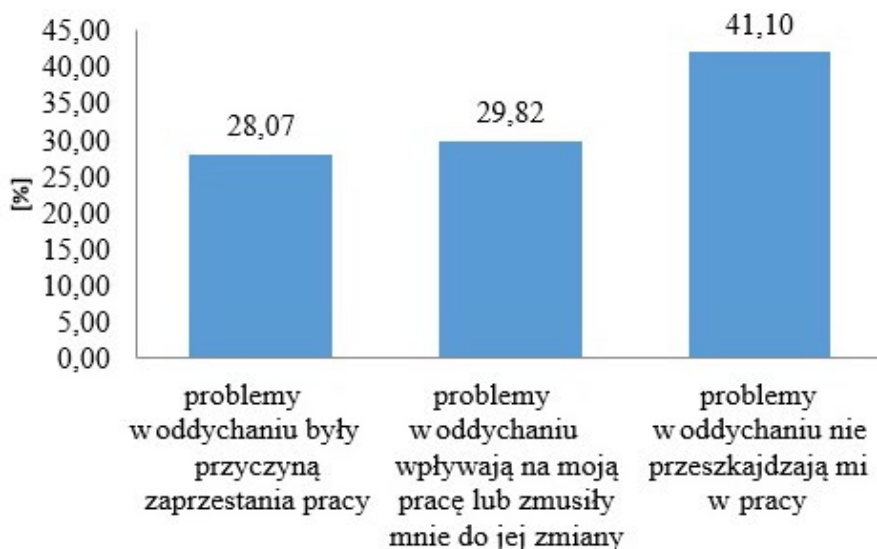
U 9 na 10 ankietowanych uczucie duszności wywoływało wchodzenie pod górę (92,98%) i uprawianie sportu lub uczestniczenie w grach ruchowych (92,98%). Ponad 80% badanych wśród aktywności, które wywierają wpływ na dolegliwości oddechowe, wskazywało na wchodzenie po schodach na piętro (87,72%). Natomiast blisko połowa chorych (47,37%) wskazała na chodzenie po płaskim terenie. Z kolei, ponad 1/3 ankietowanych jako czynności, które wywołują duszność, wskazało chodzenie po domu (36,84%) oraz mycie i ubieranie się (38,60%). Spokojne siedzenie lub leżenie również wywoływało dolegliwości u respondentów (14,04%).

Dla ponad 1/3 ankietowanych choroba stanowi największy problem (n = 19) lub podkreślają, że sprawia im dużo problemów (n = 21) (Ryc. 1).



Rycina. 1. Ocena wpływu choroby płuc na życie respondentów

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Rycina. 2. Wpływ choroby na pracę zarobkową

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Dla większości badanych (57,89%) problemy z oddychaniem były przyczyną zaprzestania pracy, zmiany jej charakteru lub utrudniały jej wykonywanie (Ryc. 2).

Zdecydowana większość osób badanych wskazuje, że w wyniku kaszlu i zadyszki łatwo się męczy (91,23%), odczuwają zmęczenie z powodu kaszlu (82,46%) i mają problemy ze snem (63,16%).

Bardzo liczna grupa chorych odczuwała strach lub wpadała w panikę, kiedy nie mogli zaczerpnąć tchu (84,21%). Kaszel lub problemy z oddychaniem powodowały skrępowanie, jeśli pojawiały się u pacjentów w obecności innych osób (80,7%). Ponad $\frac{3}{4}$ respondentów dostrzegała niebezpieczeństwo uprawiania ćwiczeń (75,44%) a także liczna grupa nie wierzyła w poprawę swojego stanu zdrowia (70,18%) (Tab. IV).

Tabela IV. Następstwa trudności w oddychaniu

Następstwa	Prawda	Nieprawda
	n (%)	n (%)
Kaszel lub problemy z oddychaniem są krępujące w obecności innych	46 (80,70)	11 (19,30)
Moja choroba jest uciążliwa dla mojej rodziny, sąsiadów i przyjaciół	37 (64,91)	20 (35,09)
Odczuwam strach lub wpadam w panikę, kiedy nie mogę zaczerpnąć tchu	48 (84,21)	9 (15,79)
Czuję, że moje trudności w oddychaniu wymykają mi się spod kontroli	28 (49,12)	29 (50,88)
Nie spodziewam się poprawy mojego stanu zdrowia	40 (70,18)	17 (29,82)
Stałem/stałam się inwalidą z powodu trudności w oddychaniu	19 (33,33)	38 (66,67)
Ćwiczenia fizyczne nie są dla mnie bezpieczne	43 (75,44)	14 (24,56)
Wydaje mi się, że wszystko wymaga zbyt dużego wysiłku	35 (61,40)	22 (38,60)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród osób przyjmujących leki – ponad 40% wskazuje, że leki niewiele pomagają (40,38%) i odczuwa nieprzyjemne działania uboczne stosowanego leczenia (38,46%). Badane osoby wskazują, że problemy z oddychaniem mają największy wpływ na brak możliwości uprawiania sportu (85,96%) i korzystania z rozrywek (52,63%).

Przeprowadzona analiza wskazuje na istotny statystycznie wpływ wieku na jakość życia w poszczególnych wymiarach, jak i wyniku ogólnym. Wraz z wiekiem rośnie wynik w skali:

- objawów ($r = 0,41$, $p = 0,002$), oznacza to, że wraz z wiekiem rośnie uporczywość objawów;

- aktywności ($r = 0,49$, $p < 0,001$), oznacza to, że wraz z wiekiem aktywności nasilają objawy – brak tchu, duszność,
- wpływów ($r = 0,53$, $p < 0,001$), oznacza, że wraz z wiekiem rośnie długo-terminowy wpływ choroby na funkcjonowanie,
- wyniku łącznym ($r = 0,54$, $p < 0,001$) oznacza, że wraz z wiekiem rośnie ogólna ocena występujących problemów w jakości życia.

Analiza nie wykazała istotnego wpływu płci na jakość życia w wymiarze ogólnym, jak też w poszczególnych wymiarach objawów, aktywności oraz wpływów.

Potwierdzono istotne statystycznie różnice w ocenie jakości życia w zależności od stanu cywilnego w zakresie aktywności ($p = 0,007$) oraz wyniku łącznego ($p = 0,022$). Wśród wdowców/wdów łączny wpływ jest istotnie wyższy ($M = 63,01$, $Me = 58,32$, $SD = 13,68$) w porównaniu z badanymi żyjącymi w konkubinacie ($M = 27,29$, $Me = 32,84$, $SD = 10,89$).

Wykazano istotny wpływ wykształcenia na jakość życia w wymiarze wpływów ($p = 0,003$). W celu zbadania charakteru różnic przeprowadzono testy post-hoc. Wykazano istotne różnice w ocenie wpływu dolegliwości na życie codzienne między wykształceniem podstawowym ($M = 52,76$, $Me = 57,23$, $SD = 15,82$), w którym istotnie bardziej odczuwany jest wpływ, w porównaniu z wykształceniem wyższym ($M = 27,04$, $Me = 22,69$, $SD = 15,59$). Dodatkowo wykazano istotny wpływ wykształcenia na ocenę jakości w wymiarze łącznym ($p = 0,026$). Wśród osób z wykształceniem podstawowym łączny wpływ jest istotnie wyższy ($M = 66,02$, $Me = 73,70$, $SD = 16,81$) w porównaniu z badanymi z wykształceniem wyższym ($M = 45,69$, $Me = 47,11$, $SD = 17,66$). W zakresie wymiaru objawów ($p = 0,083$) oraz aktywności ($p = 0,096$) różnic nie wykazano.

Stwierdzono istotne statystycznie różnice w zakresie objawów ($p = 0,049$), aktywności ($p = 0,031$), wpływów ($p < 0,001$) oraz wyniku łącznego ($p = 0,003$) u bezrobotnych, aktywnych zawodowo i emerytów/rencistów. W grupie emerytów i rencistów wykazano istotnie wyższe wyniki w zakresie objawów ($M = 74,84$, $Me = 78,13$, $SD = 18,07$) w porównaniu z badanymi aktywnymi zawodowo ($M = 60,98$, $Me = 61,48$, $SD = 10,89$), w zakresie aktywności ($M = 72,46$, $Me = 73,64$, $SD = 20,48$) w porównaniu z badanymi aktywnymi zawodowo ($M = 53,72$, $Me = 56,54$, $SD = 27,27$) oraz w zakresie wpływów ($M = 40,36$, $Me = 36,65$, $SD = 14,41$) w porównaniu z badanymi aktywnymi zawodowo ($M = 21,82$, $Me = 20,37$, $SD = 16,89$). Łączny wpływ w grupie emerytów i rencistów jest istotnie wyższy ($M = 55,82$, $Me = 55,21$, $SD = 14,81$) w porównaniu z badanymi aktywnymi zawodowo ($M = 37,99$, $Me = 37,04$, $SD = 16,88$).

Przeprowadzona analiza ANOVA nie wykazała istotnego wpływu miejsca zamieszkania na ocenę jakości życia zarówno w zakresie objawów, aktywności, wpływów oraz wyniku ogólnego.

DYSKUSJA

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest nieuleczalna i postępująca, co powoduje stopniowe pogarszanie się jakości życia chorych. Jest to istotny problem współczesnego świata, ponieważ POChP to jedna z najczęściej diagnozowanych chorób przewlekłych, co więcej stanowi również jeden z głównych powodów śmiertelności (Grochowska, Zajac, Bodys-Cupak, Łabuzek, Maciejowska, 2019). Jak wynika z wyników oraz wcześniej prowadzonych badań na ten temat, choroba ma znaczący wpływ na obniżenie jakości życia pacjentów. W badaniach autorskich średnia jakości życia ankietowanych wynosiła 48,43. Ferrer i in. (1997) udowodnili na grupie 321 pacjentów, że już z umiarkowaną postacią choroby jakość życia jest znacznie obniżona. Cudzik i in. (2021) przebadali za pomocą kwestionariusza szpitala św. Jerzego 319 chorych i uzyskali średni wynik całościowej oceny jakości życia 44,67. Natomiast w badaniach Kupcewicz i Abramowicz (2014) wzięło udział 96 chorych, którzy uzyskali średni wynik 61,4, co oznacza, że ogólny poziom jakości życia chorych z POChP jest raczej niski. W badanej grupie największy odsetek stanowili ankietowani, którzy zgłaszali występowanie kaszlu przez większość dni w tygodniu (45,61%) oraz odkrztuszali zalegającą wydzielinę (40,35%). Z kolei, analiza zebranego materiału pozwoliła ustalić, że duszność pojawiała się najczęściej przez większość okresu (29,82%) lub przez kilka dni w tygodniu (33,33%) w przeciwieństwie do badań Kupcewicz i Abramowicz (2014), gdzie blisko 70% chorych zgłaszało napady duszności, które występowały przez kilka dni w tygodniu. U ankietowanych świszczący oddech występował najczęściej przez kilka dni w tygodniu (31,58%) lub przez większość dni w tygodniu (24,56%). Natomiast w badaniach Kupcewicz i Abramowicz (2014) ponad połowa chorych (52%) uskarżała się na trudności w oddychaniu związane z napadami świszczącego oddechu – przez większość dni w tygodniu.

Ocenie poddano również czynności, jakie wywołują uczucie duszności u chorych. Najczęściej wskazywano na wchodzenie pod górę (92,98%) oraz uprawianie sportu lub uczestniczenie w grach ruchowych (92,98%). Bardzo podobne wnioski wysunęły Kupcewicz i Abramowicz (2014), w których to badaniach wszyscy ankietowani (100%) przyznali, że podane czynności wywołują duszność.

Większość ankietowanych podkreślała, że choroba wpływa na ich pracę zawodową. Co więcej, zdecydowana większość wskazała, że w wyniku kaszlu i zadyszki łatwo się męczy (91,23%) oraz że są skrupowane w obecności innych (80,7%). Ankietowani podkreślali, że towarzyszy im też strach lub wpadają w panikę, kiedy nie mogą zaczerpnąć tchu (84,21%). Podobne wnioski wysunęły Kupcewicz i Abramowicz (2014) w swoich badaniach.

W badaniach wykazano istotny wpływ posiadanego wykształcenia na jakość życia. U pacjentów z wyższym wykształceniem jest ona znacząco wyższa niż u osób z wykształceniem podstawowym. Podobne wnioski wysuwa Bąk-Drabik i Ziora (2010) oraz Kuczyńska i Sienkiewicz (2019) w swoich badaniach.

Z badań Bąk-Drabik i Ziora (2004) wynika, że emeryci i renciści posiadają niższą jakość życia w stosunku do osób aktywnych zawodowych. Badania własne wskazują również, że osoby pracujące mają mniej nasilone objawy w porównaniu do emerytów i rencistów.

Bąk-Drabik K. i Ziora (2004) w swoich badaniach nie wykazują różnic w jakości życia badanych w zależności ich płci czy wieku. Natomiast przeprowadzona analiza badań własnych wskazuje na istotny statystycznie wpływ wieku na jakość życia w poszczególnych wymiarach, jak i wyniku ogólnym. Nie wykazała natomiast znaczącego wpływu płci.

Z przedstawionych analiz jednoznacznie wynika, że pacjenci cierpiący na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc mają obniżoną jakość życia. Społeczeństwo powinno być bardziej edukowane na temat tej choroby, możliwości jej zapobiegania i sposobów leczenia, a badania nad jakością życia pacjentów wykonywane systematycznie mogą mieć duże znaczenie w ocenie efektów procesu leczenia chorych.

WNIOSKI

1. Jakość życia chorych kształtowała się na poziomie średnim. Najwyższą jakość życia mieli pacjenci w kategorii wpływy, zaś najniższą w kategorii objawy.
2. Choroba sprawia dużo problemów większości badanych, wpływa na ich codzienne funkcjonowanie i możliwości wykonywania pracy zawodowej.
3. Na ogólną jakość życia chorych na POChP oraz jej poszczególne składowe miały wpływ takie czynniki socjodemograficzne jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny i aktywność zawodowa. Nie wykazano istotnych zależności między płcią i miejscem zamieszkania a ogólną jakością życia ani jej składowymi.

PIŚMIENNICTWO

- Bąk-Drabik, K., Ziora, D. (2004). Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 72, s. 128-133.
- Bąk-Drabik, K., Ziora, D. (2010). Wpływ statusu socjoekonomicznego na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 78(1), s. 3-13.
- Ciećko, W., Bandurska, E., Zarzeczna-Baran, M., Siemińska, A. (2017). Analiza jakości życia pacjentów w zaawansowanej fazie chorób przewlekłych. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 11(2), s. 84-90.
- Cudzik, E., Cudzik, K., Zboina, B., Stępień, R.B., Kozieł D., Ślusarska B. (2021). Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in outpatient care. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, 6(1), s. 14-24. DOI: 10.19251/pwod/2021.1(2).
- Ferrer, M., Alonso, J., Morera, J., Marrades, R. M., Khalaf, A., Aguar, M. C., Plaza, V., Prieto, L., Antó, J.M. (1997). Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life. The Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Study Group. *Annals Of Internal Medicine*, 127(12), s. 1072-1079. DOI: 10.7326/0003-4819-127-12-199712150-00003.
- Grochowska, A., Zając, P., Bodys-Cupak, I., Łabuzek, M., Maciejowska, J. (2019). Zachowania zdrowotne pacjentów z POChP. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 1(58), s. 44-50. DOI: 10.20883/ppnoz.2019.7.
- Krion, R., Kuziemski, K. (2017). Rozpowszechnienie palenia tytoniu i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Polsce. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 11(6), s. 263-269.
- Kuczyńska, H.A., Sienkiewicz Z. (2019). Wpływ przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na funkcjonowanie pacjenta w rodzinie. *Geriatrics*, 13, s. 83-89.
- Kukielczak, A. (2012) Rozwój zainteresowania w naukach medycznych badaniami nad jakością życia. *Przegląd Epidemiologiczny*, 66(3), s. 539-545.
- Kupcewicz E., Abramowicz A. (2014) Ocena jakości życia chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Hygeia Public Health*, 49(4), s. 805-812.
- Kuźniar, T., Patkowski, J. (2000). Kwestionariusz szpitala Św. Jerzego (St. George's Respiratory Questionnaire) jako narzędzie oceny jakości życia w chorobach układu oddechowego. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 104, s. 401-412.
- Paluch, M. (2017). Jakość życia a sprawność funkcjonalna wśród pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, 2(1), s. 9-24. DOI: 10.19251/pwod/2017.1(2).
- Petelewicz, M. (2016). Jakość życia – źródło oceny, W: M. Petelewicz, T. Drabowicz (red.) *Jakość życia-globalnie i lokalnie. Pomiar i wizualizacja*. Łódź: Katedra Socjologii Ogólnej, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki, s. 24-26.

Postawy rodziców wobec szczepień ochronnych u dzieci w wieku rozwojowym

Krystyna Szalast¹, Katarzyna Kocka¹, Danuta Trzpis², Alina Deluga¹, Barbara Ślusarska^{1,3}, Agnieszka Bartoszek¹

1. Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Absolwentka Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu
3. Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

STRESZCZENIE

Wstęp. Szczepienia ochronne odgrywają istotną rolę w profilaktyce chorób zakaźnych. Realizacja szczepień, a tym samym poziom uodpornienia dzieci zależy w głównej mierze od wiedzy i postaw rodziców wobec szczepień ochronnych. Koncepcja efektywnej realizacji szczepień wymaga przekazania rzetelnych, kompletnych i rzeczowych informacji dotyczących zalet immunizacji, jak również możliwych działaniach niepożądanых rodzicom/opiekunom będących świadczeniobiorcami w POZ.

Celem pracy. Określenie postaw rodziców/opiekunów wobec szczepień ochronnych u dzieci w wieku rozwojowym.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w okresie od lutego do maja 2022 roku, w grupie rodziców zgłaszających się z dziećmi w wieku rozwojowym w celu wykonania szczepień ochronnych w POZ. Do gromadzenia danych wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 35 pytań.

Wyniki. W grupie 100 respondentów przeważały osoby z wykształceniem wyższym (59%), mieszkające w mieście (72%). Większość rodziców/opiekunów opowiada się za potrzebą szczepień ochronnych u dzieci i przestrzega obowiązującego kalendarza szczepień (95%). Znaczna część rodziców (88%) kontynuowała wykonywanie szczepień u swoich dzieci pomimo wątpliwości co do bezpieczeństwa i skuteczności stoso-

wanych u dzieci szczepionek. Respondenci w 66% nie potwierdzali obaw związanych z efektami ubocznymi po szczepieniach u dzieci.

Wnioski. Wśród rodziców dominuje przekonanie o słuszności stosowania szczepień ochronnych, ale duży odsetek rodziców utwierdza się w przekonaniu, że to oni powinni decydować o szczepieniu swoich dzieci. Głównymi powodami w podjęciu decyzji o szczepieniu swoich dzieci jest przekonanie o słuszności szczepień i zapobieganiu chorobom zakaźnym. Spadek ilości szczepień ochronnych u dzieci w wieku rozwojowym wynika głównie ze strachu i obaw rodziców przed niepożądanymi odczynami poszczepiennymi.

Słowa kluczowe: postawy, rodzice/opiekunowie, szczepienia ochronne, dzieci w wieku rozwojowym

WSTĘP

Szczepienia ochronne jako metoda masowej profilaktyki chorób zakaźnych powstawały stopniowo, w ścisłym związku z postępem nauk medycznych oraz odpowiednio do rozwoju instytucjonalnych form ochrony zdrowia. Przez wiele wieków przedstawiciele medycyny byli bezradni wobec dużej grupy chorób, które pojawiały się szczególnie w większych skupiskach ludzkich, rozprzestrzeniały się w sposób niekontrolowany i najczęściej pociągały za sobą wysoką liczbę zgonów. Dopiero rozwój nauki umożliwił identyfikację czynników zakaźnych, określenie dróg zakażenia, a następnie sposobów leczenia osób chorych.

Szczepienie ochronne polega na celowym zetknięciu organizmu z zabitym albo osłabionym mikroorganizmem albo jadami bakterii chorobotwórczych, w celu spowodowania odpowiedzi układu odpornościowego. Jest czynną postacią immunoprofilaktyki, stanowiąc jednocześnie narzędzie interwencji medycznej, zarówno przed pojawieniem się choroby, jak też w niektórych przypadkach pozwala nieść pomoc medyczną po kontakcie z czynnikiem zakaźnym (Wysocki, Mrukowicz, 2016).

Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO) odnoszące się do szczepień ochronnych są uwzględniane w programach krajów unijnych, a ich realizacja zależy od nakładów i modelu zarządzania opieką zdrowotną. Resort zdrowia danego państwa, odnosząc się do rekomendacji i kalkulując koszt, ustala listę szczepień obowiązkowych i zalecanych. W niektórych krajach obowiązuje zarządzanie centralne, w innych – regionalne; zależnie od ustaleń programy są realizowane przez lekarzy rodzinnych albo odpowiednio przygotowane pielęgniarki (Bednarek, Zarzycka, 2015; Grzesiowski, Roś, Dziurda, Wespiąć, 2012).

Szczepienia obowiązkowe w Polsce zaczęto realizować na skalę ogólnospołeczną w drugiej połowie XX wieku. Obowiązujący zakres szczepień ochronnych stosowanych wobec populacji wieku rozwojowego powstał w wyniku kilkudziesięciu lat doświadczeń. Przyjmowany corocznie Program Szczepień Ochronnych (PSO) opiera się na analizie sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych pojawiających się w regionie, na aktualnych przepisach prawa oraz zaleceniach WHO (Pająk, Królik-Olejnik, 2015). Szczepienia ochronne w Polsce są wykonywane na podstawie Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Przepisy te nakładają na osoby przebywające na terytorium Polski obowiązek administracyjny poddawania się szczepieniom obowiązkowym. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych z dnia 18 sierpnia 2011 r., określono listę chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych oraz grupy osób podlegające tym szczepieniom.

Opracowanie preparatów szczepionkowych i programy masowych szczepień poskutkowały poprawą stanu zdrowia ludności i radykalnym spadkiem zachorowań na dużą grupę chorób zakaźnych. Mimo zmniejszenia zagrożenia potrzebna jest kontynuacja szczepień, ponieważ ich zaprzestanie w perspektywie oznacza spadek odporności populacyjnej i pojawienie się ognisk epidemii. Według ekspertów istnieje ryzyko przekroczenia bariery bezpieczeństwa, czyli pojawienia się kilkuprocentowej niezaszczepionej populacji, która zagrozi odporności zbiorowej. Sygnałami ostrzegawczymi jest zwiększanie się po 2015 roku liczby zachorowań na odrę czy krztusiec (Centrum Badań Opinii Społecznej, 2017).

W ostatnich latach w naszym kraju wzrasta *liczba osób uchylających się od szczepień, co jest spowodowane w znacznej mierze czerpaniem wiedzy nt. szczepień przez ludzi młodych i rodziców z niezetelnych źródeł, jak również zwiększoną działalnością ruchów antyszczepionkowych* (Buczowski, 2023; Kałucka, Łopata, 2017).

Postawy społeczne wobec szczepień można podzielić na pozytywne i negatywne (sceptyczne, lękowe) (Centrum Badań Opinii Społecznej, 2017). Jeśli chodzi o postawy negatywne, to opierają się one na szerzeniu teorii o nieskuteczności i szkodliwości szczepień, a jednocześnie są wzmacniane dzięki forom internetowym, szczególnie w gremiach osób głoszących idee życia zgodne z naturą (Marchewka, Majewska, Młynarczyk, 2015; Fałęńczyk, Piekarska, Pluta, Basińska, 2016; Stępniewska, 2019).

CEL PRACY

Celem pracy jest określenie postaw rodziców wobec szczepień ochronnych u dzieci w wieku rozwojowym.

MATERIAŁ I METODA

Badania metodą sondażu diagnostycznego z techniką ankietowania PAPI (ang. *paper & pen personal interview*), z celowym doбором uczestników do badań, przeprowadzono w okresie od lutego do maja 2022 roku na terenie placówki POZ w województwie podkarpackim. W badaniach wzięło udział 100 rodziców zgłaszających się z dziećmi w wieku rozwojowym do przychodni POZ, w celu wykonania szczepień ochronnych. Kryterium doboru do grupy badanej była świadoma zgoda na udział w badaniu. Do gromadzenia danych wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 35 pytań dotyczących danych socjodemograficznych oraz oceny postaw opiekunów w zakresie realizacji szczepień ochronnych.

Respondenci pozostali poinformowani o celu i zasadach badań. Każdy uczestnik został poinformowany także o anonimowości, zasadach RODO, dobrowolności badań i samodzielnym uzupełnieniu kwestionariusza ankiety. Realizowana procedura badawcza była zgodna z wymogami Deklaracji Helsińskiej. Wyniki analizy zostały opracowane pod względem ilościowym. Analizę wyników badań własnych przeprowadzono z wykorzystaniem analizy częstościowej (%), n). Dla danych typu ilościowego obliczono i interpretowano podstawowe statystyki, takie jak średnia, odchylenie standardowe i mediana. Analizę statystyczną zebranego materiału przeprowadzono w pakiecie Statistica 20.0 firmy StatSoft.

WYNIKI

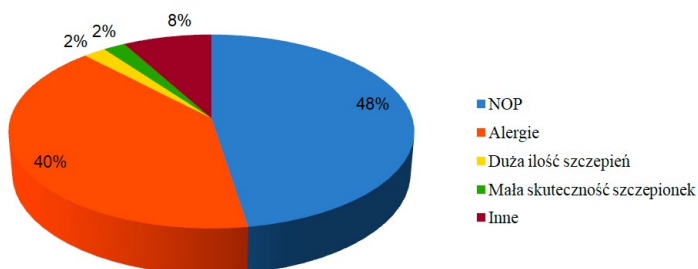
Badaniami objęto ogółem 100 rodziców, którzy zgłosili się do przychodni POZ w celu wykonania szczepień u swoich dzieci. Wśród badanych przeważały kobiety (56%). Najliczniejszą grupę (46%) stanowiły osoby w przedziale wiekowym 41–50 lat. Wśród respondentów dominowały osoby z wykształceniem wyższym (59%), mieszkające w mieście (72%). Szczegółowe dane zaprezentowano w Tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy.

Zmienna	n (%)	
Płeć	Kobieta	56 (56)
	Mężczyzna	44 (44)
Wiek	Do 30 lat	11 (11)
	31–40 lat	35 (35)
	41–50 lat	46 (46)
	51 i powyżej	8 (8)
Wykształcenie	Podstawowe	0 (0)
	Zawodowe	9 (9)
	Średnie	32 (32)
	Wyższe	59 (59)
Miejsce zamieszkania	Wieś	28 (28)
	Miasto do 20 tys. mieszkańców	26 (26)
	Miasto od 20 do 50 tys. mieszkańców	26 (26)
	Miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	20 (20)
Stan cywilny	Panna/kawaler	4 (4)
	Zamężna/żonaty	63 (63)
	W otwartym związku	25 (25)
	Rozwiedziona/y	6 (6)
	Odmowa udzielenia odpowiedzi	2 (2)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Większość rodziców opowiada się za potrzebą szczepień ochronnych u dzieci i przestrzega obowiązującego kalendarza szczepień (93%), argumentując swoje przekonania skutecznością szczepień i ochroną dziecka przed ciężkimi chorobami zakaźnymi. Prawie połowa ankietowanych (46%) deklarowała, że często słyszała negatywne opinie na temat szczepień ochronnych. Najczęstszym słyszonym argumentem przeciwko szczepieniom były niepożądane odczyny poszczepienne (NOP) – 48%. Wśród nich dominowało przekonanie o możliwości wystąpienia autyzmu (7%) oraz chorób neurologicznych (4%). Pomimo wątpliwości co do bezpieczeństwa i skuteczności stosowanych u dzieci szczepionek, znaczna część rodziców (88%) kontynuowała wykonywanie szczepień zgodnie z programem szczepień ochronnych (PSO). Pozostali respondenci (12%) twierdzili, że istnieją powody, dla których dzieci nie powinny być szczepione. Najczęstszym z nich była alergia (40%), ilość szczepień wykonywanych w czasie jednej wizyty oraz mała skuteczność szczepionek (odpowiednio po 2%). Rycina nr 1 przedstawia najczęstsze przyczyny odmowy szczepień u dzieci w wieku rozwojowym.



Rycina 1. Przyczyny nieszczenia dzieci.

Rodzice, którzy odmówili szczepienia swojego dziecka, najczęściej wskazywali na szczepionkę przeciwko odrze, śwince i różyczce (58,3%) oraz ospie wietrznej (41,7%). Podając powód, twierdzili, że nie sądzili, aby szczepienie było potrzebne – 65,2%. Następną przyczyną odmowy były negatywne opinie o wyżej wymienionych szczepionkach. Inne czynniki takie jak: czas na dotarcie do przychodni czy koszty dojazdu nie miały większego wpływu na uniemożliwienie terminowego zaszczepienia dziecka.

Ponad połowa ankietowanych – 53% uważa, że szczepionki refundowane przez NFZ są bezpieczne. Natomiast 11% respondentów ma poważne obawy co do bezpieczeństwa i skuteczności nowych, wysoce skojarzonych szczepionek „6 w 1” czy „5 w 1”. Prawie wszyscy badani rodzice (96%) ufają lekarzowi, który kwalifikuje dziecko do szczepienia, jednak przekonanych do rzetelności informacji dotyczących szczepień jest tylko 49% ankietowanych.

DYSKUSJA

Szczepienia dzieci w wieku rozwojowym są podstawą działań profilaktycznych w zakresie chorób zakaźnych. Wśród powodów, dla których rodzice decydują się zaszczepić swoje dziecko, najczęściej wymieniane są: przekonanie co do skuteczności szczepień, chęć zapobiegania poważnym chorobom u dzieci, ważność zdrowia swojego dziecka i innych członków rodziny, przekonanie, że szczepienia ochronne wyeliminowały wiele niebezpiecznych chorób i mają więcej pozytywnych niż negatywnych skutków (Centrum Badań Opinii Społecznej, 2017; Malinowska, Włoszczak-Szubzda, 2017).

Przeprowadzone badania wykazały, że zdecydowana większość rodziców realizuje szczepienia swoich dzieci zgodnie z obowiązującym w Polsce programem szczepień ochronnych PSO. Na przestrzeni ostatnich 5 lat ob-

serwuje się zwiększony trend prowadzący do zmniejszenia wyszczepialności dzieci (Buczowski, 2023). Według statystyk Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH-PIB ze względu na odmowę rodziców w 2018 r. nie zaszczepiono 38 416 tys. dzieci, w 2019 – 47 790 tys. dzieci, w 2020 – 53 530 tys. dzieci, w 2021 – 60 620 tys. dzieci, a w 2022 od stycznia do końca września odnotowano aż 68 789 tys. takich przypadków (Buczowski, 2023).

Postawy negatywne przeciwko szczepieniom znajdują coraz więcej zwolenników. W 2012 r. kolejną dawkę szczepionki przypominającej przeciwko odrze, śwince i różyczce przyjęło 99,5% dzieci, a w roku 2017 – 93,1% dzieci (Kałużka, Łopata, 2017; Centrum Badań Opinii Społecznej, 2017). Przedstawione wyniki badań własnych pokazały, że rodzice odmawiali najczęściej wykonania szczepienia dziecka z użyciem szczepionki MMR przeciw odrze, śwince i różyczce, a także ospie wietrznej. W prezentowanych badaniach rodzice zgłaszali również obawy związane z otrzymywaniem przez dziecko zbyt wielu szczepionek podczas jednej wizyty. Badania Rogalskiej, Augustynowicz, Gzyl i Stefanoff (2010) potwierdzają te obawy. Według autorów 34% rodziców uważa, że w ciągu krótkiego czasu jest wykonywana u dziecka zbyt duża liczba szczepień.

Na postawy rodziców wobec szczepień może wpływać jakość relacji z lekarzem i pielęgniarką oraz poziom zaufania do przedstawicieli służb medycznych. W badaniach własnych wykazano, że zdecydowana większość rodziców ufa lekarzowi, który kwalifikuje dziecko do szczepienia, jednak co druga z badanych osób uznała, że ma wątpliwości, co do rzetelności otrzymanych informacji nt. szczepień. W placówce podstawowej opieki zdrowotnej rodzice powinni zetknąć się z materiałami edukacyjnymi (brozurami, ulotkami, wskazaniem odpowiedniej literatury) oraz z zachętą do uzupełnienia swojej wiedzy (Nosek i wsp., 2014).

WNIOSKI

1. Zdecydowana większość rodziców realizuje program obowiązkowych szczepień ochronnych u dzieci, w celu zapobiegania wystąpieniu chorób zakaźnych. Jednak u części rodziców występują wątpliwości co do zasadności ich stosowania.
2. Głównymi powodami rezygnacji rodziców ze szczepień ochronnych są brak przekonania co do skuteczności szczepionek oraz podanie kilku szczepionek podczas jednej wizyty szczepiennej.

3. Spadek ilości szczepień ochronnych u dzieci w wieku rozwojowym wynika głównie ze strachu i obaw rodziców przed niepożądanymi odczynami poszczepiennymi.
4. Pracownicy służby zdrowia w tym lekarze i pielęgniarki powinni edukować rodziców nt. konieczności wykonywania szczepień ochronnych, przekazywać im wiarygodne informacje, wyjaśniać wątpliwości i kształtować postawy prozdrowotne.

PIŚMIENICTWO

- Bednarek, A., Zarzycka, D. (2015). Potrzeba i założenia nowoczesnej edukacji na przykładzie szczepień ochronnych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 96 (1), s. 1-7.
- Buczkowski, P. (2023). Polacy coraz częściej nie szczepią dzieci. Do czego to może doprowadzić? <https://politykazdrowotna.com/artykul/polacy-coraz-czesciej/948708> (14.04.2023).
- Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) 2017. Polacy o obowiązku szczepienia dzieci. Komunikat z badań nr 100/2017. <https://cbos.pl> (12.11.2018).
- Faleńczyk, K., Piekarska, M., Pluta, A., Basińska, H. (2016). Czynniki wpływające na postawy rodziców wobec szczepień ochronnych u dzieci. *Postępy Nowoczesnej Medycyny* 29(6), s. 380-385. DOI: 10.5604/08606196.1205281.
- Grzesiowski, P., Roś, S., Dziurda, D., Wespiąc, K. (2012). Dostępność szczepień ochronnych w wybranych krajach Europy Centralnej – przegląd mechanizmów finansowania szczepień i ich efektywności. *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna* 11, s. 51-58.
- Kałucka, S., Łopata, E. (2017). Rezygnacja rodziców ze szczepień obowiązkowych – niebezpieczne dla dzieci i dorosłych. *Geriatrics*, 11, s. 272-278.
- Malinowska, M., Włoszczak-Szubzda, A. (2017). Ocena wiedzy rodziców na temat szczepień zalecanych u dzieci. *Aspekty Zdrowia i Choroby*, 2(1), s. 39-46.
- Marchewka, A.K., Majewska, A., Młynarczyk, G. (2015). Działalność ruchu antyszczepionkowego, rola środków masowego komunikowania oraz wpływ poglądów religijnych na postawę wobec szczepień ochronnych. *Postępy Mikrobiologii*, 54(2), s. 95-102.
- Nosek, A., Kozłowska, D., Kopański, Z., Brukwicka, I., Uracz, W., Dyl, S. (2014). Wybrane zagadnienia dotyczące szczepień ochronnych u dzieci. *Journal of Clinical Healthcare* 2, s. 9-16.
- Pająk, A., Królak-Olejnik, B. (2015). Polski Kalendarz Szczepień Ochronnych – wczoraj, dziś i jutro. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 5(1), s. 93-98.
- Rogalska, J., Augustynowicz, E., Gzyl, A., Stefanoff, P. (2010). Postawy rodziców wobec szczepień ochronnych w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny* 64(1), s. 91-97.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. 2011 nr 182 poz. 1086).

Stępniewska, E. (2019). *Wiedza i opinie rodziców na temat szczepień ochronnych polecanych dla dzieci do 2 lat*. Praca magisterska. Ostrowiec Świętokrzyski: WSBiP.

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570).

Wysocki, J., Mrukowicz, J. (2016). Immunoprofilaktyka chorób zakaźnych u dorosłych. W: M. Poleski (red.) *Interna Szczeklika*. Kraków: Medycyna Praktyczna, s. 1203-1219.

Poczucie koherencji (SOC) i jakość życia osób niepełnosprawnych fizycznie zamieszkałych na terenie województwa lubelskiego

Grzegorz Józef Nowicki¹, Jolanta Dyndur², Magdalena Prylińska³,
Barbara Ślusarska¹, Magdalena Brodowicz-Król⁴, Grażyna Rożek²

1. Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu
3. Samodzielna Pracownia Medycznych Czynności Ratunkowych i Ratownictwa Specjalistycznego, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
4. Instytut Humanistyczno-Medyczny, Akademia Zamojska

STRESZCZENIE

Wstęp. Uważa się, że im silniejsze poczucie koherencji, tym większe prawdopodobieństwo dobrego samopoczucia i zdrowia. Wielowymiarowość pojęcia jakości życia rozpatrywana jest w kategoriach nie tylko społecznych i medycznych, ale również w kontekście filozoficznym, psychologicznym, kulturowym czy ekonomicznym.

Cel pracy. Określenie poziomu poczucia koherencji (SOC) oraz poziomu jakości życia osób niepełnosprawnych fizycznie, zamieszkujących województwo lubelskie i ich wybrane uwarunkowania.

Materiał i metoda. W badaniach wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) Antonovskiego oraz Skalę Oceny Jakości Życia (WHOQOL-BREF). Badaniem objęto 233 osoby w wieku od 18. do 81. roku życia (średnia wieku 41,76 ± 15,29).

Wyniki. Wyniki badań wskazują, że poczucie koherencji i jakość życia osób z niepełnosprawnością ruchową determinowane są następującymi czynnikami socjodemograficznymi: stan cywilny, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia i stopień niepełnosprawności. Ponadto stwierdzono wysoką siłę związku pomiędzy poczuciem koherencji, a jakością życia badanych osób.

Wnioski.

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, jakość życia, osoby niepełnosprawne, uwarunkowania socjodemograficzne, związek poczucia koherencji z jakością życia

WSTĘP

Poczucie koherencji (ang. *sense of coherence*, SOC) jest konstruktem stworzonym przez Antonovsky'ego (1979; 1995). Autor koncepcji badając osoby, które przeżyły Holocaust, odnotował, że wiele z nich, pomimo dramatycznych przeżyć, prowadzi normalne życie, emocjonalnie zrównoważone i psychicznie zdrowe. Twórca koncepcji poczucia koherencji definiuje znaczenie tego terminu jako *(1) globalna orientacja człowieka wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania* (Antonovsky, 2005). Pojęcie to stworzył Antonovsky celem wytłumaczenia, dlaczego jedni radzą sobie lepiej, a inni gorzej z trudnymi sytuacjami życiowymi. Uważa się, że im silniejsze poczucie koherencji, tym większe prawdopodobieństwo dobrego samopoczucia i zdrowia. Uzasadniając ten postulat, autor tłumaczy, że z wysokim SOC związana jest wiara, iż życie jest sensowne, uporządkowane i przewidywalne, co z kolei stanowi dobry powód, by chcieć być zdrowym i móc sprawnie funkcjonować (Hady-Bartkowiak, Kosmol, 1999). Koncepcja próbująca wyjaśnić, pozostawanie zdrowym, mimo znacznych obciążeń życiowych, nazywana jest salutogenetycznym podejściem do problemów zdrowia i choroby. Zmienne poczucie koherencji składa się z trzech wzajemnie powiązanych elementów: poczucie zrozumienia (ang. *comprehensibility*), poczucie zaradności (ang. *manageability*) oraz poczucie sensowności (ang. *meaningfulness*).

Poczucie zrozumienia to stopień, w jakim otaczający świat postrzegany jest jako uporządkowany, przewidywalny i spójny, niezależnie od tego, czy jest on korzystny, przyjazny dla człowieka, czy wprost odwrotnie – wrogi, chaotyczny i nieuporządkowany. Komponent ten warunkuje stopień, w jakim jednostka postrzega bodźce docierające do niej ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego jako zrozumiałe, czyli pozwalające się uporządkować oraz wyjaśnić. Istotą poczucia zrozumienia jest zatem swoista kontrola poznawcza nad otoczeniem. Drugim komponentem

poczucia koherencji jest poczucie zaradności. Definiować je można jako przekonanie jednostki, że posiada ona wystarczające możliwości (zasoby), aby poradzić sobie z niesprzyjającymi okolicznościami lub wymogami kierowanymi do niej ze strony otoczenia. Pulę tych zasobów stanowią nie tylko zasoby własne czyli te, którymi jednostka sama zawiaduje, ale również te zasoby, które mogą być pomocne, należące do innych (małżonka lub małżonek, inni członkowie rodziny, przyjaciele, koledzy, lekarz, pielęgniarka itd.). Trzeci składnik, poczucie sensowności, należy rozumieć jako aspekt motywacyjny, czyli poczucie, że warto i należy podejmować wysiłki, które mimo że często trudne, są sensowne i warte zaangażowania. Poczucie sensowności to komponent emocjonalno-motywacyjny. Człowiek charakteryzujący się wysokim poziomem poczucia sensowności większość trudnych doświadczeń będzie traktował nie tyle w kategoriach nadmiernego obciążenia psychicznego, ale jako wyzwania, z którymi można się uporać poprzez podejmowanie odpowiednich działań w celu rozwiązania problemu. Trzy komponenty poczucia koherencji są ściśle powiązane ze sobą, jednak autor teorii salutogenezy za najbardziej istotne uważa poczucie sensowności, która przyczynia się do trwałości dwóch pozostałych czynników (Antonovsky, 1995).

Opisane wyżej trzy składniki poczucia koherencji są ze sobą ściśle związane, przy czym korelacje między nimi muszą być pełne. Wysokie poczucie zaradności warunkowane jest wysokim poczuciem zrozumiałości, ponieważ nie jest możliwe poczucie posiadania wystarczających zasobów do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, bez rozpoznania, na czym te sytuacje polegają. Wysokie poczucie zrozumiałości nie gwarantuje jednostce dobrego radzenia sobie, ale skłania ją do poszukiwań zasobów, które będą najlepszą odpowiedzią na bodziec. Człowiek mający silne poczucie zrozumiałości i zaradności przestanie rozumieć i straci kontrolę nad zasobami bez odpowiedniej motywacji. Zatem skuteczne działanie zależy od poczucia koherencji w całości, choć najważniejszy jest aspekt motywacyjny, ponieważ nadaje on trwałość poczuciu zrozumienia i zaradności (Heszen, Sęk, 2008; Terla, 2001).

Od czasu zdefiniowania pojęcia poczucia koherencji przeprowadzono liczne badania weryfikujące założenia Antonovsky'ego. Z licznych badań empirycznych wynika, że silne poczucie koherencji jest czynnikiem prozdrowotnym, sprzyjającym zachowaniu zdrowia i ułatwiającym adaptację życiową (Heszen, Sęk, 2008; Jelonkiewicz, 1994). W innych badaniach udowodniono, że osoby charakteryzujące się niskim poczuciem koherencji miały gorszą kondycję psychofizyczną, natomiast osoby o silnym poczuciu koherencji charakteryzowały się szerokim i efektywniejszym wachlarzem sposobów zaradczych (Ramfelt, Langius, Björvell, Nordström, 2000; Anto-

novsky, 1995). W innych pracach wskazano, że ważne zdarzenia życiowe mogą wpływać na siłę poczucia koherencji (Schnyder, Büchi, Sensky, Klaghofs, 2000) oraz zidentyfikowano znaczące związki pomiędzy subiektywną percepcją zdrowia a poczuciem koherencji (Nesbitt, Heidrich, 2000; Nilsson, Holmgren, Westman, 2000). Zatem stan zdrowia czy niepełnosprawność fizyczną można traktować zarówno jako uogólniony zasób, ale także jako deficyt odpornościowy powodujący zmiany w poczuciu koherencji.

Jakość życia jest terminem stosunkowo młodym, rozważania na jego temat rozpoczęto w połowie XX w. Geneza pojęcia jakości życia nie jest zagadnieniem prostym, jasnym i oczywistym. Głównym powodem takiego stanu rzeczy jest jego wieloznaczność, ewolucja, jakiej podlegało oraz fakt, że w obrębie różnych dyscyplin naukowych (ekonomicznych, społecznych, humanistycznych i medycznych) wiele terminów bliskoznacznych było i jest stosowane zamiennie do niego (Wnuk, Marcinkowski, 2012). Termin jakości życia pojawił się po raz pierwszy po II Wojnie Światowej w Stanach Zjednoczonych i początkowo był kojarzony z dobrostanem materialnym (Dziurawicz-Kozłowska, 2002). Rozszerzenie owego pojęcia na inne obszary ludzkiego funkcjonowania wiąże się z zainteresowaniem wartościami odnoszącymi się do Frommowskiego „być” zamiast „mieć”.

