

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

**Acta Scholae Superioris
Medicinae Legnicensis**

Zeszyt naukowy
Nr 1 (27)/2023

Cz. I. Pielęgniarki, o pielęgniarkach, dla pielęgniarek

Cz. II. Pielęgniarka w kształtowaniu dobrej jakości życia przewlekle chorych

Legnica 2023

Zeszyty Naukowe
Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy

Redaktor naczelny:
dr n. med. Ewa Barczykowska

Redaktor naukowy:
dr hab. n. farm. Zbigniew Rykowski, prof. WSM w Legnicy

Komitet naukowy:
dr hab. Zbigniew Rykowski, prof. WSM
dr n. ekon. Ryszard Pękała
dr n. o zdr. Wiesław Zielonka

Recenzenci zewnętrzni:
dr n. o zdr. Stanisław Szczerbiński

Redaktor wydania:
dr n. med. Ewa Barczykowska

Skład i łamanie:
Dominik Łeśko

© Copyright by Wyższa Szkoła Medyczna
Wydanie I, Legnica 2023-05-31

Książka, ani żaden jej fragment, nie może być przedrukowywana bez pisemnej zgody Wydawcy. W sprawach zezwoleń na przedruk należy zwracać się do Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy

ISSN 2084-3607
Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy
ul. Powstańców Śląskich 3, 59-220 Legnica
Tel. 76 854 99 33
e-mail: dziekanat@wsmlegnica.pl

Spis treści

Table of contents

Słowo wstępne	4
Sposoby radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki zatrudnione w oddziałach zachowawczych w czasie pandemii COVID-19	8
<i>Mentoring</i> i <i>coaching</i> w procesie adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pielęgniarek/pielęgniarzy w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu	42
Poziom wiedzy pielęgniarek oddziałów zabiegowych w zakresie rozpoznawania i zapobiegania niezamierzonej hipotermii okołoperacyjnej u pacjentów dorosłych	65
Narażenie na psychospołeczne zagrożenia ze strony współpracowników w miejscu pracy w opinii pielęgniarek	87
Stosunek pielęgniarek operacyjnych do transplantacji narządów i tkanek od zmarłego dawcy	110
Samoocena zdrowia i satysfakcji z życia w grupie pielęgniarek aktywnych zawodowo	126
Wiedza i samoocena pielęgniarek w zakresie profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych	150
Wybrane aspekty jakości życia u chorych po zabiegu laryngektomii	166
Postrzeganie wsparcia społecznego w kontekście deficytu samoopieki pacjentów hemodializowanych z dostępem naczyniowym	192
Jakość życia pacjentów z wyłonioną kolostomią wyłonioną z powodu nowotworu jelita grubego	221

Słowo wstępne

Oddajemy w Państwa ręce kolejny zeszyt naukowy Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis. W niniejszym numerze prezentujemy oryginalne artykuły oparte na badaniach kwestionariuszowych absolwentów Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy.. Część pierwsza zatytułowana jest **Pielęgniarki, o pielęgniarkach, dla pielęgniarek**. Cechą wspólną tych opracowań jest grupa badana, którą były zespoły pielęgniarskie zatrudnione w placówkach medycznych. Natomiast część druga nosi tytuł: **Pielęgniarka w kształtowaniu dobrej jakości życia przewlekle chorych**.

Zgodnie z Europejską strategią WHO kształcenia pielęgniarek i położnych (WHO, Kopenhaga 1999) pielęgniarka to: osoba zapewniająca opiekę najwyższej jakości, decydent, komunikator, lider lokalny i menedżer. W nowym modelu preferuje się ścisłą współpracę pielęgniarki z pacjentami, społecznościami lokalnymi, organizacjami w ramach systemu opieki zdrowotnej, pracownikami ochrony zdrowia, innymi grupami zawodowymi, samorządami lokalnymi. Aby sprostać tym wymaganiom pielęgniarka musi być odpowiednio wykształcona na poziomie szkoły wyższej. Kształcenie obejmuje m.in. wszczepienie studentom kierunku pielęgniarstwa potrzeby nie tylko śledzenia i przyswajanie nowych osiągnięć nauki, ale także oceniania i wprowadzania ich do praktyki w świadomy i rozsądny sposób. To oznacza koncentrowanie się nie tylko na rozwoju wiedzy pielęgniarskiej, ale także na praktyce pielęgniarskiej.

Stanowisko Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ang. *International Council of Nurses, ICN, 1993*) wskazuje, że jakość praktyki pielęgniarskiej zależy od pielęgniarskich badań naukowych, zmierzających do ciągłego gromadzenia i aktualizowania wiedzy pielęgniarskiej.

Konieczne jest zatem tworzenie relacji pomiędzy praktyką pielęgniarską a badaniami naukowymi w pielęgniarstwie. Niezbędne jest, aby pielęgniarki sprawujące bezpośrednią opiekę nad pacjentami w coraz większym stopniu planowały, podejmowały trud prowadzenia badań naukowych i korzystania z ich wyników. Z kolei obserwacje i doświadczenia z praktyki zawodowej skłonią do formułowania pytań dając początek badaniom, a uzyskane w nich wyniki pozwolą doskonalić praktykę. Prezentowane poniżej artykuły powstały w oparciu o ten schemat: praktyka → badanie → praktyka.

Publikacja ***Mentoring i coaching w procesie adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pielęgniarek/pielęgniarzy w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu*** dotyczy wdrażania dwóch strategii komunikacyjnych nastawionych na rozwój zawodowy pielęgniarek oraz wzrost satysfakcji z pracy. Niech zachętą do zapoznania się z tym artykułem będzie jeden z

wniosków: *Mentor/opiekun powinien jednocześnie formułować oczekiwania, stawiać zadania zgodnie z zakresem obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności oraz szczegółowo przekazywać informacje.*

Kolejną ważną przesłanką do podjęcia badań własnych przez magistrantkę była obserwacja wskazująca, że pielęgniarki nie tylko są świadkami negatywnych zachowań personelu w miejscu pracy, ale też pokrzywdzonymi. Często doświadczają agresji ze strony innych członków personelu. Efektem tych badań jest opracowany artykuł zatytułowany: **Narażenie na psychospołeczne zagrożenia ze strony współpracowników w miejscu pracy w opinii pielęgniarek.** Nie napawa optymizmem jeden z wniosków: *W zespołach pielęgniarek najczęściej występowała przemoc emocjonalna i przybierała różne formy: obmawiania, upokarzających gestów, spojrzeń i aluzji, krzyków oraz ciągłego krytykowania.*

Następne badanie zostało przeprowadzone wśród pielęgniarek, które bezpośrednio zmierzyły się z pandemią zakażeń wirusem SARS-CoV-2. Zaistniała sytuacja ujawniła wszystkie problemy polskiej ochrony zdrowia: braki kadrowe, lokalowe, sprzętowe, deficyt środków ochrony osobistej, niedziałające procedury. Ten trudny czas obarczony był nie tylko wykonywaniem zadań zawodowych w szpitalach i innych placówkach opieki zdrowotnej, ale także obawą przed zakażeniem, często rozłąką z rodziną, Hasła o bohaterstwie personelu medycznego nie trwały długo. Już po kilku dniach pojawił się ostracyzm – sklepy nieobsługujące medyków, ataki sąsiadów, hejt w mediach społecznościowych. Prezentowany artykuł to: **Sposoby radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki zatrudnione w oddziałach zachowawczych w czasie pandemii COVID-19** i powstał w oparciu o wyniki badań opisujących reakcje pielęgniarek na sytuację kryzysową.

Do głębokiej refleksji skłania kolejna praca: **Samoocena zdrowia i satysfakcji z życia w grupie pielęgniarek aktywnych zawodowo.** Z analizy samooceny stanu zdrowia wynika, że: *Większość pielęgniarek wykazuje średnią dbałość o zdrowie, a brak dbałości o zdrowie istotnie wzrasta wraz wiekiem.*

Zainteresowania magistrantek są bardzo różnorodne. Podejmowana problematyka bywa dość powszechna, o szerokim zastosowaniu, ale też rzadziej spotykana. Trzy kolejne artykuły są tego dowodem. Pierwszy z nich to: **Wiedza i samoocena pielęgniarek w zakresie profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych.** Interesująca jest konkluzja potwierdzona doniesieniami innych autorów: *Pielęgniarki deklarują znajomość problematyki zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz zasad higieny rąk, jednak poziom ich wiedzy nie zawsze ma odzwierciedlenie w praktyce.*

Myślą przewodnią drugiej pracy była transplantacja narządów. Badanie obejmowało pielęgniarki uczestniczące w tej procedurze, a temat brzmiał: **Stosunek pielęgniarek operacyjnych do transplantacji narządów i tkanek od zmarłego dawcy.** Przyszłość medycyny transplantacyjnej zależy nie tylko od wdrażania innowacyjnych, zaawansowanych procedur

medycznych. Temat jest pożądany również dlatego, że „*Bez akceptacji społecznej umarłaby transplantologia* (prof. Arthur Kaplan – amerykański bioetyk)”. Nie do przecenienia jest poziom społecznej akceptacji, upowszechniania postaw altruistycznych społeczeństwa, gotowego przyjść z pomocą drugiemu człowiekowi.

Trzeci artykuł: **Poziom wiedzy pielęgniarek oddziałów zabiegowych w zakresie rozpoznawania i zapobiegania niezamierzonej hipotermii okołoperacyjnej u pacjentów dorosłych**. Wniosek z badania, które posłużyło do opracowania tej publikacji jak najbardziej odnosi się do działalności praktycznej pielęgniarek: *Zdecydowana większość ankietowanych pielęgniarek miała świadomość braków w swojej wiedzy na temat niezamierzonej hipotermii okołoperacyjnej. Jednocześnie prawie wszystkie pielęgniarki wyrażały chęć uczestnictwa w szkoleniach w tym zakresie.*

W drugiej części zawarte są publikacje dotyczące problematyki pacjentów przewlekle chorych – **Pielęgniarka w kształtowaniu dobrej jakości życia chorych**. W pracach dotyczących tego zagadnienia wykorzystano międzynarodowe narzędzie badawcze zaproponowane przez WHO. Skrócona wersja tego narzędzia to standaryzowany kwestionariusz WHOQOL-BREF, który składa się z 26. pytań i umożliwia ocenę jakości życia i ocenę sytuacji życiowej człowieka, będącej konsekwencją choroby i stosowanej terapii. Pierwsza praca dotyczy stomii jelitowej, która jest przyczyną *problemów* medycznych oraz *społecznych* a jej tytuł brzmi: **Jakość życia pacjentów z wylonioną kolostomią wylonioną z powodu nowotworu jelita grubego**. Tłem tych badań są wciąż pokutujące przekonania i obawy związane z posiadaniem stomii, które wielokrotnie powodują, że pacjenci odmawiają zgody na jej przeprowadzenie. Natomiast negatywne reakcje *społeczne* sprawiają, że osoby ze *stomią* często ukrywają swój problem. W badaniach potwierdzono istotną rolę pielęgniarki w kształtowaniu dobrej jakości życia chorych ze stomią – *Pacjenci w przypadku pojawienia się problemów ze stomią najczęściej zwracają się o pomoc do pielęgniarki stomijnej.*

Kolejne badanie dotyczyło pacjentów z rakiem części krtaniowej gardła, który wg Krajowego rejestru Nowotworów, należy do rzadziej występujących nowotworów narządów głowy i szyi. W oparciu o uzyskany materiał opracowano artykuł zatytułowany: **Wybrane aspekty jakości życia u chorych po zabiegu laryngektomii**. Laryngektomia całkowita, czyli całkowite usunięcie krtani powoduje bezgłos, zaburza komunikację werbalną i częściowo pozawerbalną. Rehabilitację foniatryczną podjęła większość badanych. Niestety w przypadku pojawienia się problemów żaden z pacjentów nie odpowiedział *zdecydowanie tak* na możliwość uzyskania pomocy od psychologa.

Z kolei artykuł pt.: **Postrzeganie wsparcia społecznego w kontekście deficytu samoopieki pacjentów hemodializowanych z dostępem naczyniowym** powstał w oparciu o badania przeprowadzone przez pielęgniarkę pracującą w stacji dializ. Grupą badaną byli pacjenci

z przewlekłą chorobą nerek i koniecznością leczenia nerkozastępczego. Narzędziami badawczymi były autorski kwestionariusz ankiety oraz Wielowymiarowa Skala Wsparcia Społecznego autorstwa G. Zimet, N. Dahlem, S. Zimet & G. Farley w adaptacji polskiej K. Buszman, H. Przybyła-Basista. Wykazano, że chorzy dializowani najczęściej otrzymywali wsparcie ze strony rodziny. Natomiast pielęgniarka była głównym źródłem informacji na temat hemodializ i postępowania z dostępem naczyniowym.

Zaprezentowane prace, dotyczą różnych aspektów pracy pielęgniarki i są zaledwie niewielkim wycinkiem jej oddziaływania na pacjenta. Obejmują także wyniki interwencji pielęgniarskich, mających na względzie jakość i efektywność sprawowanej opieki.

Jesteśmy przekonani, że podjęte tematy związane z codzienną pracą pielęgniarki spotkają się z Państwa zainteresowaniem. Mamy nadzieję, że pielęgniarki będą miały możliwość wprowadzania zmian w obszarze kompleksowej opieki nad pacjentem we własnym miejscu pracy. Wnioski z analiz badań będą wdrażane w pracy i staną się inspiracją do podejmowania kolejnych projektów.

Zapraszam do lektury

dr n. med. Ewa Barczykowska, prof. WSM

Redaktor wydania

Sposoby radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki zatrudnione w oddziałach zachowawczych w czasie pandemii COVID-19

The way of dealing with stress by nurses hired in conservative units during COVID-19 pandemic

Marzena Borkowska-Kociołek^{1,2, A-C}, Wiesław Zielonka^{2, D-F}

¹Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

²Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Pandemia COVID-19 spowodowała kryzys globalny, ale wywołała także indywidualne kryzysy emocjonalne u pracowników medycznych, w tym pielęgniarek. Wielu badaczy i teoretyków dąży do poznania strategii i sposobów radzenia sobie ze stresem w sytuacji kryzysowej.

Cel badań. Analiza opinii pielęgniarek w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem w czasie pandemii COVID-19.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. W badaniu wzięło udział 110 pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach zachowawczych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego oraz Szpitala Tymczasowego we Wrocławiu w okresie od 01.12.2021-28.02.2022 roku.

Wyniki. niezależnie od wieku, wykształcenia zawodowego, stażu pracy oraz odczuwania stresu prawie połowa ankietowanych pielęgniarek (49,1%) deklaruje posiadanie umiejętności radzenia sobie ze stresem. Zdecydowanie najczęściej na posiadanie tej umiejętności wskazywały pielęgniarki w grupie wiekowej 22-35 lat (76,9%), z tytułem magistra pielęgniarstwa (70,0%), ze stażem pracy do 5 lat (72,2%) oraz nie odczuwające stresu (75,5%). Czynniki wyzwalającymi stres okazały się: bezpośrednia praca przy pacjencie chorym na COVID-19 (62,7%), obawa przed zakażeniem (51,8%), braki kadrowe (50,9%) oraz praca w trudnych warunkach (46,4%). Wśród objawów somatycznych dominowały zaburzenia myślenia i koncentracji (63,6%) oraz zaburzenia żołądkowo-jelitowe (40,9%). Najczęściej wskazywane skutki w pracy to: uczucie lęku i strachu (48,2%), obniżony nastrój (46,4%) oraz rozdrażnienie (40,9%). Wśród sposobów radzenia sobie z sytuacją stresową dominowały zachowania pozytywne: poszukiwanie wsparcia rodziny (42,7%) i uprawianie sportu (28,2%). Występowały także zachowania negatywne np.:

Summary

Introduction. COVID-19 pandemic caused a global crisis, but it also triggered personal crisis among health care workers, including nurses. A lot of researchers and scholars aim at learning the strategies of dealing with stress in a crisis situation.

Research objective. The analysis of nurses' opinions on the ways that help them to deal with stress during COVID-19 pandemic.

Materials and methods. The research was carried out using a diagnostic survey method, the original survey was used as a research tool. One hundred and ten nurses hired in conservative units of the University Clinical Hospital in Wrocław and Temporary Hospital in Wrocław took part in the research carried out between 01.12.2021 and 28.02.2022.

Results. Regardless of age, professional education, work experience, and stress level, almost half of the respondents (49,1%) declared having the ability to deal with stress. The nurses in the age group 22-35(76,9%) most often indicated that they have this ability, next there were: nurses with a master's degree in nursing (70.0%), with work experience of 5 years (72,2%), and the ones who do not feel stress (75,5%). The factors triggering stress were: direct care of the patient suffering from COVID-19 (62,7%), fear of getting infected (51,8%), shortage of staff (50,9%) and work in difficult conditions (46,4%). Among the somatic symptoms the most common were: thinking and concentration disorders (63,6%) and gastrointestinal disorders (40,9%). The most common effects at work were: feeling of anxiety(48,2%), depressed mood (46,4%), and annoyance (40,9%). The most popular methods of dealing with stress were positive behaviours: looking for family support(42,7%) and doing sports (28,2%). There were also negative behaviours like alcohol consumption (34,5%) and smoking cigarettes (22,7%).

Conclusions

1. During COVID-19 pandemic the most common factors having the nurses feel stressed were: direct care of a patient suffering from COVID-19, fear of getting infected, shortage of staff and work in difficult conditions.

2. The most popular methods of dealing with stress were positive behaviours: support of the family, doing

spożywanie alkoholu (34,5%) oraz na palenie papierosów (22,7%).

Wnioski

1. Wśród czynników wyzwalających stres u pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19 dominowały: bezpośrednia praca przy pacjencie z wirusem COVID-19, obawa przed zakażeniem, braki kadrowe oraz praca w trudnych warunkach.

2. Najczęstszym sposobem radzenia sobie z sytuacją stresową było poszukiwanie wsparcia rodziny lub podejmowanie aktywności fizycznej, a także przejawianie niekorzystnych dla zdrowia zachowań np. spożywanie alkoholu czy palenie papierosów.

3. Zdecydowana większość ankietowanych osób nie korzystała z pomocy psychologa lub psychiatry.

Słowa kluczowe

pandemia COVID-19, stres, pielęgniarka

sports, but also negative ones like drinking alcohol smoking cigarettes.

3. The majority of respondents did not use the help of a psychologist or a psychiatrist.

Key words

COVID-19 pandemic, stress, nurse

Wprowadzenie

Problematyką stresu zajmuje się od lat wielu badaczy z różnych dziedzin, a w szczególności psychologii, medycyny i socjologii. W psychologii zainteresowanie tematyką stresu pojawiło się w pierwszej połowie XX wieku. Współcześnie dominuje systemowe podejście do stresu jako złożonej relacji elementów środowiskowych, sytuacyjnych i podmiotowych, dyspozycyjnych i procesualnych. Stres określa się jako złożoną relację zakłócenia równowagi pomiędzy wymaganiami i możliwościami osoby, która przekracza jej zasoby, zagraża tym zasobom oraz dobrostanowi człowieka [1]. Światowa Organizacja Zdrowia określa stres jako „*chorobę stulecia, bowiem przyczyną barwnego, a zarazem groźnego obrazu zaburzeń adaptacyjnych mogą być czynniki fizyczne, jak i chemiczne, toksyczne, infekcyjne, psychiczne i socjopatyczne*” [2].

Wybitny polski psycholog J. Strelau określa stres jako „*stan, na który składają się silne negatywne emocje oraz towarzyszące im zmiany fizjologiczne i biochemiczne, przekraczające normalny (podstawowy) poziom pobudzenia*”. Stres może być przejściowym stanem pobudzenia, mającym zwykle jasno określony początek i koniec oraz stanem rozciągniętym w czasie, w trakcie którego żądania otoczenia są postrzegane jako przekraczające dostępne zasoby, niezbędne do radzenia sobie z nimi. Grupą czynników

wywołujących ten stres są przemiany rozwojowe oraz ważne wydarzenia zachodzące w życiu człowieka, a także czynniki oddziałujące przewlekłe, czyli codzienne kłopoty, trauma oraz negatywne przeżycia z dzieciństwa [3,4]. Wobec tego stres jest „zespołem powiązanych procesów w organizmie i systemie nerwowym stanowiących ogólną reakcję osoby na działanie bodźców lub sytuacji niezwykle trudnych, zakłócających, zagrażających, przykrych lub szkodliwych” [5].

W przypadku uznania sytuacji za stresującą, zostaje ona oceniona w kategoriach:

- krzywdy przejawiającej się złością, żalem, smutkiem;
- zagrożenia i towarzyszące temu lęk, strach oraz zamartwianie się;
- wyzwania i towarzyszące temu emocje zarówno negatywne, jak i pozytywne.

Ocena wtórna jest oszacowaniem własnych zdolności do uporania się z wydarzeniem. Obie oceny to dynamiczne procesy ściśle ze sobą powiązane. W odpowiedzi na ocenę sytuacji jako stresowej uruchamiany jest proces radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach lub problemie. Wybór sposobów radzenia uzależniony jest od oceny sytuacji i może prowadzić do zmiany wcześniejszej jej oceny. Wobec tego każda osoba na podstawie własnych odczuć lub zdobytych nowych informacji ze środowiska może dokonać oceny powtórnej, której zadaniem jest modyfikacja dotychczasowego obrazu wydarzenia [6,7].

Przykładem teorii stresu jest egzystencjalny model stresu A. Antonovsky’ego. Autor opracował psychologiczny mechanizm wyjaśniający radzenie sobie ze stresem pod nazwą poczucie koherencji (spójności). Tak określony sposób spostrzegania świata jako zrozumiałego, sterowalnego i sensownego. Im wyższe zasoby odpornościowe, będące sumą doświadczeń życiowych tym silniejsze jest poczucie koherencji i łatwość radzenia sobie ze stresem. Mechanizm radzenia sobie ze stresem według tej teorii wynika z tego, że mimo dużego napięcia emocjonalnego, następuje wysokie poczucie koherencji oraz większa mobilizacja ogólnych zasobów odpornościowych, którymi dysponuje osoba. W modelu salutogenetycznym A. Antonovsky’ego, stresory zostały zdefiniowane jako wymagania powodujące stan napięcia, dla których nie ma gotowych ani zautomatyzowanych reakcji adaptacyjnych. Nie jest to jednoznaczne z tym, że stresory przeradzają się w stres oraz negatywne stany emocjonalne. Mogą one pełnić funkcję mobilizacyjną oraz korzystną, wyzwalać energię a także funkcję rozwojową [8].

Stres może być powodowany przez wiele czynników i może dotyczyć wielu płaszczyzn życia człowieka. Istotnym, częstym i nieuniknionym źródłem stresu jest praca zawodowa. Przeciążenie pracą, brak życzliwości ze strony współpracowników, czy złe warunki pracy stanowią przyczynę stresu zawodowego. Czynnikiem, który powoduje stres

określany jest jako stresor. Pojęcie to po raz pierwszy zostało użyte przez H.H. Salye'go [9].

Dla przebiegu reakcji stresowej na poziomie fizjologicznym kluczowe znaczenie ma układ nerwowy i hormonalny. Fizjologicznymi objawami przeżywania stresu są najczęściej: kołatanie serca, kłopoty z oddychaniem, ból brzucha, uczucie gorąca, ucisk lub bóle w klatce piersiowej, osłabienie, bladość, ciśnieniowe bóle głowy. Przy długotrwałym stresie mogą wystąpić zaburzenia miesiączkowania oraz utrata masy ciała. Działanie na poziomie psychiki można obserwować jako silne i negatywne emocje. Najczęściej wymienianymi symptomami w tej sferze są: gniew, płacz, nerwowość, złość, rozdrażnienie, złe samopoczucie, poczucie winy, zazdrość, zawiść, huśtawka nastrojów, obniżona samoocena, poczucie braku kontroli, niezdolność do koncentracji. Wiele z nich stanowi niegroźne zakłócenia, które mają charakter odwracalny [10].

Behawioralna odpowiedź organizmu na stres przejawia się agresywnym lub biernym zachowaniem, skłonnością do irytacji, trudnością w mówieniu, drżeniem rąk często nerwowym śmiechem. Konsekwencją przeżywania stresu może być nadmierne spożywanie alkoholu oraz zwiększone spożycie kofeiny, narkotyków, substancji psychoaktywnych, a także objadanie się, zakłócony rytm snu oraz zmęczenie. Stres powoduje, że funkcje psychiczne człowieka ulegają zaburzeniu – występują trudności w przypomnieniu sobie ważnych rzeczy, problemy z wysławianiem się oraz koncentracją, myśli są nielogiczne, często występuje brak panowania nad emocjami. Dochodzi do pogorszenia stosunków interpersonalnych, izolacji społecznej oraz unikania kontaktów. Nierzadko takie zachowania człowieka pełnią funkcję radzenia sobie ze stresem. Jeśli trwają one dłuższy czas mogą stać się wtórnym źródłem stresu [10].

Obecność stresu w życiu współczesnego człowieka skłoniła wielu badaczy i teoretyków do poznania, w jaki sposób człowiek radzi sobie ze stresem. Pojęcie „*radzenia sobie ze stresem*” wprowadzone zostało po raz pierwszy w latach 60. XX wieku. Powstały czynnik stresogenny pobudza aktywność osoby i ukierunkowuje ją na usunięcie danego stresora oraz wymusza powrót do stanu równowagi poprzez podjęcie odpowiednich działań [10]. Znajomość tych działań pozwala przewidywać zachowanie się osoby w trudnych sytuacjach oraz ukierunkować na walkę z wymaganiami zewnętrznymi i wewnętrznymi, którego efektem powinno być uzyskanie równowagi między tymi wymaganiami oraz możliwościami, wpływając tym samym na zmniejszenie stanu stresu [11].

Według R. Lazarusa i S. Folkmana strategie radzenia sobie ze stresem to „*stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jego zasoby*”. Radzenie sobie ze stresem jest procesem, który obejmuje

całość wysiłków człowieka zmierzających do poradzenia sobie z sytuacją stresową. Proces ten ma charakter dynamiczny, a największą rolę przypisuje się aktywności człowieka niż jego otoczeniu [12].

R. Lazarus uwzględnił dwie podstawowe funkcje radzenia sobie ze stresem:

- instrumentalną;
- emocjonalną.

Funkcja instrumentalna – zadaniowa, koncentruje się na problemie. Podejmowane działania skierowane są na opanowanie stresora oraz zmniejszenie lub usunięcie skutków jego działania przez zmianę zagrażającego otoczenia lub zmianę własnego działania.

W funkcji emocjonalnej działania ukierunkowane są na obniżenie przykrego napięcia emocjonalnego jaki towarzyszy człowiekowi. Emocje mogą pełnić rolę adaptacyjną i informacyjną, mogą kształtować przebieg działania, nie zawsze utrudniają radzenie sobie w sytuacji stresowej. Są sygnałem, że zachodzi coś istotnego dla osoby, doprowadza to do zwiększenia pobudzenia, większej mobilizacji i podejmowania działania. Obie te funkcje nie wykluczają się i mogą być spełniane równocześnie lub zmiennie, wpływając wzajemnie na siebie [13].

Współczesne podejście do radzenia sobie ze stresem zwraca uwagę na aspekt społeczny tego procesu, odróżniając go od aspektu indywidualistycznego. Uważa się, że radzenie sobie z sytuacją trudną może mieć charakter zbiorowy, który może być podejmowany zarówno przez dwie osoby, grupy oraz całe społeczności [14].

Klasyfikacja stylów radzenia sobie ze stresem opracowana przez S.M. Miller (1987) wyróżnia dwa style. Pierwszy polega na koncentrowaniu uwagi na czynniku stresogennym lub na własnej reakcji człowieka, natomiast drugi odwraca uwagę od stresora i od własnych reakcji. Style te pozwalają na rozpatrywanie ich jako dwóch niezależnych wymiarów: konfrontacji i unikania. Pozwala to wyróżnić cztery następujące style:

- radzenie sobie przez wykorzystywanie lub unikanie informacji stresowych;
- radzenie sobie przez wykorzystywanie informacji stresowych;
- mało aktywne radzenie sobie;
- radzenie sobie przez unikanie informacji stresowych [10].

W nowszych koncepcjach radzenia sobie ze stresem uwzględniony jest czas wystąpienia stresującego zdarzenia. Takie podejście reprezentuje R. Schwarzer i S. Taubert (2002). Autorzy koncepcji proaktywnego radzenia sobie nawiązali do podziału jaki wprowadzili Beehr i McGrath, którzy wyróżnili następujące rodzaje radzenia sobie ze stresem:

- prewencyjne radzenie sobie – występujące na długo przed (choćby potencjalnym)

wystąpieniem stresującego wydarzenia (przykładowo uzależniony od papierosów rzuca nałóg na czas zanim wystąpi realne ryzyko wystąpienia nowotworu);

- antycypacyjne radzenie sobie – wówczas, gdy stresujące wydarzenie znajduje się w niedalekiej perspektywie czasowej (np. ktoś korzysta z leków uspokajających przed przystąpieniem do poważnej operacji);

- dynamiczne radzenie sobie – gdy wydarzenie stresowe dzieje się w tym momencie (np. poprzez odwrócenie uwagi od chronicznego bólu celem jego redukcji);

- reaktywne radzenie sobie – gdy stresujące wydarzenie właśnie nastąpiło (np. poprzez modyfikację rytmu i sposobu życia osoby po amputacji nogi);

- rezydualne radzenie sobie – wówczas, gdy sytuacja ma miejsce na długo po wystąpieniu stresującego wydarzenia, poprzez walkę z długofalowymi skutkami tego wydarzenia (np. poprzez kontrolowanie intruzyjnych myśli, niechcianych luminacji u osób, które przed laty doznały traumatycznego wypadku [13]).

Długotrwały stres wpływa na zdrowie człowieka uruchamiając reakcje fizjologiczne oraz psychologiczne. Przyczynia się również do znacznego upośledzenia funkcjonowania organizmu powodując powstawanie zaburzeń w sferze zdrowia, zachowania oraz zaburzeń psychicznych. Prowadzi to do sytuacji, w której jest on w stanie ciągłego wysokiego napięcia emocjonalnego, a narastające problemy nie zostają na bieżąco rozwiązane. Długotrwały stres oraz bierne radzenie sobie z nim skutkują tym, że człowiek kumuluje w sobie negatywne emocje, co prowadzi do powstania wielu chorób somatycznych i psychicznych [6,15]. Zatem konsekwencje długotrwałego stresu ujawniają się na różnych poziomach funkcjonowania człowieka:

- na poziomie psychologicznym występują: zaburzenia koncentracji oraz zaburzenia w sferze poznawczej; problemy ze snem; nerwice, depresje; stany lękowe (zespół lęku uogólnionego, napady paniki); drażliwość; trudności z tworzeniem realistycznych planów na przyszłość;
- na poziomie społecznym: izolacja społeczna; zachowania antyspołeczne; przestępczość; wandalizm;
- na poziomie zdrowia somatycznego – napięcie stresowe, które przekształca się w chorobę: zawał; nadciśnienie tętnicze; udar mózgu; osłabienie układu odpornościowego; napięciowy ból głowy; zaburzenia seksualne; zaburzenia jelitowo-żołądkowe; alergie; migreny; nowotwory; alkoholizm; lekomania czy narkomania;
- na poziomie pracy zawodowej: nieradzenie sobie z bieżącymi obowiązkami; brak motywacji do pracy; absencja w pracy; trudności w komunikacji; zamykanie się na

wsparcie oraz pomoc ze strony innych [16].

Długotrwały stres może prowadzić do powstania zjawiska wypalenia zawodowego. Jest ono stanem frustracji lub zmęczenia, w wyniku poświęcenia się czemuś, co nie przyniosło zamierzonych efektów. Według Ch. Masalach (1981), jest to stan emocjonalnego wyczerpania, które prowadzi do zubożenia, uczucia pustki, przemęczenia oraz braku sił do dalszego działania. Zjawisko to dotyczy głównie osób pracujących z ludźmi, w zawodach wymagających osobistego zaangażowania się i udzielania pomocy innym [17].

Cel badań

Analiza opinii pielęgniarek w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem w czasie pandemii COVID-19.

Material i metody

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Badania przeprowadzono w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym oraz w Szpitalu Tymczasowym we Wrocławiu, w okresie od 01.12.2021-28.02.2022 roku.

W badaniu uczestniczyło 110 pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach zachowawczych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego oraz Szpitala Tymczasowego we Wrocławiu. W Tabeli I przedstawiono charakterystykę demograficzno-społeczną badanej grupy. Najlicniejszą grupę stanowiły osoby w wieku powyżej 50. lat (35,5%), następnie osoby w przedziale wiekowym 46-50 lat (28,2%) oraz 36-45 lat (12,7%). Wśród respondentów przeważały pielęgniarki dyplomowane po ukończeniu liceum medycznego, lub studium medycznego (40,9%), następnie pielęgniarki z licencjatem (31,8%), a najmniej liczną grupę (27,3%) stanowiły pielęgniarki z tytułem zawodowym magistra pielęgniarstwa.

Tabela I Demograficzno-społeczna charakterystyka grupy badanej

Cecha	Podgrupa klasyfikacyjna	Liczba osób (%)
Wiek	22-35 lat	26 (23,6%)
	36-45 lat	14 (12,7%)
	46-50 lat	31 (28,2%)
	powyżej 50 lat	39 (35,5%)
Ogółem		110 (100%)
Wykształcenie zawodowe pielęgniarskie	liceum medyczne	36 (32,7%)
	studium zawodowe	9 (8,2%)
	licencjat pielęgniarstwa	35 (31,8%)
	magister pielęgniarstwa	30 (27,3%)
Ogółem		110 (100%)
Staż pracy w zawodzie pielęgniarki	< 5 lat	19 (17,3%)
	6-15 lat	17 (15,5%)
	16-30 lat	38 (34,5%)
	≥31 lat	36 (32,7%)

Ogółem	110 (100%)
--------	------------

Analiza statystyczna

Do ustalenia wystąpienia znamienności statystycznej przyjęto poziom istotności wyniku $p \leq 0,05$. Zastosowano test niezależności chi-kwadrat (χ^2) Pearsona.

Wyniki badań

Deklarowana umiejętność radzenia sobie ze stresem w zależności od wieku, wykształcenia zawodowego, stażu pracy oraz odczuwania stresu – Tabela II.

Analiza zadeklarowanej umiejętności radzenia sobie ze stresem ankietowanych pielęgniarek wykazała, że niezależnie od wieku, wykształcenia zawodowego, stażu pracy oraz odczuwania stresu prawie połowa ankietowanych pielęgniarek (49,1%) uznała, że posiada umiejętność radzenia sobie ze stresem, 37,3% badanych radzi sobie z nim czasami, natomiast tylko 13,6% badanych osób nie potrafi poradzić sobie ze stresem.

Zdecydowanie najczęściej na posiadanie umiejętności radzenia sobie ze stresem wskazują pielęgniarki w grupie wiekowej 22-35 lat (76,9%), posiadające tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa (70,0%), ze stażem pracy do 5 lat (72,2%) oraz nie odczuwające stresu (75,5%). Natomiast braku umiejętności radzenia sobie ze stresem nie uznała żadna pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa, co trzecia (30,8%) w wieku powyżej 50 lat, i ze stażem powyżej 30 lat (33,3%) oraz co czwarta nie odczuwająca stresu (26,3%).

Stwierdzono istotność statystyczną ($p < 0,001$) umiejętności radzenia sobie ze stresem zależną od wieku ankietowanych pielęgniarek, ich wykształcenia zawodowego, stażu pracy w zawodzie oraz poziomu odczuwania stresu.

Udział osób, które radzą sobie ze stresem istotnie statystycznie maleje wraz ze wzrostem wieku.

Umiejętności radzenia sobie ze stresem istotnie wzrasta wraz ze wzrostem poziomu tego wykształcenia. Wśród osób z tytułem zawodowym magistra pielęgniarstwa nie stwierdzono ani jednej osoby, która nie radziłaby sobie ze stresem.

Umiejętność radzenia sobie ze stresem maleje wraz ze wzrostem stażu pracy w zawodzie.

Osoby odczuwające stres w istotnie niższym stopniu radzą sobie ze stresem, niż osoby, które stresu nie odczuwają.

Tabela II Deklarowana umiejętność radzenia sobie ze stresem – wg wieku (n=110)

Wiek	Tak	Czasami	Nie	Ogółem
Dane źródłowe				
22-35 lat	20 (76,9%)	6 (23,1%)	00,0%	26 (100,0%)
36-45 lat	7 (50,0%)	6 (42,9%)	1 (7,1%)	14 (100,0%)
46-50 lat(*)	15 (48,4%)	14 (45,2%)	2 (6,5%)	31 (100,0%)
Powyżej 50 lat(*)	12 (30,8%)	15 (38,5%)	12 (30,8%)	39 (100,0%)
Ogółem	54 (49,1%)	41 (37,3%)	15 (13,6%)	110 (100,0%)
Analiza statystyczna wyników				
Liczba stopni swobody (df)	Chi-kwadrat obliczone (χ^2)		Poziom istotności wyniku (p)	
df=6	$\chi^2=22,3772$		<i>p=0,001</i>	
Wykształcenie zawodowe	Tak	Czasami	Nie	Ogółem
Dane źródłowe				
Liceum medyczne / Studium zawodowe(*)	12 (26,7%)	21 (46,7%)	12 (26,7%)	45 (100,0%)
Licencjat pielęgniarstwa	21 (60,0%)	11 (31,4%)	3 (8,6%)	35 (100,0%)
Magister pielęgniarstwa	21 (70,0%)	9 (30,0%)	0	30 (100,0%)
Ogółem	54 (49,1%)	41 (37,3%)	15 (13,6%)	110 (100,0%)
Analiza statystyczna wyników				
Liczba stopni swobody (df)	Chi-kwadrat obliczone (χ^2)		Poziom istotności wyniku (p)	
df=4	$\chi^2=20,2939$		<i>p<0,001</i>	
Staż pracy w zawodzie pielęgniarki	Tak	Czasami	Nie	Ogółem
Dane źródłowe				
Do 15 lat	26 (72,2%)	9 (25,0%)	1 (2,8%)	36 (100,0%)
16-30 lat	20 (52,6%)	16 (42,1%)	2 (5,3%)	38 (100,0%)
Powyżej 30 lat	8 (22,2%)	16 (44,4%)	12 (33,3%)	36 (100,0%)
Ogółem	54 (49,1%)	41 (37,3%)	15 (13,6%)	110 (100,0%)
Analiza statystyczna wyników				
Liczba stopni swobody (df)	Chi-kwadrat obliczone (χ^2)		Poziom istotności wyniku (p)	
df=4	$\chi^2=26,8135$		<i>p<0,001</i>	
Odczuwanie stresu	Tak	Czasami	Nie	Ogółem
Dane źródłowe				
Odczuwanie stresu: TAK	14 (24,6%)	28 (49,1%)	15 (26,3%)	57 (100,0%)
Odczuwanie stresu: NIE	40 (75,5%)	13 (24,5%)	0	53 (100,0%)
Ogółem	54 (49,1%)	41 (37,3%)	15 (13,6%)	110 (100,0%)
Udziały procentowe				

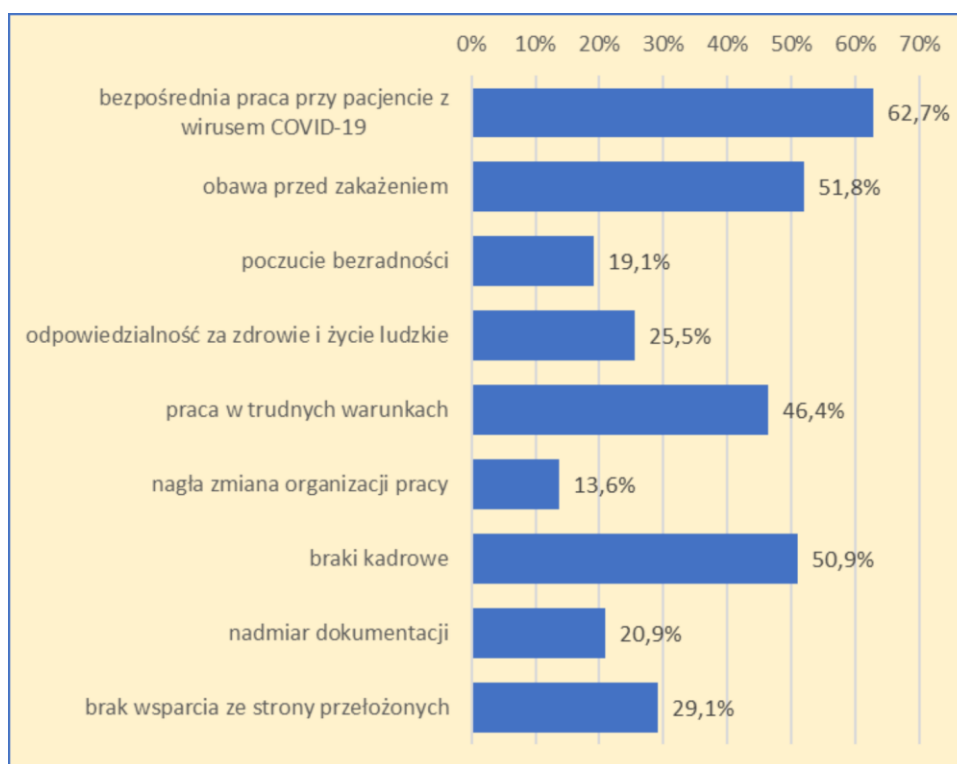
Analiza statystyczna wyników		
Liczba stopni swobody (df)	Chi-kwadrat obliczone (χ^2)	Poziom istotności wyniku (p)
df=2	$\chi^2=32,9044$	<i>p<0,001</i>

(*) – udziały procentowe nie sumują się do 100,0% ze względu na zaokrąglenia

Narażenie na czynniki wyzwalające stres u pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19 w zależności wieku, wykształcenia zawodowego, stażu pracy w zawodzie oraz odczuwania stresu.

Pytanie dotyczące czynników wyzwalających stres u pielęgniarek w czasie pandemii COVID -19 było wielokrotnego wyboru.

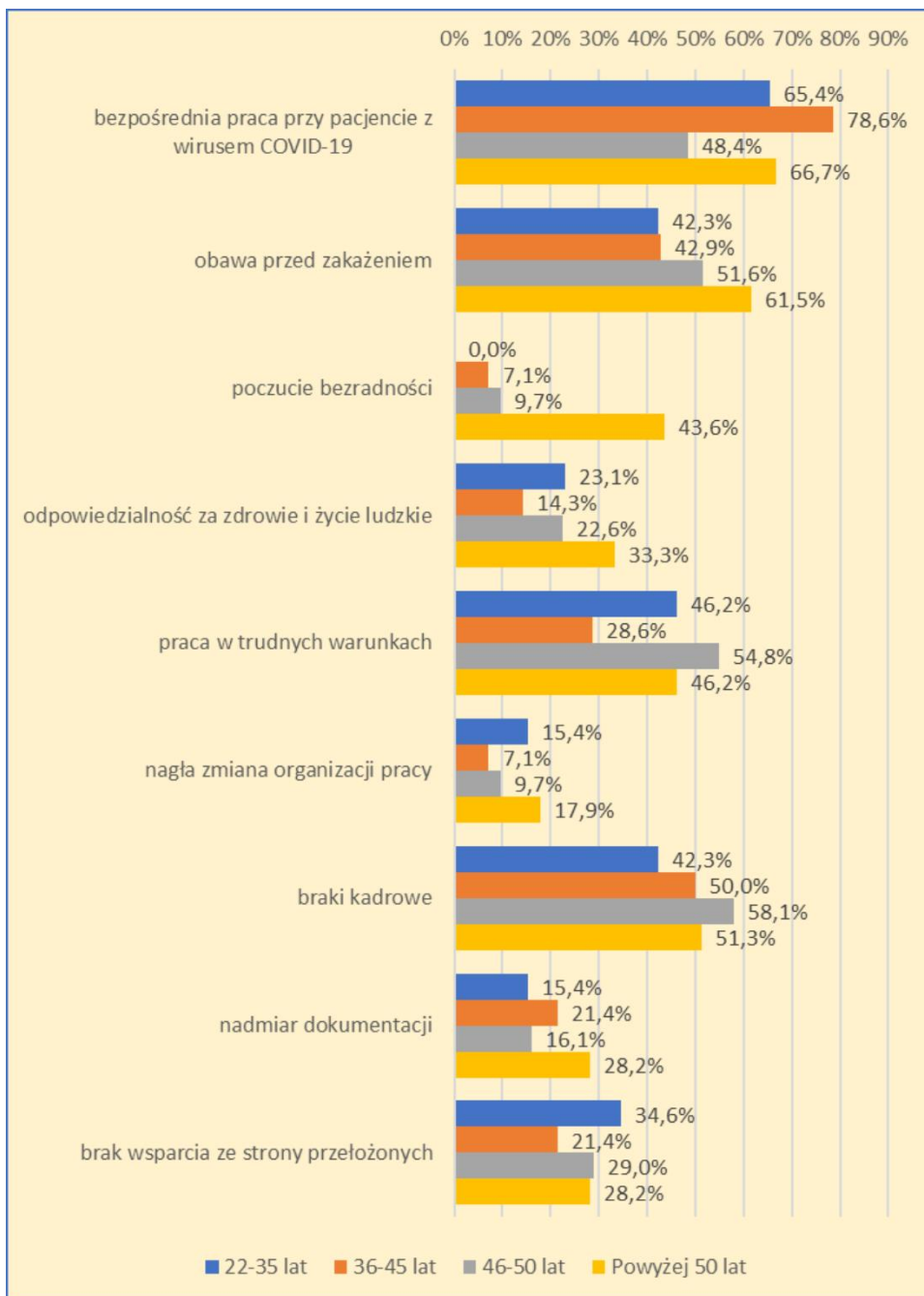
Każdą odpowiedź analizowano odrębnie od pozostałych. Udziały wskazań na poszczególne czynniki przedstawia Wykres 1. Wśród czynników wyzwalających stres u pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19 dominują cztery: bezpośrednia praca przy pacjencie z wirusem COVID-19 (62,7% ogółu respondentek), obawa przed zakażeniem (51,8%), braki kadrowe (50,9%) oraz praca w trudnych warunkach (46,4%). Pozostałe czynniki były przez ankietowane pielęgniarki wskazywane rzadziej; najrzadziej wskazywano na nagłą zmianę organizacji pracy (13,6%).



Wykres. 1. Czynniki wyzwalające stres u pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19

Szczegółową analizę statystyczną wskazań na poszczególne czynniki wywołujące stres u pielęgniarek w czasie pandemii SARS-CoV-2 w ujęciu wieku ankietowanych osób

przedstawia Wykres 2. i Tabela III. Jak wynika z przedstawionej analizy, jedynie w przypadku poczucia bezradności stwierdzono wystąpienie zależności statystycznej wskazań na ten czynnik od wieku respondentek ($p < 0,001$). Dane szczegółowe wskazują, że udział wskazań na ten czynnik w sposób istotny statystycznie wzrasta wraz ze wzrostem wieku: w podgrupie wiekowej 22-35 lat – brak, w podgrupie wiekowej 36-45 lat – 7,1%, w podgrupie wiekowej 46-50 lat – 9,7%, w podgrupie wiekowej powyżej 50 lat – 43,6%. W przypadku pozostałych czynników stwierdzono jedynie mniejsze bądź większe zróżnicowanie udziałów wskazań w kolejnych podgrupach wiekowych, nie mające jednak charakteru znamienności statystycznej.



Wykres 2. Czynniki wywołujące stres u pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19 – wg wieku ankietowanych osób (n=110)

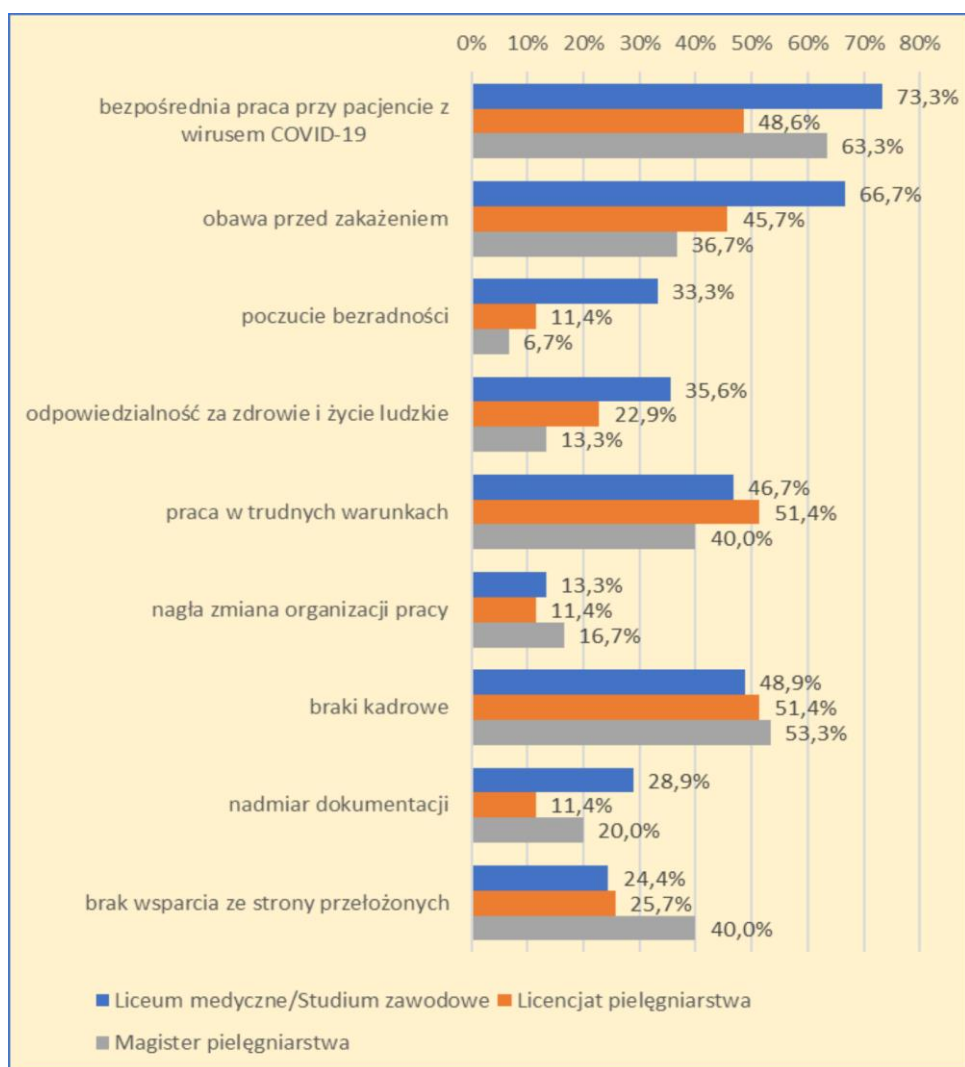
Tabela III Analiza czynników wywołujących stres u pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19 – wg wieku (n=110)

Lp.	Czynnik	Chi-kwadrat (χ^2)	Poziom istotności (p)
1.	Bezpośrednia praca przy pacjencie z wirusem COVID-19	4,5672	0,206
2.	Obawa przed zakażeniem	2,8686	0,412
3.	Poczucie bezradności	24,3613	<0,001
4.	Odpowiedzialność za zdrowie i życie ludzkie	2,4086	0,492
5.	Praca w trudnych warunkach	2,6787	0,444
6.	Nagła zmiana organizacji pracy	1,5971	0,680
7.	Braki kadrowe	1,4116	0,703
8.	Nadmiar dokumentacji	2,1658	0,539
9.	Brak wsparcia ze strony przełożonych	0,7980	0,850

Szczegółową analizę statystyczną wskazań na poszczególne czynniki wywołujące stres u pielęgniarek z oddziałów zachowawczych w czasie pandemii SARS-CoV-2 wg kryterium wykształcenia zawodowego przedstawia Wykres 3. i Tabela IV.

Jak wynika z przedstawionych danych, wskazania na obawę przed zakażeniem oraz na poczucie bezradności wykazały znamienność statystyczną. Udziały wskazań na obawę przed zakażeniem istotnie statystycznie malały wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia zawodowego ($p=0,027$): 66,7% w podgrupie osób, które ukończyły liceum medyczne lub studium zawodowe, 45,7% w podgrupie osób z tytułem zawodowym licencjata pielęgniarstwa 36,7% w podgrupie osób z tytułem zawodowym magistra pielęgniarstwa. Podobną tendencję stwierdzono w przypadku wskazań na poczucie bezradności ($p=0,006$): na ten czynnik wskazała co trzecia osoba z najniższym poziomem wykształcenia zawodowego (33,3%), podczas gdy w podgrupie osób z tytułem zawodowym magistra pielęgniarstwa do poczucia bezradności przyznała się tylko co piętnasta ankietowana osoba (6,7%). Z kolei wskazania na bezpośrednią pracę przy pacjencie z wirusem COVID-19 oraz na odpowiedzialność za zdrowie i życie ludzkie wykazały zróżnicowanie bliskie wystąpienia znamienności statystycznej; poziom istotności wyniku był równy $p=0,075$ i $p=0,088$. W przypadku pierwszego z tych czynników nieistotnie najwyższy udział wskazań stwierdzono w podgrupie osób, które ukończyły liceum medyczne lub studium zawodowe (73,3%), natomiast nieistotnie najniższy udział – w podgrupie osób z tytułem zawodowym licencjata pielęgniarstwa (48,6%). W przypadku odpowiedzialności za zdrowie i życie ludzkie udziały wskazań nieistotnie statystycznie malały wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia zawodowego: od 35,6% w podgrupie osób o najniższym poziomie wykształcenia do 13,3% w podgrupie osób mających tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa. We wszystkich

pozostałych przypadkach stwierdzono jedynie pewne zróżnicowanie wskazań, nigdzie nie mające jednak charakteru zależności statystycznej albo pewnej bliskości jej wystąpienia.

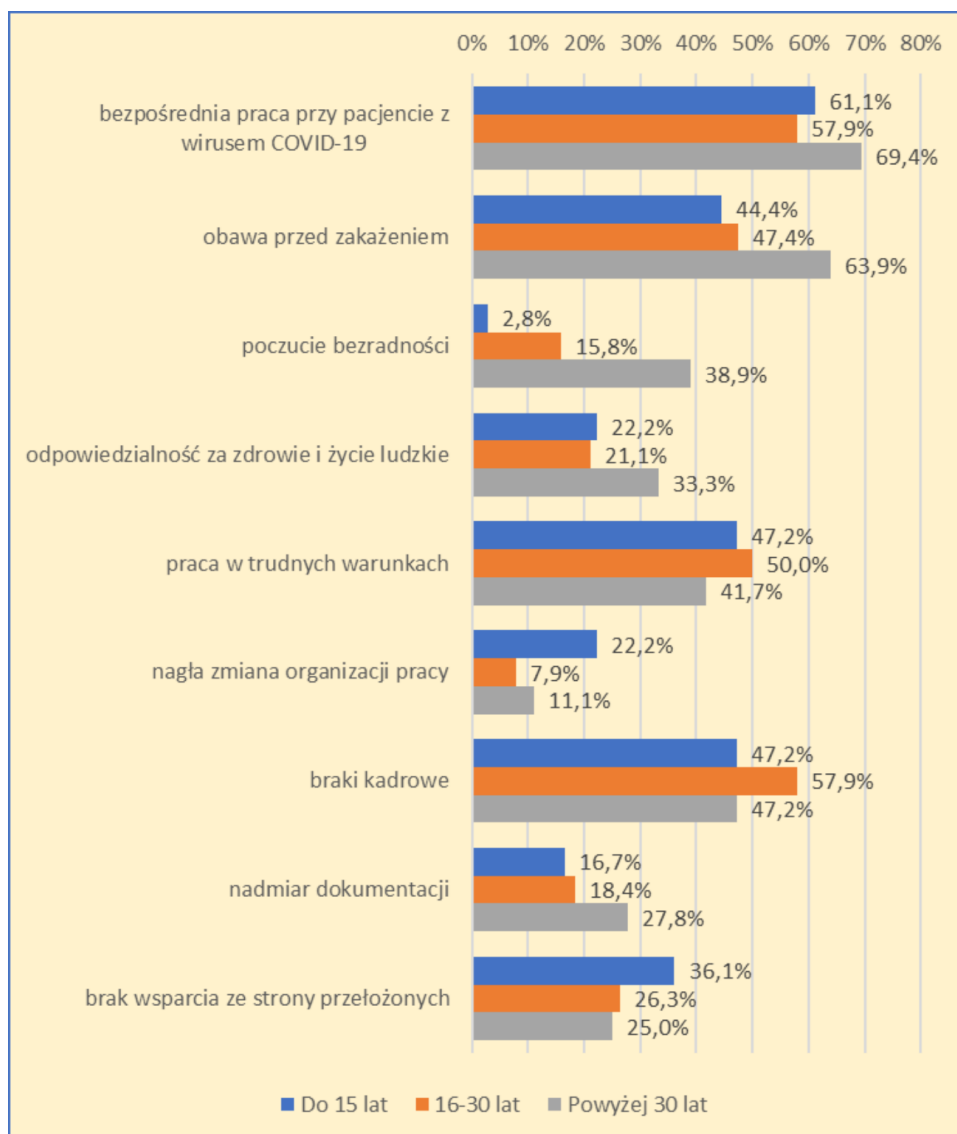


Wykres 3. Czynniki wyzwalające stres u pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19 – wg wykształcenia zawodowego ankieterowanych osób (n=110)

Tabela IV Analiza czynników wywołujących stres u pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19 – wg wykształcenia zawodowego (n=110)

Lp.	Czynnik	Chi-kwadrat (χ^2)	Poziom istotności (p)
1.	Bezpośrednia praca przy pacjencie z wirusem COVID-19	5,1696	0,075
2.	Obawa przed zakażeniem	7,2546	0,027
3.	Poczucie bezradności	10,2380	0,006
4.	Odpowiedzialność za zdrowie i życie ludzkie	4,8670	0,088
5.	Praca w trudnych warunkach	0,8513	0,653
6.	Nagła zmiana organizacji pracy	0,3823	0,826
7.	Braki kadrowe	0,1478	0,929
8.	Nadmiar dokumentacji	3,6500	0,161
9.	Brak wsparcia ze strony przełożonych	2,3952	0,302

Szczegółowa analiza statystyczna wskazań na poszczególne czynniki wyzwalające stres u pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19 w ujęciu kryterium stażu pracy w zawodzie pielęgniarki przedstawia Wykres 4 i Tabela V. Jak wynika z przedstawionej analizy, jedynie w przypadku poczucia bezradności stwierdzono wystąpienie zależności statystycznej wskazań na ten czynnik od stażu pracy w zawodzie pielęgniarki ($p < 0,001$). Udziały wskazań na poczucie bezradności istotnie statystyczny wzrastały wraz z długością stażu pracy: od wielkości minimalnej 2,8% w podgrupie osób o stażu pracy do 15. lat do wielkości maksymalnej 38,9% w podgrupie osób o stażu pracy powyżej 30. lat.



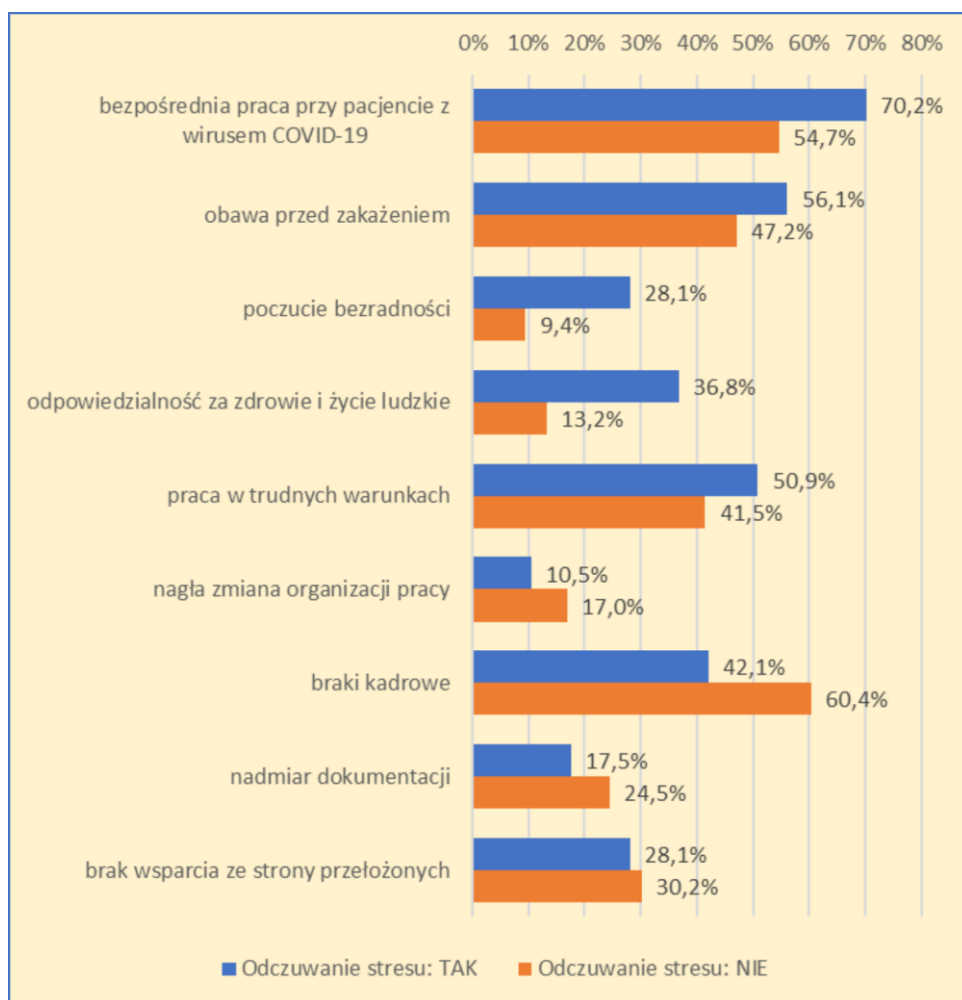
Wykres 4. Czynniki wywołujące stres u pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19 – wg stażu pracy w zawodzie pielęgniarki (n=110)

Tabela V Analiza czynników wywołujących stres u pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19 – wg stażu pracy w zawodzie pielęgniarki (n=110)

Lp.	Czynnik	Chi-kwadrat (χ^2)	Poziom istotności (p)
1.	Bezpośrednia praca przy pacjencie z wirusem COVID-19	1,1145	0,573
2.	Obawa przed zakażeniem	3,1862	0,203
3.	Poczucie bezradności	15,6057	<0,001
4.	Odpowiedzialność za zdrowie i życie ludzkie	1,7640	0,414
5.	Praca w trudnych warunkach	0,5321	0,766
6.	Nagła zmiana organizacji pracy	3,5121	0,173
7.	Braki kadrowe	1,1336	0,567
8.	Nadmiar dokumentacji	1,5611	0,458
9.	Brak wsparcia ze strony przełożonych	1,2940	0,524

Szczegółową analizę statystyczną czynników wywołujących stres u pielęgniarek w czasie pandemii SARS-CoV-2 wg odczuwania stresu przedstawia Wykres 5. i Tabela VI.

Analiza szczegółowa wykazała, że w przypadku pięciu czynników nie stwierdzono wystąpienia znamienności statystycznej od odczuwania stresu lub jakiegokolwiek bliskości do wystąpienia takiej zależności statystycznej; dotyczy to takich czynników, jak: obawa przed zakażeniem, praca w trudnych warunkach, nagła zmiana organizacji pracy, nadmiar dokumentacji oraz brak wsparcia ze strony przełożonych. Z kolei w dwóch przypadkach stwierdzono wystąpienie zależności statystycznej. Wskazania na poczucie bezradności wykazały istotną statystycznie zależność od odczuwania stresu ($p=0,013$). Paradoksalnie, osoby odczuwające stres istotnie częściej wskazywały na poczucie bezradności niż osoby nie odczuwające stresu (28,1% vs. 9,4%). Podobną tendencję zaobserwowano w przypadku wskazań na odpowiedzialność za zdrowie i życie ludzkie ($p=0,004$). Osoby odczuwające stres istotnie częściej wskazywały na ten czynnik (36,8%) niż osoby nie odczuwające stresu (9,4%). Wskazania na pozostałe dwa czynniki okazały się bliskie wystąpienia znamienności statystycznej. Wskazania na bezpośrednią pracę przy pacjencie z wirusem COVID-19 ($p=0,094$) nieistotnie częściej dotyczyły osób odczuwających stres (70,2%), natomiast nieistotnie rzadziej osób nie odczuwających stresu (54,7%). Wskazania na braki kadrowe ($p=0,055$) nieistotnie rzadziej dotyczyły osób odczuwających stres (42,1%), nieistotnie częściej natomiast osób nie odczuwających stresu (60,4%).