Pojęcie jakości życia pojawia się w literaturze nie tylko w związku z rozważaniami dotyczącymi osób niepełnosprawnych. Jak podkreśla Kane *dla niektórych jest to pojęcie bardzo szerokie, znaczące prawie wszystko oprócz informacji o śmierci jednostki, dla innych to jedynie pewne elementy życia, jeszcze inni podkreślają społeczne i psychologiczne aspekty życia* (Zawiślak, 2006; Trzebiatowski, 2011). Koncepcję jakości życia określa się w literaturze, jako multidemencjonalną, gdyż jest ona złożona i niesie za sobą sporo wewnętrznych powiązań (Brown, 1997; Baumann, 2006).

Lata 60. XX wieku przyniosły pierwsze doniesienia dotyczące problematyki z zakresu jakości życia. Badania przeprowadził Campbell na grupie Amerykanów. Celem jego badań było określenie dobrostanu psychologicznego i jego uwarunkowań na podstawie subiektywnych aspektów oceny badanych i ich własnych, życiowych doświadczeń (Górna, 2005).

Należy zwrócić szczególną uwagę na już istniejące uzgodnienia międzynarodowe. Najistotniejsze wydaje się być stanowisko wypracowane przez The Quality of life Special Interest Group, która powstała przy The International Association for Study of the Scientific Intellectual Disabilities (IASSID). Koncepcja ta została opracowana na podstawie pracy międzynarodowego zespołu i przyczyniła się do usystematyzowania współczesnego rozumienia pojęcia jakości życia. Opiera się na następujących założeniach: (1) *postrzeganie pojęcia, jako pewnej koncepcji, niekoniecznie ściśle zdefiniowanej, mającej związek z polityką społecz-*

ną i oceną usług przez nią oferowanych oraz z różnego rodzaju lokalnymi, narodowymi, czy ponadnarodowymi inicjatywami i programami; (2) uznanie faktu, iż kluczowym aspektem pojęcia jest indywidualna percepcja i subiektywne odczucia jednostki odnośnie jej jakości życia (Zawiślak, 2006).

Definicje jakości życia ze względu na strukturę dzieli się na globalne, złożone, mieszane i specyficzne:

- globalne – odwołują się do dobrego samopoczucia (ang. *well-being*) i odnoszą się do subiektywnego zadowolenia z życia, jako całości (np. poczucie satysfakcji z życia),
- złożone – dotyczą oceny subiektywnej i obiektywnej w wymiarze ogólnym, a także w poszczególnych obszarach funkcjonowania człowieka,
- mieszane – zawierają składowe definicji globalnych, a także złożonych oraz aspekty związane ze środowiskiem, organizacją życia społecznego, oczekiwaniami i stanem emocjonalnym itp.,
- specyficzne – dotyczą jakości życia, która warunkowana jest stanem zdrowia (Baumann, 2006; Farquhar, 2001).

Jakość życia w naukach społecznych ściśle wiąże się ze sferą psychiczną człowieka. Nie opracowano, jak dotąd, uniwersalnej definicji, która byłaby przyjmowana przez wszystkich badaczy. Jakość życia zostaje zatem rozpatrywana pod kątem zaspokajania potrzeb egzystencjalnych – mieć, potrzeb dotyczących bezpieczeństwa – być, oraz potrzeb związanych z kontaktem społecznym – kochać i być kochanym (Czerniewska, 2000). Według Kowalika o jakości życia decydują codzienne przeżycia, ich jednostkowa jakość. *Im większe uzdolnienia kognitywne, tym wyższa zdolność przeżywania* (Trzebietowski, 2011). Kumulacja wszystkich przeżyć spowoduje utworzenie się doświadczenia życiowego, które będzie wskazywało wysoką jakość życia, bądź zupełnie odwrotnie (Kowalik, 1995). Podobną koncepcję można zauważyć w teorii Nordenfelta (1993). Uważa on bowiem, że jakość życia wiąże się z poznaniem podmiotowym oraz *emocjonalną percepcją świata*. Człowiek staje się w życiu społecznym aktorem, który bez przerwy wysyła i odbiera różnorodne komunikaty. Ten fakt powoduje, że przeobrażają się one w pewne doznania i uczucia – pozytywne i negatywne. Dalej Nordenfelt tłumaczy, że w zależności od aktywności danej jednostki, a także stopnia rozwoju aktor doświadczał będzie różnych emocji, wynikających z zaspokojenia bądź nie swoich potrzeb. I te właśnie emocje będą decydowały o poziomie jakości życia. Suchodolski natomiast skupia się na dwóch opozycjach – „mieć” czy „być”. W zależności od nich można zaobserwować odniesienie zarówno do siebie, jak i do świata, co w sposób indywidualny wpłynie na całość odczuwania, myślenia i działania ludzkiego. Przeanalizowanie tych dwóch motywacji, „pragnienia życia”

i „pragnienia posiadania” będzie wpływało na definicję jakości życia – niską lub wysoką (Suchodolski, 1990). Tomaszewski podaje, że jakość życia jest (...) *zespolem elementów występujących w różnych proporcjach i z różnym nasileniem, na które składają się: bogactwo przeżyć, poziom świadomości, poziom aktywności, twórczość i współuczestnictwo w życiu społecznym* (Tomaszewski, 1976).

Inne koncepcje nauk społecznych dotyczące jakości życia, skupiają się na zaspokajaniu indywidualnych potrzeb. Jakość życia, jak podaje Kaleta dotyczy potrzeb, które (...) *jednostka uważa za najistotniejsze dla swojego życia, oraz opinie jednostki na temat poziomu ich zaspokajania* (Kaleta, 1988). Podobnie jakość życia definiuje Gałęski, który rozróżnia pojęcia poziomu życia odnosząc się do stopnia zaspokajania potrzeb, a także jakości życia jako sposobu zaspokajania potrzeb (Wrzesień, 2001; Wnuk, Marcinkowski, 2012). Warto również przytoczyć definicję Borowicza, w której jakość życia również sprowadza się do stopnia zaspokojenia potrzeb. Analiza poziomu zaspokojenia może być (...) *próbą opisu świata życia oraz przestrzeni, w której funkcjonują ludzie, rozpatrując to, co obiektywne (mieralne zewnętrznie) i co subiektywne (stan świadomości, zadowolenie)* (Borowicz, 1988). Zbliżone koncepcje jakości życia można zauważyć u autorów, dla których jest ona kategoryzowana, jako sens życia. Przedstawicielem tego typu definicji jest Michalos (2004), który zauważa istotę wielkości rozbieżności pomiędzy potrzebą a poziomem jej zaspokojenia. Ważne jest jednak to, której sfery życia dotyczy potrzeba. Im sfera jest ważniejsza, tym mniejsze niezaspokojenie jej wywoła dyskomfort, a w konsekwencji gorszą jakość życia. Należy jednak pamiętać, że niezadowolenie może wynikać z wcześniejszych doświadczeń życiowych, z porównania siebie do innych osób, bądź odwołania się do indywidualnych przekonań. Michalos podkreśla również, że sfery życia istotne dla jakości życia ulegają zmianom w zależności od wieku, pełnionych ról i pozycji w społeczeństwie. Jeszcze inną kategorię definicji jakości życia reprezentują Raeburn i Rootman (1996). Wysoka lub niska ocena jakości życia odnosi się wg autorów do zadań stawianych przed człowiekiem. Zadania te mają charakter rozwojowy i życiowy. Raeburn i Rootman uważają, że rozwój osobisty, realizacja własnych zamierzeń wpływa na jakość życia. Niemożność zrealizowania własnych planów i zadań obniża poziom jakości życia (Aleksińska).

Ostatnia grupa definicji jakości zdrowia odnosi się do wskaźników subiektywnych i obiektywnych oraz kolidowania ich ze stopniem zaspokojenia różnych potrzeb (Trzebiatowski, 2011). Wskaźnikami obiektywnymi są np. przeciętna długość życia, ubóstwo, poziom edukacji, natomiast subiektywnymi np. poziom szczęścia, stopień zadowolenia z różnych aspektów życia, sens życia (Peace, 1990). Zwolennikiem tego nurtu definicji

jest Czapiński. Autor wskazuje subiektywne i obiektywne miary poczucia szczęścia. Te pierwsze obejmują (...) *oceny życia oraz poszczególnych jego aspektów doświadczane indywidualnie wydarzenia stresowe i problemy z adaptacją psychiczną, system wartości i inne cechy osobowości warunkujące postawę wobec życia, aktywność życiową i zdolność przystosowania się do zmian* (Czapiński, 2001). Natomiast to wskaźniki obiektywne dotyczące warunków egzystencji grup społecznych wpływają na następujące obszary: problem samobójstw, zanieczyszczenie środowiska, czy dynamika produktu krajowego brutto (Czapiński, 2001). Jak wskazuje Baumann, w piśmiennictwie wyróżnia się wiele indyktorów pośrednio lub bezpośrednio wpływających na jakość życia: dobrostan fizyczny (np. seksualność, funkcjonalność, jakość opieki zdrowotnej, brak odczuwania bólu, dobre funkcjonowanie zmysłów), dobrostan finansowy i materialny (niezależność i zabezpieczenie finansowe, stałe przychody, własny majątek), dobrostan osobisty (zachowane zdrowie psychiczne, poczucie szczęścia, wysoka samoocena, poczucie godności i własnej tożsamości, ciągły rozwój, dobra pamięć i poczucie kontroli nad swoim życiem, poczucie niezależności, brak uporczywego stresu), dobrostan społeczny (pozycja społeczna i dobre kontakty międzyludzkie, rodzina, wsparcie), życiowa satysfakcja (poczucie spełnienia w życiu, kreatywność, zachowana pogoda ducha), cel życia (udział w życiu osób bliskich, poczucie zaangażowania przez bliskich, pozytywny proces starzenia się), dobrostan estetyczny (spędzanie wolnego czasu w sposób zgodny z zainteresowaniami, posiadanie pasji, kontakt z ogólnie pojętą kulturą, wesołość/radość (sprawianie sobie przyjemności, chęć zachowania radości życia), dobrostan moralny (życie w zgodzie z własnym sumieniem), duchowość, życie terażniejszością (poczucie naturalności, wolność od zaabsorbowania przeszłością i przyszłością), koniec życia (godne starzenie się i umieranie, poczucie kontroli własnego życia, zachowanie jakości opieki zdrowotnej) (Baumann, 2006).

Zadania stawiane medycynie od zawsze miały spełniać jeden cel – walkę o jak najdłuższe życie. Kryteriami oceny stanu zdrowia były głównie badania laboratoryjne, biologiczne i biochemiczne parametry ludzkiego organizmu (Farquhar, 1995a). Wraz z rozwojem medycyny, techniki i cywilizacji zauważono, że sama długość życia nie jest celem samym w sobie, chodzi o coś więcej, aby życie toczyło się w zdrowiu i szczęściu. Istotnym etapem badań nad jakością życia stał się fakt przyjęcia w preambule do konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) definicji zdrowia, według której jest ono *kompleksowym stanem dobrego fizycznego, psychicznego i społecznego samopoczucia, a nie tylko brakiem choroby i niedomagania*. Dodat-

kowo zamieszczono tam stwierdzenie, iż *zdrowie (...) jest fundamentem do osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa* (World Health Organization, 1946).

Powyższe stwierdzenia doprowadziły do dalszych badań nad oceną jakości życia. Jednym z ważniejszych była opracowana 1972 *The Rosser Index Matrix*, której autorem był Rosser i Watts (1972). Metoda łączyła dwa wskaźniki: ograniczoną aktywność życiową (mobilność) i doświadczane cierpienie (ból). *The Rosser Index Matrix* łączy subiektywną miarę niepełnosprawności sięgającej od 1 (dla braku niepełnosprawności) do 8 (dla rażącej niepełnosprawności) z subiektywną miarą odczuwanego bólu (Cieślik, 2010).

Od lat 90. XX wieku, zauważono kolejny wzrost zainteresowań badaniami nad jakością życia. Wtedy właśnie WHO powołując grono międzynarodowych ekspertów opracowuje kolejne narzędzia badawcze. Są to WHOQOL-100 oraz WHOQOL-BREF – jako skróconą wersję tego pierwszego (Wołowiecki, 2001). Skale umożliwiają badanie zarówno chorych, jak i zdrowych pacjentów.

Próbie integracji i ujednoczenia definicji jakości życia z punktu widzenia medycyny wprowadził Schipper (1990a; 1990b) określając ją mianem HRQOL (ang. *health – related quality of life*). HRQOL w rozumieniu Schipper'a było funkcjonalnym efektem fizycznej, społecznej i psychicznej odpowiedzi na chorobę odbieranym subiektywnie przez pacjenta (Schipper, 1990a). Natomiast definicja, którą podaje Gotay, Korn, McCabe, Moore, Cheson (1992)), mówi, że HRQOL to *stan pomysłowości, który jest połączeniem dwóch komponentów: zdolności wykonywania codziennej aktywności, która jest odbiciem fizycznej, psychologicznej i społecznej satysfakcji oraz przebiegu i kontroli choroby i/lub określonych symptomów leczenia*. Z kolei Cella i Tulsy (1990) definiują HRQOL, jako *ocenę satysfakcji pacjenta z aktualnego poziomu funkcjonowania w porównaniu do takiego, jaki postrzega on, jako możliwy lub idealny*.

Jednak najbardziej znaną i najczęściej cytowaną klasyfikacją służącą uporządkowaniu definicji jakości życia na gruncie nauk medycznych jest zaproponowana przez Farquahar'a (1995b). Podzielił on wszystkie definicje na 2 grupy: definicje sformułowane przez ekspertów (globalne, złożone, specyficzne i mieszane) oraz definicje sformułowane przez laików. Typ pierwszy, jak zauważa Jaracz, to definicje związane poziomem satysfakcji z życia oraz ogólnie pojętym szczęściem. Typ drugi natomiast to definicje zwierające wiele cząstkowych zmiennych wpływających na jakość życia, a ta zaś jest zmienną globalną. Podobnie jak w typie pierwszym, zmienne te odczuwane są w sposób subiektywny i obiektywny. Definicje specyficzne utożsamiane są głównie z koncepcją łączenia jakości życia z konkretną

zmienną (np. zdrowiem, wykształceniem itp.). Czwarty typ definicji łączy w sobie elementy wszystkich poprzednich (Jaracz, 2001).

W wartość życia nieodłącznie wpisana jest jego jakość. Problematyka jakości życia wzbudzała i nadal wzbudza coraz większe zainteresowanie badaczy w obszarze wielu nauk. Wielowymiarowość pojęcia rozpatrywana jest w kategoriach nie tylko społecznych i medycznych, ale również w kontekście filozoficznym, psychologicznym, kulturowym, czy ekonomicznym. Stąd nie sposób opisać jest każdego z jej aspektów.

CEL PRACY

Celem pracy było określenie poziomu poczucia koherencji (SOC) oraz poziomu jakości życia osób niepełnosprawnych fizycznie, zamieszkujących województwo lubelskie i ich wybrane uwarunkowania.

MATERIAŁ I METODA

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując dwa narzędzia standaryzowane oraz pytania oceniające sytuację socjo-demograficzną badanych (płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz stopień niepełnosprawności). Narzędziami standaryzowanymi, wykorzystanymi w badaniach były: *Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29)* Antonovskiego oraz *Skalę Oceny Jakości Życia (WHOQOL-BREF)* powstałą na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia a zaadaptowaną do warunków polskich przez Wołowicką i Jaracza.

Do pomiaru indywidualnego poczucia koherencji zastosowano *Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29, sense of coherence)* w polskiej adaptacji z 1993 roku. Składa się on z 29 stwierdzeń. Bada ogólne poczucie koherencji (SOC) i w trzech obszarach: poczucie zrozumienia (PZR), poczucie zaradności (PZ) oraz poczucie sensowności (PS). Do pierwszej skali należy 11 stwierdzeń, do kolejnej 10 stwierdzeń, a do ostatniej 8. Zadaniem osoby badanej było ustosunkowanie się do każdego ze stwierdzeń za pomocą 7-stopniowej skali określającej reakcje osoby badanej wobec różnych sytuacji. Obliczanie wyników polega na sumowaniu wartości odpowiedzi, zgodnie z kluczem. Nie określono ścisłych norm polskich. Na podstawie badań prowadzonych w wielu krajach (w tym także w Polsce), uważa się, że osoby zdrowe i prawidłowo funkcjonujące osiągają ogólny poziom koherencji około 120–130 (Antonovsky, 1995).

Jakość życia badanych osób z niepełnosprawnością fizyczną oceniano za pomocą *Kwestionariusza WHOQOL-BREF* powstałego na podstawie kwestionariusza WHOQOL-100, opracowanego na początku lat 90. ubiegłego wieku na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia, jako uniwersalne narzędzie badawcze do oceny jakości życia. Kwestionariusz WHOQOL-BREF składa się z 26 pytań i ocenia następujące dziedziny życia: funkcjonowanie fizyczne, psychiczne, społeczne i funkcjonowanie w środowisku. Indywidualnej ocenie pacjenta podlegają (Wołowiecka, 2001):

- w dziedzinie fizycznej: czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen, zdolność do pracy,
- w dziedzinie psychologicznej: wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocena, duchowość, religia, osobista wiara, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja,
- w dziedzinie relacji społecznych: związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualna,
- w środowisku funkcjonowania: zasoby finansowe, wolność, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zdrowie i opieka zdrowotna (dostępność i jakość), środowisko domowe, możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwości i uczestniczenie w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne (zanieczyszczenia, hałas, ruch uliczny, klimat), transport.

Badania zostały przeprowadzone od maja do października 2014 roku wśród 233 osób z obniżoną sprawnością narządu ruchu, powstałą w wyniku choroby lub urazu. Kwestionariusze wręczane były osobście, łącznie rozdano 280 ankiet, jednak ze względu na niekompletność i błędy w wypełnianiu, ostatecznie zakwalifikowano 233 poprawnie wypełnione ankiety. Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów dwóch Uniwersyteckich Szpitali znajdujących się na terenie miasta Lublina, były to: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 oraz Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4. Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (KE-0254/163/2014) oraz zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów niemierzalnych przedstawiono przy pomocy licznosci i odsetka. Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test nieparametryczny U Manna-Whitneya, zaś dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. W celu oceny korelacji pomiędzy analizowanymi zmiennymi wykorzystano współczynnik korelacji r -Persona. 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 STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska).

WYNIKI

Charakterystyka badanych osób

W badaniach wzięło udział 233 osób niepełnosprawnych fizycznie (140 kobiet i 93 mężczyzn). Średnia wieku ankietowanych wynosiła $41,76 \pm 15,29$ (zakres od 18 do 81 lat). W badanej grupie 28 osób (12,02%) było w wieku do 20 lat, natomiast 36 osób (15,45%) w wieku od 21 do 30 lat. 53 ankietowanych (22,75%) było w wieku od 31 do 40 lat, 57 respondentów (24,46%) w wieku 41–50 lat, zaś w wieku 51 lat i powyżej było 59 osób (25,32%). Wśród badanych osób niepełnosprawnych, 126 ankietowanych (54,08%) mieszkało w mieście, natomiast 107 (45,92%) zamieszkiwało rejony wiejskie. Ponad jedna czwarta badanych miała wykształcenie średnie (90 osób – 38,63%), 49 osób (21,03%) legitymowało się wykształceniem zawodowym, 43 osoby (18,45%) posiadało wykształcenie wyższe, natomiast 34 badanych (14,59%) miało wykształcenie podstawowe, a 17 osób (7,30%) – gimnazjalne. Ponad połowa respondentów (124 osoby – 53,22%) była w związkach, natomiast 109 osób (46,78%) było osobami samotnymi. Badani reprezentowali różne stopnie niepełnosprawności: lekki (97 osób – 41,63%), umiarkowany (96 osób – 41,20) i znaczny (40 osób – 17,17%). W badanej grupie 87 osób (37,34%) stanowiło osoby niepełnosprawne od urodzenia, natomiast 146 respondentów (62,66%) urodziło się zdrowych, natomiast niepełnosprawność uzyskało w wyniku urazu lub choroby. Spośród badanych, którzy urodzili się sprawni, a nieszczęśliwe zdarzenia losu spowodowały, że stali się niepełnosprawnymi fizycznie, 10 osób (6,95%) nabyło niepełnosprawność w wieku między 5. a 13. rokiem życia, 19 osób (13,19%) między 14. a 18. rokiem życia, 30 osób (20,83%) między 19. a 21. rokiem życia, zaś 85 badanych (59,03%) w wieku 22 lat i więcej.

Ocena poczucie koherencji (SOC) w badanej grupie

Analizę danych rozpoczęto od określenia poziomu koherencji w grupie osób z niepełnosprawnością fizyczną oraz ich uwarunkowań w zależności od wybranych cech socjodemograficznych. Z badań wynika, że ogólny poziom koherencji wyniósł 126,18 ($Me = 132$; $SD = 42,76$). Analiza otrzymanych wyników badań pozwala stwierdzić, że najwyższy poziom koherencji ankietowanych był umiejscowiony w poczuciu zrozumienia ($M = 46,82$; $Me = 47,00$;

SD = 14,57), następnie w poczuciu sensowności (M = 44,09; Me = 47,00; SD = 16,34), natomiast najniżej ocenione zostało poczucie zaradności (M = 43,50; Me = 45,00; SD = 15,39).

Z przeprowadzonych badań wynika, że mężczyźni mieli nieznacznie wyższe poczucie koherencji w porównaniu z kobietami oraz wyższe poczucie zrozumienia i zaradności, zaś kobiety miały wyższy poziom poczucia sensowności. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami tylko w ocenie poczucia zrozumienia ($p < 0,05$), zaś w pozostałych podskalach i w ocenie ogólnej nie stwierdzono istotnych różnic ($p > 0,05$). Dane przedstawia Tabela I.

Tabela I. Poczucie koherencji (SOC) a płeć badanych

Zmienna	Kobiety	Mężczyźni	Analiza statystyczna
	M ± SD	M ± SD	
Poczucie zrozumienia (PZR)	45,46 ± 15,09	48,88 ± 13,57	Z = 2,06; p = 0,04
Poczucie zaradności (PZ)	42,91 ± 15,81	44,52 ± 14,77	Z = 0,78; p = 0,43
Poczucie sensowności (PS)	44,45 ± 16,69	43,55 ± 15,89	Z = -0,51; p = 0,61
Ogółem (SOC)	124,61 ± 44,06	128 ± 40,85	Z = 0,73; p = 0,47

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Z: wynik testu U Manna-Whitneya; p: poziom istotności statystycznej

Źródło: Opracowanie własne.

Przeprowadzona analiza wykazała, że osoby będące w związku miały istotnie wyższy poziom ogólnego poczucia koherencji niż badani stanu wolnego ($p < 0,001$). Również stwierdzono istotne różnice pomiędzy grupami w ocenie poczucia zrozumienia ($p < 0,001$), zaradności ($p < 0,001$) i sensowności ($p < 0,001$). Szczegółowe dane przedstawia Tabela II.

Tabela II. Poczucie koherencji (SOC) a stan cywilny badanych

Zmienna	Wolny	W związku	Analiza statystyczna
	M ± SD	M ± SD	
Poczucie zrozumienia (PZR)	43,17 ± 14,35	50,03 ± 14,04	Z = -3,84; p < 0,0001
Poczucie zaradności (PZ)	38,61 ± 15,62	47,89 ± 13,85	Z = -4,58; p < 0,0001

Poczucie sensowności (PS)	39,06 ± 16,84	48,51 ± 14,59	Z = 4,32; p < 0,001
Ogółem (SOC)	113,13 ± 43,13	137,66 ± 39,14	Z = -4,48; p < 0,0001

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Z: wynik testu U Manna-Whitneya; p: poziom istotności statystycznej

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza uwzględniająca miejsce zamieszkania badanych wykazała, że ankietowani mieszkający w mieście mieli istotnie statystycznie wyższy poziom ogólnego poczucia koherencji, w porównaniu z badanymi mieszkającymi w rejonach wiejskich ($p < 0,001$). Osoby mieszkające w mieście miały również wyższy poziom poczucia zrozumienia ($p < 0,05$), zaradności ($p < 0,001$) i sensowności ($p < 0,001$). Dane przedstawia Tabela III.

Tabela III. Poczucie koherencji (SOC) a miejsce zamieszkania badanych

Zmienna	Miasto	Wieś	Analiza statystyczna
	M ± SD	M ± SD	
Poczucie zrozumienia (PZR)	49,06 ± 14,16	44,19 ± 14,66	Z = -2,49; p = 0,01
Poczucie zaradności (PZ)	46,69 ± 13,87	39,85 ± 16,31	Z = -3,20; p = 0,0001
Poczucie sensowności (PS)	48,33 ± 14,62	39,10 ± 16,92	Z = -4,30; p < 0,0001
Ogółem (SOC)	135,23 ± 39,26	115,53 ± 44,42	Z = -3,41; p = 0,001

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Z: wynik testu U Manna-Whitneya; p: poziom istotności statystycznej

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza statystyczna wykazała, że poziom wykształcenia istotnie różnicuje poczucie zrozumienia, zaradności i sensowności oraz ogólne poczucie koherencji ($p < 0,001$). Ankietowani z wykształceniem wyższym uzyskali istotnie wyższy poziom ogólnego poczucia koherencji oraz trzech jego komponentów, niż badani posiadający wykształcenie podstawowe i gimnazjalne, zawodowe i średnie. Podobnie, osoby legitymujące się wykształceniem średnim uzyskały wyższy poziom ogólnego poczucia koherencji i jego

czterech komponentów, niż badani posiadający wykształcenie podstawowe i gimnazjalne oraz zawodowe. Szczegółowe dane przedstawia Tabela IV. Tabela IV. Poczucie koherencji (SOC) a wykształcenie badanych

Zmienna	Podstawowe /gimnazjalne ⁽ⁱ⁾	Zawodowe ⁽ⁱⁱ⁾	Średnie ⁽ⁱⁱⁱ⁾	Wyższe ^(iv)	Analiza statystyczna
	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	
Poczucie zrozumienia (PZR)	41,12 ± 16,11	42,69 ± 12,88	48,93 ± 13,67	53,88 ± 12,56	H = 24,91; p < 0,0001 (RM: IV-III; IV-II; IV-I; III-II; III-I)
Poczucie zaradności (PZ)	35,84 ± 16,87	39,41 ± 14,63	46,54 ± 13,91	51,14 ± 12,04	H = 29,65; p < 0,0001 (RM: IV-III; V-II; IV-I; III-II; III-I; II-I)
Poczucie sensowności (PS)	36,04 ± 18,09	38,59 ± 15,02	47,28 ± 14,40	53,23 ± 12,94	H = 35,91; p < 0,0001 (RM: IV-III; IV-II; IV-I; III-II; III-I; II-I)
Ogółem (SOC)	105,63 ± 47,21	113,27 ± 39,61	134,26 ± 38,31	148,40 ± 34,54	H = 30,92; p < 0,0001 (RM: IV-III; IV-II; IV-I; III-II; III-I; II-I)

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; H: wynik testu Kruskala-Wallisa; p: poziom istotności statystycznej; RM: różnice międzygrupowe

Źródło: Opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę stopień niepełnosprawności i poczucie koherencji, stwierdzono, że ankietowani z lekkim stopniem niepełnosprawności mieli istotnie wyższy poziom koherencji, poczucie zrozumienia, zaradności i sensowności, w porównaniu z badanymi z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności (p < 0,001). Dane przedstawia Tabela V.

Tabela V. Poczucie koherencji (SOC) a stopień niepełnosprawności

Zmienna	Lekki ^(I)	Umiarkowany ^(II)	Znaczny ^(III)	Analiza statystyczna
	M ± SD	M ± SD	M ± SD	
Poczucie zrozumienia (PZR)	51,84 ± 13,26	45,45 ± 13,07	37,98 ± 16,32	H = 25,36; p < 0,0001 (RM: I-II; I-III; II-III)
Poczucie zaradności (PZ)	49,25 ± 13,25	42,65 ± 14,09	31,90 ± 16,48	H = 33,16; p < 0,0001 (RM: I-II; I-III; II-III)
Poczucie sensowności (PS)	49,87 ± 13,90	43,60 ± 15,04	31,25 ± 17,59	H = 32,49; p < 0,0001 (RM: I-II; I-III; II-III)
Ogółem (SOC)	142,03 ± 37,11	123,30 ± 38,81	94,67 ± 46,43	H = 31,75; p < 0,0001 (RM: I-II; I-III; II-III)

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; H : wynik testu Kruskala-Wallisa; p: poziom istotności statystycznej; RM: różnice międzygrupowe
Źródło: Opracowanie własne.

Następnie ustalono zależność między wiekiem badanych, a ogólnym poziomem poczucia koherencji i jego trzema komponentami obliczając współczynnik korelacji r-Persona. Analiza statystyczna wykazała, istotny związek pomiędzy wiekiem badanych, a ogólną oceną poczucia koherencji ($r = -0,18$; $p < 0,05$) oraz poczuciem zaradności ($r = 0,20$; $p < 0,05$) i sensowności ($r = -0,21$; $p < 0,001$). Wraz z wiekiem poczucie koherencji, zaradności i sensowności maleje. Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku wieku z poczuciem zrozumienia ($r = -0,11$; $p > 0,05$). Szczegółowe dane przedstawia Tabela VI.

Tabela VI. Ocena związku pomiędzy poczuciem koherencji a wiekiem badanych

Podskale	Analiza statystyczna	
	r	p
Poczucie zrozumienia (PZR)	-0,11	0,09
Poczucie zaradności (PZ)	-0,20	0,003
Poczucie sensowności (PS)	-0,21	0,001
Ogółem (SOC)	-0,18	0,01

r: współczynnik korelacji r- Pearsona, p: poziom istotności statystycznej

Źródło: Opracowanie własne.

Ocena jakości życia (WHOQOL-BREF) w badanej grupie

Na podstawie uzyskanych wyników określono jakość życia u osób niepełnosprawnych fizycznie. Średnia wartość ogólnej jakości życia wynosiła 3,26 (Me = 3,00; SD = 0,87), co interpretowane jest jako wynik przeciętny. Podobnie, wynik interpretowany jako średni uzyskano w zakresie ogólnej percepcji zdrowia (M = 2,92; Me = 3,00; SD = 1,13). W zakresie pozostałych dziedzin najlepszą jakość życia ankietowani odczuwali w dziedzinie psychologicznej (M = 14,79; Me = 14,67; SD = 2,44) i środowisko (M = 12,92; Me = 14,00; SD = 3,59), zaś gorszą w dziedzinie relacje społeczne (M = 13,56; Me = 13,33; SD = 3,05) i dziedzinie fizycznej (M = 12,56; Me = 13,71; SD = 3,67).

W dalszej części badań sprawdzono, czy cechy socjodemograficzne: płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie i stopień niepełnosprawności różnicują ocenę jakości życia osób niepełnosprawnych fizycznie.

Analiza z wykorzystaniem testów nieparametrycznych wykazała występowanie istotnych statystycznie ($p < 0,05$) różnic w jakości życia w przypadku zmiennych: stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stopień niepełnosprawności. Analiza pomiędzy płcią a oceną jakości życia, percepcji zdrowia oraz oceną jakości życia w czterech dziedzinach wykazał brak istotnych statystyczne zależności ($p > 0,05$). Szczegółowe dane przedstawia Tabela VII.

Tabela VII. Jakość życia (WHOQOL-Bref) a płeć badanych

Zmienna	Kobiety	Mężczyźni	Analiza statystyczna
	M ± SD	M ± SD	
Ogólna jakość życia	3,29 ± 0,85	3,23 ± 0,91	Z = 0,50; p = 0,61

Ogólna percepcja zdrowia	2,94 ± 1,16	2,89 ± 1,09	Z = 0,34; p = 0,73
Dziedzina fizyczna	12,67 ± 3,69	12,40 ± 3,66	Z = 0,86; p = 0,39
Dziedzina psychologiczna	14,65 ± 2,44	14,99 ± 2,43	Z = -1,25; p = 0,21
Dziedzina relacje społeczne	13,76 ± 3,00	13,25 ± 3,11	Z = 1,43; p = 0,15
Dziedzina środowisko	12,88 ± 3,53	12,99 ± 3,68	Z = -0,55; p = 0,58

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Z: wynik testu U Manna-Whitneya; p: poziom istotności statystycznej

Źródło: Opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że osoby będące w związku (M = 3,38; Me = 4,00; SD = 0,87) miały istotnie lepszą ogólną jakość życia w porównaniu z badanymi stanu wolnego (M = 3,13; Me = 3,00; SD = 0,86) ($p < 0,05$). Również jakość życia w dziedzinie fizycznej ($p < 0,001$), relacje społeczne ($p < 0,05$) i środowisko ($p < 0,05$) była istotnie lepsza wśród badanych będących w związku, natomiast nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupami w ocenie ogólnej percepcji zdrowia ($p > 0,05$) i w ocenie jakości życia w dziedzinie psychologicznej ($p > 0,05$) (Tab. VIII).

Tabela VIII. Jakość życia (WHOQOL-Bref) a stan cywilny badanych

Zmienna	Wolny	W związku	Analiza statystyczna
	M ± SD	M ± SD	
Ogólna jakość życia	3,13 ± 0,86	3,38 ± 0,87	Z = 2,17; p = 0,03
Ogólna percepcja zdrowia	2,79 ± 1,20	3,04 ± 1,05	Z = 1,53; p = 0,13
Dziedzina fizyczna	11,45 ± 3,93	12,00 ± 3,14	Z = 3,81; p = 0,0001
Dziedzina psychologiczna	14,55 ± 2,45	15,00 ± 2,41	Z = 1,76; p = 0,08

Dziedzina relacje społeczne	13,03 ± 3,23	14,02 ± 2,81	Z = 2,36; p = 0,02
Dziedzina środowisko	12,28 ± 3,84	13,50 ± 3,26	Z = 2,42; p = 0,02

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Z: wynik testu U Manna-Whitneya; p: poziom istotności statystycznej

Źródło: Opracowanie własne.

Z badań wynika, że ankietowani mieszkający w mieście mieli istotnie statystycznie lepszą ogólną jakość życia (M = 3,50; Me = 4,00; SD = 0,78 vs. M = 2,93; Me = 3,00; SD = 0,87) oraz w zakresie dziedziny fizycznej (M = 13,67; Me = 14,29; SD = 3,28 vs. M = 11,25; Me = 11,43; SD = 3,69), relacji społecznych (M = 14,53; Me = 14,67; SD = 2,72 vs. M = 12,41; Me = 13,33; SD = 3,03) oraz środowisko (M = 13,86; Me = 14,50; SD = 3,30 vs. M = 11,83; Me = 12,50; SD = 3,62), w porównaniu z badanymi mieszkającymi w rejonach wiejskich ($p < 0,001$). Ponadto nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy miejscem zamieszkania, a oceną jakości życia w dziedzinie psychologicznej ($p > 0,05$) oraz bliskie istotności w ocenie ogólnej percepcji zdrowia ($p > 0,05$). Dane przedstawia Tabela IX.

Tabela IX. Jakość życia (WHOQOL-Bref) a miejsce zamieszkania badanych

Zmienna	Miasto	Wieś	Analiza statystyczna
	M ± SD	M ± SD	
Ogólna jakość życia	3,55 ± 0,78	2,93 ± 0,87	Z = 5,02; p < 0,0001
Ogólna percepcja zdrowia	3,06 ± 1,13	2,76 ± 1,11	Z = 1,93; p = 0,05
Dziedzina fizyczna	13,67 ± 3,28	11,25 ± 3,69	Z = 5,06; p < 0,0001
Dziedzina psychologiczna	14,98 ± 2,36	14,57 ± 2,52	Z = 1,20; p = 0,23
Dziedzina relacje społeczne	14,53 ± 2,72	12,41 ± 3,03	Z = 5,26; p < 0,0001
Dziedzina środowisko	13,86 ± 3,30	11,83 ± 3,62	Z = 4,11; p < 0,0001

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Z: wynik testu U Manna-Whitneya; p: poziom istotności statystycznej

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza statystyczna wykazała, że poziom wykształcenia istotnie różnicuje jakość życia ogólną oraz w poszczególnych dziedzinach ($p < 0,05$). Ankietowani z wykształceniem wyższym uzyskali najlepsze wyniki w ogólnej ocenie jakości życia oraz w poszczególnych dziedzinach, w porównaniu do osób legitymujących się wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym, zawodowym oraz średnim. Natomiast badani posiadający wykształcenie średnie uzyskali wyższą ocenę ogólnej jakości życia oraz ogólną percepcję zdrowia i w poszczególnych dziedzinach, w porównaniu z osobami posiadającymi wykształcenie podstawowe i gimnazjalne oraz zawodowe (Tab. X).

Tabela X. Jakość życia (WHOQOL-Bref) a wykształcenie badanych

Zmienna	Podstawowe/ gimnazjalne ⁽ⁱ⁾	Zawodowe ⁽ⁱⁱ⁾	Średnie ⁽ⁱⁱⁱ⁾	Wyższe ^(iv)	Analiza statystyczna
	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	
Ogólna jakość życia	2,90 ± 0,88	2,84 ± 0,80	3,43 ± 0,79	3,81 ± 0,70	H = 44,16; p < 0,0001 (RM: IV-III; IV-II; IV-I; III-II; III-I)
Ogólna percepcja zdrowia	2,43 ± 1,27	2,67 ± 1,05	3,23 ± 0,98	3,14 ± 1,10	H = 19,44; p < 0,0001 (RM: IV-II; IV-I; III-II; III-I; II-I)
Dziedzina fizyczna	10,41 ± 4,10	11,35 ± 3,11	13,35 ± 2,99	14,84 ± 3,25	H = 42,82; p < 0,0001 (RM: IV-III; IV-II; IV-I; III-II; III-I; II-I)
Dziedzina psychologiczna	14,44 ± 2,30	14,00 ± 2,59	14,79 ± 2,32	16,09 ± 2,21	H = 18,62; p < 0,0001 (RM: IV-III; IV-II; IV-I; III-II)
Dziedzina relacje społeczne	12,24 ± 3,41	12,46 ± 2,63	13,93 ± 2,56	15,60 ± 2,75	H = 38,79; p < 0,0001 (RM: IV-III; IV-II; IV-I; III-II; III-I)

Dziedzina środowisko	11,21 ± 3,75	12,17 ± 3,06	13,62 ± 3,37	14,37 ± 3,47	H = 25,49; p < 0,0001 (RM: IV-III; IV-II; IV-I; III-II; III-I; II-I)
----------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; H: wynik testu Kruskala-Wallisa; p: poziom istotności statystycznej; RM: różnice międzygrupowe
Źródło: Opracowanie własne.

Przeprowadzona analiza uwzględniająca stopień niepełnosprawności i ocenę jakości życia wykazała istotne różnice w ogólnej ocenie jakości życia, jak również w poszczególnych dziedzinach ($p < 0,001$). Ankietowani z lekkim stopniem niepełnosprawności oceniali poziom ogólnej jakości życia oraz jakości w poszczególnych dziedzinach istotnie wyżej, niż badani z niepełnosprawnością umiarkowaną i znaczną. Szczegółowe dane przedstawia Tabela XI.

Tabela XI. Jakość życia (WHOQOL-Bref) a stopień niepełnosprawności badanych

Zmienna	Lekki ^(I)	Umiarkowany ^(II)	Znaczny ^(III)	Analiza statystyczna
	M ± SD	M ± SD	M ± SD	
Ogólna jakość życia	3,63 ± 0,68	3,13 ± 0,87	2,70 ± 0,91	H = 35,14; p < 0,0001 (RM: I-II; I-III; II-III)
Ogólna percepcja zdrowia	3,40 ± 1,01	2,86 ± 1,02	1,90 ± 0,96	H = 49,14; p < 0,0001 (RM: I-II; I-III; II-III)
Dziedzina fizyczna	14,30 ± 2,97	12,19 ± 3,35	9,23 ± 3,47	H = 54,57; p < 0,0001 (RM: I-II; I-III; II-III)
Dziedzina psychologiczna	15,47 ± 2,09	14,38 ± 2,48	14,12 ± 2,75	H = 13,14; p = 0,001 (RM: I-II; I-III)

Dziedzina relacje społeczne	14,61 ± 2,73	13,26 ± 2,90	11,70 ± 3,16	H = 29,01; p < 0,0001 (RM: I-II; I-III; II-III)
Dziedzina środowisko	14,88 ± 2,49	12,67 ± 3,01	8,80 ± 3,49	H = 68,76; p < 0,0001 (RM: I-II; I-III; II-III)

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; H: wynik testu Kruskala-Wallisa; p: poziom istotności statystycznej; RM: różnice międzygrupowe
Źródło: Opracowanie własne.

Dalszym krokiem w opracowywaniu uzyskanych wyników badań było ustalenie zależności między wiekiem badanych, a jakością życia. Analiza korelacji r-Persona wykazała istotny związek pomiędzy wiekiem i ogólną jakością życia ($r = -0,22$; $p < 0,001$), ogólną percepcją zdrowia ($r = -0,22$; $p < 0,001$) oraz jakością życia w dziedzinie fizycznej ($r = -0,29$; $p < 0,001$), psychologicznej ($r = -0,18$; $p < 0,05$), relacje społeczne ($r = -0,26$; $p < 0,001$) i środowisko ($r = -0,26$; $p < 0,001$). Wraz z wiekiem jakość życia ulega pogorszeniu (Tab. XII).

Tabela XII. Ocena związku pomiędzy jakością życia (WHOQOL-Bref) a wiekiem badanych

Podskale	Analiza statystyczna	
	r	p
Ogólna jakość życia	-0,22	0,0009
Ogólna percepcja zdrowia	-0,22	0,0007
Dziedzina fizyczna	-0,29	0,00001
Dziedzina psychologiczna	-0,18	0,005
Dziedzina relacje społeczne	-0,26	0,0001
Dziedzina środowisko	-0,26	0,00004

r: współczynnik korelacji r- Persona, p: poziom istotności statystycznej

Źródło: Opracowanie własne.

Poczucie koherencji a jakość życia badanych osób niepełnosprawnych fizycznie

Ostatnim etapem analizy było określenie zależności pomiędzy poczuciem koherencji, a jakością życia osób z niepełnosprawnością fizyczną. Analizę korelacji przeprowadzono ze szczególnym zwróceniem uwagi na

się związku, pomiędzy badanymi zmiennymi. Wszystkie współczynniki korelacji osiągnęły wartość, która świadczy o wysokiej sile związku, między poczuciem koherencji a jakością życia osób badanych. Na poprawę poziomu ogólnej jakości życia, percepcji zdrowia oraz poszczególnych dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowisko istotnie wpływało wyższe poczucie zrozumienia, zaradności, sensowności oraz ogólny poziom poczucia koherencji. Szczegółowe dane przedstawia Tabela XIII.

Tabela XIII. Poziom koherencji (SOC) a jakość życia (WHOQOL-Bref) badanych

WHOQOL-Bref	Poczucie zrozumienia (PZR)	Poczucie za- radności (PZ)	Poczucie sen- sowności (PS)	Ogółem (SOC)
	r	r	r	r
Ogólna jakość życia	0,76**	0,76**	0,75**	0,78**
Ogólna percepcja zdrowia	0,55**	0,58**	0,57**	0,59**
Dziedzina fizyczna	0,82**	0,86**	0,87**	0,88**
Dziedzina psychologiczna	0,70**	0,69**	0,71**	0,72**
Dziedzina relacje społeczne	0,66**	0,71**	0,72**	0,71**
Dziedzina środowisko	0,75**	0,78**	0,77**	0,79**

** poziom istotności $p < 0,000001$
r: współczynnik korelacji r-Persona
Źródło: Opracowanie własne.

DYSKUSJA

Celem prezentowanych badań było określenie poziomu koherencji oraz jakości życia u osób z niepełnosprawnością fizyczną, i ich socjo-demograficznych uwarunkowań oraz odpowiedź na pytanie, w jaki sposób poziom poczucia koherencji wpływa na jakość życia badanych. Uzyskane wyniki badań pozwalają na ustalenie, czy i w jaki sposób poczucie koherencji i jakość życia jest uwarunkowana socjalizacyjnie oraz w jaki sposób poczucie koherencji wpływało na SOC osób z niepełnosprawnością fizyczną.