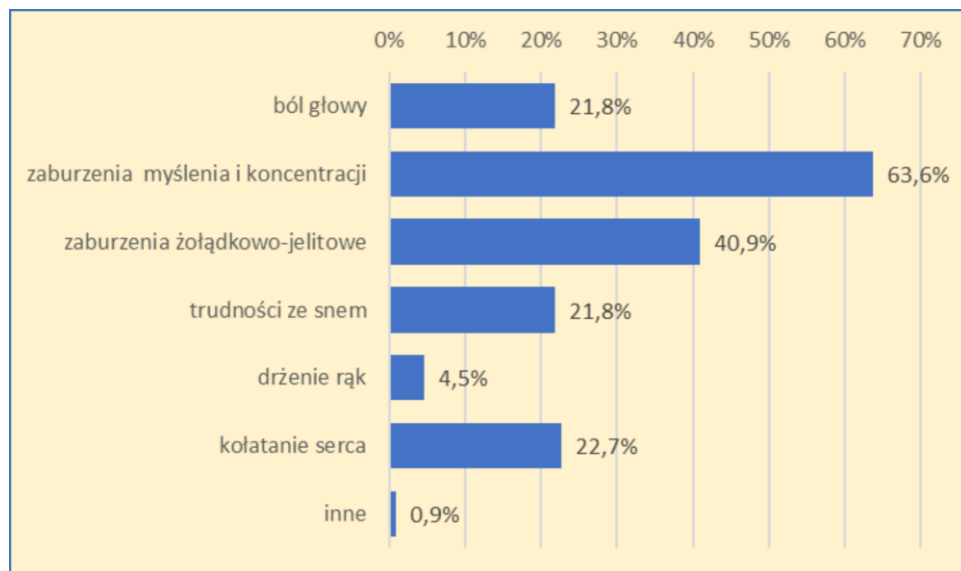
Wykres 5. Czynniki wywołujące stres u pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19 – wg odczuwania stresu (n=110)

Tabela VI Analiza czynników wywołujących stres u pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19 – wg odczuwania stresu (n=110)

Lp.	Czynnik	Chi-kwadrat (χ^2)	Poziom istotności (p)
1.	Bezpośrednia praca przy pacjencie z wirusem COVID-19	2,8070	0,094
2.	Obawa przed zakażeniem	0,8852	0,347
3.	Poczucie bezradności	6,1752	0,013
4.	Odpowiedzialność za zdrowie i życie ludzkie	8,0847	0,004
5.	Praca w trudnych warunkach	0,9692	0,325
6.	Nagła zmiana organizacji pracy	0,9716	0,324
7.	Braki kadrowe	3,6689	0,055
8.	Nadmiar dokumentacji	0,8101	0,368
9.	Brak wsparcia ze strony przełożonych	0,0598	0,807

Objawy somatyczne występujące u ankietowanych pielęgniarek w sytuacji stresowej

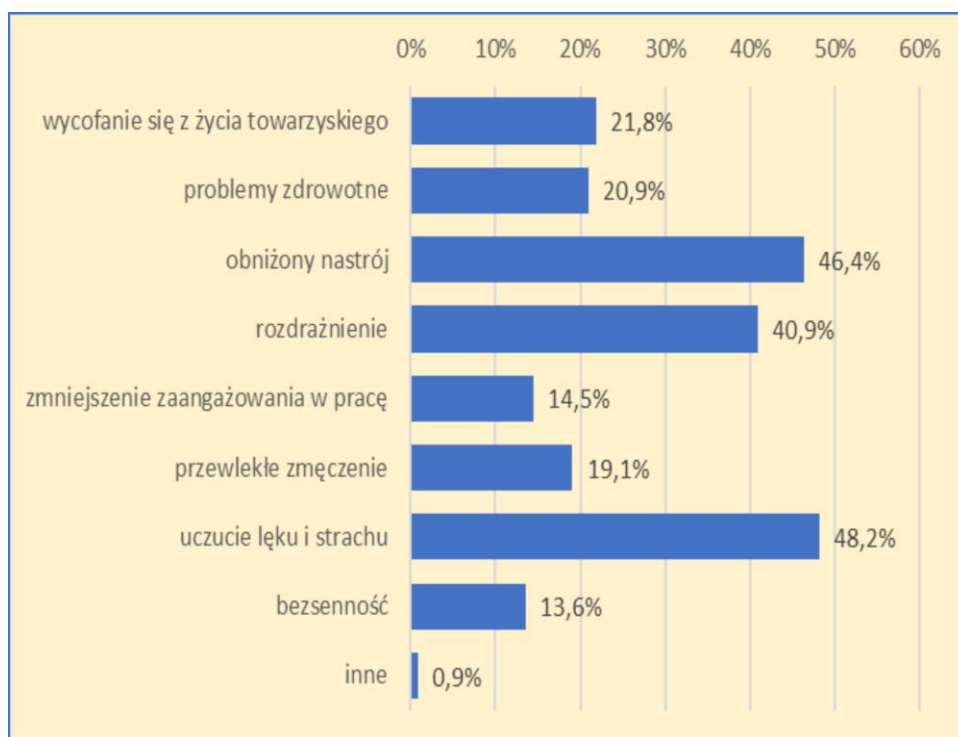
W sytuacji stresowej mogą wystąpić różne objawy somatyczne – Wykres 6. Jak wynika z przedstawionych danych, najczęściej wskazywanym objawem somatycznym były zaburzenia myślenia i koncentracji (63,6%), a następnym zaburzenia żołądkowo-jelitowe (40,9%). W przypadku bólu głowy, trudności ze snem oraz kołatania serca objawy dotyczyły mniej więcej co piątej osoby, na drżenie rąk skarżyło się tylko 4,5% badanych osób, a jedna osoba wybrała inny objaw (nadmierna pilomotoryka). Ten jeden przypadek wskazania na inne objawy nie został poddany dalszej analizie.



Wykres 6. Objawy somatyczne występujące w sytuacji stresowej

Skutki pracy w ciągłym stresie spowodowanym pandemią koronawirusa SARS-CoV-2

Na Wykresie 7 przedstawiono udziały procentowe wskazań na poszczególne skutki pracy w ciągłym stresie spowodowanym pandemią COVID-19. Najczęściej wskazywano trzy: uczucie lęku i strachu (48,2%), obniżony nastrój (46,4%) oraz rozdrażnienie (40,9%). Kolejne miały ponad dwukrotnie niższe udziały wskazań: wycofanie się z życia towarzyskiego (21,8%), problemy zdrowotne (20,9%) oraz przewlekłe zmęczenie (19,1%). Na zmniejszenie zaangażowania w pracę wskazało 14,5% ogółu badanych osób, a na bezsenność – 13,6%.

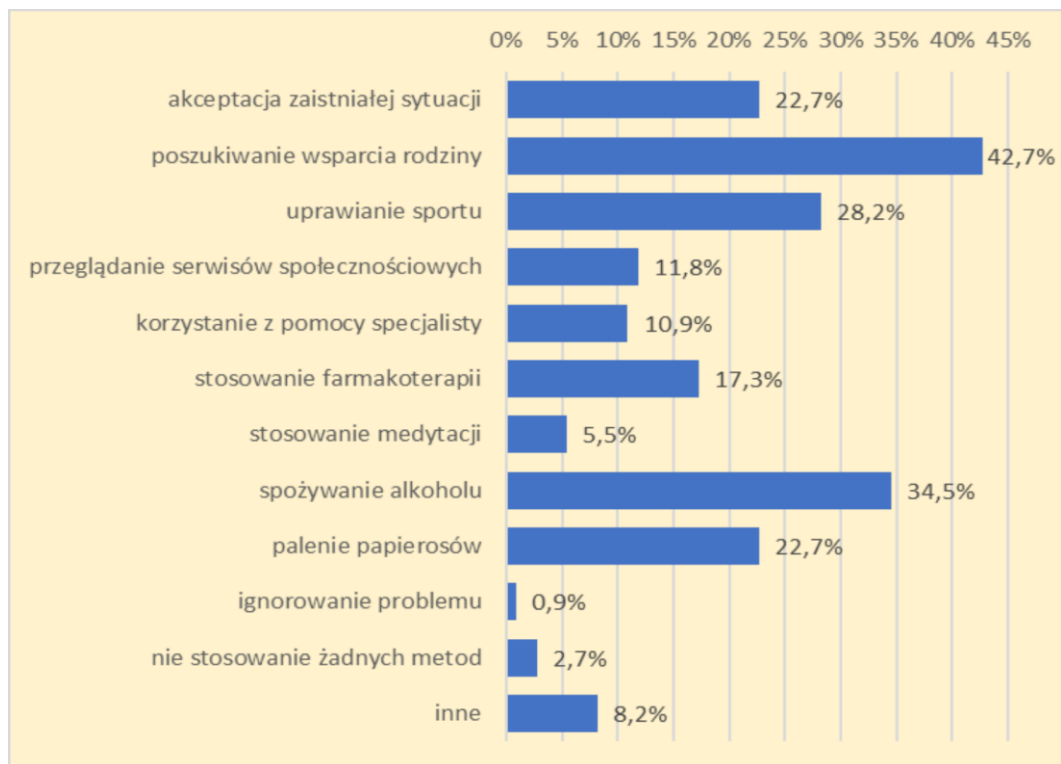


Wykres 7. Skutki pracy w ciągłym stresie spowodowanym pandemią wirusa SARS-CoV-2 (n=110)

Sposoby radzenia sobie z sytuacją stresową

W tej części badania analizie poddano główny problem badawczy: *W jaki sposób ankietowane pielęgniarki z oddziałów zachowawczych radzą sobie z sytuacją stresową?*

Na Wykresie 8. przedstawiono udziały procentowe wskazań na poszczególne sposoby radzenia sobie z sytuacją stresową. Najczęstszym sposobem było poszukiwanie wsparcia rodziny, na co wskazało 42,7% ogółu ankietowanych pielęgniarek. Ponad co trzecia osoba (34,5%) spożywała alkohol, uprawianiem sportu zajmowało się 28,2%. Na akceptację zaistniałej sytuacji oraz na palenie papierosów wskazało po 22,7% ogółu respondentek, a na stosowanie farmakoterapii wskazało 17,3%. Pozostałe sposoby radzenia były wskazywane znacznie rzadziej: stosowanie medytacji, ignorowanie problemu, nie stosowanie żadnych metod.



Wykres 8. Sposoby radzenia sobie z sytuacją stresową

Podsumowanie uzyskanych wyników zaprezentowano w Tabeli VII, w której dla każdej podgrupy klasyfikacyjnej przedstawiono po trzy najczęściej wybierane w tych podgrupach sposoby radzenia sobie w sytuacji stresowej. Jak wynika z przedstawionych danych, każda z podgrup preferuje nieco inne określone sposoby radzenia sobie ze stresem.

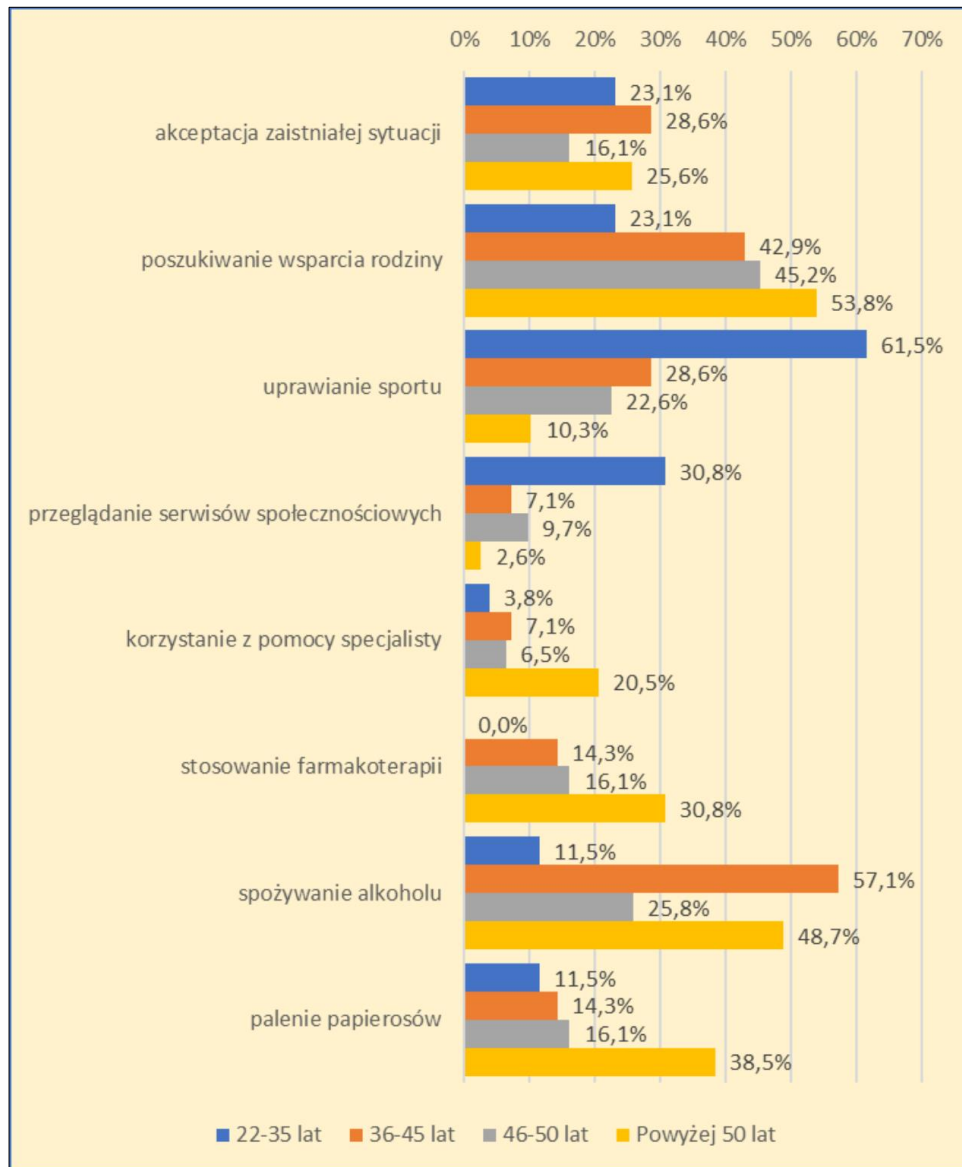
Tabela VII Najczęściej stosowane sposoby radzenia sobie z sytuacją stresową (n=110)

Kryterium analizy	Podgrupa klasyfikacyjna	Sposób radzenia sobie	Średnia liczba wskazań na 1 sposób
Wiek	22-35 lat	Uprawianie sportu, przeglądanie serwisów społecznościowych, poszukiwanie wsparcia rodziny	5,4
	36-45 lat	Spożywanie alkoholu, poszukiwanie wsparcia rodziny, akceptacja zaistniałej sytuacji / uprawianie sportu	3,5
	46-50 lat	Poszukiwanie wsparcia rodziny, spożywanie alkoholu, uprawianie sportu	6,1
	Powyżej 50 lat	Poszukiwanie wsparcia rodziny, spożywanie alkoholu, palenie papierosów	11,3
Wykształcenie zawodowe	Liceum medyczne / Studium zawodowe	Poszukiwanie wsparcia rodziny / spożywanie alkoholu, palenie papierosów, stosowanie farmakologii	13,4
	Licencjat pielęgniarstwa	Poszukiwanie wsparcia rodziny, spożywanie alkoholu, uprawianie sportu	7,1
	Magister pielęgniarstwa	Uprawianie sportu, poszukiwanie wsparcia rodziny, akceptacja zaistniałej sytuacji / przeglądanie serwisów społecznościowych	5,8
Staż pracy w zawodzie pielęgniarki	Do 15 lat	Uprawianie sportu, akceptacja zaistniałej sytuacji, poszukiwanie wsparcia rodziny	7,1
	16-30 lat	Poszukiwanie wsparcia rodziny, spożywanie alkoholu, stosowanie farmakoterapii	8,5
	Powyżej 30 lat	Poszukiwanie wsparcia rodziny, spożywanie alkoholu, palenie papierosów	10,6
Odczuwanie stresu	TAK	Poszukiwanie wsparcia rodziny, spożywanie alkoholu, stosowanie farmakoterapii	15,3
	NIE	Uprawianie sportu, poszukiwanie wsparcia rodziny, akceptacja zaistniałej sytuacji	11,0

Następnie przeanalizowano częstość podejmowania różnych sposobów radzenia sobie ze stresem w zależności od wieku, poziomu wykształcenia zawodowego, stażu pracy oraz odczuwania stresu.

Z przedstawionych danych na Wykresie 9. wynika, że respondentki w poszczególnych grupach wiekowych preferują różne sposoby radzenia sobie ze stresem. W

grupie 22-35 lat jest to uprawianie sportu (61,5%), w grupie 36-45 lat spożywanie alkoholu (57,1%) natomiast poszukiwanie wsparcia rodziny w grupie 46-50 lat oraz w grupie powyżej 50 lat ((45,2% vs 53,8%).



Wykres 9. Sposoby radzenia sobie z sytuacją stresową – wg wieku (n=110)

W przypadku pięciu sposobów radzenia sobie ze stresem stwierdzono zależność statystyczną od wieku, natomiast w przypadku trzech sposobów takiej zależności nie stwierdzono – Tabela VIII.

Przypadki, w których zależność statystyczna nie została stwierdzona:

- akceptacja zaistniałej sytuacji ($p=0,746$); stwierdzono jedynie niewielkie różnicowanie wskazań w poszczególnych podgrupach wiekowych: najniższy udział osób akceptujących zaistniałą sytuację odnotowano w podgrupie osób w wieku 46-50 lat (16,1%), najwyższy – w podgrupie osób w wieku 36-45 lat (28,6%);

- poszukiwanie wsparcia rodziny ($p=0,105$); stwierdzono, że wraz ze wzrostem wieku wzrasta udział osób, które w sytuacji stresowej poszukują wsparcia rodziny: od wielkości najniższej 23,1% w podgrupie osób w wieku 22-35 lat do wielkości najwyższej 53,8% w podgrupie osób w wieku powyżej 50 lat;
- korzystanie z pomocy specjalisty ($p=0,118$); ten sposób radzenia sobie ze stresem w sposób nieistotny statystycznie wzrastał wraz ze wzrostem wieku, osiągając 20,5% wskazań w podgrupie osób w wieku powyżej 50 lat.

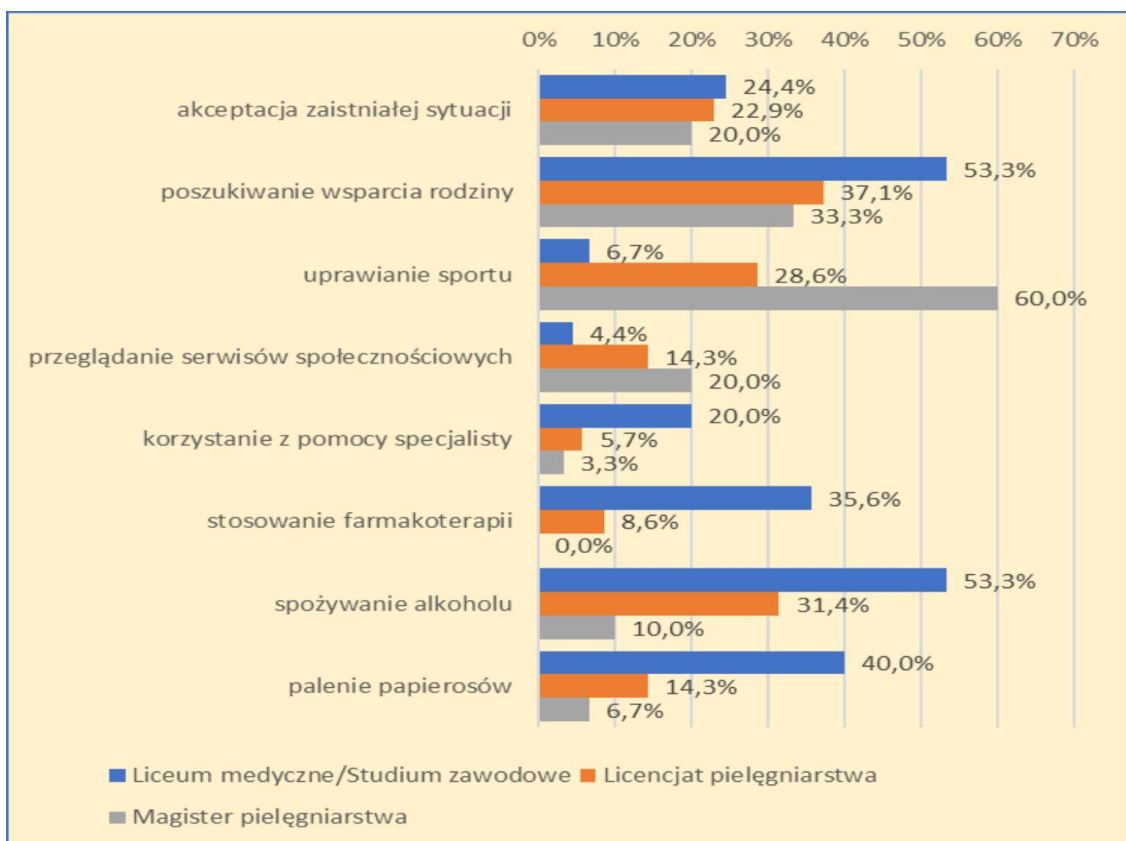
Z kolei przypadki wystąpienia znamienności statystycznej były następujące:

- uprawianie sportu ($p<0,001$); wskazania na ten sposób radzenia sobie w sytuacji stresowej istotnie statystycznie maleją wraz ze wzrostem wieku: od 61,5% w podgrupie osób w wieku 22-35 lat do zaledwie 10,3% osób w wieku powyżej 50 lat;
- przeglądanie serwisów społecznościowych ($p=0,006$); wskazania na ten sposób radzenia sobie z sytuacją stresową zasadniczo istotnie statystycznie maleją wraz ze wzrostem wieku: od 30,8% w podgrupie osób najmłodszych do 2,6% w podgrupie osób najstarszych w badanej grupie;
- stosowanie farmakoterapii ($p=0,015$); w najmłodszej grupie wiekowej ani jedna osoba nie wskazała na ten sposób, natomiast w kolejnych podgrupach wieku udziały wskazań istotnie statystycznie wzrastały osiągając 30,8% w podgrupie osób najstarszych;
- spożywanie alkoholu ($p=0,003$); nie stwierdzono wyraźnie określonej tendencji wskazań: najniższy udział osób spożywających alkohol w sytuacji wystąpienia stresowej stwierdzono w podgrupie osób najmłodszych (11,5%), najwyższy natomiast w podgrupie osób w wieku 36-45 lat (57,1%);
- palenie papierosów ($p=0,049$); tendencja do palenia papierosów w sytuacji stresowej istotnie statystycznie wzrasta wraz ze wzrostem wieku: od 11,5% w najmłodszej podgrupie wiekowej do 38,5% w najstarszej podgrupie wiekowej.

Tabela VIII Analiza sposobów radzenia sobie z sytuacją stresową – wg wieku (n=110)

Lp.	Sposób radzenia sobie ze stresem	Chi-kwadrat (χ^2)	Poziom istotności (p)
1.	Akceptacja zaistniałej sytuacji	1,2311	0,746
2.	Poszukiwanie wsparcia rodziny	6,1481	0,105
3.	Uprawianie sportu	20,9665	<0,001
4.	Przeglądanie serwisów społecznościowych	12,5948	0,006
5.	Korzystanie z pomocy specjalisty	5,8736	0,118
6.	Stosowanie farmakoterapii	10,5160	0,015
7.	Spożywanie alkoholu	13,7595	0,003
8.	Palenie papierosów	7,8502	0,049

Następnie opracowano częstość podejmowania różnych sposobów radzenia sobie w zależności od poziomu wykształcenia zawodowego. Z danych przedstawionych na Wykresie 10. wynika, że w grupy różniące się poziomem wykształcenia zawodowego wybierają inne sposoby radzenia sobie ze stresem. Połowa (53,3%) pielęgniarek dyplomowanych (liceum/studium zawodowe) poszukuje wsparcia rodziny i spożywa alkohol, co trzecia (37,1%) z tytułem licencjata poszukuje wsparcia rodziny, natomiast pielęgniarki z tytułem magistra uprawiają sport (60,0%).



Wykres 10. Sposoby radzenia sobie z sytuacją stresową – wg wykształcenia zawodowego (n=110)

Źródło: opracowanie własne

W tabeli IX przedstawiono szczegółową analizę statystyczną sposobów radzenia

sobie z sytuacją stresową ze względu na kryterium wykształcenia zawodowego ankietowanych pielęgniarek. W trzech przypadkach wykazano brak zależności statystycznej od wykształcenia zawodowego, w jednym przypadku bliskie wystąpienie takiej zależności, a w czterech przypadkach stwierdzono wystąpienie znamienności statystycznej.

Brak zależności statycznej stwierdzono w przypadku akceptacji zaistniałej sytuacji ($p=0,903$), poszukiwania wsparcia rodziny ($p=0,166$) oraz przeglądania serwisów społecznościowych ($p=0,107$). W pierwszych dwóch przypadkach stwierdzono malejące udziały wskazań wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia zawodowego, natomiast trzecim – udziały rosnące.

Wskazania na korzystanie z pomocy specjalisty okazały się bliskie wystąpienia znamienności statystycznej ($p=0,062$): w podgrupie osób, które ukończyły liceum medyczne lub studium medyczne stwierdzono 20,0% wskazań na ten sposób radzenia sobie ze stresem, w obu pozostałych podgrupach udziały wskazań znacznie niższe, osiągając tylko 3,3% w podgrupie osób z tytułem zawodowym magistra pielęgniarstwa.

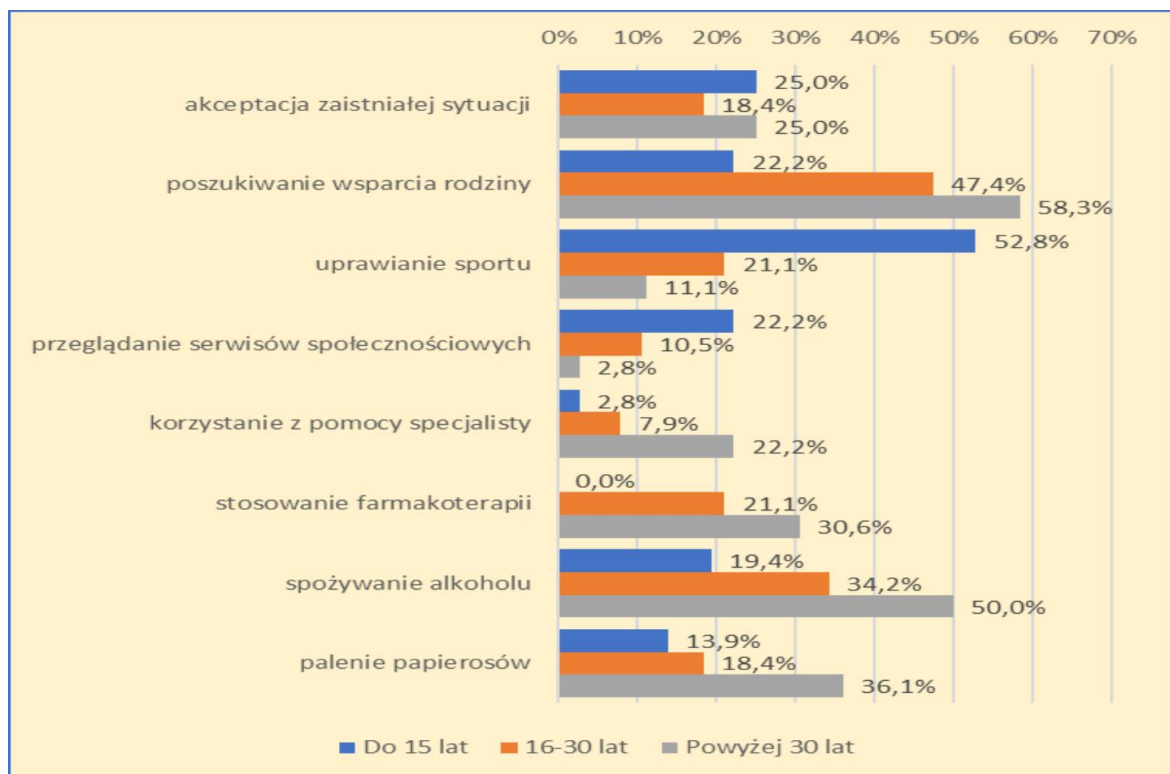
W przypadku następujących sposobów radzenia sobie ze stresem stwierdzono cztery przypadki znamienności statystycznej:

- uprawianie sportu ($p<0,001$); w podgrupie osób o najniższym poziomie wykształcenia zawodowego tylko 6,7% badanych wskazało na uprawianie sportu, podczas gdy w podgrupie osób z tytułem zawodowym magistra pielęgniarstwa było to 60,0%;
- stosowanie farmakoterapii ($p<0,001$); w podgrupie osób o najniższym poziomie wykształcenia zawodowego aż 35,6% próbuje radzić sobie z sytuacją stresową za pomocą środków farmakologicznych, natomiast w podgrupie osób z tytułem zawodowym magistra pielęgniarstwa na ten sposób radzenia sobie z sytuacją stresową nie wskazała ani jedna osoba;
- spożywanie alkoholu ($p=0,001$); wskazania na ten sposób radzenia sobie z sytuacją stresową istotnie statystycznie maleją wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia zawodowego: od ponad połowy osób o najniższym poziomie tego wykształcenia (53,3%) do co dziesiątej osoby (10,0%) z tytułem zawodowym magistra pielęgniarstwa;
- palenie papierosów ($p=0,001$); wskazania na ten sposób są analogiczne w tendencji jak wskazania na poprzedni sposób: od 40,0% w podgrupie osób o najniższym poziomie wykształcenia zawodowego do 6,7% w podgrupie osób o poziomie wykształcenia zawodowego najwyższym – wykres 10.

Tabela IX Analiza sposobów radzenia sobie z sytuacją stresową – wg wykształcenia zawodowego (n=110)

Lp.	Sposób radzenia sobie ze stresem	Chi-kwadrat (χ^2)	Poziom istotności (p)
1.	Akceptacja zaistniałej sytuacji	0,2030	0,903
2.	Poszukiwanie wsparcia rodziny	3,5964	0,166
3.	Uprawianie sportu	25,3007	<0,001
4.	Przeglądanie serwisów społecznościowych	4,4793	0,107
5.	Korzystanie z pomocy specjalisty	6,5699	0,062
6.	Stosowanie farmakoterapii	18,6449	<0,001
7.	Spożywanie alkoholu	15,1687	0,001
8.	Palenie papierosów	13,4711	0,001

Kolejnym badanym kryterium wpływającym na podejmowanie różnych sposobów radzenia sobie zależność był staż pracy w zawodzie pielęgniarki. Z ilustracji graficznej na Wykresie 11. wynika, że w pielęgniarki różniące się stażem pracy preferują inne sposoby radzenia sobie ze stresem. Połowa pielęgniarek ze stażem do 15. lat uprawia sport (52,8%), natomiast pielęgniarki ze stażem 16-30 lat i powyżej 30 lat najczęściej poszukują wsparcia rodziny (47,4% vs 58,3%).



Wykres 11. Sposoby radzenia sobie z sytuacją stresową – wg stażu pracy w zawodzie pielęgniarki (n=110)

W tabeli X przedstawiono szczegółową analizę statystyczną sposobów radzenia sobie z sytuacją stresową w ujęciu kryterium stażu pracy w zawodzie pielęgniarki.

W przypadku akceptacji zaistniałej sytuacji udziały wskazań były zbliżone we wszystkich trzech podgrupach klasyfikacyjnych wyróżnionych ze względu na staż pracy w zawodzie pielęgniarki ($p=0,736$). W przypadku palenia papierosów analiza wykazała wynik bliski wystąpienia znamienności statystycznej ($p=0,059$): stwierdzono nieistotny statystycznie wzrost udziału osób palących papierosy w sytuacji stresowej wraz ze wzrostem długości stażu pracy: od 13,9% w podgrupie osób pracujących do 15. lat do 36,1% w podgrupie osób pracujących powyżej 30. lat.

W przypadku pozostałych sposobów radzenia sobie ze stresem analiza szczegółowa wykazała wystąpienie znamienności statystycznej:

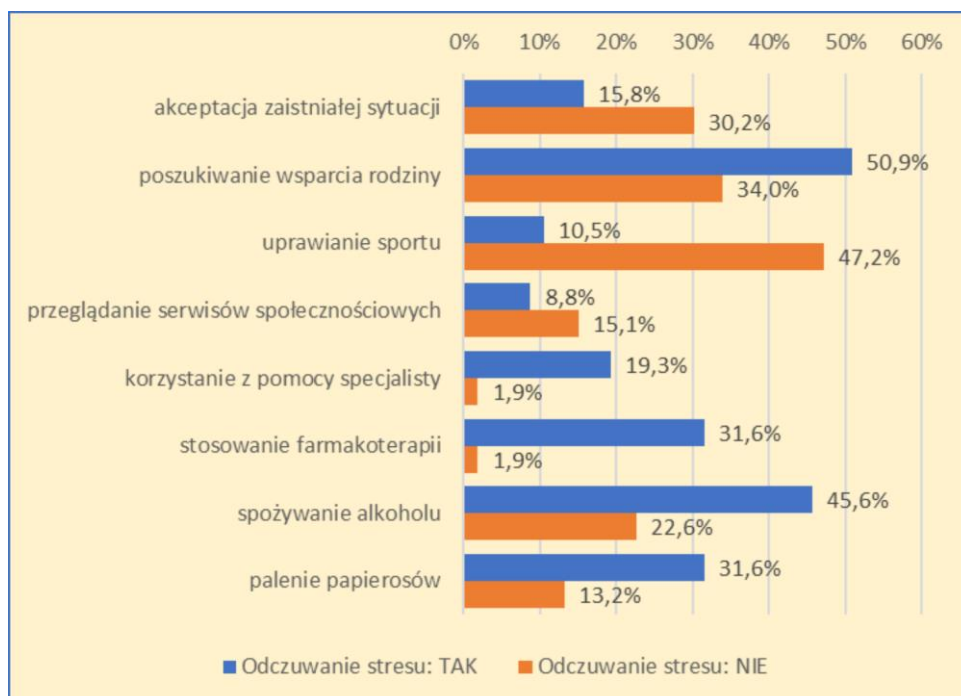
- poszukiwanie wsparcia rodziny ($p=0,006$); stwierdzono istotny statystycznie wzrost wskazań wraz ze wzrostem długości stażu pracy: od 22,2% w podgrupie osób o stażu pracy do 15. lat do 58,3% w podgrupie osób o stażu pracy powyżej 30 lat;
- uprawianie sportu ($p<0,001$); udział osób uprawiających w sytuacji stresowej sport statystycznie malał wraz ze wzrostem długości stażu pracy: od 52,8% wskazań w podgrupie osób pracujących do 15. lat do tylko 11,1% w podgrupie osób pracujących najdłużej;
- przeglądanie serwisów społecznościowych ($p=0,036$); stwierdzono podobną tendencję jak w przypadku uprawiania sportu: udziały wskazań malały od 22,2% do 2,8%;
- korzystanie z pomocy specjalisty ($p=0,023$); udział pielęgniarek korzystających z pomocy specjalisty (psychologa, psychiatry, lekarza rodzinnego lub psychoterapeuty) wzrastał od 2,2% w podgrupie osób pracujących nie dłużej niż 15. lat do 22,2% w podgrupie osób pracujących powyżej 30 lat;
- stosowanie farmakoterapii ($p=0,002$); w podgrupie osób o najkrótszym stażu pracy ani jedna osoba nie przyznała się do stosowania środków farmakologicznych w przypadku zaistnienia sytuacji stresowej, natomiast w podgrupie osób o najdłuższym stażu pracy stwierdzono 30,6% takich osób;
- spożywanie alkoholu ($p=0,024$); w podgrupie osób o stażu pracy do 15. lat do spożywania alkoholu w sytuacji stresowej przyznało się tylko 19,4%, natomiast w podgrupie osób pracujących ponad 30. lat – 50%.

Tabela X Analiza sposobów radzenia sobie z sytuacją stresową – wg stażu pracy w zawodzie pielęgniarstwa (n=110)

Lp.	Sposób radzenia sobie ze stresem	Chi-kwadrat (χ^2)	Poziom istotności (p)
1.	Akceptacja zaistniałej sytuacji	0,6130	0,736
2.	Poszukiwanie wsparcia rodziny	10,1028	0,006
3.	Uprawianie sportu	16,8979	<0,001
4.	Przeglądanie serwisów społecznościowych	6,6253	0,036
5.	Korzystanie z pomocy specjalisty	7,5451	0,023
6.	Stosowanie farmakoterapii	12,3415	0,002
7.	Spożywanie alkoholu	7,4352	0,024
8.	Palenie papierosów	5,6744	0,059

Przeanalizowano także występowanie zależności pomiędzy sposobami radzenia sobie z sytuacją stresową a odczuwaniem stresu przez ankietowane pielęgniarki.

Z Wykresu 12. wynika, że pielęgniarki odczuwające stres najczęściej (50,9%) poszukują wsparcia rodziny, natomiast pielęgniarki nie odczuwające stresu uprawiają sport (47,2%).



Wykres 12. Sposoby radzenia sobie z sytuacją stresową – wg odczuwania stresu (n=110)

W Tabeli XI przedstawiono szczegółową analizę statystyczną sposobów radzenia sobie z sytuacją stresową w ujęciu kryterium odczuwania stresu przez ankietowane pielęgniarki. Tylko w jednym przypadku nie wykazała znamienności statystycznej. Dotyczy to poszukiwania wsparcia rodziny ($p=0,157$): na ten sposób radzenia sobie z sytuacją

stresową wskazało 50,9% osób odczuwających stres i tylko 34,0% osób, które nie odczuwają stresu.

Wskazania na wszystkie pozostałe sposoby radzenia sobie ze stresem wykazały znamienność statystyczną, przy czym sposoby te można podzielić na dwie grupy:

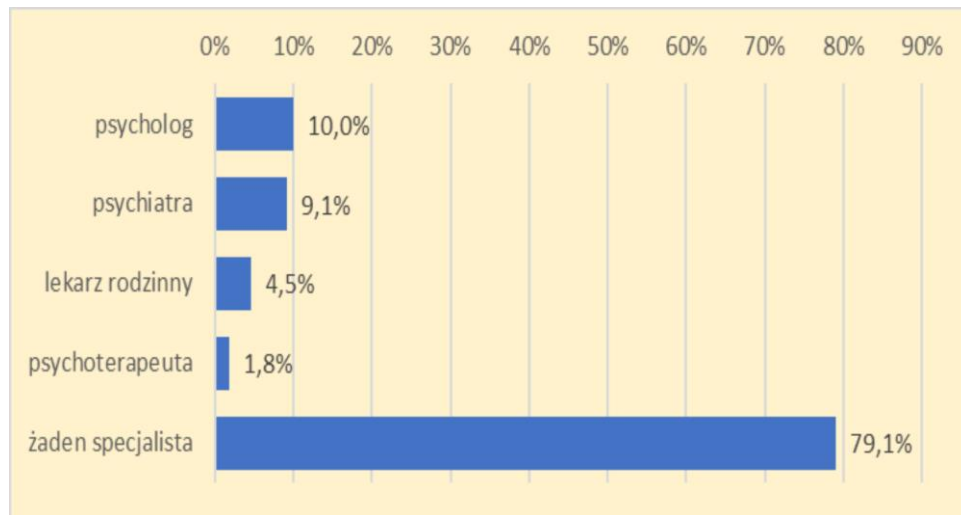
- sposoby radzenia sobie ze stresem z istotną przewagą wskazań w podgrupie osób nie odczuwających stresu: akceptacja zaistniałej sytuacji ($p=0,015$), uprawianie sportu ($p<0,001$), przeglądanie serwisów społecznościowych ($p=0,015$);
 - sposoby radzenia sobie ze stresem z istotną przewagą wskazań w podgrupie osób odczuwających stres: korzystanie z pomocy specjalisty ($p=0,001$), stosowanie farmakoterapii ($p<0,001$), spożywanie alkoholu ($p=0,041$) oraz palenie papierosów ($p=0,027$).

Tabela XI Analiza sposobów radzenia sobie z sytuacją stresową – wg odczuwania stresu

(n=110)

Lp.	Sposób radzenia sobie ze stresem	Chi-kwadrat (χ^2)	Poziom istotności (p)
1.	Akceptacja zaistniałej sytuacji	5,9183	0,015
2.	Poszukiwanie wsparcia rodziny	2,0049	0,157
3.	Uprawianie sportu	17,6471	<0,001
4.	Przeglądanie serwisów społecznościowych	5,9005	0,015
5.	Korzystanie z pomocy specjalisty	10,3518	0,001
6.	Stosowanie farmakoterapii	14,8522	<0,001
7.	Spożywanie alkoholu	4,1961	0,041
8.	Palenie papierosów	4,9128	0,027

Kolejnym etapem badania było ustalenie, czy pielęgniarki w sytuacji stresowej korzystają z pomocy specjalistów – Wykres 13. Zdecydowana większość ankietowanych nie korzystała z pomocy specjalisty (79,1%). Natomiast co dziesiąta osoba korzystała z pomocy specjalistycznej – psychologa (10,0%) oraz psychiatry (9,1%).



Wykres 13. Korzystanie z pomocy specjalistów w sytuacji stresowej (n=110)

Wnioski

1. Deklarowana przez pielęgniarki umiejętności radzenia sobie ze stresem wzrastała wraz z poziomem wykształcenia, a malała wraz ze wzrostem wieku i stażu pracy w zawodzie.
2. Wśród czynników wyzwalających stres u pielęgniarek dominowały: bezpośrednia praca przy pacjencie z wirusem COVID-19, obawa przed zakażeniem, braki kadrowe oraz praca w trudnych warunkach.
3. Najczęściej występujące objawy somatyczne to: zaburzenia myślenia i koncentracji uwagi oraz zaburzenia żołądkowo-jelitowe.
4. Najczęściej odczuwane skutki pracy w ciągłym stresie to: uczucie lęku i strachu, obniżony nastrój oraz rozdrażnienie.
5. Najczęstszym sposobem radzenia sobie z sytuacją stresową było poszukiwanie wsparcia rodziny lub podejmowanie aktywności fizycznej, a także przejawianie zachowań niekorzystnych dla zdrowia np. spożywanie alkoholu czy palenie papierosów.
6. Zdecydowana większość ankietowanych osób nie korzystała z pomocy psychologa lub psychiatry.

Dyskusja

Pandemia COVID-19 spowodowała silny stres u pracowników ochrony zdrowia, zwłaszcza pielęgniarek. Były one w grupie osób szczególnie narażonych na zarażenie się wirusem SARS-CoV-2 oraz na odczuwanie negatywnych skutków pandemii. Psychopatologiczne symptomy lub zaburzenia będące wynikiem szkodliwego

oddziaływania stresorów towarzyszących pandemii to: stany obniżonego nastroju, zaburzenia depresyjne, stany lękowe, stany napięcia nerwowego; zaburzenia snu.

Z badań własnych wynika, że za najważniejsze czynniki wyzwalające stres w czasie pandemii respondenci uznali: bezpośrednią pracę przy chorym na COVID-19 oraz obawę przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, braki kadrowe oraz pracę w trudnych warunkach. Wyniki te znajdują potwierdzenie i uzasadnienie w pogładowym opracowaniu A. Gniadek i wsp. Autorki podjęły próbę wieloaspektowego spojrzenia na pracę pielęgniarek w czasie izolacji społecznej i lockdownu, przy równoczesnym wykonywaniu przez nie zadań zawodowych w szpitalach i innych placówkach opieki zdrowotnej podczas pandemii COVID-19. W pracy poddano analizie aktualną sytuację polskiego pielęgniarstwa na tle ustawowych zasad wykonywania zawodu pielęgniarki. Autorki podkreśliły, że czas pandemii przyniósł ze sobą wiele wyzwań, z jakimi pielęgniarki musiały zmierzyć się ze względu na pandemię koronawirusa w codziennej praktyce pielęgniarstwa oraz ryzyko, jakie jest związane z bezpośrednią pracą przy pacjencie z wirusem COVID-19. Istotnym elementem pracy w czasie pandemii jest duża obawa przed zakażeniem, nieprzewidywalność zdarzeń oraz poczucie bezradności. W tym kontekście należy wskazać na istotne niedobory kadrowe w zawodzie pielęgniarki, niezadawalający poziom wynagrodzenia za pracę, co skutkuje podejmowaniem prac u kolejnego lub kolejnych pracodawców, na postępujące wypalenie zawodowe. To wszystko w sposób wyraźny pogłębiło się w czasie pandemii, wyzwalając dodatkowo stres. Stres ten związany był z ryzykiem pracy bezpośredniej przy chorym na COVID-19, obawą przed zakażeniem, dużą nieprzewidywalnością zdarzeń, do których może dojść w czasie pełnienia dyżuru. Występowało także zjawisko hejtu skierowanego na personel medyczny, w tym pielęgniarki pracujące przy pacjentach zakażonych koronawirusem [18]. Również J. Dymecka i wsp. na podstawie przeprowadzonych wśród pielęgniarek badań wykazała, że poziom odczuwanego przez pielęgniarki stresu oraz strachu przed COVID-19 był wysoki. Według autorów najsilniejszy związek występował pomiędzy ryzykiem zakażenia się wirusem a odczuwanym stresem [19]. Z kolei L. Grzelak i i wsp. podjęli badanie, którego celem była ocena wpływu pandemii COVID-19 na stan psychiczny personelu pielęgniarstwa, pracującego w szpitalu niezakaźnym, czyli poza tzw. „*pierwszą linią frontu*”. Badana grupa na początku pandemii pracowała w szpitalu jednoimiennym, bez bezpośredniego kontaktu z osobami zakażonymi koronawirusem. Jednak w tym szpitalu powstało duże ognisko koronawirusa, powodując zakażenia także wśród wielu pracowników. Zdecydowana większość ankietowanych osób zauważyła u siebie zmianę w odczuwaniu stresu (w porównaniu z okresem sprzed pandemii) oraz jego istotne nasilenie. Stres u badanych

potęgowały przede wszystkim zmiany na poziomie gwałtownej reorganizacji pracy, ciągłej pracy w podwyższonym reżimie sanitarnym, lęk przed zakażeniem, a także przed przeniesieniem wirusa z pracy do środowiska rodzinnego. Poziom odczuwania stresu, mierzonego rok po wybuchu pandemii, nie wskazuje na obciążenie nadmiernym stresem, a na fazę adaptacji w sytuacji kryzysowej. Ponieważ skutki pracy w długotrwałym stresie będą dopiero widoczne w przyszłości autorzy postulują, że wskazane jest dalsze monitorowanie stresu i objęcie personelu pielęgniarskiego wsparciem psychologicznym [20].

Wyniki badań własnych, aczkolwiek dotyczyły ograniczonej liczby osób, przyniosły konkretne wyniki dotyczące radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem zakażonym koronawirusem. Pielęgniarki wskazywały różne sposoby radzenia sobie ze stresem. Najczęściej poszukiwały wsparcia rodziny lub podejmowały aktywność fizyczną. Pojawiły się także niekorzystne dla zdrowia zachowania np. spożywanie alkoholu czy palenie papierosów.

W pracy pogładowej J.M. Biegańska-Banaś i wsp. przedstawiły różne strategie konstruktywnego radzenia sobie ze stresem w sytuacji kryzysowej wywołanej pandemią COVID-19. Autorki podkreślają, że pandemia niewątpliwie ma wymiar katastroficznego kryzysu globalnego. Jednak wywołała także indywidualne kryzysy emocjonalne u pracowników medycznych, w tym pielęgniarek. Działaniami zaradczymi mogą być podejmowane w krajach azjatyckich strategie skoncentrowane na problemie. Należy zauważyć, że wnioski cytowanej pracy mają bardziej charakter postulatywny niż dający jakieś praktyczne wskazówki radzenia sobie ze stresem spowodowanym pandemią COVID-19 [21].

Piśmiennictwo

1. Sęk H., Pasikowski T.: Zdrowie, stres, zasoby. O znaczeniu poczuciu koherencji dla zdrowia. Wydawnictwo Fundacji Humaniora. Poznań 2001
2. Bartkowiak G.: Człowiek w pracy: od stresu do sukcesu w organizacji. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2009
3. Terelak J. F.: Psychologia stresu. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2001
4. Greenberg M.: Mózg odporny na stres. Rebis, Poznań 2017:47-48
5. Kocowski T.: Stres. [w:] Pomykało W. (red.): Encyklopedia pedagogiczna. Wyd. Fundacja Innowacyjna, Warszawa 1993
6. Kaczmarska A., Curyło-Sikora P.: Problematyka stresu – przegląd koncepcji Instytut Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie © Hygeia Public Health 2016; 51(4):317-321

7. Skalski S.: Choroba Jako Źródło Stresu. Wybrane Koncepcje Stresu Psychologicznego I Radzenia Sobie Ze Stresem [w:] Humanistyka i nauki społeczne. Doświadczenia, Konteksty. Wyzwania Pujer K. Exante Tom 8, Wrocław 2018,
8. Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
9. Łosiak W.: Psychologia stresu, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Kraków 2012
10. Grygorczuk A.: Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. Psychiatria 2008, 5(3): 113
11. Bartkowiak G.: Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu w organizacji. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2009
12. Sygit-Kowalkowska E.: Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka- perspektywa psychologiczna. Hygeia Public Health 2014; 49(2):202-208
13. Brzezińska M., Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2011
14. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: Osobowość stres a zdrowie. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010
15. Kaczmarek A.: Wypalenie zawodowe: następstwo stresu zawodowego. Nowoczesne Systemy Zarządzania 2019;14(1):65-77
16. Skutki zdrowotne i psychologiczne przewlekłego stresu Rozpoznanie i sposoby radzenia sobie. Materiał opracowany na zlecenie Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
https://www.10wsk.mil.pl/wpcontent/uploads/2020/10/Skutki_zdrowotne_i_psychologiczne_stresu.pdf (dostęp 23.01.2022)
17. Nowak-Starz G., Kozak B., Zdziebło K.: Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i zachowawczych. Studia Medyczne 2013;29(1):7-13.
18. Gniadek A. Nawara W., Padykuła M. i wsp. Polska pielęgniarka w czasie pandemii zakażeń SARS-CoV-2 – różne perspektywy wykonywania zawodu. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2020; 18 (2):149-154
19. Dymecka J., A. Machnik-Czerwik, J. Filipkowski. Strach przed COVID-19, percepcja ryzyka i zagrożenia a poziom stresu u polskich pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne [online]. 2021;10(1):3–9 (dojście: 17.4.2023].
20. Grzelak L., Szwarz P.: Wpływ pracy w czasie pandemii COVID-19 na stres personelu pielęgniarskiego; Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 1(6)/202:7-21
21. Biegańska-Banaś J.M., Makara-Studzińska M.: Strategie radzenia sobie stosowane

w grupie pielęgniarek pracujących w warunkach pandemii COVID-19. Problemy
Pielęgniarskie 2020; 28 (1):1-11

Adres do korespondencji:

mgr Marzena Borkowska - Kociółek

dr Wiesław Zielonka

e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Konflikt interesów: Nie występuje

Data wpływu do Redakcji: 28.04.2023

Po recenzji: 19.05.2023

Zaakceptowano do druku: 25.05.2023

Copyright

© 2023 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Mentoring i coaching w procesie adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pielęgniarek/pielęgniarzy w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu

Mentoring and coaching in the process of professional adaptation for male and female nurses employed in University Clinical Hospital in Wrocław

Urszula Dudzic^{1,2, A-C}, Ewa Barczykowska^{1, D}, Wiesław Zielonka^{1, E-F}

¹Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

²Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Wsparcie pracownika w środowisku pracy jest istotnym zadaniem organizacji, nawiązującym do jej misji i do wartości podzielanych przez pracowników. Coaching pozwala na uświadomienie pracownikom ich roli, rozwija poczucie identyfikacji z firmą i wspiera samodzielne kierowanie własnym rozwojem. Mentoring przyczynia się do optymalnego wykorzystania doświadczonych profesjonalistów i wspiera jakość zaangażowania pracowników zgodnie ze standardami organizacji.

Cel pracy. Próba oceny przeprowadzenia adaptacji społeczno-zawodowej dla nowo zatrudnionego personelu pielęgniarskiego z wykorzystaniem elementów strategii komunikacyjnych – mentoringu i coachingu.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii w okresie do 17.02.-10.03. 2020 roku. Grupę badaną stanowiło 71 osób, w tym w tym 61 pielęgniarek (86%) i 10 pielęgniarzy (14%). Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Większość ankietowanych (66,2%) przyznała, że obecność opiekuna zmniejsza nieprzyjemne doznania związane z rozpoczęciem pracy. Wykazano istotną statystycznie różnicę dla instruktazu bieżącego ($p < 0,001$). Opiekunowie

Summary

Introduction. Supporting an employee in working environment is a crucial task for an organization, which refers to its mission and values shared by employees. Coaching helps to raise workers' awareness of their role, develops sense of belonging and identification with the company, and supports autonomous control of one's progress. Mentoring contributes to the use of experienced professionals to the utmost and supports the quality of employee's engagement according to the company's standards.

Research objective. An attempt to assess newly hired nursing staff's social- professional adaptation with the use of communication strategies – mentoring and coaching.

Materials and methods. The research was carried out at the Jan Mikulicz- Radecki University Clinical Hospital in Wrocław in the Anaesthesiology and Intensive Care Clinic between 7.02. and 10.03. 2020. Seventy-one people were in the study group, including 61 female nurses (86%) and 10 male nurses (14) of Anaesthesiology and Intensive Care Clinic. The research was carried out using a diagnostic survey method, the original survey was used as a research tool.

Results. The majority of respondents (66,2%) admitted that the presence of a mentor reduces unpleasant feelings connected with starting work. A significant statistic difference for an ongoing briefing ($p < 0,001$) method was pointed out.. The mentors who related to their subordinates as friends or colleagues much more often used that method than the mentors who related to their subordinates as partners or

będący w relacjach przyjacielskich bądź koleżeńskich z podopiecznym istotnie częściej korzystali z tej metody niż opiekunowie w relacjach partnerskich i służbowych. Dla zdecydowanej większości (85,0%) respondentów korzyścią wynikającą z przeprowadzenia adaptacji społeczno-zawodowej było zdobycie nowych umiejętności praktycznych. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w odnoszonych korzyściach w zależności od długości trwania okresu adaptacji.

Wnioski

1. Obecność opiekuna/mentora zmniejsza nieprzyjemne doznania związane z rozpoczęciem pracy.

2. Najczęstszą korzyścią wynikającą z przeprowadzenia adaptacji społeczno-zawodowej jest zdobycie nowych umiejętności praktycznych

supervisors. For the vast majority of respondents (85,0%) a benefit, resulting from social and professional adaption, was to acquire some new practical skills. Significant statistic differences in benefits depending on the length of adaptation period were not proved.

Conclusions

1. Presence of the mentor reduces unpleasant feelings connected with starting work.

2. The most common benefit from social-professional adaptation was to get some new practical skills.

Key words: mentoring, coaching, nurse

Słowa kluczowe: mentoring, coaching, pielęgniarka

Wprowadzenie

Adaptacja społeczno-zawodowa jest ostatnim etapem procesu doboru i rekrutacji pracownika. Stanowi ważny element zarządzania zasobami ludzkimi oraz jest jednym z podstawowych procesów społecznych, w wyniku których zachodzą zmiany w stosunkach międzyludzkich. Zadaniem adaptacji jest wprowadzenie pracownika w środowisko i zadania organizacji [1,2]. Zakończenie procesu adaptacji społecznej następuje, gdy zostaną zaakceptowane i przyjęte przez pracownika jako swoje panujące zwyczaje, postawy oraz sposób współżycia w grupie zawodowej [3].

Natomiast adaptacja zawodowa obejmuje praktyczne przystosowanie do warunków pracy, uwzględniając zakres i rodzaj czynności, metody pracy, a także obsługi specjalistycznego sprzętu medycznego [4]. Przystosowanie do zawodu powinno się odbywać stopniowo – rozpoczynając od omówienia zakresu obowiązków przechodząc przez uprawnienia do odpowiedzialności zawodowej. W trakcie tego procesu nowe zadania, nieznanne sprzęty, mikroklimat środowiska pracy mogą wywoływać dezorientację i szybkie przemęczenie pracownika. Adaptacja zawodowa jest początkiem procesu pogłębiania, poszerzania wiadomości i umiejętności związanych w wykonywaniem zawodu. Rozpoczyna się proces identyfikacji zawodowej, mający istotny wpływ na przyszłą postawę pracownika w zawodzie [2].

Za najważniejszy cel adaptacji pracownika uznaje się jak najszybsze wdrożenie go w strukturę jednostki organizacyjnej i społecznej [5]. Cele szczegółowe obejmują pomoc w przystosowaniu nowego pracownika do nowych warunków, sytuacji i środowiska. Następnym celem jest wdrożenie do odpowiedniej realizacji powierzonych zadań i obowiązków, w trakcie których powinien mieć możliwość wykazania się swoimi umiejętnościami oraz wiedzą [6].

Skuteczność i efektywność wieloetapowego procesu adaptacji zależne są od wielu czynników, które powinny być dostosowane do specyfiki miejsca pracy [7]. Podstawowy czynnik decydujący o rezultatach osiągniętych w ramach adaptacji zależy głównie od poziomu komunikacji. Odpowiednie przekazanie wiadomości pozwala pracownikowi efektywnie wykonać przydzielone zadania [8]. Pielęgniarki/pielęgniarze w pracy zawodowej komunikują się nie tylko z podopiecznym, ale przede wszystkim z własną grupą zawodową. Zachodzący proces socjalizacji oraz proces interakcji opierają się na komunikacji interpersonalnej koniecznej do realizacji wspólnych celów [9]. Motywujące znacznie w adaptacji ma prawidłowa informacja zwrotna z przeważającym aspektem informacyjnym a nie kontrolnym. Jest czynnikiem poprawiającym wykonywanie zadań przez podopiecznego i pobudzającym do dalszego rozwoju [10]. Innymi czynnikami mającymi wpływ na szybsze zapoznanie z zadaniami i zespołem interdyscyplinarnym pracownika są: łatwość nawiązywania relacji, indywidualne zdolności interpersonalne, cechy osobowości oraz specyfika oddziały [11].

Czynniki warunkujące stopniowy i bezkonfliktowy przebieg adaptacji są zależne od pracodawcy (czynnik zewnętrzny) i pracownika (czynnik wewnętrzny) – Tabela I.

Tabela I. Czynniki adaptacji w środowisku pracy pielęgniarki

Czynniki zewnętrzne	Czynnik wewnętrzne
<ul style="list-style-type: none"> – środowisko pracy; – akceptacja współpracowników; – wyznaczenie opiekuna/mentora; – formy motywacji do pracy; – warunki organizacyjne zakładu; – warunki ekonomiczne i fizyczne. 	<ul style="list-style-type: none"> – kwalifikacje zawodowe; – osobowość; – stan fizyczny.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Sierpińska L.: *Adaptacja społeczno-zawodowa* [w:] Ksykiewicz- Dorota A.: *Zarządzanie w pielęgniarstwie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013:223-226 [3].

Niezwykle istotnym elementem adaptacji jest opiekun/mentor, który staje się specyficznym „łącznikiem” pomiędzy personelem pracującym a nowo zatrudnioną pielęgniarką/pielęgniarem. Przydzielenie opiekuna w szczególności w sytuacji pierwszej pracy, wpływa na poczucie bezpieczeństwa, jest on oparciem dla nowego członka zespołu, ułatwia wejście w grupę unikając przy tym sytuacji konfliktowych [13]. Do jego zadań należy udzielanie informacji zwrotnej o wykonanej pracy, o możliwych trudnościach i sposobie modyfikacji działań. Uczenie w trakcie wykonywanej pracy poprzez nazywanie czynności daje możliwość lepszego opanowania procedur. Natomiast opiekun może w tym czasie rozpoznać obszary wymagające szczególnej uwagi [14].

Z punktu widzenia zarządzania zasobami ludzkimi efektywne przystosowanie się nowego pracownika powinno opierać się na wdrażaniu opracowanego programu wprowadzania do pracy, jako jednego z kryteriów akredytacyjnych dla polskich szpitali. Dział Zarządzanie Zasobami Ludzkimi w Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia posiada stosowny standard: *„W szpitalu jest opracowany i realizowany program adaptacji zawodowej dla osób nowo zatrudnionych”* (standard CMJ ZZ4). Konstrukcja programu pozwala na przystosowywanie się pracownika w następujących po sobie fazach: ogólne wprowadzenie na stanowisko pracy, praktyczne przystosowanie i ocenę wyników [8].

Realizacja programu przebiega w dwóch etapach:

- I etap- adaptacja wstępna (ogólna);
- II etap- adaptacja właściwa (stanowiskowa) – Tabela II.

Tabela II. Charakterystyka adaptacji wstępnej i właściwej

I etap – adaptacja wstępna	II etap - adaptacja właściwa
<ul style="list-style-type: none"> ➤ pielęgniarka oddziałowa zapoznaje ze współpracownikami, ordynatorem, wyznacza opiekuna, który będzie nadzorował nowego pracownika przez cały okres adaptacji; ➤ opiekun w okresie wspólnej pracy: wprowadza w środowisko pracy, współdziała w trudnych sytuacjach, przekazuje swoje spostrzeżenia, poznaje jego trudności i uczy postępowania; ➤ zagadnienia do opanowania obejmują: wiadomości, umiejętności, postawę i komunikację, stosunek do obowiązku służbowego oraz procedury związane ze specyfiką danego oddziału; ➤ w skład zespołu oceniającego wchodzi: przełożona pielęgniarek, pielęgniarka oddziałowa, opiekun, pracownik; ➤ skala ocen stosowna do oceny: 5 – bardzo dobra, 4 – dobra, 3 – dostateczne, 2 – dopuszczająca, 1 – niedostateczna; ➤ po zakończeniu adaptacji zespół oceniający wraz z pracownikiem: sumuje punkty, formułuje ocenę, podsumowuje efekty programu, udziela wskazówek odnośnie dalszego rozwoju; 	
Trwa 4 tygodnie	Trwa 5 miesięcy
Założenie „Indywidualnej karty doskonalenia umiejętności pracownika – ogólna”. Obejmuje: procedury, zabiegi, które powinny być opanowane w okresie adaptacji.	Założenie „Indywidualnej karty doskonalenia umiejętności pracownika – szczegółowa”. Wymienione są w niej umiejętności z zaznaczeniem daty wykonania oraz krotności powtórzeń koniecznych do opanowania danej umiejętności.
Zakończony oceną wstępną wg „Arkusza oceny pracownika w programie adaptacji społeczno-zawodowej wstępnej”.	Zakończony oceną wstępną wg „Arkusza oceny pracownika w programie adaptacji społeczno-zawodowej właściwej”.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Instrukcja adaptacji społeczno-zawodowej pielęgniarki, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego do procedury procesu adaptacji wstępnej i właściwej* Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu 2017:1-15. [8]

Mentoring i *coaching* to dwie strategie komunikacyjne powiązane ze sobą, a jednocześnie samodzielne narzędzia. Nastawione są na rozwój zawodowy i wzrost satysfakcji z pracy osiągnięty w krótkim czasie. W perspektywie długoterminowej oddziałują na pozostanie w zawodzie [14]. Wsparcie pracownika w środowisku pracy jest istotnym zadaniem organizacji, nawiązującym do jej misji i do wartości podzielanych przez pracowników. *Coaching* pozwala na uświadomienie pracownikom ich roli, rozwija poczucie identyfikacji z firmą i wspiera samodzielne kierowanie własnym rozwojem. *Mentoring* przyczynia się do optymalnego wykorzystania doświadczonych profesjonalistów i wspiera jakość zaangażowania pracowników zgodnie ze standardami organizacji [15].

Należy podkreślić, że w języku polskim nie ma odpowiednika słowa *coaching*, który oddałby istotę zjawiska. Tłumaczenie jako trenowanie czy szkolenie nie jest poprawne. *Coaching* zakłada zadawanie pytań i aktywne słuchanie, które jest formą okazania zainteresowania i skupienia się na mówcy [16]. Początkowo *coaching* był wykorzystywany wśród sportowców, z czasem zauważono możliwość wykorzystania go na innych płaszczyznach życia [17]. W sektorze usług medycznych wykorzystywany jest w celu zwiększenia kompetencji personelu medycznego oraz jest narzędziem wspomagającym wykonanie zadań w obrębie promocji zdrowia [18].

Charakterystyczne cechy *coachingu* to:

- możliwość przybrania postaci formalnej (od początku świadome kształtowanie przez przełożonych), bądź nieformalnej (wsparcie od współpracowników);
- relacja współpracy między trenerem a klientem ograniczona czasowo;
- wspieranie, zachęcanie oraz pomoc w przejściu przez pewne doświadczenia (nie polega na kierowaniu, ani udzielaniu rad);
- ukierunkowanie rozmowy — jako narzędzia — na realizację celu, w której klient traktowany jest jako ekspert;
- wymaganie od klienta zainteresowania, pytanie o własną pracę, o wskazanie możliwości, których on sam nie dostrzega;
- zbudowanie relacji opartej na wzajemnym zaufaniu [19];
- skupienie na rozwiązaniu problemu, a nie szukaniu przyczyny;
- wzmocnienie mocnych stron i atutów klienta;
- pomoc w usunięciu barier i oporów w dążeniu do celu, pobudzanie potencjału klienta;
- pogłębienie wiedzy i osiągnięcie lepszych wyników;
- uzyskanie równowagi pomiędzy życiem zawodowym a osobistym [16].

Mentoring wzmacnia motywację i poprawia chęć do działania pracownika. Zapewnia sprawniejsze wprowadzenie w kulturę organizacji. „*Lepiej kształtują się pożądane zachowania i szybciej są nabywane umiejętności. Zwiększa to pewność siebie pracownika i jego zaangażowanie w efektywną pracę*” [16].

Charakterystyczne cechy *mentoringu* to:

- pojęcie szersze od *coachingu*;
- możliwość przybrania postaci nieformalnej relacji, albo sformalizowanego programu;

- relacja długoterminowa, która wspiera rozwój zawodowy i osobisty osoby z krótszym stażem, bądź mniej doświadczonej [20];
- instrument doskonalenia zawodowego, skupiony wokół relacji mistrz (mentor) – uczeń;
- mentor to osoba z większym stażem i doświadczeniem zawodowym [21];
- sekwencja uczenia się i nabywania kompetencji przez doświadczanie (trening);
- wynikowy charakter, dotyczący polepszenia schematu działania [22];
- fazy działania: budowanie kontaktu, wyznaczenie kierunku, działania rozwojowe, zakończenie [16];
- dojrzałości, mądrość i doświadczenie mentora;
- skupianie wokół ciągłego rozwoju podopiecznego [14].