Analiza badań własnych wykazała, że niepełnosprawni fizycznie zamieszkujący teren województwa lubelskiego najwyższy poziom koherencji przejawiają w poczuciu zrozumienia, natomiast niżej w ocenie znalazło się poczucie sensowności i zaradności. Średni, ogólny poziom koherencji wyniósł 126,18. Jest to wynik wyższy, niż u pacjentów przebadanych przez Kędziore-Kornatowską, Miłowską, Rybicką, i Zielińską-Więczkowską (2013). Autorzy wskazują, że ich pacjenci uzyskali średni poziom SOC 114,49.

Wśród przebadanych osób znacznie niesprawnych wyniki wszystkich składowych SOC były niskie, a w szczególności w podskali zrozumiałość. Grupa przebadanych, która deklarowała sprawne wykonywanie podstawowych czynności życia codziennego, uzyskała wysokie wyniki SOC. Publikowane wyniki badań Badury-Brzozy, Piegza, Błachuty, Ściśło, Leksowskiej, i Górczycki (2012), dotyczące osób o niepełnej sprawności psychicznej, przeprowadzone w fazie remisji choroby, średni wynik SOC w przebadanej grupie wyniósł 110,37. Koherencja osób z niepełnosprawnością psychiczną jest jeszcze niższa, niż osób z niepełnosprawnością fizyczną. Podobne badania przeprowadzili Bengtsson-Tops, Brunt, i Rask (2005), uzyskując niewiele różniące się wyniki. Waszkowska i Dudek (2001) natomiast zwracają uwagę, iż płeć różnicuje poczucie koherencji. Mężczyźni wykazują wyższe średnie poziomów poszczególnych kategorii SOC. Potwierdzają to również badania własne, choć różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami nie są istotne statystycznie. Analiza wykazała, że jedynie ocena poczucia zrozumienia wykazuje istotną różnicę pomiędzy płcią. Autorzy podkreślają, że osoby w obliczu choroby przewlekłej, a także niepełnosprawności powinny być aktywne. Nie mniejsze znaczenie mają *postawy społeczne w kształtowaniu zachowań zdrowotnych oraz rola poczucia koherencji w ich ewolucji, jako dyspozycji osobowej* (Kurowska, Szumacher, 2011). Okazywanie wsparcia, którego udziela się osobom przewlekle chorym i osobom niepełnosprawnym, powinno koncentrować się głównie na strategii zwiększania aktywności tychże osób. Do takich wniosków doszli Sandén-Eriksson (2000), którzy badali wpływ silnej koherencji na kontrolę choroby i możliwość dokonywania dzięki temu radykalnych zmian u osób z przewlekłymi chorobami. Ponadto, w badaniach własnych wyższy poziom koherencji uzyskały osoby przebywające w związku, posiadające wykształcenie wyższe oraz lekki stopień niepełnosprawności. Stwierdzono także, że wraz z wiekiem poczucie koherencji, zaradności i sensowności maleje.

Jakość życia ujmowana jest w bardzo szerokim spektrum. Dotyczy ona dobrostanu fizycznego, psychicznego, społecznego, spełnienia pragnień i oczekiwań, które dotyczą własnego życia, a także satysfakcji z tego, co już zostało osiągnięte (2007). Badaniami nad jakością życia zajęli się Fidecki, Wysokiński, Wrońska, Walas, i Sienikiewicz (2011). Przebadali oni 292 osoby w wieku podeszłym, z których najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z problemami kostno-stawowymi. Badana grupa dokonała oceny ogólnej jakości swojego życia, na podstawie skali WHOQOL-Bref. Średnia ocena wyniosła 2,80. Natomiast samoocena stanu zdrowia kształtowała się na zbliżonym poziomie i wynosiła 2,35. Badania własne wskazują, że średnia ocena jakości życia osób niepełnosprawnych fizycznie, jest wyższa niż u wyżej wymienionych autorów i wynosi ona 3,26. Natomiast

średnia ocena percepcji zdrowia wynosi 2,92. Badania przeprowadzone przez Zboinę, Kulik i Pacian (2006) wskazują, że osoby objęte opieką długoterminową najniżej oceniają jakość życia w dziedzinach: psychologicznej i fizycznej. Analiza badań własnych wskazuje, że osoby z niepełnosprawnością ruchową w różnym wieku najniżej oceniają dziedzinę relacji społecznych, a także dziedzinę fizyczną. Badania, które przeprowadzono na Tajwanie wskazują, że podobnie jak powyżej, osoby z niepełną sprawnością ruchową najniżej oceniają dziedzinę fizyczną, ale dodatkowo niską ocenę miała również dziedzina psychologiczna (Lai, i in., 2005). Gnacińska-Szymańska, Dardzińska, Majkowicz, Małgorzewicz (2012) poddali badaniu grupę osób, która z powodu otyłości nie jest w pełni sprawna ruchowo. Wyniki średniej oceny jakości życia wyniosły 3,84, natomiast średnia ocena stanu zdrowia wyniosła 3,11. Są to wyższe wyniki, od tych uzyskanych w badaniach własnych. Inna autorka, Gałczyńska-Rusin (2013) przebadła pacjentów poddanych leczeniu protetycznemu. Wyniki wskazują, że średnia ocena jakości życia pacjentów wynosiła 3,81, natomiast średnia ocena ogólnej percepcji zdrowia wynosiła 3,36. Podobne badania przeprowadzono w Wielkiej Brytanii, wśród osób urodzonych w 1921 roku, a także w 1936 roku, u których z powodu wieku również stwierdzono niepełną sprawność fizyczną. Osoby urodzone w 1921 r. wskazują, że najniższą dziedziną jakości życia jest dziedzina fizyczna, natomiast osoby urodzone w 1936 roku najniżej oceniły dziedzinę psychologiczną (Gobbens, Luijckx, van Assen, 2013; Brett i in., 2012). Skala WHOQOL-Bref została także wykorzystana do przebadania osób z silnymi bólami dolnego odcinka kręgosłupa, którym dolegliwości bólowe ograniczały sprawność ruchową, a także równie często nie pozwalały na wykonywanie czynności życia codziennego. Zaobserwowano nieznaczne różnice między poszczególnymi dziedzinami w skali WHOQOL-Bref. Najwyższy wynik uzyskano w kategorii społecznej (15,91). Następnie niższe wartości uzyskano w kategorii psychologicznej (14,32) i w kategorii środowiskowej (14,27). Najniższy wynik uzyskano w kategorii fizycznej (13,49) (Zaniewska, Okurowska-Zawada, Kułak, Domian, 2012).

W ocenie wpływu poczucia koherencji na jakość życia osób z niepełnosprawnością ruchową, stwierdzono występowanie silnego związku pomiędzy dwiema zmiennymi. Na poprawę poziomu ogólnej jakości życia, percepcji zdrowia oraz poszczególnych dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowisko istotnie wpływało wyższe poczucie zrozumienia, zaradności, sensowności oraz ogólny poziom poczucia koherencji.

WNIOSKI

Na poziom poczucia koherencji oraz jakości życia osób z niepełnosprawnością wpływają czynniki społeczno-demograficzne. Spośród badanych czynników istotnie wpływały pozostawanie w związku, co wiąże się z brakiem samotności osoby niepełnosprawnej, zamieszkiwanie miasta i ułatwienia dla osób niepełnosprawnych oraz więcej forma aktywizacji, wykształcenie wyższe oraz lekki stopień niepełnosprawności, co może wiązać się z wyższą w tej grupie osób aktywnością zawodową. Stwierdzono także, że wyższe poczucie koherencji wpływa na wyższą ocenę jakości życia osób niepełnosprawnych fizycznie.

PIŚMIENICTWO

- Aleksińska, A. Pojęcia jakości życia. <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=231> (31.08.2016).
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Josey-Bass.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Fundacja IPiN.
- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Badura-Brzoza, K., Piegza, M., Błachut, M., Scisło, P., Leksowska, A., Gorczyca, P. (2012). Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatria Polska*, 46(6), s. 975-984.
- Baumann, K. (2006). Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny. *Gerontologia Polska*, 14(4), s. 165-171.
- Bengtsson-Tops, A., Brunt, D., Rask M. (2005). The structure of Antonovsky's sense of coherence in patients with schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), s. 187-280. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2005.00342.x.
- Borowicz, R. (1988). *Równość i sprawiedliwość społeczna*. Warszawa: PWN.
- Brett, C.E., Gow, A.J., Corley, J., Pattie, A., Starr, J. M., Deary, I.J. (2012). Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research : an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 21(3), s. 505-516. DOI: 10.1007/s11136-011-9951-2.
- Brown, R.I. (1997). *Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice*. Cheltenham: Stanly Thornes Publishers.
- Cella, D.F., Tulsky, D.S. (1990). Measuring quality of life today: Methodological aspects. *Oncology*, 4(5), s. 29-38.

- Cieślik A. (2010). Jakość życia w naukach medycznych. *Studia Medyczne*, 2010, 19, s. 49-53.
- Czapiński, J. (2001). *Diagnoza społeczna 2000*. Warszawa: PTS.
- Czerniawska, O. (2000). *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Dziurawicz-Kozłowska, A. (2002). Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 1/2, s. 77-99
- Farquhar, M. (1995a). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), s. 502-208. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1995.22030502.x.
- Farquhar, M. (1995b). Elderly people's definitions of quality of life. *Social and Science and Medicine*, 41(1), s. 1439-1446. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00117-p.
- Farquhar, M. (2001). Jakość życia w naukach medycznych. W: Z. Melosik (red.), *Młodość, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*. Poznań: WOLUMIN, s. 225-247.
- Fidecki, W., Wysokiński, M., Wrońska, I., Walas, L., Sienkiewicz, Z. (2011). Jakość życia osób starszych ze środowiska wiejskiego objętych opieką długoterminową. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 92(2), s. 221-225.
- Gałczyńska-Rusin, M. (2013). *Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym poddanych leczeniu protetycznemu*. Niepublikowana rozprawa doktorska. Poznań: Klinika Gerostomatologii Katedry Protetyki Stomatologicznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.
- Gnacińska-Szymańska, M., Dardzińska, J.A., Majkowicz, M., Małgorzewicz, S. (2012). Ocena jakości życia osób z nadmierną masą ciała za pomocą formularza WHOQOL-Bref. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 8(4), s. 136-141.
- Gobbens, R.J., Luijckx, K.G., van Assen, M.A. (2013). Explaining quality of life of older people in the Netherlands using a multidimensional assessment of frailty. *Quality of Life Research*, 22(8), s. 2051-2061. DOI: 10.1007/s11136-012-0341-1.
- Gotay, C.C., Korn, E.L., McCabe, M.S., Moore, T.D., Cheson, B.D. (1992). Quality-of-life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development. *Journal of the National Cancer Institute*, 84(8), s. 575-579. DOI: 10.1093/jnci/84.8.575.
- Górna, K. (2005). *Obiektywny i subiektywny wymiar jakości życia chorych na schizofrenię po pierwszej hospitalizacji*. Poznań: Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego.
- Hady-Bartkowiak, K., Kosmol A. (1999). Stan aktualny i perspektywy rozwoju sportu niepełnosprawnych w Polsce. *Medycyna Sportowa*, 15, s. 3-10.
- Heszen I., Sęk H. (2008). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Jaracz, K. (2001). Jakość życia w naukach medycznych. W: Z. Melosik (red.), *Młodość, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*. Poznań: WOLUMIN, s. 209-224.
- Jelonkiewicz, I. (1994). Model Antonovsky'ego – odniesienia do wybranych koncepcji psychologicznych. *Nowiny Psychologiczne*, 3, s. 55-63.
- Kaleta, A. (1988). *Jakość życia młodzieży wiejskiej*. Toruń: Wydawnictwo UMK.

- Kędziora-Kornatowska, K., Miłowska, M., Rybicka, R., Zielińska-Więczkowska, H. (2013). Poczucie koherencji (SOC) a postawy życiowe osób starszych zamieszkujących w domach pomocy społecznej (DPS). *Psychogeriatrya Polska*, 1, s. 23-32.
- Kowalik, S. (1995). Pomiar jakości życia - kontrowersje teoretyczne. W: A. Barańska, R. Derbis (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych*. Poznań-Częstochowa: Wyd. UAM i WSP, s. 75-85.
- Kurowska, K., Szumacher, I. (2011). Poczucie koherencji a otrzymywane wsparcie wśród niepełnosprawnych pracowników zatrudnionych w zakładach pracy chronionej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(1), s. 92-98.
- Lai, K.L., Tzeng, R.J., Wang, B.L., Lee, H.S., Amidon, R.L., Kao, S. (2005). Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality Of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 14(4), s. 1169-1180. DOI: 10.1007/s11136-004-3061-3.
- Michalos, A.C. (2004). *Essays on the quality of life*. Dordrecht: Kluwer, Springer Science+Business Media.
- Nesbitt, B.J., Heidrich, S.M. (2000). Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life. *Research in Nursing and Health*, 23(1), s. 25-34. DOI: 10.1002/(sici)1098-240x(200002)23:1<25::aid-nur4>3.0.co;2-m.
- Nillson, B., Holmgren, L., Westman, G. (2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden-gender and psychosocial differences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18(1), s. 14-20. DOI: 10.1080/02813430050202497.
- Nordenfelt, L. (1993). *Quality of life, health and happiness*. Avebury: Aldershot.
- Peace, S.M. (1990). *Researching social gerontology. Concepts, methods and issues*, Londyn: SAGE Publications.
- Raeburn, J.M., Rootman, I. (1996). Quality of life and health promotion. W: R., Renwic, I., Brown, M., Nagler (red.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues, applications*. Los Angeles: Sage, Thousand Oaks, CA, s. 75-88.
- Ramfelt, E., Langius, A., Björvell, H., Nordström, G. (2000). Treatment decision-making and its relation to the sense of coherence and the meaning of the disease in a group of patients with colorectal cancer. *European Journal of Cancer Care*, 9(3), s. 158-165. DOI: 10.1046/j.1365-2354.2000.00217.x.
- Rosser, R.M., Watts, V.C. (1972). The measurement of hospital output. *International Journal of Epidemiology*, 4, s. 361-368.
- Sandén-Eriksson, B. (2000). Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), s. 1393-1397. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01410.x.
- Schipper, H. (1990a). Guidelines and caveats for quality of life measurement in clinical practice and research. *Oncology*, 4(5), s. 51-57.

- Schipper, H. (1990b). Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8(2-3), s. 171-185.
- Schnyder, U., Büchi, S., Sensky, T., Klaghofe, R. (2000). Antonovsky's sense of coherence: trait or state. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(6), s. 296-302. DOI: 10.1159/000012411.
- Suchodolski, B. (1990). *Wychowanie mimo wszystko*. Warszawa: Wydawnictwo WSiP.
- Terlak, J.F. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Tomaszewski, T. (1976). *Ślady i wzorce*. Warszawa: Wydawnictwo WSiP.
- Trzebiatowski, J. (2011) Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 46(1), s. 25-31.
- Waszkowska, M., Dudek, B. (2001). Poczucie koherencji a zdrowotne następstwa stresu zawodowego. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. Oznaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (s. 203-2011). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Wnuk, M., Marcinkowski, J.T. (2012). Jakość życia, jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(1), s. 21-26.
- Wołowicka, L., (2001). *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu.
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization Conference*, New York, s. 19-22.
- Wrzesień, W. (2001). Jakość życia, a pokolenie. W: A. Wachowiak (red.), *Jak żyć, wybrane problemy jakości życia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humanioras, s. 113-147.
- Zaniewska, R., Okurowska-Zawada, B., Kułak, W., Domian, K. (2012). Analiza jakości życia pacjentów z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa po zastosowaniu przez skórnej elektrycznej stymulacji nerwów – TENS. *Medycyna Pracy*, 63(3), s. 295-302.
- Zawiślak, A. (2006). Koncepcja jakości życia osób z upośledzeniem umysłowym w niektórych współczesnych ujęciach teoretycznych. W: Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska (red.) *Jakość życia, a niepełnosprawność*. Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 149-158.
- Zboina, B., Kulik, T., Pacian, A., Rudnicka-Drożak, E. (2006). Biopsychosocial factors shaping perception of quality of life of elderly people in long term care. *Polish Journal of Environmental Studies*, 15(2a), s. 940-944.
- Zielińska-Więczkowska, H., Kędziora-Kornatowska K. (2007). Potrzeba rozszerzenia badań nad jakością życia w populacji geriatrycznej. W: Z. Bartuzi (red.) *Interdyscyplinarny wymiar nauk o zdrowiu*. Bydgoszcz: Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medium, s. 509-512.

Uzależnienie od portali społecznościowych na przykładzie Facebooka w grupie studentów i młodzieży licealnej

Grzegorz Józef Nowicki¹, Natalia Pielaszkiewicz², Monika Walec³, Barbara Ślusarska¹, Aneta Jędrzejewska³, Wiktoria Mazurek⁴, Alicja Waśkiewicz⁴

1. Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego
3. Studentka Studiów Doktoranckich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
4. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Opiekun pracy: dr n. o zdr. Grzegorz Józef Nowicki,
dr hab. n. o zdr. Barbara Ślusarska

STRESZCZENIE

Wstęp. Liczne dane wskazują, że uzależnienie od Internetu w tym od portalu Facebook stanowi coraz większe wyzwanie współczesnego społeczeństwa.

Cel pracy. Ocena zjawiska uzależnienia od portali społecznościowych na przykładzie Facebooka w grupie studentów i młodzieży licealnej oraz analiza wpływu wybranych zmiennych na stopień uzależnienia.

Materiał i metoda. Badaniem objęto 413 licealistów i studentów. Do oceny uzależnienia od Facebooka zastosowano Skalę Uzależnienia od Facebooka (ang. *The Bergen Facebook Addiction Scale*, BFAS) w adaptacji polskiej Charzyńskiej i Góźdz. Postawy respondentów wobec portali społecznościowych na przykładzie Facebooka badano przy użyciu 11 pytań zamkniętych własnego autorstwa.

Wyniki. Średnia wieku w grupie licealistów wynosiła 16,5 (SD = 1,3), a w grupie studentów 22,8 (SD = 3). W grupie badanych z Facebooka korzysta codziennie 86% (n = 355) respondentów, jednak istotnie częściej codziennie korzystają studenci w porównaniu z licealistami ($p < 0,001$). Średni wynik uzyskany w skali BFAS w grupie licealistów wynosił 14,3 (± 5) i był istotnie niższy ($p < 0,05$) niż średni wynik uzyskany w grupie badanych studentów, który wynosił 15,6 ($\pm 5,3$).

Wnioski. Abstynencja od Facebooka lub innych serwisów społecznościowych jest trudna do osiągnięcia w badanej grupie. Kobiety oraz respondenci mieszkający w rejonach wiejskich uzyskali istotnie wyższy wynik w ogólnej ocenie kwestionariusza BFES. Zaobserwowano także, że wraz ze wzrostem samooceny kontaktów ze znajomymi/przyjaciółmi rośnie ocena w skali BFES.

Słowa kluczowe: uzależnienie, Facebook, studenci, młodzież licealna

WSTĘP

Internet i sieci społecznościowe stały się integralnymi elementami naszego życia (Kuss, Griffiths, 2011) interact with real-life friends, and meet other people based on shared interests. They are seen as a 'global consumer phenomenon' with an exponential rise in usage within the last few years. Anecdotal case study evidence suggests that 'addiction' to social networks on the Internet may be a potential mental health problem for some users. However, the contemporary scientific literature addressing the addictive qualities of social networks on the Internet is scarce. Therefore, this literature review is intended to provide empirical and conceptual insight into the emerging phenomenon of addiction to SNSs by: (1. Portale społecznościowe definiowane są jako „wirtualne społeczności, w których użytkownicy mogą tworzyć indywidualne profile publiczne, wchodzić w interakcje z prawdziwymi przyjaciółmi i spotykać się z innymi ludźmi na podstawie wspólnych zainteresowań” (Kuss, Griffiths, 2017) with individuals engaging in SNSs to connect with others who share similar interests. The perceived need to be online may result in compulsive use of SNSs, which in extreme cases may result in symptoms and consequences traditionally associated with substance-related addictions. In order to present new insights into online social networking and addiction, in this paper, 10 lessons learned concerning online social networking sites and addiction based on the insights derived from recent empirical research will be presented. These are: (i. Facebook jest używany przez ludzi do utrzymywania relacji, tworzenia wirtualnej społeczności, rozrywki, towarzystwa, dzielenia się informacjami, autoekspresji, autodokumentacji i socjalizacji (Kircaburun, et al., 2020). Facebook, jest środowiskiem komunikacyjnym, w którym dowolne zdarzenia

z ludzkiego życia przekształcane są w znak, ze względu na określony kontekst kulturowy i społeczny (Forst, 2017). Media społecznościowe w tym Facebook w dzisiejszym świecie przejęły rolę kontaktów interpersonalnych (Zalewska-Bochenko, 2016), bez których współcześni ludzie, szczególnie młodzież i młodzi dorośli, coraz trudniej sobie radzą.

W literaturze można odnaleźć wiele definicji pojęcia „media społecznościowe” (ang. *social media*). Justyna Strykowska za media społeczne uważa różnego rodzaju kanały komunikacyjne, dzięki którym możliwa jest interakcja między internautami przy pomocy technologii internetowych (Makaruk, 2013, s. 67-79). Według *Oksfordzkiego Słownika Języka Angielskiego* pojęcie to należy rozumieć, jako „wszelkie aplikacje oraz strony internetowe, które umożliwiają użytkownikom tworzenie, udostępnianie treści oraz uczestniczenie w sieciach społecznościowych” (Sigda, 2018, s. 62-72). Reasumując, *social media* są to zbiorowe kanały komunikacji online, które poświęcone są społeczności otwartej, umożliwiające dzielenie się informacjami, różnorodne interakcje oraz współpracę. Jest to stosunkowo nowa aktywność w sieci, która polega na tym, że użytkownicy Internetu są nie tylko odbiorcami przekazu, ale także są jego twórcami. Media społecznościowe mogą być wykorzystywane na dowolną skalę oraz umożliwiają natychmiastową komunikację w czasie rzeczywistym.

Patrząc na powyższe definicje, można wyciągnąć wniosek, że media społecznościowe odgrywają znaczącą rolę w naszym życiu, głównie dzięki dynamicznemu rozwojowi technologii internetowych oraz wykorzystaniu przez użytkowników przekazów multimedialnych jako formy komunikacji. Wynika to z potrzeby komunikacji i interakcji z drugim człowiekiem, a media społecznościowe stanowią do tego narzędzie. Czasy współczesne charakteryzowane są jako wiek komunikacji, a potrzeba dzielenia się sobą z innymi przy pomocy Internetu, wydaje się być jedną z dominujących.

Portale społecznościowe powstały w latach 90. XX wieku. Pierwszym z nich był SixDegrees.com, który nie osiągnąwszy dużej popularności usunięto w 2002 roku. Wiele lat później powstały obecne potęgi takie jak LinkedIn, YouTube, MySpace czy Facebook. Popularny polski portal Nasza-Klasa.pl uruchomiono w 2006 roku i cieszył się zainteresowaniem do momentu powstania polskiej wersji językowej Facebooka, który ówczesnie stawał się czempionem wśród portali społecznościowych na całym świecie. Obecnie Facebook użytkuje ponad miliard ludzi, w tym prawie 24 milionów Polaków (NapoleonCat). Portal ten został założony przez studenta Uniwersytetu Harvarda Marka Zuckerberga. Jego użytkownicy, którzy muszą mieć ukończone 13 lat, mają nieograniczone możliwości komunikacji, mogą publikować tak zwane statusy, zdjęcia, krótkie filmy, posty tekstowe, komentować oraz „lajkować”, czyli zaznaczać polubienie zdjęć, postów

i tym podobne. Pierwotnym założeniem Facebooka, jak i Naszej-Klasy, był kontakt ze szkolnymi znajomymi czy rodziną. Wraz z upływem czasu portale modyfikowano, ulepszano oraz dodawano nowe funkcje, zmieniając tym samym ich cel. Obecnie media społecznościowe stanowią nie tylko kanał komunikacyjny, ale również są nowoczesnym źródłem rozrywki.

Na istotę i siłę social mediów według Ewy Krok (2011, s. 49-62) wskazują:

1. Umożliwienie wyrażania swoich opinii i poglądów,
2. Możliwość współdzielenia zasobów takich jak zdjęcia czy pliki,
3. Zorientowanie na budowanie i utrzymywanie relacji międzyludzkich,
4. Ukierunkowanie na interakcje społeczne takie jak debaty czy dyskusje,
5. Zaspokajanie potrzeby bieżącego informowania oraz ustosunkowania się do aktualności,
6. Nastawienie na współtworzenie.

Facebook jest zdecydowanym pionierem w sferze współczesnych portali społecznościowych. Według informacji podanych przez NapoleonCat.com w styczniu 2023 roku użytkownikami portalu w Polsce było 23 937 900 osób, co stanowi 63,4 % populacji kraju. W statystyce przeważają kobiety – 55,5% wszystkich użytkowników. Największa grupa to osoby w przedziale wieku 25–34 lat – 5 900 000. Osoby w wieku 13–24 lat stanowią 28,4% polskich użytkowników. Facebook jako firma zatrudnia 2000 pracowników, ma siedzibę w Kalifornii i osiąga przychody ponad miliard dolarów rocznie, a twórca portalu, Mark Zuckerberg, to jeden z najbogatszych osób na świecie (Gol, 2011, s. 239-252).

Korzystanie z Facebooka można potraktować jako kulturowe doświadczenie dla mieszkańców powstałej dzięki temu globalnej wioski. Pojęcie „globalna wioska” to według *Słownika PWN* „świat, w którym ludzie, dzięki środkom masowego przekazu, przeżywają jednocześnie te same wydarzenia i używają tych samych produktów masowej konsumpcji” (Państwowe Wydawnictwo Naukowe). Podczas rozważań na temat użytkowania tego portalu należy uwzględnić zjawisko zwane efektem Facebooka. Polega ono na masowym rozpowszechnianiu informacji czego inicjatorami są głównie zwykli ludzie. Jest to przełom w dziejach ludzkości, gdyż po raz pierwszy każdy człowiek ma możliwość przekazania treści reszcie świata bez przymusu uzyskania zgody czy potwierdzenia, że jest ona prawidłowa. Nie jest wymagana żadna szczególna wiedza ani umiejętności, by ten proces zapoczątkować. Facebook jest potężnym narzędziem zmieniającym komunikowanie się między sobą, wpływającym na sprzedaż produktów, kontaktowanie się władzy z obywatelami, a także usprawniającym prowadzenie działalności przez firmy, ułatwiającym społeczną mobilizację. Wyżej wymienione możliwości to zdecydowanie pozytywne skutki tegoż efektu (Bąk, 2016, s. 134-136).

Portale społecznościowe takie jak Facebook wykazują często niedostrzegane walory edukacyjne. Mogą być wykorzystywane do udostępniania informacji oraz materiałów edukacyjnych, przeprowadzania projektów dydaktycznych, tworzenia grup tematycznych, organizowania konkursów, burz mózgów, kontaktów z ekspertami z różnych dziedzin i tak dalej. Stały dostęp do Internetu i Facebooka umożliwia utrzymywanie kontaktu z rówieśnikami, dzielenie się własnymi doświadczeniami, zdjęciami, muzyką, prowadzenie dyskusji. To wszystko ma wpływ na kreowanie własnej osobowości, poglądów, upodobań czy zachowań związanych ze zdrowiem. Z drugiej jednak strony, na młodych użytkowników portalu czekają także liczne zagrożenia m.in. brak prywatności, umniejszenie znaczenia komunikacji bezpośredniej, uzależnienie od wirtualnego świata. Istnieje ryzyko nadmiernego przywiązania do serwisów społecznościowych, kompulsywnego sprawdzania swojego profilu, kradzieży danych osobowych, złośliwego, natrętnego zachowania wobec innych. Ponadto istnieje również swoisty wyścig o przyjaciół, którzy kolekcjonowani są jak gadzety. Pojęcie przemocy internetowej czy mobbingu także nie jest obce użytkownikom Facebooka i może pozostawić trwały ślad w psychice, mieć negatywny wpływ na poczucie własnej wartości, pewności siebie czy też nawiązywania kontaktów interpersonalnych (Sigda, 2018, s. 62-72).

Atrakcyjność sieci społecznościowych w Internecie może jednak potencjalnie budzić niepokój, szczególnie w przypadku stopniowo zwiększającej się ilości czasu spędzanego przez ludzi w Internecie. Istnieje coraz więcej dowodów naukowych sugerujących, że nadmierne używanie portali społecznościowych może prowadzić do objawów związanych z uzależnieniami, na kształt uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Kuss, Griffiths, 2011; Andreassen, 2015) interact with real-life friends, and meet other people based on shared interests. They are seen as a 'global consumer phenomenon' with an exponential rise in usage within the last few years. Anecdotal case study evidence suggests that 'addiction' to social networks on the Internet may be a potential mental health problem for some users. However, the contemporary scientific literature addressing the addictive qualities of social networks on the Internet is scarce. Therefore, this literature review is intended to provide empirical and conceptual insight into the emerging phenomenon of addiction to SNSs by: (1. Objawy te zostały opisane jako dominacja, tolerancja, zmiana nastroju, nawrót, objawy odstawienia i konflikt w odniesieniu do uzależnień behawioralnych (Andreassen, et al., 2012). Uzależnienie od portali społecznościowych nie tyle jest uzależnieniem od technologii, ale od łączenia się z ludźmi i pozytywnych uczuć, które mogą wywołać „polubienia” czy pozytywne komentarze (Kuss, Griffiths, 2017) with individuals engaging in SNSs to connect with others who

share similar interests. The perceived need to be online may result in compulsive use of SNSs, which in extreme cases may result in symptoms and consequences traditionally associated with substance-related addictions. In order to present new insights into online social networking and addiction, in this paper, 10 lessons learned concerning online social networking sites and addiction based on the insights derived from recent empirical research will be presented. These are: (i. Model umiejętności społecznych sugeruje, że jednostki nadmiernie korzystają z portali społecznościowych w wyniku osłabionych umiejętności autoprezentacji i preferencji dla interakcji społecznych online zamiast, komunikacji twarzą w twarz, co skutkuje uzależniającym używaniem portali społecznościowych (Turel, Serenko, 2012).

CEL PRACY

Celem pracy była ocena zjawiska uzależnienia od portali społecznościowych na przykładzie Facebooka w grupie studentów i młodzieży licealnej oraz analiza wpływu wybranych zmiennych na stopień uzależnienia.

MATERIAŁ I METODA

Projekt badania

Sondaż diagnostyczny został przeprowadzony pomiędzy wrześniem a listopadem 2019 roku. Badania metodą papier-ołówek (ang. *paper and pencil interview*, PAPI) przeprowadzono w grupie studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego oraz Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie. Młodzież licealną badano w I Liceum Ogólnokształcącym im. Tadeusza Kościuszki w Kraśniku i Zespole Szkół Nr 2 im. Mikołaja Reja w Kraśniku. Respondenci rekrutowani byli do badań podczas zajęć lub lekcji, za zgodą osoby prowadzącej zajęcia. Ponieważ, w klasach licealnych rekrutowano młodzież niepełnoletnią, ankieter pierwszego dnia spotkał się z uczniami, wyjaśnił cel badań i rozdał młodzieży kwestionariusz świadomej zgody w celu podpisania przez rodzica/opiekuna prawnego i ucznia. Drugiego dnia, w obecności ankietera na sali rozdano uczniom lub studentom kwestionariusz ankiety. Respondenci mogli zadawać pytania ankieterowi w trakcie uzupełniania kwestionariusza. Po zakończonym badaniu, formularz świadomej zgody oraz kwestionariusz ankiety (jako dwa oddzielne) każdy z uczestników wrzucał do urny, która po wyjściu ankietera z sali była otwierana. W przypadku studentów pominięta dzień pierwszy, ponieważ były to osoby pełnoletnie.

Kryteria włączenia do badań obejmowały: posiadanie statusu studenta lub ucznia liceum oraz wyrażenie świadomej zgody przez badanego lub respondenta i jego rodzica/opiekuna prawnego na udział w badaniu. Respondenci zostali zaproszeni do wzięcia udziału w badaniu na zasadzie dobrowolności. Wszyscy zostali poinformowani co do celu badania i procedurze zbierania danych. Ankietowani w każdej chwili mogli wycofać się z badania, odmawiając odpowiedzi na pytanie bez podawania przyczyny. Procedura badawcza była zgodna z zasadami Deklaracji Helsińskiej. Łącznie rozdano 500 ankiet. Zwrócono 466 kwestionariuszy, z czego odrzucono 53 kwestionariusze niekompletnie wypełnione.

Narzędzie badawcze

Opracowano ustrukturyzowany kwestionariusz ankiety składający się z trzech części. W pierwszej części zawarto narzędzie standaryzowane (Skalę Uzależnienia od Facebooka). Druga część zatytułowano Postawy respondentów wobec portali społecznościowych na przykładzie Facebooka, a częścią trzecią była metryczka. Każda z części kwestionariusza była poprzedzona instrukcją dla respondenta.

W celu oceny stopnia uzależnienia od Facebooka zastosowano narzędzie standaryzowane – Skalę Uzależnienia od Facebooka (ang. *The Bergen Facebook Addiction Scale*, BFAS) autorstwa Cecilie Schou Andreassen, Torbjørn Torsheim, Geir Scott Brunborg, Ståle Pallesen (2012) z Katedry Psychologii, Uniwersytetu w Bergen w Norwegii w polskiej adaptacji Charzyńskiej i Góźdź (2014). Skala składa się z 6 itemów, a jej konstrukcja oparta jest na sześciu kluczowych komponentach uzależnienia (po 3 itemy na każdy): 1) dominacja/istotność (ang. *salience*) – aktywność zdominowała myślenie i zachowanie, 2) zmiana nastroju (ang. *mood modification*) – aktywność zmienia/poprawia nastrój, 3) tolerancja (ang. *tolerance*) – do osiągnięcia wcześniejszych efektów niezbędne jest zwiększenie aktywności, 4) objawy abstynencji (ang. *withdrawal*) – pojawienie się nieprzyjemnych emocji, gdy aktywność nie może być kontynuowana lub musi zostać zmniejszona, 5) konflikt (ang. *conflict*) – aktywność powoduje konflikty interpersonalne, w szkole/pracy, a także w zakresie innych czynności, 6) nawrót (ang. *relapse*) – tendencja do powrotu do wcześniejszych wzorców zachowania po przerwaniu aktywności lub okresie jej kontrolowania (Griffiths, 2005). Itemy w skali wyrażone są w postaci pytań „Jak często w ciągu ostatniego roku...?” Zadaniem badanego, jest ustosunkowanie się do każdego twierdzenia zawartego w skali w 5-cio stopniowej skali Likerta (od 1 – bardzo rzadko do 5 – bardzo często). Odpowiedzi udzielone przez badanego sumuje się, wyższy wynik wskazuje na większe prawdopodobieństwo uzależnienia od Facebooka.

Drugą część kwestionariusza ankiety zatytułowano *Postawy respondentów wobec portali społecznościowych na przykładzie Facebooka*. W tej części zawarto 11 pytań, z których 8 były to pytania jednokrotnego wyboru, a 3 pytania wielokrotnego wyboru. Badanych pytano, czy posiadają konto na Facebooku, od jakiego czasu są użytkownikami Facebooka, na jakich urządzeniach logują się do portalu Facebook, jak często korzystają z Facebooka, o jakich porach dnia logują się na Facebooka, jak szybko po obudzeniu włączają portal, ile średnio czasu spędzają na korzystaniu z Facebooka, w jakim celu używają Facebooka, ilu znajomych posiadają na swoich prywatnych kontach na Facebooku, jakie towarzyszy im samopoczucie w sytuacji, kiedy nie mogą zalogować się na Facebooka oraz czy posiadają konta na innych portalach społecznościowych.

Kwestionariusz ankiety zakończony był metryczką, w której pytano o wiek, płeć, miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania podczas nauki/studiowania oraz poproszono o samoocenę kontaktu ze znajomymi, przyjaciółmi w realnym życiu.

Metody analiz statystycznych

Wyniki badań przedstawiono względem danych jakościowych za pomocą licznosci i odsetka, a w przypadku danych ilościowych średniej i odchylenia standardowego. W celu sprawdzenia czy względem zmiennych występują istotne statystycznie zależności przeprowadzono analizę za pomocą nieparametrycznego testu Chi Kwadrat i Pearsona dla danych jakościowych. Rozkład danych ilościowych zbadano przy użyciu Testu Shapiro-Wilka. Po określeniu rozkładu (niezgodny z normalnym) zastosowano do porównania dwóch grup Testu U Manna-Whitneya, a dla trzech i więcej Test Kruskala-Wallisa. Użyto także korelacje Spearmana (R). Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analizę wykonano za pomocą pakietu statystycznego StatSoftStatistica 13.1 PL oraz przy udziale pakietu Microsoft Office Excel.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

W Tabeli I przedstawiono charakterystykę badanej grupy. Łącznie przebadano 413 osób, z czego licealistów było 185 (44,8%), a studentów – 228 (55,2%). Średnia wieku w grupie licealistów wynosiła 16,5 (SD = 1,3), a w grupie studentów 22,8 (SD = 3). W obu grupach w większości były kobiety (licealiści: 74,6%, $n = 138$ vs. studenci: 90,4%, $n = 206$). Natomiast w przypadku miejsca zamieszkania, w grupie licealistów dominowały osoby mieszkające

w rejonach wiejskich (56,8%, n = 105), a w przypadku studentów w mieście (64,9%, n = 148). Badani licealiści w większości w trakcie nauki mieszkali w domu rodzinnym (83,8%, n = 155), natomiast studenci na stacji (61%, n = 139). W samoocenie kontaktu ze znajomymi/przyjaciółmi w realnym życiu zarówno wśród licealistów, jak i studenci ocenili najczęściej te kontakty jako bardzo dobre i dobre.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy studentów i młodzieży licealnej

Charakterystyka badanych	Poziom kształcenia						Razem		
	Liceum		Studia						
	n	%	n	%	n	%			
Wiek	14-15 lat	49	26,5	-	-	49	11,9		
	16-17 lat	84	45,4	-	-	84	20,3		
	18-21 lat	52	28,1	73	32,0	125	30,3		
	22-24 lat	-	-	120	52,6	120	29,1		
	≥25 lat	-	-	35	15,4	35	8,5		
Płeć	Kobieta	138	74,6	206	90,4	344	83,3		
	Mężczyzna	47	25,4	22	9,6	69	16,7		
Miejsce stałego zamieszkania	Miasto	80	43,2	148	64,9	228	55,2		
	Wieś	105	56,8	80	35,1	185	44,8		
Miejsce zamieszkania w trakcie nauki/studowania	Dom rodzinny	155	83,8	62	27,2	217	52,5		
	U rodziny	8	4,3	5	2,2	13	3,1		
	Akademik	1	0,5	21	9,2	22	5,3		
	Stacja	2	1,1	139	61,0	141	34,1		
	Bursa	19	10,3	1	0,4	20	4,8		
Samoocena kontaktu ze znajomymi, przyjaciółmi w realnym życiu	Bardzo dobry	104	56,2	97	42,5	201	48,7		
	Dobry	60	32,4	96	42,1	156	37,8		
	Średni	13	7,0	30	13,2	43	10,4		
	Zły	4	2,2	4	1,8	8	1,9		
	Bardzo zły	4	2,2	1	0,4	5	1,2		

Źródło: Opracowanie własne.

Postawy badanych wobec portali społecznościowych na przykładzie facebooka

W Tabeli II przedstawiono zestawienie odpowiedzi na temat postaw respondentów względem portali społecznościowych na przykładzie Facebo-

oka. Spośród ankietowanych tylko 6 (1,5%) osób przyznało, że nie posiadają konta na Facebooku, z czego większość badanych licealistów, jak i studentów, takie konto posiada powyżej 5 lat. Respondenci, korzystając z Facebooka, najczęściej logują się na portal przy pomocy smartfonu. Spośród urządzeń, na których badani obsługują portal Facebook, na drugim miejscu znalazł się komputer stacjonarny, jednak istotnie częściej używają go licealiści niż studenci ($p < 0,0001$). Najwięcej badanych przyznało, że z Facebooka korzysta codziennie, jednak istotnie częściej codziennie korzystają studenci w porównaniu z licealistami ($p < 0,001$). Zarówno badani licealiści, jak i studenci najczęściej deklarowali, z Facebooka korzystali w różnych porach dnia, jednak istotnie częściej taką deklarację składali studenci ($p < 0,001$). Czas korzystania podczas jednego zalogowania w badanych grupach to najczęściej 10 minut, jednak jedna trzecia respondentów przyznała, że nie wylogowuje się z portalu, tylko ciągle jest on aktywny. Ankietowani przyznali, że najczęściej Facebooka używają do kontaktu ze znajomymi, następnie w celu przeglądania i komentowania wpisów znajomych, jednak w tych celach istotnie częściej Facebooka używają studenci. Trzecim najczęściej wybieranym celem korzystania z Facebooka było publikowanie własnych postów na tablicy, w tym zdjęć i to także istotnie częściej robili ankietowani studenci. Respondenci najczęściej przyznali, że ich grono znajomych na indywidualnych kontach składa się z powyżej 500 osób. Kolejne pytanie dotyczyło deklarowanego samopoczucie, w sytuacji kiedy ankietowany nie ma możliwości zalogować się na Facebooku. Zarówno większość badanych licealistów, jak i studentów przyznało, że nie wpływa to na ich samopoczucie, jednak istotnie częściej dotyczyło to studentów. Drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią była „nie przepadam za tym, ale nie stanowi to problemu”, a tylko ponad cztery procent licealistów przyznało, że w takiej sytuacji jest zdenerwowana/y i nie cierpi takich sytuacji oraz tę samą odpowiedź wybrało ponad jeden procent studentów. Oprócz Facebooka badani najczęściej posiadali konta na Instagramie, YouTube, Pinterest oraz Twitterze.

Tabela II. Postawy badanych licealistów i studentów wobec portali społecznościowych

Postawy	Poziom kształcenia						Razem	Wynik analizy	
	Liceum		Studia		Razem				
	n	%	n	%	n	%			
Czy posiadasz konto na Facebooku?	Tak	180	97,3	227	99,6	407	98,5	3,65	0,055
	Nie	5	2,7	1	0,4	6	1,5		

	Nie korzystam	5	2,7	1	0,4	6	1,5		
	Poniżej 1 roku	1	0,5	0	0	1	0,2		
Od jakiego czasu jesteś użytkownikiem Facebooka?	1–2 lata	8	4,3	0	0	8	1,9	109	< 0,001
	2–3 lata	11	6	3	1,3	14	3,4		
	3–4 lata	53	28,7	4	1,8	57	13,8		
	4–5 lat	31	16,8	23	10,1	54	13,1		
	Powyżej 5 lat	76	41,1	197	86,4	273	66,1		
Na jakich urządzeniach logujesz się, korzystając z Facebooka?*	Komputer stacjonarny	49	26,5	39	17,1	88	21,3	5,36	0,02
	Komputer przenośny	84	45,4	31	13,6	115	27,8	51,4	< 0,0001
	Smartfon	178	96,2	225	98,7	403	97,6	2,63	0,104
	Tablet	16	8,7	11	4,8	27	6,5	3,72	0,155
	Inne urządzenia	2	1,1	0	0	2	0,5	2,47	0,115
Jak często korzystasz z Facebooka?	Nie korzystam	5	2,7	1	0,4	6	1,5		
	Codziennie	144	77,8	211	92,5	355	86	20,1	0,001
	Kilka razy w tygodniu	27	14,6	14	6,1	41	9,9		
	Kilka razy w miesiącu	6	3,2	2	0,9	8	1,9		
	Kilka razy w roku	3	1,6	0	0	3	0,7		
Nie korzystam	5	2,7	1	0,4	6	1,5			
O jakich porach dnia korzystasz z Facebooka?	Rano	7	3,8	3	1,3	10	2,4	24,7	< 0,001
	Przed południem	1	0,5	1	0,4	2	0,5		
	Popołudniu	19	10,3	4	1,8	23	5,6		
	Wieczorem	18	9,7	14	6,1	32	7,7		
	W różnych porach dnia	135	73	205	89,9	340	82,3		
Jak szybko po obudzeniu zwykle logujesz się na Facebooku?	Nie korzystam	5	2,7	1	0,4	6	1,5	22,1	< 0,0001
	Do 10 minut	46	24,9	55	24,1	101	24,5		
	Do 30 minut	30	16,2	69	30,3	99	24		
	Do 1 godziny	30	16,2	44	19,3	74	17,9		
	Do 2 godzin	17	9,2	22	9,7	39	9,4		
	Powyżej 2 godzin	57	30,8	37	16,2	94	22,8		
Ile średnio czasu poświęcasz na korzystanie z Facebooka, przy jednym logowaniu?	Nie korzystam	5	2,7	1	0,4	6	1,5	6,14	0,292
	Okolo 10 minut	82	44,3	103	45,2	185	44,8		
	Okolo 30 minut	32	17,3	34	14,9	66	16		
	Okolo 1 godziny	8	4,3	9	4	17	4,1		
	Więcej niż 1 godzina	1	0,5	5	2,2	6	1,5		
	Cały czas jestem zalogowany/a	57	30,8	76	33,3	133	32,2		

	Kontakt ze znajomymi (np. wysyłanie wiadomości)	166	89,7	227	99,6	393	95,2	21,4	< 0,0001
Portalu społecznościowego Facebook używasz w celu:*	Przeglądanie i komentowanie wpisów znajomych	130	70,3	153	67,1	283	68,5	0,47	0,491
	Publikowanie własnych postów na tablicy w tym zdjęć	53	28,7	140	61,4	193	46,7	44	< 0,0001
	Udostępnianie postów w postaci linków, rekomendacji (np. książek, filmów, itd.)	38	20,5	160	70,2	198	47,9	100	< 0,001
	Inne	19	10,3	36	15,8	55	13,3	2,69	0,100
Ilu znajomych posiadasz na Facebooku?	Nie korzystam	5	2,7	1	0,4	6	1,5		
	0–100 osób	8	4,3	9	4	17	4,1		
	101–200 osób	10	5,4	24	10,5	34	8,2		
	201–300 osób	25	13,5	38	16,7	63	15,3	8,18	0,224
	301–400 osób	33	17,8	39	17,1	72	17,4		
	401–500 osób	27	14,6	33	14,5	60	14,5		
	Powyżej 500 osób	77	41,6	84	36,8	161	39		
Jak czujesz się, gdy nie masz możliwości zalogowania się do Facebooka?	Nie korzystam	5	2,7	1	0,4	6	1,5		
	Bardzo zdenerwowana/ny, nie cierpię takich sytuacji	8	4,3	3	1,3	11	2,7		
	Czuję pustkę, brakuje mi tego	17	9,2	14	6,1	31	7,5		
	Nie przepadam za tym, ale nie stanowi to problemu	57	30,8	81	35,5	138	33,4	12,2	0,031
	Nie wpływa to na moje samopoczucie	89	48,1	121	53,1	210	50,8		
	Czuję ulgę, jestem wtedy wolna/y	9	4,9	9	4	18	4,4		

	YouTube	162	87,6	141	61,8	303	73,4	34,5	< 0,0001
	Instagram	163	88,1	173	75,9	336	81,4	10	0,001
	Qzone	1	0,5	0	0	1	0,2	1,23	0,266
	Weibo	3	1,6	0	0	3	0,7	3,72	0,053
	Twitter	58	31,4	26	11,4	84	20,3	25	0,0001
	Reddit	13	7	5	2,2	18	4,4	5,72	0,016
Czy posiadasz konta na innych portalach społecznościowych niż Facebooka?*	Pinterest	84	45,4	54	23,7	138	33,4	21,6	0,0001
	Ask.fm	16	8,7	8	3,5	24	5,8	4,92	0,026
	Tumble	22	11,9	18	7,9	40	9,7	1,86	0,171
	Flickr	2	1,1	0	0	2	0,5	2,47	0,115
	Google+	90	48,7	75	32,9	165	40	10,5	0,001
	LinkedIn	1	0,5	11	4,8	12	2,9	6,64	0,009
	VK	2	1,1	2	0,9	4	1	0,04	0,833
	Nasza klasa	40	21,6	23	10,1	63	15,3	10,5	0,001
	Inny	69	37,3	9	4	78	18,9	74,1	0,001
	Nie posiadam innych kont	2	1,1	22	9,7	24	5,8	13,6	0,0001

* respondent mógł wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: Opracowanie własne.

Stopień uzależnienia od Facebooka i zmienne determinujące w badanej grupie

W Tabeli III zestawiono wyniki średnie, jakie uzyskali respondenci w ocenie stopnia uzależnienia od Facebooka. Jak wspomniano wyżej, w celu oceny stopnia uzależnienia od Facebooka, użyto Skali Uzależnienia od Facebooka. W kwestionariuszu można uzyskać od 6 do 30 punktów, im wyższy wynik, tym większy stopień uzależnienia od Facebooka. Średni wynik uzyskany w skali BFAS w grupie licealistów wynosił 14,3 (± 5) i był istotnie niższy niż średni wynik uzyskany w grupie badanych studentów, który wynosił 15,6 ($\pm 5,3$). Spośród podskal kwestionariusza BFAS najwyższą średnią ocenę w obu badanych grupach uzyskano w podskali Dominacja, czyli aktywność na portalu dominuje nad myśleniem i zachowaniem (licealiści: $M = 3,6 (\pm 1,3)$; studenci: $M = 3,6 (\pm 1,3)$), na drugim miejscu w ocenie znalazła się Podskala Tolerancja, czyli, że do osiągnięcia efektów potrzebna jest większa aktywność na portalu (licealiści: $M = 2,6 (\pm 1,2)$; studenci: $M = 3,1 (\pm 1,3)$), przy czym studenci uzyskali istotnie wyższą ocenę w tej podskali ($p < 0,0001$). Trzecią najwyżej ocenianą podskalą była w przypadku liceali-

stów skala Konflikty ($M = 2,4 (\pm 1,4)$), która w badanej grupie studentów była na czwartym miejscu ($M = 2,4 (\pm 1,2)$). Natomiast wśród badanych studentów na trzecim miejscu znalazła się podskala Zmiana nastroju ($M = 2,5 (\pm 1,4)$), która wśród badanej młodzieży licealnej była na trzecim miejscu w ocenie ($M = 2,2 (\pm 1,2)$). Ponadto ankietowani studenci uzyskali istotnie wyższy wynik niż licealiści ($p = 0,014$). Nieco niżej w ocenie znalazła się ocena w podskali Nawroty, która była istotnie wyższa w grupie badanych studentów ($M = 2,2 (\pm 1,1)$) w porównaniu do grupy licealistów ($M = 1,9 (\pm 1,1)$) ($p = 0,01$). Ostatnią w ocenie była podskalą Objawy odstawienia, która uzyskała najniższą ocenę w obu badanych grupach (w obu grupach $M = 1,7$).

Tabela III. Stopień uzależnienia od Facebooka – wyniki oceny skalą BFAS

Skala BFAS	Poziom kształcenia				Razem		Wynik analizy	
	Liceum		Studia					
	M	SD	M	SD	M	SD	Z	p
BFAS – Suma	14,3	5	15,6	5,3	15	5,2	-2,50	0,012
BFAS – Dominacja	3,6	1,3	3,6	1,3	3,6	1,3	-0,99	0,322
BFAS – Tolerancja	2,6	1,2	3,1	1,3	2,9	1,3	-3,89	<0,0001
BFAS – Zmiana nastroju	2,2	1,2	2,5	1,4	2,4	1,3	-2,45	0,014
BFAS – Nawrót	1,9	1,1	2,2	1,1	2	1,1	-2,59	0,01
BFAS – Objawy odstawienia	1,7	1	1,7	0,9	1,7	0,9	-0,89	0,373
BFAS – Konflikty	2,4	1,4	2,4	1,2	2,4	1,3	-0,28	0,776

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Z: wynik testu U Manna-Whitneya; p: poziom istotności statystycznej

Źródło: Opracowanie własne.

W dalszej części analiz postanowiono sprawdzić, które zmienne wpływają na ogólny stopień uzależnienia od Facebooka oraz poszczególne podskale kwestionariusza BFAS. Wyniki przedstawiono w Tabeli IV i V. W badanej grupie licealistów, na ogólny wynik kwestionariusza BFAS wpływała istotnie płeć badanych ($p = 0,048$). Kobiety ($M = 14,7 (\pm 4,9)$) uzyskały istotnie wyższy średni wynik w porównaniu z mężczyznami ($M = 13,2 (\pm 5,1)$), jednak różnica ta była na granicy istotności. Zaobserwowano, że płeć badanych wpływała także istotnie na ocenę w podskali Konflikty ($p = 0,016$). Kobiety ($M = 2,5 (\pm 1,4)$) uzyskały istotnie wyższy wynik oceny w tej podskali, niż mężczyźni ($M = 2 (\pm 1,3)$). Ponadto, zaobserwowano dodatnią korelację pomiędzy wiekiem badanych a oceną w podskali Nawrotu ($R = 0,19, p = 0,01$).

W badanej grupie studentów, zmiennymi istotnie wpływającymi na ogólny wynik w kwestionariuszu BFAS była płeć ($p = 0,004$), miejsce zamieszkania ($p = 0,006$) oraz zaobserwowano dodatnią korelację pomiędzy samooceną kontaktów ze znajomymi/przyjaciółmi ($R = 0,14$; $p = 0,036$). Kobiety oraz respondenci mieszkający w rejonach wiejskich uzyskali istotnie wyższy wynik w ogólnej ocenie kwestionariusz BFES. Ponadto, zaobserwowano, że wraz ze wzrostem samooceny kontaktów ze znajomymi/przyjaciółmi rośnie ocena w skali BFES. W cenie poszczególnych podskal kwestionariusza BFES zaobserwowano ujemną korelację w ocenie w podskali Nawrót a wiekiem badanych ($R = -0,2$; $p = 0,002$). Płeć badanych istotnie różnicowała badaną grupę studentów w ocenie w podskali Dominacja, Tolerancja, Zmiana nastroju oraz Nawrót. W tych podskalach istotnie wyższą ocenę uzyskały kobiety. Zaobserwowano, że ankietowani mieszkający w rejonach wiejskich uzyskali istotnie wyższą ocenę w podskalach Tolerancja, Zmiana nastroju oraz Nawrót. Natomiast samoocena kontaktu ze znajomymi/przyjaciółmi istotnie dodatnio korelowała z podskalą Zmiana nastroju.

Tabela IV. Wpływ wybranych zmiennych na stopień uzależnienia od Facebooka w badanej grupie licealistów

Zmienna	BFAS – suma		BFAS – Dominacja		BFAS – Tolerancja		BFAS – Zmiana nastroju		BFAS – Nawrót		BFAS – Objawy odstawienia		BFAS – Konflikty	
	M±SD	Wynik analizy	M±SD	Wynik analizy	M±SD	Wynik analizy	M±SD	Wynik analizy	M±SD	Wynik analizy	M±SD	Wynik analizy	M±SD	Wynik analizy
Wiek:														
18 – 21 lata	12,8±4,1	R=0,08;	3,5±1,3	R=	2,4±1,1	R=0,01;	1,9±1,1	R=0,06;	1,6±0,8	R=0,19;	1,4±0,7	R=0,06;	2,0±1,3	R=0,08;
22 – 24 lata	15,2±5,6	p=0,230	3,6±1,3	-0,02;	2,8±1,3	p=0,882	2,3±1,3	p=0,428	2,0±1,2	p=0,01	1,9±1,1	p=0,45	2,6±1,4	p=0,271
≥ 25 lat	14,3±4,3		3,5±1,1	p=0,796	2,6±1,0		2,1±1,1		2,1±1,0		1,6±0,8		2,4±1,4	
Płeć:														
Kobieta	14,7±4,9	Z=-1,98;	3,6±1,2	Z=-1,33;	2,7±1,2	Z=-1,39;	2,3±1,2	Z=-1,91;	1,9±1,1	Z=-0,94;	1,6±0,9	Z=0,91;	2,5±1,4	p=0,016
Mężczyzna	13,2±5,1	p=0,048	3,3±1,4	p=0,184	2,4±1,3	p=0,166	1,9±1,1	p=0,056	1,8±1,0	p=0,345	1,8±1,0	p=0,36	2,0±1,3	
Miejsce stałego zamieszkania:														
Miasto	13,9±4,9	Z=0,95;	3,6±1,3	Z=-,16;	2,6±1,2	Z=0,51;	2,1±1,2	Z=0,30;	1,8±1,0	Z=0,63;	1,6±0,9	Z=0,15;	2,2±1,5	Z=1,70;
Wieś	14,6±5,0	p=0,342	3,6±1,2	p=0,873	2,6±1,2	p=0,610	2,2±1,2	p=0,760	2,0±1,1	p=0,526	1,7±1,0	p=0,88	2,5±1,4	p=0,089
Miejsce zamieszkania w trakcie nauki:														
Dom rodzinny	14,3±5,1		3,6±1,3		2,6±1,2		2,2±1,2		1,9±1,1		1,7±1,0		2,5±1,4	
Urodziny	12,0±2,5	H=6,89;	2,8±1,4	H=4,15;	2,5±1,3	H=6,54;	1,5±0,8	H=6,99;	1,9±0,6	H=6,78;	1,5±0,8	H=3,51;	1,9±1,0	H=4,35;
Akademik	9,0±0,0	p=0,141	3,0±0,0	p=0,385	2,0±0,0	p=0,161	1,0±0,0	p=0,136	1,0±0,0	p=0,147	1,0±0,0	p=0,47	1,0±0,0	p=0,360
Stacja	22,0±7,1		4,0±1,4		5,0±0,0		4,0±1,4		3,5±0,7		2,5±0,7		3,0±2,8	
Bursa	14,4±3,6		3,8±1,1		2,8±1,2		2,1±1,0		2,0±0,8		1,7±1,0		1,9±1,1	
Samocena kontaktu ze znajomymi, przyjaciółmi w realnym życiu:														
Bardzo dobry	14,1±4,4		3,6±1,2		2,6±1,1		2,1±1,1		1,8±0,9		1,6±0,8		2,4±1,4	
Dobry	13,7±4,7	R=0,02;	3,4±1,2	R=-0,06;	2,5±1,2	R=-0,01;	2,1±1,2	R=0,01;	1,9±1,1	R=0,11;	1,6±0,9	R=0,09;	2,2±1,3	R=0,06;
Średni	15,1±6,2	p=0,786	3,5±1,4	p=0,880	2,5±1,5	p=0,880	2,4±1,6	p=0,856	1,9±1,2	p=0,144	1,9±1,1	p=0,19	2,8±1,4	p=0,381
Zły i bardzo zły	19,9±8,6		3,8±1,6	p=0,414	3,5±1,6		2,9±1,9		3,3±1,6		3,0±1,9		3,5±1,4	

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; R: wynik testu korelacji Spearmana; Z: wynik testu U Manna-Whitneya; H: wynik testu Kruskala-Wallis; p: poziom istotności statystycznej.

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela V. Wpływ wybranych zmiennych na stopień uzależnienia od Facebooka w badanej grupie studentów

Zmienna	BFAS – suma		BFAS – Dominacja		BFAS – Tolerancja		BFAS – Zmiana nastroju		BFAS – Nawrót		BFAS – Objawy odstawienia		BFAS – Konflikty	
	M±SD	Wynik analizy	M±SD	Wynik analizy	M±SD	Wynik analizy	M±SD	Wynik analizy	M±SD	Wynik analizy	M±SD	Wynik analizy	M±SD	Wynik analizy
Wiek:														
18 – 21 lata	16,2±5,4	R = -0,1;	3,6±1,4	R = -0,79;	3,1±1,3	R = -0,05;	2,5±1,4	R = -0,01;	2,4±1,1	R = -0,2;	1,8±1,0	R = -0,07;	2,7±1,2	R = -0,15;
22 – 24 lata	15,4±5,2	p = 0,13	3,7±1,3	p = 0,787	3,2±1,3	p = 0,445	2,5±1,4	p = 0,932	2,1±1,0	p = 0,002	1,7±0,9	p = 0,308	2,3±1,2	p = 0,025
≥ 25 lat	14,8±5,6		3,6±1,3		2,9±1,5		2,7±1,3		1,9±1,1		1,7±0,9		2,1±1,3	
Płeć:														
Kobieta	15,9±5,3	Z = 2,85;	3,7±1,3	Z = 2,01;	3,2±1,3	Z = 2,66;	2,6±1,4	Z = 2,29;	2,2±1,1	Z = 2,4;	1,8±0,9	Z = 1,48;	2,4±1,2	Z = 1,36;
Mężczyzna	12,4±4,5	p = 0,004	3,1±1,4	p = 0,044	2,4±1,2	p = 0,008	1,8±0,9	p = 0,022	1,6±0,9	p = 0,016	1,4±0,6	p = 0,139	2,1±1,4	p = 0,174
Miejsce stałego zamieszkania:														
Miasto	14,8±5,3	Z = -2,76;	3,6±1,4	Z = -1,26;	2,9±1,3	Z = -3,10;	2,4±1,4	Z = -1,96;	2,0±1,1	Z = -2,55;	1,7±0,9	Z = -1,19;	2,3±1,3	Z = -1,93;
Wieś	16,9±5,2	p = 0,006	3,8±1,3	p = 0,209	3,5±1,2	p = 0,002	2,7±1,3	p = 0,05	2,4±1,1	p = 0,011	1,9±1,0	p = 0,233	2,6±1,2	p = 0,054
Miejsce zamieszkania w trakcie studiów:														
Dom rodzinny	16±5,7		3,7±1,3		3,2±1,4		2,6±1,3		2,3±1,2		1,8±0,9		2,5±1,3	
U rodziny	15±3,7	H = 2,06;	2,8±1,6	H = 3,77;	3,6±1,5	H = 2,04;	2,2±0,8	H = 0,92;	2,0±0,7	H = 2,60;	1,6±0,9	H = 0,80;	2,8±0,8	H = 1,60;
Akademik	16±5,7	p = 0,723	3,8±1,4	p = 0,436	3,3±1,3	p = 0,727	2,5±1,4	p = 0,92	2,3±1,2	p = 0,626	1,8±1,0	p = 0,937	2,3±1,3	p = 0,807
Stancja	15,3±5,2		3,6±1,3		3,0±1,3		2,5±1,4		2,1±1,0		1,7±0,9		2,4±1,2	
Bursa	19±0,0		5,0±0,0		3,0±0,0		3,0±0,0		3,0±0,0		2,0±0,0		3,0±0,0	
Samooceńca kontaktu ze znajomymi, przyjaciółmi w realnym życiu:														
Bardzo dobry	15,1±5,5		3,7±1,4		3,1±1,4		2,4±1,4		2,0±1,0		1,7±0,9		2,2±1,2	R = 0,24;
Dobry	15,1±4,8	R = 0,14;	3,5±1,3	R = 0,01;	3,0±1,2	R = 0,04;	2,4±1,3	R = 0,14;	2,1±1,1	R = 0,12;	1,7±0,8	R = 0,10;	2,3±1,2	R = 0,24;
Średni	18,7±5,5	p = 0,036	3,8±1,4	p = 0,924	3,4±1,3	p = 0,577	3,3±1,2	p = 0,039	2,6±1,3	p = 0,071	2,2±1,1	p = 0,117	3,2±1,4	p <
Zły i bardzo zły	16,2±4,5		3,8±1,3		3,0±1,4		2,2±1,6		2,4±1,1		1,4±0,5		3,4±0,9	0,0001

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; R: wynik testu korelacji Spearmana; Z: wynik testu U Manna-Whitneya; H: wynik testu Kruskala-Wallis; p: poziom istotności statystycznej.

Źródło: Opracowanie własne.

DYSKUSJA

W dzisiejszych czasach ludzie coraz częściej prowadzą życie społeczne za pośrednictwem Internetu i portali społecznościowych, które odnoszą się do tego kim jesteśmy i jak odnosimy się do siebie nawzajem. Pokolenie Y oraz Z dorastało w świecie, który polegał na technologii, jako integralnej części ich życia, przez co przedstawiciele tych pokoleń, nie mogą sobie wyobrazić życia bez połączenia z Internetem. Jest to określane jako styl życia „zawsze online”. Wydaje się, że w dzisiejszej kulturze istnieje nieodłączne rozumienie lub wymóg, że należy angażować się w sieci społecznościowe online, aby nie przegapić, być na bieżąco i łączyć się z innymi (Kuss, Griffiths, 2017).

W badaniach własnych 98,5% badanych posiadało konto na portalu Facebook, a 86% z nich codziennie korzysta z tego portalu społecznościowego. Facebook może być używany do różnych celów, takich jak komunikatory, wideokonferencje, gry i zakupy. Facebook jest popularny ze względu na funkcję udostępniania treści. Udostępniane treści mogą obejmować wiadomości, osobiste blogi, zdjęcia i filmy, które mogą mieć charakter edukacyjny, informacyjny czy rozrywkowy. W naszych badaniach ankietowani deklarowali, że najczęściej Facebooka używają do kontaktu ze znajomymi, następnie w celu przeglądania i komentowania wpisów znajomych, jednak w tych celach istotnie częściej Facebooka używają studenci. Trzecim najczęściej wybieranym celem korzystania z Facebooka było publikowanie własnych postów na tablicy, w tym zdjęć i to także częściej robili ankietowani studenci. Portale społecznościowe stały się sposobem bycia, a miliony ludzi na całym świecie regularnie uzyskują dostęp do portali społecznościowych za pomocą różnych urządzeń, w tym technologii mobilnych (np. tablety, smartfony), które wydają się być szczególnie popularne w przypadku korzystania z portali społecznościowych. W badaniach własnych respondenci, korzystając z Facebooka, najczęściej logują się na portal przy pomocy smartfonu.

Wynik uzyskane przez badanych licealistów w Skali Uzależnienia od Facebooka wynosił 14,3 (± 5) i był istotnie niższy niż średni wynik uzyskany w grupie badanych studentów, których wynik wynosił 15,6 ($\pm 5,3$). W badaniach przeprowadzonych przez Sediri, et al. (2020) średni wynik w skali BFAS wynosił 16,49 ($\pm 5,4$). Czterdzieści procent respondentów wykazywało uzależnienie od Facebooka, zgodnie ze skalą. Dodatkowo stwierdzono istotną dodatnią korelację między wskaźnikiem uzależnienia na Facebooku a nasileniem objawów depresji ($p = 0,001$), lęku, ($p = 0,001$) i stresu ($p = 0,001$). Badania międzykulturowe obejmujące 10 930 nastolatków z sze-

ściu krajów europejskich (Polska, Grecja, Hiszpania, Holandia, Rumunia i Islandia) wykazały, że używanie portali społecznościowych przez dwie lub więcej godzin dziennie wiązało się z problemami internalizacyjnymi (emocjonalne i behawioralne) oraz obniżonymi wynikami w nauce (Tsitsika, et al., 2014). Na podstawie badań własnych czas korzystanie podczas jednego zalogowania w badanych grupach to najczęściej 10 minut, jednak jedna trzecia respondentów przyznała, że nie wylogowuje się z portalu, tylko ciągle jest on aktywny. Badania sugerują, że wysokie zaangażowanie w sieci społecznościowe jest częściowo spowodowane „lękiem przed przegapieniem” (ang. *a fear of missing out*, FOMO) (Buglass, et al., 2017; Oberst, et al., 2017)

FOMO to lęk wynikający z przekonania, że inni mogą przeżywać jakieś satysfakcjonujące doświadczenia, dobrze się bawić, podczas gdy osoba doświadczająca lęku jest nieobecna. FOMO jest definiowane również jako obawa, że można stracić okazję do interakcji społecznej, nowego doświadczenia czy opłacalnej inwestycji. Charakteryzuje się chęcią pozostania w ciągłym kontakcie z tym, co robią inni (Przybylski, et al., 2013).

Lęk przed przegapieniem może przyczyniać się do uzależnienia od portali społecznościowych, ponieważ osoby, które martwią się, że nie będą w stanie połączyć się ze swoimi sieciami, mogą rozwinąć impulsywne nawyki kontrolne, które z czasem mogą przekształcić się w nałóg (Kuss, Griffiths, 2017).

W badaniach własnych ponad 4 procent licealistów przyznało, że w sytuacji, kiedy nie mają możliwości zalogowania się na Facebooka jest zdenerwowana/y i nie cierpi takich sytuacji oraz tę samą odpowiedź wybrało ponad 1 procent studentów, natomiast 9,2% licealistów i 6,1% studentów zadeklarowało, że w danej sytuacji odczuwa pustkę i brakuje im tego.

Badanie przeprowadzone przez Teppers, i wsp. (2014) na 256 nastolatkach potwierdza, że osoby, które czują się samotne w swoich relacjach z rówieśnikami, częściej korzystały z Facebooka, aby zrekompensować swoje słabsze umiejętności społeczne, zmniejszyć poczucie osamotnienia i nawiązać więcej kontaktów międzyludzkich. W badaniach przeprowadzonych przez Błachnio, i wsp. (2016) respondenci, którzy zgłaszali wyższy poziom samotności, częściej mieli poważne uzależnienie od Facebooka. W badanej przez nas grupie zaobserwowano, że wraz ze wzrostem samooceny kontaktów ze znajomymi/przyjaciółmi rośnie ocena w skali BFES. Osoby, które doświadczają negatywnych stanów nastroju, takich jak samotność, lęk lub depresja, są zmotywowane do korzystania z Facebooka w celu znalezienia wsparcia społecznego lub jako sposób spędzenia czasu (Ryan, et al., 2014).

Pandemia koronawirusa 2019 (COVID-19) stworzyła sytuację ogólnego niepokoju. Choć początkowo skupiono się bardziej na zdrowiu fizycznym podczas pandemii, szybko wzrosły obawy dotyczące zdrowia psychicznego związane z zamknięciem (Nowicki, et al., 2020). Wpływ COVID-19 na zdrowie psychiczne nie ogranicza się do osób dotkniętych chorobą, ich rodzin i pracowników ochrony zdrowia, ale obejmuje ogólną reakcję społeczeństwa (Tandon, 2020). Ograniczenie podróżowania lub przemieszczania się, w niektórych przypadkach przeniesienie pracy i nauki na formę zdalną, ograniczone możliwości rozrywki, utrata kontaktu z szerszymi kręgami społecznymi i trudności ekonomiczne to czynniki, które mogły doprowadzić do tego, że pandemia COVID-19 przekształciła się w kryzys psychospołeczny, oprócz tego, że stała się poważnym problemem zdrowotnym. Badanie przeprowadzone w Chinach z udziałem 908 uczestników wykazało, że behawioralne uzależnienie od korzystania z telefonu i Internetu odnotowano u osób cierpiących na objawy depresyjne i lękowe z powodu COVID-19 (Elhai, et al., 2020). W związku z pandemią i późniejszym ogólnokrajowym lockdownem nastąpił gwałtowny wzrost wykorzystania mediów społecznościowych, co również odzwierciedla reakcję społeczną na całym świecie.

Wielopłaszczyznowe uwarunkowania rozwoju i popularności portali społecznościowych jako powszechnej formy komunikowania interpersonalnego zmienia świat życia codziennego, a jednocześnie wpływa w sposób dynamiczny na warunki integracji międzyludzkiej w wymiarze jakości więzi społecznych, stanowiących stabilny fundament zdrowia człowieka. Konieczna jest kontynuacja badań, szczególnie w okresie pandemii COVID-19, jak i po jej zakończeniu, co może potwierdzić rosnącą tendencję uzależnienia młodzieży od portali społecznościowych, oraz określenia jakie są obecne i przyszłe konsekwencje tego trendu dla zdrowia psychicznego młodzieży oraz czy korzystanie z mediów społecznościowych w czasie pandemii zwiększa tendencję do uzależniających zachowań, a także czy jest to mechanizm radzenia sobie z kryzysem psychospołecznym.

WNIOSKI

1. Całkowita abstynencja od Facebooka lub innych serwisów społecznościowych jest trudna do osiągnięcia, ponieważ Internet stał się integralną częścią naszego życia. Badani licealiści i studenci wykazują cechy średniego uzależnienia od Facebooka, z największym nasileniem w subskalach Dominacji i Tolerancja.

2. Kobiety oraz respondenci mieszkający w rejonach wiejskich uzyskują istotnie wyższy wynik w Skali Uzależnienia od Facebooka.
3. Czynnikiem wysokiej samooceny kontaktów ze znajomymi/przyjaciółmi jest czynnikiem silnie determinującym uzależnienie od Facebooka.
4. Dynamiczny rozwój nowych form komunikacji międzyludzkiej przy użyciu komunikatorów online i zmiany zachodzące w wielowymiarowym funkcjonowaniu człowieka są istotnymi obszarami w dyskursie teorii zjawiska i dostrzegania roli profilaktyki zaburzeń w tym zakresie.

PIŚMIENNICTWO

- Andreassen, C.S., Torsheim, T., Brunborg, G.S., Pallesen, S. (2012). Development of a Facebook Addiction Scale, *Psychological Reports*, 110(2), s. 501-517. DOI: 10.2466/02.09.18.PR0.110.2.501-517.
- Andreassen, C.S. (2015). Online social network site addiction: a comprehensive review, *Current Addiction Reports*, 2, s. 175-184. DOI: 10.1007/s40429-015-0056-9.
- Bąk, A. (2016). Serwisy społecznościowe – efekt Facebooka i nie tylko. *Media i Społeczeństwo*, 6, 134-136.
- Błachnio, A., Przepiorka, A., Pantic, I. (2016). Association between Facebook addiction, self-esteem and lifesatisfaction: a cross-sectional study. *Computers in Human Behavior*, 55, s. 701-705. DOI: 10.1016/j.chb.2015.10.026.
- Buglass, S., Binder, J.F., Betts, L.R., Underwood, J.D.M. (2017). Motivators of online vulnerability: the impact of social network site use and FOMO. *Computers in Human Behavior*, 66, s. 248-255. DOI: 10.1016/j.chb.2016.09.055.
- Charzyńska E, Góźdz J. (2014). W sieci uzależnienia. Polska adaptacja Skali Uzależnienia od Facebooka (the Bergen Facebook AddictionScale) C.S. Andreassen, T. Torsheim, G.S. Brunborga i S. Pallesena. *Chowanna*, 1, s. 163-185.
- Elhai, J. D., Yang, H., McKay, D., Asmundson, G.J.G. (2020). COVID-19 anxiety symptoms associated with problematic smartphone use severity in Chinese adults. *Journal of Affective Disorders*, 274, s. 576-582. DOI: 10.1016/j.jad.2020.05.080.
- Forst, K. (2017). Facebook we współczesnym świecie komunikacji społecznej. W: K. Doktorowicz (red.), *Media społecznościowe: dialog w cyberprzestrzeni*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 37-55.
- Gil, A. (2011). Portale społecznościowe sposobem na społeczny problem samotności. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica*, 28, s. 239-252.
- Griffiths, M.D.A. (2005). A "components" model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, s. 191-197. DOI: 10.1080/14659890500114359.
- Kircaburun, K., Alhabash, S., Tosuntaş, Ş.B., Griffiths M.D. (2020). Uses and gratifications of problematic social media use among university students: a simultaneous exam-

- ination of the big five of personality traits, social media platforms, and social media use motives. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, s. 525-547. DOI: 10.1007/s11469-018-9940-6.
- Krok, E. (2011). Media społecznościowe elementem system zarządzania wiedzą w firmie. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica*, 28, s. 49-62.
- Kuss, D.J., Griffiths, M.D. (2011). Online social networking and addiction - a review of the psychological literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(9), s. 3528-3552. DOI: 10.3390/ijerph8093528.
- Kuss, D.J., Griffiths, M.D. (2017). Social networking sites and addiction: ten lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), s. 311. DOI: 10.3390/ijerph14030311.
- Makaruk, K. (2013). Korzystanie z portali społecznościowych przez młodzież. Wyniki badania EU NET ADB. *Dziecko krzywdzone. Teoria badania praktyka*, 12(1), s. 67-79. NapoleonCat. <https://napoleoncat.com/stats/> (12.02.2023).
- Nowicki, G.J., Ślusarska, B., Tucholska, K., Naylor, K., Chrzan-Rodak, A., Niedorys, B. (2020). The severity of traumatic stress associated with COVID-19 pandemic, perception of support, sense of security, and sense of meaning in life among nurses: research protocol and preliminary results from Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), s. 6491. DOI: 10.3390/ijerph17186491.
- Oberst, U., Wegmann, E., Stodt, B., Brand, M., Chamarro, A. (2017). Negative consequences from heavy social networking in adolescents: the mediating role of fear of missing out. *Journal of Adolescence*, 55, s. 51-60. DOI: 10.1016/j.adolescence.2016.12.008.
- Państwowe Wydawnictwo Naukowe (PWN). Słownik języka polskiego. <https://sjp.pwn.pl/szukaj/globalna%20wioska.html> (12.02.2023).
- Przybylski, A.K., Murayama, K., DeHann, C.R., Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 29(4), s. 1841-1848. DOI: 10.1016/j.chb.2013.02.014.
- Ryan, T.; Chester, A., Reece, J., Xenos, S. (2014). The uses and abuses of facebook: a review of facebook addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(3), s. 133-148. DOI: 10.1556/JBA.3.2014.016.
- Sigda, K. (2018). Portale społecznościowe – wpływ na dzieci i młodzież. *Kognitywistyka i Media w Edukacji*, 1, s. 62-72.
- Sediri, S., Zgueb, Y., Ouanes, S., Ouali, U., Bourgou, S., Jomli, R., Nacef, F. (2020). Women's mental health: acute impact of COVID-19 pandemic on domestic violence. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), s. 749-756. DOI: 10.1007/s00737-020-01082-4.
- Tandon, R. (2020). The COVID-19 pandemic, personal reflections on editorial responsibility. *Asian Journal of Psychiatry*, 50, s. 102100. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102100.
- Teppers, E., Luyckx, K., Klimstra, T.A., Goossens, L. (2014). Loneliness and Facebook motives in adolescence: a longitudinal inquiry into directionality of effect. *Journal of Adolescence*, 37(5), s. 691-699. DOI: 10.1016/j.adolescence.2013.11.003.

-
- Tsitsika, A.K., Tzavela, E.C., Janikian, M., Ólafsson, K., Iordache, A., Schoenmakers, T.M., Tzavara, C., Richardson, C. (2014). Online social networking in adolescence: patterns of use in six European countries and links with psychosocial functioning. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), s. 141-147. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2013.11.010.
- Turel, O., Serenko, A. (2012). The benefits and dangers of enjoyment with social networking websites. *European Journal of Information Systems*, 21, s. 512-528. DOI: 10.1057/ejis.2012.1.
- Zalewska-Bochenko, A. (2016). Portale społecznościowe, jako element społeczeństwa informacyjnego. *Studia InformatICA Pomerania*, 2, s. 87-97. DOI: 10.18276/si.2016.40-0.

Związek pomiędzy poczuciem samotności a bezsennością i jakością snu w grupie osób dorosłych

Barbara Niedorys-Karczmarczyk¹, Weronika Kaszelna², Agnieszka Bartoszek¹, Katarzyna Kocka¹

1. Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Katedra Zintegrowanej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp. Samotność to indywidualny, emocjonalny stan doświadczenia izolacji społecznej i wrażenie odcięcia od ludzi. Odgrywa niebagatelną rolę w codziennym funkcjonowaniu jednostki, a jej skutki bywają długotrwałe oraz szkodliwe dla zdrowia fizycznego oraz psychicznego. To z kolei może prowadzić do rozwoju chorób takich jak depresja, zaburzenia lękowe, jak również bezsenność.

Cel pracy. Analiza wpływu poczucia samotności na ryzyko bezsenności w grupie osób dorosłych.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono na grupie 123 dorosłych osób, za pomocą metody sondażu diagnostycznego, przy pomocy kwestionariusza online, od kwietnia do maja 2022 r. Narzędziami badawczymi zastosowanymi w niniejszej pracy był autorski kwestionariusz ankiety, Ateńska Skala Bezsenności (AIS), Kwestionariusz Jakości Snu Pittsburgha (PSQI) oraz Skala Poczucia Osamotnienia (R-UCLA).

Wyniki. Wśród badanych 39,02% (n = 48) stanowiły kobiety, natomiast 60,98% (n = 75) mężczyźni. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 31,96 (± 9,21 lat). Wyniki Ateńskiej Skali Bezsenności (AIS) wykazały, że 54,47% (n = 67) badanych nie miało problemów z bezsennością, natomiast u 45,53% (n = 56) występowały niewielkie lub prawdopodobne problemy z bezsennością. Występowanie bezsenności było istotnie powiązane z wynikami podskal Kwestionariusza R-UCLA, tj. Poczucie samotności (r = 0,64; p < 0,000001); Poczucie braku kontaktu (r = 0,42; p < 0,000001); Poczucie zerwania

więzi społecznych ($r = 0,64$; $p < 0,000001$); Brak poczucia przynależności do grupy ($r = 0,70$; $p < 0,000001$) oraz z gorszą jakością snu mierzoną za pomocą Kwestionariusza PSQI ($r = 0,68$; $p < 0,000001$).

Wnioski. Istnieje związek pomiędzy poczuciem samotności a ryzykiem bezsenności w badanej grupie. Im większe poczucie samotności, tym większe ryzyko bezsenności. Wraz z wiekiem poczucie samotności oraz poczucie braku kontaktu jest silniejsze. Większe poczucie samotności ma istotny związek z obniżeniem jakości snu badanych.

Słowa kluczowe: samotność, bezsenność, sen, osoby dorosłe

WSTĘP

Samotność i izolacja społeczna są często uważane za wzajemnie powiązane, ale odrębne pojęcia (Valtorta, Hanratty, 2012). Samotność definiowana jest jako stan emocjonalny, który pojawia się, gdy istnieje dostrzegalna rozbieżność między pożądanymi poziomami interakcji społecznej, towarzystwa lub wsparcia emocjonalnego, a tym, które jest dostępne dla osoby (Blazer, 2002; Dykstra, 2009). Natomiast izolację społeczną definiuje się jako występowanie niewielkich lub żadnych interakcji społecznych z innymi ludźmi (Loneliness New Zealand Charitable Trust. Welcome to Loneliness, 2018). Można więc być społecznie odizolowanym, ale nie samotnym i odwrotnie. Samotność może funkcjonować w czasie, jako samotność chroniczna lub pojawiać się przejściowo, w momencie odjęcia więzi emocjonalnej (np. w okolicznościach straty najbliższego członka rodziny). Coraz częściej samotność postrzegana jest jako zjawisko społeczne, które dotyka osób starszych, przechodzących na emeryturę lub będących w żałobie (Bee, 2004). Do czynników, które zwiększają możliwość wystąpienia poczucia samotności, należy między innymi niskie poczucie własnej wartości, co może spowodować odcinanie się od innych osób z obawy przed odrzuceniem. Kolejnym czynnikiem jest słaby rozwój umiejętności społecznych, unikanie tzw. społecznego ryzyka oraz obawa przed bliskością emocjonalną, co w konsekwencji prowadzi do unikania więzi z bliską osobą (Dołęga, 2020). Długotrwałe uczucie samotności i izolacji może wpływać na nasze zdrowie. Osoby, które odczuwają przewlekłą samotność, są też bardziej narażone na wystąpienie depresji, zaburzeń lękowych, udaru mózgu czy chorób serca. Dane z badań pokazują powiązanie samotności z współwystępowaniem wrogości interpersonalnej, agresji, trudności w komunikacji oraz nadużywaniem alkoholu i narkotyków. Wykazano również, że u osób z większym uczuciem samotności częściej występują zaburzenia psychosomatyczne, obniżona samoocena, niższa jakość życia, poczucie beznadziejności, opuszczenia, wyobcowania, nuda

oraz tendencje samobójcze (Śliwiak, Zarzycka, Krakowiak, 2015). Ponadto wskazuje się na samotność jako czynnik etiologiczny wielu chorób okresu starości (Twardowska-Rajewska, 2005) a także zaburzeń odżywiania (Duda, 2005). Pomimo tego, że problem samotności i jej wpływ na jednostkę jest dość chętnie podejmowany przez badaczy, w literaturze przedmiotu wciąż brakuje badań dotyczących powiązań samotności i bezsenności. Niniejsze opracowanie ma za zadanie wypełnić te luki. Wychodząc więc od definicji bezsenności według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Health-related Problems) (Pużyński, Wciórka, 1994), bezsenność jest to niedostateczna ilość i/lub jakość snu, która występuje co najmniej 3 razy w tygodniu, przez minimum jeden miesiąc. Istotnym warunkiem diagnostycznym jest znacznie gorsze samopoczucie lub złe funkcjonowanie w ciągu dnia, jako objaw wtórny do zaburzeń snu. Zaburzenie to polega na kłopotach z rozpoczęciem snu, problemach z podtrzymaniem albo na bardzo wczesnym budzeniu się. Symptomy pojawiają się, mimo że jest zapewniana możliwość snu. Krótszy sen w nocy powoduje złe funkcjonowanie w znaczeniu: somatycznym, emocjonalnym i społecznym. Wiąże się ze złym samopoczuciem, trudnościami z koncentracją i myśleniem, zaburzeniem nastroju i drażliwością, zmniejszeniem aktywności do wykonywanej pracy czy chęci spotykania się z rówieśnikami. W diagnozowaniu bezsenności bezwzględnie należy wyłączyć schorzenia, które mogą powodować kłopoty ze snem, między innymi niewydolność krążenia czy zespół bólowy. Bezsenność może być szeroko rozumiana jako choroba, lub jako symptom (Szelenberger, 2007). Niemniej jednak należy do zjawisk, które nadal są rzadko rozpoznawalne. Dane epidemiologiczne na temat bezsenności różnią się znacznie od siebie. W zależności od przyjętej definicji i metod badania rozpowszechnienie bezsenności waha się od 4,4% do 48% (Ohayon, 2002). Z dostępnych badań przeprowadzonych wśród społeczeństwa polskiego wywnioskować można, że na trudności z zasypianiem skarży się 24% badanych, na utrzymanie snu – 29%, przedwczesne budzenie rano zgłasza 24%, a sen niepokrzepiający deklaruje 27% (Szelenberger, Skalski, 1999; Kiejna, Wojtyniak, Rymaszewska, Stokwiszewski, 2003). Badania potwierdziły również, że płeć żeńska oraz starszy wiek zwiększa prawdopodobieństwo bezsenności. Również odsetek osób, które przyjmują leki nasenne jest bardzo ważną informacją na temat skali, której problem dotyczy (Roberts, Schema, Kaplan, Strawbridge, 2000). Warto podkreślić, że podanie środka o działaniu nasennym jest wyłącznie leczeniem objawowym, usuwającym objaw choroby, a nie leczącym chorobę. Z drugiej strony długotrwałe przyjmowanie leków nasennych grozi utrwaleniem i pogorszeniem bezsenności oraz uzależnieniem od leków (Skalski, 2007).

Na diagnozę bezsenności pozwala dokładny wywiad zbierany przy użyciu standaryzowanych kwestionariuszy, skal oceny przebiegu snu, a także dzienników snu (Siemiński, Skorupa, Wiśniewska-Skorupa, 2018). Dla pogłębienia diagnostyki zaburzeń snu służy ocena ilości i jakości snu nocnego – polisomnografia, pomiar całodobowej aktywności w okresie kilku/kilkunastu dni – aktygrafia, ocena wpływu bezsennej nocy na funkcjonowanie za pomocą testu Wielokrotnej Latencji Zасыpiania. Przytoczone metody mają niestety pewne ograniczenia (Ancoli-Israel, Cole, Alessi, Chambers, Moorcroft, Pollak, 2003), do których należy zaliczyć ich utrudnioną dostępność oraz kosztowność.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest analiza wpływu poczucia samotności na ryzyko bezsenności w grupie osób dorosłych.

MATERIAŁ I METODA

Grupę badanych stanowiły 123 osoby powyżej 18. roku życia. Badania przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem techniki ankiety, przy pomocy kwestionariusza online. Zaproszenia do wypełnienia ankiety online zostały wysłane za pośrednictwem portali społecznościowych. Okres zbierania danych trwał od kwietnia do maja 2022 r. Procedura badania została przeprowadzona zgodnie z zasadami etycznymi Deklaracji Helsińskiej. Badani zostali poinformowani o anonimowości badania oraz wykorzystaniu danych wyłącznie w celach naukowych. Narzędziami badawczymi zastosowanymi w niniejszej pracy był autorski kwestionariusz ankiety oraz standaryzowane kwestionariusze, takie jak: Ateńska Skala Bezsenności (AIS), Kwestionariusz Jakości Snu Pittsburgha (PSQI) oraz Skala Poczucia Osamotnienia (R-UCLA).

Kwestionariusz własnego autorstwa zawierał pytania metryczkowe, dotyczące płci, wieku, miejsca zamieszkania oraz wykształcenia.

Ateńska Skala Bezsenności (AIS) pozwala na ilościowy pomiar objawów bezsenności na podstawie kryteriów ICD-10. Składa się z 8 pytań, dotyczących różnych objawów bezsenności, takich jak trudności w zasypianiu, budzenia się w nocy, wczesnego budzenia się rano, czasu snu i jego jakości. Wszystkie pytania oceniane są w skali punktowej od 0 (brak trudności) do 3 (duża trudność). Ogólny wynik mieści się w przedziale od 0 do 24. Łączny

wynik w skali wynoszący 6 i więcej punktów uznano za wartość pozwalającą z wysokim prawdopodobieństwem wnioskować o występowaniu bezsenności (czułość skali – 93%, swoistość skali – 85%) (Soldatos, Dikeos, Paparrigopoulos, 2000; 2003).