Istotą zadań *coacha*/trenera jest przygotowanie warunków sprzyjających rozwojowi wewnętrznej motywacji pracownika. Natomiast zadania mentora mieszczą się w trzech obszarach: uczenie, przewodzenie oraz inspirowanie. Oczywiście z dostosowaniem stopnia trudności zadania do umiejętności uczącego się, aby wywołały zaangażowanie w wykonywane zadanie i satysfakcję z jego realizacji [13]. Opiekun jest drugą osobą po bezpośrednim przełożonym odpowiedzialną za proces adaptacji. On decyduje o tempie nauki, w zależności od rzeczywistych kompetencji i możliwości nowego pracownika [23]. Odpowiednim mentorem jest osoba ceniona i szanowana wśród współpracowników, która potrafi dobrać sposób nauczania, zależnie od predyspozycji podopiecznego, nad którym sprawuje opiekę. Mentor ponosi odpowiedzialność za dobranie ćwiczeń i kolejnych etapów praktyki przy uwzględnieniu indywidualnych cechy i zdolności ucznia [16]. Ze względu na zaufany charakter relacji mentor-mistrz jest osobą, do której uczeń będzie kierował pytania o różnej problematyce związanej z pracą, bez obawy o konieczności kierowania zapytania do bezpośredniego przełożonego [24].

Cel pracy

Próba oceny znaczenia przeprowadzenia adaptacji społeczno-zawodowej dla nowo zatrudnionego personelu pielęgniarskiego z wykorzystaniem elementów strategii komunikacyjnych – *mentoringu i coachingu*.

Material i metody

Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorki kwestionariusz ankiety.

Badania przeprowadzono w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii w okresie do 17.02.-10.03. 2020 roku. Grupę badaną stanowiło 71 osób, w tym w tym 61 pielęgniarek (86%) i 10 pielęgniarzy (14%). Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Charakterystykę demograficzno-społeczną ankietowanych przedstawiono w Tabeli III. Przeważali respondenci w przedziale wiekowym 26-35 lat (48%). Najmniej liczna grupa to osoby w wieku 36-46 lat (15%). Ponad połowa respondentów (54%), mieszkała w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców najmniej liczne grupy to osoby zamieszkujące w mieście do 100 tys. mieszkańców (14%) oraz na wsi (15%). W badanej grupie dominowały osoby w stanie wolnym – 45%, porównywalną grupą były osoby w związku małżeńskim – 42%. Najmniej liczną grupą były osoby rozwiedzione – 4%. Prawie połowa personelu pielęgniarskiego posiadała tytuł zawodowy w stopniu licencjat pielęgniarstwa (46%), a co trzecia osoba (38%) tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa. Inne wskazane wykształcenie (3%) to: magister zarządzania oraz dr n.med. Podstawowymi kursami wśród respondentów są kursy specjalistyczne (86%). Niewiele ponad połowa osób deklaruje posiadanie kursów kwalifikacyjnych (54%), podobnie bo (49%) uzyskało tytuł specjalisty w wybranej dziedzinie pielęgniarstwa. W przypadku stażu pracy dominuje personel pielęgniarski pracujący 1-5 lat (35%), następnie 21 lat i powyżej (20%). Najmniejsze grupy to osoby ze stażem 6-10 lat (13%) oraz 0-1 lat (14%).

Podstawowa grupa ankietowanych to pielęgniarki odcinkowe (93%), w badaniu wzięły udział (4%) pielęgniarek koordynujących oraz (3%) to pielęgniarki oddziałowe. Ze względu na system pracy personelu pielęgniarskiego przeważa 12. godziny system (80%), a w systemie 8. godzinnym pracuje tylko (20%).

Dla (44%) personelu pielęgniarskiego Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii jest pierwszym miejscem pracy. Drugim pracodawcą jest dla (34%) a (23%) wskazuje, że pracowało wcześniej przynajmniej w 3. zakładach pracy. Zdecydowana większość ankietowanych pracuje tylko w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii (63%), (31%) jest zatrudniona jednocześnie w 2. miejscach, natomiast (6%) wskazało pracę w ponad 3 obiektach ochrony zdrowia.

Tabela III. Charakterystyka demograficzno-społeczna ankietowanych

Cechy		Liczebność [n]	Procent [%]
płeć	kobieta	61	86
	mężczyzna	10	14
wiek	do 25 lat	14	20
	26-35 lat	34	48
	36-46 lat	11	15
	powyżej 46 lat	12	17
miejsce zamieszkania	wieś	11	15
	miasto do 100 tys. mieszkańców	10	14
	miasto 100-500 tys. mieszkańców	12	17
	miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	38	54
stan cywilny	panna/kawaler	32	45
	mężatka/zonaty	30	42
	wolny związek	6	8
	rozwódka/rozwodnik	3	4
wykształcenie	liceum medyczne	9	13
	licencjat pielęgniarstwa	33	46
	magister pielęgniarstwa	27	38
	inne	2	3
dodatkowe kwalifikacje zawodowe	kursy specjalistyczne	61	86
	kursy kwalifikacyjne	38	54
	kursy specjalizacyjne	35	49
staż pracy	0-1 rok	10	14
	1-5 lat	25	35
	6-10 lat	9	13
	11-20 lat	13	18
	21 lat i powyżej	14	20
zajmowane stanowisko	pielęgniarka odcinkowa	66	93
	pielęgniarka koordynująca	3	4
	pielęgniarka oddziałowa	2	3
system pracy	12 godzinny	57	80
	8 godzinny	14	20
obecne miejsce	pierwsze	31	44
	drugie	24	34
	kolejne	16	23
liczba miejsc	jedno	45	63
	dwa	22	31
	trzy i więcej	4	6

Analiza statystyczna

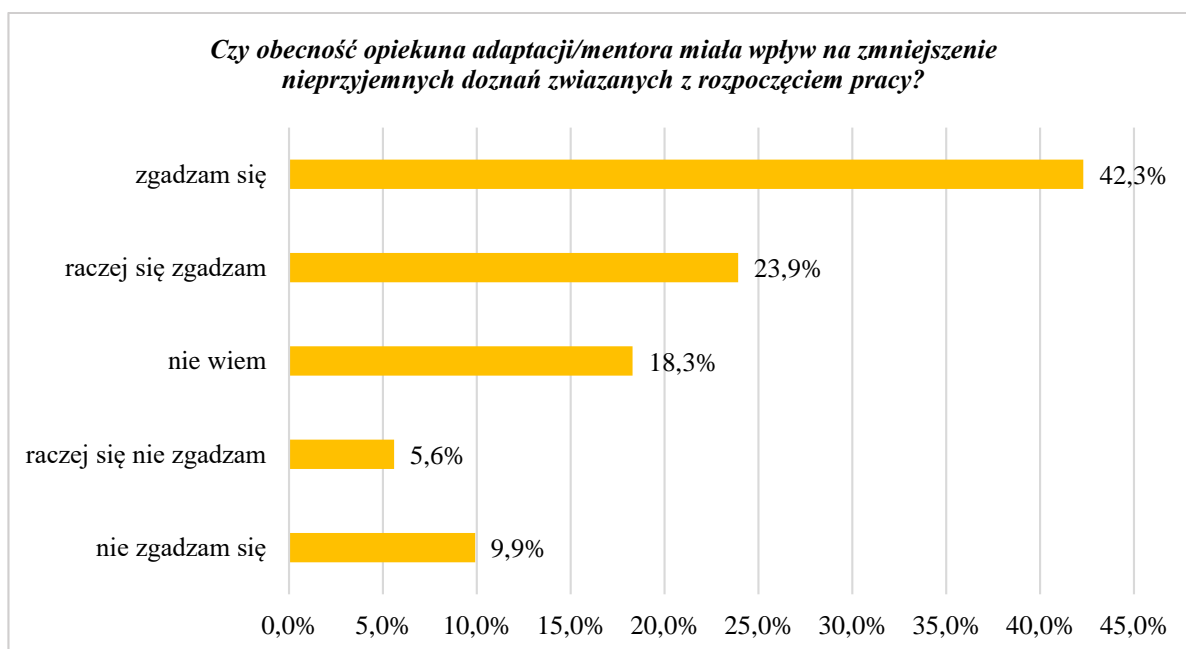
Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS Statistics 25.0. Do analiz wykorzystano analizę częstości odpowiedzi, test χ^2 Pearsona bądź test dokładny Fishera, gdy liczebność oczekiwana była mniejsza niż 5 oraz analizę korelacji Spearmana. Jako poziom istotności przyjęto $p \leq 0,05$.

W kolejnej części skupiono się na analizie emocji badanych pielęgniarek/pielęgniarzy w zależności od tego, kto był ich osobą wprowadzającą w pierwszych dniach pracy. W tym celu przeprowadzono analizę testem χ^2 Pearsona bądź testem dokładnym Fishera.

Wyniki badań

Wpływ obecności opiekuna na zmniejszenie nieprzyjemnych doznań związanych z rozpoczęciem pracy

Największa grupa ankietowanych (*łącznie: zgadzam się i raczej się zgadzam*) uznała, że obecność opiekuna zmniejsza nieprzyjemne doznania związane z rozpoczęciem pracy (66,2%). Przeciwnego zdania było 15,5%, a nie miała zdania niemal co piąta badana osoba (18,3%) – Ryc.1.



Ryc. 1. Wpływ obecności opiekuna na zmniejszenie nieprzyjemnych doznań związanych z rozpoczęciem pracy

Nie wykazano istotnych zależności ($p > 0,05$) między występowaniem określonych emocji podczas pierwszych dni nowej pracy a opinią na temat wpływu obecności opiekuna na zmniejszenie nieprzyjemnych doznań związanych z rozpoczęciem pracy – Tabela IV.

Tabela IV. Ocena roli opiekuna w zmniejszeniu nieprzyjemnych doznań związanych z rozpoczęciem pracy

Emocje podczas pierwszych dni w nowej pracy	Czy obecność opiekuna adaptacji/mentora miała wpływ na zmniejszenie nieprzyjemnych doznań związanych z rozpoczęciem pracy?										p	φ
	Nie zgadzam się		Raczej nie zgadzam się		Nie wiem		Raczej się zgadzam		Zgadzam się			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Niepewność i napięcie emocjonalne	4	57,1	4	100,0	7	53,8	14	82,4	25	83,3	0,138	0,32
Niepokój związany z odpowiedzialnością za pacjenta i jego rodzinę	3	42,9	3	75,0	7	53,8	12	70,6	14	46,7	0,496	0,23
Obawa przed brakiem akceptacji	3	42,9	1	25,0	6	46,2	5	29,4	13	43,3	0,833	0,15
Lęk przed nieprawidłowym wykonaniem powierzonego zadania	3	42,9	1	25,0	9	69,2	13	76,5	15	50,0	0,183	0,30
Niepokój związany z brakiem wiedzy	2	28,6	2	50,0	8	61,5	8	47,1	15	50,0	0,742	0,17
Niepewność w działaniu wynikająca z braku umiejętności	3	42,9	2	50,0	8	61,5	8	47,1	18	60,0	0,847	0,14
Zagubienie w nowym środowisku	4	57,1	2	50,0	8	61,5	9	52,9	15	50,0	0,971	0,09
Strach przed popełnieniem błędu	3	42,9	1	25,0	7	53,8	11	64,7	14	46,7	0,616	0,20
Poczucie winy w sytuacji niesprostania liczbie i terminowości zadań	1	14,3	0	0	4	30,0	3	17,6	5	16,7	0,798	0,18
Podekscytowanie	1	14,3	2	50,0	4	30,8	7	41,2	10	33,3	0,731	0,17

Wypracowanie relacji przyjacielskich po przeprowadzonym procesie adaptacji społeczno-zawodowej a cechy mentora i metody jego pracy

W kolejnej części skupiono się na analizie zależności pomiędzy oceną relacji z opiekunem a cechami mentora i metodami jego pracy. Relacje między opiekunem a respondentami podzielono na dwie grupy: *przyjacielskie i koleżeńskie* oraz *partnerskie i służbowe*.

Wśród cech pożądanых u mentora w obu grupach najczęściej uznano profesjonalizm i etykę, umiejętność słuchania i przekazywania zrozumiałych komunikatów oraz łatwość przekazywania wiedzy. Profesjonalizm i etykę w grupie *relacji przyjacielskich i koleżeńskich* wskazywano 77,8%, w grupie *partnerskich i służbowych* 88,2%, umiejętność słuchania i przekazywania zrozumiałych komunikatów 79,6% vs 76,5% oraz łatwość przekazywania wiedzy 77,8% vs 76,5%. W obu grupach najrzadziej wskazano uznanie wśród współpracowników 24,1% vs

12,5%. Przeprowadzona analiza wykazała, że respondenci mający relacje koleżeńskie i przyjacielskie oraz partnerskie i służbowe nie różnili się istotnie ($p>0,05$) pod względem ocen cech, którymi powinien charakteryzować się opiekun adaptacji/mentor. Szczegółowe wyniki analiz zamieszczono w Tabeli V.

Tabela V. Ocena relacji z opiekunem adaptacji/mentorem a cechami, którymi powinien charakteryzować się opiekun adaptacji/mentor

<i>Jakimi cechami powinien charakteryzować się opiekun adaptacji/mentor</i>	Relacje z opiekunem				X^2	p	ϕ
	Przyjacielskie i koleżeńskie		Partnerskie i służbowe				
	n	%	n	%			
Profesjonalizm i etyka	42	77,8	15	88,2		0,493	0,12
Umiejętność słuchania i przekazywania zrozumiałych komunikatów	43	79,6	13	76,5		0,745	0,03
Umiejętność komunikacji interpersonalnej	35	64,8	12	70,6	0,19	0,661	0,05
Umiejętność delegowania zadań	26	48,1	7	41,2	0,25	0,781	0,06
Dyskretnym i pozbawionym ironii zwracaniem uwagi	37	68,5	13	76,5	0,39	0,531	0,07
Stawianiem zadań zgodnie z zakresem obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności	26	48,1	4	23,5	3,12	0,073	0,21
Szczegółowym przekazywaniem informacji i zadania	25	46,3	10	58,8	0,81	0,368	0,11
Uznaniem wśród współpracowników	13	24,1	2	12,5		0,492	0,12
Umiejętnościami organizacyjnymi	24	44,4	8	47,1	0,04	0,850	0,02
Łatwością przekazywania wiedzy	42	77,8	13	76,5		1,000	0,01
Zdolnością do motywowania innych	22	40,7	7	41,2	<0,01	0,975	<0,01

Analogiczne analizy przeprowadzono w celu porównania najczęściej wykorzystywanych metod pracy przez opiekuna w zależności od relacji z podopiecznym. W grupie *relacji przyjacielskich i koleżeńskich* jako najczęściej stosowaną metodę pracy wskazywano instruktaż bieżący (90,7%,) a w grupie *partnerskich i służbowych* wspólną obecność na jednej zmianie (70,6%). W obu grupach najrzadziej wykorzystywano stosowanie konstruktywnej krytyki (16,7% vs 23,5%).

Wykazano istotną statystycznie różnicę dla instruktazu bieżącego ($p<0,001$). Opiekunowie będący w relacjach *przejacielskich bądź koleżeńskich* z podopiecznym istotnie częściej korzystali z tej metody niż opiekunowie w relacjach *partnerskich i służbowych*. W stosowaniu pozostałych metod ze względu na rodzaj relacji nie

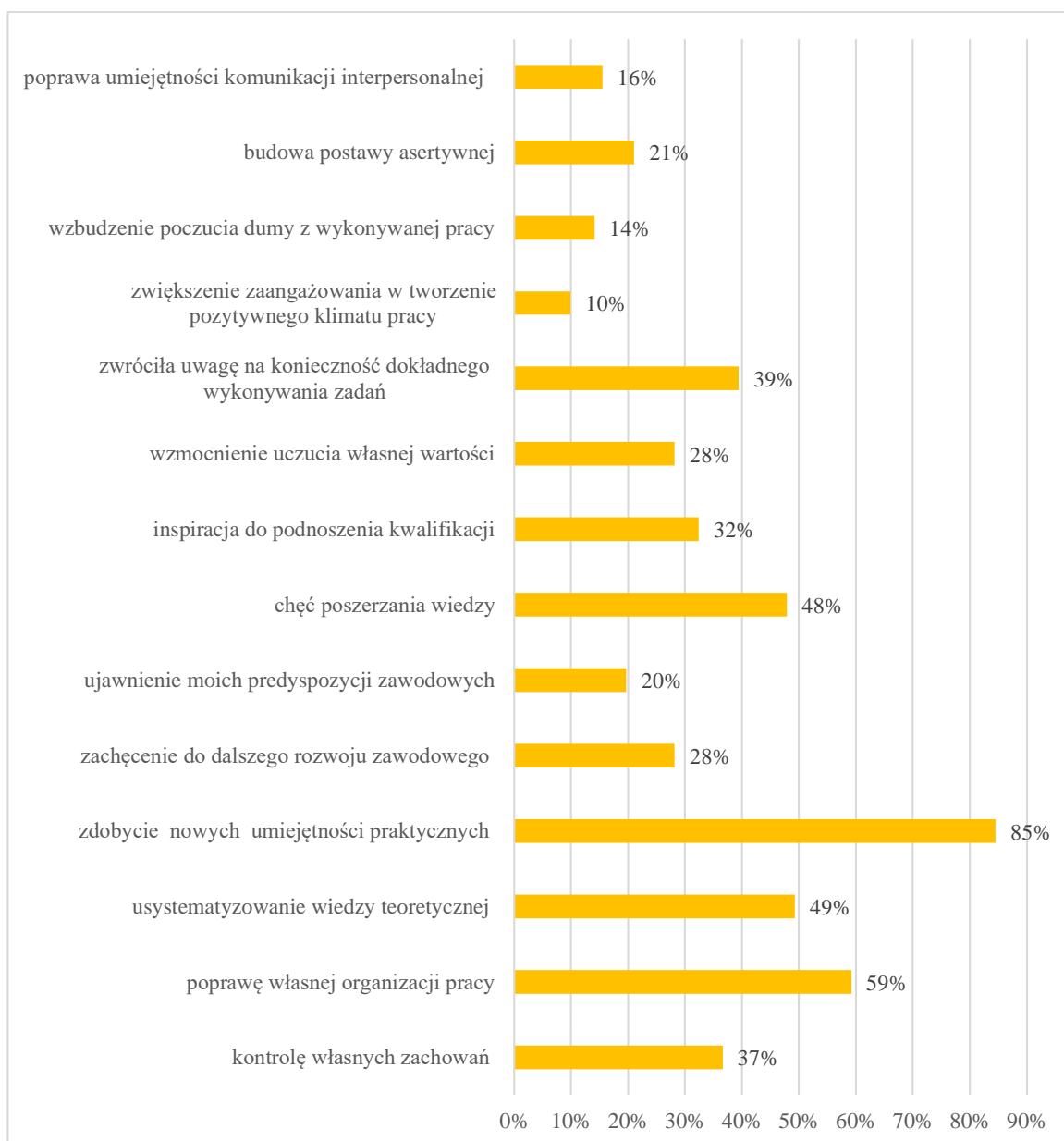
wykazano różnic istotnych statystycznie prawie dla wszystkich metod. Wyniki analiz zamieszczono w Tabeli VI.

Tabela VI. Zależności między oceną relacji z opiekunem a metodami jego pracy

<i>Jakie metody pracy najczęściej wykorzystywał opiekun adaptacji/mentor?</i>	Relacje z opiekunem				X^2	p	ϕ
	Przyjacielskie i koleżeńskie		Partnerskie i służbowe				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
<i>„Odpytywanie” z wiedzy teoretycznej</i>	10	18,5	7	41,2		0,099	0,23
Instruktaż bieżący	49	90,7	6	35,3		<0,001	0,57
Stosowanie konstruktywnej krytyki	9	16,7	4	23,5		0,496	0,08
Służy radami, wskazywał rozwiązania	40	74,1	9	52,9	2,70	0,100	0,20
Wspólna obecność na jednej zmianie	35	64,8	12	70,6	0,19	0,660	0,05

Korzyści wynikające z przeprowadzenia adaptacji społeczno-zawodowej a okres trwania adaptacji

Spośród korzyści wynikających z przeprowadzenia adaptacji społeczno-zawodowej respondenci najczęściej wskazywali zdobycie nowych umiejętności praktycznych (85,0%). Kolejne to: poprawa własnej organizacji pracy (59,0%), usystematyzowanie wiedzy teoretycznej (49,0%) oraz chęć poszerzania wiedzy (48,0%). Na rycinie 2. zilustrowano procentowy rozkład odpowiedzi.



Ryc. 2. Korzyści wynikające z przeprowadzenia adaptacji społeczno-zawodowej

Kolejnym krokiem badań było sprawdzenie, czy okres adaptacji trwający do 3. miesiący i powyżej 3. miesiący. Najczęściej wskazywanymi korzyściami były: poprawa własnej organizacji pracy (53,1% vs 73,7%), usystematyzowanie wiedzy teoretycznej (49,0% vs 52,6%) oraz zdobycie nowych umiejętności praktycznych (85,7% vs 78,9%). Najrzadziej wskazywano: poprawę umiejętności komunikacji interpersonalnej (16,3% vs 15,8%), budowanie podstawy asertywnej (20,4% vs 26,3%) oraz wzbudzenie poczucia dumy z wykonywanej pracy (12,2% vs 21,1%).

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic ($p > 5$) w odnoszonych korzyściach w zależności od długości trwania okresu adaptacji. Szczegółowe wyniki analizy zamieszczono w Tabeli VII.

Tabela VII. Korzyści wynikające z przeprowadzenia adaptacji społeczno-zawodowej w zależności od okresu trwania adaptacji

Korzyści	Okres adaptacji				X^2	p	ϕ
	< 3. m-cy		> 3. m-cy				
	n	%	n	%			
Kontrola własnych zachowań	16	32,7	10	52,6	2,31	0,128	0,18
Poprawa własnej organizacji pracy	26	53,1	14	73,7	2,40	0,121	0,19
Usystematyzowanie wiedzy teoretycznej	24	49,0	10	52,6	0,07	0,787	0,03
Zdobycie nowych umiejętności praktycznych	42	85,7	15	78,9		0,486	0,08
Zachęcenie do dalszego rozwoju zawodowego	14	28,6	4	21,1	0,40	0,528	0,08
Ujawnienie moich predyspozycji zawodowych	11	22,9	3	15,8	0,42	0,518	0,08
Chęć poszerzania wiedzy	25	51,0	7	36,8	1,11	0,293	0,13
Inspiracja do podnoszenia kwalifikacji	14	28,6	8	42,1	1,15	0,284	0,13
Wzmocnienie uczucia własnej wartości	12	24,5	8	42,1	2,05	0,153	0,17
Konieczność dokładnego wykonywania zadań	22	44,9	5	26,3	1,98	0,160	0,17
Zwiększenie zaangażowania w tworzeniu pozytywnego klimatu pracy	6	12,2	1	5,3		0,664	0,10
Wzbudzenie poczucia dumy z wykonywanej pracy	6	12,2	4	21,1		0,448	0,11
Budowa podstawy asertywnej	10	20,4	5	26,3		0,745	0,06
Poprawa umiejętności komunikacji interpersonalnej	8	16,3	3	15,8		1,000	0,01

Wytworzone relacje w trakcie adaptacji społeczno-zawodowej a chęć bycia mentorem w przyszłości

Następnie ustalono, czy chęć bycia mentorem różniła się w zależności od relacji z opiekunem. Chęć bycia mentorem (*łącznie zdecydowanie tak i raczej tak*) zadeklarowała ponad połowa (58,9%) badanych będących w relacjach *przyjacielskich i koleżeńskich* oraz niespełna połowa (48,2%) pozostająca w relacjach *partnerskich i służbowych*. Natomiast przeciwnego zdania (*łącznie nie i raczej nie*) była co trzecia ankietowana osoba będąca w relacjach *przyjacielskich i koleżeńskich* i prawie co czwarta w relacjach *partnerskich i służbowych* (33,4% vs 23,5%).

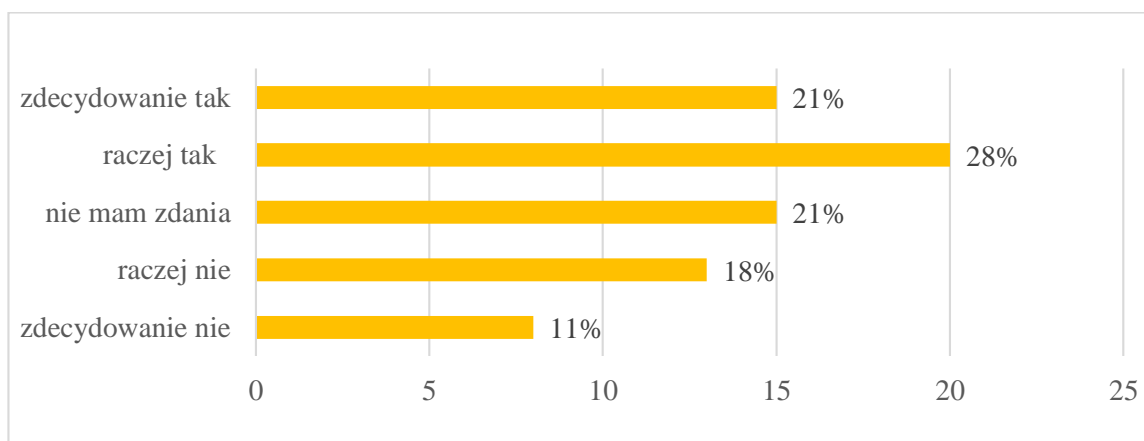
Nie wykazano istotnych statystycznie różnic ($p=0,309$) między osobami, które wykształciły relacje koleżeńskie/przyjacielskie oraz partnerskie/służbowe. Szczegółowe wyniki analiz zamieszczono w Tabeli VIII.

Tabela VIII. Deklaracje bycia mentorem a relacje z opiekunem

Czy zadeklarował(a)by Pan/i chęć bycia mentorem?	Relacje z opiekunem			
	Przyjacielskie i koleżeńskie		Partnerskie i służbowe	
	n	%	n	%
Zdecydowanie nie	9	16,7	3	17,6
Raczej nie	9	16,7	1	5,9
Nie wiem	15	27,8	3	17,6
Raczej tak	11	20,4	8	47,1
Zdecydowanie tak	10	18,5	2	11,8
$p = 0,309$; $V = 0,28$				

Zainteresowanie szkoleniami oraz opinia na temat mentoringu i coachingu

Zainteresowanie szkoleniem wykazała niespełna połowa (49%) ankietowanych (*łącznie zdecydowanie tak i raczej tak*), natomiast co trzecia (29%) nie interesuje się (*łącznie nie i raczej nie*) szkoleniem w tym zakresie – Ryc. 5.



Ryc. 3. Zainteresowania szkoleniem z zakresu zastosowania mentoringu i coachingu w pielęgniarstwie

Wnioski

1. Obecność opiekuna/mentora zmniejsza nieprzyjemne doznania związane z rozpoczęciem pracy.
2. Jako cechy pożądane u opiekuna/mentora uznano profesjonalizm i etykę, umiejętność słuchania i przekazywania zrozumiałych komunikatów oraz łatwość przekazywania wiedzy.
3. Najczęstszą korzyścią wynikającą z przeprowadzenia adaptacji społeczno-zawodowej jest zdobycie nowych umiejętności praktycznych.
4. Chęć bycia opiekunem/mentorem oraz zainteresowanie szkoleniami na temat mentoringu i coachingu zadeklarowała połowa ankietowanych.

Dyskusja

Proces adaptacji adresowany jest nie tylko do osób rozpoczynających pierwszą pracę, ale również obejmuje tych, którzy zmieniają stanowisko i warunki pracy. Szczególnie istotne jest zadbanie o pracowników kończących studia, którzy posiadają wiedzę teoretyczną, ale często nie są przygotowani do pełnienia roli, z którą wiąże się praca w ochronie zdrowia [13]. Pracownicy wchodząc pierwszy raz do nowego środowiska odczuwają wysoki poziom lęku, którego przyczynę można znaleźć w:

- konieczności poradzenia sobie z różnicami między własnymi oczekiwaniami a rzeczywistością;
- niesprecyzowaniu oczekiwań wobec nowego członka związanych z pracą na stanowisku utrudnia mu identyfikację z grupą i pracą;
- braku doświadczenia i umiejętności przewidywania reakcji innych członków zespołu [25].

Właściwie przeprowadzona adaptacja młodych pracowników wpływa na ich pozytywną postawę wobec pracy, zadowolenie oraz zaangażowanie w życie organizacji. Lekceważenie wagi adaptacji przez pracodawcę i niezadbanie o wprowadzenie w nowe środowisko wywołuje u pracownika zniechęcenie i frustrację. *„Może skutkować utratą wartościowego pracownika i koniecznością ponoszenia przez pracodawcę dodatkowych nakładów finansowych na pozyskanie nowego kandydata do pracy”* [1].

Wyniki badań własnych wskazują, że dla największej grupy ankietowanych obecność opiekuna zmniejsza nieprzyjemne doznania związane z rozpoczęciem pracy. W swojej publikacji K. Ślebarska zwraca szczególną uwagę na dążenie do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa w nowym miejscu pracy, jako istoty adaptacji. Jej zdaniem efektem tych działań przystosowawczych będzie zaangażowanie w pracę i obniżenie ryzyka zmiany miejsca zatrudnienia [10]. Prawidłowo przeprowadzone wprowadzenie do zawodu wpływa na budowanie koleżeńskiej atmosfery, daje poczucie spełnienia, zadowolenia z prawidłowej realizacji powierzonych zadań. Jest motywacją do dalszego rozwoju osobistego [13]. Według J. Marciniaka: *„Prawdziwy sens adaptacji zawodowej polega na skoncentrowaniu się na indywidualnych problemach zatrudnionego, okazywaniu prawdziwego zainteresowania, możliwości wspólnego przedyskutowania problemów i ustaleniu planu działania”* [26].

Dobre wypełnienie roli opiekuna wymaga posiadania umiejętności uczenia innych. W niniejszym badaniu wśród cech pożądanых u mentora wskazano

profesjonalizm i etykę, umiejętność słuchania i przekazywania zrozumiałych komunikatów oraz łatwość przekazywania wiedzy. Spośród korzyści wynikających z przeprowadzenia adaptacji społeczno-zawodowej respondenci najczęściej wskazywali zdobycie nowych umiejętności praktycznych, poprawę własnej organizacji pracy, usystematyzowanie wiedzy teoretycznej oraz chęć poszerzania wiedzy. W cytowanych doniesieniach podkreślana jest przewodnia rola mentora w procesie przechodzenia od teorii do praktyki, od bazowych umiejętności do ich perfekcyjnego wytrenowania a nie tylko proste przekazanie wiedzy [19]. Ponadto motywowanie nowo zatrudnionej pielęgniarki/pielęgniarsza jest zawsze trudnym wyzwaniem. Należy wyczuć równowagę pomiędzy bodźcami pozytywnymi i negatywnymi. Bez względu na charakter bodźca należy pamiętać o kilku zasadach: informacje powinny być przekazywane głównie „w cztery oczy”. Wzmocnienie pozytywnej cechy lub zlikwidowanie niepożądanego reakcji jest najskuteczniejsze, gdy następuje po określonym czynie. Informacje od opiekuna muszą być szczegółowe, a nie ogólnikowe ze wskazaniem na oceniane zachowanie [3]. Zatem zasadnicza rola mentora polega na ułatwieniu nowemu pracownikowi poznania tajników pracy na stanowisku i współzależności między pracownikami. Znajac niuanse organizacji wskazuje znaczenie i sens wykonywanych zadań, co ułatwia podopiecznemu lepiej zrozumieć własną rolę [27].

Z badań własnych wynika, że ponad połowa badanych pielęgniarek deklarowała chęć bycia mentorem. W codziennym życiu zawodowym pielęgniarki nieświadomie, w sposób nieformalny pełnią rolę trenera. Po pierwsze prowadząc rozmowy z koleżankami o możliwościach rozwoju zawodowego. Po drugie z pacjentem o jego sytuacji i poglądach na temat zdrowia [19].

Mentoring jest swoistym środkiem do rozwoju potencjału osobistego i zawodowego, który przyczynia się do zwiększenia satysfakcji z pracy. Prawidłowy *mentoring* przynosi korzyści obu stronom. Tworzy pozytywną relację pomiędzy mentorem a podopiecznym oraz wpływa pośrednio na polepszenie atmosfery w pracy. Doświadczone pielęgniarki wiedzą jakie są pozytywne i negatywne strony systemu ochrony zdrowotnej, mogą ułatwić wejście w środowisko młodemu personelowi, a tym samym zmniejszyć poziom stresu, a zwiększyć kompetencje oraz chęć pozostania w zawodzie. Starsza pielęgniarka pełniąca funkcję mentora, dzieli się zdobytą wiedzą i umiejętnościami zawodowymi, co przekłada się na zmniejszenie ryzyka wypalenia zawodowego [14].

Coaching koleżeński realizowany wśród personelu o podobnym stażu, daje szansę na prowadzenie rozmów o pracy i wspólne szukanie rozwiązań pojawiających się problemów. Przekłada się to na budowanie pozytywnej relacji w grupie. W przypadku różnic w stażu pracy, doświadczony pielęgniarka *coaching* koleżeński daje sposobność wzmocnienia i rozwinięcia umiejętności przywódczych, a także rozwinięcia kompetencji związanych z kierowaniem oraz delegowaniem zadań. Początkujące pielęgniarki w procesie adaptacji wyposażane są w nowe umiejętności i odpowiednie postrzeganie niezbędne do prawidłowego funkcjonowania w pracy oraz w relacjach z pozostałym personelem medycznym.

Coaching zdrowotny jest strategią, którą wykorzystuje pielęgniarka wobec osób zdrowych (nie obciążonych dolegliwościami somatycznymi). Coraz liczniejsza grupa osób świadomie bierze odpowiedzialność za własne zdrowie, chcąc m.in.: poprawić swoją kondycję, wygrać z nałogami, utrzymać dotychczasowo osiągnięte efekty podjętych terapii, nauczyć radzić sobie w sytuacjach stresowych czy zadbać o relację z otoczeniem. Ten rodzaj *coachingu* dzięki skutecznej komunikacji, daje możliwość pielęgniarce prowadzić rozmowę ukierunkowaną na zindywidualizowane potrzeby pacjenta. Zachowując jednocześnie przyjazną relację na pozycji pielęgniarka – pacjent [14,19].

Coaching medyczny koncentruje się na pacjentach chorych na różnym etapie, obejmuje również ich rodzinę. Wspiera wewnętrzną sprawność, a po przebytej chorobie ułatwia powrót do codziennego życia. Opiera się na poszukiwaniu rozwiązań, a nie przyczyny problemu. Rozwija nowe strategie myślenia i działania pomocne w realizacji wyznaczonych celów. J. Deręgowska opisując wykorzystanie *coachingu* w rozwoju pacjenta onkologicznego, wskazuje *coaching* jako metodę, która wpływa na aktywną postawę chorego w procesie zdrowienia i rozwoju osobistego. Przedstawia zadania *coacha* jako „*pomoc choremu w omijaniu jego własnych barier i ograniczeń, które stoją na drodze do wyznaczonego celu*” [28]. Według badań przeprowadzonych przez F. Early dotyczących programu aktywizacji w połączeniu z *coachingiem* pielęgniarskich w grupie pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, wszyscy pacjenci oprócz korzyści z udziału w programie bardziej docenili doradztwo pielęgniarki-trenera [29].

Coaching medyczny jest również wykorzystywany wśród pracowników ochrony zdrowia jako narzędzie wsparcia w poradzeniu sobie w sytuacjach stresowych oraz trudnych związanych z pracą. Rola pielęgniarki i działania jako *coacha* nie są ściśle medyczne, ale wdrożenie ich na szerszą skalę do obowiązków pielęgniarki

wzmocniłoby korzyści z działań terapeutycznych u większej liczby pacjentów [18]. *Coaching* interdyscyplinarny obejmuje swym zakresem rozwój współpracy pomiędzy pracownikami ochrony zdrowia. Pielęgniarki z powodzeniem mogą tworzyć i kierować zespołem interdyscyplinarnym, doskonale wiedzą z praktyki zawodowej jakie korzyści dla pacjenta może przynieść współpraca międzyzawodowa. Zadaniem pielęgniarki-trenera jest dbanie o rozwoju wewnętrznej relacji w zespole [19].

Zastosowanie *mentoringu* i *coachingu* niesie ze sobą nowe możliwości wsparcia i rozwoju w pielęgniarstwie. Połączenie wiedzy i doświadczenia pielęgniarstwa z umiejętnościami trenerskimi, pomaga rozwinąć i wzmocnić zdolności trafnego zadawania pytań, aktywnego słuchania i wnikliwego obserwowania [14]. Wykorzystanie tych metod dobywa się na wielu płaszczyznach, m. in.:

- poprawa kontaktów wewnątrzzespołowych;
- wprowadzanie nowej pielęgniarki w środowisko;
- rozwoju oraz zwiększania umiejętności przywódczych;
- jako komponent promocji zdrowia realizowany przez pielęgniarkę;
- jako „poprawa jakości komunikacji i relacji z pacjentem” [18].

Do niedawna tylko kilka wyższych uczelni prywatnych oferowało kształcenie podyplomowe w zakresie *coachingu* medycznego albo zdrowotnego. Aktualnie Śląski Uniwersytet Medyczny zaczął prowadzić naukę na studiach II stopnia z *coachingu* medycznego. *Coaching* w pielęgniarstwie może być wykorzystany jako nowa droga rozwoju zawodowego, bądź jako wsparcie dotychczasowej ścieżki zawodowej. Obszary, z którymi wiąże się pielęgniarstwo to: *coaching* koleżeński, zdrowotny, medyczny oraz interdyscyplinarny. Może przybrać różne formy pracy: indywidualnej, grupowej lub zespołowej [14,18].

Piśmiennictwo

1. Kazenas A.: Organizacja procesu adaptacji zawodowej młodych pracowników. *Bezpieczeństwo Pracy* 2012; 3:16-18
2. Balans B.: Adaptacja społeczno-zawodowa i jej wpływ na przebieg kariery zawodowej, *Problemy Profesjologii* 2008; 2:109-119
3. Sierpińska L.: Adaptacja społeczno-zawodowa [w:] Ksykiewicz-Dorota A.: Zarządzanie w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013:

4. Smolbik-Jęczmień A.: Wprowadzenie pracownika do pracy [w:] Jasiński Z. Zarządzanie pracą. Organizowanie, planowanie, motywowanie, kontrola. Wydawnictwo Placet, Warszawa 1999
5. Ściegłińska B., Machaj M., Gotlib J.: Adaptacja zawodowo-społeczna pielęgniarek w nowym miejscu pracy – wybrane zagadnienia. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 1(63):131-140
6. Chacińska M.: Budowanie zaufania zespołu pracowniczego jako warunek przywództwa [w:] Rzepka T.: Psychologia w zarządzaniu. AMP Studio Paweł Majewski, Szczecin 2004
7. Jankowiak A., Krupiński, R.: Słownik psychologiczny. Leksykon ludzkich zachowań. Wydawnictwo Psychoskok, Konin 2012
8. Netografia: <https://www.cmj.org.pl/akredytacja/standardy.php> *Instrukcja adaptacji społeczno-zawodowej pielęgniarki, pielęgniarsza, położnej, ratownika medycznego do procedury procesu adaptacji wstępnej i właściwej*” Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu 2017:1-15 s. 127 [dostęp 07.11.2019]
9. Mięka B., Ziębicki B.: Komunikacja wewnętrzna jako instrument adaptacji nowo przyjętych pracowników. *Zeszyty naukowe Akademii Ekonomicznej*, Kraków 2003; 626:103-113
10. Ślebarska K.: Droga do pracy. Proaktywne radzenie sobie a poszukiwanie zatrudnienia i adaptacji do nowego miejsca pracy. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2017:74-86
11. Wolska-Lipiec K.: Komunikowanie się z własną grupą zawodową [w:] Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panka W.: Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2016: 110-111
12. Lewicka D.: Zarządzanie kapitałem ludzkim w polskich przedsiębiorstwach. Metody, narzędzia, mierniki. Wydawnictwo Profesjonalne PWN, Warszawa 2010: 183
13. Lewkowicz K.: Niektóre metody motywowania do pracy i ich skuteczność. [w:] Rzepka T.: Z problematyki doradztwa personalnego. AMP Studio Paweł Majewski, Szczecin 2002; (Cz.2):89-97
14. Dinner G.J., Wheeler M.M.: Mentoring i coaching w pielęgniarstwie. Przewodnik. International Council of Nurses 2007/ Polskie Towarzystwo Pielęgniarek 2009

15. Dobrzyniak M.: Coaching i mentoring jako formy wsparcia pracownika w środowisku pracy. *Szkoła- Zawód- Praca* 2016;12:144- 152
16. Bartczak M., Marszał A., Stachowska S.: Zarządzanie ludźmi w organizacjach XXI wieku. Wybrane aspekty zaangażowania organizacyjnego. Wydawnictwo Naukowe Sophia. Katowice 2013:79
17. Górka E., Kunecka D., Szylińska A. i wsp.: Coaching i mentoring w praktyce pielęgniarskiej. *Pomeranian Journal of Life Sciences* 2019; 65(1):98-104
18. Wichulski Ł.: Coaching w pielęgniarstwie, jako alternatywna forma rozwoju personelu medycznego. *Przegląd Nauk Ekonomicznych, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne Oddział Łódź* 2018; 28:25-37.
19. Dinner J.G., Wheeler M. M.: Coaching w Pielęgniarstwie: wprowadzenie. *International Council of Nurses 2009/ Polskie Towarzystwo Pielęgniarek* 2009: 10-15
20. Czekał J.: *Metody organizacji i zarządzania*. Wydawnictwo AE. Kraków 2007
21. Ciekankowski Z.: Proces adaptacji społeczno-zawodowej nowego pracownika. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu przyrodniczo-humanistycznego, Siedlce* 2012; 94(21):131-141.
22. Benewicz M.: *Coaching i mentoring w praktyce*. Wydawnictwo Coach&Couch. Zambrów 2017:53-57
23. Woźniak J.: *Rekrutacja teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013
24. Bugdol M., Bugaj J., Stańczyk I.: *Proces zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2012
25. Kim T-Y, Cable D.M., Kim S-B.: Socialization Tactics, Employee Proactivity, and Person-Organization Fit. *Journal of Applied Psychology* 2005; 90(2):232-241
26. Binda A., Kozak Z.E., Leśnikowska-Marciniak M. i wsp., Marciniak J. (red. merytoryczny): *Meritum HR*. Wolters Kluwer, Warszawa, 2018
27. Dobrzyniak M.: Coaching i mentoring jako formy wsparcia pracownika w środowisku pracy. *Szkoła- Zawód- Praca* 2016; 12:144- 152

28. Deręgowska J.: Coaching jako wyraz otwartości na potrzebę rozwoju pacjenta onkologicznego. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016; 3(61):431-438. doi: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.42>
29. Early F., Young J.S, Robinshaw E. i.in.: A case series of an off-the-shelf online health resource with integrated nurse coaching to support self-management in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 2017;9(12):2955-2967.

Adres do korespondencji:

mgr Urszula Dudzic

dr Ewa Barczykowska

dr Wiesław Zielonka

e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Konflikt interesów: Nie występuje

Data wpływu do Redakcji: 28.04.2023

Po recenzji: 19.05.2023

Zaakceptowano do druku: 25.05.2023

Copyright

© 2023 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Poziom wiedzy pielęgniarek oddziałów zabiegowych w zakresie rozpoznawania i zapobiegania niezamierzonej hipotermii okołoperacyjnej u pacjentów dorosłych

The level of medical treatment facilities nurses' knowledge of recognizing and preventing the symptoms of unintended perioperative hypothermia in adult patients

Iwona Fiszer^{1, A-C}, Wiesław Zielonka^{1, D-F}

²Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Hipotermia śródoperacyjna, definiowana jako obniżenie ośrodkowej ciepłoty ciała chorego poniżej 36,0°C, może wystąpić w ponad połowie przypadków wszystkich znieczuleń i jest związana ze zwiększoną częstością występowania powikłań okołoperacyjnych. W celu utrzymania normotermii wykorzystuje się bierne i czynne metody ogrzewania pacjenta, m.in.: podawanie ogrzanych płynów infuzyjnych, stosowanie materacy termicznych ogrzewających pacjenta lub materacy z wymuszonym obiegiem powietrza oraz utrzymywanie odpowiedniej temperatury pomieszczeń.

Cel badań. Ocena poziomu wiedzy pielęgniarek oddziałów zabiegowych w zakresie rozpoznawania oraz zapobiegania niezamierzonej hipotermii okołoperacyjnej.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Badaniem objęto 107 pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy.

Wyniki. Ogólna wiedza pielęgniarek zawierała się w przedziale od 6. do 26. pkt. (29 max.). Łącznie w całej grupie badanych najczęściej wskazywanym miejscem pomiaru temperatury głębokiej była odbytnica (śr.71,8%). Według co czwartej ankietowanej (śr. 24,65) możliwy do zastosowania jest pomiar z tętnicy płucnej. Nieprawidłowe wskazania miejsca pomiaru to: na czole przy pomocy odpowiedniej elektrody i czujnika (śr. 17,3%) oraz pod pachą (śr.14,1%). W

Summary

Introduction. Intraoperative hypothermia is defined as lowering patient's body temperature below 36,0°C, it can occur in more than half of all anaesthesia, and it is connected with more frequent occurrence of perioperative complications. In order to keep the patient's normal temperature active and passive heating methods are used, e.g. giving heated infusions, using thermal mattresses that warm the patient, or forced air circulation mattresses and keeping the proper room temperature.

Research objective. To assess the level of medical treatment facilities nurses' knowledge of recognizing and preventing symptoms of unintended perioperative hypothermia.

Materials and methods. The research was carried out using a diagnostic survey method, the original survey was used as a research tool. Study included 107 nurses employed in medical treatment departments of the Provincial Special Hospital in Legnica.

Results. Nurses' general knowledge ranged from 6 to 26 pts. (29 max). In total, in the whole study group the most often indicated body spot for taking deep temperature was rectum (average 71,8%) According to every fourth respondent (average 24,65), it is possible to take temperature from the pulmonary artery. Incorrectly indicated spots for taking temperature are: on the forehead by means of an electrode or a sensor (17,3%) and under an armpit (14,1%). As far as passive methods of warming a patient are concerned, every fourth nurse (24,3%) answered correctly. The vast majority (75,7%) answered incorrectly or didn't

zakresie znajomości biernych metod ogrzewania czwartą (24,3%) ankietowana pielęgniarka udzieliła poprawnej odpowiedzi. Zdecydowana większość (75,7%) podała nieprawidłowe odpowiedzi lub nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Poprawnych odpowiedzi w zakresie znajomości czynnych metod ogrzewania pacjenta udzieliła ponad połowa (57,9%) pielęgniarek.

Wnioski

1. Niezależnie od stażu pracy w zawodzie ogólny poziom wiedzy pielęgniarek na temat rozpoznawania i zapobiegania hipotermii u pacjentów dorosłych był przeciętny. Średnia poprawnych odpowiedzi wyniosła $18,9 \pm 3,6$ pkt (29 max.).
2. Wszystkie pielęgniarki wykazały się znajomością podstaw teoretycznych hipotermii w zbliżonym procencie.
3. W zakresie postępowania w przypadku wystąpienia hipotermii liczba poprawnych odpowiedzi w przedziałach stażu pracy była porównywalna. Najwyższy odsetek nieprawidłowych lub braku odpowiedzi dotyczył znajomości biernych metod ogrzewania pacjenta.
4. Zdecydowana większość ankietowanych pielęgniarek miała świadomość braków w swojej wiedzy na temat hipotermii. Jednocześnie prawie wszystkie pielęgniarki wyrażały chęć uczestnictwa w szkoleniach dotyczących hipotermii.

Słowa kluczowe

hipotermia okołoperacyjna, poziom wiedzy, pielęgniarka

answer this question at all. The right answers in terms of active patient warming methods were given by more than half of the respondents (57,9%).

Conclusions

1. Regardless of work experience, general level of nurses' knowledge of recognizing and preventing adult patients' hypothermia was average. The average score was $18,9 \pm 3,6$ pts (29 max)
2. All nurses had the knowledge of basic hypothermia theory at the similar level.
3. In terms of dealing with hypothermia when it occurs, the number of correct answers regarding work experience was similar. The highest percentage of incorrect answers or no answers related to the knowledge of passive methods of warming the patient.
4. The vast majority of nurses was aware of the fact that they lack knowledge of hypothermia. In the same time almost every nurse was willing to participate in courses on hypothermia.

Key words

Perioperative hypothermia, level of knowledge, nurse

Wprowadzenie

Utrzymanie stałej temperatury ciała jest niezwykle ważne dla zachowania funkcji organizmu stałocieplnego jakim jest człowiek. Wszystkie procesy biochemiczne zachodzą prawidłowo jedynie w bardzo wąskim zakresie temperatur tzw. normotermii [1].

Hipotermia jest stanem, w którym temperatura ciała człowieka spada poniżej 35°C . Dochodzi do niej, gdy ochładzanie organizmu zachodzi szybciej niż wytwarzanie ciepła. Wyróżnia się hipotermię pierwotną oraz hipotermię wtórną. Do hipotermii pierwotnej dochodzi wówczas, gdy do obniżenia temperatury przyczyniły się czynniki zewnętrzne (przysypanie lawiną, utonięcie w zimnej wodzie). Natomiast

do hipotermii wtórnej dochodzi wskutek zaburzeń termoregulacji pod wpływem czynników toksycznych (np. alkohol) lub w przebiegu procesów chorobowych np. uraz czaszkowo-mózgowy, krwotok podpajęczynówkowy, udar niedokrwienny mózgu, niedoczynność tarczycy, niedożywienie [2,3].

Ze względu na występowanie hipotermię dzieli się na: przypadkową, ekspozycyjną, pourazową. W hipotermii przypadkowej wychłodzenie organizmu jest niezamierzone. W hipotermii ekspozycyjnej obniżenie temperatury ciała jest skutkiem narażenia na niekorzystne warunki zewnętrzne i dochodzi do większej utraty ciepła niż jego wytwarzania. Wychłodzenie w hipotermii pourazowej jest skutkiem ujemnego bilansu cieplnego i zaburzeń termoregulacji i następuje w wyniku doznanego urazu [4].

Dotąd nie przyjęto jednolitego standardu klasyfikacji hipotermii. Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (*ang. American Heart Association, AHA*) sugeruje stosowanie pojęć: hipotermia łagodna w przypadku obniżenia temperatury ciała do 34°C, hipotermia umiarkowana 34-30°C i hipotermia ciężka poniżej 30°C [5].

Wybór metody leczenia hipotermii wiąże się z wynikiem pomiaru temperatury głębokiej pacjenta i jego stanem. Podstawowym sposobem leczenia jest ogrzewanie. Istotny jest wybór jak najbardziej efektywnego sposobu ogrzewania. Wyróżnia się metody ogrzewania bierne i czynne. U pacjentów z hipotermią łagodną stosuje się ogrzewanie bierne, czyli wykorzystujące ciepło, które jest produkowane przez pacjenta. Może to być przykrycie pacjenta co najmniej dwiema warstwami grubego materiału ułożonymi niezbyt szczelnie, gdyż między nimi zostaną przestrzenie nieruchomego powietrza, a to przyczyni się do zapobiegnięcia utraty ciepła [6]. Należy podkreślić, że szybkość ogrzewania pacjenta nie powinna być większa niż 0,5-1°C na godzinę. W przypadku, gdy pacjent przebywa na intensywnej terapii i jest monitorowany w szerokim zakresie to tempo ogrzewania może być większe i przyspieszone do 1-1,5°C na godzinę [7]. W przypadku hipotermii głębokiej stosuje się także krążenie pozaustrojowe (*ang. cardio-pulmonary bypass – CPB*) lub pozaustrojową oksygenację membranową (*ang. extracorporeal membrane oxygenation – ECMO*) czyli sztuczne płucoserce, które służy do pozaustrojowego natleniania i ogrzewania krwi. ECMO stosuje się jako postępowanie z wyboru u pacjentów z zatrzymaniem krążenia i temperaturą głęboką poniżej 28°C [8,9].

Pacjenci, którzy przebywają na oddziałach zabiegowych narażeni są na wystąpienie hipotermii podczas zabiegu operacyjnego i w całym okresie

okołooperacyjnym tzn. niezamierzonej hipotermii okołooperacyjnej. Nie powinno się ignorować straty ciepła przez pacjenta, ponieważ może to odpowiadać za wystąpienie poważnych powikłań.

Metody zapobiegania wychłodzeniu organizmu dzieli się na aktywne i pasywne. Do aktywnych metod zalicza się te interwencje, które pochodzą z zewnętrznych źródeł: ogrzewanie gazów anestetycznych, płynów infuzyjnych i preparatów krwiopochodnych, stosowanie materacy i koców (wykorzystujących obieg ciepłego powietrza, wodnych, elektrycznych np. z materiału polimerowego) oraz stosowanie ogrzewania z wyprzedzeniem. Do pasywnych metod zalicza się te interwencje, które ograniczają utratę ciepła przez skórę, a więc okrywanie pacjenta oraz izolację powierzchni ciała [7,8,10].

Najczęściej stosowaną metodą zapobiegania niezamierzonej śródoperacyjnej hipotermii jest ogrzewanie pacjenta z wykorzystaniem obiegu ciepłego powietrza (*ang. forced air warming – FAW*). Zastosowanie znajdują materace elektryczne polimerowe z obiegiem ciepłego powietrza. Mają one właściwość dostosowywania się kształtem do ciała pacjenta i można okrywać pacjenta od góry lub ułożyć pod pacjentem. Ich zaletą jest znaczna powierzchnia przylegania [10].

Aby zapobiec początkowemu spadkowi temperatury ośrodkowej spowodowanemu redystrybucją ciepła z ośrodkowego przedziału na obwód stosuje się jest ogrzewanie z wyprzedzeniem (*ang. pre-warming*). W badaniach wykazano, że wystarczy 10 minut ogrzewania z wyprzedzeniem, aby zapobiec hipotermii. W przypadku zabiegów trwających do godziny jest to wystarczająca metoda przeciwdziałania obniżeniu temperatury [10,11]. Zastosowanie tego sposobu ogrzewania może mieć miejsce na oddziale macierzystym, przed przybyciem pacjenta na blok operacyjny, jak również na bloku w czasie przygotowywania pacjenta do znieczulenia. Zazwyczaj w tym przypadku stosuje się polimerowe materace grzewcze jak i materace z zastosowaniem ciepłego obiegu powietrza. Ważna jest także odpowiednia temperatura sali operacyjnej jak i sali, na której pacjent przebywa na oddziale. Powinna ona wynosić co najmniej 21°C [11,12].

Kolejnym elementem w zapobieganiu hipotermii jest stosowanie ogrzewania płynów infuzyjnych, krwi oraz preparatów krwiopochodnych [12,13]. Wykorzystuje się do tego urządzenie do przepływowego ogrzewania płynów i krwi. Taki przyrząd powinien posiadać zakres temperatury ogrzewania i dzięki temu zapewnić utrzymanie właściwej temperatury pacjenta. Ogrzewanie płynów powinno nastąpić jak najszybciej. W tym systemie wymagana jest możliwość ustawienia dużych

przepływów. Należy stosować już przy przetoczeniu pierwszych 500 ml płynu infuzyjnego [10]. W przypadku przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych konieczne taki sprzęt musi posiadać certyfikat bezpieczeństwa, termometr i system alarmowy. Ogrzewanie krwi należy rozpocząć przy przetoczeniu większym niż 50 ml na minutę [13]. Dopuszczalna temperatura ogrzania krwi jest do 37°C a płynów infuzyjnych do 40-42°C [13,14].

Ważne jest, aby pielęgniarka była świadoma potencjalnego ryzyka wystąpienia hipotermii, znała jej objawy oraz metody zapobiegania i leczenia. Istotnym elementem kompleksowej opieki nad pacjentem jest znajomość i stosowanie metod ogrzewania, a także dokumentowanie wykonanych czynności [15-17].

Cel badań

Ocena poziomu wiedzy pielęgniarek oddziałów zabiegowych w zakresie rozpoznawania oraz zapobiegania niezamierzonej hipotermii okołoperacyjnej u pacjentów dorosłych.

Material i metody badawcze

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej. Badaniem objęto 107 pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy. Badania przeprowadzono w okresie od 01.12.2021-31.03.2022 roku. Wypełnienie ankiety było jednocześnie zgodą na udział w badaniu.

Pod względem wieku rozkład grupy był porównywalny. W wieku 22-40 lat było 49,5%, a powyżej 40 lat – 50,5% ankietowanych. Najliczniej reprezentowane były pielęgniarki ze stażem pracy dłuższym niż 20 lat – 45,8% badanych, następnie od 11 do 20 lat w zawodzie pracowało 28,0%, a do 10 lat – 26,2% ankietowanych.

Tabela I. Wiek i staż pracy w zawodzie

Wiek w latach	n	%	Staż pracy w zawodzie w latach	n	%
22-40	53	49,5	>1r.-10	28	26,2
41 i więcej	54	50,5	11-20	30	28,0
Ogółem	107	100,0	21 i więcej	49	45,8
-	-	-	Ogółem	107	100,0

Analiza statystyczna

Do analizy poziomu wiedzy użyto testów nieparametrycznych: test U Manna-Whitneya – do sprawdzenia istotności różnicy w poziomie wiedzy w dwóch grupach, test Kruskala-Wallisa – do sprawdzenia istotności różnicy w poziomie wiedzy w co najmniej trzech grupach. Do zbadania zależności między wiekiem i stażem pracy w zawodzie pielęgniarki, a odpowiedziami na pytania sprawdzające wiedzę dotyczącą hipotermii użyto testu chi-kwadrat Pearsona. Do porównania wielokrotnych odpowiedzi w dwóch grupach użyto testu istotności różnicy między dwoma wskaźnikami struktury, a w co najmniej trzech grupach użyto testu Fp porównującego k częstości. Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$. Do obliczeń statystycznych wykorzystano pakiet statystyczny STATISTICA 10 PL.

Wyniki badań

Ogólny poziom wiedzy na temat hipotermii

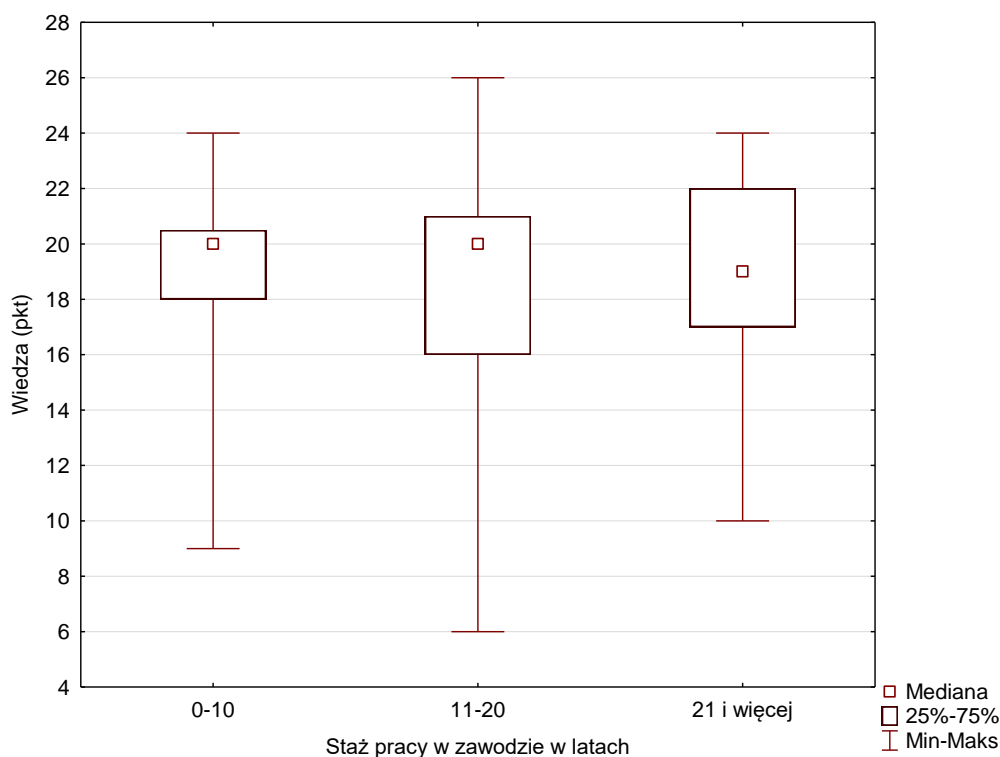
Ogólny poziom wiedzy pielęgniarek na temat rozpoznawania i przeciwdziałania hipotermii u pacjentów dorosłych oceniono na podstawie uzyskanej sumy punktów za poprawne odpowiedzi. Za każdą prawidłową odpowiedź przyznawano 1 pkt. Ankietowane mogły uzyskać w sumie od 0 do 29. punktów. Założono, że 0-7 punktów oznacza niski poziom wiedzy, 8-21 punktów średni (przeciętny) poziom wiedzy, 21-26 punktów wysoki poziom wiedzy, 27-29 punktów bardzo wysoki poziom wiedzy.

Żadna z respondentek nie uzyskała 0 pkt, ani maksymalnej punktacji (29 pkt). Niski poziom wiedzy (do 7 pkt) miała 1 pielęgniarka, a przeciętny poziom wiedzy (od 8 do 21 pkt) – 75,7% pielęgniarek. Pozostałe miały wysoki poziom wiedzy (powyżej 21 pkt) – 23,4% badanych. Wiedza pielęgniarek zawierała się od 6 do 26 pkt. Średnia wiedzy badanych wyniosła $18,9 \pm 3,6$ pkt. Połowa ankietowanych uzyskała nie więcej niż 20 pkt – Tabela I i Wykres 1.

Tabela I Ogólny poziom wiedzy na temat rozpoznawania i przeciwdziałania hipotermii u pacjentów dorosłych

Liczba punktów	n	%	n	%	Poziom wiedzy
6	1	0,9	1	0,9	niski
9	1	0,9			
10	1	0,9			
12	1	0,9			

13	6	5,6	81	75,7	przeciętny			
14	5	4,7						
15	1	0,9						
16	6	5,6						
17	7	6,5						
18	12	11,2						
19	12	11,2						
20	17	15,9						
21	12	11,2	25	23,4	wysoki			
22	10	9,3						
23	6	5,6						
24	8	7,5						
26	1	0,9						
Ogółem	107	100,0	Średnia	Odch. std.	Mediana	Min	Maks	Zakres
			18,9	3,6	20,0	6	26	0-29



Wykres 1 Ramka-wąsy poziomy wiedzy u pielęgniarek o różnym stażu pracy w zawodzie

Staż pracy badanych w zawodzie nie miał wpływu na ich ogólny poziom wiedzy na temat hipotermii u pacjentów dorosłych. Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnej różnicy w poziomie wiedzy między pielęgniarkami o różnym stażu pracy w zawodzie ($p=0,2504$) – Tabela II.

Tabela II. Ogólny poziom wiedzy pielęgniarek a staż pracy w zawodzie

Staż pracy w zawodzie w latach	n	Wiedza (pkt)					H	p
		Średnia	Odch. std.	Mediana	Min.	Maks.		
22-40	53	18,5	4,0	19,0	6	26	-1,15	0,2504
41 i więcej	54	19,4	3,1	20,0	10	24		

H – wartość testu Kruskala-Wallis, p – poziom prawdopodobieństwa

Poziom znajomości teoretycznych podstaw hipotermii w zależności od stażu pracy

1. Gdzie znajduje się ośrodek termoregulacji?

Niezależnie od stażu pracy zdecydowana większość (90,0%) pielęgniarek udzieliła poprawnej odpowiedzi na to pytanie. Test chi-kwadrat nie wykazał istotnej zależności ($p=0,2975$).

Tabela III. Odpowiedzi na pytanie „Gdzie znajduje się ośrodek termoregulacji?” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

Gdzie znajduje się ośrodek termoregulacji?	Staż pracy w zawodzie w latach						χ^2	df	p
	>1-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49				
	n	%	n	%	n	%			
w podwzgórze	26	92,9	25	83,3	46	93,9	2,42	2	0,2975
w skórze	2	7,1	5	16,7	3	6,1			
we włóknach czuciowych	0	0,0	0	0,0	0	0,0			

2. Co to jest hipotermia?

Wszystkie pielęgniarki udzieliły poprawnej odpowiedzi na to pytanie. Ze względu na to, że niezależnie od stażu pracy wszystkie pielęgniarki podały odpowiedź „wychłodzenie organizmu” nie można było zastosować testu chi-kwadrat.

Tabela IV. Odpowiedzi na pytanie „Co to jest hipotermia?” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

Co to jest hipotermia?	Staż pracy w zawodzie w latach						χ^2	df	p
	>1-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49				
	n	%	n	%	n	%			
wychłodzenie organizmu	28	100,0	30	100,0	49	100,0	-	-	-
przegrzanie organizmu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-

3. Ile wyróżnia się stopni hipotermii ze względu na patofizjologię?

Ogółem połowa (55,5%) ankietowanych pielęgniarek uznała trzy stopnie jako odpowiedź prawidłową, a co trzecia (37,3%) wskazała na czterostopniową skalę. Nie udzieliło odpowiedzi 16,4% ankietowanych. Test chi-kwadrat nie wykazał istotnej zależności ($p > 0,05$).