Kwestionariusz Jakości Snu Pittsburgha (PSQI) służy do oceny jakości snu w ostatnim miesiącu. Ocenia komponenty jakości snu takie jak: subiektywna jakość snu, zasypianie, długość snu, efektywność snu, zaburzenia snu, stosowanie leków nasennych, zaburzenia funkcjonowania podczas dnia. Wynik każdego komponentu mieści się w granicach 0–4 pkt, zaś całościowy wynik skali mieści się w zakresie od 0-21 pkt. Im wyższy wynik, tym gorsza jakość snu. Wartości powyżej 5 pkt wskazują na obniżenie jakości snu (Buyse, Reynolds, Monk, Berman, Kupfer, 1989).

Skala samotności R-UCLA służy do pomiaru poziomu osamotnienia. Składa się z 20 twierdzeń, które tworzą trzy podskale: poczucie braku kontaktu z innymi; zerwanie więzi społecznych; przynależność do grupy społecznej. Itemy (twierdzenia), które budują niniejszą skalę są podzielone na dwie grupy. Dziesięć z nich ma charakter pozytywny, a pozostałe dziesięć – charakter negatywny. Zatem jeśli pierwsza podskala wskazuje wysoki wynik, a dwie pozostałe niski wynik, oznacza to, że poczucie osamotnienia jest zwiększone (Russell, 1996).

Analiza statystyczna

Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie STATISTICA 13.0 (StatSoft, Polska). W analizie statystycznej wykorzystano takie testy jak: test Shapiro-Wilka, U Manna-Whitneya, Chi Kwadrat Pearsona oraz Kruskala-Wallis. Do oceny związku pomiędzy zmiennymi wykorzystano korelację R Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

WYNIKI

Badaniami objęto 123 osoby w wieku od 18 do 70 lat. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 31,96 ($\pm 9,21$) lat. W badanej grupie przeważali mężczyźni, którzy stanowili blisko 61% ($n = 75$). Większość badanych mieszkała w mieście 58% ($n = 71$) oraz posiadała wykształcenie wyższe 90% ($n = 111$). Szczegółowe dane przedstawia Tabela I.

Tabela I. Dane demograficzne badanej grupy

Dane demograficzne	n (%)				
Płeć	Kobieta		48 (39,02)		
	Mężczyzna		75 (60,98)		
Miejsce zamieszkania	Miasto		71 (57,72)		
	Wieś		52 (42,28)		
Wykształcenie	Wyższe		111 (90,24)		
	Średnie		12 (9,76)		
Wiek	M	Me	SD	Min.	Max.
	31,96	29	9,21	18	70

n: liczebność; M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Me: median; Min.: wartość minimalna; Maks.: wartość maksymalna

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Występowanie poczucia samotności w badanej grupie

W zakresie poczucia samotności najczęstszym wynikiem na skali od 10 do 80 był wynik 23 ($n = 12$), dla poczucia braku kontaktu na skali od 9 do 36 był wynik 9 ($n = 18$), natomiast dla poczucia zerwania więzi na skali od 5 do 60, wynik 41 ($n = 5$), zaś dla braku poczucia przynależności do grupy na skali od 6 do 24, wynik 6 ($n = 46$). Przeprowadzone badania wykazały, że kobiety w nieznacznie większym stopniu miały wyższy poziom poczucia samotności w poszczególnych skalach w porównaniu z mężczyznami. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice pomiędzy grupami w ocenie poczucia zerwania więzi społecznych ($p = 0,05$), natomiast nie wykazano istotnych różnic w ocenie pozostałych skal ($p > 0,05$). Przeprowadzone badania wykazały, że ankietowani mieszkający na wsi mieli większe poczucie samotności w poszczególnych skalach w porównaniu z osobami, które mieszkały w mieście. Stwierdzono istotne różnice pomiędzy grupami w ocenie skali: Poczucie braku kontaktu ($p = 0,05$), Poczucie zerwania więzi społecznych ($p = 0,05$) oraz na granicy istotności w ocenie skali Poczucie samotności ($p = 0,05$). Poczucie samotności było również wyższe wśród badanych z wykształceniem średnim niż w grupie z wyższym wykształceniem. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice pomiędzy grupami w ocenie skali: Poczucie samotności ($p = 0,02$), Poczucie braku kontaktu ($p = 0,01$) oraz Brak poczucia przynależności do grupy ($p = 0,04$). Szczegółowe dane na ten temat przedstawia Tabela II.

Tabela II. Poczucie samotności wg Skali R-UCLA a wybrane zmienne

Poczucie samotności wg Skali R-UCLA		R-UCLA			
		Poczucie bra- ku kontaktu	Poczucie ze- rwania więzi społecznych	Brak poczucia przynależności do grupy	
Miejsce zamiesz- kania	Z	-1,95	-1,98	-1,98	-1,08
	p	0,05*	0,05*	0,05*	0,28
Wieś	M	43,10	20,87	10,27	11,96
	Me	45,50	19,00	10,50	11,50
	SD	16,32	8,66	4,80	6,11
Miasto	M	36,82	17,85	8,42	10,55
	Me	33,00	16,00	8,00	9,00
	SD	13,92	7,74	3,74	5,30
Wykształcenie	Z	-2,25	-2,57	-0,78	-2,22
	p	0,02*	0,01*	0,44	0,03*
Wyższe	M	38,46	18,45	9,14	10,87
	Me	35,00	17,00	8,00	9,00
	SD	14,94	7,99	4,33	5,73
	M	48,83	25,33	9,83	13,67
Średnie	Me	49,00	27,00	10,00	13,50
	SD	15,37	8,25	4,15	4,62
	Z	1,22	0,61	1,98	1,47
Płeć	p	0,22	0,54	0,05*	0,14
	M	41,71	19,58	10,19	11,94
Kobieta	Me	39,50	17,50	9,00	11,50
	SD	16,34	8,33	4,56	5,69
	M	38,04	18,83	8,57	10,64
Mężczyzna	Me	35,00	17,00	8,00	9,00
	SD	14,42	8,23	4,03	5,65

M: średnia; Me: median; SD: odchylenie standardowe; Z: wynik testu statystycznego; p: poziom istotności statystycznej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Występowanie bezsenności oraz jakości snu w badanej grupie

Na podstawie Ateńskiej Skali Bezsenności (AIS) wykazano, że 54% (n = 67) badanych nie miało problemów z bezsennością, natomiast u 20% (n = 24) występowały niewielkie problemy, zaś u 26% (n = 32) występowała bezsenność. Najczęściej problemy ze snem dotyczyły: budze-

nia się podczas nocy (48,78%; $n = 60$), całkowitego czasu snu (48,78%; $n = 60$), jakości snu, niezależnie od czasu jego trwania (48,78%; $n = 60$), senności w ciągu dnia (47,97%; $n = 59$) oraz zasypianiu po położeniu się do łóżka i zgaszeniu światła (47,15%; $n = 58$), natomiast nieznacznie rzadziej problemy dotyczyły: samopoczucia następnego dnia (44,72%; $n = 55$), sprawności psychicznej i fizycznej następnego dnia (44,72%; $n = 55$), i budzenia się rano wcześniej niż planowano (43,90%; $n = 54$).

Średnia ocena jakości snu oceniona za pomocą Kwestionariusza Jakości Snu Pittsburgha (PSQI) wyniosła 5,82 ($\pm 6,22$), co oznacza, że badani mieli obniżoną jakość snu.

Związek pomiędzy poczuciem samotności a występowaniem bezsenności i jakością snu w badanej grupie

Przeprowadzono również szereg analiz korelacji, które wykazały istotny związek wyników Skali R-UCLA z wiekiem badanych osób, występowaniem bezsenności wg Ateńskiej Skali Bezsenności (AIS) oraz jakością snu, ocenianą za pomocą Kwestionariusza Jakości Snu Pittsburgha (PSQI). Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić, że wraz z wiekiem poczucie samotności ($r = 0,19$) oraz poczucie braku kontaktu ($r = 0,18$) jest silniejsze. Stwierdzono również istotny związek pomiędzy występowaniem poczucia samotności a poziomem bezsenności. Korelacje przyjmowały wartości od $r = 0,42$ do $r = 0,70$. To oznacza, że im większe poczucie samotności w poszczególnych skalach, tym bardziej prawdopodobne problemy z występowaniem bezsenności. Biorąc pod uwagę jakość snu, przeprowadzona analiza badań pokazała, że im większe było poczucie samotności w poszczególnych skalach, tym częściej badani zgłaszali gorszą jakość snu. Korelacje przyjmowały wartości od $r = 0,30$ do $r = 0,56$. Szczegółowe dane przedstawia Tabela III.

Tabela III. Analiza korelacji pomiędzy poczuciem samotności a bezsennością i jakością snu

Skale R-UCLA	Ateńska Skala Bezsenności (AIS)		Kwestionariusz Jakości Snu Pittsburgha (PSQI)	
	r	p	r	p
Poczucie samotności	0.64	< 0.001	0.50	< 0.001
Poczucie braku kontaktu	0.42	< 0.001	0.30	< 0.001
Poczucie zerwania więzi społecznych	0.64	< 0.001	0.51	< 0.001
Brak poczucia przynależności do grupy	0.70	< 0.001	0.56	< 0.001

r: współczynnik korelacji; p: poziom istotności statystycznej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

DYSKUSJA

Pomimo coraz większej liczby dowodów łączących samotność ze zdrowiem, mechanizmy leżące u podstaw tego związku pozostają niejasne. Negatywne skutki zmniejszonego zaangażowania społecznego i samotności mają znaczne poparcie badawcze. Samotność wiąże się z obniżonym stanem zdrowia i aktywności fizycznej (Hawkey, Preacher, Cacioppo, 2010), złym samopoczuciem (Waern, Rubenowitz, Wilhelmson, 2003) oraz zwiększoną śmiertelnością (Seeman, 2000; Stek i in., 2005) i depresją (Golden i in., 2009). Izolacja społeczna, w szczególności samotne życie, pogłębia te problemy (Jamieson i in., 2018; Henning-Smith, 2016). Wpływ samotności i izolacji społecznej na problemy ze snem osób dorosłych nie jest ani dobrze poznany, ani szeroko zbadany. Celem przeprowadzonych badań była ocena poczucia samotności i jej wpływu na ryzyko bezsenności w grupie osób dorosłych.

W niniejszych badaniach średni poziom poczucia samotności na podstawie Skali R-UCLA wyniósł 39,47 ($\pm 15,24$), co świadczy o przeciętnym poczuciu samotności wśród badanych. Zdecydowana większość respondentów nie zgadzała się z następującymi twierdzeniami skali: „Dobrze się czuję z ludźmi wokół mnie” (63,41%), „Są ludzie, którzy są mi bliscy” (63,41%), „Są ludzie, z którymi mogę porozmawiać” (62,60%), „Są ludzie, którzy naprawdę mnie rozumieją” (61,79%), „Czuję się częścią grupy przyjaciół” (58,54%), „Jestem osobą towarzyską” (58,54%), „Mam wiele wspólnego z ludźmi wokół mnie” (56,91%), „Potrafię znaleźć towarzystwo, kiedy tylko chcę” (51,22%), „Nie czuję się samotny” (47,15%). Powyższe wyniki obrazują mechanizm pogłębiającej się samotności, który wynika z braku umiejętności nawiązywania relacji społecznych. Skutkuje to ograniczoną liczbą przyjaciół i znajomych. Nie chodzi tu o liczbę osób w najbliższym otoczeniu, ale raczej o jakość tych kontaktów i stopień zaspokojenia potrzeb jednostki. (Górka, 2021). Na rozwój umiejętności społecznych i nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi niebagatelny wpływ ma rozwój Internetu. Im wyższy jest poziom uzależnienia od Internetu, tym częściej i mocniej pojawia się poczucie samotności, i na odwrót (Rębisz, Sikora, Smoleń-Rębisz, 2016). Ludzie odczuwają mniejszą potrzebę opuszczania miejsca zamieszkania i szukania nowych relacji, w zamian za to, coraz częściej korzystają z mediów społecznościowych, które dają poczucie bycia otoczonym przyjaciółmi i znajomymi. Wszechobecny indywidualizm, nacisk na samorozwój oraz dążenie do perfekcjonizmu powoduje, że ludzie stają się coraz bardziej skupieni na sobie i swoich potrzebach, co czyni ich coraz mniej wrażliwymi na innych (Górka, 2021). Wiele dostępnych badań wskazuje na wzrost poczucia osamotnienia w wy-

niku dystansu społecznego (Banerjee, Rai, 2020; Hwang, Rabheru, Peisah, Reichman, Ikeda 2020). Samotność ma nie tylko destrukcyjny wpływ na jakość relacji międzyludzkich, ale również na ludzkie zdrowie. Mała liczba kontaktów społecznych 2–3 razy zwiększa ryzyko zachorowalności na chorobę wieńcową. Ponadto samotność jest jednym z istotnych czynników wpływających na wystąpienie zawału serca i śmierci sercowej u kobiet (Pakalska-Korcala, Zdrojewski, i in., 2006). Zaobserwowano również, że im wyższe poczucie osamotnienia, tym większe ryzyko samobójstwa oraz częstsze występowanie cech ogólnego stresu pourazowego i pobudzenia (Rybarczyk, Koweszko, 2022). Według innych badań ryzyko samobójstwa i cechy stresu pourazowego wzrosły szczególnie u kobiet, co może świadczyć o ich podatności i gorszym radzeniu sobie z odczuwaną samotnością (McLean, Anderson, 2009; Lee, Cadigan, Rhew, 2020). Badania własne wykazały, że płeć, wiek, miejsce zamieszkania i wykształcenie różnicowały stopień poczucia samotności. Kobiety w nieznacznie większym stopniu miały wyższy poziom poczucia samotności w poszczególnych skalach w porównaniu z mężczyznami. Osoby mieszkające na wsi odczuwały silniejsze poczucie samotności w porównaniu z osobami, które mieszkały w mieście. W badaniach McLay i wsp. prawie jedna czwarta kobiet (23,6%) i jedna piąta mężczyzn (18,9%) przyznała, że czuje się samotna. To uczucie osamotnienia było częstsze zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn mieszkających samotnie (53,8% vs. 33,8%) (McLay, Jamieson, France, Schluter, 2021). Uzyskane wyniki z badań własnych pozwoliły również stwierdzić, że wraz z wiekiem poczucie samotności oraz poczucie braku kontaktu jest silniejsze. Do podobnych wniosków doszedł Simard i wsp. oraz Wong i wsp., według których osoby starsze są szczególnie narażone na samotność (Simard, Volicer, 2020; Wong, i in., 2020). Liczne badania wykazują, że samotność powoduje obniżoną jakość snu (Hawkey, Preacher, Cacioppo, 2010; Jacobs, Cohen, Hammerman-Rozenberg, Stessman, 2006; McHugh, Lawlor, 2011; Yu, Steptoe, Niu, Ku, Chen, 2018). Powodem tego stanu rzeczy jest istnienie wielu czynników zakłócających sen, powiązanych z samotnością. W mniejszym stopniu wpływ ma na to zmiana całkowitego czasu snu lub senność w ciągu dnia (Cacioppo, Hawkey, Bernston, 2003; Kurina i in., 2011). Badania własne wykazały, że ponad połowa badanych dorosłych nie miała problemów z bezsennością (54,47%), natomiast u 19,51% występowały niewielkie problemy (pogranicze normy), zaś 26,02% badanych miało problemy z bezsennością. Stwierdzono również, że z wiekiem problemy te występowały częściej. Natomiast na występowanie problemów z bezsennością nie miały wpływu zmienne, tj. płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania. Badania przeprowadzone przez McLean i wsp. wykazały, że 87,6% kobiet i 87,3% mężczyzn zgłosiło wystarczającą ilość snu, natomiast

3,9% kobiet i 3,7% mężczyzn miało umiarkowaną niewydolność snu, a 8,5% kobiet i 9,0% mężczyzn miało ciężką bezsenność. Zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn odnotowano zmniejszenie zgłaszanych problemów z niewydolnością snu wraz z wiekiem około 65–85. lat, natomiast wzrost problemów z niewydolnością snu wykazano wśród osób powyżej 85 roku życia (McLean, Anderson, 2009). Badania przeprowadzone przez Zdanowicz i Turowskiego wykazują, że bezsenność występowała u 30,77% badanych, zaś nie stwierdzono problemów u 69,23%. Podobnie jak w badaniach własnych nie wykazano związku bezsenności z płcią, miejscem zamieszkania i wykształceniem (Zdanowicz, Turowski, 2019). Związek między samotnością, izolacją społeczną i problemami ze snem u osób dorosłych jest złożony i zależy od wielu czynników. Badania własne wykazały istotny związek pomiędzy występowaniem poczucia samotności a poziomem bezsenności. Większe poczucie samotności w poszczególnych skalach zwiększa prawdopodobne problemy z występowaniem bezsenności. Zwiększone poczucie samotności pogarsza jakość snu. Badania Yu i wsp. wykazują, że zarówno izolacja społeczna, jak i samotność mogą odgrywać wyraźną rolę w występowaniu problemów ze snem. Możliwe, że wpływ izolacji społecznej i samotności na problemy ze snem może utrzymywać się przez dłuższy czas (Yu, Steptoe, Niu, Ku, Chen, 2018) oraz izolacja społeczna może nasilać problemy ze snem u osób samotnych (McLean, 2009). Jak wynika z dostępnych doniesień mieszkanie z inną osobą wiąże się z poprawą jakości snu (Gu, Sautler, Pipkin, Zeng, 2010; Jamieson, 2018). Badania własne wykazały, że badani najczęściej nie sypiali sami (52,03%). Stwierdzono istotny związek pomiędzy sypianiem samotnie a poczuciem samotności. Poczucie samotności jest bardziej nasilone u osób sypiających samotnie. Nie stwierdza się natomiast związku pomiędzy sypianiem samotnie w łóżku a oceną jakości snu lub występowaniem problemów z bezsennością.

Samotność oraz izolacja stanowią najważniejsze czynniki wpływające na pojawienie się niesprawności oraz przedwczesnej umieralności wśród osób dorosłych. Problem samotności wzrasta z wiekiem, dlatego bardzo istotna jest promocja zdrowia i aktywnego stylu życia do utrzymania samodzielności i zdrowia. Samotność powoduje problemy z bezsennością, które stanowią ryzyko wielu chorób. Dlatego ważne jest, aby wdrażać strategie radzenia sobie z samotnością, nie pozwalając na stanie się osobą bierną, uciekającą od interakcji ze społeczeństwem (Wasilewska-Ostrowska, 2013; Sztuka, 2013).

WNIOSKI

Istnieje związek pomiędzy poczuciem samotności a ryzykiem bezsenności w badanej grupie dorosłych. Im większe poczucie samotności w poszczególnych skalach, tym większe ryzyko bezsenności. Poczucie samotności osób dorosłych jest na przeciętnym poziomie i jest zróżnicowane przez wiek, płeć, miejsce zamieszkania. Połowa badanych osób nie ma problemów z bezsennością, jednak dotyczą one 26% ankietowanych. Jakość snu w badanej grupie jest na niskim poziomie. Większe poczucie samotności ma istotny związek z obniżeniem jakości snu.

PIŚMIENNICTWO

- Ancoli-Israel, S., Cole, R., Alessi, C., Chambers, M., Moorcroft, W., Pollak, C. P. (2003). The role of actigraphy in the study of sleep and circadian rhythms. *Sleep*, 26(3), s. 342-392. DOI: 10.1093/sleep/26.3.342.
- Banerjee, D., Rai, M. (2020). Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), s. 525-527. DOI: 10.1177/0020764020922269.
- Bee, H. (red.) (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Blazer D. G. (2002). Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging & Mental Health*, 6(4), s. 315-324. DOI: 10.1080/1360786021000006938
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., 3rd, Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), s. 193-213. DOI: 10.1016/0165-1781(89)90047-4.
- Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Bernston, G.G. (2003). The anatomy of loneliness. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), s. 71-74. DOI: 10.1111/1467-8721.01232
- Dołęga, Z. (red.) (2020). *Biedy i bogactwo samotności. Studium psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Duda, G. (2005). Samotność jako czynnik zaburzeń odżywiania seniorów. W: J. Twardowska-Rajewska (red.), *Przeciw samotności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 73-88.
- Dykstra, P.A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6(2), s. 91-100. DOI: 10.1007/s10433-009-0110-3.
- Golden, J., Conroy, R.M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., Lawlor, B.A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(7), s. 694-700. DOI: 10.1002/gps.2181.

- Górka, A. (2021). Zagrożenie samotnością we współczesnym społeczeństwie. *Dziennik Zeszytów Naukowych PUNO*, 9, s. 111-120.
- Gu, D., Sautter, J., Pipkin, R., Zeng, Y. (2010). Sociodemographic and health correlates of sleep quality and duration among very old Chinese. *Sleep*, 33(5), s. 601-610. DOI: 10.1093/sleep/33.5.601
- Hawkey, L.C., Preacher, K.J., Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 29(2), s. 124-129. DOI: 10.1037/a0018646.
- Henning-Smith C. (2016). Quality of Life and Psychological Distress Among Older Adults: The Role of Living Arrangements. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 35(1), s. 39-61. DOI: 10.1177/0733464814530805.
- Hwang, T.J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 32(10), s. 1217-1220. DOI: 10.1017/S1041610220000988.
- Jacobs, J.M., Cohen, A., Hammerman-Rozenberg, R., Stessman, J. (2006). Global sleep satisfaction of older people: the Jerusalem Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), s. 325-329. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.00579.x.
- Jamieson, H. A., Gibson, H. M., Abey-Nesbit, R., Ahuriri-Driscoll, A., Keeling, S., Schluter, P. J. (2018). Profile of ethnicity, living arrangements and loneliness amongst older adults in Aotearoa New Zealand: A national cross-sectional study. *Australasian Journal on Ageing*, 37(1), s. 68-73. DOI: 10.1111/ajag.12496.
- Kiejna, A., Wojtyniak, B., Rymaszewska, J., Stokwizewski, J. (2003). Prevalence of insomnia in Poland – results of the National Health Interview Survey. *Acta Neuropsychiatrica*, 15(2), s. 68-73. DOI: 10.1034/j.1601-5215.2003.00011.x.
- Puzyński, S. Wciórka, J. (red.) (1994). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Kurina, L.M., Knutson, K.L., Hawkey, L.C., Cacioppo, J.T., Lauderdale, D.S., Ober, C. (2011). Loneliness is associated with sleep fragmentation in a communal society. *Sleep*, 34(11), s. 1519-1526. DOI: 10.5665/sleep.1390.
- Lee, C.M., Cadigan, J.M., Rhew, I.C. (2020). Increases in Loneliness Among Young Adults During the COVID-19 Pandemic and Association With Increases in Mental Health Problems. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 67(5), s. 714-717. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.08.009.
- Loneliness New Zealand Charitable Trust. Welcome to Loneliness NZ. <https://loneliness.org.nz> (26.06.2022).
- McHugh, J., Lawlor, B. (2011). Living alone does not account for the association between loneliness and sleep in older adults: Response to Hawkey, Preacher, and Caciop-

- po, 2010. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 30(2), s. 135-136. DOI: 10.1037/a0022433.
- McLay, L., Jamieson, H.A., France, K.G., Schluter, P.J. (2021). Loneliness and social isolation is associated with sleep problems among older community dwelling women and men with complex needs. *Scientific Reports*, 11(1), 4877. DOI: 10.1038/s41598-021-83778-w.
- McLean, C.P., Anderson, E.R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(6), s. 496-505. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.05.003.
- Ohayon, M.M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6(2), s. 97-111. DOI: 10.1053/smr.2002.0186.
- Pakalska-Korcala, A., Zdrojewski, T., Piwoński, J., Radziwiłłowicz, P., Landowski, J., Wyrzykowski, B. (2006). Stres i niskie wsparcie społeczne jako psychospołeczne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. *Kardiologia Polska*, 64, s. 80-86.
- Rębisz, S., Sikora, I., Smoleń-Rębisz, K. (2016). Poczucie samotności a poziom uzależnienia od internetu wśród adolescentów. *Edukacja – Technika – Informatyka*, 7(1), s. 90-98.
- Roberts, R.E., Shema, S.J., Kaplan, G.A., Strawbridge, W.J. (2000). Sleep complaints and depression in an aging cohort: A prospective perspective. *The American Journal of Psychiatry*, 157(1), s. 81-88. DOI: 10.1176/ajp.157.1.81.
- Russell, D.W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), s. 20-40. DOI: 10.1207/s15327752jpa6601_2.
- Rybarczyk, I., Koweszko, T. (2022). Zespół stresu pourazowego, ryzyko samobójcze, poczucie samotności oraz satysfakcja z życia u osób w ogólnej populacji w dobie pandemii Covid-19. *Psychiatria*, 19(3), s. 183-193. DOI: 10.5603/PSYCH.a2021.0044.
- Seeman, T.E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 14(6), s. 362-370. DOI: 10.4278/0890-1171-14.6.362.
- Siemiński, M., Skorupa, Ł., Wiśniewska-Skorupa, K. (2018). Diagnostyka i terapia bezsenności w praktyce ogólnolekarskiej. Część I: Epidemiologia, patomechanizm i diagnostyka bezsenności. *Varia Medica*, 3(2), s. 109-115.
- Simard, J., Volicer, L. (2020). Loneliness and Isolation in Long-term Care and the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), s. 966-967. DOI: 10.1016/j.jamda.2020.05.006.
- Skalski, M.T. (2007). Diagnostyka i leczenie bezsenności. *Family Medicine & Primary Care Review*, 9(3), s. 848-852.
- Soldatos, C.R., Dikeos, D.G., Paparrigopoulos, T.J. (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), s. 555-560. DOI: 10.1016/s0022-3999(00)00095-7.

- Soldatos, C.R., Dikeos, D.G., Paparrigopoulos, T.J. (2003). The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), s. 263-267. DOI: 10.1016/s0022-3999(02)00604-9.
- Stek, M.L., Vinkers, D.J., Gussekloo, J., Beekman, A.T., van der Mast, R.C., Westendorp, R.G. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely?. *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), s. 178-180. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.1.178.
- Szelenberger, W. (red.) (2007). *Bezsennaść*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
- Szelenberger, W., Skalski, M. (1999). Epidemiologia zaburzeń snu w Polsce. Doniesienie wstępne. W: Z. Nowicki, W. Szelenberger (red.), *Zaburzenia snu. Diagnostyka i leczenie. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, s. 57-63.
- Sztuka, J. (2013). Wolontariat jako aktywna forma adaptacji do starości i strategia radzenia sobie z samotnością. *Horyzonty Wychowania*, 12(23), s. 139-63.
- Śliwiak, J., Zarzycka, B., Krakowiak, K. (2015). Poczucie osamotnienia a poziom i struktura niepokoju u osób przebywających w domach spokojnej starości. W: P. Brudek, S. Steuden, I. Januszewska, A. Gamrowska (red.), *Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa psychologiczno-medyczna*. Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 183-202.
- Twardowska-Rajewska, J. (2005). Samotność jako czynnik etiologiczny chorób okresu starości. W: J. Twardowska-Rajewska (red.), *Przeciw samotności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 59-71.
- Valtorta, N., Hanratty, B. (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(12), s. 518-522. DOI: 10.1258/jrsm.2012.120128.
- Waern, M., Rubenowitz, E., Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, 49(5), s. 328-334. DOI: 10.1159/000071715.
- Wasilewska-Ostrowska, K. (2013). Samotność osób starszych w kontekście zmian demograficznych. *Kultura i Edukacja*, 4(97), s. 234-244.
- Wong, S.Y.S., Zhang, D., Sit, R.W.S., Yip, B.H.K., Chung, R.Y., Wong, C.K.M., Chan, D.C.C., Sun, W., Kwok, K.O., Mercer, S.W. (2020). Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *The British Journal of General Practice: the Journal of the Royal College of General Practitioners*, 70(700), s. e817-e824. DOI: 10.3399/bjgp20X713021.
- Yu, B., Steptoe, A., Niu, K., Ku, P.W., Chen, L.J. (2018). Prospective associations of social isolation and loneliness with poor sleep quality in older adults. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 27(3), s. 683-691. DOI: 10.1007/s11136-017-1752-9.
- Zdanowicz, T., Turowski, K. (2019). Występowanie bezsennaści wśród dorosłych mieszkańców województwa lubelskiego. W: K. Pujer (red.), *Problemy nauk medycznych i nauk o zdrowiu*. Wrocław: Wydawnictwo Exante, s. 79-93.

Samoocena poziomu jakości życia pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc

Violetta Cebulska, Violetta Koźlak, Jacek Hamrol

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

STRESZCZENIE

Wstęp. Przewlekła obturacyjna choroba płuc to jedno z najczęściej występujących schorzeń układu oddechowego, znacząco pogarszająca jakość życia pacjentów. Choroba rozwija się w wyniku interakcji wielu czynników środowiskowych oraz osobniczych, w tym przede wszystkim palenia tytoniu.

Cel pracy. Poznanie poziomu jakości życia pacjentów z POChP.

Materiał i metoda. Badanie zostało przeprowadzone w grupie 101 pacjentów (43,6% kobiet i 56,4% mężczyzn) z rozpoznaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz. Opracowanie statystyczne wyników dokonano w oparciu o test Chi-kwadrat Pearsona, Chi-kwadrat NW, test U Manna-Whitneya oraz test Kruskala-Wallisa. Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki. Analiza ogólnej percepcji własnego zdrowia w opinii badanych ujawniła, iż połowa pacjentów z POChP – oceniła stan swojego zdrowia jako „zły”; problemy emocjonalne „często” występowały u 36,6% pacjentów; „częsty” brak energii w codziennym funkcjonowaniu dotyczył 39,6% pacjentów.

Wnioski. 1. Samoocena jakości życia w badanej grupie pacjentów była poniżej przeciętnej. 2. Większość ankietowanych przed zachorowaniem na POChP paliła papierosy. 3. Pacjenci najczęściej oceniali swoją sprawność fizyczną w stopniu „złym” i „zadowalającym”. 4. Pacjenci z krótszym czasem trwania choroby deklarowali wyższy poziom samooceny stanu zdrowia oraz związanej z nim jakości życia. 5. Wyższy poziom jakości życia deklarowały osoby otrzymujące wsparcie ze strony rodziny.

Słowa kluczowe: przewlekła obturacyjna choroba płuc; jakość życia; samoocena poziomu funkcjonowania zdrowotnego

WSTĘP

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) to jedno z najczęściej występujących schorzeń układu oddechowego. Szacuje się, iż POChP jest rozpoznawana u około 9% populacji osób dorosłych, którzy ukończyli 40. rok życia, a chorobowość zależy głównie od rozpowszechnienia palenia tytoniu w przeszłości. Obecnie według danych WHO, choroba zajmuje 3. pozycję wśród najczęstszych przyczyn zgonów na świecie. Choroba rozwija się w wyniku interakcji wielu czynników środowiskowych oraz osobniczych. POChP to zespół chorobowy, związany z przetrwałymi objawami ze strony układu oddechowego, ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe i/lub z zaburzeniami struktury oskrzeli oraz pęcherzyków płucnych. Wskazane zaburzenia są wynikiem nieprawidłowości dróg oddechowych i/lub płuc spowodowanych narażeniem na szkodliwe cząsteczki lub gazy. W obrazie klinicznym schorzenia dominuje występowanie objawów, takich jak: kaszel, odksztuśnianie płwociny, zwłaszcza po przebudzeniu oraz duszność – początkowo wysiłkowa, kolejno spoczynkowa. Rozpoznanie choroby opiera się przede wszystkim na rozpoznaniu nieprawidłowości w badaniu spirometrycznym. Negatywne skutki choroby to najczęściej ostra niewydolność oddechowa, przewlekła niewydolność prawokomorowa serca, niedokrwistość oraz niedożywienie. Terapia opiera się na zaprzestaniu palenia papierosów, leczeniu farmakologicznym, stosowaniu tlenu, wspomaganie wentylacji, rehabilitacji oraz leczeniu zaostrzeń choroby (Domagała-Kulawik, 2020; Domagała-Kulawik, 2022; Fiorentino, Esquinas, Annunziata, 2020; Kałucka, 2020; Kuziemski, 2021; Pierzchała, Niżankowska- Mogilnicka, Mejza, 2021).

Problematyka jakości życia wzbudza od dawna ogromne zainteresowanie przedstawicieli różnych dyscyplin nauki, tj.: socjologii, psychologii, filozofii oraz medycyny. Definicja jakości życia jest złożona, wieloaspektowa i zależy głównie od podejścia do poszczególnych jej wymiarów. Pojęcie jakości życia w medycynie ma charakter holistyczny, charakteryzuje człowieka zdrowego/chorego w aspekcie somatycznym, psychicznym, społecznym, kulturowym oraz duchowym. Warto podkreślić, iż POChP wpływa negatywnie na wszystkie sfery codziennego funkcjonowania pacjenta, obniżając tym samym znacząco jakość życia. W miarę postępu choroby oraz nasilania się jej objawów, chorzy bardzo często zgłaszają ciągły lęk o swoje życie, zaburzenia snu, utratę łaknienia, pogorszenie nastroju oraz symptomy depresji. Dodatkowo, zmniejszona wydolność fizyczna pacjenta spowodowana dusznością, łatwym męczeniem się, znacząco ogranicza jego samodzielność, powodując deficyty w zakresie samoopieki/samopielęgnacji (Telke, 2013; Trzebietowski, 2011; Wnuk, Marcinkowski, 2012; Wnuk i in. 2013).

CEL PRACY

Celem pracy było poznanie poziomu jakości życia pacjentów z POChP.

MATERIAŁ I METODA

Badanie zostało przeprowadzone wśród pacjentów Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu oraz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Gostyniu. Grupę badaną stanowiło 101 pacjentów (43,6% kobiet i 56,4% mężczyzn) z rozpoznaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Do badań wykorzystano autorski kwestionariusz składający się z metryczki oraz 25 pytań zamkniętych. Kwestionariusze wypełniane były samodzielnie. Badani zostali poinformowani o celowości oraz anonimowości badań. Problematyka pytań dotyczyła m.in.: czasu trwania choroby i jej przebiegu, występowania schorzeń współistniejących; nałogu nikotynizmu; samooceny ogólnego stanu zdrowia; oceny poziomu funkcjonowania fizycznego, psychicznego oraz społecznego pacjenta oraz otrzymanych źródeł wsparcia w chorobie. Do zbadania zależności między zmiennymi jakościowymi użyto testu Chi-kwadrat Pearsona, Chi-kwadrat NW, testu U Manna-Whitneya oraz testu Kruskala-Wallis. Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

WYNIKI

W badanej grupie 101 pacjentów z POChP większość stanowili mężczyźni – 56,4% ogółu, natomiast kobiety – 43,6%. Badani respondenci to przede wszystkim osoby w podeszłym wieku: 41,6% badanych było w wieku 61–70 lat; kolejno 38,6% ankietowanych to osoby w wieku 71–80 lat; 9,9% badanej grupy stanowili seniorzy w wieku powyżej 80 lat. Respondenci to w większości mieszkańcy miast – 78,2%, natomiast 21,8% osób mieszkało na wsi. W badanej grupie wykształcenie zawodowe prezentowało 41,6% osób; wykształcenie średnie posiadało 32,7% badanych; wyższe wykształcenie deklarowało 14,9% osób. Większość pacjentów pozostawała w związku małżeńskim – 60,4% badanych; stan wdowy/wdowca wskazywało 30,7% ankietowanych; z kolei osoby stanu wolnego stanowiły 8,9% respondentów. Ankietowani pacjenci to głównie emeryci – 68,3% osób; renciści stanowili 24,8% badanych; czynnych zawodowo było 6,9% osób. Osoby ankietowane mieszkające wraz ze współmałżonkiem stanowiły 42,6%

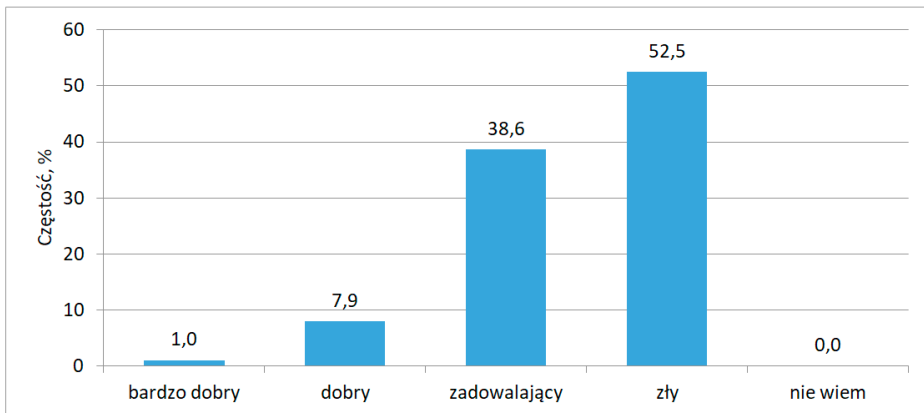
respondentów; 17,8% mieszkało z dziećmi i współmałżonkiem; z dziećmi – 13,9% badanych. Pozostali respondenci mieszkali samotnie – 22,8%. Analiza sytuacji socjalno-ekonomicznej badanych wskazała, iż 29,7% pacjentów oceniło ją w stopniu dobrym; zadowolającym – 39,6% osób; złą sytuację socjalno-ekonomiczną deklarowało 30,7% osób.

Analiza sytuacji zdrowotnej badanej grupy potwierdziła, iż 13,9% osób chorujena POChP od pół roku; 37,6% ankietowanych od 1 roku; 12,9% od 2 lat; 27,7% od 3 lat; 7,9% powyżej 3 lat. Na pytanie: „Jak często na przestrzeni ostatnich 2 lat był/a Pan/Pani hospitalizowany/hospitalizowana z powodu zaostrzenia POChP?”, 39,6% wskazało na 3-krotny pobyt w szpitalu; 25,7% ankietowanych było hospitalizowanych powyżej 3 razy; 22,8% pacjentów było hospitalizowanych 2 razy. Na pytanie: „Czy występują u Pana/Pani choroby współistniejące?”, 82,1% badanych potwierdziło ich występowanie; obecność 1–2 chorób współistniejących deklarowało 26,7% osób; 38,6% osób udzieliło odpowiedzi, iż posiadają 3–4 choroby; natomiast 16,8% ankietowanych wskazało na więcej niż 4 choroby współistniejące. Do najczęstszych chorób współistniejących należały: choroba niedokrwienna serca – 31,2%; nadciśnienie tętnicze – 26%; cukrzyca – 15,4%; astma oskrzelowa – 14%.

Wyniki badań ujawniły skalę rozpowszechnienia nałogu palenia papierosów w grupie pacjentów z rozpoznaniem POChP. Na pytanie: „Czy w przeszłości palił/a Pan/Pani papierosy?”, 82,2% osób potwierdziło palenie; jedynie 17,8% ankietowanych deklarowało brak nałogu. Następnie na pytanie: „Czy pali Pan/Pani papierosy?”, zdecydowana większość pacjentów odpowiedziała, że obecnie nie pali papierosów – 76,2% osób. Ocena stopnia natężenia nałogu (liczba wypalanych papierosów dziennie) ujawniła, iż wśród osób, które w przeszłości paliły (n=83); 28,9% – respondentów wypalało poniżej 10 sztuk papierosów dziennie; palenie 11–20 sztuk dziennie deklarowało 44,6% pacjentów. Pozostali badani udzielili odpowiedzi, iż palili dziennie 21–30 sztuk oraz 31–40 sztuk – odpowiednio 19,3% i 7,2% osób. Uzyskane odpowiedzi respondentów na pytanie: „Jak długo palił/a Pan/Pani papierosy?”, w grupie osób, które w przeszłości paliły (n=83), 37,3% ankietowanych odpowiedziało, że paliło papierosy 11–20 lat; 38,6% osób udzieliło odpowiedzi, że paliły 21–30 lat. Palenie papierosów od 5–10 lat deklarowało 12,0% badanych; krócej niż 5 lat paliło papierosy 8,4% badanych. Na pytanie: „Czy w momencie rozpoznania POChP podjął Pan/podjęła Pani próbę zerwania z nałogiem nikotynizmu?”, w grupie osób, które w przeszłości paliły papierosy (n = 83) znaczna większość ankietowanych (72,3%) udzieliła odpowiedzi, że zerwała z nałogiem. Podjęcie nieskutecznej próby zerwania z nałogiem deklarowało 19,3% pacjentów; 8,4% osób nie podjęło takiej próby. Na pytanie: „Czy w środowisku pracy

był/a Pan/Pani narażony/narażona na wdychanie szkodliwych pyłów/substancji?", 30,7% ankietowanych potwierdziło narażenie na ich wdychanie w środowisku pracy.

Analiza ogólnej percepcji własnego zdrowia w opinii badanych ujawniła, iż połowa pacjentów z POChP – 52,5% oceniła stan swojego zdrowia jako „zły”; kolejno jako „zadowolający” – 38,6% chorych; 7,9% badanych odpowiedziało, że ocenia stan swojego zdrowia jako „dobry” (Ryc. 1).



Rycina 1. Odpowiedzi pacjentów na pytanie: „Jak ocenia Pan/Pani obecny stan swojego zdrowia?”

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Udzielając odpowiedzi na pytanie: „Jak często w ostatnich 6-miesiącach odczuwał/a Pan/Pani dyskomfort związany z występowaniem takich objawów, jak: kaszel, odksztuśnianie płwociny oraz duszność?”, 47,5% osób wskazywało na „częsty” dyskomfort związany z występowaniem w/w objawów; „bardzo często” dyskomfort odczuwało 28,7% ankietowanych; „rzadko” dyskomfort występował u 23,8% badanych. Badana grupa respondentów oceniała swoją wydolność oraz sprawność fizyczną w stopniu „złym” – 44,6%; natomiast w stopniu „zadowolającym” – 40,6%. Z kolei, badanie wpływu choroby na funkcjonowanie emocjonalne pacjentów oraz na wykonywanie pracy zawodowej/obowiązków domowych ujawniło, iż „często” problemy emocjonalne dotyczyły 36,6% pacjentów; „bardzo często” występowały u 23,8% ankietowanych oraz „rzadko” u 22,8% osób. Kolejno, na pytanie: „Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy brakowało Panu/Pani energii w codziennym funkcjonowaniu?”, 39,6% pacjentów wskazywało, iż stan ten występował u nich „często”; z kolei „bardzo często” problem ten dotyczył 37,6% pacjentów. Następnie, na pytanie: „Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy odczuwał/a Pan/Pani

smutek/obniżenie nastroju?" – 50,5% odpowiedziało, iż wskazane objawy występowały u nich „rzadko”; natomiast u 40,6% – „często”.

Poddając analizie wyniki uzyskane z odpowiedzi na pytanie: „Kto najbardziej wspiera Pana/Panią w walce z chorobą?”, ujawniono, iż w największym stopniu źródłem wsparcia dla pacjentów były dzieci – 47,5%; wsparcie od współmałżonka otrzymało 26,7% respondentów; natomiast 10,9% badanych potwierdziło otrzymywanie wsparcia od innych członków rodziny oraz przyjaciół. Pozostali pacjenci (11,9%) zadeklarowali brak wsparcia; jedynie 3,0% pacjentów otrzymało wsparcie od personelu medycznego. Z kolei, opinia ankietowanych dotycząca poziomu otrzymywanego wsparcia w chorobie ujawniła, iż spośród osób, które je otrzymywało ($n = 89$): 30,3% pacjentów określiło jego poziom jako „zadowolający”; 29,2% chorych jako „bardzo wysoki”; 28,1% jako „wysoki”. Pozostali ankietowani (12,4%) ocenili otrzymywane wsparcie na „niezadowolającym” poziomie. Kolejno, uzyskane wyniki otrzymane z odpowiedzi na pytanie: „Czy według Pana/Pani stan zdrowia uległ pogorszeniu od momentu rozpoznania POChP?” ujawniły, iż u wszystkich ankietowanych stan zdrowia uległ pogorszeniu: u 49,5% ankietowanych w „dużym stopniu”, u 22,8% w „bardzo dużym” stopniu, natomiast u 27,7% pogorszył się „nieznacznie”. W badaniach zweryfikowano opinię chorych dotyczącą oceny poziomu jakości życia. Na pytanie: „Na jakim poziomie ocenia Pan/Pani jakość swojego życia (w skali od 1 do 10)?”, średnia samoocena jakości życia u badanych wynosiła 4,1; połowa osób oceniła jakość życia na nie więcej niż 4.