Tabela V Odpowiedzi na pytanie „Ile wyróżnia się stopni hipotermii ze względu na patofizjologię?” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

Ile wyróżnia się stopni hipotermii ze względu na patofizjologię?	Staż pracy w zawodzie w latach						χ^2	df	p
	>1-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49				
	n	%	n	%	n	%			
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3,79	6	0,7045
2	0	0,0	1	3,3	1	2,0			
3	14	50,0	19	63,3	26	53,1			
4	13	46,4	8	26,7	19	38,8			
brak odpowiedzi	1	3,6	2	6,7	3	6,1			

4. O jakiej hipotermii świadczy temperatura centralna w przedziale 32-28°C?

Wśród badanych pielęgniarek, które wskazały na odpowiedź „hipotermii łagodnej” najwyższe odsetki odnotowano w grupie o stażu pracy >1-10 lat (28,6%) i 11-20 lat (26,7%). Respondentki, które wskazały na odpowiedź „hipotermii głębokiej” stanowiły największy odsetek o stażu pracy 21 lat i więcej (24,5%). Test chi-kwadrat wykazał istotną zależność między stażem pracy pielęgniarek w zawodzie a odpowiedziami na pytanie „O jakiej hipotermii świadczy temperatura centralna w przedziale 32-28°C?” ($p = 0,0007$).

Tabela V. Odpowiedzi na pytanie „O jakiej hipotermii świadczy temperatura centralna w przedziale 32-28°C?” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

Temperatura centralna w przedziale 32-28st. C świadczy o:	Staż pracy w zawodzie w latach						χ^2	df	p
	>1-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49				
	n	%	n	%	n	%			
hipotermii łagodnej	8	28,6	8	26,7	1	2,0	23,20	6	0,0007
hipotermii umiarkowanej	19	67,9	19	63,3	34	69,4			
hipotermii głębokiej	1	3,6	2	6,7	12	24,5			
brak odpowiedzi	0	0,0	1	3,3	2	4,1			

5. Co to jest pre-warming?

Niezależnie od stażu pracy zdecydowana większość pielęgniarek udzieliła poprawnej odpowiedzi, odpowiednio w grupie >1-10 lat – 75,0%, 11-20 lat – 56,7% oraz 21 i więcej – 75,5%. Test chi-kwadrat nie wykazał istotnej zależności ($p=0,1576$).

Tabela VI Odpowiedzi na pytanie „Co to jest pre-warming?” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

Co to jest pre-warming?	Staż pracy w zawodzie w latach						χ^2	df	p
	>1-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49				
	n	%	n	%	n	%			
metoda pomiaru temperatury	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6,62	4	0,1576
sposób ogrzewania pacjenta	6	21,4	13	43,3	12	24,5			
ogrzewanie z wyprzedzeniem	21	75,0	17	56,7	37	75,5			
brak odpowiedzi	1	3,6	0	0,0	0	0,0			

6. Jaki wpływ na metabolizm leków ma hipotermia?

Wszystkie pielęgniarki w grupach ze stażem >1-10 lat oraz 21 i więcej udzieliły poprawnej odpowiedzi. Jedynie 2 osoby (6,75%) w grupie 11-20 lat wskazały błędną odpowiedź. Test chi-kwadrat nie wykazał istotnej zależności ($p=0,1514$).

Tabela VII. Odpowiedzi na pytanie „Jaki wpływ na metabolizm leków ma hipotermia?” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

Jaki wpływ na metabolizm leków ma hipotermia?	Staż pracy w zawodzie w latach						χ^2	df	p
	>1-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49				
	n	%	n	%	n	%			
spowalnia go	28	100,0	28	93,3	48	98,0	6,72	4	0,1514
przyspiesza go	0	0,0	2	6,7	0	0,0			
brak odpowiedzi	0	0,0	0	0,0	1	2,0			

7. Czy wiek i choroby współistniejące u pacjenta mają wpływ na powstawanie hipotermii?

Wśród badanych pielęgniarek, które wskazały poprawną odpowiedź największy odsetek był w grupie o stażu pracy >1-10 lat (89,3%). Błędą odpowiedź wskazały najczęściej pielęgniarki o stażu pracy 21 lat i więcej (16,3%). Brak odpowiedzi dominował w grupie o stażu pracy >1-10 lat (10,7%). Test chi-kwadrat wykazał istotną zależność między stażem pracy pielęgniarek w zawodzie a odpowiedziami na pytanie „Czy wiek i choroby współistniejące u pacjenta mają wpływ na powstawanie hipotermii?” ($p=0,0419$).

Tabela VIII. Odpowiedzi na pytanie „Czy wiek i choroby współistniejące u pacjenta mają wpływ na powstawanie hipotermii?” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

Czy wiek i choroby współistniejące u pacjenta mają wpływ na powstawanie hipotermii?	Staż pracy w zawodzie w latach						χ^2	df	p
	>1-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49				
	n	%	n	%	n	%			
tak	25	89,3	25	83,3	40	81,6	9,92	4	0,0419
nie	0	0,0	3	10,0	8	16,3			
brak odpowiedzi	3	10,7	2	6,7	1	2,0			

Poziom znajomości zasad postępowania w przypadku wystąpienia hipotermii w zależności od stażu pracy

1. Gdzie można zmierzyć temperaturę centralną i odpowiadającą temperaturze centralnej pacjenta?

Najczęściej wskazywanym przez respondentki miejscem pomiaru temperatury była odbytnica (śr.71,8%).

Test Fp porównujący k częstości wykazał istotną różnicę między pielęgniarkami o różnym stażu pracy w zawodzie tylko dla odpowiedzi „pomiar temperatury krwi w tętnicy płucnej” ($p=0,0377$). Na odpowiedź tę najczęściej wskazywały pielęgniarki o stażu pracy 11-20 lat (36,7%).

Tabela IX. Odpowiedzi na pytanie „Gdzie można zmierzyć temperaturę centralną i odpowiadającą temperaturze centralnej pacjenta?” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

Gdzie można zmierzyć temperaturę centralną pacjenta?	Staż pracy w zawodzie w latach						p
	>1-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49		
	n	%	n	%	n	%	
w dolnej ½ przełyku	9	32,1	4	13,3	16	32,7	0,1106
pomiar temperatury krwi w tętnicy płucnej	7	25,0	11	36,7	6	12,2	0,0377
pomiar temperatury na błonie bębenkowej za pomocą czujnika termistorowego	13	46,4	18	60,0	18	36,7	0,1298
w pęcherzu moczowym	5	17,9	11	36,7	10	20,4	0,1856
w odbytnicy	19	67,9	21	70,0	38	77,6	0,5972
na czole, przy pomocy odpowiedniej elektrody i czujnika	3	10,7	5	16,7	12	24,5	0,2962
pod pachą	3	10,7	4	13,3	9	18,4	0,6314

2. Jakie objawy występują u pacjentów z hipotermią łagodną?

Wśród badanych pielęgniarek, które wskazały na odpowiedź „dreszcze, zaburzenia orientacji, upośledzenie wymowy, gorsza koordynacja ruchowa, większa częstość oddechów, wzmożone wydzielanie śluzu” największy odsetek (89,3%) był w grupie o stażu pracy >1-10 lat. Na odpowiedź „zmniejsza się częstość rytmu serca, migotanie przedsionków, wzrost ciśnienia tętniczego, poszerzenie źrenic, może dojść do śpiączki” wskazało najwięcej respondentek o stażu pracy 11-20 lat (13,3%). Natomiast „ryzyko wystąpienia migotania komór, spadek ciśnienia tętniczego i asystolia, śpiączka, zanik odruchów, bezdech, obrzęk płuc” za poprawną odpowiedź uznało najwięcej pielęgniarek ze stażem pracy 21 lat i więcej (14,3%). Test chi-kwadrat wykazał istotną zależność między stażem pracy pielęgniarek w zawodzie a odpowiedziami na to pytanie ($p=0,0206$).

Tabela X. Odpowiedzi na pytanie „*Jakie objawy występują u pacjentów z hipotermią łagodną?*” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

<i>Jakie objawy występują u pacjentów z hipotermią łagodną?</i>	Staż pracy w zawodzie w latach						χ^2	df	p
	>1r.-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49				
	n	%	n	%	n	%			
dreszcze, zaburzenia orientacji, upośledzenie wymowy, gorsza koordynacja ruchowa, większa częstość oddechów, wzmożone wydzielanie śluzu	25	89,3	25	83,3	39	79,6	14,96	6	0,0206
zmniejszenie częstości rytmu serca, migotanie przedsionków, wzrost ciśnienia tętniczego, poszerzenie źrenic, może dojść do śpiączki	1	3,6	4	13,3	3	6,1			
ryzyko wystąpienia migotania komór, spadek ciśnienia tętniczego i asystolia, śpiączka, zanik odruchów, bezdech, obrzęk płuc	0	0,0	1	3,3	7	14,3			
brak odpowiedzi	2	7,1	0	0,0	0	0,0			

3. *Jakie zna Pan/Pani bierne metody ogrzewania pacjenta?*

Pytanie o znajomość biernych metod ogrzewania pacjenta miało charakter otwarty, respondenci wpisywali odpowiedź. Prawidłowych odpowiedzi udzieliło 24,3% pielęgniarek. Nieprawidłowe odpowiedzi podało 40,2% badanych. Pozostałe 35,5% respondentek nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Co trzecia pielęgniarka (36,7%) o stażu pracy 21 lat i więcej udzieliła prawidłowej odpowiedzi. Największy odsetek (46,9%) nieprawidłowych odpowiedzi był w grupie o stażu pracy 21 lat i więcej. Najwięcej, bo połowa (56,7%) ankietowanych o stażu pracy 11-20 lat nie udzieliła żadnej odpowiedzi. Test chi-kwadrat wykazał istotną zależność między stażem pracy pielęgniarek w zawodzie a udzieleniem prawidłowych odpowiedzi na pytanie „*Jakie zna Pan/Pani bierne metody ogrzewania pacjenta?*” ($p=0,0020$).

Tabela XI. Odpowiedzi na pytanie „*Jakie zna Pan/Pani bierne metody ogrzewania pacjenta?*” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

<i>Jakie zna Pan/Pani bierne metody ogrzewania pacjenta?</i>	Staż pracy w zawodzie w latach						χ^2	df	p
	>1r.-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49				
	n	%	n	%	n	%			
prawidłowa	5	17,9	3	10,0	18	36,7	16,97	4	0,0020
nieprawidłowa	10	35,7	10	33,3	23	46,9			
brak odpowiedzi	13	46,4	17	56,7	8	16,3			

4. *Jakie zna Pan/Pani czynne metody ogrzewania pacjenta?*

Pytanie dotyczące znajomości czynnych metod ogrzewania pacjenta było o charakterze otwartym. Prawidłowych odpowiedzi udzieliła ponad połowa (57,9%) pielęgniarek. Wskazały one na stosowanie podgrzewaczy, koców i mat elektrycznych, kołderek z ciepłym obiegiem powietrza oraz zastosowanie metody pozaustrojowego ogrzewania pacjenta. Nieprawidłowe odpowiedzi podało 8,4% badanych. Co trzecia respondentka (33,6%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Najwyższy odsetek (71,4%) prawidłowej odpowiedzi był wśród pielęgniarek o stażu pracy 21 lat i więcej. Najwięcej (14,3%) nieprawidłowych odpowiedzi udzieliły respondentki o stażu pracy >1-10 lat. Brak odpowiedzi stwierdzono najczęściej w grupach o stażu pracy >1-10 lat (46,4%) oraz 11-20 lat (43,3%). Test chi-kwadrat wykazał istotną zależność między stażem pracy pielęgniarek w zawodzie a udzieleniem prawidłowych odpowiedzi na pytanie „*Jakie zna Pan/Pani czynne metody ogrzewania pacjenta?*” ($p=0,0322$).

Tabela XI.1 Odpowiedzi na pytanie „*Jakie zna Pan/Pani czynne metody ogrzewania pacjenta?*” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

<i>Jakie zna Pan/Pani czynne metody ogrzewania pacjenta?</i>	Staż pracy w zawodzie w latach						χ^2	df	p
	>1r.-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49				
	n	%	n	%	n	%			
prawidłowa	11	39,3	16	53,3	35	71,4	10,54	4	0,0322
nieprawidłowa	4	14,3	1	3,3	4	8,2			
brak odpowiedzi	13	46,4	13	43,3	10	20,4			

5. *Czy pacjentowi można podawać płyny i preparaty krwiopochodne podgrzane?*

Niezależnie od stażu pracy zdecydowana większość pielęgniarek udzieliła poprawnej odpowiedzi, odpowiednio w grupie >1-10 lat – 96,4%, 11-20 lat – 96,7% oraz 21 i więcej – 93,9%. Test chi-kwadrat nie wykazał istotnej zależności ($p=0,8065$).

Tabela XIII. Odpowiedzi na pytanie „Czy pacjentowi można podawać płyny i preparaty krwiopochodne podgrzane?” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

Czy pacjentowi można podawać płyny i preparaty krwiopochodne podgrzane?	Staż pracy w zawodzie w latach						χ^2	df	p
	>1-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49				
	n	%	n	%	n	%			
tak	27	96,4	29	96,7	46	93,9	1,61	4	0,8065
nie	1	3,6	1	3,3	2	4,1			
brak odpowiedzi	0	0,0	0	0,0	1	2,0			

6. W jaki sposób należy podgrzewać płyny i preparaty krwiopochodne?

Wszystkie pielęgniarki w grupach >1-10 lat oraz 11-20 lat udzieliły poprawnej odpowiedzi, tylko w grupie 21 i więcej brak było jednej odpowiedzi. Test chi-kwadrat nie wykazał istotnej zależności ($p=0,4554$).

Tabela XIV. Odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób należy podgrzewać płyny i preparaty krwiopochodne?” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

W jaki sposób należy podgrzewać płyny i preparaty krwiopochodne?	Staż pracy w zawodzie w latach						χ^2	df	p
	>1r.-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49				
	n	%	n	%	n	%			
należy stosować podgrzewacze do tego przystosowane	28	100,0	30	100,0	48	98,0	1,57	2	0,4554
szybko podgrzać w mikrofalówce	0	0,0	0	0,0	0	0,0			
włożyć do naczynia z gorącą wody	0	0,0	0	0,0	0	0,0			
brak odpowiedzi	0	0,0	0	0,0	1	2,0			

7. Kiedy należy rozpocząć ogrzewanie pacjenta przed zabiegiem operacyjnym?

Wśród badanych, które wskazały na odpowiedź „na oddziale” największe odsetki odnotowano w grupach o stażu pracy >1-10 lat (14,3%) oraz 11-20 lat (13,3%). Na odpowiedź „co najmniej 10 minut przed zabiegiem operacyjnym” wskazało najwięcej (73,5%) pielęgniarek o stażu pracy 21 lat i więcej. Natomiast połowa (50,0%) ankietowanych o stażu pracy 11-20 lat wskazała odpowiedź „w czasie zabiegu”. Test chi-kwadrat wykazał istotną zależność między stażem pracy pielęgniarek w zawodzie a odpowiedziami na pytanie „Kiedy należy rozpocząć ogrzewanie pacjenta przed zabiegiem operacyjnym?” ($p=0,0242$).

Tabela XV. Odpowiedzi na pytanie „Kiedy należy rozpocząć ogrzewanie pacjenta przed zabiegiem operacyjnym?” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

Kiedy należy rozpocząć ogrzewanie pacjenta przed zabiegiem operacyjnym?	Staż pracy w zawodzie w latach						χ^2	df	p
	>1-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49				
	n	%	n	%	n	%			
na oddziale	4	14,3	4	13,3	3	6,1	11,23	4	0,0242
co najmniej 10 minut przed zabiegiem operacyjnym	15	53,6	11	36,7	36	73,5			
w czasie zabiegu	9	32,1	15	50,0	10	20,4			

8. W jaki sposób można zapobiegać powstawaniu hipotermii okołoperacyjnej?

Niezależnie od stażu pracy zdecydowanie najczęściej osób wskazało odpowiedź: „podgrzewanie płynów infuzyjnych”, odpowiednio w grupach >1-10 lat – 89,3%, 11-20 lat – 96,7% oraz 21 i więcej – 85,7%. Test Fp porównujący k częstości nie wykazał istotnej różnicy między pielęgniarkami o różnym stażu pracy w zawodzie dla żadnej odpowiedzi ($p > 0,05$).

Tabela XV. Odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób można zapobiegać powstawaniu hipotermii okołoperacyjnej?” a staż pracy pielęgniarek w zawodzie

W jaki sposób można zapobiegać powstawaniu hipotermii okołoperacyjnej?	Staż pracy w zawodzie w latach						p
	>1r.-10 n=28		11-20 n=30		21 i więcej n=49		
	n	%	n	%	n	%	
ogrzewanie z wyprzedzeniem	22	78,6	19	63,3	33	67,3	0,4102
monitorowanie i dokumentowanie temperatury ciała pacjenta	25	89,3	28	93,3	38	77,6	0,1145
ograniczenie czasu ekspozycji ciała pacjenta na zimno	21	75,0	21	70,0	40	81,6	0,4822
podgrzewanie płynów infuzyjnych	25	89,3	29	96,7	42	85,7	0,2407
wykorzystywanie mat, koców zasilanych urządzeniem do wymuszonego obiegu powietrza	21	75,0	26	86,7	41	83,7	0,4917
utrzymanie temperatury sali operacyjnej powyżej 21°C	20	71,4	20	66,7	31	63,3	0,7635

Samoocena poziomu posiadanej wiedzy na temat hipotermii

1. Czy uważa Pan/Pani, że posiadana wiedza na temat hipotermii jest wystarczająca w opiece nad pacjentem?

Zdecydowana większość ankietowanych pielęgniarek (74,8%) uważała, że nie ma wystarczającej wiedzy na temat hipotermii. Jedynie co trzecia (25,2%) uważała, że posiadana wiedza jest wystarczająca.

Tabela XVI. Odpowiedzi na pytanie „Czy uważa Pan/Pani, że posiadana wiedza na temat hipotermii jest wystarczająca w opiece nad pacjentem?”

<i>Czy uważa Pan/Pani, że posiadana wiedza na temat hipotermii jest wystarczająca w opiece nad pacjentem?</i>	n	%
tak	27	25,2
nie	80	74,8
Ogółem	107	100,0

2. Czy kiedykolwiek uczestniczyła Pani/Pan w szkoleniach na temat hipotermii?

Zdecydowana większość badanych pielęgniarek (94,4%) nie uczestniczyła w szkoleniach na temat hipotermii. Jedynie 5,6% badanych uczestniczyło w takich szkoleniach .

Tabela XVII. Odpowiedzi na pytanie „Czy kiedykolwiek uczestniczyła Pani/Pan w szkoleniach na temat hipotermii?”

<i>Czy kiedykolwiek uczestniczyła Pani/Pan w szkoleniach na temat hipotermii?</i>	n	%
tak	6	5,6
nie	101	94,4
Ogółem	107	100,0

3. Czy chciałaby Pani/Pan uczestniczyć w szkoleniach na temat hipotermii?”

Chęć na uczestnictwo w takich szkoleniach zadeklarowało 80,4% badanych. Nie chce uczestniczyć w takich szkoleniach 5,6% badanych. Nie miało zdania na ten temat 14% ankietowanych.

Tabela XVIII. Odpowiedzi na pytanie „Czy chciałaby Pani/Pan uczestniczyć w szkoleniach na temat hipotermii?”

Czy chciałaby Pani/Pan uczestniczyć w szkoleniach na temat hipotermii?	n	%
tak	86	80,4
nie	6	5,6
nie wiem	15	14,0
Ogół	107	100,0

Wnioski

1. Niezależnie od stażu pracy w zawodzie ogólny poziom wiedzy pielęgniarek na temat rozpoznawania i zapobiegania niezamierzonej hipotermii pooperacyjnej u pacjentów dorosłych był przeciętny. Średnia poprawnych odpowiedzi wyniosła $18,9 \pm 3,6$ pkt (29 max.).
2. Wszystkie pielęgniarki wykazały się znajomością podstaw teoretycznych hipotermii na zbliżonym poziomie.
3. W zakresie postępowania w przypadku wystąpienia hipotermii liczba poprawnych odpowiedzi w przedziałach stażowych była porównywalna. Najwyższy odsetek nieprawidłowych lub braku odpowiedzi dotyczył znajomości biernych metod ogrzewania pacjenta.
4. Zdecydowana większość ankietowanych pielęgniarek miała świadomość braków w swojej wiedzy na temat hipotermii. Jednocześnie prawie wszystkie pielęgniarki wyrażały chęć uczestnictwa w szkoleniach dotyczących hipotermii.

Dyskusja

Uzyskane wyniki zostaną zestawione z publikacjami innych autorów. Temat występowania niezamierzonej hipotermii pooperacyjnej u pacjentów dorosłych jest mało popularny, niewiele jest publikowanych wyników badań na ten temat. Poza tym prezentowane badania różnią się pod względem miejsca ich przeprowadzenia, a także grupy badanej, ale istota badań jest podobna.

Wyniki badań własnych wskazują, że staż pracy w grupie badanych pielęgniarek w zawodzie nie miał wpływu na ich ogólny poziom wiedzy na temat hipotermii u pacjentów dorosłych. Uzyskane wyniki znajdują potwierdzenie w pracy Derkowskiego i wsp. dotyczącej oceny wiedzy w dziedzinie postępowania z poszkodowanym w hipotermii w grupie pracowników medycznych lotniczego pogotowia ratunkowego. Badanie obejmowało zarówno lekarzy, pielęgniarki jak i ratowników medycznych. Nie stwierdzono istotnych różnic i istotnych zależności pomiędzy poziomem wiedzy dotyczącej hipotermii, a wiekiem i stażem pracy w zawodzie. Poziom wiedzy na temat hipotermii był zbliżony we wszystkich badanych grupach [18]. Natomiast Ramuś T. i wsp. podejmują problematykę znaczenia personelu pielęgniarskiego w oddziałach intensywnej terapii. Wskazują na wartość posiadanej wiedzy, kwalifikacji oraz szybkiego reagowania i podejmowania celnych decyzji w opiece nad chorym po nagłym zatrzymaniu krążenia (NZK) i poddanym leczeniu za pomocą hipotermii terapeutycznej. Podkreślają ważny aspekt w terapii

oparty na znajomości jednostki chorobowej jaką jest hipotermia, a także jej objawów i kwalifikacji wg stopni [19].

W diagnostyce i terapii hipotermii istotne znaczenie ma znajomość objawów, ocena stopnia hipoglikemii oraz pomiar temperatury głębokiej. W niniejszym badaniu wykazano, że wszystkie pielęgniarki znają definicję hipotermii, większość pielęgniarek posiada wystarczającą wiedzę w zakresie objawów hipotermii (83,0%). Natomiast tylko co trzecia (37,4%) ankietowana pielęgniarka wskazała stopnie hipotermii.

W niniejszym badaniu pielęgniarki wskazywały poprawne lokalizacje pomiaru temperatury głębokiej. Najczęściej wskazywanym miejscem pomiaru temperatury była odbytnica (śr.71,8%). Według co czwartej ankietowanej (śr. 24,65%) możliwy do zastosowania jest pomiar z tętnicy płucnej. Na odpowiedź tę najczęściej wskazywały pielęgniarki o stażu pracy 11-20 lat (36,7%). Niestety udzielono także nieprawidłowych odpowiedzi – łącznie w całej grupie badanych: na czole, przy pomocy odpowiedniej elektrody i czujnika (śr. 17,3%) oraz pod pachą (śr.14,1%).

Istnieją cztery główne metody pomiaru temperatury głębokiej. Najbardziej miarodajny, referencyjny jest pomiar z tętnicy płucnej, jest to jednak metoda inwazyjna i dostępna wyłącznie w warunkach szpitalnych.

W praktyce ratowniczej wybierane są inne lokalizacje. Najdokładniejszy jest pomiar z 1/3 głębokości przełyku, możliwy do wykonania u pacjentów nieprzytomnych i zaintubowanych, a zabieg wymaga doświadczenia we wprowadzaniu sondy. Tę metodę mogą stosować członkowie Zespołów Ratownictwa Medycznego lub inny personel medyczny. Alternatywnym sposobem jest pomiar w odbytnicy, wymagający jedynego specjalnego termometru doodbytniczego. Jest to pomiar inwazyjny, krępujący dla osób przytomnych, a obecność mas kałowych czy wpływ termogenezy mogą zaburzyć wynik. Zalecany jest zatem u osoby nieprzytomnej, może być wykonany przy NZK. Metodą polecaną dla ratowników Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy (KPP) jest pomiar z błony bębenkowej specjalnym termometrem. Daje wartości wystarczająco zbliżone, by można było uznać je za wiarygodne. Jednak trzeba mieć świadomość, że pomiar z błony bębenkowej jest obarczony ryzykiem błędu w przypadku nieprawidłowego wykonania i nie jest miarodajny w przypadku NZK. Natomiast termometry na podczerwień nie nadają się do pomiaru temperatury głębokiej i nie mogą służyć jako alternatywy dla powyższych sposobów [20].

W zakresie znajomości biernych (wykorzystujących termoregulację pacjenta) metod ogrzewania co czwarta ankietowana pielęgniarka (24,3%) udzieliła poprawnej odpowiedzi. Zdecydowana większość (75,7%) podała nieprawidłowe odpowiedzi lub nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Natomiast wyższy poziom wiedzy stwierdzono w zakresie znajomości czynnych metod ogrzewania pacjenta. Poprawnych odpowiedzi udzieliła ponad połowa (57,9%) pielęgniarek. Wskazały one na stosowanie podgrzewaczy, koców i mat elektrycznych, kołderek z ciepłym obiegiem powietrza oraz zastosowanie metody pozaustrojowego ogrzewania pacjenta. Wśród badanych, które udzieliły prawidłowej odpowiedzi najwyższy odsetek uzyskano w grupie pielęgniarek o stażu pracy 21 lat i więcej (71,4%). Natomiast w badaniu pilotażowym przeprowadzonym w oddziałach zabiegowych, oddziałach intensywnej terapii i blokach operacyjnych na terenie województwa świętokrzyskiego wykazano, że na większości z wyżej wymienionych oddziałów nie stosuje się czynnego ogrzewania pacjentów. Wynikać to może z braku odpowiednich procedur. Konieczne jest przeprowadzenie szkoleń wśród personelu medycznego w celu pogłębienia wiedzy i umiejętności w przeciwdziałaniu hipotermii. Większość badanych szpitali nie posiada odpowiedniego sprzętu bądź nie jest on wykorzystywany. Wynikiem tego jest niewystarczająca profilaktyka i leczenie hipotermii u pacjentów urazowych [21].

Godne polecenia są wskazówki opracowane przez Horosz i wsp., które mogą być pomocne w zapobieganiu hipotermii okołoperacyjnej:

- należy stosować aktywne metody zapobiegania hipotermii w przypadku zabiegów mających trwać/trwających dłużej niż 30 min,
- należy stosować ogrzewanie jeszcze przed indukcją znieczulenia,
- przy długich zabiegach oraz u chorych z grup podwyższonego ryzyka należy zapobiegać utracie ciepła z pomocą więcej niż jednej metody aktywnej.

Użycie nawet kilku systemów zapobiegania hipotermii podczas jednego zabiegu nie jest ani czasochłonne, ani kłopotliwe, ani też w większości przypadków nazbyt kosztowne stąd można mieć nadzieję, że ich rutynowe stosowanie to już tylko kwestia czasu [22].

Hipotermia to stan zagrażający życiu. Zatem należy zwrócić szczególną uwagę na zwiększanie świadomości występowania okołoperacyjnej hipotermii będącej jednym z częstych powikłań związanych ze znieczuleniem i zabiegiem operacyjnym. Optymizmem napawa fakt, że oddziałach zabiegowych zdecydowana większość personelu pielęgniarskiego wyraża chęć uczestnictwa w szkoleniach dotyczących hipotermii.

Piśmiennictwo

1. Traczyk W.: Fizjologia człowieka w zarysie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013
2. Cenajek-Musiał D, Okulicz-Kozaryn I, Grześkowiak M.: Repetytorium z medycyny ratunkowej. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2017
3. Brongel L. Algorytmy diagnostyczne i lecznicze w praktyce SOR. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018
4. Sosada K., Żurawiński W.: Ostre stany zagrożenia życia w obrażeniach ciała. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018
5. Van den Hoek T.L., Morrison L.J., Shuster M., et al.: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 12: Cardiac arrest in special situations. *Circulation*, 2010, 122: S829-S861
6. Jakubaszko J.: Medycyna Ratunkowa. Nagłe zagrożenie zdrowotne pochodzenia wewnętrznego. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2014
7. Gucwa J., Madej T., Ostrowski M.: Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne i wybrane stany nagłe. Wydawca: Medycyna Praktyczna, Kraków 2017
8. Sadowski Ł., Machała W.: 40-letni mężczyzna z hipotermią – zespoły wczesnego reagowania. *Medycyna Praktyczna* 2019; (2): 102-105
9. Podsiadło P., Kosiński S., Darocha T., i wsp.: Hipotermia – jak nie odebrać choremu szansy na przeżycie. *Medycyna po Dyplomie* 2018; (01): 63-68
10. Białowolska K., Horosz B., Grzelak M., i wsp.: Prewencja niezamierzonej hipotermii okołoperacyjnej jako czynnika zwiększającego ryzyko powikłań, w tym powikłań infekcyjnych. *Zakażenia XXI Wieku* 2019; 2(5): 19-223
11. Szmydt M., Motyssek K.: Niezamierzona hipotermia okołoperacyjna jako czynnik zwiększający ryzyko różnych powikłań – w tym zakażeń. *Zakażenia* 2016; (5): 43-48
12. Harzowska J., Kózka M.: Czynniki wpływające na wystąpienie hipotermii w okresie pooperacyjnym. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011; (2): 47-53
13. Klimczyk A., Niechwiadowicz-Czapka T.: Leczenie krwią. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022

14. Kosiński S., T. Darocha, Sadowski J., Drwiła R.: Hipotermia. Kliniczne aspekty wychłodzenia organizmu. Mechanizmy zagrożeń i kierunki nowoczesnego leczenia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016
15. Bączyk G., Kapala W.: Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed- i pooperacyjnym w chirurgii, ortopedii i traumatologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2018
16. Horosz B., Malec-Milewska M.: Hipotermia okołoperacyjna – czynnik zwiększający ryzyko powikłań infekcyjnych. Forum Zakażeń 2014; 5(2): 67-71
17. Horosz B., Malec-Milewska M.: Zwiększone ryzyko powikłań infekcyjnych jako skutek okołoperacyjnej hipotermii. Forum Zakażeń 2015; 6(4): 227-230
18. Derkowski T., Kosiński S., Podsiadło P. i wsp.: Ocena wiedzy w dziedzinie postępowania z poszkodowanym w hipotermii w grupie pracowników medycznych Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Wiadomości Lekarskie 2017; 70 (5): 875-880
19. Ramuś T., Krzemińska S., Arendarczyk M., i wsp.: Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej nad chorym w pierwszej dobie hipotermii terapeutycznej po nagłym zatrzymaniu krążenia. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2016; 5 (3): 94-98.
20. Pomiar temperatury głębokiej w hipotermii. <https://projektaed.pl> Jak odpowiednio mierzyć temperaturę w hipotermii? | Projekt AED (dojście 13.04.2023)
21. Podsiadło P., Kosiński S., Darocha T., i wsp.: Diagnostyka i leczenia hipotermii pourazowej w warunkach szpitalnych – badanie pilotażowe. Polski Przegląd Chirurgiczny 2019, 91(2):24-28.
22. Horosz B., Malec-Milewska M.: Metody przeciwdziałania śródoperacyjnej hipotermii. Anestezjologia Intensywna Terapia 2014; XLVI(2): 105-110

Adres do korespondencji:

mgr Iwona Fiszer

dr Wiesław Zielonka

e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Konflikt interesów: Nie występuje

Data wpływu do Redakcji: 28.04.2023

Po recenzji: 19.05.2023

Zaakceptowano do druku: 25.05.2023

Copyright

© 2023 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Narażenie na psychospołeczne zagrożenia ze strony współpracowników w miejscu pracy w opinii pielęgniarek

An exposure to psychosocial threats from co-workers at workplace according to nurses' opinions

Joanna Perdek,^{1, A-C} Ewa Barczykowska^{2, D-F}

¹ Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, „Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu

² Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Pielęgniarki nie tylko są świadkami negatywnych zachowań personelu w miejscu pracy, ale też pokrzywdzonymi. Często doświadczają agresji ze strony innych członków personelu. Zagrożenia psychospołeczne w pracy mogą powodować u nich szkody psychiczne, społeczne lub fizyczne.

Cel pracy. Poznanie opinii pielęgniarek na temat zagrożeń psychospołecznych wśród współpracowników w miejscu pracy.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 98 studentów II roku studiów drugiego stopnia na kierunku Pielęgniarstwo w Wyższej Szkole Medycznej w Legnicy w okresie 7-9 lutego 2020 roku. Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. W badanej grupie pozytywne zachowania wobec członków zespołu terapeutycznego najczęściej deklarowały pielęgniarki pracujące w zawodzie 21-30 lat: umiejętność pracy w zespole (76,7%), dążenie do osiągnięcia kompromisu (56,7%), panowanie nad emocjami (56,7%). Pielęgniarki bez specjalizacji pielęgniarskiej częściej zauważały negatywne zachowania personelu w miejscu pracy niż pielęgniarki posiadające specjalizację: plotkowanie (90% vs 57,9%), panująca napięta atmosfera (43,3% vs 28,9%). Stwierdzono występowanie istotnej zależności ($p = 0,001$) pomiędzy plotkowaniem a posiadaniem specjalizacji. Pielęgniarki bez specjalizacji częściej doświadczaly takich zachowań jak: krzyki (51,7% vs 36,8%), upokarzające gesty,

Summary

Introduction. Not only are the nurses the witnesses of staff's negative behaviours at workplace, but also the victims. Many a time they experience aggression from other staff members. Psychosocial threats at work can cause mental, physical and social damage.

Research objective. To learn nurses' opinions on psychosocial threats among colleagues at workplace.

Materials and methods. The study was carried out among 98 2nd year students of second degree studies at the Faculty of Nursing at University of Medical Sciences in Legnica. between 7 and 9 February 2020. The research was carried out using a diagnostic survey method, the original survey was used as a research tool.

Results. In the study group positive behaviours towards the members of therapeutic unit was most often declared by the nurses that had been working in profession for 21 to 30 years: the ability to work in a team (76,7%), striving for a compromise (56,7%), controlling one's emotions (56,7%). The nurses without specialization noticed negative behaviours of the personnel at the workplace more often than the nurses with specialization : gossiping (90% vs 57,9), tense atmosphere (43,3% vs 28,9%). It was found that there is a significant connection ($p = 0,001$) between gossiping and having a specialization. Nurses without specialization more often experienced such behaviours like: shouting (51,7% vs 36,8%), humiliating gestures, looks, innuendo (48,3% vs 31,6%), constant criticizing (46,7% vs 21,1%). It was found that there is a connection ($p = 0,019$) between having a

spojrzenia, aluzje (48,3% vs 31,6%), ciągle krytykowanie (46,7% vs 21,1%). Stwierdzono występowanie istotnej zależności ($p = 0,019$) pomiędzy posiadaniem specjalizacji a ciągłym krytykowaniem. W badanej grupie problemy zdrowotne najczęściej występowały u pielęgniarek pracujących 6-20 lat. Stwierdzono istotną zależność pomiędzy stażem pracy w zawodzie od 6. do 20. lat a lękiem ($p = 0,002$), problemami z koncentracją (częste popełnianie błędów) ($p = 0,001$) oraz koniecznością skorzystania ze zwolnień lekarskich ($p = 0,001$).

Wnioski 1. W zespołach pielęgniarek najczęściej występowała przemoc emocjonalna, która przybierała różne formy: obmawiania, upokarzających gestów, spojrzeń i aluzji, krzyków oraz ciągłego krytykowania. 2. Formy doświadczanej przemocy emocjonalnej były związane z wiekiem oraz poziomem wykształcenia. 3. Niezależnie od stażu pracy połowa ankietowanych pielęgniarek jako problem zdrowotny uznała obniżenie nastroju.

Słowa kluczowe: zagrożenia psychospołeczne, miejsce pracy, pielęgniarki, problemy zdrowotne

specialization and constant criticizing. In the study group health problems appeared in nurses who had worked for 6 to 20 years. A relationship was found between work experience of 6 to 20 years and anxiety ($p = 0,002$), concentration problems (making mistakes more often) ($p = 0,001$), and the need to go on a sick leave.

Conclusions 1. In nursing teams emotional violence was dominant, it had a form of: gossiping, humiliating gestures, looks and allusions, shouting and constant criticizing. 2. Forms of experienced emotional violence were connected with age and the level of education. 3. Regardless of work experience half of the respondents considered depressed mood a health problem.

Key words: psychosocial threats, workplace, nurses, health problems

Wprowadzenie

W najszerszym ujęciu za zagrożenie przyjmuje się każde zjawisko, sytuację lub czynnik, które potencjalnie jest w stanie spowodować istotną dla osoby szkodę [1]. Przyjmując za kryterium naturę spodziewanej szkody, ogólnie zagrożenia można podzielić na: fizyczne, które bezpośrednio oddziałują na człowieka i generują szkody natury fizycznej oraz psychospołeczne, mogące skutkować szkodami psychosomatycznymi, behawioralnymi i fizycznymi, a które poprzez doświadczany stres psychologiczny naruszają psychiczny oraz społeczny dobrostan człowieka. Oddziaływanie psychospołecznych zagrożeń ma zatem charakter pośredni, w którym kluczową rolę odgrywa doświadczanie przez człowieka stresu w związku z wykonywaną pracą [2].

Zainteresowanie psychologicznymi aspektami środowiska pracy sięga lat 50. XX wieku. Podjęto wtedy pierwsze badania naukowe nad wpływem psychospołecznych czynników na zdrowie pracujących oraz próby zdefiniowania czynników psychospołecznych i zagrożeń z nimi związanych.

Międzynarodowa Organizacja Pracy (1984) definiuje zagrożenia psychospołeczne w kategoriach interakcji pomiędzy treścią pracy, organizacją i zarządzaniem procesem pracy oraz innymi organizacyjnymi i środowiskowymi uwarunkowaniami z jednej strony, a kompetencjami i potrzebami pracownika z drugiej. W tym sensie, odnoszą się one do tych interakcji, co do których wykazano, że ich doświadczanie i postrzeganie niesie ryzyko dla zdrowie pracowników [3].

Aktualna i powszechnie akceptowana definicja określa psychospołeczne zagrożenia zawodowe jako: „*te aspekty organizacji zarządzania w pracy, wraz z ich kontekstem środowiskowym i społecznym i środowiskowym, które potencjalnie mogą powodować szkody psychiczne, społeczne lub fizyczne*” [4].

Praca w zawodzie pielęgniarki obciążona jest szeregiem zagrożeń, które związane są ze szkodliwym wpływem czynników: biologicznych, chemicznych, ergonomicznych, fizycznych oraz psychospołecznych.

Wysoki poziom ryzyka zagrożenia czynnikami psychospołecznymi w pracy pielęgniarki wynika z istoty tego zawodu. **Pielęgniarka w systemie ochrony zdrowia** aktywnie uczestniczy w procesie diagnostycznym, terapeutycznym, rehabilitacyjnym oraz pielęgnacyjnym. Realizowanie tych typowych dla zawodu funkcji wymaga pracy zespołowej lub interdyscyplinarnego współdziałania, a także zaangażowania samego pacjenta oraz jego rodziny. Ciągłość opieki pielęgniarskiej opiera się na relacji z pacjentem i identyfikuje pielęgniarkę z pacjentem [5].

Istnieje wiele klasyfikacji zagrożeń psychospołecznych i żadna z nich nie jest pełna. Jednak najbardziej upowszechniony w literaturze jest zestaw kategorii zaproponowany przez Coxa i wsp. opisujący psychospołeczne zagrożenia poprzez odwołanie się do charakterystyki środowiska pracy, które powstają ze względu na treść pracy oraz zagrożenia wynikające z kontekstu pracy. Niebezpieczeństwo związane z treścią pracy dotyczy czynników, zjawisk lub zdarzeń, jakie mogą wywołać stres u pracownika poprzez bezpośrednie wykonywanie przez niego czynności zawodowych. Natomiast psychospołeczne zagrożenia odnoszące się do kontekstu pracy obejmują wszystkie te aspekty, które w sposób pośredni wpływają na jakość wykonywanej pracy [4]. Psychospołeczne czynniki ryzyka występujące w miejscu pracy pielęgniarki to:

- cechy związane z treścią pracy – wymuszona koncentracja uwagi, wykonywanie kilku czynności jednocześnie, wymagana długotrwała czujność i bezbłądność, itd.;
- cechy dotyczące organizacji pracy – sztywne godziny pracy, narzucone tempo, pośpiech, presja czasu, obsługa specjalistycznego sprzętu, itp.;
- stosunki interpersonalne – komunikacja z pacjentami, ich rodzinami, współpracownikami i pozostałym personelem; konieczność rywalizacji, kooperacji, kompromisu, brak wsparcia ze strony przełożonych, itp.;
- psychologiczne cechy pracy wynikające z jej relacji do potrzeb i preferencji pracowników – niski prestiż społeczny, niskie pobory, dylematy moralne, ograniczona możliwość awansu i rozwoju zawodowego;
- klimat i kultura organizacyjna – uznawane wartości w organizacji, prestiż zawodu, współpraca, konflikty, pozycja pielęgniarek;
- cechy pracy wywołujące zakłócenia praca – dom – praca zmianowa, praca „*pod telefonem*”, zmieniający się grafik dyżurów, duża liczba nadgodzin, itd.;
- materialne warunki pracy – aspekty organizacyjne dla sprawnego funkcjonowania oraz cechy fizyczne środowiska pracy (niewygodna pozycja, nieprzyjemny zapach, kontakt z wydaliniami i wydzielinami, niedoposażenie stanowiska pracy, temperatura, itp.); czynniki biologiczne (kontakt z materiałem zakaźnym) oraz chemiczne (np. środki dezynfekcyjne) [3,5].

Zagrożenia psychospołeczne w pracy mogą potencjalnie powodować szkody psychiczne, społeczne lub fizyczne u pracownika i być źródłem stresu zawodowego, który wywołuje negatywne konsekwencje u człowieka [4] Mogą znacząco obniżyć poczucie zadowolenia z pracy, mogą też być źródłem stresu zawodowego, który jest powiązany z innymi niekorzystnymi zjawiskami, takimi jak np. wypalenie zawodowe, mobbing czy pracoholizm [6].

Cel pracy

Poznanie opinii pielęgniarek na temat zagrożeń psychospołecznych ze strony współpracowników w miejscu pracy.

Material i metody

Badania przeprowadzono wśród 98 studentek II roku studiów drugiego stopnia na kierunku Pielęgniarstwo w Wyższej Szkole Medycznej w Legnicy w okresie 7-9

lutego 2020 roku. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Dziekan Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy.

Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Jako narzędzia badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

W badaniach wzięło udział 98 pielęgniarek z tytułem licencjata pielęgniarstwa. Zdecydowana większość zajmowała stanowisko pielęgniarki odcinkowej. Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki zatrudnione na oddziałach internistycznych i chirurgicznych. Do grupy „inne” zakwalifikowano osoby, których miejsce pracy pojawiało się rzadziej niż u pięciu osób. Niespełna połowa legitymowała się stażem pracy w zawodzie pielęgniarki poniżej 5. lat. Strukturę demograficzno-społeczną badanej grupy przedstawiono w Tabeli I.

Tabela I. Charakterystyka demograficzno-społeczna badanej grupy

Cecha		N	%
Płeć	kobieta	98	100,0
Wiek	51-60 lat	12	12,2
	31-40 lat	15	15,3
	20-30 lat	37	27,8
	41-50 lat	32	32,7
	powyżej 60 lat	2	2,0
Stan cywilny	panna	43	43,9

	zamężna	39	38,8
	rozwidziona	14	14,3
	wdowa	2	2,0
Wykształcenie	licencjat pielęgniarstwa	89	90,8
Ukończone kształcenie podyplomowe	specjalizacja	38	57,58
	kurs kwalifikacyjny	25	37,88
	kurs specjalistyczny	32	48,48
	inne kształcenie	10	15,15
Staż pracy w zawodzie	< 5 lat	47	48,00
	6-20 lat	10	10,20
	21-30 lat	30	30,60
	31-40 lat	10	10,20
	>40 lat	1	1,00
Zajmowane stanowisko	pielęgniarka oddziałowa	6	6,10
	pielęgniarka koordynująca	11	11,20
	pielęgniarka odcinkowa	81	82,70
Miejsce pracy – oddział	internistyczny	13	13,3
	chirurgiczny	11	11,2
	intensywna opieka medyczna	10	10,2
	podstawowa opieka medyczna	9	9,2
	onkologiczny	8	8,2
	inne	47	47,9

Analiza statystyczna

Analizy statystyczne zebranego materiału wykonano w środowisku statystycznym R wer.3.6.0, programie PSPP oraz MS Office 2019. We wstępnej analizie zebrany materiał badawczy wyrażono w liczbach bezwzględnych oraz wartościach procentowych. W dalszej analizie statystycznej, szukając zależności pomiędzy przyjętymi w badaniu zmiennymi, zastosowano test χ^2 , gdzie za poziom istotności przyjęto $p = 0,05$.

Wyniki

Deklarowanie pozytywnych zachowań wobec zespołu terapeutycznego

W badanej grupie pozytywne zachowania wobec współpracowników w zespole terapeutycznym najczęściej deklarowały pielęgniarki pracujące w zawodzie 21-30 lat: umiejętność pracy w zespole – 76,7%, dążenie do osiągnięcia kompromisu – 56,7%, panowanie nad emocjami – 56,7%, odmawianie innym w sposób, który nie sprawia im przykrości – 36,7%. Pielęgniarki ze stażem do 5 lat najczęściej wymieniły: pomaganie

współpracownikom – 78,7%. Połowa ankietowanych pracujących 6-20 lat wskazała na: brak uznawania swoich potrzeb za ważniejsze od celów całej grupy. Natomiast najwyższy odsetek w zakresie wyrażania swojego zdania jasno, nie naruszając przy tym prawa innych ludzi do posiadania własnych opinii odnotowano wśród pracujących powyżej 30 lat – 63,6%.

Nie stwierdzono istotnej zależności ($p > 0,05$) pomiędzy stażem pracy w zawodzie a oceną własnych pozytywnych zachowań w badanej grupie – Tabela II.

Tabela II. Deklarowanie pozytywnych zachowań w zespole terapeutycznym a staż pracy w zawodzie

Pozytywne zachowania	Staż pracy w zawodzie				Wynik testu	
	Do 5 lat	6-20 lat	21-30 lat	Powyżej 30 lat		
Panowanie nad emocjami	N	22	5	17	5	$\chi^2 = 0,816$ $df = 3$ $p = 0,846$
	%	46,8%	50,0%	56,7%	45,5%	
Pomaganie współpracownikom	N	37	4	21	8	$\chi^2 = 6,105$ $df = 3$ $p = 0,107$
	%	78,7%	40,0%	70,0%	72,7%	
Dążenie do osiągnięcia kompromisu	N	22	4	17	6	$\chi^2 = 1,216$ $df = 3$ $p = 0,749$
	%	46,8%	40,0%	56,7%	54,5%	
Umiejętność pracy w zespole	N	28	5	23	6	$\chi^2 = 3,711$ $df = 3$ $p = 0,294$
	%	59,6%	50,0%	76,7%	54,5%	
Odmawianie innym w sposób, który nie sprawia im przykrości	N	17	0	11	3	$\chi^2 = 5,523$ $df = 3$ $p = 0,137$
	%	36,2%	0,0%	36,7%	27,3%	
Nie uznawanie swoich potrzeb za ważniejsze od celów całej grupy	N	17	5	7	3	$\chi^2 = 2,962$ $df = 3$ $p = 0,397$
	%	36,2%	50,0%	23,3%	27,3%	
Wyrażanie swojego zdania jasno, nie naruszając przy tym prawa innych ludzi do posiadania własnych opinii	N	17	4	14	7	$\chi^2 = 3,009$ $df = 3$ $p = 0,390$
	%	36,2%	40,0%	46,7%	63,6%	

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

Zauważanie negatywnych zachowań personelu w miejscu pracy

Następnie określono zależność pomiędzy częstością zauważania negatywnych zachowań personelu w miejscu pracy a posiadaniem specjalizacji pielęgniarskiej. Pielęgniarki bez specjalizacji częściej wskazywały na: plotkowanie (90% vs 57,9%), panującą napiętą atmosferę (43,3% vs 28,9%), brak panowania nad emocjami (40% vs 34,2%), przypisywanie sobie zasług (26,7% vs 13,2%), zachowania wulgarne (20% vs 10,5%), symulowanie chorób (21,7% vs 21,1%) oraz przejawianie innych toksycznych zachowań (5% vs 2,6%). Natomiast pielęgniarki ze specjalizacją częściej zauważały na zachowania agresywne (7,9% vs 6,7%).

Nie odnotowano istotnej zależności pomiędzy zdecydowaną większością zaobserwowanych negatywnych zachowań w badanej grupie a posiadaniem specjalizacji. Stwierdzono jedynie występowanie istotnej zależności ($p = 0,001$) pomiędzy plotkowaniem a posiadaniem specjalizacji. Osoby bez specjalizacji częściej wskazują plotki jako niewłaściwe zachowanie – Tabela III.

Tabela III. Częstość zaobserwowanych negatywnych zachowań personelu a posiadanie specjalizacji

Negatywne zachowania	Specjalizacja		Wynik testu
	Posiadanie	Brak	
Panuje napięta atmosfera	N	11	$\chi^2 = 1,482$ $df = 1$ $p = 0,223$
	%	28,9%	
Zachowują się wulgarnie	N	4	$\chi^2 = 0,914$ $df = 1$ $p = 0,339$
	%	10,5%	
Zachowują się agresywnie	N	3	$\chi^2 = 0,000$ $df = 1$ $p = 1,000$
	%	7,9%	
Nie panują nad emocjami	N	13	$\chi^2 = 0,131$ $df = 1$ $p = 0,717$
	%	34,2%	
Przypisują sobie zasługi innych	N	5	$\chi^2 = 1,783$ $df = 1$ $p = 0,182$
	%	13,2%	
Plotkują	N	22	$\chi^2 = 11,992$ $df = 1$ $p = 0,001$
	%	57,9%	

	N	8	13	$\chi^2 = 0,000$
Symulują chorobę	%	21,1%	21,7%	$df = 1$
				$p = 1,000$
	N	1	3	$\chi^2 = 0,003$
Przejawiają inne toksyczne zachowania	%	2,6%	5,0%	$df = 1$
				$p = 0,957$

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

Wiek pielęgniarek jako czynnik doświadczania **negatywnych** zachowań **ze strony koleżanek/kolegów w miejscu pracy**

W dalszej części badania analizie poddano zależność między doznawaniem negatywnych zachowań ze strony koleżanek/kolegów w miejscu pracy a wiekiem pielęgniarek. Z przeprowadzonych badania wynika, że respondentki w wieku 31-40 lat nie wskazały negatywnych zachowań wobec siebie ze strony koleżanek/kolegów w miejscu pracy. Najczęściej niewłaściwego postępowania doświadczały osoby w wieku 20-30 lat i starsze powyżej 41 lat. Zachowania te przejawiały się jako: obmawianie (53,3%, vs 50%), upokarzające gesty, spojrzenia, aluzje (53,3% vs 50%). Ponadto tylko w grupie 20-30 lat odnotowano: ingerowanie w życie osobiste – 46,7% oraz zachowania dążące do izolowania od zespołu – 6,7%. Natomiast wśród ankietowanych w wieku powyżej 41 lat odnotowano: poniżanie (50% vs 26,7%), grożenie np. uratą pracy, czy przeniesieniem na inny oddział (25% vs 20%). Wyłącznie w tej grupie wiekowej wskazywano: molestowanie seksualne – 25% oraz przemoc fizyczną – 25%.

Badanie korelacji pomiędzy doświadczaniem niewłaściwych zachowań koleżanek/kolegów wobec siebie a wiekiem nie wykazało istotnej zależności ($p > 0,05$) – Tabela IV.

Tabela IV. Doznawanie niewłaściwych zachowań ze strony koleżanek/kolegów w miejscu pracy w zależności od wieku

Niewłaściwe zachowania		Wiek			Wynik testu
		20-30 lat	31-40 lat	powyżej 41 lat	
Praca, zaangażowanie i sukcesy nie są doceniane w takim stopniu, jak powinny	N	7	0	1	$\chi^2 = 1,319$
	%	46,7%	0,0%	25,0%	$df = 2$ $p = 0,517$
Obmawianie	N	8	0	2	$\chi^2 = 1,067$
	%	53,3%	0,0%	50,0%	$df = 2$ $p = 0,587$
Ciągłe krytykowanie	N	6	0	1	$\chi^2 = 0,879$
	%	40,0%	0,0%	25,0%	$df = 2$ $p = 0,644$
Upokarzające gesty, spojrzenia, aluzje	N	8	0	2	$\chi^2 = 0,875$
	%	53,3%	0,0%	50,0%	$df = 2$ $p = 0,646$
Ponížanie	N	4	0	2	$\chi^2 = 1,270$
	%	26,7%	0,0%	50,0%	$df = 2$ $p = 0,530$
Krzyki	N	8	0	1	$\chi^2 = 1,886$
	%	53,3%	0,0%	25,0%	$df = 2$ $p = 0,390$
Groźenie np. Uratą pracy, czy przeniesieniem na inny oddział	N	3	0	1	$\chi^2 = 0,313$
	%	20,0%	0,0%	25,0%	$df = 2$ $p = 0,855$
Zachowania dążące do izolowania od zespołu	N	1	0	0	$\chi^2 = 0,351$
	%	6,7%	0,0%	0,0%	$df = 2$ $p = 0,839$
Molestowanie seksualne	N	0	0	1	$\chi^2 = 4,211$
	%	0,0%	0,0%	25,0%	$df = 2$ $p = 0,122$
Przemoc fizyczna	N	0	0	1	$\chi^2 = 4,211$
	%	0,0%	0,0%	25,0%	$df = 2$ $p = 0,122$
Ingerowanie w życie osobiste	N	7	0	0	$\chi^2 = 3,590$
	%	46,7%	0,0%	0,0%	$df = 2$ $p = 0,166$

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

Posiadanie specjalizacji pielęgniarskiej jako czynnik doświadczania negatywnych zachowań ze strony koleżanek/kolegów w miejscu pracy

Kolejnym badanym elementem było określenie zależności między częstością doświadczanych negatywnych zachowań ze strony koleżanek/kolegów w miejscu pracy a posiadaniem specjalizacji pielęgniarskiej. Pielęgniarki bez specjalizacji częściej doświadczały takich zachowań jak: krzyki (51,7% vs 36,8%), upokarzające gesty, spojrzenia, aluzje (48,3% vs 31,6%), ciągle krytykowanie (46,7% vs 21,1%), obmawianie (45% vs 36,8%), ingerowanie w życie osobiste (33,3% vs 15,8%), niedocenianie ich pracy, zaangażowania oraz sukcesów (30% vs 28,9), poniżanie (26,7% vs 26,3%), grożenie np. uratą pracy, czy przeniesieniem na inny oddział (26,7% vs 10,5%), przemoc fizyczna (18,3% vs 10,5%), zachowania dążące do izolowania od zespołu (13,3% vs 10,5%). Natomiast molestowanie seksualne częściej dotyczyło pielęgniarek ze specjalizacją (10,5% vs 6,7%).

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej nie stwierdzono zależności statystycznej pomiędzy doświadczaniem zdecydowanej większości negatywnych zachowań ze strony koleżanek/kolegów w miejscu pracy a posiadaniem specjalizacji pielęgniarskiej ($p > 0,05$). Stwierdzono jedynie występowanie istotnej zależności ($p = 0,019$) pomiędzy posiadaniem specjalizacji a ciągłym krytykowaniem – Tabela V.

Tabela V. Doznawanie niewłaściwych zachowań ze strony koleżanek/kolegów w miejscu pracy w zależności od posiadania specjalizacji pielęgniarstwa

Niewłaściwe zachowania	Specjalizacja		Wynik testu
	posiadanie	brak	
Praca, zaangażowanie i sukcesy nie są doceniane w takim stopniu, jak powinny	N	11	$\chi^2 = 0,000$ $df = 1$ $p = 1,000$
	%	28,9%	
Obmawianie	N	14	$\chi^2 = 0,345$ $df = 1$ $p = 0,557$
	%	36,8%	
Ciągłe krytykowanie	N	8	$\chi^2 = 5,512$ $df = 1$ $p = 0,019$
	%	21,1%	
Upokarzające gesty, spojrzenia, aluzje	N	12	$\chi^2 = 2,039$ $df = 1$ $p = 0,153$
	%	31,6%	
Poniżanie	N	10	$\chi^2 = 0,000$ $df = 1$ $p = 1,000$
	%	26,3%	
Krzyki	N	14	$\chi^2 = 1,505$ $df = 1$ $p = 0,220$
	%	36,8%	
Groźenie np. Uratą pracy, czy przeniesieniem na inny oddział	N	4	$\chi^2 = 2,804$ $df = 1$ $p = 0,094$
	%	10,5%	
Zachowania dążące do izolowania od zespołu	N	4	$\chi^2 = 0,009$ $df = 1$ $p = 0,923$
	%	10,5%	
Molestowanie seksualne	N	4	$\chi^2 = 0,091$ $df = 1$ $p = 0,763$
	%	10,5%	
Przemoc fizyczna	N	4	$\chi^2 = 0,575$ $df = 1$ $p = 0,448$
	%	10,5%	
Ingerowanie w życie osobiste	N	6	$\chi^2 = 2,829$ $df = 1$ $p = 0,093$
	%	15,8%	

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

Staż pracy jako czynnik występowania problemów zdrowotnych

Wśród problemów zdrowotnych respondenci najczęściej wskazywali obniżone samopoczucie – niezależnie od stażu pracy połowa ankietowanych (śr. 52,2%). W badanej grupie występowanie problemów zdrowotnych najczęściej wskazywały pielęgniarki pracujące 6-20 lat: problemy z koncentracją (częste popełnianie błędów) – 70%, lęk – 60,0%, problemy ze snem – 40%, niekontrolowane wybuchy wściekłości – 30% oraz konieczność skorzystania ze zwolnień lekarskich – 30%. Najczęściej odczuwane problemy zdrowotne wśród pielęgniarek z najkrótszym stażem do 5 lat: obniżenie efektywności pracy – 46,8%, niepokój – 40,4%, płaczliwość – 23,4%, stany depresyjne – 8,5%, myśli samobójcze – 4,3%. Natomiast w grupie pracujących powyżej 30. lat najczęściej występowały problemy z komunikacją i budowaniem relacji z innymi – 45,5%.

Stwierdzono istotną zależność pomiędzy stażem pracy w zawodzie od 6. do 20. lat a lękiem ($p = 0,002$), problemami z koncentracją (częste popełnianie błędów) ($p = 0,001$) oraz koniecznością skorzystania ze zwolnień lekarskich ($p = 0,001$). W tej grupie wiekowej pielęgniarki odczuwają większy lęk, problemy z koncentracją oraz wykazują największą konieczność skorzystania ze zwolnień lekarskich – Tabela VI.

Tabela VI. Związek pomiędzy występowaniem problemów zdrowotnych a stażem pracy

Problemy zdrowotne	Staż pracy w zawodzie				Wynik testu	
	Do 5 lat	6-20 lat	21-30 lat	Powyżej 30 lat		
Obniżenie samopoczucie	N	29	5	14	6	$\chi^2 = 1,797$
	%	61,7%	50,0%	46,7%	54,5%	$df = 3$ $p = 0,616$
Stany depresyjne	N	4	0	1	0	$\chi^2 = 2,451$
	%	8,5%	0,0%	3,3%	0,0%	$df = 3$ $p = 0,484$
Lęk	N	15	6	2	1	$\chi^2 = 14,784$
	%	31,9%	60,0%	6,7%	9,1%	$df = 3$ $p = 0,002$
Problemy ze snem	N	13	4	6	4	$\chi^2 = 2,062$
	%	27,7%	40,0%	20,0%	36,4%	$df = 3$ $p = 0,560$
Niekontrolowane wybuchy wściekłości	N	11	3	4	2	$\chi^2 = 1,784$
	%	23,4%	30,0%	13,3%	18,2%	$df = 3$ $p = 0,618$
Niepokój	N	19	2	6	2	$\chi^2 = 5,101$
	%	40,4%	20,0%	20,0%	18,2%	$df = 3$ $p = 0,165$
Problemy z komunikacją i budowaniem relacji z innymi	N	8	4	5	5	$\chi^2 = 6,485$
	%	17,0%	40,0%	16,7%	45,5%	$df = 3$ $p = 0,090$
Myśli samobójcze	N	2	0	0	0	$\chi^2 = 2,215$
	%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	$df = 3$ $p = 0,529$
Płaczliwość	N	11	2	5	1	$\chi^2 = 1,376$
	%	23,4%	20,0%	16,7%	9,1%	$df = 3$ $p = 0,711$
Problemy z koncentracją (częste popełnianie błędów)	N	16	7	1	2	$\chi^2 = 19,730$
	%	34,0%	70,0%	3,3%	18,2%	$df = 3$ $p < 0,001$
Obniżenie efektywności pracy	N	22	4	9	2	$\chi^2 = 4,222$
	%	46,8%	40,0%	30,0%	18,2%	$df = 3$ $p = 0,239$
Konieczność skorzystania ze zwolnień lekarskich	N	1	3	0	1	$\chi^2 = 15,637$
	%	2,1%	30,0%	0,0%	9,1%	$df = 3$ $p = 0,001$

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

Wnioski

1. Okazywanie pozytywnych zachowań wobec członków zespołu terapeutycznego najczęściej deklarowały pielęgniarki pracujące w zawodzie 21-30 lat.
2. Występowanie negatywnych zachowań personelu w miejscu pracy częściej zauważały pielęgniarki bez specjalizacji.
3. W zespołach pielęgniarek najczęściej występowała przemoc emocjonalna i przybierała różne formy: obmawiania, upokarzających gestów, spojrzeń i aluzji, krzyków oraz ciągłego krytykowania.
4. Niezależnie od stażu pracy połowa ankietowanych pielęgniarek jako problem zdrowotny uznała obniżenie nastroju.

Dyskusja

Środowisko pracy to całokształt warunków, w jakich odbywa się proces pracy i obejmuje czynniki materialne i czynniki społeczne [7,8]. Do czynników społecznych zalicza się psychospołeczne warunki pracy (stosunki międzyludzkie), warunki socjalnobytowe oraz zaangażowanie pracowników w życie organizacji [7]. Stosunki międzyludzkie w pracy obejmują ogół wzajemnych relacji zachodzących między pracownikami danej organizacji na różnych szczeblach. Zachowania, przyjęte normy postępowania, sposób odnoszenia się do innych wyznaczony przez wzajemne powiązania służbowe, których celem jest nie tylko wykonywanie wspólnych zadań, ale także troska o dobro firmy i ludzi w niej pracujących [8]. Według Z. Wiatrowskiego naczelną zasadą kształtowania relacji w pracy powinno być zrozumienie i życzliwość, a ponadto: demokratyzacja, czyli umożliwienie pracownikom ponoszenia współodpowiedzialności; jawność decyzji podejmowanych przez przełożonych; sprawiedliwe traktowanie pracowników na podstawie wnikliwej analizy warunków wykonanej pracy i jej efektów; rzeczywista troska o pracownika, zarówno podczas pracy, jak i poza nią [9]. Kształtowanie relacji w środowisku pracy jest źródłem stymulacji człowieka, pobudza jego aktywność, ukierunkowuje zachowanie i stanowi podstawę organizacji zachowania [10], determinuje więc w pewnym zakresie postępowanie człowieka, a w konsekwencji – jakość jego pracy [11].

W zakresie deklarowanych przez pielęgniarki własnych pozytywnych zachowań wobec zespołu terapeutycznego niniejsze badanie obejmowało: panowanie nad emocjami, pomaganie współpracownikom, dążenie do osiągnięcia kompromisu, umiejętność pracy w zespole, nie uznawanie swoich potrzeb za ważniejsze od celów całej grupy oraz wyrażanie swojego zdania jasno, nie naruszając przy tym prawa innych ludzi do

posiadania własnych opinii. Uzyskane wyniki wskazują, że zdecydowana większość pielęgniarek deklaruje przejawianie pozytywnych zachowań wobec członków zespołu terapeutycznego.

Badania przeprowadzone przez Tambura i Vadi sugerują, że kultura organizacyjna skierowana na relacje ma ogromny wpływ na zminimalizowanie negatywnych zachowań w miejscu pracy [12]. Współpraca oparta na szacunku i zaufaniu współpracowników mogą się przyczynić do poprawy wzajemnej komunikacji [13]. Poprawa komunikowania się wśród współpracowników według D. J. Ceravolo i współpracowników wiąże się z ograniczeniem konfliktów pracowniczych [14].

Wyniki badań własnych wskazują, że pielęgniarki często obserwują negatywne zachowania personelu w miejscu pracy. Zachowania te przyjmują różne formy. Najczęstsze to plotkowanie, napięta atmosfera, brak panowania nad emocjami, przypisywanie sobie zasług, symulowanie chorób. Rzadziej występują wulgarne zachowania, agresja oraz przejawianie innych toksycznych zachowań.

Niewątpliwie niepokojący jest fakt, że pielęgniarki nie tylko są świadkami negatywnych zachowań personelu w miejscu pracy, ale też pokrzywdzonymi. Często doświadczają agresji ze strony innych członków personelu.

Przeгляд opracowań naukowych na temat negatywnych zachowań w miejscu pracy dowodzi, że są to zjawiska złożone, wieloaspektowe, zależne od wielu czynników, m.in. kulturowych, organizacyjnych, osobowościowych. Analizując wyniki badań można dostrzec różnice, które wynikają nie tylko ze złożoności badanych zjawisk, ale także z zastosowania różnych metod, technik i narzędzi badawczych [15-25,27].

Z badań przeprowadzonych przez I. Bodys-Cupak i wsp. wynika, że już w trakcie studiów studenci pielęgniarstwa spotykają się z agresją, głównie w trakcie praktyk zawodowych i zajęć praktycznych w jednostkach opieki zdrowotnej. W większości przypadków studenci są narażeni na agresję słowną skierowaną w swoją stronę, jak również są jej świadkami w stosunku do innych członków zespołu terapeutycznego. Stają się ofiarami agresji ze strony członków zespołu: kolegów, personelu, lekarzy lub opiekunów praktyk. Są narażeni na lekceważenie, wyśmiewanie, nieprzyjemne docinki. Rzadziej doświadczają agresji fizycznej i gróźb, choć niejednokrotnie są jej świadkami. Studenci przeżywają wtedy emocje podobne do tych, których doświadczają pracujący już personel pielęgniarski [15].

Przemoc związana z pracą jest ważnym problemem i staje się przedmiotem prac badawczych w wielu ośrodkach na świecie. W badaniach niemieckich [16], brytyjskich [17], duńskich [18] skala całościowego ujęcia zarówno występowania negatywnych zachowań w miejscu pracy. Badania przeprowadzone wśród ponad 6000 pielęgniarek, zatrudnionych w instytucjach opieki zdrowotnej w Stanie Minnesota (USA) dotyczyły stresu oraz różnych form przemocy doświadczanej w środowisku pracy. Chociaż pielęgniarki postrzegały wysoki poziom szacunku i zaufania dla personelu, zdecydowana większość (77%) oceniła poziom stresu w pracy jako średni lub duży, tyle samo ankietowanych postrzegало napasć za możliwą konsekwencję pracy, a kilkanaście procent było świadkami przemocy różnej formie (werbalnej, fizycznej, seksualnej) [19].

Szerokie spektrum zjawiska przemocy i agresji w miejscu pracy pielęgniarek od uwarunkowań, form, aż po następstwa, problemy zdrowotne staje się przedmiotem badań w wielu ośrodkach akademickich [20-25]. Badania K. Kowalczyk pozwoliły na stwierdzenie, że zdecydowana większość ankietowanych w swoim miejscu pracy narażona była na występowanie agresji (po 80% pielęgniarki i położne, 70% lekarze) [20]. Natomiast z badań B. Jankowiak i wsp. wynika, że agresji werbalnej ze strony współpracowników doświadczyło 40% ankietowanych pielęgniarek [21]. Mobberzy zatrudnieni na równorzędnym stanowisku, najczęściej (11,0%) izolują ofiarę, traktując ją „*jak powietrze*”, krytykują pracę (9,8%) oraz naruszają wizerunek ofiary w postaci rozpowszechniania plotek i pomówień (7,0%). [22].

W pracy D. Ordys i wsp. dotyczącej badanego zjawiska wśród śląskich pielęgniarek stwierdzono, że problem przemocy dotyczy zarówno badanych, jak i współpracowników. Najczęstszą formą przemocy była psychiczno-emocjonalna, która objawia się złośliwymi uwagami, demonstrowaniem władzy, krytyką, zastraszaniem, groźbami, upokorzeniem. Sprawcami są najczęściej bezpośredni, przełożeni, współpracownicy, a także pacjenci i ich rodziny [23].

Badanie K. Zdziebło i wsp. także wskazują na dominację emocjonalnych form mobbingu. Mobbing najczęściej przyjmował postać nieuzasadnionej, ciągłej krytyki pracy (69,5%). Kolejnymi były: przeciążanie pracą (39%), głośne upominanie i krzyk (37,8%), publiczne ośmieszanie (37,8%), izolowanie ofiary poprzez traktowanie jej „*jak powietrza*” (34,2%), rozpowszechnianie plotek (32,9), zastraszanie zwolnieniem z pracy (30,5%), przydzielanie zadań poniżej kwalifikacji (19,5%), obrażanie słowne (14,6%).

Najmniejszy odsetek badanych doświadcza ataków fizycznych w postaci bicia i popychania — zaledwie 1,2%, oraz działań o podłożu seksualnym (2,9%) [22].

Badania Szydłowskiej i wsp. pokazują, że sprawcami agresji mogą być osoby współpracujące ze sobą na różnych szczeblach zależności zawodowej. Wyniki uzyskane w badanej grupie pielęgniarek i pielęgniarzy wskazują, że respondenci kilka razy w roku badani byli obsypywani wulgaryzmami (33,5%), doświadczali krzyku (45,3%) oraz otrzymywali pogrożki (20,4%). Zdecydowana większość, bo 77,6% badanych nigdy nie było szantażowanych. Nieco mniej, bo 76,3% pielęgniarek nie postrzegало współpracowników jako groźnych, a 97,3% badanych nie było ofiarą ataku fizycznego [24].

Mobberem (prześladowcą, sprawcą) może być przełożony. W badaniach D. Kuneckiej uznało tak 40% osób mobbowanych w miejscu pracy [25]. Natomiast z doniesień D. Szydłowskiej i wsp. wynika, że skala tego zjawiska jest dwukrotnie niższa – kilka razy w roku 24,3% badanych. Co dziesiąta (10,5%) osoba otrzymywała kilka razy w miesiącu pogrożki. Natomiast zdecydowana większość (93,4%) przyznała, że nigdy została fizycznie zaatakowana przez przełożonego.

Jednak źródłem stresu dla pielęgniarek może być także agresywna postawa ze strony podwładnych. Kilka razy w roku podwładni podnoszą głos na pielęgniarki (31,5%). Tylko nieliczne osoby codziennie doświadczają krzyku (1,4%) i wulgaryzmów (2%). Połowa respondentów nigdy nie doświadczyła agresji werbalnej, Większość (71,5%) nigdy nie usłyszała wulgaryzmów, a 90% ankietowanych nie było ofiarą ataku fizycznego [24].

Warto przywołać wyniki uzyskane w odpowiedzi na pytanie o formy stosowanych negatywnych zachowań ze strony koleżanek/kolegów w miejscu pracy. Wyniki różniły się w zależności od posiadania specjalizacji pediatrycznej. Pielęgniarki bez specjalizacji dwukrotnie częściej doświadczały takich zachowań jak: ciągłe krytykowanie i groźenie np. uratą pracy, czy przeniesieniem na inny oddział. Częściej też wobec nich kierowane były upokarzające gesty, spojrzenia, aluzje, obmawianie oraz ingerowanie w życie osobiste, niedocenywanie ich pracy, zaangażowania oraz sukcesów), poniżanie, przemoc fizyczna, zachowania dążące do izolowania od zespołu.

Uważa się, że na ryzyko mobbingu są narażone osoby ambitne z dobrym wykształceniem, które powodują zazdrość i poczucie zagrożenia wśród współpracowników.

Wykształconego pracownika obawiają się również przełożeni, którzy widzą w nim zagrożenie dla autorytetu i stanowiska [26]. Wyniki badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek/pielęgniarzy szczecińskich szpitali wskazują, że w sytuacji zagrożenia pozycji zawodowej spowodowanej wyższymi kwalifikacjami pracownika, mobbing częściej stosowany był wobec osób z wyższym wykształceniem (22,5%) [25].

Wg J. Lickiewicz i wsp. nawet jeśli agresja ma charakter incydentalny, świadczy o braku skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem członków personelu medycznego. Wydaje się, że takie epizody są sposobem odreagowania negatywnych emocji, jakie wywołuje praca zawodowa [27].

Przemoc ze strony przełożonych i współpracowników wpływa przede wszystkim na niski poziom satysfakcji z wykonywanej pracy oraz nasila poczucie stresu zawodowego. Agresywne zachowania ze strony kolegów i koleżanek wzmaga występowanie u pielęgniarek objawów niepokoju, depresji, bezsenności i zaburzenia w funkcjonowaniu w życiu codziennym. Działania negatywne w stosunku do pracowników zawodu pielęgniarskiego mają istotny wpływ na funkcjonowanie zawodowe, osobiste, psychiczne i zdrowotne ofiar [12].

Badania własne wskazują, że w badanej grupie niezależnie od stażu pracy połowa ankietowanych pielęgniarek odczuwała obniżone samopoczucie. Problemy zdrowotne najczęściej występowały u pielęgniarek pracujących 6-20 lat i manifestowały się pod postacią problemów z koncentracją (częste popełnianie błędów), lęku, problemów ze snem i niekontrolowanych wybuchów wściekłości. Natomiast pielęgniarki z najkrótszym stażem do 5. lat doświadczały obniżenia efektywności pracy, płaczliwości, stanów depresyjnych i myśli samobójczych. U pielęgniarek ze stażem powyżej 30. lat najczęściej występowały problemy z komunikacją i budowaniem relacji z innymi. Potwierdzenie występowania problemów zdrowotnych spowodowanymi przemocą u pielęgniarek znajdujemy w badaniach **K. Zdziebło**. Najczęściej zgłaszanymi problemami według ankietowanych były: bezsenność – 48,8%; ból głowy – 43,9%; stany depresyjne 36,6; bóle żołądka – 31,7% [22]. Mimo tego, że drastyczniejszą formę przybiera agresja fizyczna, długotrwałe narażenie na agresję psychiczną może nieść za sobą skutki poważniejsze niż te spowodowane fizyczną napaścią. Często obrażenia fizyczne stają się podstawą do korzystania ze zwolnień lekarskich, jednak to stałe obciążenie psychiczne może być podłożem do zaburzeń sfery psychicznej personelu pielęgniarskiego [24].

Piśmiennictwo

1. Widerszal-Bazyl M.: Zarządzanie ryzykiem psychospołecznym – ramowe podejście europejskie. Wskazania dla pracowników i reprezentantów pracowników. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy. Warszawa 2009
2. Pierunek M., Werner I.: Psychospołeczne czynniki ryzyka w środowisku pracy. Rekomendacje dla praktyki. *Poradnicze Studia Edukacyjne* 2018, 48: 45-64
3. Leka S., Jain A., Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview”. World Health Organisation 2010 Orlak K. (tłum.) Zagrożenia psychospołeczne w środowisku pracy. Stowarzyszenie Zdrowa Praca, Warszawa 2013
4. Cox T., Griffiths A., Rial-Gonzales E.: Badania nad stresem związanym z pracą Luxemburg 2006. <http://osha.europa.eu/pl/publications/reports/203>
5. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M.: Czynniki szkodliwe oraz obciążenie pracą pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu. Część II. *Piel. Zdr. Publ.* 2011; 1(3): 269-273
6. Jakimiuk B.: Środowisko pracy jako obszar budowania poczucia własnej wartości i relacji z innym. *Annales UMCS sectio J.* 2016; 24(4): 45-54.
7. Jasińska J., Stosunki i warunki pracy, [w:] T. Listwan (red.), *Zarządzanie kadrami*, C.H. Beck, Warszawa 2010
8. Korpus J.: Ocena jakości środowiska pracy w przedsiębiorstwach produkcyjnych, [w:] J. Jakubowski, J. Wątroba (red.), *Zastosowania metod statystycznych w badaniach naukowych III*. StatSoft Polska, Kraków 2008.
9. Wiatrowski Z.: *Podstawy pedagogiki pracy*. Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz 2000
10. Chuda A., Wyrwicka M. K.: Diagnostyka kultury organizacyjnej przedsiębiorstwa usługowego. *Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej. Organizacja i Zarządzanie*, 2013: 59
11. Ratajczak Z., *Psychologia pracy i organizacji*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
12. Tambur M., Vadi M.: Workplace bullying and organizational culture in a post transitional country. *Int J Manpow* , 2012; 33(7):754-768 .
13. Kim M.S. , Han S.J., Kim J.H., The development of the nursing organization culture measurement tool. *J Korean Acad Nurs Adm*, 2004; 10(2):175-184

14. Ceravolo D.J., Schwartz D.G, Foltz-Ramos K.M., Castner J., Strengthening communication to overcome lateral violence. *J Nurs Manag*, 2012; 20(5): 599-606
15. Bodys-Cupak I., Brzegowa M., Majda A., i wsp.: Sytuacje trudne dla studentów pielęgniarstwa w czasie pierwszych zajęć praktycznych w szpitalu. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 23(2):160-165
16. Meschkutat B., Stackebeck M., Langenhoff G. Der Mobbing - Report. Eine Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland. Der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin/Dortmund 2002
17. Hoel H., Cooper C.L., Faragher B., The experience of bullying in Great Britain: The impact of organizational status. *European Journal of Organizational Psychology* 2001, 10(4):443-465
18. Mikkelsen E.G., Einarsen S.: Bullying in Danish work-life: Prevalence and health correlate. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2001; 10(4):399-403
19. Nachreiner M., Gerberich S.G., Ryan A.D., McGovern P.M.: Minnesota Nurses Study: perceptions of violence and the work environment. *Ind. Health* 2007; 45, 672-678
20. Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B i wsp.: Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008; 89 (2): 211-221
21. Jankowiak B., Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E. i wsp.: Narażenie pielęgniarek na agresję w miejscu pracy. *Annales U MCS Sectio D* 2006; 2: 458-463
22. Zdziebło K., Kozłowska E., Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek. *Probl. Piel.* 2010; 18: 212–219
23. Ordys D., Eszyk J., Gęпка M., Mobbing w pracy śląskich pielęgniarek. W: Krajewska-Kułak E. (red.). *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego. Tom II.* AMB, Białystok 2005; 395-401
24. Szydłowska D., Jankowiak B.: Stopień narażenia pielęgniarek na agresję w miejscu pracy [w]: *Wybrane problemy zdrowotne i zawodowe pracowników ochrony zdrowia. T. 1* / Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E. (eds.), 2019, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 333-362
<https://ppm.umb.edu.pl/info/article/UMB60f99ba4ba0f4cfbb82b0f5e9f043b7d/>

25. Kunecka D., Kamieńska M., Karakiewicz B.: Skala zjawiska mobbingu wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w szczecińskich szpitalach. *Med. Pracy* 2008; 59 (3): 223-228
26. Mucha J. Mobbing a dyskryminacja. *Praca i Zdrowie* 2007; 3:42-43
27. Lickiewicz J., Piątek J., Doświadczanie agresji w pracy pielęgniarskiej. *Sztuka Leczenia* 2014; 3-4:11-22

Adres do korespondencji:

mgr Joanna Perdek

dr Ewa Barczykowska

e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Konflikt interesów: Nie występuje

Data wpływu do Redakcji: 28.04.2023

Po recenzji: 19.05.2023

Zaakceptowano do druku: 25.05.2023

Copyright

© 2023 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Stosunek pielęgniarek operacyjnych do transplantacji narządów i tkanek od zmarłego dawcy

Attitude of operating-room nurses to organ and tissue transplantation from a deceased donor

Małgorzata Suszek^{2, A-C}, Ewa Barczykowska^{1, D-F}

¹Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu

²Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Przeszczepianie narządów jest metodą ratowania życia pacjentów ze skrajną niewydolnością narządów. Metoda ta polega na wszczępieniu biorcy narządu lub tkanek pochodzących od innego człowieka. Dla wielu chorych przeszczep jest jedyną i ostatnią szansą na powrót do zdrowia.

Cel pracy. Stosunek pielęgniarek operacyjnych do pobierania narządów i tkanek od zmarłego dawcy.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka-Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu w okresie 1.03-1.04.2020 roku wśród 53 pielęgniarek zatrudnionych na bloku operacyjnym.

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Najwyższy odsetek deklarujących oddanie swoich narządów do transplantacji uzyskano wśród pielęgniarek mieszczących się w najmłodszej grupie wiekowej do 25. lat (90,0%), ze stażem pracy do 5. lat (75,0%) i nieposiadających dzieci (76,5%). Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem wiedzy pielęgniarek operacyjnych na temat podstaw prawnych pobierania narządów do transplantacji a stażem pracy. Pielęgniarki pracujące zawodowo do 5 lat osiągnęły wyższe wyniki w zakresie znajomości podstaw prawnych dotyczących pobierania narządów do transplantacji. Satisfakcję z powodu uczestnictwa w procedurze pobierania narządów odczuwała co trzecia pielęgniarka (31,3%) posiadająca staż pracy do 5. lat. Natomiast co czwarta pielęgniarka (24,0%) ze stażem pracy powyżej 21 lat zdecydowanie nie odczuwała satysfakcji z tego powodu.

Wnioski.

1. Zdecydowaną deklarację na pobranie swoich narządów do transplantacji zgłosiły pielęgniarki w grupie wiekowej do 25. lat, ze stażem pracy do 5. lat, nie posiadające dzieci.
2. Pielęgniarki ze stażem pracy do 5. lat wykazały się wyższym poziomem wiedzy niż osoby pracujące 21 lat i więcej.
3. Blisko połowa pielęgniarek nie określała jednoznacznie poziomu odczuwania satysfakcji z powodu uczestnictwa w pobraniu narządów.

Słowa kluczowe

przeszczepianie narządów, deklaracja oddania narządu, pielęgniarka

Summary

Introduction. Organ transplantation is a life saving method for patients with an extreme organ failure. The method is based on implanting organs or tissues that come from another man into the recipient. For a lot of patients this method is one and only chance for recovering.

Research objective. Operating room nurses' attitude to using body parts from a deceased donor.

Materials and methods. The research was carried out in the T. Marciniak Lower Silesian Specialist Hospital – Centre of Emergency Medicine in Wrocław between 1.03 and 10.04 2020 among 53 nurses employed in and operating theatre.

The research was carried out using a diagnostic survey method, the original survey was used as a research tool. **Results.** The highest percentage of nurses who would donate their organs for transplantation was among nurses of the youngest age group – to 25 years (90 %), with a work experience of 5 years (75%), and who didn't have children (76,5%). A significant statistic relation between nurses' level of knowledge of using body parts' legal foundation and work experience was indicated. The nurses who had worked for about 5 years had better scores concerning the knowledge of legal foundation for using body parts to transplantation. The feeling of satisfaction because of taking part in the procedure of organ donation was experienced by every third nurse (31,3%) with a work experience up to 5 years. Whereas every fourth nurse (24,0%) with a work experience of over 21 years definitely did not feel satisfaction because of that fact.

Conclusions.

1. A definite decision to donate their bod parts for transplantation was made by nurses in the age group – to 25 years old, with work experience of 5 years and not having children.
2. The nurses with the work experience of 5 years had a better level of knowledge than the ones who have worked for more than 21 years.
3. Almost half of nurses did not clearly specify the level od satisfaction because of participating in organ donation procedure.

Key words

Organ transplantation, body parts donation declaration, nurse

Wprowadzenie

Transplantacja (donacja, przeszczep) to operacja polegająca na pobraniu narządu, fragmentu narządu, tkanki lub komórek od dawcy i wszczepieniu go do organizmu biorcy. Przeniesienie może nastąpić w obrębie tego samego organizmu lub pomiędzy różnymi organizmami tego samego gatunku albo dwóch różnych gatunków w celu uzupełnienia braku, ubytku lub uszkodzenia [1]. Przeszczepianie narządów jest metodą ratowania życia osoby chorej, która potrzebuje zdrowego narządu, aby żyć [1-3].

Nawet w sytuacji tzw. schyłkowej niewydolności narządu można przedłużyć życie pacjenta poprzez usunięcie chorego narządu i zastąpienie innym, zdrowym. Niektóre narządy (nerka, segment wątroby) lub tkanki (szpik kostny) można pobierać od osób żywych pod warunkiem, że dawca wyrazi na to zgodę, a jego życie nie będzie narażone na niebezpieczeństwo. Jednak większość narządów i tkanek do przeszczepienia pobiera się ze zwłok osób, u których stwierdzono śmierć mózgu oraz za życia nie wyraziły one sprzeciwu na pobranie. Nerki, serce, płuca, wątrobę, trzustkę, jelito i rogówkę można pobrać od osoby zmarłej, kiedy zostały już wyczerpane wszystkie możliwości jej leczenia i u której stwierdzono komisyjnie śmierć mózgową. **W 2022 r. przeszczepiono 1399 narządów**, czyli o ponad 120 więcej niż rok wcześniej. Zgłoszono 640 dawców zmarłych ogółem, pobrano narządy od 445 z nich. Pozyskano także 101 narządów od żywych dawców [3].

Wg raportu Najwyższej Izby Kontroli (NIK) w Polsce wskaźnik liczby przeszczepów nerek od żywych dawców – w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców wynosi 0,8 – i jest jednym z najniższych w Europie. Trzy razy częściej nerki przeszczepia się w Czechach, siedem razy częściej w Niemczech, Hiszpanii i Francji i 27 razy częściej w Holandii. Coraz więcej osób oczekuje na przeszczep, liczba dawców nie wzrasta, a wręcz maleje. Jednym z powodów był stały niedobór organów do transplantacji, innym niedoszacowana i nieaktualizowana od 2013 roku wycena procedur transplantacyjnych, co z kolei negatywnie wpływało na aktywność szpitali w pozyskiwaniu narządów. Tak trudną sytuację transplantologii w Polsce pogorszył jeszcze wybuch epidemii COVID-19. **Z ustaleń kontroli NIK wynika, że w latach 2016-2021 (I półrocze) czas oczekiwania na przeszczep narządu sukcesywnie się wydłużał. W 2016 r. rekordziści na transplantację czekali ponad 4 lata (1599 dni), a w 2020 r. nawet 12 lat (4382 dni)** [4].

Problematyka transplantacji podlega regulacjom prawnym. W Polsce aktem prawnym regulującym i organizującym przestrzeń transplantacyjną jest Ustawa o

pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 1 lipca 2005 r. (Dz.U. 2005 nr 169 poz. 1411). W Ustawie sprecyzowane są zasady i procedury dotyczące: pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, w tym komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej; tkanek i narządów pochodzących od żywego dawcy (*ex vivo*) lub ze zwłok (*ex mortuo*); testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek ludzkich. Istotnym zapisem jest art. 5 pkt 1, w którym przyjęto, że: „*pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu*”. Taka forma zapisu wskazuje na przyjęcie tzw. zgody domniemanej jako podstawy umożliwiającej pobranie. W konsekwencji tego zapisu pobrania narządów, tkanek w celu ich przeszczepienia od osoby zmarłej można dokonać, jeśli osoba ta nie wyraziła za życia sprzeciwu (przeszczep *ex mortuo*) [4]. Osoba, która nie chce, by jej narządy były przeszczepiane innym, ma prawo do sprzeciwu. Brak zgody należy zgłosić osobiście lub listownie w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów (CRS) w Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym ds. Transplantacji w Warszawie [5]. Formy wyrażenia sprzeciwu wobec pośmiertnej donacji precyzują zapisy zawarte w art. 6 wyżej wymienionej Ustawy:

- wpis w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich;
- oświadczenie pisemne zaopatrzone we własnoręczny podpis;
- oświadczenie ustne złożone w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego [4].

Formularz można otrzymać w zakładach opieki zdrowotnej lub na stronie internetowej www.poltransplant.org.pl. Po dokonaniu zgłoszenia w CRS, osoba zgłaszająca otrzyma listem poleconym potwierdzenie wpisu do Rejestru. Sprzeciw jest skuteczny od daty wpisu do rejestru, która będzie uwidoczniła na potwierdzeniu. Moc prawną ma również noszone przy sobie własnoręcznie podpisane oświadczenie sprzeciwu lub oświadczenie ustne złożone w obecności dwóch świadków pisemnie przez nich potwierdzone. W przypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za życia przedstawiciel ustawowy tej osoby. Małoletni powyżej lat 16. lub inne osoby, które nie mają pełnej zdolności do czynności prawnych, mogą same wyrazić sprzeciw [5].

Nie trzeba deklarować zgody na transplantację po śmierci. Osoba wyrażająca zgodę na oddanie po śmierci swoich tkanek i narządów do przeszczepienia dla ratowania życia i przywracania zdrowia ludziom chorym może:

- zarejestrować się w bazach dawców różnych organizacji pozarządowych
- nosić bransoletki bądź karty dawcy, potwierdzające ich zgodę.

Takie oświadczenie woli ma charakter informacyjny i nie zwalnia lekarza, mającego zamiar pobrać narządy z obowiązku sprawdzenia w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, czy osoba ta nie wyraziła sprzeciwu za życia [3].



Fot 1. Karta „Bądź świadomym dawcą narządów” [6]

Wiedzę o transplantacji upowszechniają niektóre instytucje za pomocą kampanii informacyjno-edukacyjnych oraz programów zdrowotnych. Przykładem jest Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej. Jego główne założenia to:

- promowanie transplantologii wśród społeczeństwa;
- edukacja personelu medycznego;
- wsparcie szpitali, banków tkanek i komórek oraz medycznych laboratoriów diagnostycznych.

Z kolei kampania „*Solidarnie dla transplantacji*” ma na celu zwiększenie dostępności leczenia przeszczepami w Polsce i przybliżenie się do europejskich wskaźników w zakresie liczby dokonywanych transplantacji. Od 2018 roku prowadzone są akcje informacyjne ukierunkowane na trzy grupy odbiorców: młodzież, dzieci i studentów; pacjentów ich rodziny oraz personelu medycznego oraz lokalne samorządy i mieszkańców [6].

Cennym uzupełnieniem działań informacyjno-edukacyjnych kampanii jest strona internetowa „*zgodanazycie.pl*”, która zawiera przystępne kompendium wiedzy z zakresu:

- sposobu zostania dawcą (zarówno za życia jak i po śmierci),
- rodzajów przeszczepów,
- procesu oczekiwania na przeszczep i sytuacji biorcy po przeszczepie

- historii polskiej medycyny transplantacyjnej [7].

Cel pracy

Stosunek pielęgniarek operacyjnych do pobierania narządów i tkanek od dawcy zmarłego.

Material i metody

Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Badania przeprowadzono w Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka-Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu w okresie 1.03.-1.04.2020 roku. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Zastępcy Dyrektora do spraw Pielęgniarskich, Pielęgniarki Naczelnej.

Badaniami objęto grupę 53. pielęgniarek operacyjnych, w tym 52. kobiety i 1. mężczyznę. W przedziale wiekowym do 25 lat było 19% respondentów, od 26-35 lat – 23% badanych, od 36-45 lat – 28%, a powyżej 46 lat było 30%. Wykształcenie grupy badanej: 28,3% posiadało tytuł pielęgniarki dyplomowanej (ukończone liceum medyczne lub studium medyczne), tytuł licencjata pielęgniarstwa – 49% osób, a tytuł magistra pielęgniarstwa 23%. W grupie badanej 68% ankietowanych to osoby posiadające dzieci, a 32% określiło się jako osoby bezdzietne. Strukturę demograficzno-społeczną badanej grupy przedstawiono w Tabeli I.

Tabela I. Charakterystyka demograficzno-społeczna ankietowanych

Płeć	N	%
Kobieta	52	98,10%
Mężczyzna	1	1,90%
Wiek	Częstość	Procent
< 25 lat	10	18,90%
26-35 lat	12	22,60%
36-45 lat	15	28,30%
≥46 lat	16	30,20%
Posiadanie dzieci	Częstość	Procent
Posiadam	36	67,90%
Nie posiadam	17	32,10%
Wykształcenie	Częstość	Procent
Magister pielęgniarstwa	12	22,60%
Licencjat pielęgniarstwa	26	49,10%
pielęgniarka dyplomowana (studium medyczne)	7	13,20%
pielęgniarka dyplomowana (liceum medyczne)	8	15,10%

Analiza statystyczna

Analizy statystycznej zebranych danych dokonano z użyciem testu niezależności χ^2 , przyjmując poziom istotności $p < 0,05$. Do analizy zmiennych ilościowych przedstawianych w podziale na grupy wykorzystywane były testy parametryczne (test T studenta) lub ich nieparametryczne odpowiedniki (test U Manna-Whitneya). Wyboru testów dokonywano na podstawie rozkładu zmiennych który to weryfikowano testem Shapiro-Wilka. Obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R wer.3.6.0, programie PSPP oraz MS Office 2019.

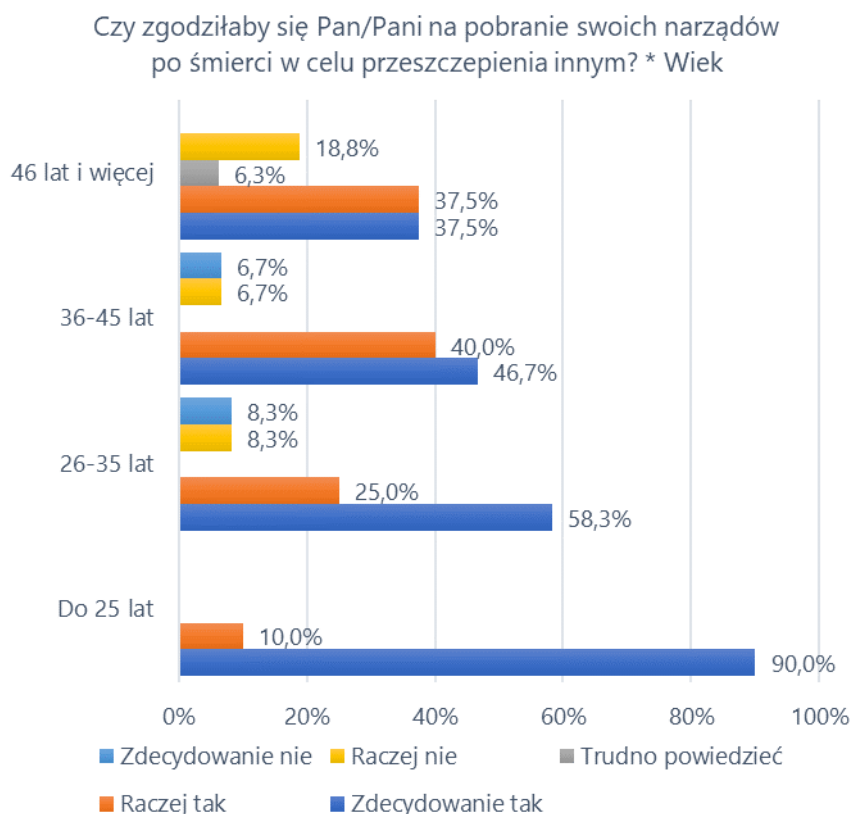
Wyniki badań

Osobista deklaracja na pobranie swoich narządów do transplantacji przez pielęgniarki w zależności od wieku, posiadania dzieci oraz stażu pracy

Na pytanie: *Czy zgodziła się Pan/Pani na pobranie swoich narządów po śmierci w celu przeszczepienia innym?* „zdecydowanie tak” odpowiedziała zdecydowana większość (90,0%) osób mieszczących się w najmłodszej grupie wiekowej do 25 lat. Odsetek osób zdecydowanie deklarujących oddanie swoich narządów do transplantacji malała wraz z wyższym wiekiem ankietowanych: w grupie 26-35 lat – 58,3%, w grupie 36-45 lat – 46,7%, a w grupie 46 lat i powyżej – 37,5%.

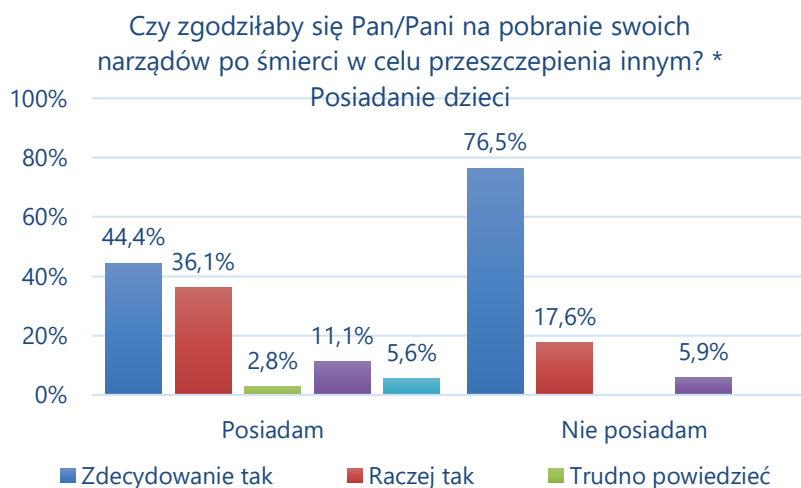
Najwyższy odsetek zdecydowanie przeciwnych (18,8%) odnotowano w grupie 46 lat i powyżej i kolejno w grupie 26-35 lat – 8,3%, a wśród osób w wieku 36-45 lat – 6,7%.

Żadna osoba w wieku do 25 lat nie była przeciwna pobraniu swoich narządów po śmierci do przeszczepu. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie przedstawia Wykres 1.



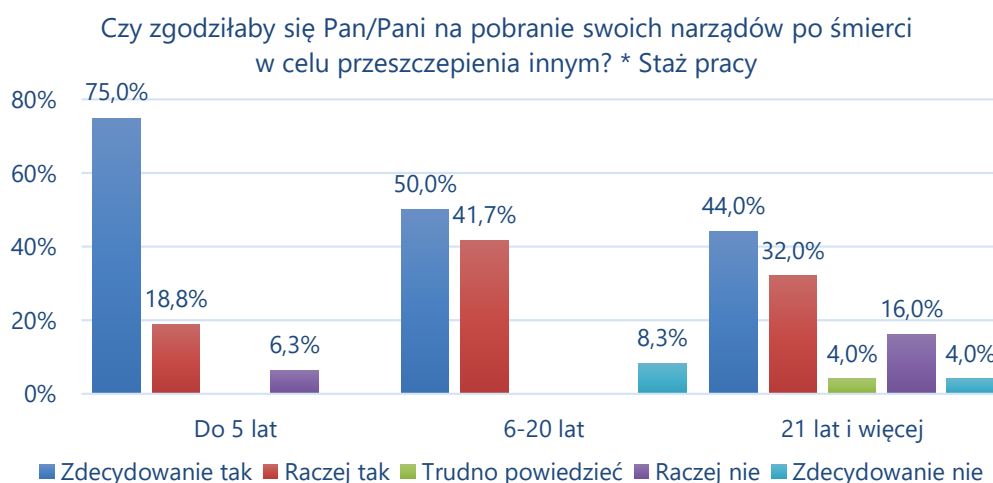
Wykres 1. Związek pomiędzy wiekiem a opinią o pobraniu swoich narządów do transplantacji

W dalszej części badania analizie poddano związek pomiędzy deklarowaniem oddania narządów do przeszczepu a faktem posiadaniem dzieci przez respondentów. Najwyższy odsetek zdecydowanych odnotowano wśród osób nieposiadających dzieci w stosunku do osób posiadających dzieci (76,5% vs 44,4%) – Wykres 2.



Wykres 2. Związek pomiędzy posiadaniem dzieci a opinią o pobraniu swoich narządów do transplantacji

Zdecydowanie pozwolenie na pobranie swoich narządów do przeszczepu zadeklarowała co czwarta (75%) ankietowana osoba ze stażem pracy do 5. lat, co druga (50%) 6-20 lat. Najniższy odsetek (44%) odnotowano w grupie ze stażem 21 lat i więcej. Zdecydowana odmowa wśród osób pracujących 6-20 lat (8,3%) oraz wśród osób pracujących 21 lat i więcej (4%) – Wykres 3.



Wykres 3. Związek pomiędzy stażem pracy a opinią o pobraniu swoich narządów do transplantacji

Znajomość podstaw prawnych dotyczących transplantacji przez pielęgniarki w zależności od poziomu wykształcenia i stażu pracy

W zakresie znajomości podstaw prawnych dotyczących pobierania narządów do transplantacji grupy osób o różnym wykształceniu nie różnią się pomiędzy sobą w sposób istotny statystycznie ($p=0,750$). Wyniki były zbliżone pod względem rozkładu – Tabela II i Wykres 4.

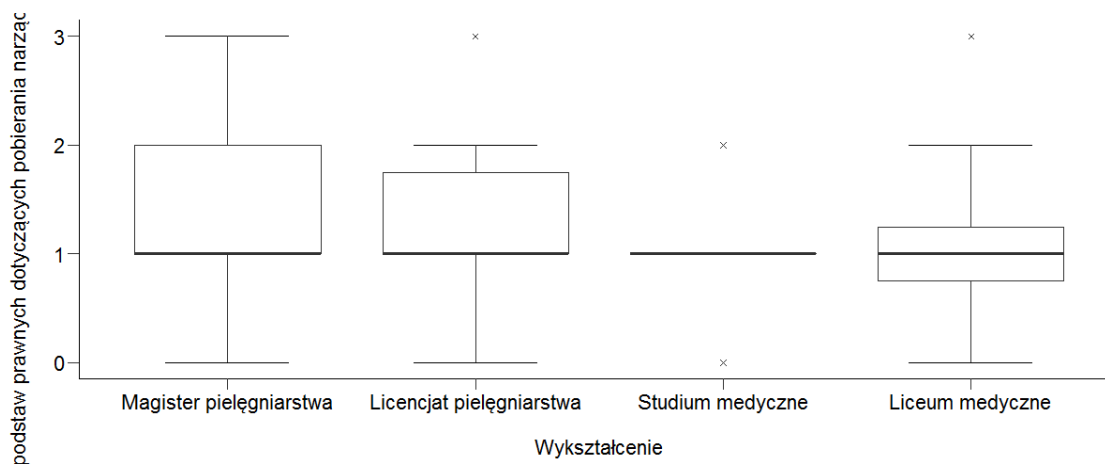
Tabela II Test Kruskala-Wallisa dotyczący związku pomiędzy wykształceniem a znajomością podstaw prawnych dotyczących pobierania narządów do transplantacji

	Wykształcenie	χ^2	df	p	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>
Znajomość podstaw prawnych dotyczących pobierania narządów do transplantacji	magister pielęgniarstwa	1,21	3	0,750	0,00	3,00	1,00
	licencjat pielęgniarstwa				0,00	3,00	1,00
	studium medyczne				0,00	2,00	1,00
	liceum medyczne				0,00	3,00	1,00

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna;

Min – wynik minimalny; *Maks* – wynik maksymalny; *Me* – mediana

Poniżej zobrazowanie danych na wykresie.



Wykres 4. Związek pomiędzy wykształceniem a znajomością podstaw prawnych dotyczących pobierania narządów do transplantacji

W zakresie znajomości podstaw prawnych dotyczących pobierania narządów do transplantacji odnotowano istotne różnice statystyczne ($p=0,049$) pomiędzy osobami pracującymi do 5 lat a osobami pracującymi najdłużej. Osoby pracujące do 5. lat charakteryzowały się $Me = 1,00$ a osoby z grupy o stażu pracy 21 lat i więcej także $Me = 1,00$ Tabela VII. Osoby pracujące do 5. lat częściej jednak osiągały wyniki powyżej 1 punktu – jak widać w Tabeli VIII osoby pracujące do 5. lat osiągały istotnie statystycznie ($p = 0,035$) wyższe wyniki od osób pracujących 21 lat i więcej. Na Wykresie

5. graficznie zobrazowano związek pomiędzy stażem pracy a znajomością podstaw prawnych dotyczących pobierania narządów do transplantacji.

Tabela VII. Test Kruskala-Wallisa dotyczący związku pomiędzy stażem pracy a znajomością podstaw prawnych dotyczących pobierania narządów do transplantacji

	Staż pracy	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>
Znajomość podstaw prawnych dotyczących pobierania narządów do transplantacji	do 5 lat	5,41	2	0,049	0,00	3,00	1,00
	6-20 lat				0,00	3,00	1,00
	21 lat i więcej				0,00	2,00	1,00

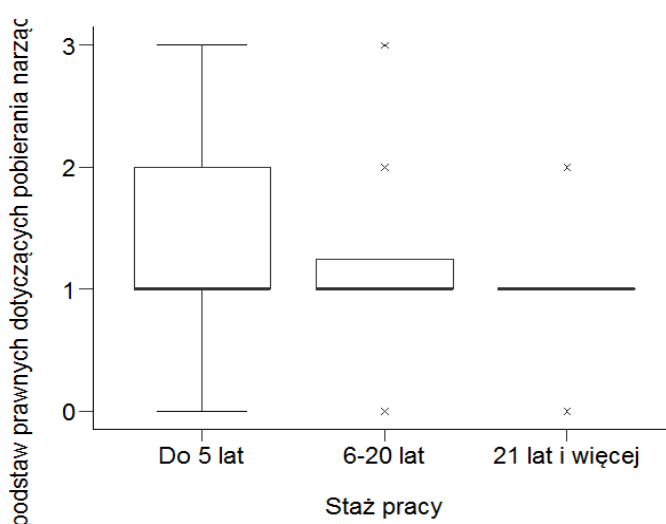
χ^2 – statystyka testu; *df* – stopnie swobody; *p* – istotność statystyczna;

Min – wynik minimalny; *Maks* – wynik maksymalny; *Me* – mediana

Tabela VIII Test post hoc Bonferroniego - porównanie parami, dotyczące związku pomiędzy stażem pracy a znajomością podstaw prawnych dotyczących pobierania narządów do transplantacji

	Staż pracy		<i>p</i>
Znajomość podstaw prawnych dotyczących pobierania narządów do transplantacji	Do 5 lat	6-20 lat	0,549
	Do 5 lat	21 lat i więcej	0,035 *
	6-20 lat	21 lat i więcej	1,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; *p* – istotność statystyczna

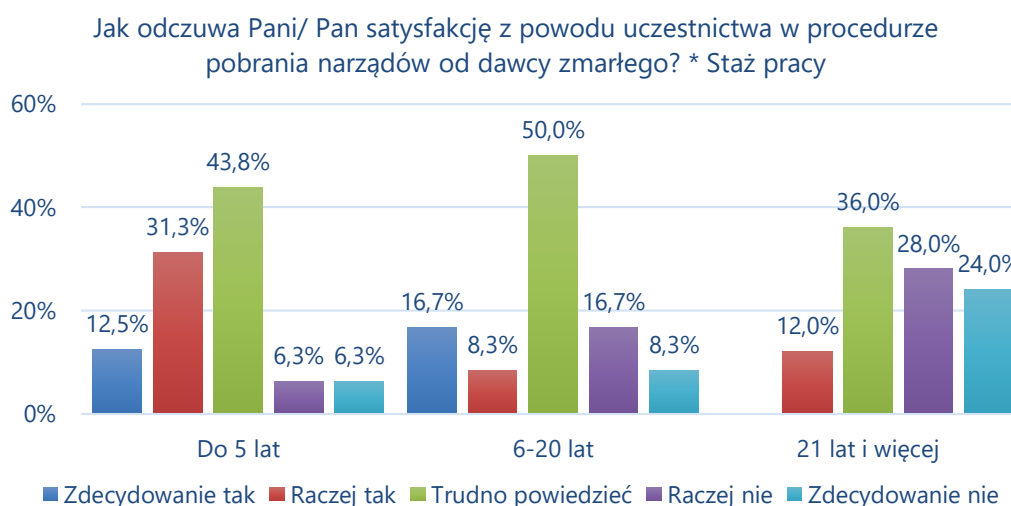


Wykres 5. Związek pomiędzy stażem pracy a znajomością podstaw prawnych dotyczących pobierania narządów do transplantacji

Odczuwanie satysfakcji z uczestniczenia w pobraniu narządów przez pielęgniarki w zależności od ich wykształcenia oraz pozycji zawodowej

Niezależnie od posiadanego stażu pracy pielęgniarki unikając odpowiedzi nie określiły jednoznacznie odczuwania satysfakcji z powodu uczestnictwa w pobraniu narządów. Odpowiedź „*trudno powiedzieć*” osiągnęła najwyższy odsetek (53,8%) wśród pielęgniarek z tytułem licencjata pielęgniarstwa, 41,7% z tytułem magistra pielęgniarstwa oraz 42,9% po studium medycznym.

Satysfakcję z powodu uczestnictwa w procedurze pobierania narządów odczuwała co trzecia pielęgniarka (31,3%) posiadająca staż pracy do 5. lat. Natomiast co czwarta pielęgniarka (24,0%) ze stażem pracy powyżej 21 lat zdecydowanie nie odczuwała satysfakcji z tego powodu.



Wykres 4. Związek pomiędzy stażem pracy a satysfakcją z uczestnictwa w pobraniu narządów

Wnioski

1. Zdecydowaną deklarację na pobranie swoich narządów do transplantacji zgłosiły pielęgniarki w grupie wiekowej do 25. lat, ze stażem pracy do 5. lat, nie posiadające dzieci.
2. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem wiedzy pielęgniarek operacyjnych na temat podstaw prawnych pobierania narządów do transplantacji a stażem pracy. Pielęgniarki ze stażem pracy do 5. lat wykazały się wyższym poziomem wiedzy niż osoby pracujące 21 lat i więcej.
3. Pielęgniarki nie określiły jednoznacznie poziomu odczuwania satysfakcji z powodu uczestnictwa w pobraniu narządów.

Dyskusja

Stosunek Polaków do pobierania i przeszczepiania narządów od osób zmarłych w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia innym ludziom monitorowany jest od 1994 roku przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS). Wg danych z 2016 roku idea transplantacji narządów w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia cieszy się w Polsce niemal powszechną aprobatą (93%). Ośmiu na dziesięciu dorosłych (80%) zgadza się, by po śmierci pobrano z ich ciała narządy do przeszczepów, natomiast co dziewiąty (11%) jest temu przeciwny. Od poprzedniego pomiaru sprzed czterech lat zwiększył się odsetek aprobujących możliwość zostania potencjalnym dawcą po śmierci (o 6 punktów procentowych) – zwłaszcza tych, którzy zajmują w tej sprawie zdecydowane stanowisko – i zarazem ubyło niezgadających się na to (spadek o 4 punkty) [8].

Prezentowane wyniki badań własnych również wskazują na wysoki poziom gotowości respondentów do oddania narządu po śmierci. „Zdecydowanie tak” dla zadeklarowała zdecydowana większość (90,0%) pielęgniarek mieszcących się w najmłodszej grupie wiekowej do 25. lat. Odsetek osób zdecydowanie deklarujących chęć malał wraz z wiekiem. Na taką tendencję wskazał M. Feliksiak w raporcie CBOS, uznając, że niechęć do bycia dawcą narządów po śmierci wpływa w pewnym stopniu wiek – najstarsi respondenci częściej niż pozostali są temu przeciwni [9]. Obserwacja ta znajduje potwierdzenie także w badaniu I. Milaniak i wsp. dotyczącym budowania altruistycznych zachowań wśród młodzieży poprzez edukację. Stwierdzono, że 81% mężczyzn i 92% kobiet w wieku 15-19 lat deklarowało oddać swoje narządy po śmierci [10]. Również z doniesienia A. Kliś i wsp. wynika, że wśród badanych pielęgniarek i położnych 90,4% zadeklarowało chęć oddania swoich narządów po śmierci, chociaż 2,1% wyłącznie osobie bliskiej. Wszyscy ankietowani w grupie z najkrótszym stażem pracy (do 5. lat) byli zdecydowani oddać swoje narządy niezależnie od tego, kto byłby ich biorcą, podobnie jak 94,3% respondentów z tytułem licencjata [11].

Wysoki poziom gotowości do oddania narządu po śmierci i za życia, jak również ofiarowania narządów zmarłej osoby bliskiej prezentują pracownicy ochrony zdrowia. Z badań M. Pietruszki i E. Falkowskiej-Pijagin wynika, że większość pielęgniarek i lekarzy (96%) popiera pobieranie narządów od osób zmarłych w celu ratowania zdrowia i życia osób chorych. Ponad połowa badanych

(67%) wyraziłaby zgodę na to, aby za ich życia przeszczepiono ich komórki, tkanki i narządy osobom będącym w potrzebie. Po śmierci deklarację taką wyraziło 78,5% badanych [12]. Także w badaniu I. Milaniak wszystkie pielęgniarki akceptowały przeszczepianie narządów od osób zmarłych i żywych. W 64,3% deklarowały oddanie szpiku bez względu na okoliczności [13]. W badaniu M. Makary-Studzińskiej i wsp., autorzy wykazali, że zdecydowana większość pielęgniarek (73%) popiera ideę transplantacji. W takim samym odsetku (73%) respondentki były zdecydowane lub raczej zdecydowane na oddanie swoich narządów po śmierci [14].

Analiza badań własnych wykazała, że istnieje zależność pomiędzy poziomem wiedzy pielęgniarek operacyjnych na temat podstaw prawnych pobierania narządów do transplantacji a stażem pracy. Pielęgniarki ze stażem pracy do 5. lat wykazały się wyższym poziomem wiedzy niż osoby pracujące 21 lat i więcej. Natomiast na pytanie „*Czy odczuwa Pani/Pan satysfakcję z powodu uczestnictwa w procedurze pobrania narządów od dawcy zmarłego?*” połowa pielęgniarek nie udzieliła odpowiedzi wprost wskazując odpowiedź ucieczkową „*trudno powiedzieć*”. Pielęgniarki nie określiły zdecydowanie odczuwania satysfakcji z powodu uczestnictwa w pobraniu narządów.

Badania na temat wiedzy Polaków oraz ich opinii i stosunku do pobierania i przeszczepiania narządów prowadzone są już od siedemnastu lat przez CBOS. Dotychczas badania prowadzone były w 1994, 1997, 2003, 2005, 2009 oraz 2012 roku. Wyniki badań ujawniły, że za deklarowaną powszechnie gotowością do oddania narządów nie podąża wiedza o regulacjach prawnych związanych z przeszczepieniem czy samym pobraniem narządów. Świadomość prawna dotycząca pobierania narządów od zmarłych jest niewielka, niemniej w ostatnich latach nieco się zwiększyła. O tym, że w Polsce obowiązuje zasada zgody domniemanej, wie obecnie co piąty dorosły (20%), a więc nie tylko więcej niż w trakcie poprzedniego badania sprzed czterech lat, ale również najwięcej, odkąd o to pytamy (czyli od 2005 roku). Pozostali albo nie orientują się w tej kwestii (46%, a wraz z odpowiadającymi „*trudno powiedzieć*” – 51%), albo podają błędną odpowiedź (29%). Wiedza na ten temat zależy w pewnym stopniu od poziomu wykształcenia – lepiej niż przeciętnie zorientowane są osoby mające wyższe wykształcenie (33% z nich udzieliło poprawnej odpowiedzi), natomiast słabiej – ankietowani z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym (właściwą odpowiedź wskazało 9%) [8].

Zdaniem wielu autorów młodzież zasługuje na przekaz rzetelnej wiedzy, zgodnej z najnowszymi osiągnięciami nauki, dzięki której będzie kształtować pożądane postawy wobec transplantacji narządów [15-19]. P. Wojciechowski i M. Szpringer uważają, że powodem tak małej liczby dawców w Polsce może być niezajomość obowiązującej w Polsce ustawy transplantacyjnej, pojęcia mechanizmu śmierci mózgowej oraz kryteriów jej orzekania. Z badań autorów wynika, że transplantologia jest akceptowana przez Polaków. Jednak niski poziom wiedzy w tym zakresie wśród licealistów i studentów, ogranicza podejmowanie decyzji o dawstwie narządów. Od poziomu wiedzy prawnej, etycznej, a także społeczno-obyczajowych nastawień młodego pokolenia Polaków, będzie zależało czy poradzi sobie ono z niesieniem pomocy drugiemu człowiekowi w sytuacjach szczególnych, do których niewątpliwie należą problemy transplantacji narządów [15].

Wiedza na temat donacji narządów ma istotny wpływ na wspieranie idei transplantacji [16]. Czynnikiem wpływającym na akceptację i gotowość ofiarowania narządów do przeszczepu jest znajomość tematu oraz ciągła edukacja, w której ogromną rolę odgrywają właśnie pielęgniarki [17]. Działaniami edukacyjnymi powinni zostać objęci także nauczyciele prowadzący zajęcia dotyczące dawstwa narządów po śmierci [18]. Przyszłość medycyny transplantacyjnej zależy w decydującej mierze od poziomu społecznej akceptacji, upowszechniania postaw altruistycznych społeczeństwa, gotowego przyjść z pomocą drugiemu człowiekowi [19].

Piśmiennictwo

1. Guzik-Makaruk E.M.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Białystok. Wydawnictwo Temida 2; 2008:29–33
2. <https://www.nfz.gov.pl> /PowerPoint Presentation (nfz.gov.pl) (dojście 19.03.2023)
3. Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji "Poltransplant" <https://www.poltransplant.org.pl> (dojście 19.03.2023)
4. Najwyższa Izba Kontroli – Polska transplantologia w kryzysie – przypominamy wyniki ostatniej kontroli <https://www.nik.gov.pl> (dojście 19.03.2023)
5. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dziennik Ustaw nr. 169 <https://isap.sejm.gov.pl/>
6. Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych. www.ptpz.pl(dojście 19.03.2023)
7. Solidarnie dla transplantacji. <https://> O akcji - Solidarnie dla transplantacji (zgodanazycie.pl) (dojście 19.03.2023)
8. CBOS. Postawy wobec transplantacji narządów. Komunikat z badań nr 119/2016. Warszawa, 2016 [https://www. Microsoft Word - kom119_16_transplantacja.doc](https://www.MicrosoftWord-kom119_16_transplantacja.doc) (cbos.pl) (dojście 29.03.2023)
9. Feliksiak M.: Postawy wobec przeszczepiania narządów. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej. Raport BS/105/2012 (dojście 29.03.2023)
10. Milaniak I., Przybyłowski P., Wierzbicki K.: Organ transplant Education: the way to Form Altruistic behaviors among secondary school students toward organ donation. Transplantation Proceedings 2010; 42: 130-133
11. Kliś A., Trzcińska A.: Opinia pielęgniarek i położnych na temat transplantacji narządów. Piel Chir Ang 2015; 3: 182-186
12. Pietruszka M., Falkowska-Pijagin E.: Zjawisko transplantacji w opinii środowiska medycznego Szpitala Ogólnego w Kolonie. Zeszyty Naukowe 2009; 40: 21–36
13. Milaniak I.: Ocena wpływu wiedzy i postaw wobec przeszczepiania narządów na deklarację oddania narządów wśród różnych grup społecznych. Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (1): 40–4

14. Makara-Studzińska M., Kowalska A.J., Jakubowska K.: Poziom wiedzy oraz opinie pielęgniarek na temat transplantacji organów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012;18 (1): 31-36
15. Wojciechowski P., Szpringer M.: Bariery społeczne w transplantologii w opinii młodych Polaków. *Studia Medyczne* 2012; 27(3):45-52
16. Lisowska D., Smoleń E., Ścieranka M., i wsp.: Wybrane zagadnienia związane z transplantacją w opinii studentów z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2018; 24(1): 65-69
17. Romanowska U., Lizak D., Jaśkiewicz J. i wsp.: Dawstwo i transplantacje narządów w opinii studentów pielęgniarstwa studiów uzupełniających pomostowych. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2012; 4: 123-128
18. Woderska N., Wiedza i opinie młodzieży dotyczące dawstwa narządów do transplantacji. *Aspekty edukacyjne. Wydawnictwo Stowarzyszenia na Rzecz Transplantacji Poznań* 2018
19. Rowiński W., Wałaszewski J., Safjan D.: Problemy etyczno-obyczajowe przeszczepiania narządów, [w:] Pączek L. (red.) *Transplantologia kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa* 2004

Adres do korespondencji:

mgr Małgorzata Suszek

dr Ewa Barczykowska

e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Konflikt interesów: Nie występuje

Data wpływu do Redakcji: 28.04.2023

Po recenzji: 19.05.2023

Zaakceptowano do druku: 25.05.2023

Copyright

© 2023 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Samooceńa zdrowia i satysfakcji z życia w grupie pielęgniarek aktywnych zawodowo

Self-assessment of health and life satisfaction in a group of professionally active nurses

Jolanta Kuligowska-Osysko^{1, A-C}, Wiesław Zielonka^{2, D-F}

¹ Dolnośląskie Centrum Onkologii i Pulmonologii i Hematologii, ul Grabiszyńska 105, Wrocław

² Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Samooceńa zawiera odbicie zdrowia fizycznego, psychicznego i fizycznego. Wiele badań potwierdziło wartość samooceny jako silnego predyktora związanego ze zdrowiem. Termin satysfakcja z życia definiowany jest różnorodnie np.: jako ogólna ocena zadowolenia konkretnej osoby odnoszona do osobistych standardów; jako wynik zestawienia aktualnej sytuacji z osobistymi normami lub jako synonim szczęścia, głównego, ale nie zawsze świadomego, celu ludzkich działań i pragnień.

Cel badań. Analiza samooceny zdrowia i zadowolenia z życia pielęgniarek aktywnych zawodowo.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w okresie od 7-30.03.2022 roku. Ankiety w formie online zamieszczono na portalach społecznościowych utworzonych przez środowisko pielęgniarstwa tj. Pielęgniarki POZ, Pielęgniarki z dużym sercem, Pielęgniarki i Pielęgniarze. Wypełnienie ankiet było anonimowe i dobrowolne oraz równoznaczne z wyrażeniem zgody przez badaną osobę.

Wyniki. Ocenie poddano samoocenę stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. W badanej grupie dla każdej kategorii zdrowia najwyższe wartości uzyskano na poziomie dobrym (odpowiednio 46,5% vs 56,0% vs 52,9%). Także połowa (57,8%) była zdania, że ich ogólny stan zdrowia jest porównywalny z innymi pielęgniarzkami, a co piąta pielęgniarzka (20,5%) była zdania, że jest lepszy. Poczucie spełnienia i zadowolenia z życia respondentki oceniały w skali od „0” (brak spełnienia) do „5” (najwyższy poziom spełnienia). Połowa ankietowanych (51,4%) wskazała wartość „4”. Analiza szczegółowa wykazała, że odpowiedzi pielęgniarek zależały w sposób istotny statystycznie od wieku ($p=0,022$) Ocena „4” istotnie przeważała w grupie osób w wieku 41-50 lat. Równocześnie można zauważyć, że poziom satysfakcji z życia tej grupy zawodowej jest niższy niż poziom satysfakcji z życia ogółu populacji Polski.

Wnioski. 1. W samoocenie pielęgniarek zdrowie społeczne uzyskało istotnie więcej ocen bardzo dobrych w porównaniu ze zdrowiem fizycznym oraz psychicznym. 2. Połowa pielęgniarek jest zdania, że ich ogólny stan zdrowia jest porównywalny z innymi pielęgniarzkami. 3. Poczucie spełnienia i zadowolenia z życia determinowane jest przez wiek. Wyższy poziom satysfakcji z życia deklarowały osoby w średnim wieku. 4. Większość respondentek przyznała się do średniego dbania o zdrowie. Brak dbałości o zdrowie istotnie wzrastał wraz z wiekiem.

Słowa kluczowe

pielęgniarki, samoocena zdrowia, satysfakcja z życia

Summary

Introduction. Self-assessment reflects physical, mental and social health. Numerous research has confirmed the value of self-assessment as a strong predictor related to health. Satisfaction with life is defined variously, e.g. as a general assessment of satisfaction, regarding personal standards of a given individual; as a result of juxtaposing one's current situation with personal standards; or as a synonym of happiness – the main, if not always conscious, objective of human activities and desires.

Aim of the research. Analysis of self-assessment of health and life satisfaction among professionally active nurses.

Material and methods. The research was conducted between 7th and 30th March 2022. An on-line survey was published on social media sites created by nursing groups, i.e. Pielęgniarki POZ (Primary Health Care Nurses), Pielęgniarki z dużym sercem (Nurses have big hearts), Pielęgniarki i Pielęgniarze (Male and female nurses). The survey was completed anonymously and voluntarily and assumed consent of a surveyed person.

Results. The target of assessment was physical, mental and social life. The highest values in study groups for every health category equalled good (46.5% vs 56.0% vs 52.9% respectively). Accordingly, the half (57.8%) assessed their health condition as comparable with other nurses, and every fifth nurse (20.5%) assessed it as better. The respondents assessed their feeling of fulfilment and life satisfaction on a scale from 0 (no fulfilment) to 5 (the highest level of fulfilment). The half of people surveyed (51.4%) selected 4. Detailed analysis showed that nurses' answers depended, in a statistically significant way, on age ($p=0.022$). 4 was indeed prevalent in the age group of 41-50. At the same time, it can be noted that the level of life satisfaction among this professional group is lower than the one of the overall Polish population.

Conclusions. 1. The nurses assessed their social life significantly more often as very good, in comparison with their physical and mental life. 2. Half of the nurses assessed their general health condition as comparable with other nurses. 3. The feeling of fulfilment and life satisfaction is determined by age. Middle-aged people declared high level of life satisfaction. 4. Majority of respondents admitted to taking care of their health moderately. Lack of taking care of one's health indeed increased with age.

Key words:

nurses, self-assessment of health, life satisfaction

Wprowadzenie

Zdrowie to jedno z fundamentalnych pojęć nauk z dziedziny medycyny. Ze względu na swoją wielopłaszczyznowość bardzo trudno je zdefiniować. Termin zdrowie zdaniem J. Domaradzkiego kryje w sobie pewną tajemnicę ze względu na jego złożoność, stąd obecność w literaturze przedmiotu około 120-tu definicji [1]. Najczęściej przytaczaną definicją, przyjmowaną oficjalnie jest definicja zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia (*ang. World Health Organization, WHO*), która utożsamia zdrowie z pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko i wyłącznie z brakiem choroby. Zdrowie oznacza zdolność do uzyskania równowagi bio-psycho-społecznej. Zmienia się w czasie i jest uwarunkowane wieloma czynnikami tj. społecznymi, ekonomicznymi i osobistymi. Człowiek, aby je odzyskać bądź utrzymać motywuje się do działania [2].

W rozumieniu M. Kacprzyka – higienisty i teoretyka medycyny społecznej, o zdrowiu stanowi nie tylko brak choroby czy niedomagań, ale także dobre samopoczucie i osiągnięcie możliwie najwyższego stopnia przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego w jak najbardziej sprzyjających warunkach dla danego człowieka [3].

Według współczesnych koncepcji zdrowie określane jest jako proces, bądź właściwość. Pierwsze ujęcie oznacza proces poszukiwania i utrzymywania naruszanej nieustannie równowagi. Człowiek wykorzystuje w tym celu swój potencjał biologiczny, psychologiczny i społeczny, aby sprostać wymaganiom zewnętrznym i wewnętrznym i osiągnąć cele indywidualne i społeczne bez ciągłego zaburzania równowagi. W drugim ujęciu zdrowie jest pojmowane jako właściwość, czyli zdolność człowieka do osiągania pełni możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych [4].

Biorąc pod uwagę wielopłaszczyznowość definicji zdrowia wyróżniamy zdrowie biologiczne, psychiczne i społeczne.

Zgodnie z definicją zdrowie biologiczne (fizyczne), które określa prawidłowe funkcjonowanie organizmu, jego układów i narządów. Odnosi się do ciała, biologicznego funkcjonowania jego poszczególnych układów. Z jednej strony może oznaczać ich prawidłową budowę i funkcję bez jakichkolwiek dysfunkcji i niepełnosprawności, a z drugiej odpowiedni poziom wydolności i sprawności fizycznej, umiejętność codziennego funkcjonowania bez nadmiernego zmęczenia [5].

Fizyczna sprawność maleje z roku na rok. Po 80. roku życia u większości ludzi dochodzi do załamania zdrowia. Typowe problemy to: współwystępowanie wielu chorób, ogólna słabowitość, wątłość, zmniejszenie się zdolności funkcjonalnych tj. chodzenie, widzenie czemu towarzyszy dodatkowy stres, niejasne dolegliwości, które powodują cierpienie [6].

Zdrowie psychiczne definiowane jest jako zasoby człowieka, które umożliwiają radzenie sobie z trudnościami i pozwalają przez to uniknąć załamaniu stanu zdrowia.

Według definicji WHO zdrowie psychiczne przejawia się w dobrym samopoczuciu, w którym człowiek dzięki swoim zasobom potrafi wydajnie i owocnie pracować i ma swój osobisty wkład w życie wspólnoty. Stanowi ono nieodłączną część ogólnego zdrowia i jest odzwierciedleniem równowagi pomiędzy człowiekiem i środowiskiem. Składa się na nie całokształt dobrostanu psychicznego, emocjonalnego, społecznego i somatycznego, co umożliwia jednostce osiągnięcie celów i rozwój osobowości.

W Deklaracji Zdrowia Psychicznego przyjęto, że zdrowie psychiczne jak i psychiczny dobrostan pozwalają człowiekowi doświadczyć życia w sposób sensowny, twórczy i aktywny [7].

Zdrowie społeczne to zdolność do pełnienia ról społecznych, do utrzymywania prawidłowych relacji z innymi ludźmi. Wyraża się ono w satysfakcjonującym życiu rodzinnym, poczuciu przynależności, dobrych kontaktach z innymi, poczuciu pewności siebie, byciu sobą, zachowaniu swojej tożsamości i odrębności. Objawia się ono w zachowaniu autonomii, akceptowaniu odpowiedzialności za siebie i innych i utrzymywaniu właściwych relacji interpersonalnych z innymi ludźmi [5].

Rozpatrując zdrowie w kategorii pozytywnej nie sposób ominąć pojęcia dobrostanu. Przytaczając definicję WHO dobrostan jest synonimem dobrego samopoczucia i pełni zdrowia. Termin ten jest złożony, ma wiele wymiarów i znaczeń. Określa się go jako ocenę własnego życia w wymiarze poznawczym i emocjonalnym. Pojęcie to obejmuje doświadczanie przyjemnych emocji, zawiera niski poziom nastrojów o negatywnym wydźwięku i wysoki poziom zadowolenia z życia. Jest to stan satysfakcjonującej egzystencji pod względem fizycznym, psychicznym i społecznym, który cechuje zdrowie, szczęście i powodzenie [5].

Aby osiągnąć dobrostan muszą być spełnione następujące warunki:

- samoakceptacja,
- osobisty rozwój,
- radzenie sobie z otoczeniem,
- autonomia,
- cel życiowy,
- pozytywne relacje z ludźmi.