Wyniki badań nie wykazały zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych a samooceną ich stanu zdrowia ($p > 0,05$). Płeć pacjentów nie determinowała poziomu wydolności oraz sprawności fizycznej pacjentów ($p > 0,05$); nie wykazano związku pomiędzy płcią pacjentów a częstotliwością występowania u nich uczucia braku energii w codziennym funkcjonowaniu ($p > 0,05$). Podobnie, wyniki badań nie ujawniły wpływu płci pacjentów na samoocenę jakości życia ($p > 0,05$). Badając związek pomiędzy częstością odczuwania przez pacjentów z POChP smutku/obniżonego nastroju, a uzyskiwanym wsparciem ze strony osób bliskich, wykazano, iż pacjenci, którzy nie posiadali wsparcia w walce z chorobą „bardzo często”, odczuwali smutek/obniżenie nastroju. Natomiast w grupie chorych, którzy „rzadko” lub „bardzo rzadko” doznawali uczucia smutku/obniżenia nastroju, byli jedynie ankietowani, którzy posiadali osobę wspierającą ich w walce z chorobą. Wyniki ujawniły zależność istotną statystycznie pomiędzy otrzymywaniem wsparcia w chorobie, a częstotliwością odczuwania przez badanych smutku/obniżonego nastroju ($p < 0,0001$) (Tab. I).

Tabela I. Częstotliwość odczuwania smutku/obniżonego nastroju badanych a posiadanie/nieposiadanie osoby wspierającej pacjenta w walce z chorobą

Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy odczuwał/a Pan/Pani smutek/obniżenie nastroju?	Posiadanie osoby wspierającej w walce z chorobą		Wynik analizy
	Ma taką osobę	Nie ma takiej osoby	
	n (%)		
Często lub bardzo często	31 (34,8)	12 (100)	$\chi^2 = 18,37$; df = 1;
Rzadko lub bardzo rzadko	58 (35,2)	0 (0)	p < 0,0001

n: liczebność; %: procent; χ^2 : wynik testu statystycznego; df: liczba stopni swobody; p: istotność statystyczne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Z kolei, analiza zależności pomiędzy otrzymywanym przez pacjentów z POChP wsparciem a poziomem jakości życia chorych, ujawniła zależność istotną statystycznie (p < 0,0001). Respondenci otrzymujący wsparcie oceniali jakość swojego życia na „średnim” poziomie – 4,4; natomiast badani nieotrzymujący wsparcia oceniali jakość swojego życia na znacznie niższym poziomie wynoszącym średnio 2,2 (Tab. II).

Tabela II. Samooceena poziomu jakości życia a posiadanie lub nieposiadanie osoby wspierającej pacjenta w walce z chorobą

Posiadanie osoby wspierającej w walce z chorobą	n	Samooceena jakości życia					Wynik analizy
		M	SD	Me	Min.	Maks.	
Ma taką osobę	89	4,4	1,5	4,0	2	8	Z = 4,69;
Nie ma takiej osoby	12	2,2	0,7	2,0	1	3	p < 0,0001

n: liczebność; M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Me: median; Min.: wartość minimalna; Maks.: wartość maksymalna; Z: wynik testu statystycznego; p: istotność statystyczna

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ponadto, badania wykazały istotną statycznie zależność pomiędzy takimi zmiennymi jak: poziom otrzymywanego wsparcia, a częstość odczuwanego przez badanych smutku/obniżenia nastroju. Ankietowani, którzy deklarowali otrzymywane wsparcie na „bardzo wysokim” poziomie, odczuwali smutek/obniżenie nastroju „rzadko” lub „bardzo rzadko”; natomiast chorzy którzy oceniali poziom otrzymywanego wsparcia na poziomie „niezadowolającym”, odczuwali smutek/obniżenie nastroju znacznie „częściej” – 66,7% (p < 0,0001) (Tab. III).

Tabela III. Częstość odczuwania smutku/obniżonego nastroju u pacjentów a poziom otrzymanego wsparcia w chorobie

Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy odczuwał/a Pani/Pan smutek/ obniżenie nastroju?	Poziom otrzymanego wsparcia				Wynik analizy
	Bardzo wysoki	Wysoki	Zadowalający	Niezadowalający	
	n (%)				
Często lub bardzo często	0 (0)	2 (8)	18 (66,7)	11 (100)	$\chi^2 = 66,75$; df = 3; p < 0,0001
Rzadko lub bardzo rzadko	26 (100)	23 (92)	9 (33,3)	0 (0)	

n: liczebność; %: procent; χ^2 : wynik testu statystycznego; df: liczba stopni swobody; p: istotność statystyczne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ponadto wyniki ujawniły, iż im wyższy poziom otrzymywanego wsparcia, tym wyższa średnia samoocena jakości życia ankietowanych. Pacjenci deklarujący „bardzo wysoki” poziom otrzymywanego wsparcia, wskazywali na najwyższą średnią samoocenę jakości swojego życia na poziomie 5,9. Osoby oceniające w stopniu „wysokim” poziom otrzymywanego wsparcia oceniały poziom jakości życia na 4,3. Chorzy deklarujący „zadowalający” poziom otrzymywanego wsparcia uzyskali średni wynik samooceny jakości życia na poziomie 3,9. Natomiast osoby, które wskazywały na „niezadowalający” poziom otrzymywanego wsparcia, deklarowały najniższą samoocenę jakości życia na poziomie 2,5. Wykazano znaczącą różnicę w poziomie samooceny jakości życia między chorymi o różnym poziomie otrzymanego wsparcia (p < 0,0001) (Tab. IV).

Tabela IV. Samoocena jakości życia wśród pacjentów o różnym poziomie otrzymanego wsparcia

Poziom otrzymanego wsparcia	n	Samoocena jakości życia					Wynik analizy
		M	SD	Me	Min.	Maks.	
Bardzo wysoki	26	5,9	1,0	6,0	5	8	H = 49,87; p < 0,0001
Wysoki	25	4,3	0,7	4,0	3	6	
Zadowalający	27	3,9	1,5	3,0	2	7	
Niezadowalający	11	2,5	0,7	2,0	2	4	

n: liczebność; M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Me: median; Min.: wartość minimalna; Maks.: wartość maksymalna; H: wynik testu statystycznego; p: istotność statystyczna

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Poddając analizie częstość odczuwania dyskomfortu związanego z występowaniem uciążliwych objawów choroby a paleniem papierosów, ujawniono zależności istotne statystycznie ($p < 0,0001$). W grupie badanych respondentów, osoby palące papierosy „bardzo często” odczuwały ww. dyskomfort – 75%, kolejno, dyskomfort w stopniu „częstym” zgłaszały osoby, które nie paliły papierów – 54,5% (Tab. V).

Tabela V. Częstość odczuwania dyskomfortu związanego z występowaniem objawów choroby u pacjentów palących i niepalących

Jak często w ostatnich 6-miesiącach odczuwał/a Pan/Pani dyskomfort związany z występowaniem takich objawów jak: kaszel, odksztuszanie płwociny oraz duszność?	Palenie papierosów		Wynik analizy
	Tak	Nie	
	n (%)		
Bardzo często	18 (75)	11 (14,3)	$\chi^2 = 34,33$; df = 2; p < 0,0001
Często	6 (25)	42 (54,5)	
Rzadko	0 (0)	24 (31,2)	

n: liczebność; %: procent; χ^2 : wynik testu statystycznego; df: liczba stopni swobody; p: istotność statystyczne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Kolejno poszukując związku pomiędzy zmiennymi, takimi jak: czas trwania nałogu palenia papierosów a częstość odczuwania dyskomfortu spowodowanego występowaniem uciążliwych objawów choroby, pozwoliło ujawnić zależność istotną statystycznie ($p < 0,0001$). U pacjentów, którzy „rzadko” odczuwali dyskomfort wynikający z przebiegu choroby, 52,9% ankietowanych paliło papierosy nie dłużej niż 10 lat. Natomiast w grupie osób, które „często” odczuwały dyskomfort, największy odsetek (87,1%) dotyczył chorych palących papierosy od 11 do 20 lat (Tab. VI).

Tabela VI. Częstość odczuwania dyskomfortu związanego z występowaniem objawów choroby a czas trwania nałogu palenia papierosów

Jak często w ostatnich 6 miesiącach odczuwał/a Pani/Pan dyskomfort związany z występowaniem takich objawów jak: kaszel, odksztuszanie płwociny oraz duszność?	Czas trwania nałogu palenia papierosów			Wynik analizy
	Do 10 lat	11–20 lat	Powyżej 20 lat	
	n (%)			
Bardzo często	7 (41,2)	3 (9,7)	12 (34,3)	$\chi^2 = 41,04$; df = 4; p < 0,0001
Często	1 (5,9)	27 (87,1)	11 (31,4)	
Rzadko	9 (52,9)	1 (3,2)	12 (34,3)	

n: liczebność; %: procent; χ^2 : wynik testu statystycznego; df: liczba stopni swobody; p: istotność statystyczne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Dodatkowo poddano analizie związek pomiędzy zerwaniem z nałogiem palenia papierosów przez ankietowanych, a częstością występowania objawów choroby. Wyniki ujawniły, iż u 36,7% pacjentów, którzy zerwali z nałogiem, dyskomfort związany z występowaniem objawów choroby występował „rzadko”. Natomiast „bardzo często” objawy występowały u wszystkich chorych, którzy nie podjęli próby rzucenia palenia/nieskuteczna próba – 62,5%. Stwierdzono istotną statystycznie zależność między próbą zerwania z nałogiem nikotynizmu przez pacjentów a częstością odczuwania dyskomfortu związanego z występowaniem objawów choroby ($p < 0,0001$) (Tab. VII).

Tabela VII. Częstość odczuwania dyskomfortu związanego z występowaniem objawów choroby u pacjentów a skuteczność podjęcia próby zerwania z nałogiem nikotynizmu

Jak często w ostatnich 6 miesiącach odczuwał/a Pan/Pani dyskomfort związany z występowaniem takich objawów jak: kaszel, odkasztuszanie płwociny oraz duszność?	Próba podjęcia zerwania z nałogiem nikotynizmu			Wynik analizy
	Tak	Tak, ale nieskutecznie	Nie	
	n (%)			
Bardzo często	5 (8,3)	10 (62,5)	7 (100)	$\chi^2 = 46,14$; df = 4; p < 0,0001
Często	33 (55)	6 (37,5)	0 (0)	
Rzadko	22 (36,7)	0 (0)	0 (0)	

n: liczebność; %: procent; χ^2 : wynik testu statystycznego; df: liczba stopni swobody; p: istotność statystyczne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Analiza uzyskanych wyników nie wykazała zależności pomiędzy wykształceniem pacjentów, a zmiennymi, takimi jak: samoocena stanu zdrowia; częstość występowania problemów emocjonalnych oraz samoocena jakości życia ($p > 0,05$).

Z kolei, uzyskane wyniki potwierdziły, że im krótszy czas trwania PO-ChP, tym wyższa samoocena stanu zdrowia badanych ($p < 0,0001$). Wśród pacjentów, którzy w stopniu „dobrym” lub „bardzo dobrym” ocenili stan swojego zdrowia, największy odsetek dotyczył osób, które chorowały zaledwie 6-miesiący i wynosił 35,7%. W grupie ankietowanych, którzy w stopniu „złym” ocenili stan swojego zdrowia, największy był udział osób, które chorowały co najmniej 3 lata i więcej – 86,1% (Tab. VIII.).

Tabela VIII. Samooceena stanu zdrowia u pacjentów a czas trwania choroby

Jak ocenia Pan/Pani obecny stan swojego zdrowia?	Czas trwania choroby			Wynik analizy
	6 miesięcy	1 do 3 lat	3 lata i więcej	
	n (%)			
Dobry lub bardzo dobry	5 (35,7)	4 (7,8)	0 (0)	$\chi^2 = 45,83$; df = 4; p < 0,0001
Zadowalający	9 (64,3)	25 (49)	5 (13,9)	
Zły	0 (0)	22 (43,1)	31 (86,1)	

n: liczebność; %: procent; χ^2 : wynik testu statystycznego; df: liczba stopni swobody; p: istotność statystyczne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wyniki badań ujawniły, że im dłuższy czas trwania choroby, tym większy stopień pogorszenia stanu zdrowia ankietowanych (p < 0,0001). Stan zdrowia pogorszył się w stopniu „bardzo dużym” u 33,3% osób, w stopniu „dużym” u 66,7% osób, które chorowały 3 lata i więcej. Wśród pacjentów, którym zdrowie pogorszyło się w stopniu „nieznacznym”, największy był odsetek osób, które chorowały 6 miesięcy (100%) (Tab. IX.).

Tabela IX. Stopień pogorszenia stanu zdrowia od momentu rozpoznania POChP a czas trwania choroby

Czy według Pani/Pana stan zdrowia uległ pogorszeniu od momentu rozpoznania POChP?	Czas trwania choroby			Wynik analizy
	6 miesięcy	1–2 lata	3 lata i więcej	
	n (%)			
Tak, pogorszył się w bardzo dużym stopniu	0 (0)	11 (21,6)	12 (33,3)	$\chi^2 = 59,41$; df = 4; p < 0,0001
Tak, pogorszył się w dużym stopniu	0 (0)	26 (51)	24 (66,7)	
Tak, pogorszył się nieznacznie	14 (100)	14 (27,5)	0 (0)	

n: liczebność; %: procent; χ^2 : wynik testu statystycznego; df: liczba stopni swobody; p: istotność statystyczne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Analiza otrzymanych wyników ujawniła, że im krótszy czas trwania choroby, tym wyższa samooceena jakości życia chorych (p < 0,0001). Najwyższą średnią samooceeną jakości życia – 6,8 deklarowali chorzy z najkrótszym czasem trwania choroby. Pacjenci chorujący 1–2 lata oceniali średnio swoją jakość życia na poziomie 3,8. Natomiast ankietowani z najdłuższym czasem trwania choroby oceniali swoją jakość życia najniżej, na poziomie 3,6 (Tab. X).

Tabela X. Samoocena jakości życia pacjentów a czas trwania choroby

Czas trwania choroby	n	Samoocena jakości życia					Wynik analizy
		M	SD	Me	Min.	Maks.	
6 miesięcy	14	6,8	0,7	7,0	6	8	H = 34,99; p < 0,0001
1 rok-2 lata	51	3,8	1,5	4,0	1	7	
3 lata i dłużej	36	3,6	0,9	4,0	2	5	

n: liczebność; M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Me: median; Min.: wartość minimalna; Maks.: wartość maksymalna; H: wynik testu statystycznego; p: istotność statystyczna

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

DYSKUSJA

Na przestrzeni ostatnich lat POChP stanowi wiodący problem zdrowotny, medyczny, społeczny, szczególnie w populacji osób starszych. Choroba wpływa negatywnie na funkcjonowanie pacjenta w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej oraz duchowej. Stan ten jest konsekwencją postępującego procesu chorobowego, prowadzącego do zaburzeń wymiany gazowej, występowania duszności oraz łatwego męczenia się. W miarę upływu czasu trwania choroby, u większości pacjentów występują deficyty w zakresie samoopieki, skutkujące utratą samodzielności, niezależności i tym samym gorszej jakości życia (Telke, 2013; Trzebiatowski, 2011). Prowadzone obecnie badania w zakresie oceny jakości życia osób z POChP stają się źródłem cennych informacji dotyczących sposobów rozwiązywania złożonych problemów diagnozowanych w tej grupie chorych. Ponadto, umożliwiają zaproponowanie chorym/ich rodzinom różnych form wsparcia: rzeczowego, informacyjnego, emocjonalnego oraz wdrożenia działań profilaktycznych, zwiększających ich potencjał zdrowotny (Wnut, Marcinkowski, 2012; Wnuk i in. 2013).

Analiza jakości życia pacjentów z POChP, hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych we Wrocławiu oraz Gostyniu ujawniła, iż badani w 10-punktowej skali ocenili jakość swojego życia poniżej „przeciętnej”, tj. na poziomie 4,1; nie wykazano zależności istotnej statystycznie pomiędzy płcią badanych a oceną jakości życia. Analiza ogólnej percepcji własnego zdrowia badanych ujawniła, iż połowa pacjentów z POChP – 52,5% oceniła stan zdrowia jako „zły”; kolejno jako „zadowolający” – 38,6% chorych; 7,9% badanych odpowiedziało że ocenia stan swojego zdrowia jako „dobry”. Podobne wyniki dotyczące oceny jakości życia uzyskała w swoich badaniach Kochman, Górajek-Jóźwik (2014). Analiza wyników badań przeprowadzonych przez autorki w grupie 200 pacjentów z POChP (144 mężczyzn,

56 kobiet) ujawniła iż tylko 37,5% mężczyzn oraz 33,93% kobiet oceniło jakość życia na „wysokim” poziomie. Badania nie ujawniły różnic istotnych statystycznie pomiędzy płcią a jakością życia badanych osób. Zbieżne wyniki w tym zakresie, uzyskano także w badaniu Pawłowska, Doboszyńska, Kądalska (2015). Uzyskane wyniki potwierdziły, iż pacjenci z POChP wskazywali na „złą” jakość życia, znaczne nasilenie duszności i objawów choroby. W badaniach Grochanski in. (2012) przeprowadzonych w grupie pacjentów z POChP i astmą oskrzelową ocena jakości życia obejmująca trzy obszary: sprawność fizyczną, witalność oraz stan psychiczny, ujawniła niższe wartości oceny jakości życia w grupie osób z POChP. Z kolei wyniki badań Kupcewicz, Abramowicz (2014) potwierdziły, iż jakość życia pacjentów z POChP jest obniżona; dla ogólnej oceny jakości życia średni wynik w badanej grupie był równy 61,4 pkt. (w skali od 0 – najwyższa do 100 – najniższa); najwyższą jakość życia ankietowani uzyskali w podskali „Wpływ na życie”- średnia wyników była równa 42,91 pkt; w podskali „Objawy” – średni wynik wyniósł 61,9 pkt. następnie w podskali „Aktywność”- wynik wyniósł 68,23 pkt. W ocenie jakości życia autorzy uwzględnili, takie czynniki jak: wiek, czas trwania choroby, choroby współistniejące, liczba hospitalizacji, status społeczno-zawodowy, miejsce zamieszkania oraz status ekonomiczny. Natomiast w badaniach Cudzik i in. (2021) przeprowadzonych u 319 chorych z POChP globalna ocena jakości życia wynosiła wynik średni $44,67 \pm 8,94$. Najniższa ocena jakości życia dotyczyła podskali „Objawy” ze średnią wyników $76,46 \pm 8,80$. W podskali „Aktywność” średni wynik kształtował się na poziomie $47,14 \pm 2,75$. Najwyższą jakość życia chorzy uzyskali w podskali „Wpływ na życie” – średnia wyników wynosiła $31,45 \pm 11,18$. Ponadto, autorzy wykazali, iż ogólna jakość życia była istotnie ujemnie skorelowana z ciężkością obturacji oskrzeli ($p < 0,001$) oraz nasileniem objawów związanych z chorobą, w ocenie z wykorzystaniem testu CAT, tj. kaszlem, zaleganiem śluzu w oskrzelach, uciskiem w klatce piersiowej, zadyszką, brakiem poczucia pewności, gorszym snem, brakiem energii do działania ($p < 0,001$). We wnioskach autorzy podkreślili, iż jakość życia respondentów była determinowana głównie stanem klinicznym związanym z nasileniem objawów oraz stopniem upośledzenia czynności płuc. Z kolei wyniki badań Kupcewicz, Abramowicz (2014) potwierdziły, iż osoby w wieku powyżej 70 lat mają istotnie statystycznie niższą jakość życia w podskali „Aktywność” niż osoby młodsze w każdej innej klasie wiekowej. W badaniach Pawłowska, Doboszyńska (2017) mających na celu ocenę jakości życia pacjentów w zależności od stopnia zaawansowania choroby (GOLD) ujawniono, iż wraz ze wzrostem stopnia zaawansowania choroby, następowało pogorszenie jakości życia chorych. Warto podkreślić, iż również aspekt samoopieki i jej wpływu na codzienne funkcjonowanie chorych z POChP

(w warunkach środowiska szpitalnego i domowego) został poddany analizie w badaniach Kochman i Górajek-Jóźwik (2014). Uzyskane wyniki potwierdziły, iż lepszy poziom samoopieki prezentowali pacjenci, którzy zostali do niej przygotowani przez lekarza i pielęgniarkę w porównaniu z chorymi, którzy nabywali wiedzę w tym zakresie z innych źródeł. Ponadto, w badaniach nie wykazano istotnego wpływu czynników socjomedycznych na poziom samoopieki pacjentów. W badaniach Olek, Uchmanowicz, Chudiak, Jankowska-Polańska (2014) oceniających wpływ akceptacji choroby na jakość życia osób z POChP wykazano, iż pacjenci w wieku 71.-80. r.ż. znacznie częściej akceptowały chorobę niż osoby młodsze. Dodatkowo, osoby pracujące fizycznie charakteryzowały się wyższym poziomem akceptacji choroby, niż osoby będące na rencie/emeryturze; z kolei osoby do 50. r.ż. wskazywały na lepszą jakość życia w porównaniu z osobami powyżej 50. r.ż. Wzrost poziomu akceptacji schorzenia wpływał na poprawę jakości życia we wszystkich jego wymiarach. Poszukiwanie zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, statusem ekonomicznym, pacjentów z POChP a oceną poziomu jakości życia nie znalazło potwierdzenia w wynikach badań własnych. Natomiast, w badaniach Bąk-Drabik, Ziara (2010) ujawniono, iż czynniki socjodemograficzne, które istotnie wpływały na wyższą ogólną jakość życia chorych z POChP to: wykształcenie wyższe, wykonywanie pracy umysłowej, obecność aktywności zawodowej, wyższy dochód miesięczny. W badaniach nie wykazano natomiast różnic w ocenie jakości życia w zależności od: płci, wieku, statusu palenia oraz całkowitej ekspozycji na dym tytoniowy. Problematykę oceny wpływu choroby na funkcjonowanie pacjentów z POChP w rodzinie, zaprezentowały w swoich badaniach Kulczyńska i Sienkiewicz (2019). Autorki ujawniły, iż 50% badanych oceniło swoje funkcjonowanie fizyczne jako „dobre”; natomiast 16% jako „złe” (osoby wymagające pomocy w czynnościach dnia codziennego). Z kolei jakość funkcjonowania psychicznego – 42% badanych określiło jako „dobrą”; 36% – jako „średnią” i około ¼ badanych jako „złą”. Funkcjonowanie społeczne dobrze oceniło 41% badanych; średnio - 30%; źle - 29%.

Ocena wpływu stanu odżywienia i stopnia zaawansowania choroby na jakość życia pacjentów w badaniach Nguyen i in. (2019) ujawniła, iż u 74,4% osób rozpoznano niedożywienie, które było związane z cięższym przebiegiem choroby oraz gorszą jakością życia. Dodatkowo, badania Yun, Bai, Lu, Wu, Lee (2021) potwierdziły znaczenie stosowania ćwiczeń oddechowych w terapii chorych z POChP, m.in. poprzez poprawę siły mięśni oddechowych; jednak nie wykazały ich znaczącego wpływu na poprawę jakości życia chorych. Interesujące wyniki badań dotyczące korzystnego wpływu interwencji z zakresu telemedycyny na jakość życia chorych przedstawili Gregersen i in. (2016).

Istotnym elementem poddawany analizie w wielu badaniach jest wpływ wsparcia społecznego na jakość życia chorych z POChP. Wyniki badań własnych ujawniły, iż im wyższy był poziom otrzymywanego wsparcia, tym wyższa średnia samoocena jakości życia ankietowanych. Pacjenci deklarujący „bardzo wysoki” poziom otrzymywanego wsparcia, wskazywali na najwyższą średnią samoocenę jakości swojego życia na poziomie – 5,9; osoby oceniające w stopniu „wysokim” poziom otrzymywanego wsparcia, oceniały poziom jakości życia na – 4,3. Kurowska i Brojakowska (2010) w grupie chorych hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych wykazały, iż badani różnili się poziomem i rodzajem otrzymywanego wsparcia. Największy poziom obserwowany był w kategorii wsparcia emocjonalnego; najniżej przez badanych zostało ocenione wsparcie wartościujące. Większość respondentów wskazywała na „przeciętną” jakość życia; wraz z wiekiem obniżała się jakość życia pacjentów; osoby z wyższym wykształceniem deklarowały wyższą jakość życia.

Kolejnym czynnikiem, mającym istotny wpływ na jakość życia pacjentów z POChP jest czas trwania choroby. Uzyskane wyniki ujawniły, iż wśród osób którym zdrowie pogorszyło się w „bardzo dużym” stopniu największy odsetek – 33,3% stanowili pacjenci chorujący najdłużej (co najmniej 3 lata), natomiast w najmniejszym stopniu zdrowie pogorszyło się osobom z najkrótszym czasem trwania schorzenia – 100% (chorującym od 6 miesięcy). Analiza wyników dowiodła istotną zależność między czasem trwania choroby u pacjentów a stopniem pogorszenia się stanu zdrowia badanych ($p < 0,0001$). Podobnie wyniki badań Kupcewicz i Abramowicz (2014) potwierdziły, iż osoby które chorowały dłużej niż 10 lat, miały istotnie statystycznie niższy poziom jakości życia w podskali „Objawy” niż osoby, które chorowały krócej. Z kolei, w badaniach Ślusarska, Kwaśnik, Piasecka, Nowicki (2016), których celem było określenie trudności psychospołecznych, wydolności funkcjonalnej oraz samooceny stanu zdrowia, w grupie chorych na POChP ujawniono, iż osoby które leczyły się dłużej (11–15 lat oraz 16–20 lat) uzyskiwały więcej punktów w skali Becka, co świadczy o zdecydowanie gorszej kondycji psychicznej.

Wpływ palenia papierosów na występowanie choroby i jakość życia pacjentów z POChP jest przedmiotem zainteresowania wielu autorów. Wyniki badań własnych wykazały, iż częstotliwość występowania objawów choroby jest ściśle związana z rzuceniem palenia papierosów przez badanych. Objawy choroby występowały „rzadko” tylko w grupie ankietowanych, którzy zerwali z nałogiem – 36,7%; natomiast „największe” nasilenie symptomów występowało wśród pacjentów, którzy nie podjęli próby rzucenia palenia oraz u większości chorych – 62,5%, którzy takową próbę podjęli, ale nieskutecznie. Ponadto, wyniki badań potwierdziły istotną statystycz-

nie zależność między próbą podjęcia zerwania z nałogiem nikotynizmu a częstością odczuwania dyskomfortu związanego z występowaniem niekorzystnych objawów choroby ($p < 0,0001$). Podobny związek ujawniono pomiędzy zmiennymi: czas trwania nałogu palenia papierosów, a częstość odczuwania dyskomfortu, spowodowanego występowaniem uciążliwych objawów choroby. Wśród pacjentów, którzy „rzadko” odczuwali dyskomfort wynikający z przebiegu choroby – 52,9% ankietowanych paliło papierosy nie dłużej niż 10 lat. Natomiast w grupie pacjentów, którzy „często” odczuwali dyskomfort związany z występowaniem uciążliwych objawów choroby, największy odsetek dotyczył osób, które paliły papierosy od 11 do 20 lat – 87,1% ($p < 0,0001$). Natomiast, w badaniach Pawłowskiej, Dooszyńskiej, Kądelskiej (2015) poddających analizie wpływ obecnego statusu palenia papierosów na jakość życia chorych oraz nasilenie objawów choroby, ujawniono, iż obecny status palenia papierosów nie wpływał na jakość życia badanych. Kolejno, w badaniach Grochans i in. (2012) wykazano, iż osoby palące w przeszłości cechują się gorszą jakością życia niż osoby nigdy niepalące. Dodatkowo, uzyskane wyniki nie wykazały wpływu innych czynników szkodliwych na ocenę jakości życia badanych. W badaniach Grochowska, Zająć, Bodys-Cupak, Łabuzek, Maciejowska (2019) potwierdzono silną zależność pomiędzy paleniem papierosów a występowaniem POChP. Ponad 90% respondentów paliło papierosy w przeszłości, a 44,9% nadal pali papierosy. Kolejno, ponad 2/3 badanych było narażonych na pyły i azbest; ujawniono zależność pomiędzy ekspozycją na pyły, azbest i związki chemiczne a występowaniem POChP.

WNIOSKI

1. Ponad połowa pacjentów z POChP oceniła stan swojego zdrowia w stopniu „złym”.
2. Większość ankietowanych przed zachorowaniem na POChP paliła papierosy.
3. U chorych, którzy rzucili palenie oraz czas trwania nałogu był krótszy, dyskomfort związany z występowaniem objawów choroby, pojawiał się znacznie rzadziej.
4. Pacjenci najczęściej oceniali swoją sprawność fizyczną/ruchową w stopniu „złym” i „zadowolającym”
5. Samoocena jakości życia w badanej grupie pacjentów była poniżej przeciętnej.

6. Im krótszy czas trwania choroby tym wyższy poziom samooceny stanu zdrowia oraz związanej z nim jakości życia.
7. Im wyższy poziom wsparcia pacjentów ze strony rodziny, tym lepsza jakość życia badanych.
8. Czynniki socjodemograficzne, takie jak: wiek, płeć, wykształcenie badanych nie miały wpływu na samoocenę stanu zdrowia badanych oraz ich jakość życia.

PIŚMIENNICTWO

- Bąk-Drabik K., Ziora D. (2010). Wpływ statusu socjoekonomicznego na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 78(1), s. 3-13.
- Cudzik E., Cudzik K., Zboina B., Stępień R.B., Koziół D., Ślusarska B. (2021). Jakość życia chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) w opiece ambulatoryjnej. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 6(1), s. 14-24. DOI: 10.19251/pwod/2021.1(2).
- Domagała-Kulawik, J. (2020). Postępowanie w POChP – wytyczne GOLD 2020. *Medycyna po Dyplomie*, 29(9), s. 19-27.
- Domagała-Kulawik, J. (2022). Współwystępowanie astmy i POChP. *Medycyna po Dyplomie*, 31(3), s. 49-53.
- Fiorentino, G., Esquinas, A.M., Annunziata, A. (2020). Exercise and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1228, s. 355-368. DOI: 10.1007/978-981-15-1792-1_24.
- Gregersen, T.L., Green, A., Frausing, E., Ringbæk, T., Brøndum, E., Ulrik, Ch.S. (2016). Do telemedical interventions improve quality of life in patients with COPD? A systematic review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 21(11), s. 809-822. DOI: 10.2147/COPD.S96079.
- Grochans, E., Bąk, A., Reczyńska, A., Jurczak, A., Szkup-Jabłońska, M., Brzostek B. (2012.). Ocena jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(3), s. 542-545.
- Grochowska, A., Zając, P., Bodys-Cupak, I., Łabuzek, M., Maciejowska, J. (2019.). Zachowania zdrowotne pacjentów z POChP. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 1(58), s. 44-50. DOI: 10.20883/ppnoz.2019.7.
- Kałużka, S. (2020). Najnowsze wytyczne postępowania w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc na rok 2019/2020 – GOLD 2019/2020. Część II. Klasyfikacja i leczenie POChP. *Geriatrics*, 14, s. 76-82. DOI: 10.5604/20834543.1112222.
- Kochman, M., Górajek-Jóźwik, J. (2014). Samoopieka w działaniach podejmowanych przez pacjentów z POChP na rzecz zdrowia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(2), s. 109-119.

- Kulczyńska, H.A., Sienkiewicz, Z. (2019). Wpływ przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na funkcjonowanie pacjenta w rodzinie. *Geriatrics*, 13, s. 83-89.
- Kupcewicz, E., Abramowicz, A. (2014). Ocena jakości życia chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Hygeia Public Health*, 49(4), s. 805-812.
- Kurowska, K., Brojakowska, M. (2010). Wsparcie a jakość życia z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Nowiny Lekarskie*, 79(6), s. 438-444.
- Kuziemski K. (2021) Fenotyp w POChP i jego wpływ na dobór leczenia. *Medycyna po Dyplomie*, (6), s. 60-66.
- Nguyen H.T., Collins P.F., Pavey T.G., Nguyen N.V., Pham T.D., Gallegos D.L. (2019). Nutritional status, dietary intake and health-related quality of life in outpatients with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14(14), s. 215-226.
- Olek, D., Uchmanowicz, I., Chudiak, A., Jankowska-Polańska, B. (2014.). Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Problemy Pielęgniarstwa*, 22(4), s. 471-476.
- Pawłowska, K., Doboszyńska, A. (2017). Ocena jakości życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc w zależności od stopnia zaawansowania choroby według GOLD. *Problemy Pielęgniarstwa*, 25(3), s. 168-173. DOI: 10.5603/PP.2017.0028.
- Pawłowska, K., Doboszyńska, A., Kądalska, E. (2015.). Wpływ palenia tytoniu na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Problemy Pielęgniarstwa*, 23(3), s. 338-343. DOI: 10.5603/PP.2015.0055.
- Pierchala, W., Niżankowska-Mogilnicka, E., Mejza, F. (2021). Przewlekła obturacyjna choroba płuc. W: P. Gajewski (red.). *Interna Szczeklika*. Kraków: Medycyna Praktyczna, s. 708-723.
- Ślusarska, B., Kwaśnik, K., Piasecka, H., Nowicki, G. (2016.). Wybrane psychospołeczne problemy opieki pacjentów z POChP. *Problemy Pielęgniarstwa*, 24(1), s. 48-54. DOI: 10.5603/PP.2016.0008.
- Telka, E. (2013). Ocena jakości życia w wymiarze psychologicznym, zdrowotnym i społecznym. *Nowa Medycyna*, 4, s. 184-186.
- Trzebiatowski, J. (2011) Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 46(1), s. 25-31.
- Wnuk, M., Marcinkowski, J.T. (2012). Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(1), s. 21-26.
- Wnuk, M., Zielonka, D., Purandare, B., Kaniewski, A., Klimberg, A., Ulatowska-Szostak, E., Palicka, E., Zarzycki, A., Kaminiarz, E. (2013.). Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. *Hygeia Public Health*, 48 (1), s. 10-16.
- Yun, R., Bai, Y., Lu, Y., Wu, X., Lee, S.-D. (2021). How breathing exercises influence on respiratory muscles and quality of life among patients with COPD? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Respiratory Journal*, 29, s. 1904231.

Wpływ obciążenia opieką na jakość życia opiekunów nieformalnych osób chorych na Alzheimera

Alina Deluga¹, Katarzyna Markowska², Grzegorz Józef Nowicki¹, Barbara Ślusarska¹, Bożena Zboina³

1. Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim
3. Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

STRESZCZENIE

Wstęp. Opiekę nad pacjentami z chorobą Alzheimera pełnią najczęściej najbliżsi członkowie rodziny, poświęcają oni około dziesięciu lat życia na zajmowanie się bliską osobą, która stopniowo traci sprawność intelektualną i fizyczną, przy czym nie ma żadnych szans na jej powrót do zdrowia. Opiekunowie są obciążeni opieką i pogarsza się ich jakość życia.

Celem pracy. Ocena obciążenia opieką i jakości życia opiekunów nieformalnych osób chorych na Alzheimera oraz analiza korelacji obciążenia opieką i jakości życia tych opiekunów.

Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 102 opiekunów nieformalnych osób chorych na Alzheimera. Materiał badawczy zbierano metodą sondażu diagnostycznego od listopada 2019 roku do stycznia 2020 roku. Narzędzia badawcze stanowiły Kwestionariusz COPE Indeks oraz Kwestionariusz WHOQOL-Bref oraz kwestionariusz ankiety zawierający pytania dotyczące danych socjodemograficznych badanych i zmiennych związanych ze świadczoną opieką.

Wyniki. Opiekunowie nieformalni osób chorych na chorobę Alzheimera negatywnie odbierają fakt, iż muszą opiekować się osobą z tą jednostką chorobową, a jakość wspar-

cia otrzymywanego w ich opinii jest niska. Wszystkie obszary obciążenia wg Cope Indeks istotnie korelują z jakością życia opiekunów we wszystkich domenach.

Wnioski. Obciążenie związane z opieką nad osobą z chorobą Alzheimera istotnie wpływa na jakość życia opiekunów nieformalnych. W planowaniu systemów wspierających opiekunów nieformalnych osób z AD należy uwzględnić takie determinanty obciążenia i jakości życia jak płeć, wiek, stan cywilny i status zawodowy.

Słowa kluczowe: choroba Alzheimera, obciążenie opieką, jakość życia opiekuna

WSTĘP

Choroba Alzheimera (*Alzheimer's disease*, AD) jest najczęstszą przyczyną otępienia na świecie. W związku z wydłużaniem się średniej długości życia i tym samym wzrostem odsetka ludzi starych oraz postępem w diagnozowaniu choroby Alzheimera, schorzenie to jest coraz częściej rozpoznawane (Martyniuk-Gęca, Gontarz, Tynecka-Turowska, Rejdak, Papuć, 2017). Jej typowe objawy to dominujące deficyty funkcji poznawczych, zaburzenia językowe, orientacji, koncentracji i uwagi, zaburzenia zachowania, nastroju i inne zaburzenia neurologiczne. Towarzyszą jej takie objawy jak: objaw „wędrowania”, „lustra” i „telewizora”. Przeważnie po upływie ok. 2–3 lat od rozpoznania chorej tracą zdolność do samodzielnego funkcjonowania i nie mogą być pozostawiani bez opieki (Barczak, 2015; Gawęł, Potulska-Chromik, 2015).

Choroby tej nie można wyleczyć, nie można też jej zapobiec, jej rokowanie jest zawsze niepomyślne. Początek AD jest trudny do rozpoznania, gdyż pacjent nie czując objawów choroby, nie szuka pomocy lekarza, a rodzina uznaje je jako objawy związane ze starzeniem się organizmu (Kozak-Putowska, Iłżecka, 2016). Należy podkreślić, że pacjenci z AD w początkowych latach trwania choroby mają świadomość pojawiających się deficytów poznawczych. W Polsce 92% osób chorych na chorobę Alzheimera przebywa w domu rodzinnym, a opieka nad chorym najczęściej spoczywa na rodzinie (Szluz, 2017).

W większości przypadków opiekę nad pacjentami z AD pełnią najbliżsi członkowie rodziny. Zajmowanie się chorym z reguły pociąga za sobą bardzo poważne obciążenie psychiczne, fizyczne i finansowe, ponieważ wpływa zarówno na warunki i styl życia oraz na sprawy finansowe czy karierę zawodową opiekunów. Zdaniem Kersting (2004) opiekunowie często spełniają jednocześnie cztery role: rodzica (wobec własnych dzieci), dziecka, pracownika i opiekuna (wobec chorego). Muszą więc pogodzić różne sfery życia i jest to dla nich źródłem silnego stresu. Stres i obciążenie opiekunów

wynikają też z braku właściwego przygotowania opiekuna, emocjonalnego stosunku do chorego, niedostatecznego wsparcia ze strony instytucji i jednostek powołanych do opieki nad chorymi (Kaczmarek, Durda, Skrzypczak, Szwed, 2010). Należy dodać, że opiekunowie poświęcają około dziesięciu lat życia na zajmowanie się bliską osobą, która stopniowo traci sprawność fizyczną i intelektualną, przy czym nie ma żadnych szans na jej powrót do zdrowia (Warchoń-Biedermann, 2010). Obciążenie związane z opieką wpływa negatywnie na zdrowie psychosomatyczne opiekunów, obniżając jakość ich życia, a to wpływa ujemnie na jakość sprawowanej opieki i zwiększa prawdopodobieństwo wczesnej instytucjonalizacji chorego (Rachel, Jabłoński, Datka, Zięba, 2014).

CEL PRACY

Celem pracy była ocena obciążenia opieką i jakości życia opiekunów nieformalnych osób chorych na Alzheimera oraz analiza korelacji obciążenia opieką i jakości życia tych opiekunów.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto opiekunów nieformalnych osób chorych na Alzheimera objętych interwencjami Radomskiego Towarzystwa Dobroczynności i Niepublicznego Zakładu Opieki „Troska” w Radomiu oraz dane zbierano od opiekunów pacjentów, zgłaszających się do Poradni Neurologicznej Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. w Radomiu. Materiał badawczy zbierano metodą sondażu diagnostycznego, od listopada 2019 roku do stycznia 2020 roku. Kryteria włączenia opiekuna nieformalnego osoby chorej na Alzheimera do badań obejmowały: wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu oraz opieka nad osobą ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera, na co dzień w warunkach domowych pacjenta. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, każdy opiekun nieformalny został poinformowany o celu badań oraz mógł odstąpić od uczestnictwa w badaniu na każdym etapie bez podawania przyczyny. Badanie zostało przeprowadzone po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (Nr KE-0254/13/2016). Procedura badawcza była zgodna z zasadami Deklaracji Helsińskiej.

- Kwestionariusz ankiety użyty w badaniach składał się z dwóch narzędzi standaryzowanych oraz pytań, oceniających dane socjodemograficzne

i zmienne związane ze świadczoną opieką. W skład narzędzi użytych w badaniach weszły:

- Kwestionariusz COPE Indeks, który jest wstępnym narzędziem przesiewowym służącym do rozpoznawania potrzeb opiekunów i podkreśla subiektywną ocenę opiekuna dotyczącą jego sytuacji i okoliczności sprawowania opieki. Narzędzie składa się z 15 pytań zamkniętych, na które respondent udziela odpowiedzi w czterostopniowej skali Likerta (od zawsze do nigdy) oraz 1 pytania otwartego. W narzędziu wyodrębniono trzy podskale: Negatywny Wpływ Opieki (NWO) – 7 pytań, Pozytywny Wpływ Opieki (PWO) – 4 pytania oraz Jakość Wsparcia (JW) – 4 pytania. Ostatnie 16 pytanie skali brzmi: Czy jest jeszcze coś, o czym chciałby/chciałaby Pan/i nam powiedzieć? Przeciężenie opieką nad pacjentem w podskali NWO posiada zakres od 7 do 28 pkt., natomiast podskale PWO i JW posiadają zakres od 4 do 16 pkt. Podskale nie posiadają referencyjnych wartości, ponieważ każda z nich stanowi pewną ciągłość. Zostały zatwierdzone jako wewnętrznie spójne, z wykorzystaniem dużej próby opiekunów nieformalnych w sześciu krajach europejskich, w tym dla Polski. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla narzędzia COPE Indeks wynosi 0,82 (Balducci, i in., 2008).
- Kwestionariusz WHOQOL-Bref (wersja skrócona), który przeznaczony jest do oceny jakości życia osób zdrowych i chorych. Narzędzie składa się z 26 pytań zamkniętych i 1 pytania otwartego. Umożliwia ocenę ogólnej jakości życia oraz w czterech dziedzinach: dziedzina fizyczna, dziedzina psychologiczna, relacje społeczne i środowiska. Za każde pytanie w kwestionariuszu ankietowany może uzyskać od 1 do 5 punktów, a w każdej dziedzinie punktacja może wynosić od 4 do 20 punktów. Im wyższa punktacja, tym wyższa jest jakość życia badanych. W kwestionariuszu umieszczono także dwa pytania, które są analizowane oddzielnie i dotyczą: pytanie 1. ogólnej percepcji jakości życia oraz pytanie 2. dotyczy indywidualnej percepcji własnego zdrowia. Ostatnie pytanie otwarte brzmi: Czy ma Pan/i jakieś komentarze do tych pytań? (Wołowicka, Jaracz, 2001).
- Pytania metryczkowe oceniające dane socjodemograficzne badanych opiekunów nieformalnych pacjentów z Alzheimerem (płeć, wiek, stan cywilny, status zatrudnienia, stopień pokrewieństwa względem podopiecznego) oraz zmienne, związane z opieką (odległość miejsca zamieszkania opiekuna od podopiecznego, doświadczenie w zakresie opieki nad pacjentami w domu oraz najtrudniejsze aspekty związane z opieką).

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości śred-

niej, mediany, dolnego i górnego kwartyła, wartości minimalnych i maksymalnych oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy licznosci i odsetka. Sprawdzenie normalności rozkładu zmiennych w badanych grupach wykonano za pomocą testu normalności Shapiro-Wilka. Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test U Manna-Whitneya, a ocenę różnic pomiędzy trzema grupami testem Kruskala-Wallisa. Do sprawdzenia zależności pomiędzy wynikami skali COPE Index i WHOQOL BREF wykorzystano korelacje rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy opiekunów osób chorych na Alzheimera

Badaniami objęto grupę 102 opiekunów nieformalnych osób chorych na Alzheimera. W większości badaną grupę stanowiły kobiety (64,71%; $n = 66$). Wiek badanych opiekunów wahał się od 43 do 68 lat ($M = 53,7$; $SD = 6,3$), a najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 51–55 lat (40,2%; $n = 41$). Większość badanych opiekunów nieformalnych pozostawało w związkach (75,49%; $n = 77$) oraz pracowało w pełnym wymiarze godzinowym (58,83%; $n = 60$). Szczegółowe dane charakteryzujące badaną grupę opiekunów nieformalnych przedstawia Tabela I.