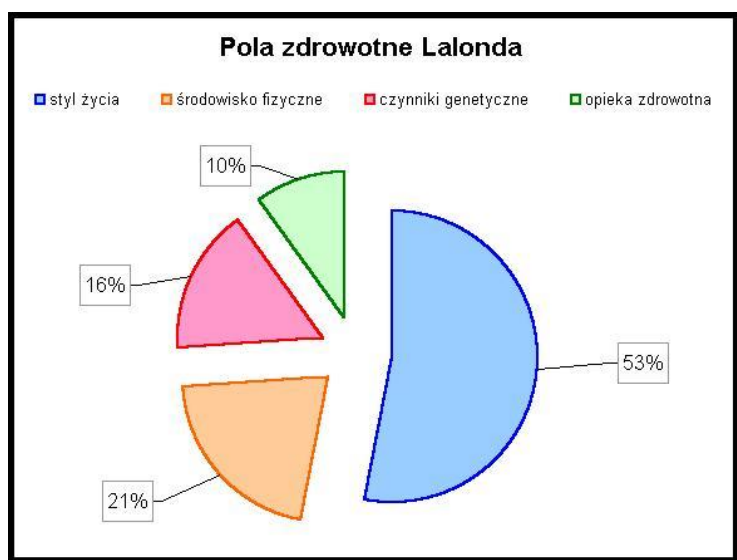
Wszystkie te komponenty uwarunkowane są rozwojowymi cechami charakteru i samoświadomością [6].

Według WHO (2012) czynniki warunkujące stan zdrowia można najogólniej podzielić na trzy grupy: środowisko społeczne i ekonomiczne, środowisko fizyczne oraz indywidualne cechy i zachowania jednostki.

Inny podział w 1973 roku opracował wybitny kanadyjski lekarz Marc Lalonde, zaproponowane przez niego tzw. pola zdrowotne to kompleksowy model, składający się z czterech czynników, które zasadniczo wpływają na długość i jakość życia społeczeństwa:

- styl życia (rodzaj oraz ilość spożywanego pożywienia, używki, aktywność fizyczna),
- czynniki biologiczne (genetyka, płeć, wiek, cechy wrodzone),
- czynniki środowiskowe (społeczne, ekonomiczne, przyrodnicze, psychiczne),
- opieka zdrowotna (leczenie, rehabilitacja, promocja zdrowia, a także dostępność, jakość i organizacja systemu) [8].

Zgodnie z koncepcją Lalonde'a największy stopień oddziaływania na zdrowie człowieka ma styl życia, który warunkuje je w 53%. Na drugim miejscu znajduje się środowisko fizyczne – 21%, następnie czynniki genetyczne – 16%, a najmniejszy wpływ na stan zdrowia jednostki wywiera opieka zdrowotna – 10% (Ryc 1.)



Ryc. 1. Pola zdrowotne Lalonda

Źródło: Kukielczyk A.: Naukowe podstawy zdrowia publicznego.epidemiologia2.sum.edu.pl [9]

Cel badań

Analiza samooceny zdrowia i zadowolenia z życia pielęgniarek aktywnych zawodowo.

Material i metody

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego jako narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Badania przeprowadzono w okresie od 7-30.03.2022 roku. Ankietę w formie online zamieszczono na portalach społecznościowych utworzonych przez środowisko pielęgniarskie tj. Pielęgniarki POZ, Pielęgniarki z dużym sercem, Pielęgniarki i Pielęgniarze. Wypełnienie ankiet było anonimowe i dobrowolne oraz równoznaczne z wyrażeniem zgody przez badaną osobę.

Charakterystykę demograficzno-społeczną badanej grupy zawiera Tabela I. W badanej grupie było 327 osób w wieku od 23. do 69. lat. Dominowały osoby w wieku 50. lat (25 osób), a mediana wieku wynosiła 48 lat. Średnia wieku była równa 45,9 roku $\pm 9,8$ roku. Przeważały kobiety zamężne (216 osób, czyli 66,06% ogółu respondentek). Ze względu na poziom wykształcenia kierunkowego wyróżniono następujące podgrupy klasyfikacyjne: średnie medyczne – 62. osoby, licencjat pielęgniarstwa – 121 osób, magister pielęgniarstwa – 144. Dominującym wymiarem czasu pracy jest praca na 1 etat 196 osób (59,94%). Ponad co trzecia pielęgniarka 120 osób (36,7%) pracuje w wymiarze przekraczającym 1 etat. Dla celów analizy statystycznej badaną grupę podzielono na 2.

podgrupy klasyfikacyjne ze względu na wymiar czasu pracy: 1 etat lub mniej – 207 osób i ponad 1 etat – 120 osób.

Tabela I. Charakterystyka demograficzno-społeczna badanej grupy

Cecha		n	%
Wiek	do 40 lat	87	26,6
	41-50 lat	122	37,3
	51 i więcej lat	118	36,1
Stan cywilny	panna	21	6,42
	zamężna	266	66,06
	rozwidziona	37	11,31
	w związku nieformalnym	36	11,01
	w separacji	3	0,92
	wdowa	14	4,28
Wykształcenie	średnie medyczne	62	18,96
	licencjat pielęgniarstwa	121	37,00
	magister pielęgniarstwa	144	44,04
Staż pracy w zawodzie	< 5 lat	28	8,56
	6-15 lat	56	17,13
	16-24 lat	62	18,96
	25-35 lat	140	42,81
	>35 lat	41	12,54
Wymiar czasu pracy	½ etatu	4	1,22
	¾ etatu	7	2,14
	1 etat	196	59,94
	1i1/4	31	9,48
	1 i ½ etatu	50	15,29
	1i3/4 etatu	17	5,20
	2 etaty	22	6,73
System pracy	jednozmianowy	140	42,81
	dwuzmianowy (dyżury nocne)	187	57,19

Metoda analizy statystycznej

W analizie wyników zastosowano aparat statystyki ilościowej oraz statystyki jakościowej. Do ustalenia czy wystąpiła czy też nie wystąpiła służy wartość takiego wskaźnika jak poziom istotności wyniku. Zastosowano test niezależności chi-kwadrat Pearsona. Za wartość graniczną istotności statystycznej przyjęto wartość nie przekraczającą 0,05.

Wyniki

Samooocena stanu zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego

Samooocena stanu zdrowia fizycznego zadeklarowana przez pielęgniarki najczęściej była *dobra*: tak uznały 152. pielęgniarki (46,5%). Kolejną pod względem udziału oceną była ocena *przeciętna*: 129 osób (39,4%). Pozostałe oceny miały znacznie niższe udziały wskazań. Analiza statystyczna nie wykazała istotności wyników od wieku ($p=0,339$) – Tabela II.

Tabela II. Samoocena stanu zdrowia fizycznego w zależności od wieku

Wiek	Bardzo zły	Zły	Przeciętny	Dobry	Bardzo dobry	Ogółem
Dane z ankiet						
n (%)						
do 40 lat	1 (1,1%)	3 (3,4%)	31 (35,6%)	42 (48,3%)	10 (11,5%)	87 (100,0%)
41-50 lat	0 (0,0%)	4 (3,3%)	50 (41,0%)	58 (47,5%)	10 (8,2%)	122 (100,0%)
51 lat i więcej	2 (1,7%)	10 (8,5%)	48 (40,7%)	52 (44,1%)	6 (5,1%)	118 (100,0%)
Ogółem	3 (0,9%)	17 (5,2%)	129 (39,4%)	152 (46,5%)	26 (8,0%)	327 (100,0%)
Wartości oczekiwane						
do 40 lat	1	5	34	40	7	87
41-50 lat	1	6	48	57	10	122
51 lat i więcej	1	6	47	55	9	118
Ogółem	3	17	129	152	26	327
Obliczenie chi-kwadrat						
do 40 lat	0,0510	0,5128	0,3214	0,0601	1,3737	2,3190
41-50 lat	1,1193	0,8652	0,0728	0,0294	0,0093	2,0958
51 lat i więcej	0,7775	2,4357	0,0451	0,1481	1,2193	4,6257
Ogółem	1,9478	3,8136	0,4393	0,2376	2,6022	9,0405
Analiza statystyczna wyników						
Liczba stopni swobody (df)	df=8		Poziom istotności wyniku (p)		$p=0,339$	

Samoocena stanu zdrowia psychicznego

Podobnie jak w przypadku samooceny zdrowia fizycznego, również w samoocenie stanu zdrowia psychicznego dominowała ocena *dobra*: 183 osoby, czyli 56% ogółu badanych pielęgniarek. Jako druga co do udziału ocena, podobnie jak poprzednio, wystąpiła ocena *przeciętna*: 90 osób, czyli 27,5%. O ile jednak w przypadku samooceny

stanu zdrowia fizycznego obie dominujące oceny (dobra oraz przeciętna) miały udział porównywalny w każdej podgrupie wiekowej, to w przypadku samooceny zdrowia psychicznego ocena *dobra* znacznie przewyższała ocenę *przeciętną* w każdej podgrupie wieku. Pozostałe oceny miały znacznie niższe udziały. Analiza statystyczna nie wykazała istotności wyników od wieku ($p=0,524$) – Tabela III.

Tabela III. Samoocena stanu zdrowia psychicznego w zależności od wieku

Wiek	Zły	Przeciętny	Dobry	Bardzo dobry	Ogółem
Dane z ankiet					
n (%)					
do 40 lat	12 (13,8%)	22 (25,3%)	49 (56,3%)	4 (4,6%)	87 (100,0%)
41-50 lat	11 (9,0%)	33 (27,0%)	67 (54,9%)	11 (9,0%)	122 (100,0%)
51 lat i więcej	7 (5,9%)	35 (29,7%)	67 (56,8%)	9 (7,6%)	118 (100,0%)
Ogółem	30 (9,2%)	90 (27,5%)	183 (56,0%)	24 (7,3%)	327 (100,0%)
Wartości oczekiwane					
do 40 lat	8	24	49	6	87
41-50 lat	11	34	68	9	122
51 lat i więcej	11	32	66	9	118
Ogółem	30	90	183	24	327
Obliczenie chi-kwadrat					
do 40 lat	2,0230	0,1580	0,0020	0,8911	3,0741
41-50 lat	0,0033	0,0099	0,0238	0,4674	0,5045
51 lat i więcej	1,3520	0,1960	0,0141	0,0133	1,5753
Ogółem	3,3783	0,3639	0,0399	1,3718	5,1539
Analiza statystyczna wyników					
Liczba stopni swobody (df)		df=6	Poziom istotności wyniku (p)		$p=0,524$

Samoocena stanu zdrowia społecznego (relacji międzyludzkich)

W samoocenie stanu zdrowia społecznego również dominowała ocena *dobra*: 173 osoby (52,9%). Następną co do udziału oceną była ocena *bardzo dobra* (23,5%), a kolejną ocena *przeciętna* (20,8%).

Analiza szczegółowa wg wieku ankietowanych nie wykazała istotności statystycznej samooceny od wieku: były one w poszczególnych podgrupach wiekowych porównywalne ($p=0,588$) – Tabela IV.

Tabela IV. Samoocena stanu zdrowia społecznego w zależności od wieku

Wiek	Bardzo zły	Zły	Przeciętny	Dobry	Bardzo dobry	Ogółem
Dane z ankiet						
n (%)						
do 40 lat	1 (1,1%)	1 (1,1%)	24 (27,6%)	45 (51,7%)	16 (18,4%)	87 (100,0%)
41-50 lat	0 (0,0%)	3 (2,5%)	20 (16,4%)	68 (55,7%)	31 (25,4%)	122 (100,0%)
51 lat i więcej	1 (0,8%)	3 (2,5%)	24 (20,3%)	60 (50,8%)	30 (25,4%)	118 (100,0%)
Ogółem	2 (0,6%)	7 (2,1%)	68 (20,8%)	173 (52,9%)	77 (23,5%)	327 (100,0%)
Wartości oczekiwane						
do 40 lat	1	2	18	46	20	87
41-50 lat	1	3	25	65	29	122
51 lat i więcej	1	3	25	62	28	118
Ogółem	2	7	68	173	77	327
Obliczenie chi-kwadrat						
do 40 lat	0,4114	0,3993	1,9295	0,0229	0,9824	3,7456
41-50 lat	0,7462	0,0578	1,1367	0,1850	0,1797	2,3053
51 lat i więcej	0,1073	0,0889	0,0118	0,0944	0,1764	0,4789
Ogółem	1,2649	0,5460	3,0779	0,3024	1,3386	6,5298
Analiza statystyczna wyników						
Liczba stopni swobody (df)	df=8		Poziom istotności wyniku (p)		p=0,588	

Źródło: opracowanie własne

Następnie porównano wyniki samooceny zdrowia w poszczególnych kategoriach: zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Jak wynika z przedstawionych analiz, rozkład samooceny zdrowia społecznego różni się znacznie od analogicznych rozkładów

w przypadku zdrowia fizycznego oraz psychicznego. Porównanie trzech kategorii samooceny zdrowia (fizycznego, psychicznego, społecznego) wykazało istotność statystyczną ($p < 0,001$). Zdrowie społeczne uzyskało istotnie więcej ocen bardzo dobrych w porównaniu ze zdrowiem fizycznym oraz psychicznym – Tabela V.

Tabela V. Porównanie samooceny zdrowia

Obszar oceny	Bardzo zły	Zły	Przeciętny	Dobry	Bardzo dobry	Ogółem
Dane z ankiet						
n (%)						
zdrowie fizyczne	3 (0,9%)	17 (5,2%)	129 (39,4%)	152 (46,5%)	26 (8,0%)	327 (100,0%)
zdrowie psychiczne	0 (0,0%)	30 (9,0%)	90 (26,9%)	183 (54,8%)	31 (9,3%)	334 (100,0%)
zdrowie społeczne	2 (0,6%)	7 (2,1%)	68 (20,8%)	173 (52,9%)	77 (23,5%)	327 (100,0%)
Ogółem	5 (0,5%)	54 (5,5%)	287 (29,0%)	508 (51,4%)	134 (13,6%)	988 (100,0%)
Wartości oczekiwane						
zdrowie fizyczne	2	18	95	168	44	327
zdrowie psychiczne	2	18	97	172	45	334
zdrowie społeczne	2	18	95	168	44	327
Ogółem	5	54	287	508	134	988
Obliczenie chi-kwadrat						
zdrowie fizyczne	1,0934	0,0426	12,1778	1,5481	7,5925	22,4545
zdrowie psychiczne	1,6903	7,5565	0,5083	0,7392	4,5139	15,0081
zdrowie społeczne	0,0720	6,6141	7,6683	0,1409	24,0362	38,5314
Ogółem	2,8557	14,2132	20,3543	2,4282	36,1426	75,9940
Analiza statystyczna wyników						
Liczba stopni swobody (df)	df=8		Poziom istotności wyniku (p)		$p < 0,001$	

Samoocena ogólnego stanu zdrowia w porównaniu do innych pielęgniarek

Zdecydowana większość badanych – 189 osób (57,8%) była zdania, że ich ogólny stan zdrowia jest porównywalny z innymi pielęgniarekmi, co piąta pielęgniarzka – 67 osób (20,5%) była zdania, że jest lepszy. Pozostałe oceny miały znacznie niższe udziały. Analiza statystyczna wykazała istotność statystyczną od wieku ($p=0,012$). Oceny „*lepszy*” i „*zdecydowanie lepszy*” istotnie przeważały w grupie osób w wieku do 40. lat, ocena „*gorszy*” natomiast w podgrupie osób w wieku 51. lat i więcej – Tabela VI.

Tabela VI. Samoocena ogólnego stanu zdrowia w stosunku do innych pielęgniarek

Wiek	Zdecydowanie gorszy	Gorszy	Porównywalny	Lepszy	Zdecydowanie lepszy	Ogółem
Dane z ankiet						
n (%)						
do 40 lat	2 (2,3%)	7 (8,0%)	41 (47,1%)	27 (31,0%)	10 (11,5%)	87 (100,0%)
41-50 lat	1 (0,8%)	14 (11,5%)	78 (63,9%)	23 (18,9%)	6 (4,9%)	122 (100,0%)
51 lat i więcej	1 (0,8%)	23 (19,5%)	70 (59,3%)	17 (14,4%)	7 (5,9%)	118 (100,0%)
Ogółem	4 (1,2%)	44 (13,5%)	189 (57,8%)	67 (20,5%)	23 (7,0%)	327 (100,0%)
Wartości oczekiwane						
do 40 lat	1	12	50	18	6	87
41-50 lat	1	16	71	25	9	122
51 lat i więcej	1	16	68	24	8	118
Ogółem	4	44	189	67	23	327
Obliczenie chi-kwadrat						
do 40 lat	0,8228	1,8922	1,7143	4,7217	2,4611	11,6121
41-50 lat	0,1624	0,3555	0,7948	0,1595	0,7763	2,2486
51 lat i więcej	0,1362	3,1949	0,0474	2,1307	0,2035	5,7127
Ogółem	1,1215	5,4426	2,5565	7,0120	3,4410	19,5735
Analiza statystyczna wyników						
Liczba stopni swobody (df)	df=8		Poziom istotności wyniku (p)		p=0,012	

Poczucie spełnienia i zadowolenia z życia

Poczucie spełnienia i zadowolenia z życia respondentki oceniały w skali od 0 do 5, Przy czym 5 oznaczało najwyższy poziom spełnienia, a zero brak spełnienia

Jak wynika z udzielonych odpowiedzi, najczęstszą oceną była ocena „4”, na którą wskazało 168 pielęgniarek (51,4%). Drugie co do udziału miejsce zajęła ocena „3” (28,4%). Pozostałe oceny miały znacznie niższe udziały. Analiza szczegółowa wykazała, że odpowiedzi pielęgniarek zależały w sposób istotny statystycznie od wieku ($p=0,022$) Ocena „4” istotnie przeważała w grupie osób w wieku 41-50 lat – Tabela VII.

Tabela VII. Poczucie spełnienia i zadowolenia z życia (wg wieku)

Wiek	Skala						Ogółem
	0	1	2	3	4	5	
Dane z ankiet							
n (%)							
do 40 lat	1 (1,1%)	5 (5,7%)	3 (3,4%)	30 (34,1%)	40 (45,5%)	9 (10,2%)	88 (100,0%)
41-50 lat	0 (0,0%)	2 (1,6%)	6 (4,9%)	29 (23,8%)	71 (58,2%)	14 (11,5%)	122 (100,0%)
51 lat i więcej	0 (0,0%)	0 (0,0%)	14 (12,0%)	34 (29,1%)	57 (48,7%)	12 (10,3%)	117 (100,0%)
Ogółem	1 (0,3%)	7 (2,1%)	23 (7,0%)	93 (28,4%)	168 (51,4%)	35 (10,7%)	327 (100,0%) –
Wartości oczekiwane							
do 40 lat	0	2	6	25	45	9	88
41-50 lat	0	3	9	35	63	13	122
51 lat i więcej	0	3	8	33	60	13	117
Ogółem	1	7	23	93	168	35	327
Obliczenie chi-kwadrat							
do 40 lat	1,9850	5,1549	1,6437	0,9879	0,6006	0,0186	10,3908
41-50 lat	0,3731	0,1432	0,7763	0,9355	1,1047	0,0679	3,4008
51 lat i więcej	0,3578	2,5046	4,0465	0,0158	0,1609	0,0218	7,1075
Ogółem	2,7159	7,8027	6,4665	1,9392	1,8662	0,1084	20,8990
Analiza statystyczna wyników							
Liczba stopni swobody (df)	df=10	Poziom istotności wyniku (p)				$p=0,022$	

Źródło: opracowanie własne

Dbanie o zdrowie

W kafeterii do tego pytania ujęto trzy podstawowe postawy: „*nie dbam o zdrowie*”, „*średnio dbam o zdrowie*”, „*bardzo dbam o zdrowie*”. Zdecydowana większość respondentek – 249 osób (76,1%) przyznała się do średniego dbania o zdrowie, 63 osoby (19,3%) bardzo dba o zdrowie, natomiast 15 osób (4,6%) stwierdziło, że nie dba o zdrowie. Analiza statystyczna odpowiedzi pielęgniarek wg wieku wykazała istotność statystyczną ($p=0,030$). Istotnie wyższy udział osób dbających o zdrowie stwierdzono w podgrupie pielęgniarek najmłodszych (28,7%), brak dbałości o zdrowie istotnie wzrastał wraz ze wzrostem wieku. Analizę odpowiedzi respondentek przedstawiono w Tabeli VIII.

Tabela VIII. Dbanie o zdrowie (wg wieku)

Wiek	Nie dbam o zdrowie	Średnio dbam o zdrowie	Bardzo dbam o zdrowie	Ogółem
Dane z ankiet				
n (%)				
do 40 lat	3 (3,4%)	59 (67,8%)	25 (28,7%)	87 (100,0%)
41-50 lat	5 (4,1%)	103 (84,4%)	14 (11,5%)	122 (100,0%)
51 lat i więcej	7 (5,9%)	87 (73,7%)	24 (20,3%)	118 (100,0%)
Ogółem	15 (4,6%)	249 (76,1%)	63 (19,3%)	327 (100,0%)
Wartości oczekiwane				
do 40 lat	4	66	17	87
41-50 lat	6	93	24	122
51 lat i więcej	5	90	23	118
Ogółem	15	249	63	327
Obliczenie chi-kwadrat				
do 40 lat	0,2460	0,7929	4,0494	5,0883
41-50 lat	0,0635	1,0983	3,8434	5,0052
51 lat i więcej	0,4654	0,0906	0,0705	0,6265
Ogółem	0,7749	1,9818	7,9633	10,7200
Analiza statystyczna wyników				
Liczba stopni swobody (df)	df=4	Poziom istotności wyniku (p)	p=0,030	

Wnioski

1. W samoocenie pielęgniarek zdrowie społeczne uzyskało istotnie więcej ocen bardzo dobrych w porównaniu ze zdrowiem fizycznym oraz psychicznym.
2. Połowa pielęgniarek wyraziła zdanie, że ich ogólny stan zdrowia jest porównywalny z innymi pielęgniarkami.
3. Poczucie spełnienia i zadowolenia z życia zdeterminował wiek. Wyższy poziom satysfakcji z życia deklarowały osoby w średnim wieku,
4. Większość respondentek przyznała się do średniego dbania o zdrowie. Brak dbałości o zdrowie istotnie wzrastał wraz wiekiem.

Dyskusja

Samoocenę charakteryzuje wielowymiarowy, sumaryczny osąd będący efektem wielu subiektywnych i obiektywnych wskaźników zdrowia odbieranych przez człowieka. Zawiera się w nim odbicie zdrowia fizycznego, psychicznego i fizycznego. Jak wskazuje G. Chojnacka - Szawłowska samoocena okazuje się silnym predyktorem związanym ze zdrowiem. Wartość tę potwierdziło wiele badań, w których okazywało się np., że osoby oceniające swoje zdrowie jako złe rzeczywiście obciążone były dwukrotnie większym ryzykiem zgonu w porównaniu do osób, które oceniły je jako doskonałe [10].

W badaniu własnym ocenie poddano samoocenę stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Dla każdej kategorii zdrowia najwyższe wartości uzyskano na poziomie dobrym (odpowiednio 46,5% vs 56,0% vs 52,9%). Także połowa (57,8%) była zdania, że ich ogólny stan zdrowia jest porównywalny z innymi pielęgniarkami, a co piąta pielęgniarka (20,5%) była zdania, że jest lepszy. Znajduje to potwierdzenie w badaniu M. Muszalik i wsp. grupy pielęgniarek pracujących i studiujących zaocznie na studiach pomostowych i jednolitych magisterskich. Ponad połowa ankietowanych oceniła swoje zdrowie na poziomie dobrym (62,3%), a tylko 3,6% jako bardzo dobry [11]. Podobnie w badaniu K. Gajewskiej i wsp. poddającej subiektywnej ocenie zdrowie przez pielęgniarki pracujące na oddziałach zabiegowych. Samoceny dokonano poprzez wybór jednego z określeń stanu zdrowia, którym przyporządkowano wartości liczbowe: bardzo źle – 1, źle – 2, trudno powiedzieć – 3, dobrze – 4 i bardzo dobrze – 5. Na podstawie tych ocen wyliczono średnie wskaźniki. Średnio pielęgniarki oceniły swoje zdrowie na ok 3,5 punktu. Najwyższe wartości uzyskano dla domeny funkcjonowania społecznego (blisko 4 punkty), a najniższe dla domeny zdrowia fizycznego (około 3,5 punktu) [12].

Przeprowadzone analizy w badaniach własnych wskazują, że mimo uznania przez ogół pielęgniarek niezależnie od wieku stan swojego zdrowia za dobry, to występują różnice w odniesieniu do poszczególnych sfer zdrowia. Najczęściej stan swojego zdrowia za *zły* i *bardzo zły* w zakresie zdrowia fizycznego uznawały pielęgniarki w wieku powyżej 51. roku życia – co dziesiąta (10,2%). Natomiast pielęgniarki w wieku do 40. lat najniżej oceniały swoje zdrowie psychiczne – (13,8%). Innym analizowanym elementem była ocena dbałości o swoje zdrowie przez pielęgniarki. Analiza statystyczna odpowiedzi pielęgniarek wg wieku wykazała istotność statystyczną ($p=0,030$). Istotnie wyższy udział osób dbających o zdrowie stwierdzono w podgrupie pielęgniarek najmłodszych (28,7%), brak dbałości o zdrowie istotnie wzrastał wraz ze wzrostem wieku.

Wynik ten nie w pełni jest zgodny z powszechną regułą dotyczącą samooceny zdrowia, na którą zwraca uwagę I. Heszen w psychologii zdrowia. Założenie to wskazuje na występowanie zjawiska jakim jest tendencja do traktowania występowania chorób występujących w późniejszym wieku jako wydarzenia w „*normie*” wiekowej. Osoby starsze skłonne są do wystawiania znacznie wyższej samooceny zdrowia niż na to wskazuje ich stan zdrowia. Adekwatnie osoby młodsze mają tendencję do zaniżania własnej samooceny zdrowia [6].

W niniejszym badaniu podjęto także próbę oceny poczucia spełnienia i zadowolenia z życia pielęgniarek w skali od 0 do 5 (0 – brak spełnienia, 5 – najwyższy poziom spełnienia). Połowa ankietowanych (51,4%) wskazała ocenę „4”, a niespełna co trzecia (28,4%) ocenę „3”. Odpowiedzi pielęgniarek zależały w sposób istotny statystycznie od wieku ($p=0,022$). Ocena „4” istotnie przeważała w grupie osób w wieku 41-50 lat.

Interesujące badania w zakresie samooceny poczucia zadowolenia z życia przez pielęgniarki oraz ratowników medycznych podjęła A. Jakubowska i wsp. Badaniami objęto 725 osób, w tym czynne zawodowo pielęgniarki zatrudnione w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz ratowników medycznych zatrudnionych w szpitalach województwa pomorskiego. Wykazano zależności między wiekiem badanych a ich poczuciem zadowolenia z życia. Wyższy poziom satysfakcji z życia wykazywały osoby w wieku średnim z przedziału wiekowego 35–44 lata. Ankietowani w wieku 45. lat i powyżej czuli małą satysfakcję życiową, natomiast respondenci w wieku 25.–34. lat określali jej poziom jako przeciętny.

W cytowanym powyżej badaniu analizie poddano także związek między rokiem przeprowadzanego badania a poziomem satysfakcji z życia. Okazał się on istotny statystycznie. W 2015 r. częściej niż w 2014 r. badani deklarowali niższy poziom

zadowolenia z dotychczasowego życia [13]. Podobny wynik uzyskał M. Wysokiński i wsp. Jeszcze w 2009 r. poziom satysfakcji z życia polskich pielęgniarek/pielęgniarzy kształtował się na poziomie przeciętnym [14]. Jak wnioskuje badacze, występuje tendencja do występowania coraz niższej oceny satysfakcji z życia poddanych badaniu pielęgniarek/pielęgniarzy i ratowników/ratowniczek medycznych. Nastęstwo czasowe prowadzonego badania udowodniło, że zaledwie w ciągu roku satysfakcja z życia respondentów z przeciętnej (2014 r. – niespełna 50% ankietowanych) gwałtownie obniżyła się do niskiej (2015 r. – ponad 70% odpowiedzi) [13]. Poczucie satysfakcji z życia prezentuje mniejszy odsetek pielęgniarek w porównaniu z całą populacją. Z komunikatu z badań Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) opublikowanego w 2021 roku wynika, że ogólne zadowolenie, z całego życia, deklaruje ponad trzy czwarte Polaków (78%). Przeciętną satysfakcję wyraża jedna szóstka (17%), a niezadowolenie – czterech na stu (4%). W stosunku do ubiegłorocznego pomiaru – rekordowego, jeśli chodzi o ogólne zadowolenie z życia – nastąpiło pewne pogorszenie. Zmniejszyła się grupa zaliczających się do zadowolonych (o 5 punktów procentowych), przybyło natomiast osób deklarujących przeciętną satysfakcję lub jej brak (po 2 punkty). Obecnie wyniki są zbliżone do tych sprzed dwóch lat i lepsze od wszystkich wcześniejszych, jakie rejestrowano w latach 1994–2017. Badania te wskazały, że największy wpływ na poczucie ogólniej satysfakcji życiowej ma zadowolenie z perspektyw na przyszłość, a w dalszej kolejności – z przebiegu pracy zawodowej i stanu zdrowia. Natomiast najmniejsze znaczenie w tym kontekście ma satysfakcja z relacji towarzyskich i dzieci [15].

Zdaniem T. Szuberta zadowolenie z życia, którego synonimem jest często pojęcie szczęścia, jest głównym, ale nie zawsze świadomym, celem ludzkich działań i pragnień. W dążeniu do szczęścia dla każdego człowieka ważny jest nie tylko jego poziom, lecz także źródło tego szczęścia, w takim sensie, czy jesteśmy zadowoleni z tych dziedzin życia, na których rzeczywiście nam zależy. „*Nie jest bowiem tym samym szczęściem bycie maksymalnie zadowolonym ze sfery życia, która nie jest dla nas aż tak bardzo ważna, jak pełne zadowolenie z dziedziny najistotniejszej w naszym systemie wartości*”. Niewątpliwie ustalenie, jakie czynniki oraz w jakim kierunku i w jakim stopniu wpływają na ogólne zadowolenie z życia nie jest zadaniem łatwym. Konieczne jest nie tylko wytypowanie potencjalnych determinant szczęścia, ale ustalenie, w jaki sposób to szczęście będzie mierzone oraz odpowiedniego zbioru danych [16].

Piśmiennictwo

1. Domaradzki J.: O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Medica Lodziensa* 2013; 40(1):5-29
2. Gładczuk J., Kleszczewska E, Świącicki A.: Współczesne poglądy dotyczące zdrowia oraz ich ewolucja w czasie. *Medical & Health Sciences Review* 2017; 3(1):3-10
3. Sygit M.: *Zdrowie publiczne*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2017
4. Wrona-Polańska H.: *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016
5. Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017
6. Heszen I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
7. Sokołowska E., Zabłocka-Żytka L., Kluczyńska S. i wsp.: *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2015
8. Wierzbička A.: *Determinanty zdrowia – analiza taksonomiczna determinant stanu zdrowia starszej subpopulacji krajów europejskich*. *Acta Universitatis Lodzianis Folia Oeconomica* 2013; (297):195-210
9. Kukielczak A.: *Naukowe podstawy zdrowia publicznego*, [https:// docplayer.pl](https://docplayer.pl) (dojście 18.04.2023)
10. Chojnacka-Szawłowska G.: *Samoocena zdrowia a symptomy choroby i zachowania prozdrowotne*. Wydawnictwo AEH, Warszawa 2021
11. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska-K., Marzec A. i wsp.: *Analiza zachowań zdrowotnych i samooceny i zagrożeń zdrowia pielęgniarek studiujących zaocznie*. *Probl Hig Epidemiol* 2007; 88(3):345-359
12. Gajewska K., Sienkiewicz Z.: *Wpływ warunków pracy na zdrowie pielęgniarek pracujących w oddziale zabiegowym*. *Pielęg Anestezjol Intens Opiece* 2018; 4(1):9-17
13. Jakubowska A., Regina Żuralska R., Mziray M.: *Ocena satysfakcji z życia w grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz ratowników/ratowniczek medycznych województwa pomorskiego*. *Piel Zdr Publ.* 2017;7(4):279–284

14. Wysokiński M., Fidecki W., Walas L. i wsp. Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. *Probl Pielęg.* 2009;17(3):167–172.
15. Centrum Badania Opinii Społecznej. Komunikat z badań. Nr 5/2021 <http://www.cbos.pl> (dojście 19.04.2023)
16. Szubert T.: Determinanty zadowolenia z życia Polaków z pokolenia X. *ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny Rok LXXXI – zeszyt 3 – 2019:* 235-249

Adres do korespondencji:

mgr Jolanta Kuligowska - Osysko

dr Wiesław Zielonka

e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Konflikt interesów: Nie występuje

Data wpływu do Redakcji: 28.04.2023

Po recenzji: 19.05.2023

Zaakceptowano do druku: 25.05.2023

Copyright

© 2023 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Wiedza i samoocena pielęgniarek w zakresie profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych

Knowledge and self-assessment of nurses with regard to prevention of nosocomial infections

Marta Kuzia^{1, A-C}, Wiesław Zielonka^{1, D-F}

¹Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Zakażenia szpitalne dotyczą wszystkich szpitali na całym świecie, są bardzo groźne dla zdrowia i życia pacjentów, ale również dla personelu medycznego. Dlatego tak ważne jest przestrzeganie zasad, które pozwalają zmniejszyć ich liczbę oraz skalę występowania.

Cel badań. Analiza wiedzy i samooceny pielęgniarek w zakresie profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 105 pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach zabiegowych i zachowawczych Głogowskiego Szpitala Powiatowego w Głogowie w okresie od 20.01.-10.03.2022 r. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki. Połowa (57,1%) ankietowanych pielęgniarek osiągnęła średni poziom wiedzy, Średnia poprawnych odpowiedzi wyniosła 10,7±2,2 pkt. (16 max.). Niespełna co czwarta (23,8%) poziom wysoki, a najmniejszy odsetek (5,7%) poziom bardzo wysoki. Niski poziom wiedzy prezentowała co dziesiąta (13,3%). Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w poziomie wiedzy pielęgniarek o różnym stażu pracy w zawodzie, poziomie wykształcenia oraz między pielęgniarkami pracującymi w oddziałach zabiegowych a pielęgniarkami pracującymi w oddziałach zachowawczych.

Wnioski. 1. Poziom wiedzy pielęgniarek na temat zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym był przeciętny. 2. Większość pielęgniarek oceniła swoją wiedzę jako wystarczającą. Pielęgniarki, które oceniły swoją wiedzę na poziomie wystarczającym posiadały istotnie większą wiedzę niż pielęgniarki, które oceniły swoją wiedzę na poziomie dość dobrym.

Słowa kluczowe

zakażenia szpitalne, wiedza, pielęgniarka

Summary

Introduction. Nosocomial infections affect hospitals all over the world; they are very harmful to health and life of patients, as well as medical personnel. That is why it is so crucial to follow rules which help reduce the number of these infections and their scale of occurrence. Aim of the research. Analysis of knowledge and self-assessment of nurses with regard to prevention of nosocomial infections.

Material and methods. 105 nurses employed in surgical and conservative units of the Country Hospital in Głogów between 20th Jan – 10th Mar 2022 participated in the research. The research was carried out using a diagnostic poll method; an own survey questionnaire was the research tool.

Results. The half (57.1%) of surveyed nurses reached an average level of knowledge. The average of correct answers was 10.7 ±2.2 points (out of max. 16). Nearly every fourth (23.8%) reached a high level, and the fewest reached a very high level. A low level of knowledge was reached by every tenth of them (13.3%). The survey did not prove a statistically significant difference in the level of knowledge demonstrated by nurses of various professional experience, the level of education and between nurses working in surgical units and those working in conservative units.

Conclusions. 1. Nurses demonstrated an average level of knowledge on prevention of nosocomial infections. 3. The majority of nurses assessed their knowledge as satisfactory. The nurses who assessed their knowledge as satisfactory indeed had higher knowledge than those who assessed their knowledge as quite good.

Key words:

nosocomial infections, knowledge, nurse

Wprowadzenie

Wystąpienie zakażenia szpitalnego nie jest związane z naturalnym przebiegiem choroby, dlatego z punktu widzenia jakości i bezpieczeństwa opieki medycznej jest zdarzeniem niepożądanym, inaczej – problemem zdrowotnym, do którego powstania dochodzi w trakcie lub efekcie leczenia [1]. **Definicję zakażeń szpitalnych określa Ustawa z dnia 5.12.2008 r., jako** zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba nie pozostawała w momencie

udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylęgania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylęgania [2].

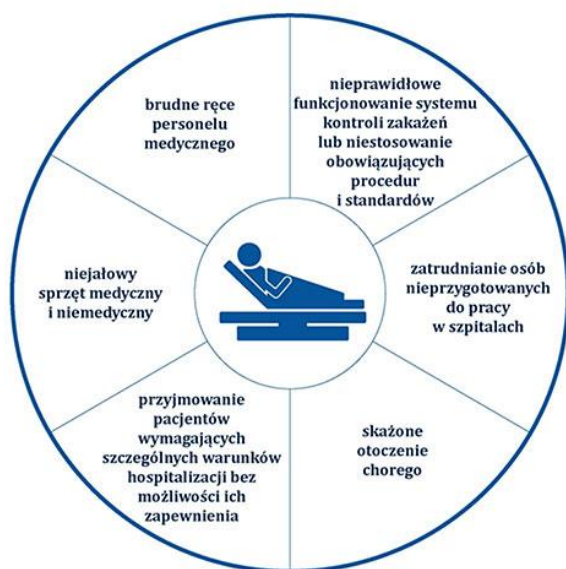
Zakażenia w obiektach opieki medycznej to szeroka i wieloaspektowa problematyka, zajmująca bardzo ważną pozycję we współczesnej epidemiologii [3].

Jedno z pierwszych kompleksowych badań poszukujących przyczyn wzrostu wskaźnika zakażeń szpitalnych w amerykańskich szpitalach wskazało na cztery główne czynniki, które prowadzą do tego zjawiska:

- zbyt sporadyczna i nieodpowiednio przeprowadzana procedura mycia rąk przez personel mający bezpośredni kontakt z pacjentami;
- większy odsetek pobytów w szpitalach pacjentów o obniżonej odporności;
- intensywne stosowanie w ostatnich dekadach środków przeciwdrobnoustrojowych w szpitalach i placówkach opieki długoterminowej, tworzące tym samym szeroki rezerwuar lekoopornych drobnoustrojów;
- remonty i przebudowy infrastruktury budowlanej i technicznej szpitali stwarzające ryzyko chorób [4].

Zakażenia szpitalne występują w szpitalach na całym świecie – od najniższych szczebli do wysoce specjalistycznych, klinik akademii i instytutów. Częstość występowania pozostaje w ścisłym związku z rodzajem wykonywanych zabiegów diagnostycznych i leczniczych. Chorzy, u których wykonywane są wysoce specjalistyczne i skomplikowane zabiegi, na przykład przeszczepy narządów, obarczeni są wieloma nakładającymi się na siebie czynnikami ryzyka zakażenia [5,6]. Z Raportu Najwyższej Izby Kontroli (NIK) wynika, że zakażenia szpitalne dotyczą od 5 do 10 % osób leczonych szpitalnie. Przy założeniu, że w polskich szpitalach ulega zakażeniom tylko 5% procent pacjentów to i tak daje to ok. 400 tys. osób. Zakażeniom szpitalnym sprzyjają złe warunki higieniczne (możliwość przeniesienia zarazków) i obniżenia stanu odporności chorych (zakażenia oportunistyczne). Źródłem przenoszenia bakterii mogą być m.in. brudne ręce personelu medycznego, niejałowy sprzęt, skażone otoczenie chorego, przyjmowanie pacjentów wymagających szczególnych warunków hospitalizacji bez ich zapewnienia, zatrudnianie osób nieprzygotowanych do pracy w szpitalach – Ryc.1 [7].

Źródła przenoszenia zakażeń szpitalnych i powody ich występowania



Źródło: opracowanie własne NIK

Ryc. 1. Źródła przenoszenia zakażeń szpitalnych

Jak wskazano powyżej zakażeniom szpitalnym sprzyjają złe warunki higieniczne i obniżenia stanu odporności chorych. Występują najczęściej w oddziałach intensywnej opieki, w oddziałach zabiegowych, rzadziej nieoperacyjnych. Czynniki etiologiczne są z zasady odporne na chemioterapeutyki. Najczęstsze postaci to: zakażenia dróg moczowych (głównie po cewnikowaniu pęcherza), ran operacyjnych, zapalenia płuc (u chorych wentylowanych), zakażenia skóry i tkanek miękkich, posocznice (na przykład po długotrwałym cewnikowaniu dożylnym) [7].

Najczęstszą drogą przeniesienia zakażenia szpitalnego są ręce personelu [3-12]. Na rękach personelu przenoszona jest nie tylko flora bakteryjna własna, ale również pacjenta oraz oporna flora bakteryjna oddziału. Należy jednocześnie podkreślić fakt, że *Enterococcus spp.* (paciorkowiec kałowy) może pozostać na opuszkach palców nawet 48 godzin. Nie przestrzeganie zatem w pracy nad pacjentem zasad aseptyki i antyseptyki stanowi zagrożenie nie tylko dla pacjenta, ale także i dla pracownika [8].

Problem zakażeń szpitalnych został zaobserwowany w XIX wieku. Pionierami w walce z zakażeniami szpitalnymi byli m.in. L. Pasteur (1822 - 1895) jako rzecznik zakaźnej teorii chorób oraz F. Nightingale (1820-1910), która zauważyła związek pomiędzy czystością w szpitalu, a poprawą stanu zdrowia pacjenta. Wprowadzone wówczas metody zapobiegania zakażeniom, analizy statystyczne były swego rodzaju prewencją [9]. W 1843 roku I.Ph. Semmelweis (1818-1865) zalecił mycie rąk w wodzie chlorowanej, aby zmniejszyć liczbę zakażeń położniczych (gorączki położniczej).

Natomiast zasady postępowania antyseptycznego jako pierwszy wprowadził J. Lister (1827-1912). To dzięki niemu, w 1867 roku w sali operacyjnej został zastosowany płyn antyseptyczny. Sterylne rękawiczki gumowe wprowadził do zabiegu W. Halsted (1852-1922) w 1894 roku, a obłożenie pola operacyjnego jałowymi serwetami w 1894 roku zastosował C.T Schimmelbusch (1860-1895) [10].

Główną metodą zapobiegania występowaniu zakażeń szpitalnych jest przestrzeganie zasad higieny szpitalnej – odpowiednia higiena rąk personelu medycznego, stosowanie rękawiczek jednorazowych, które są zmieniane po kontakcie z pacjentem a ręce są myte i dezynfekowane [7]. Czyste ręce zapobiegają cierpieniu i mogą ratować życie: „*clean hands are safer hands*” – czyste ręce to bezpieczne ręce [11].

Znaczenie ma również ograniczenie liczby i zakresu zabiegów inwazyjnych, profilaktyczne podawanie antybiotyków i prowadzenie restrykcyjnej polityki leczenia antybiotykami w celu ograniczenia nabywania oporności na nowe leki [7], właściwe przygotowanie pacjentów do zabiegów operacyjnych, przestrzeganie procedur na bloku operacyjnym oraz opieka pooperacyjna w sali wybudzeń i później w sali chorego [12].

Zgodnie z Art. 14. 1. ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Działania te obejmują:

- 1) powołanie i nadzór nad działalnością zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych;
- 2) ocenę ryzyka i monitorowanie występowania zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;
- 3) organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, w sposób zapewniający:
 - a) zapobieganie zakażeniom szpitalnym i szerzeniu się czynników alarmowych,
 - b) warunki izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne,
 - c) możliwość wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby,
 - d) wykonywanie badań laboratoryjnych, umożliwiających identyfikację biologicznych czynników chorobotwórczych wywołujących zakażenia i choroby zakaźne, oraz ich weryfikację przez podmioty,
 - e) ograniczenie narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych w wyniku niewłaściwego stosowania profilaktyki i terapii antybiotykowej;

4. monitorowanie i rejestrację zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych,
5. sporządzanie i przekazywanie właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala oraz
6. zgłaszanie w ciągu 24. godzin potwierdzonego epidemiologicznie wzrostu liczby zakażeń szpitalnych temu inspektorowi [2].

Cel badań

Ocena wiedzy pielęgniarek w zakresie profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych.

Material i metody

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa składający się pytań dotyczących cech demograficznych respondentów oraz sprawdzających wiedzę na temat profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych.

Badania przeprowadzono w Głogowskim Szpitalu Powiatowym w Głogowie w okresie od 20.01.-10.03.2022 r. po uprzednim uzyskaniu zgody prezesa. Badaniu poddano 105 pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach zabiegowych i zachowawczych Głogowskiego Szpitala Powiatowego.

W charakterystyce demograficzno-społecznej grupy badanej uwzględniono następujące cechy: staż pracy w zawodzie pielęgniarki, wykształcenie oraz miejsce wykonywanej pracy – Tabela I. Wśród objętych badaniem pielęgniarek blisko połowa respondentek posiadała tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa – 49 (46,7%). Liceum medyczne/studium zawodowe ukończyło 44 pielęgniarek (41,9%). Tytuł magistra pielęgniarstwa zdobyło 12 pielęgniarek, co stanowi 11,4% ogółu.

Wśród ankietowanych najwięcej było pielęgniarek pracujących w zawodzie powyżej 20 lat – 46 (43,8%) kobiet. W następnej kolejności od 10-20 lat pracowało 29 (27,6%) badanych. Grupę 19 osób (18,1%) stanowiły pielęgniarki ze stażem w zawodzie 5-10 lat. Najmniej liczną grupę stanowią respondentki ze stażem pracy poniżej 5 lat, co stanowi 11 osób (10,5%) badanych. Nieco ponad połowa pielęgniarek pracowała na oddziale zachowawczym – 54 osoby (51,4%), natomiast pozostałe 51 (48,6%) na oddziałach zabiegowych.

Tabela I. Demograficzno-społeczna charakterystyka grupy badanej

Cecha	Podgrupa klasyfikacyjna	Liczba osób (%)
Wykształcenie zawodowe pielęgniarskie	liceum medyczne/ studium zawodowe	44(41,9%)
	licencjat pielęgniarstwa	49 (46,78%)
	magister pielęgniarstwa	12 (11,4%)
Ogółem		105 (100%)
Staż pracy w zawodzie pielęgniarki	< 5 lat	11 (10,5%)
	5-10 lat	19 (18,1%)
	10-20 lat	29 (27,6%)
	≥20 lat	46 (43,8%)
Ogółem		105(100%)
Miejsce pracy	oddział zabiegowy	51(48,6%)
	oddział zachowawczy	54(51,4%)
ogółem		105(100%)

Analiza statystyczna

Do analiz statystycznych użyto testów nieparametrycznych: test U Manna-Whitneya oraz test Kruskala-Wallisa. Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$. Obliczenia statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 10 PL.

Wyniki badań

Ocena poziomu wiedzy na temat profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych

W Tabeli II zamieszczonej poniżej umieszczono zestawienie wszystkich odpowiedzi na pytania sprawdzające wiedzę personelu pielęgniarskiego na temat profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych z uwzględnieniem prawidłowych i nieprawidłowych odpowiedzi ukazanych liczbowo i procentowo.

Jedynym pytaniem, na które wszystkie pielęgniarki udzieliły poprawnej odpowiedzi było wskazanie znaczenia higieny rąk personelu medycznego w zapobieganiu rozprzestrzeniania się zakażeń szpitalnych. Pielęgniarki uznały, że najwięcej zakażeń przenosi się przez ręce personelu medycznego. Zdecydowana większość respondentek poprawnie wymieniła najczęstsze postaci kliniczne zakażeń szpitalnych (98,1%), czynniki ryzyka występowania zakażeń szpitalnych (89,5%) oraz wskazała główny cel utrzymywania czystości w oddziałach szpitalnych (86,7%). Odpowiednie odpowiedzi dotyczyły także zalecanej kolejności zakładania środków ochrony osobistej (67,6%),

okoliczności higienicznego mycia rąk (65,7%) oraz składu zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (62,8%). Połowa ankietowanych wskazała właściwą definicję dekontaminacji (58,1%), definicję zakażenia szpitalnego (56,2%), cel stosowania standardowych środków ostrożności (54,3%), czas trwania procedury mycia rąk przy użyciu mydła i wody – zgodnie z wytycznymi WHO dotyczącymi higieny rąk (54,3%), Połowa ankietowanych (52,4%) podała zakres izolacji standardowej oraz określiła sposoby systematycznej obserwacji stanu zdrowia pacjenta lub osób, które były narażone na zakażenie celem wczesnego rozpoznania choroby lub zakażenia (50,5%). Minimalny czas trwania higienicznej dezynfekcji rąk wskazało 43,8%. Jedynie co trzecia ankietowana poprawnie wskazała formy drobnoustrojów, które ulegają niszczeniu podczas dezynfekcji (36,2%).

Tabela II. Prawidłowe i nieprawidłowe odpowiedzi na pytania sprawdzające wiedzę

Pytanie	Odpowiedź			
	prawidłowa		nieprawidłowa	
	n	%	n	%
<i>Znaczenie higieny rąk personelu medycznego w zapobieganiu rozprzestrzeniania się zakażeń szpitalnych.</i>	105	100,0	0	0,0
<i>Najczęstsze postaci kliniczne zakażeń szpitalnych .</i>	103	98,1	2	1,9
<i>Czynniki ryzyka występowania zakażeń szpitalnych.</i>	94	89,5	11	10,5
<i>Główny cel utrzymywania czystości w oddziałach szpitalnych.</i>	91	86,7	14	13,3
<i>Definicja antyseptyków.</i>	88	83,8	17	16,2
<i>Zalecana kolejność zakładania środków ochrony osobistej.</i>	71	67,6	34	32,4
<i>Okoliczności higienicznego mycia rąk.</i>	69	65,7	36	34,3
<i>Skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych .</i>	66	62,8	39	37,2
<i>Definicja dekontaminacji.</i>	61	58,1	44	41,9
<i>Definicja zakażenia szpitalnego.</i>	59	56,2	46	43,8
<i>Cel stosowania standardowych środków ostrożności.</i>	57	54,3	48	45,7
<i>Czas trwania procedury mycia rąk przy użyciu mydła i wody – zgodnie z wytycznymi WHO dotyczącymi higieny rąk.</i>	57	54,3	48	45,7
<i>Zakres izolacji standardowej.</i>	55	52,4	50	47,6
<i>Określenie sposobu systematycznej obserwacji stanu zdrowia pacjenta lub osób, które były narażone na zakażenie celem wczesnego rozpoznania choroby lub zakażenia.</i>	53	50,5	52	49,5
<i>Minimalny czas trwania higienicznej dezynfekcji rąk.</i>	46	43,8	59	56,2
<i>Formy drobnoustrojów, które ulegają niszczeniu podczas dezynfekcji .</i>	38	36,2	67	63,8

Poziom wiedzy pielęgniarek na temat profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych pielęgniarek oceniono na podstawie uzyskanej sumy punktów za poprawne odpowiedzi. Za każdą prawidłową odpowiedź przyznawano 1 pkt. Za błędną lub niepełną odpowiedź 0 pkt. Ankietowane mogły uzyskać w sumie od 0 do 16. punktów. Założono, że w zależności od liczby uzyskanych punktów poziom wiedzy jest:

15-16 pkt. – bardzo wysoki,

12-14 pkt. – wysoki,

9-11 pkt. – średni (przeciętny),

0-8 pkt. – niski.

Połowa (57,1%) ankietowanych pielęgniarek osiągnęła średni poziom wiedzy, niespełna co czwarta (23,8%) poziom wysoki, a najmniejszy odsetek (5,7%) poziom bardzo wysoki. Niski poziom wiedzy prezentowała co dziesiąta (13,3%) ankietowana.

Średnia suma punktów prawidłowych odpowiedzi wynosiła $10,7 \pm 2,2$ pkt. Można przyjąć, że wiedza pielęgniarek na temat profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych była na poziomie przeciętnym – Tabela III.

Tabela III. Poziomu wiedzy pielęgniarek na temat profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych

Poziom wiedzy	n(%)	Wiedza (pkt.)					
		Średnia	Odch. std.	Mediana	Min	Maks.	Zakres
niski	14(13,3%)	10,7	2,2	11,0	4	15	0-16
średni	60(57,1%)						
wysoki	25(23,8%)						
bardzo wysoki	6(5,7%)						
Ogółem	105100,0						

Poziom wiedzy pielęgniarek a ich wykształcenie, miejsce pracy oraz staż w zawodzie

W badanej grupie wykształcenie średnie medyczne posiadały 44 respondentki i uzyskały średnią punktów na poziomie 10,3 pkt. Licencjat pielęgniarstwa posiadało 49 badanych i uzyskały one średnio 11,0 pkt. Natomiast tytuł magistra pielęgniarstwa posiadało 12 kobiet uzyskując średnio 10,7 pkt. z testu wiedzy. Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnej różnicy w poziomie wiedzy na temat profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych między pielęgniarkami o różnym wykształceniu ($p > 0,05$).

Liczebność pielęgniarek oddziałów zabiegowych wynosiła 51 osób, natomiast oddziałów zachowawczych 54 osoby. Wyznaczony poziom prawdopodobieństwa $p = 0,0555$ był bliski granicy istotności. Nieznacznie większą wiedzą na temat profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych wykazały się badane pracujące w oddziałach zabiegowych. Średnia uzyskanych punktów z testu wiedzy wynosiła 11,0% u pielęgniarek oddziałów zabiegowych, natomiast 10,3% u pielęgniarek oddziałów zachowawczych. Test U Manna-Whitneya nie wykazał istotnej różnicy w poziomie wiedzy między pielęgniarkami pracującymi w oddziałach zabiegowych a pielęgniarkami pracującymi w oddziałach zachowawczych ($p > 0,05$).

Test Kruskala-Wallisa nie wykazał istotnej różnicy w poziomie wiedzy między pielęgniarkami o różnym stażu pracy w zawodzie ($p > 0,05$). Staż pracy badanych nie miał wpływu na poziom wiedzy na temat profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych.

Tabela IV. Poziom wiedzy pielęgniarek a wykształcenie, miejsce prac, staż pracy w zawodzie

Wykształcenie	n	Wiedza (pkt)					H	p
		Średnia	Odch. std.	Mediana	Min.	Maks.		
średnie medyczne	44	10,3	2,2	10,0	4	15	2,38	0,3039
licencjat pielęgniarstwa	49	11,0	2,2	11,0	6	15		
magister pielęgniarstwa	12	10,7	2,2	10,5	8	15		

Miejsce pracy	n	Wiedza (pkt)					Z	p
		Średnia	Odch. std.	Mediana	Min.	Maks.		
oddział zabiegowy	51	11,0	2,4	11,0	4	15	1,92	0,0555
oddział zachowawczy	54	10,3	2,0	10,0	5	15		

Staż pracy w zawodzie	n	Wiedza (pkt.)					H	p
		Średnia	Odch. std.	Mediana	Min.	Maks.		
poniżej 5 lat	11	11,3	2,6	11,0	6	15	2,14	0,5445
5-10 lat	19	10,2	2,2	10,0	7	15		
10-20 lat	29	10,8	2,3	11,0	7	15		
powyżej 20 lat	46	10,6	2,1	11,0	4	15		

H – wartość testu Kruskala-Wallisa, p – poziom prawdopodobieństwa;

Samoocena wiedzy na temat profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych a poziom wiedzy pielęgniarek

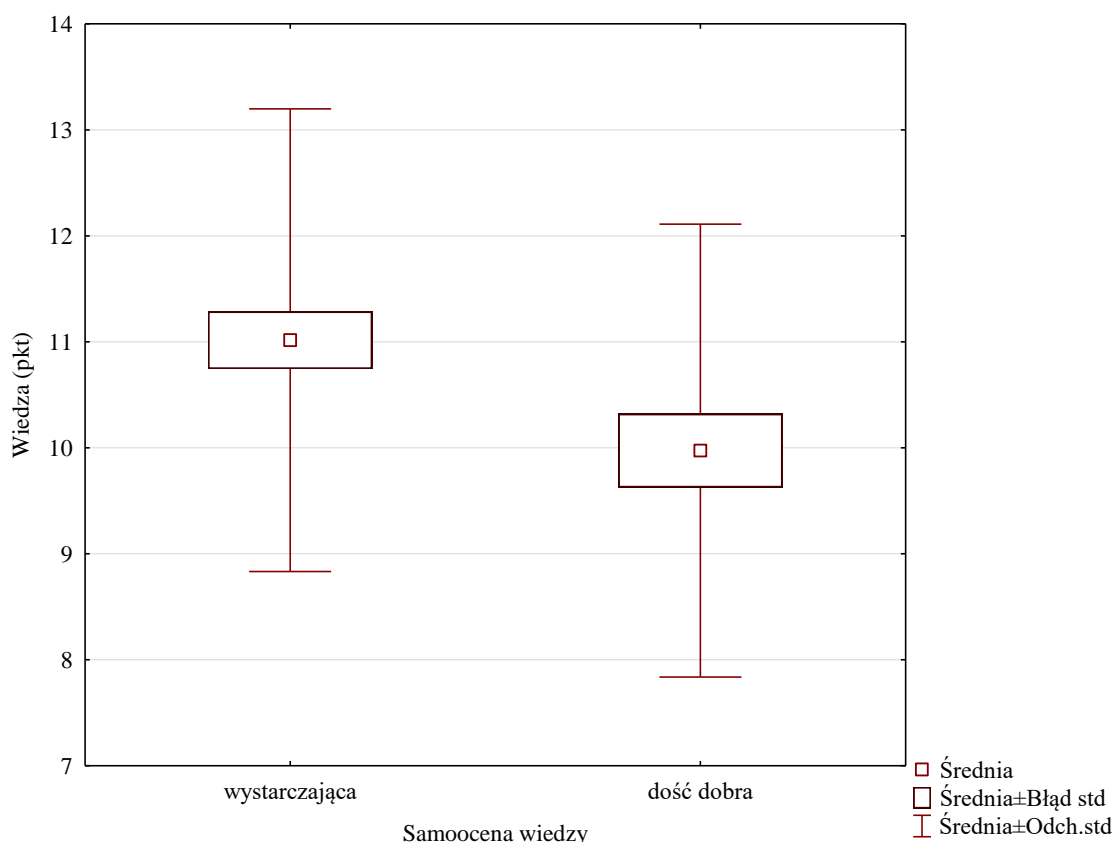
Ze względu na małą liczebność z analizy wyłączono pielęgniarki, które oceniły swoją wiedzę jako bardzo dobrą ($n=2$). Test U Manna-Whitneya wykazał istotną różnicę w poziomie wiedzy między pielęgniarkami o różnej samoocenie wiedzy ($p=0,0106$). Średnia i mediana wiedzy była większa u badanych, które oceniły swoją wiedzę jako wystarczającą. Pielęgniarki, które oceniły swoją wiedzę na poziomie wystarczającym

posiadały istotnie większą wiedzę niż pielęgniarki, które oceniły swoją wiedzę na poziomie dość dobrym – Tabela V i Wykres 1.

Tabela V. Poziomu wiedzy pielęgniarek o różnej samoocenie wiedzy na temat zakażeń szpitalnych

Samoocena wiedzy na temat zakażeń szpitalnych	n (%)	Wiedza (pkt.)					Z	p
		Średnia	Odch. std.	Mediana	Min.	Maks.		
wystarczająca	65 (61,9%)	11,0	2,2	11,0	4	15	2,55	0,0106
dość dobra	38 (36,1%)	10,0	2,1	9,5	5	15		

Z – wartość testu U Manna-Whitneya, p – poziom prawdopodobieństwa



Wykres 1. Ramka-wąsy poziomu wiedzy pielęgniarek o różnej samoocenie wiedzy

Wnioski

- Poziom wiedzy pielęgniarek na temat zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym był przeciętny. Średnia poprawnych odpowiedzi wyniosła $10,7 \pm 2,2$ pkt. (16 max.). Większość pielęgniarek oceniła swoją wiedzę jako wystarczającą.

2. Wykształcenie, miejsce pracy oraz staż pracy pielęgniarek nie miały wpływu na ich poziom wiedzy.
3. Pielęgniarki, które oceniły swoją wiedzę na poziomie wystarczającym posiadały istotnie większą wiedzę niż pielęgniarki, które oceniły swoją wiedzę na poziomie dość dobrym.

Dyskusja

Najważniejszym elementem w strategii zapobiegania zakażeniom szpitalnym jest przerwanie dróg transmisji drobnoustrojów na pacjentów wrażliwych jak i ochrona personelu medycznego przed możliwością zakażenia w czasie wykonywania obowiązków służbowych [2,3].

Liczne badania dowodzą, że ręce personelu medycznego stanowią największe zagrożenie oraz są głównym czynnikiem sprawczym w transmisji patogenów w placówkach medycznych. Niewłaściwa technika higieny rąk, zaniechanie dezynfekcji czy nieodpowiednie wykonywanie tych procedur istotnie zwiększa ryzyko rozprzestrzeniania się zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz przyczynia się do rosnącej oporności na środki bakterio- i wirusobójcze. Personel, który zna oraz przestrzega procedur i obowiązujących zasad posiada większą świadomość ze skutków niewłaściwego przeprowadzenia procesów dezynfekcji i sterylizacji oraz posługiwania się sprzętem czystym i jałowym. Pracownicy medyczni są zobowiązani do ciągłego podnoszenia swoich kwalifikacji oraz doskonalenia umiejętności jak również poszerzania wiedzy z zakresu epidemiologii i higieny szpitalnej poprzez uczestnictwo w szkoleniach z zakresu zakażeń szpitalnych organizowanych przez placówki, w których są zatrudnieni. Niestety pomimo większej świadomości oraz wzrostu poziomu kształcenia wiedza na temat zakażeń szpitalnych jest wciąż zbyt niska [13,14].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że wiedza pielęgniarek zatrudnionych na temat profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych jest na poziomie przeciętnym. Średnia poprawnych odpowiedzi wyniosła $10,7 \pm 2,2$ pkt. (16 max.). Większość pielęgniarek (61,9%) oceniła swoją wiedzę jako wystarczającą. Poziom wiedzy nie był zależny statystycznie od wykształcenia, stażu pracy w zawodzie oraz zatrudnienia na oddziale zachowawczym bądź zachowawczym.

Także w badaniu Sternal D. i wsp., w losowo wybranych oddziałach udarowych i neurologicznych na terenie województwa śląskiego pielęgniarki nie miały wystarczającej

wiedzy na temat zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Samoocena wiedzy pielęgniarek była o wiele wyższa niż pokazały to przeprowadzone badania. Wiedza badanych pielęgniarek była uzależniona od stażu pracy oraz od wykształcenia. Osoby z niższym stażem pracy i młodsze wiekiem mają wyższą wiedzę na temat sposobów zapobiegania zakażeniom szpitalnym, częściej znały definicję zakażenia szpitalnego oraz częściej stosowały odzież ochronną i procedurę mycia rąk niż starsze koleżanki [15].

Kolejne badanie przeprowadziły Kołpa M. i wsp. oceniając poziom wiedzy personelu medycznego jednego z krakowskich szpitali na temat profilaktyki zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową. Badanie obejmowało 100. losowo wybranych pracowników medycznych (pielęgniarki 73%, lekarze 15%, sanitariuszki 12%). Personel medyczny w większości oceniał swoją wiedzę na temat zakażeń szpitalnych, jako dobrą jednak po przeanalizowaniu wyników wyciągnięto wniosek, że wiedza respondentów na temat profilaktyki zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową jest na poziomie niewystarczającym. Większość personelu medycznego rozumiała konieczność przestrzegania zasad higieny i antyseptyki, jednak często ich nie stosowała. Niepokojący był fakt, że 13% ankietowanych przyznaje się, że jedynie czasami lub rzadko zmieniają rękawiczki w kontakcie z kolejnymi pacjentami. Natomiast stosowanie środków ochrony osobistej deklarowało 97% badanych. Jedynie 28% ankietowanych znało zalecenia WHO dotyczące dezynfekcji rąk oraz znało prawidłową odpowiedź na pytanie, że czas potrzebny na tę procedurę wynosi min. 30 sekund. Wykazano, że wpływ na wiedzę respondentów miał poziom wykształcenia oraz staż pracy w zawodzie [16].

Inne badania autorstwa E. Raby i wsp. dotyczyły znajomości i stosowania zasad higieny rąk wśród studentów pielęgniarstwa, ratownictwa medycznego oraz fizjoterapii Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu odbywających zajęcia praktyczne w oddziałach szpitalnych. Respondenci w ponad 96% deklarowali znajomość problematyki zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz zasad higieny rąk, jednak faktyczny poziom ich wiedzy nie miał odzwierciedlenia w praktyce. Autorzy zwrócili uwagę, że studenci w trakcie zajęć w szpitalu popełniali dużo błędów. Dotyczyły one głównie wychodzenia w rękawiczkach z sali, gdzie mieli bezpośredni kontakt z chorym lub jego otoczeniem (65% badanych potwierdzało ten fakt). Kolejnym uchybieniem było zaniechanie dezynfekcji rąk pomiędzy zabiegami u różnych pacjentów (32% studentów przyznało się do tego błędu) [17].

Chwedoruk M. i wsp. przeprowadziły badania wśród 100. losowo wybranych pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych warszawskich i lubelskich szpitali. Główny cel ich badań oraz pytania były bardzo zbliżone do użytych w badaniu własnym.

Poziom wiedzy respondentek był na poziomie dobrym, natomiast w badaniach własnych był na poziomie średnim. Autorki wykazały zależność między posiadaną wiedzą a poziomem wykształcenia pielęgniarek. Według ich badań większym poziomem wiedzy w tematyce zakażeń szpitalnych wykazały się pielęgniarki, które posiadają wyższe wykształcenie, co nie jest zgodne z badaniami własnymi [18].

W badaniach przeprowadzonych przez M. Cichońską i wsp. wśród 101. pracowników medycznych (pielęgniarek, lekarzy, fizjoterapeutów i ratowników medycznych i opiekunów medycznych) jednego ze śląskich szpitali wykazano, że poziom wiedzy personelu medycznego jest dobry. Ponad 97% ankietowanych zadeklarowało wykonywanie dezynfekcji rąk zgodnie z zasadą „5 momentów higieny rąk”, natomiast na pytanie odnośnie minimalnego czasu trwania dezynfekcji rąk tylko 77% badanych poprawnie odpowiedziało, że minimalny czas trwania powinien wynosić 30 sekund. W badaniach własnych uzyskano niższy odsetek (43,8%) poprawnych odpowiedzi na to pytanie. Według autorek na poziom wiedzy respondentów nie miało wpływu miejsce wykonywanej pracy, natomiast poziom wiedzy był zależny od wykształcenia. Najwyższym poziomem wiedzy wykazali się lekarze a najniższy rehabilitanci [19].

Pozytywnym aspektem w podejściu badanego personelu medycznego jest fakt, że zdecydowana większość deklaruje potrzebę dalszego kształcenia i podnoszenia swojej wiedzy poprzez uczestnictwo w szkoleniach na temat ochrony pacjentów przed zakażeniami [15,16,18]. Zatem należy wysunąć postulat, że celowe jest wdrażanie większej liczby szkoleń oraz wielokierunkowych działań i stosowania precyzyjnych, rygorystycznych procedur. W konsekwencji ograniczenie występowania zakażeń szpitalnych zmniejszy koszty: ekonomiczne (mniejszy budżet przeznaczony na zwalczanie ich skutków), medyczne (skrócenie czasu hospitalizacji, zmniejszenie liczby przedwczesnych zgonów, inwalidztwa) oraz psychologiczne (ograniczenie dodatkowego obciążenia psychicznego dla pacjenta).

Piśmiennictwo

1. Grochowska M., Semczuk K., Zacharska H., Definicje kliniczne i podział zakażeń szpitalnych [W]: Zakażenia szpitalne, pod red. D. Dzierżanowskiej; Alfa-Medica Press Bielsko-Biała 2008

2. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008 r., nr 234, poz. 1570)
3. Zieliński A.: Epidemiologiczne podstawy nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi. [W:] Zakażenia szpitalne. Podręcznik dla zespołów kontroli zakażeń, red. Heczko P., Wójkowska-Mach J., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009
4. Weinstein R. A.: Nosocomial infection update. *Emerging Infectious Diseases*, 1998; 4:416–420
5. Dzierżanowska D., Jeljaszewicz J., Zakażenia szpitalne: podstawowe informacje. *Nowa Medycyna* 1997; 4 :5-12
6. Zakażenia w szpitalach poważnym problemem <https://nik.gov.pl> Zakażenia w szpitalach poważnym problemem – Najwyższa Izba Kontroli (dojście 21.04.2023)
7. Podręczny leksykon medycyny, Hexal, Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 1996
8. Nizam N., Damani, Mycie i dezynfekcja rąk, [W:] Praktyczne metody kontroli zakażeń, (red.) Nizam N. Damani, Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych, Kraków, 1999, ss 183-8.]
9. Staszewski R., Głowacka M.D., Pojęcie jakości. Od teorii do praktyki. [W:] Zarządzanie Zakładem Opieki Zdrowotnej pod red. M.D. Głowackiej, Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2004
10. Przondo-Mordarska A. (red.), Zakażenia szpitalne. Etiologia i przebieg. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 1999
11. Napolitano L.M.: Decolonization of the skin of the patient and surgeon. *Surg. Infect.*, 2006; ss 3-15
12. Książek J., Piotrkowska R., Miedzicha A.: Regulacje prawne dotyczące zakażeń szpitalnych a działania zapobiegawcze na bloku operacyjnym. Edukacja dla bezpieczeństwa. *Przegląd Naukowo-Dydaktyczny. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa Rok X*, numer 3/17 (36):333-342
13. Wojtasińska-Żygadło A., Rosińczuk J., Rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w monitorowaniu występowania zakażeń szpitalnych. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2018; 7(3): 73-77
14. Dziewa A., Ksykiewicz-Dorota A. Metody monitorowania i rejestracji zakażeń szpitalnych. *Hygeia Public Health* 2012; 47(1): 56-63

15. Sternal D., Franek G., Pieńkus D.: Wiedza pielęgniarek na temat profilaktyki zakażeń szpitalnych u chorych po udarach mózgu *Pielęg Neur Neurochir* 2014; 3(2): 58–63
16. Kołpa M., Grochowska A., Gniadek A., i wsp.: Poziom wiedzy personelu medycznego szpitala o przenoszeniu zakażeń drogą kontaktową – wynik badania ankietowego. *Przeł Epidemiol* 2015; (69): 615-618
17. Rafa E., Olesiak M., Drzyzga S.: Ocena znajomości i stosowania zasad higieny rąk jako elementu zapobiegania zakażeniom szpitalnym wśród studentów odbywających zajęcia praktyczne w oddziałach szpitalnych. *Pielęgniarka Epidemiologiczna* 2019; 1(76): 25-31
18. Chwedoruk M., Gotlib J. Ocena wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20(2): 192-198
19. Cichońska M., Maciąg D.: Poziom wiedzy i nawyki personelu jako czynniki wpływające na poprawność realizacji higieny rąk w obszarze medycznym. *Forum Zakażeń* 2020; 11(6): 301-306

Adres do korespondencji:

mgr Marta Kuzia

dr Wiesław Zielonka

e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Konflikt interesów: Nie występuje

Data wpływu do Redakcji: 28.04.2023

Po recenzji: 19.05.2023

Zaakceptowano do druku: 25.05.2023

Copyright

© 2023 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Wybrane aspekty jakości życia u chorych po zabiegu laryngektomii Selected aspects of life quality of people after laryngectomy

Gabriela Pacewicz^{1, A-C}, Ewa Barczykowska^{2, D-F}

¹Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze

²Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Cel pracy. Ocena jakości życia chorych po zabiegu laryngektomii w wybranych aspektach.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w okresie 01.01.-30.03.2019 roku wśród 58. pacjentów poddanych zabiegowi całkowitego usunięcia krtani, będących pod opieką: Oddziału Otorhinolaryngologii Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej oraz Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych w Gdyni i Zabrzu. Zastosowano autorski kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz oceny jakości życia (WHOQOL BREF).

Wyniki. Niespełna połowa (49,0%) ankietowanych ogólną jakość życia uznała jako dobrą. Najwyższą jakość życia stwierdzono w dziedzinie psychologicznej – 69,6 punktu, dziedzinie społecznej – 65,8 punktu. Nie stwierdzono różnic pomiędzy kobietami, a mężczyznami pod względem ogólnej jakości życia. Wykazano zależność istotną statystycznie w zakresie oceny swojego stanu zdrowia. Wyżej swój stan zdrowia oceniali kobiety niż mężczyźni (średnia 4,0 vs 3,2). Wykazano korelację pomiędzy ogólną jakością życia okresem życia z tracheostomią i posługiwaniem się mową zastępczą. Wyżej oceniali ogólną jakość życia pacjenci z dłuższym okresem życia z tracheostomią ($p = 0,001$) oraz dłużej posługiwali się mową zastępczą ($p = 0,002$).

Wnioski. 1. Ogólny poziom jakości życia badanych był dobry. 2. Stan swojego zdrowia jako zadowalający uznała większość badanych. 3. Pacjenci laryngektomowani posługujący się mową zastępczą wyżej oceniali ogólną jakość życia oraz jakość życia w dziedzinie fizycznej.

Summary

The aim of the study. Assessment of life quality of people after laryngectomy in selected aspects.

Material and methods. The research was conducted between 1st Jan and 30th Mar 2019 among 58 patients after full laryngectomy, being under the control of the Department of Otorhinolaryngology of the Provincial Hospital Centre of the Jelenia Góra Valley and Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych (Polish Association of Those after Laryngectomy) in Gdynia and Zabrze. An own poll questionnaire and a questionnaire of life quality assessment (WHOQOL-BREF) were used.

Results. Nearly the half (49.0%) of those surveyed assessed their general quality of life as good. The highest life quality was found in the psychological field (69.6 points) and the social field (65.8 points). No difference was found between men and women with regard to a general quality of life. A statistically significant relationship was demonstrated in terms of assessing one's own health. The women assessed their health higher than the men (average 4.0 vs 3.2). A relationship was demonstrated between a general quality of life, a span of living with tracheostomy and using esophageal speech. Patients with a longer span of living with tracheostomy ($p = 0.001$) assessed their general quality of life higher and they used esophageal speech longer ($p = 0.002$).

Conclusions. 1. The overall level of life quality of people surveyed was good. 2. The majority of people surveyed assessed their health as satisfactory. 3. Patients after laryngectomy who use esophageal speech assessed their overall quality of life and their physical quality of life higher.

Wprowadzenie

Rak krtani jest to nieprawidłowy i nieustający wzrost chorych komórek nabłonka krtani. Z Krajowego rejestru Nowotworów wynika, że rak części krtaniowej gardła należy do rzadziej występujących nowotworów narządów głowy i szyi. Najczęściej rozpoznawanym typem nowotworu krtani jest rak płaskonabłonkowy – 95%. Zachorowalność wykazuje umiarkowaną tendencję wzrostową. Siedmiokrotnie częściej chorują mężczyźni. Najważniejszym czynnikiem ryzyka raka jest narażenie na dym papierosowy, zaś zachorowania u osób nigdy niepalących należą do rzadkości. Inne czynniki to narażenie na pył drzewny czy węglowy oraz wziewne substancje chemiczne [1].

Leczenie raka krtani zależy od lokalizacji guza i stopnia jego zaawansowania klinicznego (system TNM* wyróżnia odrębne klasyfikacje dla okolicy nadgłośnia, podgłośnia i głośnia). Wybierając metodę leczenia raka gardła zawsze rozważana jest możliwość zaoszczędzenia krtani. W leczeniu raka krtani stosuje się leczenie operacyjne i radioterapię, jako metody samodzielne lub skojarzone. Wczesne raki krtani można leczyć operacyjnie lub za pomocą radioterapii, a wyniki leczenia są zbliżone (85–90% wyleczeń). Wynik badania histologicznego oraz umiejscowienie raka ma wpływ na rodzaj dalszego leczenia i prognozowanie efektów leczenia. W zaawansowanych rakach krtani najczęściej wykorzystywana jest metoda skojarzona: leczenie operacyjne i radioterapia. Gdy nie jest możliwe przeprowadzenie operacji, stosuje się chemioradioterapię [2]. Obecnie na wybór metody ma także wpływ późniejsza jakość życia pacjentów. Ze względu na szereg istotnych funkcji pełnionych przez krtani procedury terapeutyczne dobiera się w miarę możliwości tak, aby nie upośledzać funkcji narządu. Nie w każdym przypadku jest możliwy zabieg częściowej resekcji krtani, zachowując czynność oddechową fonacyjną i obronną. W niektórych stadiach klinicznych choroby, gdy rozległość nowotworu nie pozwala na zastosowania innych oszczędzających krtani metod leczenia, zalecana jest laryngektomia całkowita [3].

Laryngektomia całkowita, czyli całkowite usunięcie krtani (aparatu mowy), powoduje bezgłos, zaburza komunikację werbalną i częściowo pozawerbalną. Pacjent zostaje pozbawiony głosu, który często jest wykładnikiem jego tożsamości. Głos to osobowość, przynależność do określonej płci, znak identyfikacyjny osobnika. Pacjent wymaga rehabilitacji głosu i mowy [3].

Niepełnosprawność wynikająca z choroby nowotworowej wpływa bezpośrednio na jakość funkcjonowania społecznego. Szczególnie widoczne jest to m.in. u osób z nowotworem krtani, u których choroba (w przypadku większych zmian wymuszających częściowe lub całkowite usunięcie krtani) zaburza zdolność mówienia [4]. Utrata głosu jest okaleczeniem fizycznym, psychicznym oraz społecznym. Oszczone miejsce na szyi wzbudza w chorych poczucie poniżenia lub powoduje. Noszenie rurki tracheostomijnej może sprawić poczucie dyskryminacji społecznej. W konsekwencji doprowadzić do zepchnięcia chorych na margines społeczny, pozbawienie ich funkcji społecznych, zawodowych. Zaburzone zostają także ich pozycje w rodzinie – męża, żony czy rodzica [5].

W ostatnich latach pojęcie jakości życia, rozumianej wielowymiarowo, staje coraz częściej w centrum zainteresowania psychologów oraz pracowników medycznych..

Jakość życia to sposób, w jaki człowiek odczuwa i reaguje na stan swojego zdrowia. Choroba nowotworowa jest jednym z ważniejszych czynników wpływających na ocenę jakości życia. Rak traktowany jest przez ludzi jak wyrok, kojarzy się z cierpieniem, bólem, lękiem o przyszłość [6]. Rozpoznanie i operacyjne leczenie raka krtani jest przyczyną wielu następstw w psychologicznym i społecznym funkcjonowaniu chorych, co nie pozostaje bez wpływu na ich ocenę jakości życia [7].

*Stopień zaawansowania miejscowego raka krtani pod względem jego wielkości określa się na podstawie klasyfikacji TNM gdzie: • T – oznacza wielkość guza • N – obecność zmian nowotworowych w węzłach chłonnych • M – odległe przerzuty

Stopień złośliwości raka pod względem rogowacenia dzieli się na: G1 - I stopień – dobrze zróżnicowany G2- II stopień – średnio zróżnicowany G3 – III stopień – mało zróżnicowany G4 – IV stopień – anaplastyczny. Wynik badania histologicznego oraz umiejscowienie raka ma wpływ na rodzaj dalszego leczenia i prognozowanie efektów leczenia [8].

Cel pracy

Ocena jakości życia chorych laryngektomowanych.

Material i metody

Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Jako narzędzia badawcze wykorzystano: autorski kwestionariusz ankiety zawierający pytania umożliwiające ocenę sytuacji społeczno-demograficznej oraz określenie problemów dotyczących życia codziennego chorych po całkowitym usunięciu krtani oraz kwestionariusz WHOQOL-BREF składający się z 26 pytań i umożliwiający otrzymanie profilu jakości życia z zakresu 4 dziedzin: fizycznej, psychicznej, społecznej i środowiskowej. Punktacja pytań zawiera się w przedziale 1–5. Im więcej punktów, tym lepsza jest jakość życia pacjenta. Badania zostały przeprowadzone w okresie 01.01.-30.03.2019 roku wśród pacjentów poddanych zabiegowi całkowitego usunięcia krtani, będących pod opieką: Oddziału Otorynolaryngologii Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej, Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych – Pomorski Oddział Rejonowy w Gdańsku z siedzibą w Gdyni oraz Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych Oddział Rejonowy w Zabrze.

Charakterystykę społeczno-demograficzną badanej grupy zawiera Tabela I. W badaniu wzięło udział 58. pacjentów, z których 84,5% stanowili mężczyźni, odsetek

kobiet wynosił 15,5%. Większość osób była w przedziale wiekowym 61-70 lat (41,4%), mniejszy odsetek stanowiły osoby powyżej 70. roku życia (24,1%) oraz w wieku 51-60 lat (22,4%). Najmniej liczne grupy to osoby w przedziale wiekowym 41-50 lat (9%) oraz 30-40 lat (3%). Wśród badanych 42,4% respondentów pochodziło z miasta 100 tys. mieszkańców, a mieszkańcy z mniejszych miast od 50-100 tys. mieszkańców 22% i 16,9% z miastach do 50 tys. mieszkańców, ze wsi 18,6%.

W analizowanej grupie zdecydowaną większość osób stanowili emeryci (66,1%) i renciści (20,3%). Aktywnych zawodowo pozostawało niespełna 7% ankietowanych, przy czym 1,7% wykonywało pracę etatową, a 5,1% w ograniczonym wymiarze. Pozostali ankietowani pobierali zasiłek rehabilitacyjny (1,7%) lub byli bezrobotni (3,4%).

Tabela I. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

	Cecha	N	%
Płeć	kobieta	9	15,5%
	mężczyzna	49	84,5%
Wiek	30-40 lat	2	3,4%
	41-50 lat	5	8,6%
	51-60 lat	13	22,4%
	61-70 lat	24	41,4%
	powyżej 70 lat	14	24,1%
Miejsce zamieszkania	wieś	11	18,6%
	miasto do 50 tys. mieszkańców	10	16,9%
	miasto od 50-100 tys. mieszkańców	13	22,0%
	miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	25	42,4%
Status zawodowy	uczeń, student	1	1,7%
	praca etatowa	1	1,7%
	praca zawodowa w ograniczonym wymiarze	3	5,1%
	emerytura	39	66,1%
	renta	12	20,3%
	zasilek rehabilitacyjny	1	1,7%
	bezrobocie	2	3,4%

Analiza statystyczna

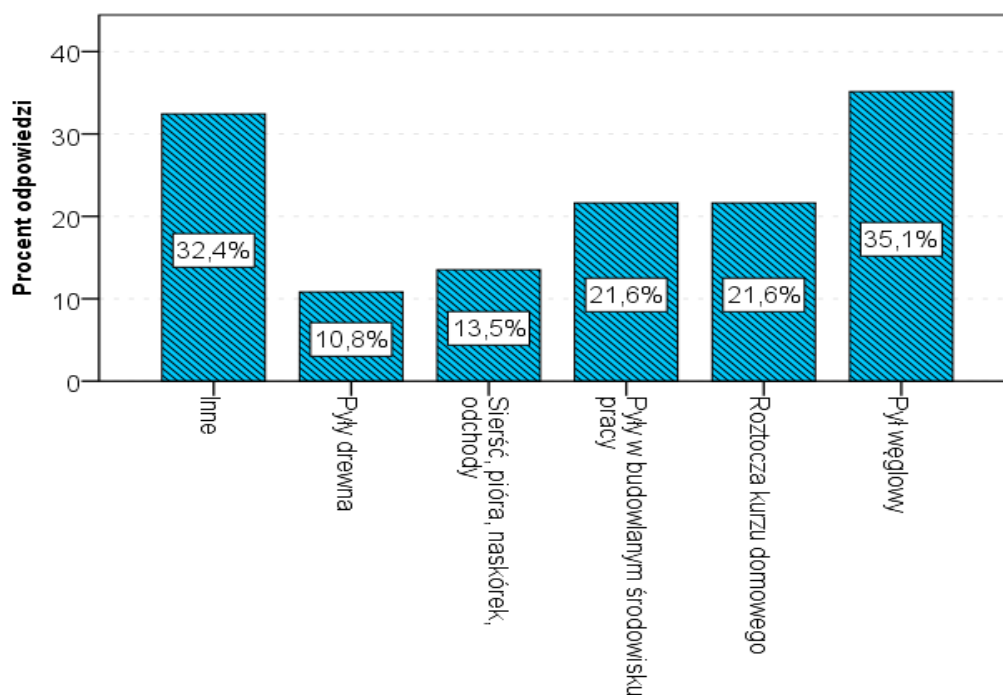
Istotność różnic w średnich wynikach pomiędzy dwiema grupami sprawdzano za pomocą testu t Studenta dla prób niezależnych. Istotność różnic pomiędzy zmiennymi jakościowymi (nominalnymi) sprawdzano za pomocą testu niezależności chi kwadrat. Korelacje pomiędzy zmiennymi sprawdzono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności $p \geq 0,05$. Analiz dokonywano za pomocą programu SPSS.

Wyniki badań

Narażenie na czynniki ryzyka raka krtani

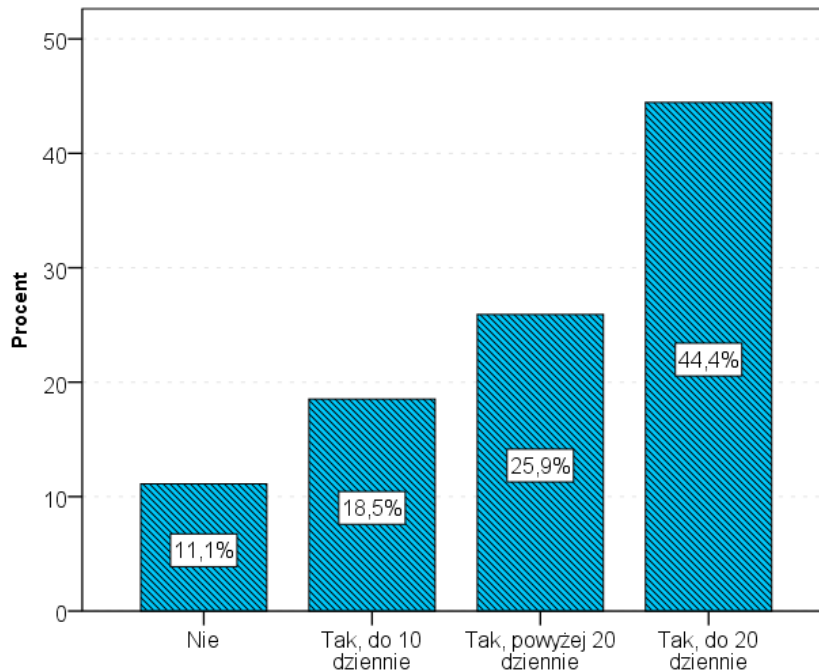
Analizie poddano narażenie badanej populacji na występowanie czynników ryzyka raka krtani w przeszłości: czynników szkodliwych w miejscu pracy oraz palenia papierosów w przeszłości.

Według badanych najczęstszym zagrożeniem dla ich zdrowia w środowisku pracy było narażenie w pył węglowy (35,1%), roztocza kurzu domowego (21,6%), pyły w budowlanym środowisku pracy (21,6%), rzadziej wskazywano sierść, pióra, naskórek, odchody (13,5%) i pyły drewna (10,8%) – Wykres 1.



Wykres 1. Czynniki szkodliwe w miejscu pracy (Możliwość wielokrotnych odpowiedzi)

W zdecydowanej większości respondenci przyznają, że palili papierosy w przeszłości – do 20. dziennie (44,4%), powyżej 20. dziennie (25,0%) i do 10. dziennie (18,5%). Co dziesiąty ankietowany nie palił papierosów (11,1 %) – Wykres 2.



Wykres 2. Palenie papierosów w przeszłości

Z analizy wynika, że do 20. papierosów dziennie wypalała większość osób (76,9%) w wieku 70. lat i powyżej oraz osoby w wieku 61-70 lat (47,6%). Natomiast wypalanie powyżej 20. papierosów dziennie zgłaszał co trzeci ankietowany w wieku do 60. roku życia (36,8%) oraz w przedziale wiekowym 61-70 (33,3%). Wśród palących najmniejsze grupy stanowili badani palący dziennie do 10. papierosów. Odnotowano istotną statystycznie dodatnią korelację pomiędzy wiekiem a liczbą wypalanych papierosów w przeszłości ($p = 0,033$) – Tabela II.

Tabela II. Palenie papierosów w przeszłości z podziałem na wiek

		Wiek				
		Do 60 lat	61-70 lat	Powyżej 70 lat		
Palenie papierosów w przeszłości	Tak, do 10 dziennie	Liczebność	6	3	1	
		% z Wiek	31,6%	14,3%	7,7%	
	Tak, do 20 dziennie	Liczebność	4	10	10	
		% z Wiek	21,1%	47,6%	76,9%	
	Tak, powyżej 20 dziennie	Liczebność	7	7	0	
		% z Wiek	36,8%	33,3%	0,0%	
	Nie	Liczebność	2	1	2	
		% z Wiek	10,5%	4,8%	15,4%	
	Test niezależności chi kwadrat			$\chi^2 = 13,68; p = 0,033$		

Średni okres palenia papierosów wynosił 27,0 lat, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 9,13 lat. Co najmniej połowa palaczy paliła przez przynajmniej 25 lat. Rozkład zmiennej kształtował się od 10 do 40 lat – Tabela III.

Tabela III. Okres palenia – miary tendencji centralnej oraz rozproszenia

Zmienne:	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Staż palenia	27,0	9,13	25,0	20,0	10,0	40,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Sytuacja chorobowa pacjenta: średni okres leczenia od momentu zdiagnozowania choroby, zastosowane metody leczenia oraz średni okres życia

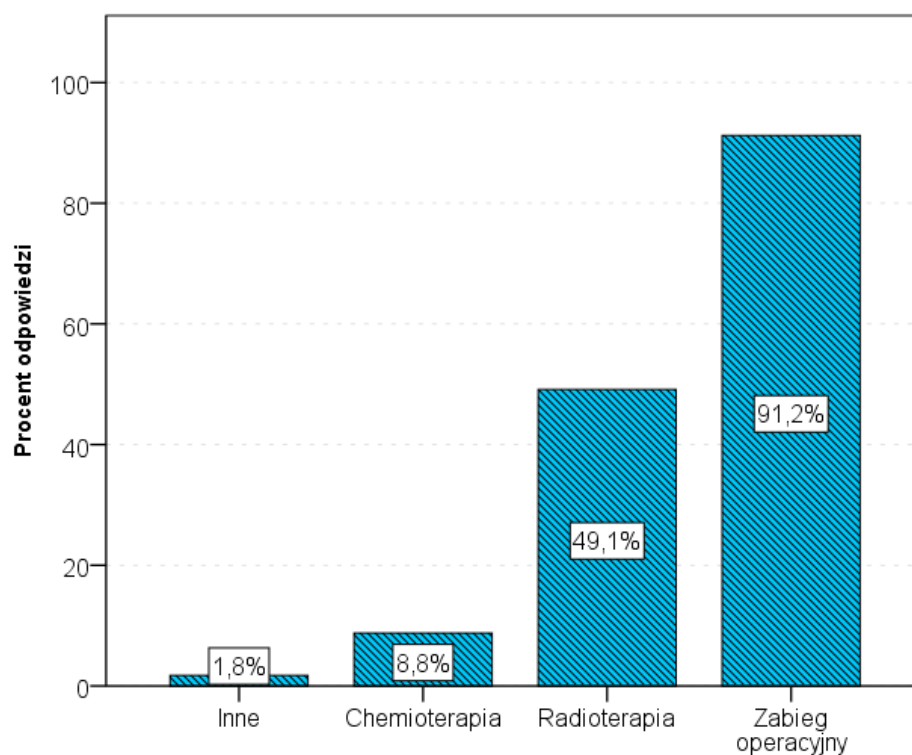
Średni okres leczenia od momentu zdiagnozowania choroby wynosił 2,2 lata, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 2,78 lat. Co najmniej połowa ankietowanych o chorobie wiedziała od przynajmniej roku. Rozkład zmiennej kształtował się od 0 do 13 lat – Tabela IV.

Tabela IV. Okres leczenia od zdiagnozowania choroby – miary tendencji centralnej oraz rozproszenia.

Zmienne:	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Okres leczenia	2,2	2,78	1,0	2,0	0,0	13,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Wobec zdecydowanej większości chorych (91,2%) zastosowano leczenie chirurgiczne, wobec niespełna połowy (49,1%) radioterapię a najrzadziej (8,8%) chemioterapię – Wykres 3.



Wykres 3. Rodzaj stosowanego leczenia (możliwość wielokrotnych odpowiedzi)

Średni okres życia pacjentów z tracheotomią wynosił 7,8 lat, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 7,80 lat. U co najmniej połowy ankietowanych okres życia z tracheotomią wynosił co najmniej 4,5 lat. Rozkład zmiennej kształtował się od 0,5 do 29 lat – Tabela V.

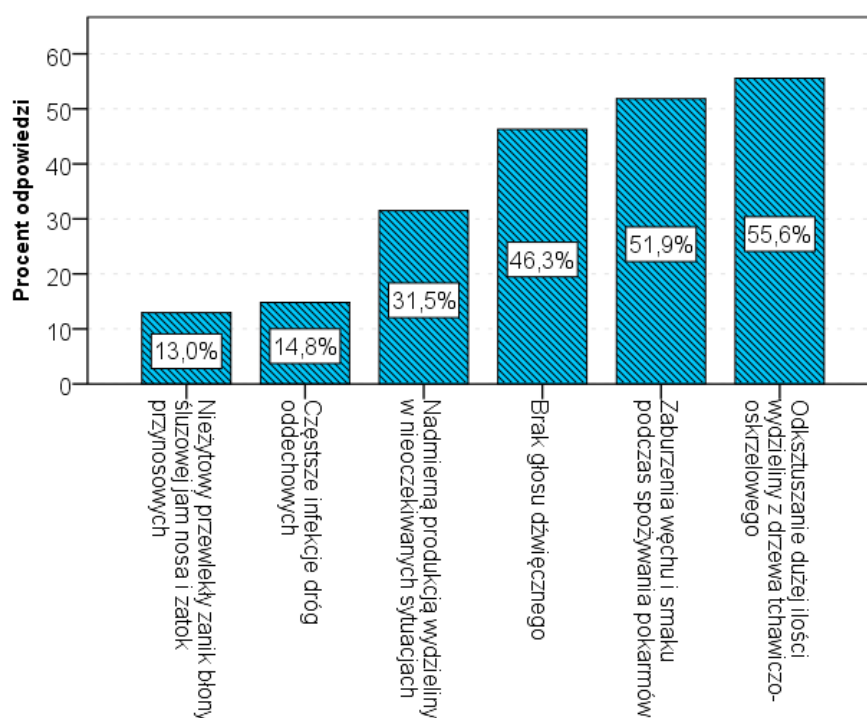
Tabela V. Okres życia z tracheostomią – miaria tendencji centralnej oraz rozproszenia.

Zmienne:	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Okres życia z tracheostomią	7,8	7,80	4,5	2,0	0,5	29,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

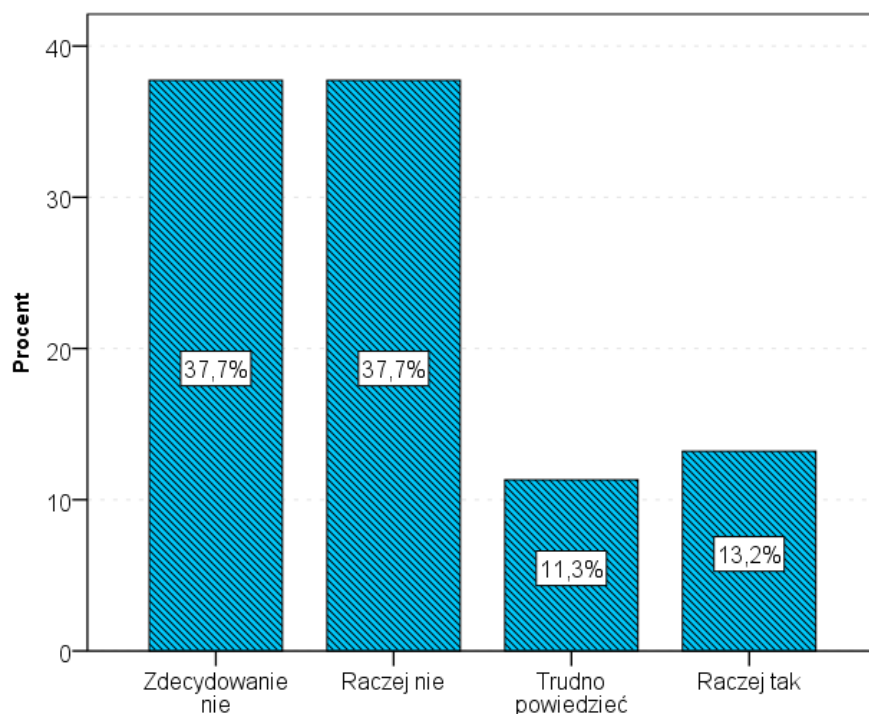
Pielęgnacja założonej tracheostomii z uwzględnieniem: częstości występowania problemów związanych z tracheostomią i pielęgnacją rurki tracheostomijnej, wpływu stomii na styl życia oraz źródeł pomocy

Najczęstsze problemy występujące z powodu tracheostomii to odkrztuszanie dużej ilości wydzieliny z drzewa tchawiczo-oskrzelowego (55,6%) oraz zaburzenia węchu i smaku podczas spożywania pokarmu (51,9%), brak głosu dźwięcznego (46,3%). Rzadziej wymieniano takie problemy jak nadmierna produkcja wydzieliny w nieoczekiwanych sytuacjach (31,5%), częste infekcje dróg oddechowych (14,8%) i nieżytywy przewlekły zanik błony śluzowej jam nosa i zatok przynosowych (13,0%) – Wykres 4.



Wykres 4. Problemy występujące w związku z tracheostomią (możliwość wielokrotnych odpowiedzi)

Dla zdecydowanej większości respondentów pielęgnacja rurki tracheostomijnej nie sprawiała trudności 75,4% (łącznie zdecydowanie tak i raczej tak). Raczej takie trudności miało 13,2% ankietowanych – Wykres 5.



Wykres 5. Trudności w pielęgnacji rurki tracheostomijnej

Wpływ tracheostomii na wybrane aspekty stylu życia ankietowani ocenili za pomocą 5-punktowej skali (5 – zdecydowanie tak, 4 – raczej tak, 3 – trudno powiedzieć, 2 – raczej nie, 1 – zdecydowanie nie). Oceny uśredniono (śr.) i uszeregowano od aspektów życia, które zostały zmienione najmocniej, do aspektów zmienionych w najmniejszym stopniu. Tracheostomia miała największy wpływ na zachowanie ostrożności podczas kąpieli (śr. 4,0) plany życiowe (śr. 3,7). Na jednakowym poziomie (śr. 3,3) życie zawodowe, seksualne, sposób odżywiania, kontakty towarzyskie, poczucie własnej wartości, sposób ubierania się. Najmniejszy wpływ miała na kontakty z rodziną (3,1) i możliwość podróżowania (3,0) – Tabela VI.

Tabela VI. Wpływ tracheostomii na styl życia pacjenta (5 – zdecydowanie tak, 4 – raczej tak, 3 – trudno powiedzieć, 2 – raczej nie, 1 – zdecydowanie nie)

Aspekty życia codziennego	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Trudno powiedzieć	Raczej tak	Zdecydowanie tak	Średnia	Mediana
	1	2	3	4	5		
Zachowanie ostrożności podczas kąpieli	5%	9%	14%	23%	49%	4,0	4,0
Plany życiowe	5%	13%	21%	31%	31%	3,7	4,0
Życie zawodowe	14%	11%	11%	25%	39%	3,6	4,0
Aktywność seksualna	4%	22%	24%	35%	15%	3,3	3,5
Wygląd osobisty	11%	20%	11%	36%	20%	3,3	4,0
Sposób odżywiania	17%	14%	14%	29%	26%	3,3	4,0
Kontakty towarzyskie	7%	20%	25%	32%	16%	3,3	3,0
Poczucie własnej wartości	15%	13%	22%	28%	22%	3,3	3,5
Sposób ubierania się	9%	24%	16%	33%	18%	3,3	4,0
Kontakty z rodziną	11%	24%	22%	29%	13%	3,1	3,0
Możliwości podróżowania	7%	35%	21%	23%	14%	3,0	3,0

Pacjenci wskazali osoby będące źródłem pomocy w przypadku wystąpienia problemów związanych z tracheostomią za pomocą 5 punktowej skali (5 – zdecydowanie tak, 4 – raczej tak, 3 – trudno powiedzieć, 2 – raczej nie, 1 – zdecydowanie nie). Wartości ocen uśredniono i uszeregowano od najwyższych (najbardziej wiarygodnych) do najniższych, najrzadziej wybieranych w takich przypadkach. Najczęściej w sytuacjach problemowych ankietowany poprosiłby o pomoc lekarza (średnia ocena = 4,4), nieco rzadziej poprosiłby o pomoc rodzinę (3,9), radziłby sobie sam (3,6), szukałby pomocy u logopedy (3,3) i pielęgniarki (3,1). Najrzadziej ankietowani zwracaliby się w takich sytuacjach do innych chorych (2,6) i do psychologa (2,0) – Tabela VII.

Tabela VII. Osoby pomocne w przypadku pojawienia się problemów związanych z tracheostomią (5 – zdecydowanie tak, 4 – raczej tak, 3 – trudno powiedzieć, 2 – raczej nie, 1 – zdecydowanie nie)

Osoby pomocne	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Trudno powiedzieć	Raczej tak	Zdecydowanie tak	Średnia	Mediana
	1	2	3	4	5		
Lekarz	5,0%	5,0%	5,0%	17,5%	67,5%	4,4	5,0
Rodzina	4,0%	12,0%	12,0%	32,0%	40,0%	3,9	4,0
Radzę sobie sam	13,6%	13,6%	18,2%	9,1%	45,5%	3,6	4,0
Logopeda	22,2%	11,1%	16,7%	16,7%	33,3%	3,3	3,5
Pielęgniarka	17,6%	23,5%	5,9%	35,3%	17,6%	3,1	4,0
Inni chorzy	14,3%	42,9%	21,4%	7,1%	14,3%	2,6	2,0
Psycholog	28,6%	35,7%	21,4%	14,3%	0,0%	2,2	2,0
Inni	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	3,0	3,0

Ocena indywidualnej ogólnej jakości życia oraz samoocena stanu zdrowia przez chorych laryngektomowanych

W ocenie wykorzystano analizę odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu WHOQOL-BREF – Tabela VIII

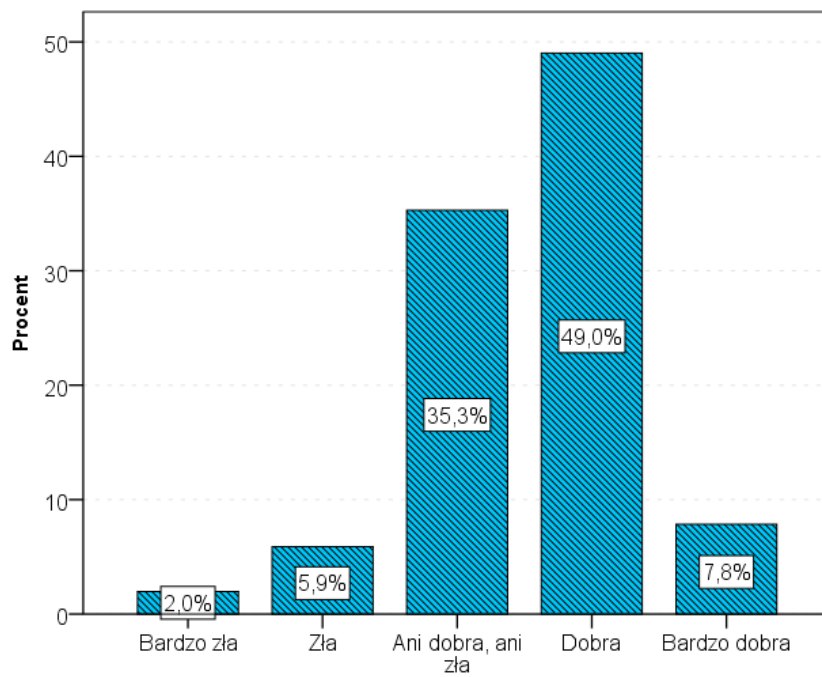
Ankietowani za pomocą 5-punktowej skali ocenili swoją jakość życia (*1 – bardzo zła, 5 – bardzo dobra jakość życia*). Średnia ocena wynosiła 3,5, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 0,81. Najczęściej wskazali, że ich jakość życia jest dobra (49%) i ani dobra, ani zła (35%) – Tabela VIII, Wykres 6.

Samooceny zdrowia respondenci dokonali także w 5-punktowej skali (*1 – bardzo duże niezadowolenie, 5 – bardzo duże zadowolenie*). Średnia ocena wynosiła 3,3, przy odchyleniu wynoszącym 0,85. Ze stanu swojego zdrowia zadowolonych było 43% a 37% ani zadowolonych, ani niezadowolonych – Tabela VIII, Wykres 7.

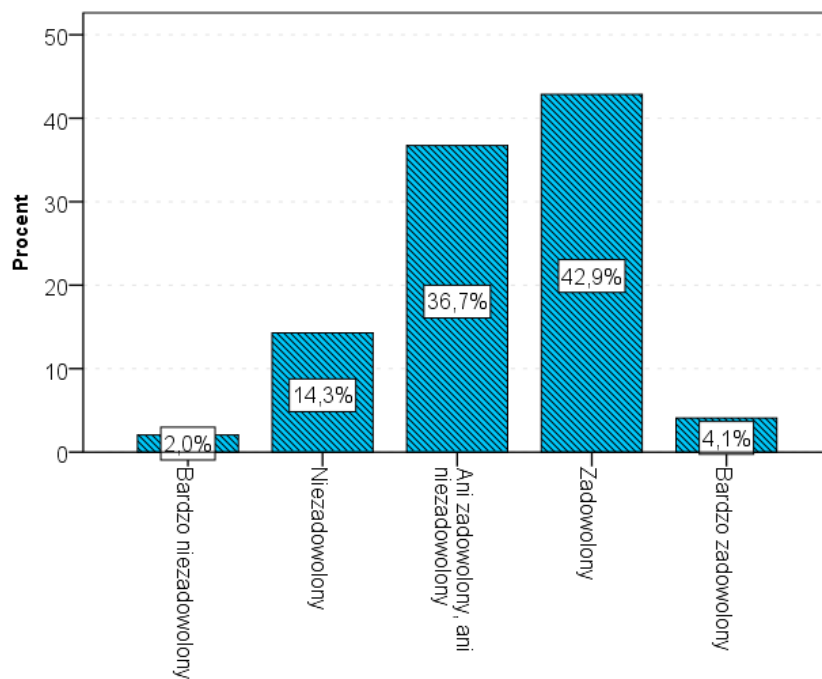
Tabela VIII Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia. Wyniki kwestionariusza WHOQOL-BREF

Zmienne:	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Ogólna jakość życia	3,5	0,81	4,0	4,0	1,0	5,0
Samoocena stanu zdrowia	3,3	0,85	3,0	4,0	1,0	5,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna



Wykres 6. Ogólna jakość życia ankietowanych



Wykres 7. Samoocena stanu zdrowia ankietowanych

Ocena jakości życia pacjentów z tracheostomią w dziedzinie fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych oraz środowiskowej

W ocenie wykorzystano analizę odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu WHOQOL-BREF. Uzyskane surowe wyniki przekształcono tak, by wyniki mieściły w przedziale od 0 do 100 punktów. Najwyższą jakość życia stwierdzono dla wymiaru psychologicznego (śr. 69,6) i dla wymiaru społecznego (śr. 65,8). Najniższą jakość życia stwierdzono dla domeny fizycznej (śr. 61,0). Średnia liczba punktów uzyskana dla domeny środowisko wynosiła 64,2. – Tabela IX.

Tabela IX. Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia. Wyniki kwestionariusza WHOQOL-BREF (dane transformowane od 0 do 100)

Domena:	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Fizyczna	61,0	14,38	60,7	60,7	28,6	85,7
Psychologiczna	69,6	14,78	70,8	79,2	41,7	95,8
Społeczna	65,8	17,92	66,7	75,0	25,0	100,0
Środowisko	64,2	14,35	65,6	65,6	37,5	93,8

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Ocena jakości życia pacjentów z tracheostomią w zależności od płci i miejsca zamieszkania

Analiza korelacyjna nie wykazała statystycznie istotnych powiązań między wiekiem, a oceną jakości życia ($p = 0,971$), samooceną zdrowia ($p = 0,981$), wymiarami jakości życia: fizycznym ($p = 0,692$), psychologicznym ($p = 0,153$), społecznym ($p = 0,583$), funkcjonowaniu w środowisku ($p = 0,176$).

Analiza korelacyjna wykazała, że ankietowani mieszkający w dużych miastach istotnie wyżej oceniali swoją ogólną jakość życia ($p = 0,039$) oraz jakość życia w domenie fizycznej ($p = 0,004$) i psychologicznej ($p = 0,003$) – Tabela X.

Tabela X. Związek między wiekiem i miejscem zamieszkania, a wynikami kwestionariusza WHOQOL-BREF (wartości współczynnika korelacji rang Spearmana)

		Wiek
Ogólna jakość życia	Współczynnik korelacji	-0,01
	Istotność (dwustronna)	0,971
Samocena stanu zdrowia	Współczynnik korelacji	0,00
	Istotność (dwustronna)	0,981
Fizyczna	Współczynnik korelacji	0,06
	Istotność (dwustronna)	0,692
Psychologiczna	Współczynnik korelacji	0,22
	Istotność (dwustronna)	0,153
Społeczna	Współczynnik korelacji	0,08
	Istotność (dwustronna)	0,583
Funkcjonowanie w środowisku	Współczynnik korelacji	0,19
	Istotność (dwustronna)	0,176
		Miejsce zamieszkania
Ogólna jakość życia	Współczynnik korelacji	0,29
	Istotność (dwustronna)	0,039
Samocena stanu zdrowia	Współczynnik korelacji	0,09
	Istotność (dwustronna)	0,528
Fizyczna	Współczynnik korelacji	0,40
	Istotność (dwustronna)	0,004
Psychologiczna	Współczynnik korelacji	0,44
	Istotność (dwustronna)	0,003
Społeczna	Współczynnik korelacji	0,18
	Istotność (dwustronna)	0,195
Funkcjonowanie w środowisku	Współczynnik korelacji	0,26
	Istotność (dwustronna)	0,064

Wyżej swój stan zdrowia oceniały kobiety niż mężczyźni (śr. 4,0 vs 3,2). Analiza za pomocą testu t Studenta dla prób niezależnych wykazała, że omawiane różnicę są istotne statystycznie ($p = 0,009$).

Nie stwierdzono różnicy pomiędzy kobietami, a mężczyznami pod względem ogólnej jakości życia ($p = 0,182$), jakości życia w domenach fizycznej ($p = 0,098$), psychologicznej ($p = 0,310$), społecznej ($p = 0,160$) i środowisko ($p = 0,147$) – Tabela XI.

Tabela XI Jakość życia respondentów – porównanie kobiet i mężczyzn (wyniki testu t Studenta dla prób niezależnych)

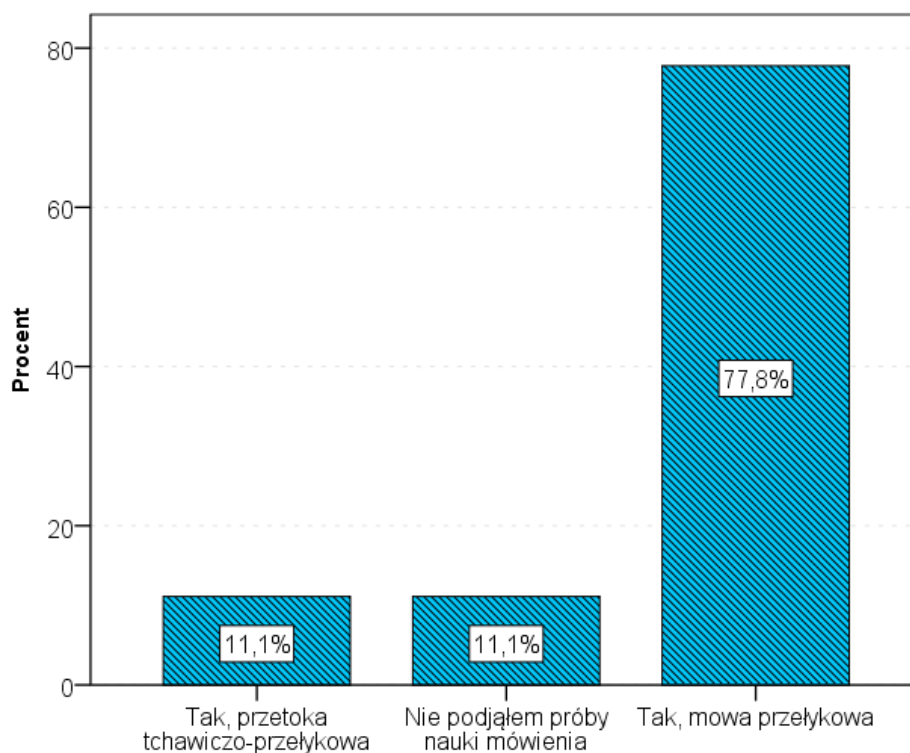
Różnica dla domeny:	Kobiety		Mężczyźni		Test t Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ogólna jakość życia	3,9	0,60	3,5	0,84	1,35	0,182
Samooceń stanu zdrowia	4,0	0,71	3,2	0,80	2,74	0,009
Fizycznej	68,3	11,50	59,3	14,77	1,69	0,098
Psychologicznej	73,4	9,49	69,1	15,82	1,04	0,310
Społecznej	73,6	17,18	64,2	18,02	1,43	0,160
Środowisko	70,7	17,01	63,0	13,66	1,48	0,147

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *t* – wartość testu t Studenta, *p* – poziom istotności

Ocena jakości życia pacjentów z tracheostomią posługujących się mową zastępczą

W ocenie wykorzystano analizę odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie autorskiej oraz pytania zawarte w ankiecie WHOQOL -BREF .

Większość ankietowanych podjęła się rehabilitacji foniatrycznej – mowa przetykowa (78%), przetoka tchawiczo-przetykowa (11%). Nie podjęło próby nauki mówienia 11% ankietowanych – Wykres VIII.



Wykres 8. Podjęcie rehabilitacji foniatrycznej

Średni okres posługiwania się mową zastępczą wynosił 7,7 lat, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 8,24 lat. Co najmniej połowa osób uczyła się mowy zastępczej przez przynajmniej 4 lata. Rozkład zmiennej kształtował się od 0,2 do 28 lat – Tabela XII.

Tabela XII. Okres posługiwania się mową zastępczą (miary tendencji centralnej oraz rozproszenia)

Zmienne:	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
okres posługiwania się mową	7,7	8,24	4,0	1,0	0,2	28,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Analiza wykazała korelację pomiędzy ogólną jakością życia okresem życia z tracheostomią i posługiwaniem się mową zastępczą. Ankietowani, którzy mieli dłuższy okres życia z tracheostomią wyżej oceniali ogólną jakość życia ($p = 0,001$), jakość życia w domenie fizycznej ($p = 0,023$) i psychologicznej ($p = 0,039$). Ankietowani, którzy dłużej posługiwali się mową zastępczą wyżej oceniali ogólną jakość życia ($p = 0,002$), jakość życia w domenie fizycznej ($p = 0,023$) – Tabela XIII.

Tabela XIII. Związek między okresem życia z tracheostomią i posługiwaniami się mową zastępczą, a wynikami kwestionariusza WHOQOL-BREF (wartości współczynnika korelacji rang Spearmana)

		Okres życia z tracheostomią	Okres posługiwaniami się mową zastępczą
Ogólna jakość życia	Współczynnik korelacji	0,49	0,51
	Istotność (dwustronna)	0,001	0,002
Samocena stanu zdrowia	Współczynnik korelacji	0,30	0,33
	Istotność (dwustronna)	0,059	0,065
Fizyczna	Współczynnik korelacji	0,35	0,39
	Istotność (dwustronna)	0,023	0,023
Psychologiczna	Współczynnik korelacji	0,33	0,27
	Istotność (dwustronna)	0,039	0,148
Społeczna	Współczynnik korelacji	0,29	0,26
	Istotność (dwustronna)	0,067	0,135
Środowisko	Współczynnik korelacji	0,21	0,14
	Istotność (dwustronna)	0,189	0,427

Dyskusja

Na podstawie analizy zebranego materiału można stwierdzić, że zdecydowaną większość grupy respondentów stanowili mężczyźni (84,5%). W przedziale wiekowym 61-70 lat było 41,4%, co czwarty ankietowany (24,1%) był powyżej 70. roku życia a co piąty (22,4%) w wieku 51-60 lat. Do 20. papierosów dziennie wypalała większość osób (76,9%) w wieku 70. lat i powyżej oraz osoby w wieku 61-70 lat (47,6%). Natomiast wypalanie powyżej 20. papierosów dziennie zgłaszał co trzeci ankietowany w wieku do 60. roku życia (36,8%) oraz w przedziale wiekowym 61-70 (33,3%). Odnotowano istotną statystycznie dodatnią korelację pomiędzy wiekiem a liczbą wypalanych papierosów w przeszłości ($p = 0,033$). Wyniki te znajdują potwierdzenie w wielu publikacjach.

Badania obserwacyjne z ostatnich pozwoliły jasno stwierdzić, że wiek i płeć pacjentów są **znaczaco powiązane** z zachorowalnością i rozwojem raka krtani [9]. Natomiast głównymi czynnikami ryzyka tego nowotworu są palenie tytoniu i picie wysokoprocentowego alkoholu krtani [9]. Wieloletnie palenie tytoniu zwiększa 30-krotnie ryzyko zachorowania [10]. Rak krtani należy do grupy nowotworów tytoniozależnych, tzn. najważniejszym czynnikiem ryzyka jest narażenie na dym papierosowy [1,10]. Szkodliwe

działanie dymu tytoniowego wynika m.in. z jego bezpośredniego działania na błonę śluzową dróg oddechowych. Powoduje on uszkodzenie nabłonka wydzielniczego krtani i upośledza naturalne mechanizmy obronne błony śluzowej, takie jak ruch rzęskowy i sekrecja śluzu. Ponadto dochodzi do hipoksji tkanek i obniżenia odporności immunologicznej [10]. Także wysokoprocentowy alkohol powoduje drażnienie błony śluzowej oraz jej miejscowe uszkodzenie i powstanie mikroubytków nabłonka, przez które mogą wnikać substancje kancerogenne z dymu tytoniowego. Ryzyko nowotworu rośnie wprost proporcjonalnie do wielkości ekspozycji i jej czasu trwania. Równoczesne palenie tytoniu i picie alkoholu zwiększa ryzyko 330 razy. Wynika to ze zjawiska mutliplikacji (mnożenia) [11]. Inne czynniki to narażenie na pył drzewny czy węglowy oraz wziewne substancje chemiczne. Prawie osiem razy częściej chorują mężczyźni [1]. Znaczenie wieku ankietowanych na występowanie raka krtani wykazała także K. Kurowska i wsp. w badaniu przeprowadzonym w jednym z bydgoskich szpitali. Wśród respondentów dominowali mężczyźni, średnia wieku wynosiła 64. lata [12].

W kolejnej części niniejszego badania poddano ocenie wybrane aspekty stylu życia pacjentów. Największa grupa ankietowanych (72,0%) wskazała trudność związaną z zachowaniem ostrożności podczas kąpieli. Kolejne aspekty dotyczyły udziału w życiu społecznym. Najczęściej wskazywano zmiany w życiu zawodowym (64,0%) i planach życiowych (62,0%). Połowa ankietowanych uznała jako znaczące w ich życiu zmiany dotyczące wyglądu osobistego (56,0%), uczucia własnej wartości (50,0%) oraz kontaktów towarzyskich (48,0%).

Operacja raka krtani pozostawia trwałą i widoczny ślad w postaci tracheostomii i rurki tracheostomijnej. Na podstawie analiz badań można stwierdzić, że zmiany w wyglądzie i związana z nimi samoakceptacja (lub jej brak) rzutują na stopień uczestnictwa w życiu społecznym. Chorzy wstydzą się swojego wyglądu. Rezygnacja z wychodzenia z domu i uczestniczenia w życiu społecznym wynika z oszpecenia i okaleczenia i często powoduje autoalienację pacjentów [13]. Zmiany w wyglądzie i utrata sprawności są czynnikami niezwykle obciążającymi dla większości chorych onkologicznie. Często obserwowany spadek poczucia własnej wartości i tendencje do izolacji spowodowane są nie tylko obiektywnymi ograniczeniami zdrowotnymi, ale również świadomością negatywnych postaw otoczenia powiązanych ze specyfiką choroby [14]. Warto odwołać się do stwierdzenia H. Selye, że „*tak jak łakniemy aprobaty – lękamy się potępienia*” [15].

W badaniu własnym 43% było zadowolonych ze stanu swojego zdrowia, a ani zadowolonych, ani niezadowolonych (37%). Średnia ocena wynosiła 3,3.

Natomiast jakość życia połowa (49%) ankietowanych uznała jako dobra, a 35% ani dobra, ani zła. Średnia ocena wynosiła 3,3. Najwyższą jakość życia stwierdzono w dziedzinie psychologicznej – 69,6 punktu, niższą w dziedzinie społecznej – 65,8 punktu, dziedzinie środowiskowej – 64,2 punktu i w dziedzinie fizycznej – 61,0 punktu.

W badaniu K. Kurowskiej uzyskano nieco niższe wartości. W ocenie badanych zarówno jakość życia, jak i zadowolenie ze zdrowia były przeciętne – jakość życia to średnia 3,31 punktu, zadowolenie ze zdrowia oceniono nieco niżej – średnia 3,23. Uzyskane wyniki różnią się w ocenie poszczególnych wymiarów. Najwyżej oceniono dziedzinę socjalną, następnie fizyczną, środowiskową i najniżej psychologiczną. Średnia ocena dziedziny socjalnej wyniosła 63,29 punktu., dziedziny fizycznej – 61,59, dziedziny środowiskowej – 58,89 punktu oraz dziedziny psychologicznej – 52,66 punktu [12].

W badaniu własnym wyżej swój stan zdrowia oceniały kobiety (śr. 4,0), średnia ocena uzyskana przez mężczyzn wynosiła 3,2. Natomiast nie stwierdzono różnic pomiędzy kobietami, a mężczyznami pod względem ogólnej jakości życia. Wyniki różnią się od uzyskanych przez K. Kurowskiej i wsp. w których wykazano, że wyższą jakość życia oraz zadowolenie ze zdrowia prezentowali badani mężczyźni [12]. Także w badaniu A. Lipińskiej okazało się, że nowotwór krtani wiąże się z obniżeniem jakości życia chorych kobiet w zakresie ogólnego samopoczucia, jego prognozy na przyszłość, subiektywnej oceny ich sytuacji życiowej. Ponadto kobiety w stosunku do mężczyzn uzyskały niższą jakość życia także w zakresie relacji społecznych i ich subiektywnej oceny, sposobów spędzania wolnego czasu i subiektywnej oceny tych sposobów [9]. Według J. Czapińskiego zdrowie jest cenniejszą wartością dla kobiet aniżeli dla mężczyzn. [16]. Tendencję tę potwierdza stwierdzenie de Walden-Gałuszko. Natomiast ich niższą jakość życia można tłumaczyć tym, że *„kobiety są bardziej egocentryczne, stąd bardziej skłonne niż mężczyźni do reakcji depresyjnych. Charakteryzuje je ponadto większa ekspresywność wyrażania przeżywanego stanów emocjonalnych w sposób skrajny. Wydaje się także, że ich opinie o różnych sprawach, w tym o własnej sytuacji, są w silniejszym stopniu zabarwione emocjami, a więc bardziej »subiektywne« niż u mężczyzn»* [7].

Wśród chorych uczestniczących w niniejszym badaniu większość ankietowanych podjęła się rehabilitacji foniatrycznej – mowa przełykowa (78%), przetoka tchawiczoprzełykowa (11%). Nie podjęło próby nauki mówienia 11% ankietowanych. Pacjenci laryngektomowani posługujący się mową zastępczą wyżej oceniali ogólną jakość życia.

Jak pokazują badania dotyczące jakości życia chorych onkologicznie i ich funkcjonowania obniżenie jakości funkcjonowania społecznego jest szczególnie widoczne m.in. u osób z nowotworem krtani ze względu na zaburzoną zdolność mówienia [9,17-19]. W badaniach B. Berezy i wsp. chorzy z utraconą umiejętnością komunikowania werbalnego niżej oceniają jakość życia zawodowego z powodu poważnych trudności w kontaktach ze współpracownikami oraz w realizowaniu dotychczasowych obowiązków służbowych. Istnieje duża różnica między chorymi na nowotwór krtani, którzy posługują się głosem dzięki wszczępieniu protezy głosowej i rehabilitacji, a tymi, którzy nie mają umiejętności komunikacji werbalnej. Brak możliwości posługiwania się głosem (lub znaczne tego utrudnienie) powoduje zakłopotanie w kontaktach z innymi ludźmi, Ponadto panuje przekonanie o tym, że choroba nowotworowa krtani stanowi barierę w dotychczasowych relacjach towarzyskich. Spada także jakość relacji rodzinnych. Choć po częściowym usunięciu krtani, czy protezowaniu negatywny wpływ choroby spada [17].

Na podstawie przeprowadzonej analizy można stwierdzić, że zdecydowana większość ankietowanych podjęła się rehabilitacji foniatrycznej – mowa przetykowa (78%), przetoka tchawiczo-przetykowa (11%). Średni okres posługiwania się mową zastępczą wynosił 7,7 lat. Co najmniej połowa osób uczyła się mowy zastępczej przez przynajmniej 4 lata. Pacjenci, którzy dłużej posługiwali się mową zastępczą wyżej oceniali ogólną jakość życia oraz jakość życia w domenie fizycznej.

Z klinicznego punktu widzenia laryngektomia całkowita usuwa jedynie zniszczony procesem nowotworowym generator głosu. Operacja nie pozbawia chorego funkcji mowy, a obwodowy narząd mowy pozostaje nienaruszony lub tylko w niewielkim stopniu upośledzony. Chory po laryngektomii traci jedynie możliwość wytwarzania mowy dźwięcznej, może jednak porozumiewać się werbalnie i szeptem. Rehabilitacja pooperacyjna ma na celu wytworzenie zastępczego generatora głosowego na drodze konwencjonalnej lub bez wykorzystania przetoki głosowej [18,19]. Znaczenie stopnia rozwoju mowy przetykowej na ocenę jakości życia potwierdza także A. Lipińska. W badaniu na podstawie przeprowadzonych obserwacji wyróżniono trzy grupy pacjentów: pierwsza, która nie miała wykształconej mowy zastępczej, druga z rozwiniętą w stopniu średnio zrozumiałym mową przetykową i trzecia posiadająca w pełni zrozumiały kontakt werbalny z otoczeniem. Osoby, które nie wykształciły mowy przetykowej, posiadały niższą ocenę poszczególnych wymiarów jakości życia w zakresie: ogólnego samopoczucia, zwłaszcza w ciągu ostatniego miesiąca, w zakresie sytuacji życiowej, oceny spójności wyobrażeń dotyczących pracy szpitala i faktycznego stanu rzeczy, w zakresie

relacji rodzinnych i subiektywnej oceny pracy w porównaniu z pozostałymi osobami należącymi, ze względu na poziom rozwoju mowy przełykowej, do dwóch pozostałych grup. Osoby, które mówiły w sposób całkowicie zrozumiały, wysoko oceniły swoją jakość życia w aspekcie: ogólnego samopoczucia, szczególnie w ciągu minionego miesiąca, ich sytuacji życiowej w czasie pobytu w szpitalu, oceny spójności i niezależności, w zakresie oceny relacji rodzinnych, subiektywnej oceny ich sytuacji zawodowej [9].

Z niniejszych badań wynika, że w razie wystąpienia problemów z tracheostomią ankietowani najczęściej zwróciliby się o pomoc do lekarza (67,5%), radziliby sobie sami (45,5%), 40% ankietowanych poprosiłoby o pomoc rodzinę a 14,3% do innych chorych.. Żaden z pacjentów nie odpowiedział *zdecydowanie tak* na możliwość uzyskania pomocy od psychologa, a 64,3% wskazało *zdecydowanie nie i raczej nie*.

Natomiast A. Lipińska na podstawie wniosków wynikających z przeprowadzonych badań wysuwa sugestię, że u wszystkich pacjentów po leczeniu operacyjnym raka krtani powinny być prowadzone oddziaływania psychoterapeutyczne i psychologiczne nastawione na poprawę ich oceny jakości życia [9].

Wnioski

1. Większość pacjentów laryngektomowanych przyznała się do palenia papierosów w przeszłości.
2. Stan swojego zdrowia jako zadowalający uznała większość badanych. Wyżej swój stan zdrowia oceniały kobiety.
3. Ogólny poziom jakości życia badanych był dobry. Najwyższą jakość życia stwierdzono dla wymiaru psychologicznego i społecznego.
4. Rehabilitację foniatryczną podjęła większość ankietowanych. Pacjenci laryngektomowani posługujący się mową zastępczą wyżej oceniali ogólną jakość życia oraz jakość życia w dziedzinie fizycznej.

Piśmiennictwo

1. Krajowy Rejestr Nowotworów, <https://onkologia.org.pl> (dojście 26.04.2023)
2. Zwrotnik Raka. Portal onkologiczny. <https://www.zwrotnikraka.pl/rak-krtani-gardla-objawy-leczenie/> (dojście 26.04.2023)
3. Betlejewski S.: Pacjent po operacji krtani. Bydgoskie Stowarzyszenie Laryngektomowanych, Bydgoszcz 2009; 39-44: 121-130.