Tabela I. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy opiekunów

Zmienna		N	%
Płeć	Kobiety	66	64,71
	Mężczyźni	36	35,29
Wiek	50 lat i mniej	30	29,41
	51–55 lat	41	40,20
	56 lat i powyżej	31	30,39
	$M \pm SD$	53,7 \pm 6,3	
	Me (Q1-Q2)	53,5 (50-58)	
Stan cywilny	wolny	25	24,51
	w związku	77	75,49

	w pełnym wymiarze godzin (1 etat)	60	58,83
	w niepełnym wymiarze godzin	6	5,88
Status zatrudnienia	umowa zlecenie	10	9,80
	emerytura / renta	21	20,59
	bezrobotny/a	5	4,90
	współmałżonek / partner	31	30,39
Stopień pokrewieństwa z osobą, nad którą sprawowana jest opieka	matka / ojciec	45	44,12
	rodzeństwo	11	10,78
	dziecko	0	0,00
	synowa lub zięć	0	0,00
	inny członek rodziny	15	14,71
	przyjaciół / sąsiad	0	0,00
Zamieszkanie	w tym samym mieszkaniu	61	59,80
	w innym mieszkaniu, ale w tym samym budynku	15	14,71
	w pobliżu (odległość krótkiego spaceru)	11	10,79
	około 10 min. samochodem / autobusem / pociągiem	5	4,90
	około 30 min. samochodem / autobusem / pociągiem	0	0,00
	około 1 godziny samochodem / autobusem / pociągiem	10	9,80
	ponad 1 godzinę samochodem / autobusem / pociągiem	0	0,00
Doświadczenie w zakresie opieki nad pacjentem w domu	jest to pierwsza osoba, którą się opiekuje	67	65,69
	jest to kolejna osoba, którą się opiekuje	35	34,31
	na co dzień pracuje z pacjentami objętymi opieką domową	0	0,00
	ukończenie kursu dla opiekunów medycznych	0	0,00
Najtrudniejsze aspekty w związku ze świadczeniem opieki	utrata samodzielności chorego	51	50,00
	utrudnione komunikowanie się z chorym z powodu zaburzeń pamięci	35	34,31
	zaburzenia zachowania chorego (agresja, zachowania nieadekwatne do sytuacji)	0	0,00
	depresja u pacjenta	0	0,00
	brak wsparcia ze strony rodziny, otoczenia	5	4,90
	brak pomocy drugiej osoby, która zastąpiłaby mnie w opiece	11	10,78
	brak środków finansowych	0	0,00

Obciążenie opieką i jego uwarunkowania w badanej grupie

Ocenę obciążenia opieką opiekunów nieformalnych osób chorych na chorobę Alzheimera wykonano na podstawie skali COPE Index. Szczegółowe dane oceny w skali COPE Index przedstawia Tabela II. Analiza uzyskanych wyników wskazuje, że w subskali NWO (im wyższy wynik, tym gorsza ocena w subskali) średnia uzyskana wartość wynosi 14,79 ($\pm 3,43$). Natomiast wartość mediany w subskali NWO, wynosząca 15 punktów, posłużyła do dychotomizacji ankietowanych na grupę respondentów mniej (7–10 punktów) i bardziej obciążonych opieką (11–28 punktów). W subskali PWO (im wyższy wynik, tym lepsza ocena w subskali) wartość średnia w badanej grupie wynosiła 11,59 ($\pm 2,2$), a wartość mediany wynosząca 11,5 pozwoliła na wyodrębnienie grupy o niskim wskaźniku PWO (4–13 punktów) oraz wyższym wskaźniku PWO (14–16 punktów). W subskali JW (im wyższy wynik, tym lepsza ocena w subskali) uzyskana wartość średnia punktów wynosiła 9,81 ($\pm 2,32$), a wartość środkowa równa 10 pozwoliła na wyodrębnienie opiekunów nieformalnych o niższym (4–12 pkt.) i wyższym (13–16 pkt.) wskaźniku jakości wsparcia. Wyższe wartości uzyskane w subskali NWO, a niższe w subskali PWO oraz wynik uzyskany w subskali JW, mieszczący się w przedziale niskich wyników wskazują, że opiekunowie nieformalni osób chorych na chorobę Alzheimera negatywnie odbierają fakt, iż muszą opiekować się osobą z tą jednostką chorobową, a jakość wsparcia otrzymywanego w ich opinii jest niska.

Na podstawie uzyskanych wyników z oceny skalą COPE Index badaną grupę opiekunów nieformalnych osób chorych na chorobę Alzheimera podzielono na 3 podgrupy. 4,9% ($n = 5$) respondentów to osoby jednoznacznie potrzebujący szczególnej i pilnej uwagi i dalszego, bardziej szczegółowego rozpoznania sytuacji opiekuńczej. Natomiast 46,08% ($n = 47$) ankietowanych to opiekunowie nieformalni, u których jest podstawa do uważnego rozważenia okoliczności ich sytuacji opiekuńczej. Pozostali respondenci (49,02%; $n = 50$) to osoby, u których nie wystąpiły „niepokojące” objawy związane ze sprawowaną opieką.

Tabela II. Statystyka opisowa dotycząca obciążenia opiekunów nieformalnych w poszczególnych subskalach COPE Index

Subskale COPE Index	M	Me	Min	Max	Q1	Q3	SD
Negatywny wpływ opieki (NWO)	14,79	15	8	21	12	18	3,43
Pozytywna wartość opieki (PWO)	11,59	11,5	8	16	10	13	2,20
Jakość wsparcia (JW)	9,81	10	5	14	8	11	2,32

M: średnia; Me: mediana; Min: wynik minimalny; Max: wynik maksymalny; Q1: dolny kwartył; Q3: górny kwartył; SD: odchylenie standardowe

Źródło: Opracowanie własne.

Dalsze analizy statystyczne dotyczyły wpływu wybranych zmiennych na podskale COPE Index (Tab. III). Zaobserwowano istotną zależność pomiędzy wiekiem opiekunów a oceną w skali NWO. Istotnie niższy wynik w podskali NWO uzyskali opiekunowie mający 50 lat i mniej w porównaniu do osób mających 51–55 lat i 56 lat i powyżej ($p = 0,002$). Podobnie istotnie niższy wynik oceny w subskali NWO uzyskali badani opiekunowie aktywni zawodowo w porównaniu do opiekunów niepracujących ($p < 0,001$).

W podskali PWO zaobserwowano istotną zależność pomiędzy płcią, wiekiem, stanem cywilnym oraz statusem zawodowym badanych opiekunów. Istotnie wyższy wynik oceny w tej podskali uzyskały kobiety, opiekunowie mający 56 lat i więcej, pozostający w związkach oraz aktywni zawodowo.

Analiza wpływu wybranych zmiennych na ocenę w podskali JW wykazała, że wiek i status zawodowy istotnie różnicują poziom oceny w badanej grupie. Zaobserwowano, że najwyższy wynik uzyskali respondenci w wieku 50 lat i poniżej ($p < 0,001$) oraz aktywni zawodowo ($p < 0,001$).

Tabela III. Analiza wpływu wybranych zmiennych na obciążenie opieką w badanej grupie opiekunów nieformalnych osób chorych na Alzheimera

Zmienna	NWO		PWO		JW		
	SD	M	SD	M	SD	M	
M							
Płeć	Kobiety	14,86	3,35	10,91	2,06	9,50	2,26
	Mężczyźni	14,67	3,63	12,83	1,89	10,39	2,33
	Wynik analizy	$Z = -0,204$; $p = 0,838$		$Z = -4,109$; $p < 0,001$		$Z = -1,916$; $p = 0,055$	
Wiek	50 lat i mniej ⁽¹⁾	13,00	3,22	12,83	2,45	11,33	2,01
	51–55 lat ⁽²⁾	15,07	2,78	11,39	1,73	9,49	1,66
	56 lat i powyżej ⁽³⁾	16,16	3,76	10,65	1,98	8,77	2,63
	Wynik analizy	$H = 13,061$; $p = 0,002$		$H = 13,807$; $p = 0,001$		$H = 18,419$; $p < 0,001$	
		RM: 1<2, 1<3		RM: 1>3		RM: 1>2, 1>3	
Stan cywilny	Wolny	14,80	3,19	10,20	2,18	9,20	2,77
	W związku	14,79	3,53	12,04	2,02	10,01	2,13
	Wynik analizy	$Z = 0,211$; $p = 0,833$		$Z = -3,715$; $p < 0,001$		$Z = -1,021$; $p = 0,307$	
Status zawodowy	Pracujący	13,92	3,24	12,26	2,08	10,58	1,90
	Niepracujący	17,35	2,67	9,62	1,02	7,58	1,96
	Wynik analizy	$Z = -4,206$; $p < 0,001$		$Z = 5,748$; $p < 0,001$		$Z = 5,486$; $p < 0,001$	

NWO: Negatywny Wpływ Opieki; PWO: Pozytywny Wpływ Opieki; JW: Jakość Wsparcia; M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Z: test U Manna-Whitney'a; H: test Kruskala-Wallisa; p: istotność statystyczna; RM: różnice międzygrupowe

Źródło: Opracowanie własne.

Jakość życia w badanej grupie opiekunów osób chorych na Alzheimera

Ocenę jakości życia nieformalnych opiekunów osób chorych na Alzheimera wykonano w oparciu o kwestionariusz WHOQOL-Bref. W pierwszym pytaniu narzędzia, które nie wchodzi do oceny jakości życia w poszczególnych domenach, poproszono ankietowanych o subiektywną ocenę jakości życia. Stwierdzono, że średni poziom jakości życia w badanej grupie wynosił 3,53 (SD = 0,69). Wyniki wskazują, że większość respondentów swoją jakość życia określiła jako dobrą (63,73%; n = 65), następnie ani dobrą ani złą (25,49%; n = 11) oraz złą (10,78%; n = 22). Żaden z badanych nie określił swojej jakości życia jako bardzo dobrą i bardzo złą.

W drugim pytaniu kwestionariusza poproszono opiekunów nieformalnych o samoocenę stanu zdrowia. Stwierdzono, że średnia samooceny stanu zdrowia wynosi 3,38 (SD = 0,81). W badanej grupie opiekunów nieformalnych osób chorych na Alzheimera 58,82% (n = 60) ankietowanych jest zadowolonych ze swojego stanu zdrowia, po 2,59% (n = 21) jest niezadowolona lub ani nie jest zadowolona, ani niezadowolona ze stanu własnego zdrowia. Żadna z badanych osób nie wskazała, że jest bardzo zadowolona lub bardzo niezadowolona z własnego stanu zdrowia.

Uzyskane wyniki w poszczególnych domenach jakości życia pozwalają stwierdzić, że domeną najwyżej ocenianą w badanej grupie opiekunów nieformalnych osób chorych na Alzheimera była domena relacji społecznych (M = 65,7; SD = 19,7) rozumiana jako związki osobiste, wsparcie społeczne, i aktywność seksualna. Na kolejnym miejscu znalazła się dziedzina psychologiczna (M = 65,15; SD = 13,62), czyli wygląd zewnętrzny, pozytywne i negatywne uczucia, samoocena, duchowość, religijność, wiara osobista, myślenie, uczenie się i koncentracja. Trzecia w hierarchii oceny była dziedzina fizyczna (M = 62,29; SD = 15,22) czyli czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen oraz zdolność do pracy. Na ostatnim miejscu uplasowała się domena środowiskowa (M = 60,3; SD = 17,94), czyli zasoby finansowe, wolność, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zdrowie i opieka zdrowotna (dostępność i jakość), środowisko domowe, możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwość i uczestniczenie w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat) oraz transport. Szczegółowe dane przedstawia Tabela IV.

Tabela IV. Statystyka opisowa dotycząca oceny jakości życia w badanej grupie opiekunów nieformalnych osób chorych na Alzheimera

Jakość życia	M	Me	Min	Max	Q1	Q3	SD
Ogólna jakość życia	3,53	4	2	4	3	4	0,69
Samooceńca stanu zdrowia	3,38	4	2	4	3	4	0,81
Dziedzina fizyczna	62,29	69	31	81	50	75	15,22
Dziedzina psychologiczna	65,16	69	38	88	56	75	13,62
Relacje społeczne	65,70	75	31	100	44	75	19,70
Środowisko	60,30	56	25	94	44	75	17,94

M: średnia; Me: mediana; Min: wynik minimalny; Max: wynik maksymalny; Q1: dolny kwartył; Q3: górny kwartył; SD: odchylenie standardowe

Źródło: Opracowanie własne.

Zaobserwowano, że analizowanymi zmiennymi istotnie różnicującymi badaną grupę opiekunów osób z AD w zakresie oceny jakości życia były: wiek, stan cywilny oraz status zawodowy (Tab. V). Badani w wieku 50 lat i mniej istotnie częściej lepiej oceniali ogólną jakość życia, mieli lepszą samoocenę stanu zdrowia oraz wyżej oceniali jakość życia w dziedzinie fizycznej, psychologicznej oraz środowiskowej. Natomiast relacje społeczne wyżej oceniali respondenci w wieku 51–55 lat.

Zaobserwowano, że opiekunowie pozostający w związku oraz aktywni zawodowo istotnie częściej mieli wyższą samoocenę jakości życia, stanu zdrowia oraz jakość życia we wszystkich dziedzinach skali WHOQOL-Breff.

Tabela V. Analiza wpływu wybranych zmiennych na jakość życia w badanej grupie opiekunów nieformalnych osób chorych na Alzheimera

Zmienna	Ogólna jakość życia		Samoocena stanu zdrowia		Dziedzina fizyczna		Dziedzina psychologiczna		Relacje społeczne		Środowisko	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
Płeć												
Kobiety	3,52	0,77	3,44	0,77	62,06	15,57	63,68	14,26	63,42	22,94	60,61	19,71
Mężczyźni	2,56	0,50	3,28	0,88	62,72	14,76	67,86	12,06	69,86	10,74	59,75	14,39
Wynik analizy	Z = 0,506; p = 0,612		Z = 0,805; p = 0,421		Z = -0,177; p = 0,859		Z = -1,317; p = 0,188		Z = -1,473; p = 0,141		Z = 0,259; p = 0,796	
Wiek												
50 lat i mniej ⁽¹⁾	4,00	0,00	4,00	0,00	71,83	8,76	70,83	8,68	71,83	13,28	70,83	11,65
51–55 lat ⁽²⁾	3,61	0,49	3,49	0,71	61,17	13,07	68,85	12,48	73,54	17,05	58,68	14,82
56 lat i powyżej ⁽³⁾	2,97	0,84	2,65	0,75	54,55	17,98	54,77	13,48	49,39	18,77	52,26	21,87
Wynik analizy	H = 33,705; p < 0,001		H = 45,572; p < 0,001		H = 19,431; p < 0,001		H = 21,290; p < 0,001		H = 25,720; p < 0,001		H = 18,581; p < 0,001	
Status zawodowy												
Wolny	3,20	0,76	2,80	0,76	59,00	13,65	57,60	10,26	50,00	15,10	57,60	16,90
W związku	3,64	0,63	3,57	0,73	63,36	15,63	67,61	13,72	70,79	18,35	61,18	18,29
Wynik analizy	Z = -2,854; p = 0,004		Z = -4,358; p < 0,001		Z = -1,571; p = 0,116		Z = -3,378; p = 0,001		Z = -4,453; p < 0,001		Z = -1,297; p = 0,195	
Status zawodowy												
Pracujący	3,72	0,58	3,66	0,60	67,08	11,00	69,64	10,63	72,96	14,98	65,74	17,70
Niepracujący	2,96	0,66	2,58	0,81	48,31	17,32	52,04	13,02	44,46	16,32	44,42	17,33
Wynik analizy	Z = -5,281; p < 0,001		Z = 5,568; p < 0,001		Z = -4,606; p < 0,001		Z = 5,037; p < 0,001		Z = 5,964; p < 0,001		Z = 5,215; p < 0,001	

M: średnia; SD: odchylenie standardowe; Z: test U Manna-Whitney'a; H: test Kruskala-Wallis'a; p: istotność statystyczna; RM: różnice międzygrupowe
Źródło: Opracowanie własne.

Wpływ obciążenia opieką na jakość życia w badanej grupie opiekunów osób chorych na Alzheimerera

Analiza korelacji jakości życia w poszczególnych domenach z wynikami podskal obciążenia opieką wg COPE Index wykazała istotne statystycznie korelacje. Szczegółowe dane przedstawia Tabela VI.

W zakresie Negatywnego Wpływu Opieki wykazano, istotną ujemną korelację zaobserwowaną z ogólną oceną jakości życia, samooceną stanu zdrowia, dziedziną fizyczną, dziedziną psychologiczną, relacjami społecznymi oraz oceną jakości życia w domenie środowisko. Lepszej ocenie jakości życia (we wszystkich analizowanych domenach) odpowiada niższa ocena w subskali Negatywny Wpływ Opieki, czyli mniejsze spostrzeganie przez opiekuna nieformalnych negatywnych skutków opieki nad osobą chorą na Alzheimerera.

W zakresie subskali Pozytywny Wpływ Opieki zaobserwowano istotną dodatnią korelację z ogólną oceną jakości życia, samooceną stanu zdrowia, dziedziną fizyczną, dziedziną psychologiczną i relacjami społecznymi. Wraz ze wzrostem odczuć o pozytywnych wartościach opieki rośnie wartość jakości życia w subskalach wymienionych powyżej.

W zakresie subskali Jakość wsparcia zaobserwowano istotną dodatnią korelację ze wszystkim subskalami WHOQOL-BREF. Wraz z postrzeganiem lepszego wsparcia w opiece nad osobą chorą na Alzheimerera (Jakość Wsparcia) rośnie ocena jakości życia nieformalnych opiekunów osób chorych na Alzheimerera.

Tabela VI. Analiza korelacji jakości życia i obciążenia opieką w badanej grupie opiekunów nieformalnych osób chorych na Alzheimerera

Jakość życia (WHOQOL-BREF)	Obciążenie opieką (COPE Index)					
	NWO		PWO		JW	
	R	p	R	p	R	p
Ogólna jakość życia	-0,519	<0,001	0,346	<0,001	0,633	<0,001
Samoocena stanu zdrowia	-0,468	<0,001	0,420	<0,001	0,493	<0,001
Dziedzina fizyczna	-0,615	<0,001	0,299	0,002	0,766	<0,001
Dziedzina psychologiczna	-0,655	<0,001	0,384	<0,001	0,706	<0,001
Relacje społeczne	-0,553	<0,001	0,452	<0,001	0,645	<0,001
Środowisko	-0,540	<0,001	0,138	0,166	0,627	<0,001

NWO: Negatywny Wpływ Opieki; PWO: Pozytywny Wpływ Opieki; JW: Jakość Wsparcia; R: współczynnik korelacji; p: istotność statystyczna.

Źródło: Opracowanie własne.

DYSKUSJA

Pełnienie roli opiekuna osoby z AD zwłaszcza spokrewnionego z chorą osobą jest bardzo uciążliwe. Należy podkreślić, że opieka nad chorym z AD rozciąga się na wiele lat, ma charakter długoterminowy i jest wyzwaniem dla całej rodziny, której trudno zrozumieć i zaakceptować ten fakt. Na początku choroby, chory wymaga nieznaczącej pomocy i kontroli ze strony rodziny. Wraz z postępem choroby musi pozostawać pod 24-godzinną opieką innych osób (Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, 2016). Opiekowanie się najbliższym z AD przyczynia się do pojawienia wielu problemów psychosomatycznych, rodzinnych, zawodowych u opiekunów, powodując pogorszenie jakości życia. W umiarkowanym i znacznym stadium otępienia często dochodzi do zasadniczych zmian dotyczących jakości relacji między chorym a opiekunem, poczucia utraty bliskiej osoby, konfliktów rodzinnych, trwałych zmian w relacjach pomiędzy opiekunem a pozostałymi członkami rodziny oraz utraty więzi społecznych opiekunów (Rachel, Turkot, 2015). Niewiele jest chorób, które w takim zakresie angażują do wieloletniej opieki nad chorym jego rodzinę (Szluz, 2017).

Badaną przez nas grupą opiekunów chorych z AD w większości stanowiły kobiety w wieku 51–55 lat, będące w związkach, mieszkające wspólnie w chorym, i pracujące w pełnym wymiarze godzinowym, co jest zgodne z Europejskim projektem Eurofamcare, który charakteryzuje opiekunów nieformalnych: głównie kobiety (76%), ich średni wiek wynosi 55 lat, 56% mieszka w tym samym gospodarstwie domowym (EUROFAMCARE, 2006). W ramach projektu Alzheimer Europe, gdzie uczestniczyli opiekunowie z Francji, Niemiec, Polski, Szkocji i Hiszpanii także potwierdzono, że 70% z nich to kobiety, 43% – to dorosłe dzieci chorych, 76% badanych mieszka wspólnie z chorym, 30% pracuje w pełnym wymiarze (dorosłe dzieci chorych), 61% opiekunów, którzy opiekują się chorym w zaawansowanym stadium choroby, poświęca opiece ponad 10 godzin dziennie (Who cares? The State of Dementia Care in Europe. Poland Fact Sheet Alzheimer Europe, 2006). W Polsce usługi domowej opieki długoterminowej są wykonywane przez kobiety, które w wieku 30–40 lat pełnią rolę matki, a następnie w wieku 50–60 lat pełnią opiekę nad starszymi rodzicami/teściami (Kotowska, Sztanderska, Wóycicka, 2007). Większość badaczy zajmujących się problematyką opiekunów podkreśla przewagę kobiet, jako opiekunów osób starszych (Karczewska, Bień, 2012; Piłat, 2016; Zysnarska, Wojnicz-Michera, Taborowska, KołECKI, Maksymiuk, 2010).

W naszych badaniach opiekunowie w subskali NWO uzyskali średnią wartość 14,79 ($\pm 3,43$). Wynik ten jest wyższy niż w naszych wcześniej-

szych badaniach (Bartoszek, i in., 2019), na temat obciążenia opiekunów nieformalnych według Cope-Indeksu w opiece domowej, gdzie przeciążenie opieką w subskali NWO było na poziomie 11,80 ($\pm 3,75$). Większe obciążenie w aktualnych badaniach wynika z prawdopodobnie większego obciążenia w AD niż wśród opiekunów badanych z deficytem sprawności funkcjonalnej, gdzie nie braliśmy pod uwagę jednostki chorobowej. Podobnie jak i u Niedorys i wsp. (2020) 12,84 ($\pm 3,82$) czy Karczewskiej i Bień (2012) w grupie 311 opiekunów nieformalnych, sprawujących opiekę nad podopiecznymi z otępieniem i zaburzeniami poznawczymi średni wynik w skali NWO miał wartość 11,9 ($\pm 4,2$). Jeśli chodzi o subskale PWO i JW to opiekunowie wskazują na obciążenie związane z opieką nad osobą z AD, a jakość wsparcia otrzymywanego jest niska. Opiekę nad osobami z AD najczęściej sprawują bliscy – to właśnie oni – ze względu na relacje i pokrewieństwo, są najbardziej narażeni na obciążenie psychiczne i fizyczne, trudno jest im mówić o pozytywnych wartościach opieki. Opiekunowie często muszą rezygnować z pracy zawodowej, gdyż opieka nad chorym wymaga ich stałej obecności, oczywistym jest, że choroba będzie postępować, a opiekun będzie bardziej zaangażowany w opiekę i będzie coraz bardziej zmęczony (Mace, Rabins, 2005). Należy tutaj wspomnieć niewątpliwie o obciążeniu finansowym, w badaniach Kaczewskiej i Bień (2012) okazało się, że najwięcej wydatków opiekunowie ponosili na zakup leków oraz koszty związane na przykład z wynajęciem osoby zajmującej się chorym w określonych godzinach, ponadto wydłużony czas opieki nad chorym wiązał się ze skróconym czasem pracy zawodowej. Obciążenie wzrasta wraz z wiekiem, nasi najstarsi opiekunowie (56 lat i więcej) są najbardziej obciążeni w zakresie NWO oraz jakości życia we wszystkich analizowanych domenach.

Na pewno dużą rolę w opiece odgrywa udzielone wsparcie od rodziny, jak i przyjaciół, jednak jest ono najczęściej niewystarczające w stosunku do wsparcia oczekiwanego. Wśród lubelskich opiekunów osób z AD najwięcej uznało, że nie otrzymuje wystarczającego wsparcia od rodziny (66,67%), przyjaciół (59,52%), i instytucji (59,52%), Kościoła (53,85%). Opiekunowie deklarowali brak wsparcia psychicznego (73,81%), fizycznego (52,38%), materialnego (38,10%), informacyjnego (30,95%) w opiece nad chorym (Mazurkiewicz, Sidor, Podstawka, Wolak, Makara-Studzińska, 2015). Jak ważne jest wsparcie społeczne potwierdzają nasze badania, gdzie w kwestionariuszu WHOQoLBreff najwyższą ocenianą domeną była domena relacji społecznych. Pozytywne relacje społeczne, dostępne wsparcie przekładają się na lepszą opiekę i lepszą relację opiekuna z najbliższym, a przez to lepszą jakość życia. W doniesieniu Bień-Barkowskiej, Doroszkowskiej i Bień (2017) opiekunowie, którzy czuli się dobrze wspierani przez rodzinę i dobrze wspierani w roli opiekuna, wskazywali na mniejsze obciążenie w NWO.

Większość naszych respondentów - opiekunów osób z AD swoją jakość życia określiła jako dobrą oraz podaje, że jest zadowolona ze swojego stanu zdrowia. Takie „pozytywne dane” być może wynikają z faktu zbyt krótkiego czasu trwania opieki, wiążą się z dobrą sprawnością pacjenta, niedostatecznym brakiem wiedzy na temat choroby i świadomości konsekwencji wynikających z opieki. Niestety, takich informacji nie uwzględniliśmy w naszych danych związanych z opieką nad chorym. Na uwagę w naszych badaniach zasługuje fakt, że opiekunowie aktywni zawodowo w porównaniu do osób niepracujących są mniej obciążeni, bardziej odczuwają pozytywne aspekty opieki, pozytywnie oceniają jakość otrzymywanego wsparcia i lepiej oceniają jakość swojego życia we wszystkich domenach jako opiekuna. Prawdopodobnie osoby aktywne zawodowo na tym etapie trwania choroby dobrze czują się w roli opiekuna: pozytywna wartość opieki, satysfakcja z niej dotyczyła opiekunów będących w związkach, od których otrzymują wsparcie.

Wyniki analizy dotyczącej wpływu obciążenia opieką na jakość życia w badanej grupie opiekunów osób chorych na Alzheimera wydają się być oczywiste: pogorszenie jakości życia we wszystkich domenach jest istotnie związane z większym obciążeniem związanym z opieką, mniejszym odczuwaniem pozytywnych wartości z opieki czy mniejszym wsparciem ze strony otoczenia.

Podsumowując, ważne jest, aby pacjent i jego rodzina jak najwcześniej zgłosiła się do specjalistów, celem właściwego rozpoznania i wykluczenia innych chorób przebiegających z otępieniem, gdyż wiele sytuacji związanych z zaburzeniami poznawczymi należy do tzw. odwracalnych. Jeśli rozpoznanie jest trafne, ważne, aby na etapie dobrego jeszcze funkcjonowania pacjenta z AD korzystać z dziennych ośrodków wsparcia, jak Środowiskowe Domy Samopomocy, dzięki temu opiekun będzie mógł pracować. Ponadto dzięki stałemu kontaktowi z profesjonalnymi opiekunami osób z AD opiekun nieformalny będzie mógł wypracować różne praktyczne sposoby postępowania z pacjentem, aby na etapie, gdzie pacjent już nie ma świadomości swoich problemów opieka nad nim była łatwiejsza, a jakość życia opiekuna, przy dostępnym wsparciu społecznym, jak najlepsza. Pacjent traci poczucie kim jest, kim są jego opiekunowie, ale czuje, że w domu, w którym przebywa jest ktoś bliski, kto daje poczucie bezpieczeństwa. Opiekę nad osobami z AD nadal w większości będą sprawować opiekunowie nieformalni/rodzinni, gdyż droga do zapewnienia kompleksowej dostępnej opieki jest jeszcze odległa.

WNIOSKI

1. Obciążenie związane z opieką nad osobą z AD istotnie wpływa na jakość życia opiekunów nieformalnych.
2. Obciążenie opiekunów nieformalnych osób z AD jest związane z płcią, wiekiem, stanem cywilnym i statusem zawodowym, a jakość życia zależy od wieku, stanu cywilnego i statusu zawodowego.
3. W planowaniu systemów wspierających opiekunów nieformalnych osób z AD należy uwzględnić powyższe determinanty obciążenia i jakości życia.

IMPLIKACJA DO PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ

W związku ze wzrostem populacji osób starszych z AD w Polsce, rodzi się większa potrzeba wprowadzenia dodatkowych szkoleń dla opiekunów nieformalnych z umiejętności korzystania z nowych technologii, tj. Internetu czy telemedycyny, które miałyby na celu dostarczanie dla nich wsparcia psychoedukacyjnego i emocjonalnego. Ponieważ opiekunowie są osobami, które mogą spowodować istotne zmiany w życiu chorych, należy im nie tylko przekazywać informacje o chorobie, ale także edukować ich, aby zmienili swój punkt widzenia i nastawienie do choroby. Należałoby również rozważyć wdrożenie narzędzia WHOQOL-Bref do badań przesiewowych dla pielęgniarek, w celu oceny jakości życia opiekunów nieformalnych. Istotne wydaje się być wzmocnienie współpracy pielęgniarki środowiskowej w zakresie szkoleń dla opiekunów osób z AD w warunkach domowych. Dodatkowe wsparcie społeczne w opiece powinny stanowić działania wolontariackie, pozyskiwane w ramach współpracy z samorządami lokalnymi oraz związkami wyznaniowymi.

PIŚMIENNICTWO

- Balducci, C., Mnich, E., McKee, K. J., Lamura, G., Beckmann, A., Krevers, B., Wojszel, Z. B., Nolan, M., Prouskas, C., Bien, B., Oberg, B. (2008). Negative impact and positive value in caregiving: validation of the COPE index in a six-country sample of carers. *The Gerontologist*, 48(3), s. 276-286. DOI: 10.1093/geront/48.3.276.
- Barczak, A. (2018). Wczesne rozpoznawanie choroby Alzheimera. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 14(2), s.157-166. DOI: 10.15557/PiMR.2018.0016.

- Bartoszek, A., Ślusarska, B., Deluga, A., Nowicki, G.J., Piasecka, K., Kocka, K., Kachaniuk, H. (2019). Wybrane uwarunkowania obciążenia opiekunów nieformalnych według COPE-Indeksu w opiece domowej nad pacjentami z deficytem sprawności funkcjonalnej. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 59(2), s. 164-171. DOI: 10.20883/ppnoz.2019.27.
- Bień-Barkowska, K., Doroszkiewicz, H., Bień, B. (2017) Silent strain of caregiving: Exploring the best predictors of distress in family carers of geriatric patients. *Clinical Interventions in Aging*, 12, s. 263-274. DOI: 10.2147/CIA.S125664.
- EUROFAMCARE (2006). Examples of good and innovative practices in supporting family carers in Europe. <https://www.uked.de/extern/eurofamcare/> (12.03.2021).
- Gaweł, M., Potulska-Chromik, A. (2015). Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimera i Parkinsona. *Postępy Nauk Medycznych*, 7, s. 468-476.
- Kaczmarek, M., Durda, M., Skrzypczak, M., Szwed, A. (2010). Ocena jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera. *Gerontologia Polska*, 18(2), s. 86-94.
- Karczewska, B., Bień, B. (2012). Opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem lub zaburzeniami poznawczymi w Polsce – czynniki ryzyka obciążenia opieką. *Gerontologia Polska*, 2012, 20(2), s. 59-67.
- Kersting, K. (2004). Teaming up to treat Alzheimer's'. *Monitor on Psychology*, 35, s. 50-63.
- Kotowska, I.E., Sztanderska, U., Wóycicka, I. (2007). *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce: w świetle badań empirycznych*. Warszawa: Wydawnictwo SCHOLAR.
- Kozak-Putowska, D., Iłżecka, J. (2016). Jakość życia chorych na chorobę Alzheimera. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 15(2), s. 50-53. DOI: 10.1515/pielxxiw-2016-0018.
- Mace, N.L., Rabins, P.V. (2005). *36 godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia*. Warszawa: Medi Page.
- Martyniuk-Gęca, A., Gontarz, M., Tynecka-Turowska, M., Rejdak, K., Papuć, E. (2017). Obciążenie opiekuna w Chorobie Alzheimera. W: K. Turowski (red.), *Zdrowie i jego uwarunkowania*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe Neuro Centrum, s. 277-288.
- Mazurkiewicz, A., Sidor, K., Podstawka, D., Wolak, B., Makara-Studzińska, M. (2015). Wpływ wsparcia na jakość życia osób sprawujących opiekę nad chorymi na Alzheimera. *Medycyna Paliatywna*, 7(4), s. 250-255.
- Niedorys, B., Chrzan-Rodak, A., Bartoszek, A., Rząca, M., Bartoszek A., Ślusarska B. (2020). Analiza wybranych uwarunkowań obciążenia opiekunów opieką według Cope-index: skala negatywnego wpływu opieki. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, 1(5), s. 55-67.
- Piłat, A. (2016). Rodzinni opiekunowie osób starszych. *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 21, s. 23-33.

- Rachel, W., Jabłoński, M., Datka, W., Zięba, A. (2014). Jakość życia opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera. *Psychogeriatrya Polska*, 11(3), 67-78.
- Rachel, W., Turkot, A. (2015). Jak pomóc opiekunom pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera? *Psychoterapia*, 1(172), s. 59-71.
- Raport Rzecznika Praw Obywatelskich (2016). *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie.
- Szluz, B. (2017). Rodzinny wymiar troski – rola opiekuna osoby z chorobą Alzheimera. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 30(4), s. 147-157.
- Warchoń-Biedermann, K. (2010). Wybrane czynniki wpływające na poczucie straty u opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimera. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu. Praca doktorska. Poznań. <https://www.wbc.poznan.pl/dlibra/show-content/publication/edition/245838?id=245838> (12.03.2021).
- Who cares? The State of Dementia Care in Europe. Poland Fact Sheet Alzheimer Europe, 2006. https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_survey_2006_who_cares_the_state_of_dementia_care_in_europe.pdf (12.03.2021).
- Wołowicka, L., Jaracz, K. (2001). Polska wersja WHOQOL-WHOQOL 100 i WHOQOL-Bref. W: L. Wołowicka, K. Jaracz (red.). *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu, s. 235-280.
- Zysnarska, M., Wojnicz-Michera, I., Taborowska, M., KołECKI, P., Maksymiuk, T. (2010). Kobieta – opiekun osoby przewlekle chorej – wyznaczniki przeciążenia. *Nowiny Lekarskie*, 79, s. 386-391.

Wykorzystanie aplikacji mobilnych dedykowanych kobietom w ciąży oraz opinie na temat takich aplikacji

Paulina Kapciak¹, Alicja Waśkowicz², Ewa Kulbaka¹, Barbara Ślusarska³, Małgorzata Pabiś⁴, Grzegorz Józef Nowicki³

1. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie
2. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
4. Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp. W dzisiejszych czasach gdzie większość osób ma dostęp do smartfonów czy tabletów, użytkowanie aplikacji mobilnych stało się bardzo popularne.

Cel pracy. Poznanie opinii kobiet ciężarnych na temat wykorzystywania aplikacji mobilnych na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem oraz analiza pod względem funkcjonalności pięciu najczęściej wykorzystywanych aplikacji w badanej grupie.

Materiał i metoda. Pierwszy etap badań stanowiło badanie przekrojowe przeprowadzone metodą CAWI. Uczestniczyło w nim 123 kobiety, które rekrutowane były na czterech fanpage'ach na platformie Facebook. Wszystkie respondentki uzupełniły kwestionariusz ankiety. Drugi etap badania polegał na analizie dokumentów elektronicznych, pięciu aplikacji mobilnych dedykowanych kobietom w ciąży, najczęściej wskazywanych przez ankietowane.

Wyniki. Wszystkie badane kobiety przyznały, że podczas obecnej ciąży korzystały lub korzystają z aplikacji mobilnych dedykowanych kobietom w ciąży. Pięcioma najczęściej wykorzystywanymi aplikacjami do monitorowania ciąży w badanej grupie są: Pre-

gLife (61,82%), Cięża+ (31,82%), Moja Cięża (13,64%), HiMommy (10,91%) oraz Asystent ciąży (6,5%). Tematyka jaką najczęściej interesowały się ankietowane kobiety podczas korzystania z aplikacji mobilnych na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem to: rozwój dziecka w łonie matki, ogólne informacje na temat ciąży i rozwoju dziecka oraz informacje na temat porodu. Analiza treści pięciu najczęściej wskazywanych przez badane kobiety aplikacji mobilnych wykazała, że poziom zaawansowania używanych aplikacji dostosowany jest do użytkownika, wiedza przekazywana w tych aplikacjach jest oparta o wiedzę profesjonalistów.

Wnioski. Rozwój cyfryzacji i towarzyszący jej rozwój aplikacji mobilnych dla kobiet w ciąży wydaje się być naturalnie postępującym procesem wynikającym z pojawiających się, nowszych i bardziej zaawansowanych technologii. Mobilne aplikacje zdrowotne są obiecującą strategią edukacji zdrowotnej w opiece nad kobietą w ciąży.

Słowa kluczowe: aplikacje mobilne, kobiety w ciąży, e-zdrowie, telemedycyna, telepielęgniarstwo, telepołożnictwo

WSTĘP

Aplikacja mobilna to ogólna nazwa dla oprogramowania działającego na urządzeniach przenośnych, takich jak smartfony czy tablety. Według Ustawy o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych jest to publicznie dostępne oprogramowanie z interfejsem dotykowym, zaprojektowane do wykorzystania na przenośnych urządzeniach elektronicznych, z wyłączeniem aplikacji przeznaczonych do użytku na przenośnych komputerach osobistych. Szybki rozwój urządzeń mobilnych spowodował ogromny wzrost liczby aplikacji mobilnych. Dostęp do aplikacji mobilnych jest bardzo prosty, wystarczy pobrać lub zakupić daną aplikację ze „sklepu” a ona zostanie automatycznie zainstalowana na danym urządzeniu (Skublewska-Paszkowska, 2015).

Około dwóch miliardów ludzi na świecie używa telefonów komórkowych, z czego zdecydowana większość ma dostęp do tak zwanych smartfonów. Kilkanaście lat temu, tylko wizjonerzy byli zdania, że możliwe będzie dbanie o swoje zdrowie w inny sposób niż bezpośrednio wizyty lekarskie. W XXI wieku smartfony mogą zastąpić różne urządzenia wykonujące podstawowe pomiary życiowe, takie jak pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna, oznaczenie poziomu glukozy we krwi, przypomnienia o przyjęciu leków itd. Aktualnie na rynku znajdziemy dużo aplikacji mobilnych dotyczących zdrowia (Baranek, Lesiów, Biaziak, 2017). E-zdrowie (ang. *m-health*) jest jednym z obszarów e-usług, czyli oznacza to, że wszystkie czynności wykonywane są za pomocą Internetu lub telefonii komórkowej. Wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) e- zdrowie obejmuje działalność w obszarze medycyny

i zdrowia publicznego wykonywaną przy użyciu urządzeń mobilnych, takich jak telefony komórkowe, urządzenia monitorowania pacjentów, palmtopy i inne urządzenia bezprzewodowe. Według m-Health Alliance M-health to wszystkie rozwiązania dostarczające usługi medyczne oparte bezpośrednio na technologiach mobilnych oraz wszystkie inne w sposób znaczący wspierane przez te technologie (Dziukiewicz, 2008).

W świecie gdzie większość osób ma dostęp do smartfonów czy tableków, użytkowanie aplikacji m-zdrowia stało się bardzo popularne. Każda aplikacja ma możliwość dotarcia do miliona osób. Zakładając, że część z nich pozwala nam zadbać o własne zdrowie czy uratować życie, trudno jest bagatelizować korzyści społeczne, jakie z nich wynikają. Ale nie wszystkie aplikacje tworzone lub nadzorowane są przez osoby posiadające odpowiednie wykształcenie i będącymi ekspertami w danej dziedzinie, co za tym idzie istnieje ryzyko wystąpienia poważnych błędów merytorycznych bądź stawiania błędnych diagnoz, co prowadzi do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Pojawiają się pierwsze doniesienia o błędach w oprogramowaniach m-zdrowia. Najbardziej znany przykład błędu w aplikacjach m-health są aplikacje dermatologiczne, które dawały fałszywie ujemny wynik badań na obecność czerniaka, jak i również aplikacje do udzielania pierwszej pomocy, które posiadały nieaktualne wytyczne w tej dziedzinie (Bujnowska-Fedak, Tomczak, Pokorna-Kałwak, 2016).

Narzędzia e-zdrowia używane są na poziomie globalnym, użytkownikami są nie tylko pacjenci, ale również personel medyczny, badacze czy studenci (Smarżewska, 2018). Obecnie istnieje ponad 100 tys. aplikacji m-health dostępnych w sklepach z oprogramowaniem Android i iOS. Około 1/3 aplikacji dotyczących m-zdrowia przeznaczonych jest do używania przez pracowników medycznych, które ułatwiają im: dostęp do baz danych pacjentów, monitorowanie stanu zdrowia, konsultacje, diagnostykę obrazową, zdobywać informację na temat leków itp. Aplikacje te zawierają w sobie terminologię medyczną, są bardziej zaawansowane i nie są łatwe do obsługi i zrozumienia dla osób niezwiązanych z zawodami medycznymi. Aplikacje mobilne mają również zastosowanie w radiologii. Aktualnie zdjęcia RTG są wyświetlane, np. na ekranach tableków. Pozwalają na łatwiejsze i dokładniejsze analizowanie wyników badań (Zadarko-Domaradzka, Zadarko, 2016). Dominujące kierunki rozwoju aplikacji m-Health to:

- Edukacja i wzrost świadomości prozdrowotnej,
- Wsparcie diagnostyczne i lecznicze,
- Komunikacja i szkolenia dla pracowników służby zdrowia,
- Śledzenie chorób i epidemii,
- Zdalny monitoring,
- Zdalne zbieranie danych,

- Promocja zdrowia,
- Systemy reagowania kryzysowego,
- Informacje, bazy danych wspomagające pracę pracowników medycznych,
- Monitoring usług zdrowotnych i raportowanie,
- E-learning prozdrowotny,
- Aplikacje dla chorych przewlekle do samokontroli np. ,
- Zapobieganie chorobom zakaźnym (Błajda, Barnaś, Pieniążek, 2017).

Wśród aplikacji mobilnych znajdziemy takie, które ułatwią przyszłym mamom przejście przez okres ciąży. Aplikacje do monitorowania ciąży przypominają o wizycie u ginekologa, badaniach krwi oraz informują, jak rozwija się dziecko w danym tygodniu ciąży. Poprzez wprowadzenie odpowiednich danych, aplikacje obliczają dzień i tydzień ciąży, informują o tym, że dziecko zaczyna słyszeć głos mamy, pokazują jak w danym momencie rozwija się płód. To tylko niektóre funkcje, które oferują aplikacje mobilne.

Oprócz aplikacji mobilnych o tematyce ciąży znajdziemy również domowe urządzenie do wykonywania KTG. KTG, czyli kardiotokografia, nazywany równoczesną rejestracją czynności serca płodu (ang. *Fetal Heart Rate*, FHR) jest jednym z podstawowych badań wykonywanych u kobiet ciężarnych pod koniec ciąży oraz podczas porodu. Dzięki temu urządzeniu można kontrolować stan dziecka i pojawiające się skurcze, a także wzajemną zależność obu parametrów. Do brzucha ciężarnej przykładana są dwie głowice, które przed przyłożeniem smaruje się żelem do USG. Po chwili na ekranie urządzenia pojawia się zapis pracy serca płodu oraz skurczów macicy (Polski Bank Komórek Macierzystych. FamiCord Group. KTG-co to za badanie?). Obecnie na rynku dostępne są również domowe aparaty KTG. Kobieta ciężarna, która posiada taki przyrząd, może samodzielnie w domu przeprowadzić badanie, ale tylko jedną jego część (Mularski, Kępa, Serówka-Krajnik, Huras, Kalinak, 2022). Na platformie, na której wyniki badań są rejestrowane i na bieżąco analizowane, stworzono algorytm, który odpowiada za szybkość i odpowiednią jakość analiz KTG. Nad wszystkim czuwa Medyczne Centrum Telemonitoringu. Jeśli wyniki badania są prawidłowe, pacjentka została poinformowana o tym poprzez SMS. Jeżeli natomiast badanie jest nieprawidłowe, zostanie poproszona o powtórzenie badania. Jeśli badanie jest szczególnie niepokojące, od razu dostanie telefon z dalszą instrukcją postępowania. Dostęp do usługi jest 24h/7 dni w tygodniu, a dostęp do wyników ma również lekarz prowadzący i położna (Medyczne Centrum Monitoringu [MCT]).

CEL PRACY

Celem pracy jest poznanie opinii kobiet ciężarnych na temat wykorzystywania aplikacji mobilnych na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem oraz analiza pod względem funkcjonalności pięciu najczęściej wykorzystywanych aplikacji w badanej grupie.

MATERIAŁ I METODA

W ramach pracy przeprowadzono dwuetapowe badanie metodą sondażu diagnostycznego oraz analizy dokumentów elektronicznych znajdujących się w pięciu najczęściej wskazywanych przez respondentki aplikacji mobilnych na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem.

Pierwszy etap badań stanowiło badanie przekrojowe przeprowadzone metodą CAWI (ang. *Computer-Assisted Web Interview*) w okresie od maja do czerwca 2021 roku. Zdecydowano się na metodę CAWI ze względu na ograniczenia w kontakcie społecznym wprowadzone w związku z pandemią COVID-19. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety udostępniony w formie online zamieszczony na portalu „google ankiety”. Link do ankiety był udostępniany na czterech grupach dla kobiet w ciąży na portalu Facebook, które wyświetliły się pierwsze po wpisaniu następujących haseł w wyszukiwarce: „jestem w ciąży”, „kobiety w ciąży” oraz „ciąża”. Po wpisaniu w wyszukiwarce jako pierwsze wyświetliły się następujące grupy: „rodzę w 2021”, „rodzę w listopadzie”, „sierpniowe mamy” oraz „Cięża – wspieramy przyszłe mamy”. Po wyszukaniu grup, zwrócono się do administratora o udostępnienie na tablicy fanpage'a linku do ankiety dwukrotnie, podczas trwania badania. Zamieszczony link przekierowywał uczestnika badania do ankiety. Badania prowadzono zgodnie z etycznymi zasadami zawartymi w Recommendations from the Association of Internet Researchers (Buchanan, Hvizdak, 2009) oraz wytycznymi Deklaracji Helsińskiej. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Wszyscy uczestnicy badania wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu drogą elektroniczną. Strona świadomej zgody poprzedzająca pytania ankietowe zawierała wyjaśnienie celu i sposobu odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu. Po zapoznaniu się z celem badań respondent został poproszony o wyrażenie chęci udziału w badaniu poprzez kliknięcie „Tak”, lub odstąpienia od udziału w badaniu poprzez zamknięcie strony w przeglądarce internetowej zawierającej ankietę lub zaznaczeniu opcji „Nie”. Tylko osoby, które wybrały opcję „Tak”, zostały przeniesione na stronę kwestionariusza. Respondent

mógł w dowolnym momencie zrezygnować z udziału w badaniu poprzez zamknięcie strony internatowej z kwestionariuszem ankiety. Aby kwalifikować się do udziału w badaniu, respondenci musieli spełniać następujące kryteria włączenia, które obejmowały: 1) kobieta będąca aktualnie w ciąży oraz 2) udzielenie świadomej zgody na uczestnictwo w badaniu poprzez odpowiedź „Tak”.

W pierwszym etapie badania wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, składający się z dwóch części. Pierwsza część składała się z 5 pytań i dotyczyła wykorzystywania przez kobiety w ciąży aplikacji mobilnych na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem. Spośród pytań zamieszczonych w części pierwszej znajdowało się jedno pytanie otwarte, dwa półotwarte i dwa otwarte. W pytaniu zamkniętym poproszono kobiety o wskazanie, czy w obecnej ciąży używają aplikacji mobilnej na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem. Ankietowane kobiety mogły wskazać tak lub nie. W kolejnych dwóch pytaniach otwartych poproszono o wskazanie liczby takich aplikacji, z których korzysta respondentka, a w kolejnym pytaniu poproszono o podanie nazw wszystkich aplikacji mobilnych, z których badana korzysta. W kolejnym pytaniu półotwartym poproszono o wskazanie, w jaki sposób badana wyszukuje takich aplikacji. Spośród możliwych odpowiedzi badana mogła wskazać jedną, bądź więcej odpowiedzi: sama wyszukuję takich aplikacji, otrzymałam rekomendację aplikacji od znajomych, rodziny, otrzymałam rekomendację takiej aplikacji od położnej, pielęgniarki, otrzymałam rekomendację od lekarza, otrzymałam rekomendację od koleżanki/znajomej, która też jest w ciąży. Ostatnia odpowiedź w tym pytaniu była opatrzona możliwością wyboru „inne”, gdzie ankietowana mogła wskazać własną odpowiedź. Ostatnie pytanie w tej części ankiety dotyczyło tematyki, jaka jest najbardziej interesująca dla respondentki. Podobnie jak w poprzednim pytaniu, ankietowana mogła wskazać jedną, bądź więcej odpowiedzi spośród: rozwój dziecka w łonie matki, zmiany zachodzące w ciele kobiety podczas ciąży, obliczenie szacowanej daty porodu, ogólne informacje na temat ciąży i rozwoju dziecka, czynniki ryzyka ciąży, harmonogram badań i wizyt lekarskich, odżywianie w czasie ciąży, karmienie dziecka po porodzie, opieka nad noworodkiem, informacje na temat położu, obserwacja ciąży tydzień po tygodniu, zdrowie dziecka w ciąży, zdrowie matki w ciąży, współżycie seksualne w czasie ciąży oraz dbanie o wygląd fizyczny w czasie ciąży i położu. Ostatnia odpowiedź w tym pytaniu opatrzona była mianem „inny”, gdzie ankietowana mogła wpisać sama temat, który ją interesuje.

Kwestionariusz ankiety zakończony był metryczką, której celem było pozyskanie podstawowych danych socjodemograficznych oraz o przebiegu ciąży w badanej grupie kobiet. Ta część składała się z 8 pytań za-

mkniętych i dwóch pytań otwartych. W pytaniach zamkniętych poproszono o podanie: wykształcenia (podstawowe/ zawodowe/ średnie/ wyższe), miejsca zamieszkania (miasto/ wieś), stanu cywilnego (wolna/ w związku), statusu zatrudnienia (pracująca/ bezrobotna/ rencistka). Poproszono także o samoocenę sytuacji materialnej rodziny, z której pochodzi respondentka oraz samoocenę stanu zdrowia. W obu pytaniach wykorzystano 5-cio stopniową skalę Likerta od bardzo dobry do bardzo zły. W kolejnych dwóch pytaniach zamkniętych poproszono ankietowaną o wskazanie, w której jest obecnie ciąży (pierwsza/ druga/ trzecia i więcej) oraz poproszono o odpowiedź, czy respondentka uczestniczy w zajęciach w szkole rodzenia (tak/ nie). W dwóch pytaniach otwartych poproszono o wpisanie wieku oraz trymestru ciąży.

Drugi etap badania polegał na analizie dokumentów elektronicznych. Analizie poddano, zawartość pięciu aplikacji mobilnych o tematyce ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem, najczęściej wskazywanych przez ankietowane kobiety. W tym celu ze sklepu Google Play zainstalowano pięć aplikacji na smartfon z systemem operacyjnym Android. Źródłem wszystkich informacji na temat aplikacji był strona internetowa, na której była zamieszczona aplikacja oraz zawartość aplikacji. Kryterium włączenia aplikacji do analizy było: 1) częstość wskazywania aplikacji w badanej grupie kobiet, 2) aplikacja dostępna na stronie internetowej play.google.com, 3) aplikacja mobilna o tematyce ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem. Analizie poddano treści, które zawierały poszczególne aplikacje mobilne.

Pozyskane dane wprowadzono do specjalnie dla tego celu przygotowanego arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej oraz wartości minimalnej i maksymalnej, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objęto grupę 123 kobiet w ciąży. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 28 lat, najmłodsza respondentka miała 18 lat, a najstarsza 49 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w wieku 26–29 lat oraz 30 lat i więcej ($n = 43$; 34,96%). Aż 77,23% ($n = 95$) respondentek legitymowała się wykształceniem wyższym. Większość badanych mieszkało w mieście ($n = 81$; 65,85%), pozostawało w związkach ($n = 118$; 95,94%), było osobami pracującymi ($n = 108$; 95,94%) oraz sytuację finansową swojej rodziny oceniało

najczęściej jako dobrą (n = 69; 56,1%). Większość badanych swój stan zdrowia oceniło jako dobry (n = 69; 56,1%) oraz bardzo dobry (n = 47; 38,21%). Najwięcej badanych bo aż 65,85% (n = 81) jest w pierwszej ciąży oraz najwięcej respondentek było w II trymestrze ciąży (n = 80; 65,04%). Aż 82,11% (n = 101) ankietowanych kobiet przyznało, że nie uczestniczy w zajęciach oferowanych przez szkołę rodzenia. Szczegółową charakterystykę badanej grupy przedstawiono w Tabeli I.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy (n = 123)

Zmienna	n (%)	
Wiek	25 lat i mniej	37 (30,08)
	26 – 29 lat	43 (34,96)
	30 lat i powyżej	43 (34,96)
Wykształcenie	Podstawowe/Zawodowe	2 (1,63)
	Średnie	26 (21,14)
	Wyższe	95 (77,23)
Miejsce zamieszkania	Miasto	81 (65,85)
	Wieś	42 (34,15)
Stan cywilny	Wolna	5 (4,06)
	W związku	118 (95,94)
Status zatrudnienia	Osoba pracująca	108 (87,8)
	Osoba bezrobotna	15 (12,2)
Samooceńca sytuacji finansowej rodziny	Bardzo dobra	22 (17,89)
	Dobra	69 (56,1)
	Średnia	28 (22,76)
	Zła/ Bardzo zła	4 (3,25)
Samooceńca stanu zdrowia	Bardzo dobre	47 (38,21)
	Dobre	69 (56,1)
	Średnie	7 (5,69)
	Złe	0 (0)
	Bardzo złe	0 (0)
Obecna ciąża jest:	Pierwszą	81 (65,85)
	Drugą	30 (24,39)
	Trzecią i więcej	12 (9,76)
Trymestr ciąży	I	10 (8,13)
	II	80 (65,04)
	III	33 (26,83)
Czy respondentka uczęszcza na zajęcia do szkoły rodzenia:	Tak	22 (17,89)
	Nie	101 (82,11)

Źródło: Opracowanie własne.

Wykorzystywanie aplikacji mobilnych na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem w badanej grupie kobiet

Wszystkie badane kobiety przyznały, że podczas obecnej ciąży korzystały lub korzystają z aplikacji mobilnej na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem, z czego najwięcej respondentek deklaroowało, że korzysta z jednej takiej aplikacji (n = 60; 48,78%). Pięcioma najczęściej wykorzystywanymi aplikacjami do monitorowania ciąży w badanej grupie są: PregLife (n = 76; 61,82%), Ciąża+ (n = 39; 31,82%), Moja Ciąża (n = 17; 13,64%), HiMommy (n = 13; 10,91%) oraz Asystent ciąży (n = 8; 6,5%). Najczęściej badane kobiety deklaroowały, że z aplikacji mobilnych o tematyce ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem korzystają od 6 do 15 minut dziennie (n = 47; 38,21%) oraz że aplikacji o takiej tematyce wyszukują same (n = 92; 74,8%). Tematyka jaką najczęściej interesowały się ankietowane kobiety podczas korzystania z aplikacji mobilnych na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem to: rozwój dziecka w łonie matki (n = 105; 85,36%), ogólne informacje na temat ciąży i rozwoju dziecka (n = 103; 83,74%) oraz informacje na temat położenia (n = 102; 82,93%). Najmniej w tematyce aplikacji do monitorowania ciąży respondentki interesowało dbanie o wygląd fizyczny w czasie ciąży i położenia (n = 24; 19,51%) oraz współżycie seksualne w czasie ciąży (n = 21; 17,07%). Szczegółowe dane na temat wykorzystywania aplikacji mobilnych na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem w badanej grupie kobiet przedstawiono w Tabeli II.

Tabela II. Wykorzystywanie aplikacji mobilnych na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem w badanej grupie kobiet (n = 123)

Zmienna		n (%)
Używanie aplikacji mobilnych na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem podczas obecnej ciąży:	Tak	123 (100)
	Nie	0 (0)
Ilość używanych aplikacji na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem:	Jedna	60 (48,78)
	Dwie	37 (30,08)
	Trzy i więcej	23 (18,7)
	Brak odpowiedzi	3 (2,44)
Najczęściej wykorzystywane aplikacje mobilne na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem w badanej grupie kobiet:*	PregLife	76 (61,82)
	Ciąża+	39 (31,82)
	Moja Ciąża	17 (13,64)
	HiMommy	13 (10,91)
	Asystent ciąży	8 (6,5)
	Mój kalendarzyk	7 (5,69)
	Happy Baby	7 (5,69)
	Pregnancy Tracker	4 (3,25)
	FLO	4 (3,25)
	Baby Tracker	1 (0,91)
	Baby Chat	1 (0,91)
Baby Menager	1 (0,91)	

Czas wykorzystywania aplikacji na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem w badanej grupie kobiet w ciągu dnia:	Do 5 minut	36 (29,27)
	6 – 15 minut	47 (38,21)
	15 minut i więcej	38 (30,89)
	Brak odpowiedzi	2 (1,63)
Źródło pozyskiwania informacji o aplikacjach mobilnych o tematyce ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem w badanej grupie kobiet:*	Sama wyszukuje takich aplikacji	92 (74,8)
	Otrzymuje rekomendację od znajomych, rodziny	35 (28,45)
	Otrzymuję rekomendację od położnej, pielęgniarki	4 (3,25)
	Otrzymuję rekomendację od lekarza	1 (0,91)
	Otrzymuję rekomendację od koleżanki, która też jest w ciąży	34 (27,64)
	Rozwój dziecka w łonie matki	105 (85,36)
Tematy, które najczęściej interesowały badane kobiety podczas korzystania z aplikacji mobilnych o tematyce ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem w badanej grupie kobiet:*	Zmiany zachodzące w ciele kobiety podczas ciąży	95 (77,23)
	Obliczenie szacowanej daty porodu	85 (69,1)
	Ogólne informacje na temat ciąży i rozwoju dziecka	103 (83,74)
	Czynniki ryzyka ciąży	34 (27,64)
	Harmonogram badań i wizyt lekarskich	39 (31,82)
	Odżywianie w czasie ciąży	38 (30,89)
	Karmienie dziecka po porodzie	40 (32,52)
	Opieka nad noworodkiem	47 (38,21)
	Informacje na temat połogu	102 (82,93)
	Obserwacja ciąży tydzień po tygodniu	96 (78,05)
	Zdrowie dziecka w ciąży	61 (49,59)
	Zdrowie matki w ciąży	52 (42,27)
	Współżycie seksualne w czasie ciąży	21 (17,07)
	Dbanie o wygląd fizyczny w czasie ciąży i połogu	24 (19,51)

* procenty nie sumują się do 100, ponieważ respondent mógł wybrać więcej niż jedna odpowiedź

Źródło: Opracowanie własne.

Pięć wybranych aplikacji na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem, z których najczęściej korzystały badane kobiety

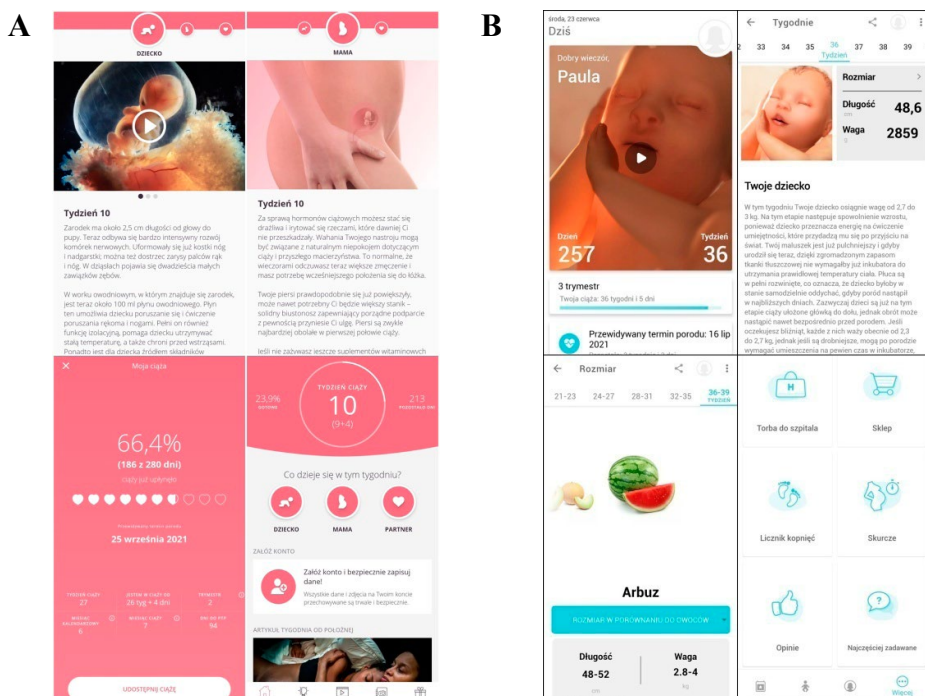
Wyniki badań własnych wskazują, że pięć najczęściej używanych aplikacji o tematyce ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem w badanej grupie kobiet to: Preglife, Ciąża+, Moja ciąża, HiMommy oraz Asystent ciąży. Aplikacje te dostępne są do pobrania na urządzenia z systemem operacyjnym Android oraz IOS. Przedstawione poniżej dane oparte są o informacje pozyskane ze sklepu GooglePlay, dostępnego dla urządzeń z Androidem. Poniższe aplikacje zawierają szerokie informacje na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem po porodzie.

Aplikacja mobilna Preglife

Aplikację mobilną Preglife (Ryc. 1) używało 76 61,82% (n = 76) badanych kobiet. W sklepie play.google.com aplikacja została pobrana ponad milion razy, oraz zebrała opinię 4,7/5. Preglife jest to aplikacja mobilna skierowana do kobiet ciężarnych, jest darmowa. Dostępna do pobrania na: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.gravid.gravid&gl=PL> Aplikacja powstała w Szwecji, „mającej jeden z najlepszych na świecie systemów opieki zdrowotnej i niemal zerową śmiertelność przy porodach”, tak opisywana jest aplikacja na oficjalnej stronie internetowej. Aplikacja powstała przy pomocy położnych, lekarzy i specjalistów. Za wszystkie informacje w aplikacji odpowiadają profesjonaliści. Osoby odpowiedzialne za wiedzę umieszczoną w aplikacji pochodzą ze Szwecji, Stanów Zjednoczonych, Niemiec, Francji, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Norwegii, Włoch, Finlandii oraz Polski. Polką, która ma swój udział w aplikacji jest położna, Anna Kotlińska. W aplikacji jest dostęp do kalendarza ciąży, który pokazuje tydzień ciąży, trymestr, miesiąc kalendarzowy, miesiąc ciąży oraz ile dni zostało do porodu. Obliczane jest to poprzez wprowadzenie daty ostatniej miesiączki. Aplikacja oferuje również dostęp do informacji, co w danym tygodniu dzieje się z dzieckiem, przyszłą mamą i partnerem. Opisane jest, co dzieje się z zarodkiem, jaką ma długość oraz przedstawione jest zdjęcie poglądowe, jak wygląda w danym momencie. Na temat kobiety ciężarnej opisywane są zmiany jakie zachodzą w ciele kobiety, jakie badania trzeba wykonać, itp. Jest również dostęp do artykułów napisanych przez profesjonalistów medycznych jak np. położne. Artykuł na stronie głównej nazwany jest jako „artykuł tygodnia”. Dostępne są również checklisty, wykresy wagi i pamiętniki. Dostępne są również podcasty, filmy o ciąży, porodzie, joga dla kobiet ciężarnych oraz filmy o rozwoju dziecka od pierwszego miesiąca do 24. miesiąca życia. W aplikacji znajdziemy również oferty, np. kody zniżkowe na zakupy oraz pojawiają się reklamy.

Aplikacja mobilna Ciąża+

Aplikację mobilną Ciąża+ (Ryc. 1) wybrało 31,82% (n = 39) 31,82% respondentek. W sklepie GooglePlay została pobrana ponad 10 milionów razy oraz otrzymała 4,8/5 gwiazdek w ocenie użytkowników. Jest to aplikacja darmowa. Dostępna do pobrania na: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.hp.pregnancy.lite&gl=PL>. Aplikacja Ciąża+ zawiera porady ekspertów, artykuły, porady zdrowotne i interaktywne modele 3D, dzięki którym można śledzić rozwój dziecka. Aplikacja powstała przy współpracy z firmą Philips Avent. W aplikacji dostępne są interaktywne modele 3D, które pokazują rozwój dziecka, przewodnik po rozmiarach dziecka, które porównują wielkość dziecka do wielkości owoców, zwierząt lub słodyczy, przewodniki tydzień po tygodniu, które pokazują co dzieje się w ciele kobiety w ciąży. Dostępne są również artykuły codzienne, dostosowane do etapu ciąży, kalkulator terminów ciąży, licznik ruchów dziecka, oraz skurczów. Kalendarz ciąży umożliwia planowanie wizyt prenatalnych, torba szpitala pozwala przygotować rzeczy potrzebne do porodu, listę zakupów i rzeczy do zrobienia przed porodem.



Rycina 1. Printscreens z aplikacji mobilnej: A. Preglife i B. Ciąża+.

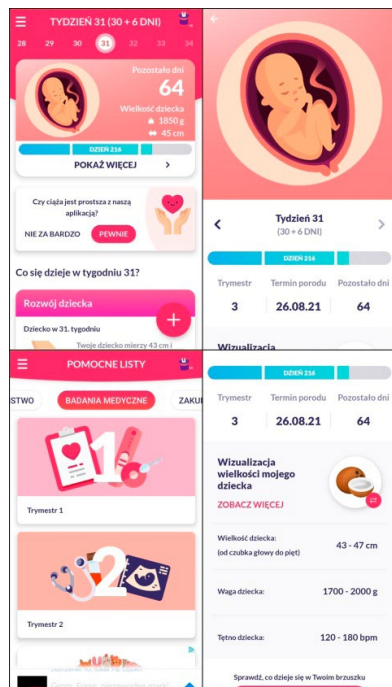
Aplikacja mobilna Moja ciąża

13,64% (n = 17) respondentek korzystało z aplikacji mobilnej Moja ciąża (Ryc. 2). Pełna nazwa tej aplikacji to „Moja ciąża tydzień po tygodniu i licznik skurczy”. Aplikację pobrało ponad milion użytkowników sklepu Goole-Play i otrzymała opinię 4,7/5 gwiazdek. Dostępna do pobrania na <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.pregnancy.tracker.due.date.countdown.contraction.timer&gl=PL>. Po wprowadzeniu daty ostatniej miesiączki aplikacja oblicza szacowaną datę porodu. W aplikacji jest dostęp do informacji o ciąży tydzień po tygodniu, wizualizacji wielkości dziecka, odliczania dni do porodu, kalendarza ciążowego, licznika skurczy porodowych, przypomnienia o lekach i wizytach u lekarza, wykresu przyrostu wagi, pomiarów ciśnienia krwi i pulsu, listy imion dla dzieci, planu porodu, wyprawki dla noworodka oraz do listy torby do porodu. W aplikacji występują reklamy.

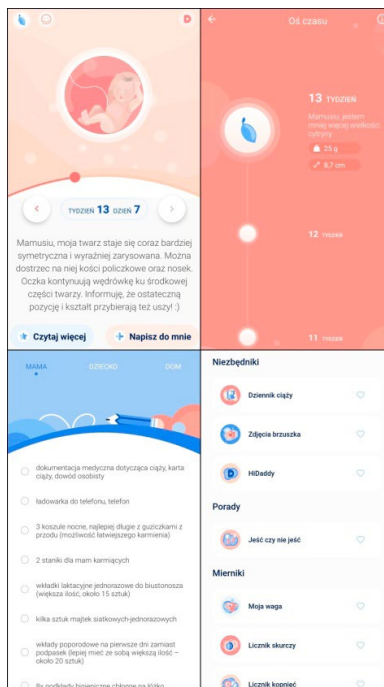
Aplikacja mobilna HiMommy

Użytkowanie aplikacji mobilnej Aplikację HiMommy (Ryc. 2) deklarowało 10,91% (n = 13) badanych kobiet w ciąży. W sklepie Google-Play aplikację pobrało ponad 500 tysięcy użytkowników, aplikacja ma 4,6/5 gwiazdek . Dostępna do pobrania na stronie internetowej: <https://play.google.com/store/apps/details?id=androidgecko.com.himommy&gl=PL> Aplikacja po ustawieniu szacowanej daty porodu i godziny przychodzenia codziennych powiadomień ukazuje nam tydzień i dzień ciąży oraz poglądowy wygląd dziecka. Dostępny jest również krótki opis, co aktualnie dzieje się z płodem, możemy również porównać wielkość dziecka do owoców. W aplikacji jest dostęp do dziennika ciąży, galerii ze zdjęciami brzucha ciążowego, porad żywieniowych, mierników wagi, skurczy i liczby kopnięć oraz do wyprawki. W wyprawce można wybrać zakładki wyprawki dla mamy, dziecka i rzeczy potrzebnych w domu. W aplikacji nie występują reklamy.

A



B

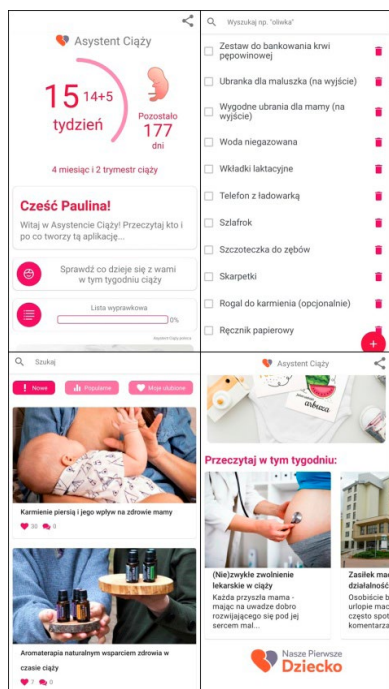


Rycina 2. Printscreens z aplikacji mobilnej: A. Moja ciąża i B. HiMommy.

Aplikacja mobilna Asystent ciąży

Asystent ciąży (Ryc. 3) był piątą w kolejności aplikacją, którą najczęściej wybierały respondenci (n = 8; 6,5%). Aplikację w sklepie GooglePlay pobrało ponad 100 tysięcy użytkowników oraz zebrała najwyższe opinie spośród wszystkich tu przedstawionych – 4,9/5 gwiazdek. Dostępna do pobrania na stronie internetowej: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.asystentciazy&gl=PL>. Jest to darmowa aplikacja, która pozwala na obliczenie tygodnia i dnia ciąży oraz ilości dni pozostałych do porodu. Treści w aplikacji przygotowywane są przez serwis Nasze Pierwsze Dziecko. W aplikacji znajduje się również dostęp do artykułów medycznych na temat ciąży, porodu i rozwoju dziecka po urodzeniu, oraz wyprawki. Dostępny jest również dziennik ciśnienia, kalkulator wagi, imiennik oraz promocje na zakupy we wskazanych sklepach. W aplikacji nie ma reklam.

C



Rycina 3. Printsreen z aplikacji mobilnej Asystent ciąży.

DYSKUSJA

Branża mHealth (ang. *mobile health*) jest dziś szybko rozwijającym się sektorem w ochronie zdrowia. Pomimo rosnącej liczby aplikacji związanych ze zdrowiem na rynku, badania nad rozwojem i oceną takich aplikacji oraz ich poziomem wiarygodności i skuteczności w promowaniu zmiany zachowań zdrowotnych są na stosunkowo niskim poziomie (Zadarko-Domaradzka, Zadarko, 2016). Dlatego też celem podjętych badań było poznanie opinii kobiet w ciąży na temat wykorzystania aplikacji mobilnych na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem oraz analiza pod względem funkcjonalności pięciu najczęściej wykorzystywanych aplikacji w badanej grupie. Ciąża to ważny i szczególnie okres, w którym w organizmie kobiety zachodzi szereg zmian. Kobiety w ciąży przechodzą przez nowy, nieznaną okres i nie wiedzą, jak sobie z nim radzić, dlatego też w poszukiwaniu informacji często wykorzystują aplikacje mobilne (Loudon, Buchanan, Ruthven, 2016).

W badaniach przeprowadzonych przez Özkan Şat i Yaman Sözbir (2018), których uczestnikami było 465 kobiet ciężarnych w wieku 25–40 lat hospitalizowanych w szpitalu w Ankarze w Turcji, stwierdzono, że w ba-

danej grupie 43,1% respondentek korzystało przynajmniej raz z aplikacji mobilnej dedykowanej kobietom w ciąży, natomiast 34,3% korzystało z blogów internetowych o tej tematyce. W cytowanych badaniach stwierdzono także, że kobiety korzystające z aplikacji mobilnych średnio korzystają z nich 15–30 minut dziennie. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Lee i Moon (2016) wśród 211 kobiet hospitalizowanych w szpitalu położniczym w Daegu w Korei Południowej, z aplikacji mobilnej korzystała ponad połowa badanych kobiet (55,4%). Zaobserwowano ponadto, że z takich aplikacji częściej korzystają kobiety w pierwszej ciąży oraz badane, które dłużej korzystały ze smartfonów, natomiast nie było różnic w zależności od wieku, okresu ciąży, wykształcenia czy dochodu. Buchanan, Anderson, MBIostat, Phongsavan, Rissel i Wen (2021) przeprowadzili ankietę telefoniczną w grupie 1155 kobiet w trzecim trymestrze ciąży mieszkających w Nowej Południowej Walii w Australii. Stwierdzili oni, że 49% badanych przez nich kobiet korzysta z aplikacji mobilnych jako źródeł informacji związanych z ciążą. Natomiast w badaniach własnych stwierdzono, że cała grupa ankietowanych kobiet korzystała z aplikacji mobilnych i najczęściej korzystała z nich w czasie od 6 do 15 minut dziennie. Przyczyną uzyskania innych wyników badań w zakresie deklarowanej częstości korzystania z aplikacji mobilnych w badanej grupie w porównaniu do cytowanych badań może wynikać z faktu, że w badanej grupie ankiety zbierano metoda CAWI, zatem wszystkie badane kobiety były użytkownikami Internetu, natomiast w cytowanych badaniach, kwestionariusze ankiety zbierano metodą papier-olówek, zatem kobieta wypełniająca kwestionariusz nie musiała być użytkowniczką Internetu. Ponadto ważny jest jeszcze fakt, że materiał badawczy w naszym badaniu był zbierany kilka lat później, a rozwój technologii cyfrowej zwiększa się z roku na rok.

W badanej przez nas grupie kobiet w ciąży tematami jakie najbardziej interesowały respondentki były najczęściej wskazywane: rozwój dziecka w łonie matki, ogólne informacje na temat ciąży i rozwoju dziecka oraz informacje na temat porodu. Natomiast w badaniach Özkan Şat i wsp. (2018) kobiety najczęściej poszukiwały informacji na temat rozwoju dziecka w czasie ciąży, prawidłowych zmian zachodzących w organizmie kobiety w czasie ciąży oraz przewidywanego terminu porodu. Trochę inne tematy były wskazywane w badanej grupie kobiet przez Lee i wsp. (2016) i były to: czynniki ryzyka i objawy chorób w trakcie ciąży, zmiany fizjologiczne związane z prawidłową ciążą oraz edukacja prenatalna. W badaniach Wang, Deng, Wen, Ding i He (2019) przeprowadzonych w grupie 535 kobiet ciężarnych hospitalizowanych w 2 szpitalach położniczych w Szanhaju w Chinach stwierdzono, że najczęściej poszukiwanymi tematami były: monitoro-

wanie rozwoju płody, informacje na temat odżywiania podczas ciąży oraz opieki przedporodowej.

Nasze badanie było badaniem dwuczęściowym. W drugiej części postanowiono przeanalizować treści, dostępne w pięciu najczęściej wskazywanych aplikacjach mobilnych. Aplikacje dotyczące ciąży cieszą się coraz większą popularnością wśród użytkowników urządzeń mobilnych. Przegląd przeprowadzony w Australii dwóch największych platform z aplikacjami na smartfony, Google Play i iTunes, wykazał, że istniało 2052 aplikacji mobilnych związanych z ciążą dostępnych na rynku australijskim w 2017 r. (Musgrave, Kizirian, Homer, Gordon, 2020). Pomimo szerokiej dostępności aplikacji związanych z ciążą, opracowanie merytoryczne dostępnych w nich treści zdrowotnych pozostaje problemem. Bert, Passi, Scaioli, Gualano i Siliquini (2016) przeanalizowali aplikacje mobilne związane z ciążą i stwierdzili, że większość z nich nie zawiera żadnych wskazówek dotyczących wiarygodności informacji ani tego, czy są one oparte na dowodach. W swojej pracy postulowali, że istnieje potrzeba opracowania aplikacji związanych z ciążą przez pracowników publicznej służby zdrowia i badaczy. Natomiast Walec, Surma, Michoń i Ślusarska (2020) przeanalizowały 27 aplikacji do wykorzystania w edukacji zdrowotnej kobiet w opiece położniczo-ginekologicznej. Autorki publikacji stwierdzają, że zdrowotne aplikacje mobilne stanowią obiecującą strategię edukacji zdrowotnej jako narzędzie monitorowania, poprawiania samokontroli oraz zwiększenia świadomości w opiece nad kobietami, jakkolwiek brak formalnych regulacji w zakresie potwierdzania wiarygodności dostępnych aplikacji zdrowotnych wskazuje na potrzebę wzmożonej czujności przez kobiety oraz pracowników ochrony zdrowia. W badaniach własnych powierzchowna analiza treści pięciu najczęściej wskazywanych przez badane kobiety aplikacji mobilnych wykazała, że poziom zaawansowania używanych aplikacji dostosowany jest do użytkownika. Informacje tam umieszczone napisane są przystępnym językiem. Wiedza przekazywana w tych aplikacjach jest oparta o wiedzę profesjonalistów. Kobiety ciężarne z tych aplikacji dowiedzą się, np. jak przygotować się do porodu, jak wybrać i skompletować wyprawkę dla dziecka, jak w danym tygodniu rozwija się dziecko, o czym powinny pamiętać danego dnia tygodnia, jak postępować z noworodkiem i wiele innych.

Aplikacje na smartfony mogą stanowić nowatorski sposób dostarczania informacji zdrowotnych, ułatwiać indywidualny dostęp do zasobów i zwiększać zaangażowanie w opiekę zdrowotną. Można je wykorzystać jako strategię przezwyciężenia pewnych barier związanych z tradycyjnymi bezpośrednimi interakcjami w opiece zdrowotnej (Mackillop i wsp. 2018). W piśmiennictwie, można znaleźć kilka badań oceniających wykorzystanie aplikacji mobilnych, jako narzędzia do zapobiegania nadmiernemu przyrostowi

masy ciaław ciąży oraz do kontrolowania lub zapobiegania cukrzycy ciążyowej, które wykazały potencjalną skuteczność interwencji opartych na aplikacjach w promowaniu zdrowego stylu życia w okresie przedporodowym (Mackillop i wsp. 2018; Ledford, Canzona, Cafferty, Hodge, 2016). Bardzo ciekawe wyniki badań zaprezentowali Velu i wsp. (2017), którzy na podstawie wywiadów zebranych w grupie fokusowej określili bariery i ułatwienia w korzystaniu z aplikacji dla kobiet w ciąży. Autorzy zidentyfikowali 24 czynniki ułatwiające i 12 barier w ramach 4 kategorii tematów, z których zidentyfikowali 3 główne czynniki ułatwiające i 2 główne bariery w pomyślnym wdrożeniu aplikacji w opiece położniczej. Najważniejszym ułatwieniem, zdaniem uczestników badania, jest potrzeba dobrej interakcji między aplikacją a użytkownikiem, aplikacja powinna być spersonalizowana dla użytkownika. Drugim czynnikiem ułatwiającym jest fakt, że aplikacje postrzegane są jako bardziej praktyczne źródło informacji, w porównaniu z tradycyjnymi informacjami drukowanymi. Trzecim głównym ułatwieniem jest to, aby informacje zawarte w aplikacji mobilnej były zrozumiałe, zgodne z obowiązującymi wytycznymi i nadzorowane przez profesjonalistów medycznych. Dodatkowe informacje powinny zawierać hipertęcza. Jako bariery zdaniem uczestników badania wymienić należy: aspekty techniczne, które mogą mieć negatywny wpływ na korzystanie z aplikacji i nadmierne zużywanie baterii i pamięci smartfona. Drugą ważną barierą wymienianą przez uczestników było wysyłanie częstych powiadomień.

WNIOSKI

1. Wszystkie badane kobiety deklarowały, że korzystają lub korzystały z aplikacji mobilnych dedykowanych kobietom w ciąży, oznacza to, że rynek aplikacji mobilnych stale się rozwija.
2. Ankietowane kobiety codziennie korzystają z aplikacji mobilnych. Najczęściej korzystają z tych aplikacji ok. 6–15 minut dziennie. Ten czas pozwala na sprawdzenie co w danym dniu dzieje się z dzieckiem, jakie zmiany zachodzą w jego organizmie oraz organizmie matki. Pozwala również na przeczytanie zamieszczonych tam artykułów.
3. Kobiety ciężarne korzystały najczęściej z aplikacji Preglife, Ciąża+, Moja ciąża, HiMommy oraz Asystent ciąży. Powyższe aplikacje zawierają opis, jak rozwija się dziecko tydzień po tygodniu, jak zmienia się ciało kobiety, jak aktualnie wygląda dziecko, artykuły na temat ciąży, porodu, połogu i opieki nad dzieckiem.

4. Poziom zaawansowania używanych aplikacji dostosowany jest do użytkownika. Informacje tam umieszczone napisane są przystępnym językiem. Wiedza przekazywana w tych aplikacjach jest oparta o wiedzę profesjonalistów. Kobiety ciężarne z tych aplikacji dowiedzą się, np. jak przygotować się do porodu, jak wybrać i skompletować wyprawkę dla dziecka, jak w danym tygodniu rozwija się dziecko, o czym powinny pamiętać danego dnia tygodnia, jak postępować z noworodkiem i wiele innych.

PIŚMIENNICTWO

- Baranek, N., Lesiów, T., Biazik, E. (2017). Aplikacje m-zdrowia. Część I. *Nauki Inżynierskie i Technologie*, 24(1), s. 27-39.
- Bert, F., Passi, S., Scaioli, G., Gualano, M.R., Siliquini, R. (2016). There comes a baby! What should I do? Smartphones' pregnancy-related applications: a web-based overview. *Health Informatics Journal*, 22(3): s. 608-617. DOI:10.1177/1460458215574120.
- Błąjda, J., Barnaś, E., Pieniżek, A. (2017). Rola mobilnych aplikacji medycznych w profilaktyce wybranych chorób. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 50(1), s. 107-114.
- Buchanan, E.A., Hvizdak, E.E. (2009). Online survey tools: Ethical and methodological concerns of human research ethics committees. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 4(2), s. 37-48.
- Buchanan, L., Anderson, E., MBIostat, H.X., Phongsavan, P., Rissel, C., Wen, L.M. Sources of information and the use of mobile applications for health and parenting information during pregnancy: Implications for health promotion. *Health Informatics Journal*, 27(3), 14604582211043146. DOI: 10.1177/14604582211043146.
- Bujnowska-Fedak, M.M., Tomczak, M., Pokorna-Kałwak, D. (2016). Zastosowanie nowoczesnych technologii mobilnych w opiece zdrowotnej wyzwaniem dla XXI wieku. *Puls Uczelni*, 10(2), s. 37-43.
- Dziukiewicz, J. (2008). Mass media jako przestrzeń kreowania zachowań zdrowotnych społeczeństwa-dwie strony medalu. *Media i Społeczeństwo*, 9, s. 127-142.
- Ledford, C.J.W., Canzona, M.R., Cafferty, L.A., Hodge, J.A. (2016). Mobile application as a prenatal education and engagement tool: A randomized controlled pilot. *Patient Education and Counseling*, 99(4) s. 578-582. DOI: 10.1016/j.pec.2015.11.006.
- Lee, Y., Moon, M. (2016). Utilization and content evaluation of mobile applications for pregnancy, birth, and child care. *Healthcare Informatics Research*, 22(2), s. 73-80. DOI: 10.4258/hir.2016.22.2.73.
- Loudon, K., Buchanan, S., Ruthven, I. (2016). The everyday life information seeking behaviours of first-time mothers. *Journal of Documentation*, 72(1), s. 24-46. DOI: 10.1108/JD-06-2014-0080.

- Mackillop, L., Hirst, J.E., Bartlett, K.J., Birks, J.S., Clifton, L., Farmer, A.J., Gibson, O., Kenworthy, Y., Levy, J.C., Loerup, L., Rivero-Arias, O., Ming, W.K., Velardo, C., Tarasenko, L. (2018). Comparing the efficacy of a mobile phone-based blood glucose management system with standard clinic care in women with gestational diabetes: randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(3), e71. DOI:10.2196/mhealth.9512.
- Mularski, P.Ł., Kępa, A., Serówka-Krajnik, A., Huras, H., Kalinak, J. (2022). Telemedycyna w położnictwie na przykładzie urządzenia mobilnego do zdalnego wykonywania badań kardiograficznych (KTG). *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 7(2), s. 67-74.
- Musgrave, L.M., Kizirian, N.V., Homer, C.S.E., Gordon, A. (2020). Mobile phone apps in Australia for improving pregnancy outcomes: systematic search on app stores. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(11), e22340. DOI:10.2196/22340.
- Özkan Şat S., Yaman Sözbir Ş. (2018). Use of mobile applications and blogs by pregnant women in Turkey and the impact on adaptation to pregnancy. *Midwifery*, 62, s. 273-277. DOI: 10.1016/j.midw.2018.04.001.
- Polski Bank Komórek Macierzystych. FamiCord Group. KTG-co to za badanie? <https://www.pbkm.pl/pregnancy-zone-2/jak-dbac-o-siebie-w-ciazy/ktg-co-to-za-badanie> (31.01.2023).
- Skublewska-Paszowska, M. (2015). *Programowanie mobilne iOS*. Lublin: Politechnika Lubelska.
- Smarżewska, D. (2018). Wykorzystanie mobilnych aplikacji (m-helath) zarządzaniu systemem ochrony zdrowia. *Akademia Zarządzania*, 2(2), s. 6-20.
- Velu, A.V., van Beukering, M.D., Schaafsma, F.G., Frings-Dresen, M.H., Mol, B.W., van der Post, J.A., Kok, M. (2017). Barriers and facilitators for the use of a medical mobile app to prevent work-related risks in pregnancy: a qualitative analysis. *JMIR Research Protocols*, 6(8), e163. DOI: 10.2196/resprot.7224.
- Walec, M., Surma, N., Michoń, W., Ślusarska, B. (2020). Mobile applications in women's health education in obstetric and gynecological care. *Pielęgniarstwo XXI w.*, 71(2), s. 57-67. DOI: 10.2478/pielxxiw-2020-0004.
- Wang, N., Deng, Z., Wen, L.M., Ding, Y., He, G. (2019). Understanding the use of smartphone apps for health information among pregnant Chinese women: mixed methods study. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(6), e12631. DOI:10.2196/12631.
- Zadarko-Domaradzka, M., Zadarko, E. (2016). Aplikacje zdrowotne na urządzenia mobilne w edukacji zdrowotnej społeczeństwa. *Edukacja-Technika-Informatyka*, 7(4), s. 291-293.
- Zadarko-Domaradzka, M., Zadarko, E. (2016). Aplikacje zdrowotne na urządzenia mobilne w edukacji zdrowotnej społeczeństwa. *Edukacja-Technika-Informatyka*, 18(4), s. 291-296. DOI: 10.15584/eti.2016.4.37.

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. hum. Dorota Płocica, magister pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego.

Adiunkt na Wydziale Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu.

Pielęgniarka oddziałowa w Oddziale Kardiologicznym, Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli.

Zainteresowania zawodowe oraz naukowe to problematyka z zakresu pielęgniarstwa kardiologicznego, pielęgniarstwa diabetologicznego oraz gerontologicznego.



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 pielęgniarstwa, edukacja zdrowotna, jakość życia, pielęgniarstwo rodzinne, opieka pielęgniarstwa w chorobach przewlekłych, kształcenie pielęgniarek, rozwój pielęgniarstwa polskiego w oparciu o dowody naukowe w praktyce klinicznej.