4. Kau K., Arnold W.H.: Psychoonkologia w laryngologii, [w:] Psychoonkologia: diagnostyka, metody terapeutyczne, Dorfmueller M., Dietzfelbinger H: Wydawnictwo Urban&Partner, Wrocław 2011:313–322.
5. Okła S.: Chirurgiczna rehabilitacja głosu po całkowitej laryngektomii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007
6. Chrobak M.: Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17: 123-127
7. De Walden-Gałuszko K.: Jakość życia w chorobie nowotworowej, Wydawnictwo UG, Gdańsk 1994
8. Zatoński W., Zatoński T.: Epidemiologia nowotworów złośliwych krtani [w:] Rak krtani i gardła dolnego, Janczewski G., Osuch-Wójcikiewicz E.: (red.), Alfa-Medica-Press, Bielsko-Biała 2002
9. Lipińska A.: Jakość życia pacjentów po leczeniu operacyjnym raka krtani. Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica, Łódź 1998; 2:123-143
10. Majczyk D. , Bruzgielewicz A., Osuch-Wójcikiewicz E.: Rak krtani – epidemiologia i etiologia. Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny 2014; 3: 186–188
11. Osuch-Wójcikiewicz E.: Rak krtani i gardła dolnego. [w:] Otorynolaryngologia praktyczna, Janczewski G.:Via Medica; Gdańsk 2007: 507-517.
12. Kurowska K., Jakielewicz S.: Rola przystosowania się do optymalnej jakości życia osób po całkowitym usunięciu krtani. Piel Chirur Angiol 2013; 1(7) :21-27
13. Ulaniecka N.: Doświadczenie choroby nowotworowej. Aspekty psychospołeczne. Wydawnictwo Naukowe UAM, 2021
14. Banaszekiewicz Z., Szewczyk M.T., Cierzniańska K. i wsp.: Jakość życia osób ze stomią jelitową. Współczesna Onkologia 2007; 11(1): 17-25
15. Selye H.: Stres okiełznany. Wydawnictwo Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1978
16. Czapiński J.: Psychologia szczęścia. Wydawnictwo Psychologiczne, Warszawa 1992
17. Bereza B., Steuden S., Soból A.: Poczucie jakości życia u osób z nowotworem krtani, [w:] Jakość życia w chorobie, S. Steuden i W. Okła (red.), Wydawnictwo KUL, Lublin 2007: 16–32.
18. Pruszevicz A. (red.): Foniatria kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1992

19. Sinkiewicz A. (red.) Pacjent po operacji krtani. Bydgoskie Stowarzyszenie
Laryngotomowanych , Bydgoszcz 2009

Adres do korespondencji:
mgr Gabriela Pacewicz
dr Ewa Barczykowska
e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Konflikt interesów: Nie występuje
Data wpływu do Redakcji: 28.04.2023
Po recenzji: 19.05.2023
Zaakceptowano do druku: 25.05.2023

Copyright
© 2023 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Postrzeganie wsparcia społecznego w kontekście deficytu samoopieki pacjentów hemodializowanych z dostępem naczyniowym

Perception of social support in relation to deficits of self-care for patients after hemodialysis with vascular access

Małgorzata Pietryszyn^{1, A-C}, Ewa Barczykowska^{2, D-F}

¹Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze

²Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Przewlekła choroba nerek (PChN) to nieodwracalny spadek przesączania kłębuszkowego związany z postępującym zanikiem czynnego mięszu nerkowego. Istotne jest przygotowanie pacjenta do samoopieki tzn. aktywnego i świadomego udziału w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym, dietetycznym, rehabilitacyjnym i pielęgnacyjnym. Choremu oraz jego rodzinie potrzebny jest szczególnie rodzaj pomocy, jakim jest wsparcie społeczne.

Cel pracy. Próba oceny wpływu wsparcia społecznego udzielanego pacjentom hemodializowanym z powodu PChN z dostępem naczyniowym na ich zaangażowanie w samoopiekę.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono na oddziale Stacji Dializ w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym w Jeleniej Górze (WCKJ) w okresie od 1.02.-31.03.2019 roku, wśród 60. osób leczonych nerkozastępczo z powodu PChN. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrektora WCKJ. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziami badawczymi były autorski kwestionariusz ankietowy oraz Wielowymiarowa Skala Wsparcia Społecznego.

Wyniki. Najczęściej (96,7%) w ciągu tygodnia pacjenci byli poddawani hemodializie 3-krotnie. W zakresie przestrzegania zaleceń dotyczących prawidłowej dbałości o cewnik do dializ, zdecydowana większość pacjentów (łącznie zdecydowanie tak i raczej tak) deklarowała, że jest świadoma odpowiedzialności za swój dostęp naczyniowy (91,2%), przestrzeganie zaleceń dotyczących prawidłowej dbałości o cewnik do dializ (0,4%) i zaleceń higienicznych okolic dostępu naczyniowego (91,0%) oraz znajomości numerów telefonów do Stacji Dializ (90,0%). Stwierdzono zależność między przestrzeganiem zaleceń dotyczących samoopieki a liczbą chorób współwystępujących ($p = 0,043$). Ankietowani obciążeni większą liczbą chorób, rzadziej przestrzegali zaleceń.

Wnioski. 1. Najczęstsze ograniczenia spowodowane PChN wskazane przez chorych to: konieczność ograniczenia płynów oraz przestrzeganie zasad reżimu dietetycznego. 2. Brak wsparcia ze strony osób wspierających powoduje mniejszą odpowiedzialność za dostęp naczyniowy oraz przestrzeganie zaleceń higienicznych. 3. Znaczącą rolę w sieci wsparcia społecznego odgrywa rodzina.

Summary

Introduction. Chronic Kidney Disease (CKD) is an irreversible decline in glomerular filtration related to progressive atrophy of active renal parenchyma. It is relevant to prepare a patient to self-care, which means to active and conscious participation in diagnosis, treatment, rehabilitation, dietary and nursing proceedings. A sick person and their family require a particular type of help, which is social support.

The aim of the study. Attempt to assess the impact of social support given to patients after hemodialysis as a consequence of CKD with vascular access on their engagement in self-care.

Material and methods. The research was conducted in the Dialysis Unit at the Provincial Hospital Centre in Jelenia Góra (WCKJ) between 1st Feb and 31st Mar 2019 among 60 people undergoing renal replacement therapy following CKD. Conducting the research required the approval of the director of WCKJ. A diagnostic poll was used as a method of research. An own questionnaire and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support were the research tools.

Results. The most frequently (96.7%) within a week the patients underwent hemodialysis three times. In regard to complying with recommendations involving a proper care of hemodialysis catheters, a vast majority of patients (a total of definitely yes and probably yes) declared that they were aware of their responsibility for their vascular access (91.2%), of complying with recommendations involving a proper care of a hemodialysis catheter (0.4%), of hygiene recommendations of the vascular access areas (91.0%) and of the phone numbers to the Dialysis Unit (90.0%). A relationship was found between complying with recommendations involving self-care and a number of concurrent diseases ($p = 0.043$). The surveyed people with a bigger number of diseases complied with the recommendations less frequently.

Conclusions. 1. The most frequent limitations caused by CKD, as indicated by patients, are: necessity to reduce liquids and complying with the rules of dietary regimen. 2. Lack of support from supporters results in less responsibility for the vascular access and complying with hygiene recommendations. 3. Family has a vital role in the nexus of social support.

Wprowadzenie

„Przewlekła niewydolność nerek” (PNN) to termin obecnie już historyczny. W 2002 r. wprowadzono termin „przewlekła choroba nerek” (PChN) i obecnie jest używany w aktualnym mianownictwie medycznym. Określenie „przewlekła choroba nerek” jest szersze, niż wcześniej używane „przewlekła niewydolność nerek” [1]. PChN to wieloobjawowy zespół chorobowy, będący następstwem długotrwałego, postępującego i nieodwracalnego upośledzenia kłębuszków nerkowych [2]. Oznacza trwałe (utrzymujące się co najmniej 3 miesiące) uszkodzenie nerek mające znaczenie dla zdrowia i funkcjonowania pacjenta. PChN jest drugim, po nadciśnieniu tętniczym, najczęstszym przewlekłym schorzeniem w Polsce. Jest zespołem chorobowym dotyczącym w Polsce średnio 4,24 mln ludzi [2-4].

W PChN dochodzi do stopniowego upośledzenia filtracji kłębuszkowej i pozostałych funkcji nerek. Najczęstsze przyczyny PChN to nefropatia cukrzycowa, nadciśnienie tętnicze, zapalenie kłębuszków nerkowych i śródmiąższowe zapalenia nerek [5]. O uszkodzeniu nerek świadczy obecność: albuminurii, nieprawidłowości osadu moczu, zaburzeń czynności cewek nerkowych, nieprawidłowości strukturalnych wykrywane badaniami obrazowymi, nieprawidłowości histopatologicznych oraz zmniejszenia przesączania kłębuszkowego (*ang. Glomerular Filtration Rate, GFR*) poniżej 60 mililitrów na minutę [3].

Nierozpoznana i nieleczone postępuje niezauważalnie. Najczęściej pojawiającą się dolegliwością ze strony układu pokarmowego wśród chorych na PChN jest utrata apetytu. U co czwartego pacjenta zaobserwowano spadek masy ciała, a wśród pacjentów w 5. stadium przewlekłej choroby nerek najczęściej występowało podejrzenie niedożywienia lub niedożywnienie średniego stopnia [3].

Pacjenci zbyt późno trafiają do lekarza specjalisty i otrzymują kwalifikację do leczenia. Leczenie PChN zależy od stopnia zaawansowania choroby. Tylko wczesne wykrywanie PChN pozwala na zastosowanie odpowiedniego leczenia zachowawczego, dietetycznego i farmakologicznego [2,6,7]. W miarę postępu choroby, należy rozważyć z chorym konieczność leczenia nerkozastępczego. Pacjent może być leczony hemodializą, dializą otrzewnową lub transplantacją nerki. Hemodializa (HD) czyli pozaustrojowe oczyszczanie krwi, polega na kilkugodzinnym oddziaływaniu na osocze chorego płynu leczniczego (dializacyjnego), o składzie elektrolitowym zbliżonym do składu osocza człowieka zdrowego [7]. Zabieg hemodializy przeprowadzany jest za pomocą urządzenia, zwanego

potocznie „sztuczną nerką”. W procesie hemodializy dochodzi do: usuwania drobno i średniocząsteczkowych toksyn mocznicowych i/lub toksyn egzogennych, wyrównywania zaburzeń elektrolitowych, wyrównywania kwasicy metabolicznej, usuwania nadmiaru wody w wyniku ultrafiltracji [8].

Istotne jest przygotowanie pacjenta do samoopieki tzn. aktywnego i świadomego udziału w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym, dietetycznym, rehabilitacyjnym i pielęgnacyjnym. Edukacja pacjenta z niewydolnością nerek jest procesem złożonym, wieloetapowym, międzydyscyplinarnym i ukierunkowanym na [9]. Prof. Gellert podkreśla znaczenie odpowiedniej edukacji chorych. Szacuje się, że nawet 74% chorych na PChN (ok. 80% chorych dializowanych) może nie przestrzegać zaleceń lekarskich dotyczących m.in. odpowiedniej diety i przyjmowania leków [3,10]. Niezbędne jest zapewnienie opieki ze strony dietetyka klinicznego. Postęp choroby skutkuje systematycznym spadkiem wydolności fizycznej [3].

Każdy dializowany pacjent powinien posiadać książeczkę dializ, w której znajdują się dane dotyczące rodzaju i lokalizacji przetoki tętniczo-żylniej, oznaczonej grupy krwi, numer telefonu, pod który może zadzwonić w sytuacji wystąpienia nagłego krwawienia z przetoki. Przykładowy program skierowany do pacjentów (i ich rodzin), u których zastosowano leczenie nerkozastępcze w postaci dializ otrzewnowych znajduje się na stronie internetowej szpitala WCSKJ we Wrocławiu (*Program edukacji i indywidualnego przygotowania pacjenta do samodzielnego wykonywania dializ otrzewnowych*). Stopień przygotowania chorego do samoopieki oceniany jest po zakończeniu edukacji szpitalnej. Pacjent rozwiązuje test z zakresu podstawowej wiedzy o dializie otrzewnowej oraz Kartę Indywidualnej Edukacji pacjenta dializowanego otrzewnowo [11].

Pacjenci z PChN i związaną z nią dializoterapią doświadczają dezorganizacji i ograniczenia funkcjonowania społecznego, rodzinnego i fizycznego, konsekwencji prowadzi to do obniżenia się poziomu i jakości życia pacjentów dializowanych [12]. Wraz ze wzrostem stadium choroby spada liczba osób deklarujących możliwość pracy w pełnym wymiarze godzin lub deklarujących konieczność porzucenia pracy zawodowej [3].

Leczenie nerkozastępcze obejmuje nie tylko zabiegi dializy, ale również postępowanie dietetyczne, fizyko- i kinezyterapię, leczenie farmakologiczne oraz oddziaływanie psychoterapeutyczne [13]. Wszystkie działania mają na celu przygotowanie chorego do funkcjonowania w nowej sytuacji oraz zachęcenie do świadomego

uczestnictwa w terapii. Choremu oraz jego rodzinie potrzebny jest szczególny rodzaj pomocy, jakim jest wsparcie społeczne [14].

Przewlekła choroba nerek, z koniecznością leczenia nerkozastępczego jest dla pacjentów ciężkim życiowym problemem. Każdy pacjent posiada swój styl radzenia sobie z chorobą. Można jednak wyróżnić pewne etapy w przebiegu choroby. Wg E. Kübler-Ross występuje pięć etapów choroby: I zaprzeczenie i izolacja; II gniew; targowanie się; IV depresja; V pogodzenie się [15]. Obserwując pacjentów zauważa się różnice w ustosunkowaniu się do samej choroby, a także osób opiekujących się, do dotychczasowych obowiązków, rodziny, otoczenia. Niektórzy nie chcą przyjąć do wiadomości faktu zaistnienia choroby i odrzucają wszelką zaofiarowaną im pomoc, inni zajmują się tylko chorobą i wprost żądają, aby każdy spieszył im z pomocą. Jednak odpowiednie wsparcie i pomoc zespołu terapeutycznego pozwalają na przejście tego trudnego okresu i akceptację tego, co ratuje choremu życie góralek [16].

Cel pracy

Próba oceny wpływu wsparcia społecznego udzielanego pacjentom hemodializowanym z powodu przewlekłej niewydolności nerek z dostępem naczyniowym na ich zaangażowanie w samoopiekę.

Material i metody

Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Jako narzędzia badawcze posłużyły:

- autorski kwestionariusz ankiety zawierający 18 pytań umożliwiających: ocenę sytuacji społeczno-demograficznej; określenie problemów pacjenta i przebiegu zabiegu hemodializy (czas trwania, częstość zabiegów, rodzaj dostępu naczyniowego), określenie przestrzegania przez pacjentów zasad dotyczących samoopieki dostępu naczyniowego oraz oczekiwań pacjentów leczonych w Stacji Dializ w Jeleniej Górze,
- Wielowymiarowa Skala Wsparcia Społecznego – autorstwa G. Zimet, N. Dahlem, S. Zimet & G. Farley w adaptacji polskiej K. Buszman, H. Przybyła-Basista. W kwestionariuszu uwzględnione są trzy podstawowe źródła wsparcia: osoba znacząca, rodzina i przyjaciele. Kwestionariusz składa się z 12 stwierdzeń, do których osoba badana odnosi się korzystając z siedmiostopniowej skali Likerta: od 1 – „*zdecydowanie się nie zgadzam*” do 7 – „*zdecydowanie się zgadzam*”. Badanie przeprowadzono w oddziale Stacji Dializ w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym w Jeleniej Górze (WCSKJ) w okresie od 1.02.-31.03.2019 roku. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrektora WCSKJ.

W badaniach wzięło udział 60. ankietowanych, większość respondentów stanowili mężczyźni (63,3%), odsetek kobiet wynosił 36,7%. W wieku od 21 do 50 lat było 18,3% ankietowanych, w wieku od 51. do 70. lat była połowa ankietowanych, pozostałe osoby były w wieku powyżej 71. lat (31,7%). Większość osób posiadała wykształcenie zawodowe (41,7%), pozostali ankietowani posiadali wykształcenie podstawowe (20%), średnie (25%) i wyższe (13,3%). Na wsi mieszkało 43,3% ankietowanych, w miastach mieszkała większość respondentów – 31,7% w miastach do 50 tys. mieszkańców, 25% w miastach od 50 do 100 tys. mieszkańców. Większość ankietowanych osób pobierała emeryturę (48,3%) lub rentę (31,7%). Aktywnych zawodowo było nieco ponad 18,4%

ankietowanych, 11,7% w pełnym wymiarze, 6,7% w ograniczonym wymiarze. Pozostali respondenci byli bezrobotni (1,7%) (Tab. I).

Tabela I. Analiza socjodemograficzna badanych

		Liczebność	%
Płeć	Kobieta	22	36,7%
	Mężczyzna	38	63,3%
Wiek	Do 20 lat	0	0,0%
	21-50 lat	11	18,3%
	51-70 lat	30	50,0%
	> 71 lat	19	31,7%
Wykształcenie	Podstawowe	12	20,0%
	Zawodowe	25	41,7%
	Średnie	15	25,0%
	Wyższe	8	13,3%
Miejsce zamieszkania	Wieś	26	43,3%
	Miasto do 50 tys. mieszkańców	19	31,7%
	Miasto od 50-100 tys. mieszkańców	15	25,0%
	Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	0	0,0%
Status zawodowy	Aktywność zawodowa w pełnym wymiarze	7	11,7%
	Aktywność zawodowo w ograniczonym	4	6,7%
	Emeryt	29	48,3%
	Rencista	19	31,7%
	Bezrobotny	1	1,7%

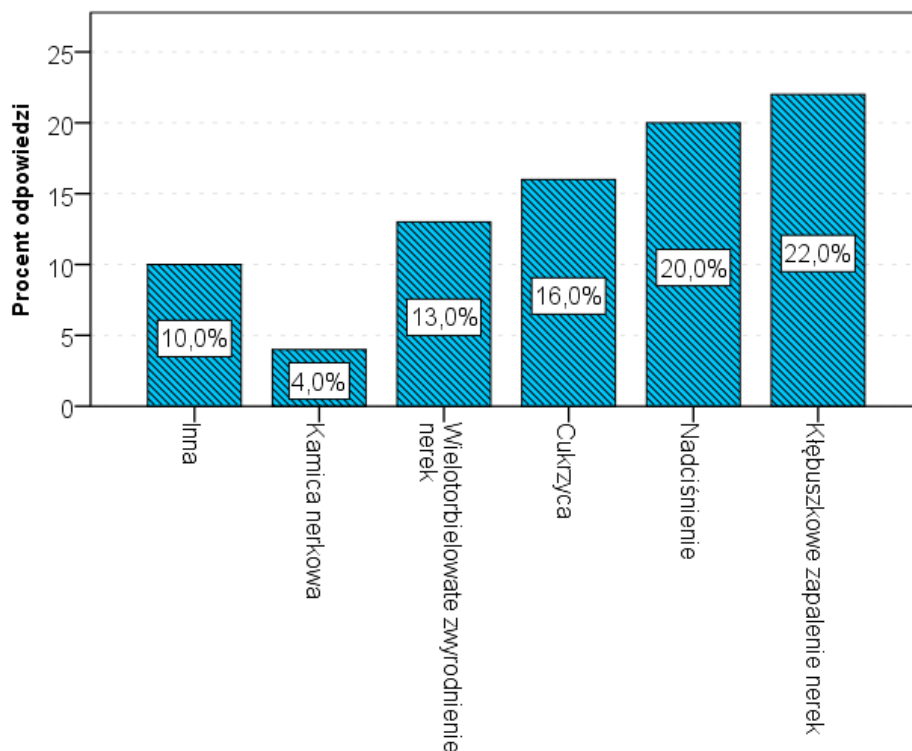
Analiza statystyczna

Istotność różnic pomiędzy dwiema wartościami średnimi sprawdzano za pomocą testu t Studenta. Korelacje pomiędzy zmiennymi sprawdzono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności $p \geq 0,05$. Analiz dokonywano za pomocą programu SPSS.

Wyniki badań

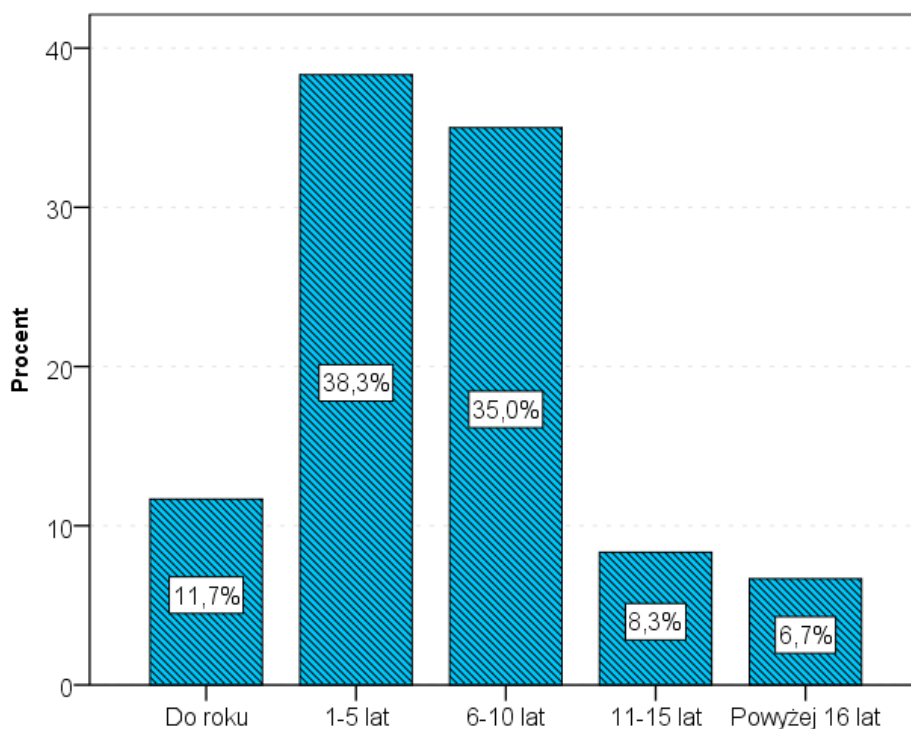
Problemy zdrowotne i ograniczenia wynikające z PChN w badanej populacji

Najczęstszymi przyczynami przewlekłej choroby nerek wskazanej przez pacjentów było kłębuszkowe zapalenie nerek (22%) i nadciśnienie (20%), nieco rzadziej cukrzyca (16%), wielotorbielowate zwyrodnienie nerek (13%) i kamica nerkowa (4%) (Wyk. 1).



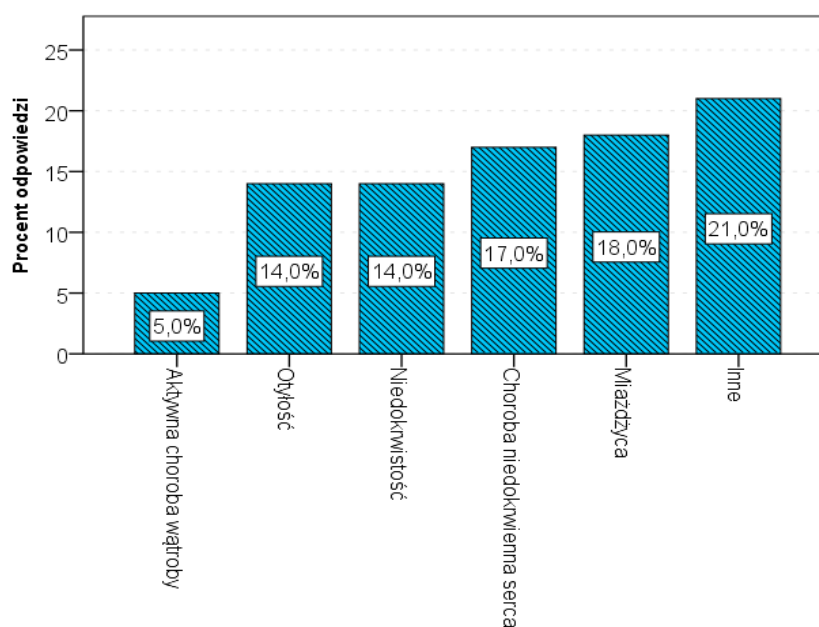
Wykres 3. Przyczyna przewlekłej choroby nerek – możliwość wielokrotnych odpowiedzi

Okres leczenia nerkozastępczego wynosił najczęściej 1-5 lat i 6-10 lat (38,3%) vs 35%). U pozostałych okres leczenia był krótszy lub dłuższy (Wyk. 2). Zdecydowana większość (96,7%) ankietowanych w ciągu tygodnia była poddawana hemodializie trzy razy, niewielki odsetek raz lub dwa. Zabieg najczęściej trwał 3-5 godzin (98,3%), nieliczni ankietowani twierdzili, że trwał 2-3 godziny.



Wykres 2. Okres leczenia nerkozastępczego

Jako choroby współistniejące pacjenci (w grupie z chorobą przewlekłą) podali: najczęściej miażdżyca (18%), choroba niedokrwienna serca (17%), niedokrwistość (14%), otyłość (14%), rzadziej występowała aktywna choroba wątroby (5%) (Wyk. 3). Średnia liczba chorób współistniejących wśród ankietowanych wynosiła 1,5. U co najmniej połowy ankietowanych stwierdzono przynajmniej jedną chorobę. Rozkład zmiennej kształtował się od 0 do 4 chorób współwystępujących (Tab. II).



Wykres 3. Choroby współistniejące – możliwość wielokrotnych odpowiedzi

Tabela II. Liczba chorób współistniejących – miary tendencji centralnej oraz rozproszenia

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Liczba chorób współistniejących	1,5	1,07	1,0	1,0	0,0	4,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Najczęstsze problemy wynikające z hemodializy, z którymi borykali się respondenci to: konieczność ograniczenia płynów oraz ograniczenia dietetyczne (38%), ograniczenia możliwości podróżowania (28%), ograniczenie zdolności do wykonywania prac domowych (22%), uzależnienie od personelu medycznego (21%) i stres związany z chorobą (15%). Dla niewielu respondentów problemem był wygląd osobisty (9%), życie seksualne (9%), ograniczenie kontaktów towarzyskich (7%) (Wyk. 4). Średnia liczba zgłaszanych problemów wynosiła 2,5. Co najmniej połowa respondentów zgłaszała przynajmniej 2 problemy. Rozkład zmiennej kształtował się od 0 do 8 (Tab. III).

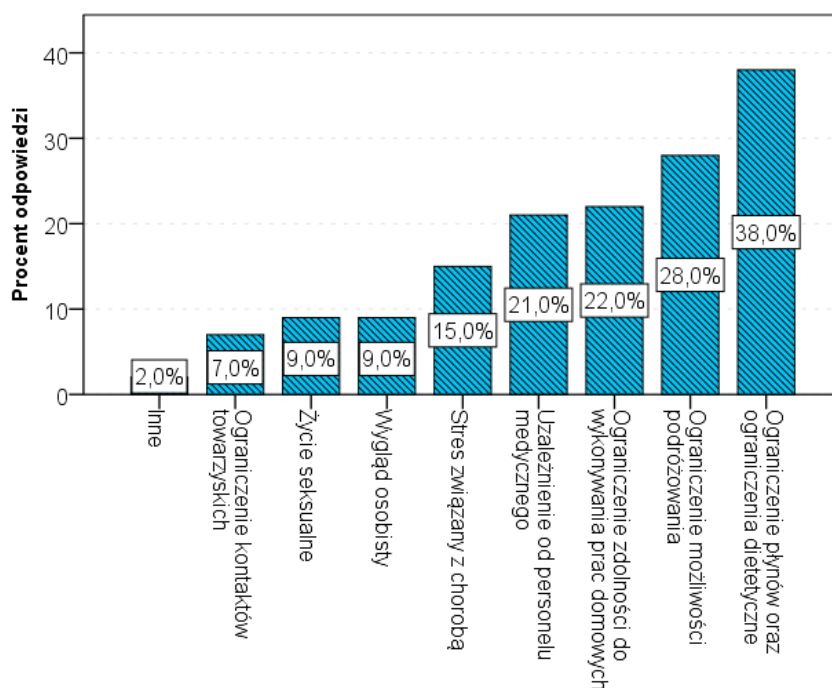
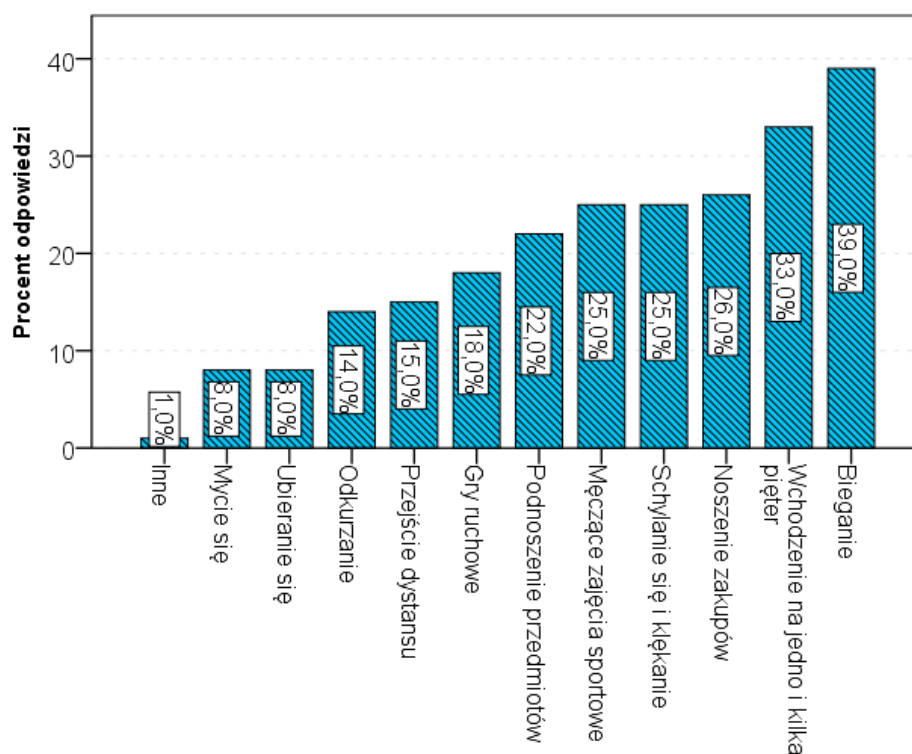
**Wykres 4. Problemy związane z przewlekłą chorobą nerek – możliwość wielokrotnych odpowiedzi**

Tabela III. Liczba problemów związanych z przewlekłą chorobą nerek – miary tendencji centralnej oraz rozproszenia

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Liczba problemów	2,5	1,64	2,0	1,0	0,0	8,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Trudności jakich doświadczali respondenci w codziennym życiu to ograniczenia związane z: bieganiem (39%), wchodzeniem na piętra (33%), noszeniem zakupów (26%), schyłaniem się (25%), męczącymi zajęciami sportowymi (25%), podnoszeniem przedmiotów (22%). Rzadziej ograniczenia związane z: grami ruchowymi (18%), przejściem dłuższego dystansu (15%), odkurzaniem (14%), ubieraniem się (8%), myciem się (8%) (Wyk.5). Średnia liczba zgłaszanych ograniczeń wynosiła 3,9. Co najmniej połowa respondentów zgłaszała przynajmniej 3 ograniczenia. Rozkład zmiennej kształtował się od 0 do 11 (Tab. III).



Wykres 5. Ograniczenia związane z typowymi codziennymi czynnościami – możliwość wielokrotnych odpowiedzi

Tabela III. Liczba ograniczeń związanych z typowymi codziennymi czynnościami – miary tendencji centralnej oraz rozproszenia

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Liczba ograniczeń	3,9	2,69	3,5	2,0	0,0	11,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Przestrzeganie zaleceń dotyczących samoopieki przez pacjentów hemodializowanych a wybrane uwarunkowania społeczno-demograficzne

Ankietowani za pomocą 5-punktowej skali oceniali stwierdzenia dotyczące a) wybranych zaleceń dotyczących samoopieki (*5 – zdecydowanie tak, 1 – zdecydowanie nie*). Wartości podane przez ankietowanych uśredniono i uszeregowano od najwyższych do najniższych – od zaleceń najczęściej przestrzeganych do przestrzeganych w najmniejszym stopniu.

W zakresie przestrzegania zaleceń dotyczących prawidłowej dbałości o cewnik do dializ, zdecydowana większość pacjentów (*łącznie zdecydowanie tak i raczej tak*) deklarowała, że jest świadoma odpowiedzialności za swój dostęp naczyniowy (91,2%), przestrzeganie zaleceń dotyczących prawidłowej dbałości o cewnik do dializ (0,4%) i zaleceń higienicznych okolic dostępu naczyniowego (91,0)% oraz znajomością numerów telefonów do Stacji Dializ (90,0%).

Większość ankietowanych (w nawiasach średnie oceny) знаła numer telefonu do Stacji Dializ (4,67), przestrzegała zaleceń dotyczących prawidłowej dbałości o cewnik do dializ (4,62), przestrzegała zaleceń higienicznych (4,61), była odpowiedzialna za swój dostęp naczyniowy (4,60), unikała ucisku z zewnątrz (4,57), nie mierzyła ciśnienia tętniczego na ręce z dostępem naczyniowym (4,43) i potrafiła zareagować w przypadku, gdy ustanie szum (4,15) i potrafiła wykryć objawy świadczące o złym funkcjonowaniu dostępu naczyniowego (4,12). Nieco rzadziej przestrzegano zaleceń dotyczących „treningu” przetoki tętniczo żyłnej (4,09), zdejmowano opatrunek z miejsca nakłucia przetoki po 12. godzinach (4,08), nie spała na ręce z dostępem naczyniowym (4,06). Najrzadziej uczono się samoopieki zgodnej z harmonogramem edukacji terapeutycznej (3,96) i prowadzono indywidualne rozmowy z edukatorem Stacji Dializ (3,77) (Tab. IV). W celu wyprowadzenia ogólnego wskaźnika przestrzegania zaleceń dotyczących samoopieki dla każdego ankietowanego wyliczono średnią z ocen dla wszystkich zaleceń. Średni wynik dla tak utworzonej zmiennej wynosił 4,3. Co najmniej połowa ankietowanych uzyskała wynik nie niższy niż 4,5. Rozkład zmiennej kształtował się od 1 do 5 (Tab. IV, Tab.V).

Tabela IV. Przestrzeganie zaleceń dotyczących samoopieki w zakresie dbałości o dostęp naczyniowy (5 – zdecydowanie tak, 4 – raczej tak, 3 – trudno powiedzieć, 2 – raczej nie, 1 – zdecydowanie nie)

Zalecenia	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Trudno powiedzieć	Raczej tak	Zdecydowanie tak	M	Me
	1	2	3	4	5		
Znam numery telefonów do Stacji Dializ	1,7%	0,0%	8,3%	10,0%	80,0%	4,67	5,0
Przestrzegam zaleceń dotyczących prawidłowej dbałości o cewnik do dializ	0,0%	0,0%	9,5%	19,0%	71,4%	4,62	5,0
Przestrzegam zaleceń higienicznych okolic dostępu naczyniowego	0,0%	0,0%	8,9%	21,4%	69,6%	4,61	5,0
Jestem odpowiedzialny za swój dostęp naczyniowy	3,5%	0,0%	5,3%	15,8%	75,4%	4,60	5,0
Unikam ucisku z zewnątrz np. torebką, zegarkiem, bransoletką	3,8%	0,0%	7,5%	13,2%	75,5%	4,57	5,0
Nie mierzę ciśnienia tętniczego na rękę z dostępem naczyniowym	7,8%	2,0%	5,9%	7,8%	76,5%	4,43	5,0
Potrafię zareagować w przypadku gdy ustanie szum	4,2%	6,3%	14,6%	20,8%	54,2%	4,15	5,0
Potrafię wykryć objawy świadczące o złym funkcjonowaniu dostępu naczyniowego	3,9%	9,8%	11,8%	19,6%	54,9%	4,12	5,0
Przestrzegam zaleceń dotyczących „treningu” przetoki tętniczo żyłnej	6,7%	0,0%	17,8%	28,9%	46,7%	4,09	4,0
Zdejmuję opatrunek z miejsca nakłucia przetoki po 12 godzinach	8,0%	2,0%	14,0%	26,0%	50,0%	4,08	4,5
Nie śpię na rękę z dostępem naczyniowym	6,1%	6,1%	16,3%	18,4%	53,1%	4,06	5,0
Uczę się samoopieki zgodnie z harmonogramem edukacji terapeutycznej	9,3%	0,0%	18,5%	29,6%	42,6%	3,96	4,0
Prowadzę indywidualne rozmowy z edukatorem Stacji Dializ	7,7%	5,8%	23,1%	28,8%	34,6%	3,77	4,0

M – średnia, Me – mediana

Tabela V. Średnia ocena przestrzegania zaleceń dotyczących samoopieki – miary tendencji centralnej oraz rozproszenia

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Średnia ocena przestrzegania	4,3	0,74	4,5	5,0	1,0	5,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Analiza korelacyjna za pomocą współczynnika rang Spearmana nie wykazała statystycznie istotnego związku między wiekiem, poziomem wykształcenia ($p = 0,836$), miejscem zamieszkania, liczbą odczuwanych objawów, problemów i ograniczeń związanych z chorobą, okresem leczenia, liczbą hemodializ i czasem ich trwania, a przestrzeganiem zaleceń dotyczących samoopieki. Stwierdzono natomiast zależność między przestrzeganiem zaleceń, a liczbą chorób współwystępujących ($p = 0,043$). Ankietowani uskarżający się na większą liczbę chorób, rzadziej przestrzegali zaleceń dotyczących samoopieki (Tab. VI).

Tabela VI. Przestrzeganie zaleceń dotyczących samoopieki a wybrane uwarunkowania socjodemograficzne, problemy zdrowotne i ograniczenia związane z chorobą – wartości współczynnika korelacji rang Spearmana

Zmienne		Przestrzeganie zaleceń (średnia ocena)
Wiek	Współczynnik korelacji	-0,04
	Istotność (dwustronna)	0,750
Wykształcenie	Współczynnik korelacji	0,03
	Istotność (dwustronna)	0,836
Miejsce zamieszkania	Współczynnik korelacji	-0,05
	Istotność (dwustronna)	0,731
Liczba chorób współistniejących	Współczynnik korelacji	-0,26
	Istotność (dwustronna)	0,043
Liczba odczuwanych objawów	Współczynnik korelacji	-0,25
	Istotność (dwustronna)	0,052
Liczba problemów związanych z przewlekłą chorobą nerek	Współczynnik korelacji	0,02
	Istotność (dwustronna)	0,895
Liczba ograniczeń	Współczynnik korelacji	-0,23
	Istotność (dwustronna)	0,080
Okres leczenia nerkozastępczego	Współczynnik korelacji	0,05
	Istotność (dwustronna)	0,725
Liczba hemodializ w ciągu tygodnia	Współczynnik korelacji	0,24
	Istotność (dwustronna)	0,060
Liczba godzin hemodializy	Współczynnik korelacji	-0,09
	Istotność (dwustronna)	0,471

Spostrzeganie przez pacjentów hemodializowanych wsparcia społecznego udzielanego przez przyjaciół, rodzinę i osobę znaczącą a wybrane uwarunkowania społeczno-demograficzne oraz problemy zdrowotne i ograniczenia związane z chorobą (Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego – WSWS)

Na źródła spostrzeganego wsparcia społecznego w Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Społecznego składają się następujące podskale: *przyjaciele*, *rodzina i osoba znacząca*. Średnia wartość uzyskana dla podskali „*przyjaciele*” wynosiła 19,5 punktów (odchylenie standardowe 7,40 pkt.). Co najmniej połowa respondentów uzyskała przynajmniej 21 punktów (rozkład zmiennej od 4 do 28 punktów). Średnia wartość uzyskana dla podskali „*rodzina*” wynosiła 21,0 punktów (odchylenie standardowe

7,53 pkt.). Co najmniej połowa respondentów uzyskała przynajmniej 24 punkty (rozkład zmiennej od 4 do 28 pkt.). Średnia wartość uzyskana dla podskali „osoba znacząca” wynosiła 20,4 punktów (odchylenie standardowe 7,51 pkt.) Co najmniej połowa respondentów uzyskała przynajmniej 22 punkty (rozkład zmiennej od 4 do 28 pkt.) Średni ogólny wynik dla spostrzeganego wsparcia wynosił 60,9 punktów (odchylenie standardowe 21,05 pkt.) Co najmniej połowa ankietowanych uzyskała przynajmniej 65 punktów (rozkład zmiennej od 12 do 84 pkt.) – Tab. VII.

Tabela VII. Wielowymiarowa Skala Wsparcia Społecznego – miary tendencji centralnej oraz rozproszenia

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Przyjaciele	19,5	7,40	21,5	28,0	4,0	28,0
Rodzina	21,0	7,53	24,0	28,0	4,0	28,0
Osoba znacząca	20,4	7,51	22,5	28,0	4,0	28,0
Wsparcie spostrzegane – ogólne	60,9	21,05	65,0	84,0	12,0	84,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Stwierdzono, że ankietowani z wyższym poziomem wykształcenia spostrzegali większe wsparcie ze strony rodziny ($p = 0,022$). Analiza korelacyjna nie wykazała statystycznie istotnych związków z pozostałymi uwarunkowaniami socjodemograficznymi oraz problemami zdrowotnymi i ograniczeniami związanymi z chorobą a wynikami kwestionariusza WSWS – Tab. VIII.

Tabela VIII. Związek między wiekiem, wykształceniem, miejscem zamieszkania, liczbą chorób współwystępujących, odczuwanych objawów, problemów związanych z chorobą, ograniczeń związanych z chorobą, okresem leczenia, warunkami hemodializy, a WSW – wartości współczynnika korelacji rang Spearmana

Zmienna		Przyjaciele	Rodzina	Osoba znacząca	Wsparcie spostrzegane – ogólne
Wiek	Współczynnik korelacji	-0,07	0,05	-0,04	-0,04
	Istotność (dwustronna)	0,577	0,710	0,750	0,778
Wykształcenie	Współczynnik korelacji	0,21	0,30	0,23	0,24
	Istotność (dwustronna)	0,115	0,022	0,072	0,070
Miejsce zamieszkania	Współczynnik korelacji	0,20	0,08	0,06	0,13
	Istotność (dwustronna)	0,125	0,542	0,628	0,324
Liczba chorób współwystępujących	Współczynnik korelacji	-0,04	0,07	0,04	0,02
	Istotność (dwustronna)	0,781	0,615	0,766	0,892
Liczba odczuwanych objawów	Współczynnik korelacji	-0,18	-0,16	-0,11	-0,15
	Istotność (dwustronna)	0,164	0,228	0,388	0,263
Liczba problemów związanych z przewlekłą chorobą nerek	Współczynnik korelacji	0,09	-0,05	0,11	0,09
	Istotność (dwustronna)	0,496	0,730	0,403	0,498
Liczba ograniczeń	Współczynnik korelacji	-0,20	-0,10	-0,04	-0,13
	Istotność (dwustronna)	0,134	0,437	0,747	0,314
Okres leczenia nerko zastępczego	Współczynnik korelacji	-0,10	-0,17	-0,13	-0,12
	Istotność (dwustronna)	0,442	0,186	0,306	0,378
Liczba hemodializ w ciągu tygodnia	Współczynnik korelacji	0,15	0,18	0,21	0,20
	Istotność (dwustronna)	0,266	0,165	0,108	0,130
Liczba godzin hemodializy	Współczynnik korelacji	0,09	0,16	0,17	0,15
	Istotność (dwustronna)	0,490	0,221	0,203	0,239

Spostrzeganie wsparcia społecznego a przestrzeganie zaleceń dotyczących samoopieki

Nie stwierdzono statystycznie istotnych korelacji pomiędzy wynikami kwestionariusza WSSWS, a wynikami ogólnego wskaźnika samoopieki. Stwierdzono natomiast kilka statystycznie istotnych powiązań między skalą wsparcia, a niektórymi składowymi wskaźnika samoopieki.

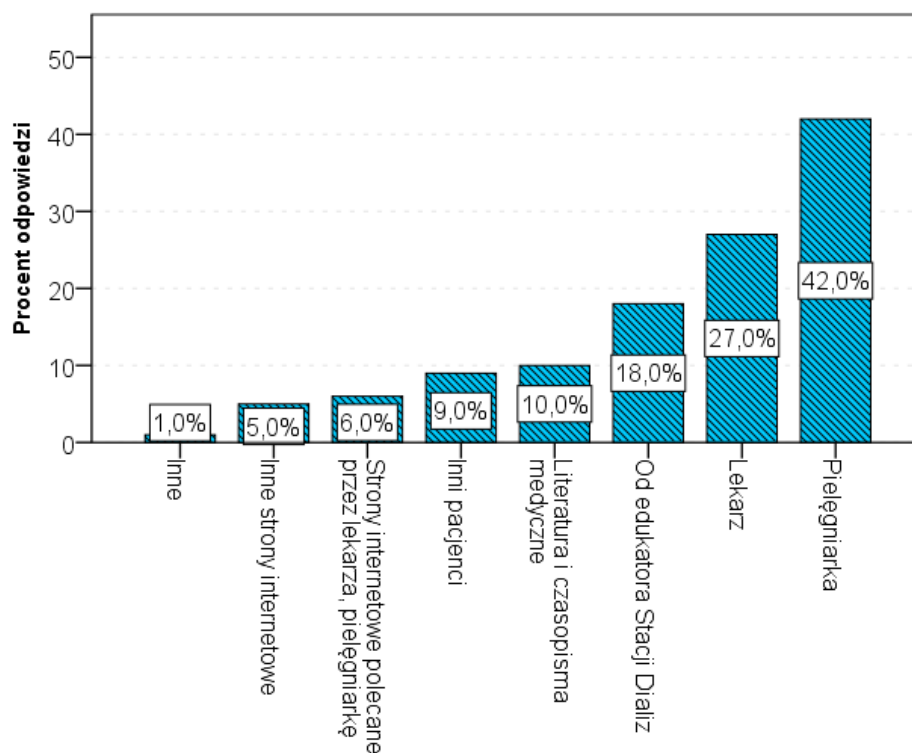
Respondenci, którzy nie mieli wsparcia przyjaciół, rodziny, osoby znaczącej oraz niedostrzegający ogólnego wsparcia byli mniej odpowiedzialni za swój dostęp naczyniowy, rzadziej przestrzegali zaleceń higienicznych. Respondenci, którzy nie mieli wsparcia przyjaciół i niedostrzegający ogólnego wsparcia nie podejmowali działań edukacyjnych w zakresie samoopieki – Tab. IX.

Tabela IX. Związek między przestrzeganiem zaleceń, a wynikami kwestionariusza WSWS – wartości współczynnika korelacji rang Spearmana

Przestrzeganie zaleceń	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	osoby wspierające			
		Przyjaciele	Rodzina	Osoba znacząca	Wsparcie sposrządane – ogólne
Jestem odpowiedzialny za swój dostęp naczyniowy	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	0,30 0,024	0,35 0,008	0,32 0,014	0,34 0,009
Przestrzegam zaleceń dotyczących prawidłowej dbałości o cewnik do dializ	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	0,25 <i>0,109</i>	0,17 0,290	0,24 0,126	0,26 0,102
Przestrzegam zaleceń higienicznych okolic dostępu naczyniowego	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	0,28 <i>0,036</i>	0,29 0,031	0,33 0,012	0,32 0,017
Unikam ucisku z zewnątrz np. torebką, zegarkiem, bransoletką	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	0,27 <i>0,053</i>	0,30 0,031	0,28 0,044	0,29 0,038
Nie mierzę ciśnienia tętniczego na ręce z dostępem naczyniowym	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	0,03 <i>0,808</i>	0,04 <i>0,765</i>	-0,01 <i>0,941</i>	0,00 <i>0,987</i>
Nie śpię na ręce z dostępem naczyniowym	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	0,11 <i>0,457</i>	0,02 <i>0,906</i>	0,05 <i>0,756</i>	0,05 <i>0,740</i>
Przestrzegam zaleceń dotyczących „treningu” przetoki tętniczo żyłnej	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	0,11 <i>0,460</i>	0,20 <i>0,186</i>	0,19 <i>0,206</i>	0,14 <i>0,365</i>
Zdejmuję opatrunek z miejsca nakłucia przetoki po 12 godzinach	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	-0,06 <i>0,674</i>	0,00 <i>0,997</i>	0,10 <i>0,506</i>	-0,02 <i>0,879</i>
Potrafię wykryć objawy świadczące o złym funkcjonowaniu dostępu naczyniowego	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	0,19 <i>0,178</i>	0,07 <i>0,631</i>	0,09 <i>0,550</i>	0,13 <i>0,357</i>
Potrafię zareagować w przypadku gdy ustanie szum	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	0,16 <i>0,292</i>	0,04 <i>0,781</i>	0,14 <i>0,351</i>	0,09 <i>0,533</i>
Znam numery telefonów do Stacji Dializ	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	0,27 0,034	0,23 <i>0,077</i>	0,34 0,009	0,29 0,024
Uczę się samoopieki zgodnie z harmonogramem edukacji terapeutycznej	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	0,42 0,002	0,24 <i>0,076</i>	0,26 <i>0,055</i>	0,34 0,011
Prowadzę indywidualne rozmowy z edukatorem Stacji Dializ	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	0,19 <i>0,186</i>	0,03 <i>0,860</i>	0,04 <i>0,803</i>	0,11 <i>0,457</i>
Przestrzeganie zaleceń (ogółem)	Współczynnik korelacji Istotność (dwustronna)	0,14 <i>0,286</i>	0,06 <i>0,642</i>	0,11 <i>0,386</i>	0,11 <i>0,421</i>

Główne źródła informacji na temat hemodializy i postępowania z dostępem naczyniowym

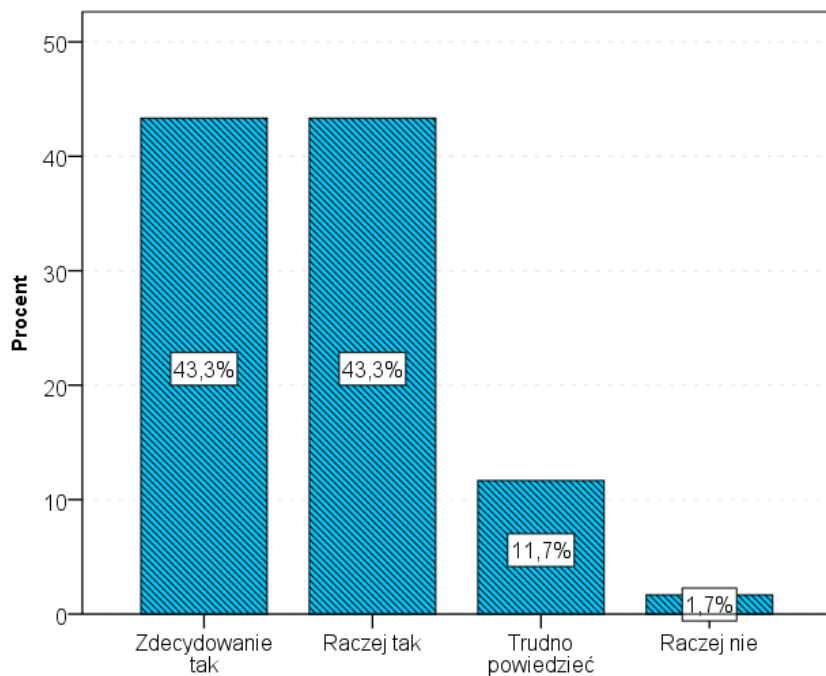
Głównym źródłem informacji na temat hemodializy i postępowania z dostępem naczyniowym była pielęgniarka (42%) i lekarz (27%), nieco rzadziej edukator Stacji Dializ (18%), a następnie literatura i czasopisma medyczne (10%), inni pacjenci (9%), strony internetowe polecane przez lekarza, pielęgniarkę (6%) oraz inne strony internetowe (5%) – Wyk. 6.



Wykres 6. Źródła informacji na temat hemodializy i postępowania z dostępem naczyniowym

Spełnienie oczekiwań pacjentów przez Stację Dializ

Zdecydowana większość 86,3% (łącznie zdecydowanie tak, raczej tak) ankietowanych uważała, że leczenie w Stacji Dializ spełnia ich oczekiwania. Tylko 1,7% ankietowanych było niezadowolonych, a pozostałe osoby nie miały zdania w tej kwestii (11,7%) – Wyk. 7.



Wykres 7. Spełnienie oczekiwań pacjentów przez Stację Dializ

Dyskusja

Przewlekła niewydolność nerek oraz konieczność regularnej hemodializoterapii niekorzystnie wpływają na każdą ze sfer życia chorego. Wydarzenia te przyczyniają się do występowania wielu problemów natury socjopsychologicznej, z którymi codziennie zmagają się pacjenci. Z rozpoczęciem dializoterapii najczęściej zmienia się sytuacja rodzinna, ekonomiczna i zawodowa chorych. Konieczność regularnego dializowania 2-3 razy w tygodniu wraz z transportem zajmuje 6-8 godzin dziennie przez prawie połowę dni w roku [17]. Choroba i hemodializa powodują reorganizację życia, zmianę trybu życia, przyzwyczajień i zainteresowań. Problemem staje się przygotowanie posiłków i przestrzeganie zasad restrykcyjnej diety [18]. Z kolei mnogość problemów stwarza sytuacje stresowe, powoduje frustrację i wywołuje u pacjentów emocje nacechowane negatywnie: zaburzenia lub reakcje lękowe, zaburzenia nastroju, depresję, wzmózoną drażliwość lub agresję [19,20]. W konsekwencji podwyższony poziom lęku jest widoczny w obszarze życia rodzinnego, zawodowego, ale także zainteresowań, kondycji fizycznej, kontaktów z innymi ludźmi i osobistej niezależności [17].

W grupie pacjentów dializowanych objętych niniejszym badaniem okres leczenia nerkozastępczego najczęściej wynosił od 1 do 5 lat (38,3%) oraz od 6 do 10 lat (35%), niewielu ankietowanych miało okres leczenia krótszy lub dłuższy. W ciągu tygodnia pacjenci byli poddani 3-krotnie (96,7%) lub jedno-lub dwukrotnie. Dla co trzeciej osoby (38%) problemem związanym z chorobą była konieczność ograniczenia płynów oraz ograniczenia dietetyczne. Pozostałe w kolejności wskazania to: ograniczenie możliwości podróżowania, zmniejszenie zdolności do wykonywania prac domowych, uzależnienie od personelu medycznego oraz stres związany z chorobą. Na występowanie podobnych problemów i ograniczeń wynikające z hemodializy wskazują także inni autorzy [17,21}. Z badania przeprowadzonego przez B. Berezę wśród 200. chorych objętych programem długotrwałych hemodializ wynika, że niemal co 4. pacjent (25,8%) łączył niepokój doświadczany w przewlekłej niewydolności nerek z poczuciem utraty kontroli nad własnym organizmem i stanem zdrowia. Hemodializowanym pacjentom towarzyszą anhedonia, poczucie niższości, lękowa perspektywa przyszłości, obserwowalne poczucie winy. Rozbicie wewnętrzne skojarzone z uczuciem upokorzenia, wstydu i poczuciem osamotnienia sprzyjają pojawianiu się myśli o śmierci oraz pośrednich samobójstw w postaci nieprzestrzegania rygoru leczenia (terminów dializ, diety, podaży płynów itp.) [17].

Jako najczęstszą przyczynę przewlekłej choroby nerek respondenci uczestniczący w tym badaniu wskazali: kłębuszkowe zapalenie nerek (22%), nadciśnienie (20%), cukrzycę. Wśród chorób współistniejących u co najmniej połowy ankietowanych stwierdzono przynajmniej jedną chorobę: miażdżycę (18%), chorobę niedokrwienną serca (17%), niedokrwistość (14%), otyłość (14%). Także w badaniu B. Berezy w obrazie klinicznym przewlekłej niewydolności nerek dominowały zaburzenia układu sercowo-naczyniowego. U co 3. pacjenta z badanej próby populacji chorych (37,1%) występowały arytmia, miażdżycy naczyń krwionośnych, nadciśnienie tętnicze, niewydolność mięśnia sercowego z epizodami wielokrotnych zawałów bądź wylewów. Kolejna grupa chorób dotyczyła zaburzeń układu hormonalnego (cukrzyca, nadczynność przytarczyc itp.) [17]. Z badań K. Kurowskiej i wsp. wśród 83. chorych objętych leczeniem nerkozastępcze metodą hemodializy wynika, że pacjentów problemy zdrowotne to: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba nowotworowa i problemy kardiologiczne. Większość (42,2%) badanych po przeprowadzonej dializie odczuwała zmęczenie, niepokój, ból czy bezsenność [21].

Przedmiotem licznych badań jest choroba przewlekła ograniczająca lub uniemożliwia zaspokojenie wielu potrzeb psychospołecznych a także oczekiwanie i szukanie wsparcia społecznego [22-28]. Dializowani chorzy doświadczają silnego niepokoju przed sposobem życia pełnym ograniczeń i trudności związanych z leczeniem. Jedną z podstawowych negatywnych emocji, jaka ujawnia się podczas choroby, jest niepokój. Jego pozytywne oddziaływanie polega między innymi na mobilizowaniu pacjenta do szukania specjalistycznej pomocy czy przestrzegania zaleceń lekarskich. Negatywne działanie niepokoju obejmuje – poza niekorzystnym wpływem na przebieg fizjologicznych procesów życiowych [22].

W dalszej części badania analizie poddano wyniki uzyskane w oparciu o kwestionariusz Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Społecznego. Na źródła spostrzeganego wsparcia społecznego składają się trzy podskale: *przyjaciele*, *rodzina i osoba znacząca*. Średnie wartości uzyskane dla poszczególnych skal nie różniły się zasadniczo. Najwyższą średnią wartości uzyskano dla podskali rodzina. Stwierdzono, że z wyższym poziomem wykształcenia spostrzegali większe wsparcie ze strony rodziny ($p = 0,022$). Analiza korelacyjna nie wykazała statystycznie istotnych związków z pozostałymi uwarunkowaniami socjodemograficznymi oraz problemami zdrowotnymi i ograniczeniami związanymi z chorobą a wynikami kwestionariusza WSW. Porównując badania własne i przytoczone poniżej potwierdza się fakt, że chorzy dializowani doświadczają wsparcia najczęściej ze strony rodziny. Także z badania Mianowanej i wsp.

wynika, że zdecydowana większość respondentów (79,0%), jak wskazują dalej badania własne, miewając wahania nastroju może liczyć na wsparcie rodziny (78,0%) oraz pielęgniarek (20,0%). Wsparcia oczekiwali przede wszystkim od rodziny (39%), a następnie od lekarzy (29%) i pielęgniarek (18%). Ponad połowa pacjentów (63,0%) otrzymała je od rodziny, 18,0% od pielęgniarki a 16,0% od lekarza [23]. Nieco inaczej wskazują wyniki badań uzyskane przez D. Ćwiek i in., gdzie 89% respondentów wskazywało lekarza jako osobę, od której pacjent oczekuje profesjonalnej pomocy. Na pielęgniarkę, jako źródło tejże pomocy w cytowanych badaniach wskazywało tylko 21% pacjentów [24]. Istotnym warunkiem dobrej adaptacji do dializoterapii i utrzymania jak najlepszej jakości życia jest mocne wsparcie ze strony rodziny. Pacjentki akceptowane przez najbliższych, mimo utrudnień, jakie dializa pośrednio stwarza członkom rodziny, lepiej tolerują chorobę [25] Także A. Wruk-Złotowska wskazuje najbliższych, rodzinę i personel medyczny jako główne grupy wsparcia. Ponadto uważa, że rodzina może odgrywać niebagatelną rolę, pod warunkiem, że została wcześniej przygotowana do życia z pacjentem leczonym nerko zastępczo [26]. [Znaczenie wsparcia społecznego dla chorych dializowanych podkreśla B.J. Sopilak. Zwraca uwagę na fakt, że korzystne dla pacjenta byłoby profesjonalne określenie poziomu wsparcia w czasie oceny chorych leczonych nerkozastępczo. Autor wysuwa postulat o konieczności działań zmierzających do poszerzenia wsparcia społecznego dla najbardziej potrzebujących pacjentów w ramach funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej [27].

Do najważniejszych korzyści, jakie wynikają dla pacjenta z prowadzenia edukacji zdrowotnej na każdym etapie choroby należy uzyskanie świadomości choroby, przejęcie kontroli nad własnym zdrowiem. Fakt ten pozwala na dalsze działania dotyczące współpracy pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego, do których z kolei należą: przekonanie do odpowiedzialności za własne zdrowie, poznanie zasad samoopieki, zapobieganie lub wczesne wykrycie powikłań, nauczanie zasad przyjmowania leków[28].

Wnioski

1. Najczęstsze ograniczenia spowodowane przewlekłą chorobą nerek wskazane przez chorych to: konieczność ograniczenia płynów oraz przestrzeganie zasad reżimu dietetycznego.
2. Występowanie większej liczby chorób współistniejących skutkuje odejściem od przestrzegania zaleceń dotyczących samoopieki.

3. Brak wsparcia ze strony osób wspierających powoduje mniejszą odpowiedzialność za dostęp naczyniowy oraz przestrzeganie zaleceń higienicznych. Brak wsparcia przyjaciół i niedostrzeganie ogólnego wsparcia utrudnia podejmowanie działań edukacyjnych w zakresie samoopieki.
4. Znaczącą rolę w sieci wsparcia społecznego odgrywa rodzina.
5. Wskazano, że pielęgniarka była głównym źródłem informacji na temat hemodializ i postępowania z dostępem naczyniowym.

Piśmiennictwo

1. Drabczyk R. Jaka jest różnica pomiędzy przewlekłą chorobą nerek a przewlekłą niewydolnością nerek? <https://www.mp.pl/pacjent/nefrologia/lista/115353,jaka-jest-roznica-pomiedzy-przewlekla-choroba-nerek-a-przewlekla-niewydolnoscia-nerek> (dojście 01.05.2023)
2. Rutkowski B., Przewlekła choroba nerek (PChN) – wyzwanie XXI wieku. *Przew. Lek.*, 2007; 2:80–88
3. Gellert R., Durlik M., Małgorzewicz S.: Raport 2019. Ogólnopolskie Badanie Pacjentów Nefrologicznych. *Forum Nefrol* 2020, vol 13, no 3, 149–163
4. Gellert R., Oko A., Naumnik B., Rutkowski P, Małgorzewicz S., Opinia ekspertów w sprawie wprowadzenia nowego programu lekowego: „Leczenie przewlekłej choroby nerek z zastosowaniem ketoaminokwasów”, Warszawa 2019
5. Król E., Rutkowski B.: Przewlekła Niewydolność Nerek [w:] Rutkowski B. (red), *Dializoterapia w praktyce lekarskiej*, MAKmed s.c., Gdańsk 2004
6. Herold Gerd (red.): *Medycyna wewnętrzna. Przewlekła niewydolność nerek*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2001
7. Steciwko A.: *Podstawy fizjologii hemodializy* [w:] *Dializoterapia w praktyce pielęgniarskiej*, MAKmed s.c.Gdańsk 2002
8. Zdrojewski Z., Dębska-Ślizień A., Rutkowski B.: *Techniki stosowane w hemodializie* [w:] *Dializoterapia w praktyce pielęgniarskiej*, MAKmed s.c.Gdańsk 2002
9. Niewiadomski T.J., Hornik B.: *Opieka pielęgniarska nad osobami z niewydolnością nerek* [w:] Talarska D, Zozulińska-Ziółkiewicz D (red.). *Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych.*: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009

10. Lurka K.: Prof. Gellert ocenia dostęp do opieki nefrologicznej. Menedżer Zdrowia – Termedia <https://www.termedia>
11. Program edukacji i indywidualnego przygotowania pacjenta do samodzielnego wykonywania dializ otrzewnowych Załącznik4 <https://wssk.wroc.pl/>
12. Afeltowicz Z., Cabała W.: Stan psychiczny chorych dializowanych [w:] Rutkowski B. (red.), Leczenie nerkozastępcze. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007
13. Sopilak B.J., Mastalerz-Migas A, Steciwko A, i wsp.: Pacjent przewlekle dializowany w ujęciu medycyny holistycznej. Fam Med Prim Care Rev 2005; 7, (2):149-153
14. Majkowicz M., Steciwko A., Sopilak B.J.: Problemy psychologiczne u pacjentów leczonych nerkozastępczo [w:] Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej pod red. B. Rutkowskiego, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2008
15. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu, Media Rodzina, Poznań 1998
16. Górajek-Jóźwik J., Wsparcie jako element procesu pielęgnowania [w:] Kawczyńska –Butrym Z.(red.), Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie, wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013
17. Bereza B.: Ocena nastroju pacjentów w terminalnej fazie niewydolności nerek. Nefrol. Dial. Pol. 2007; 11: 40-43.
18. Kiszka W., Załuska W.: Społeczny wymiar dializoterapii. Zdr. Publ. 2004; 14 (1): 89-92
19. Horney K. Neurotyczna osobowość naszych czasów. Wydawnictwo Rebis, Poznań 2009
20. Majkowski M., Steciwko A., Sopilak B.J.: Problemy psychologiczne u pacjentów leczonych nerkozastępczo [w:] Rutkowski B. red. Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2008
21. Kurowska K, Molas N.: Wpływ poczucia koherencji na jakość życia chorych hemodializowanych. Forum Nefrologiczne 2013; 6(2): 116-123
22. Gałuszka A.: Lęk, nadzieja i poczucie sensu życia u osób chorych przewlekle. W: Block B., Otrębski W. (red.). Człowiek nieuleczalnie chory. Wydawnictwo Naukowe KUL, Lublin 1997
23. Mianowana V., Czekirda M., Bednarek A. I wsp.: , Oczekiwania pacjentów na wsparcie a wsparcie realizowane przez pielęgniarki wobec pacjentów hemodializowanych Pielęgniarstwo XXI wieku 2016; Vol. 15, 1(54):16-21

24. Ćwiek D., Branecka-Woźniak D., Fryc D., i wsp. Ocena możliwości samo opieki i zapotrzebowania na źródła wsparcia społecznego u kobiet z problemem niepłodności. *Ann Acad Med. Stetinensis* 2009; 55(2): 35-38
25. Afeltowicz Z., Cubała W.: Stan psychiczny chorych dializowanych. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007
26. Wruk-Złotowska A.: Lęki pacjentów dializowanych. *Pielęg Pol* 2006; 2:158-166
27. Sapilak B.J., Melon M., Hans-Wytrychowska A., i wsp.: Skala wsparcia społecznego – możliwości wykorzystania narzędzia na stacji dializ. *Fam. Med Prim Care Re.* 2006; 8:753-755
28. Białobrzaska B., Mieniuk K., Edukacja pacjenta z przewlekłą chorobą nerek leczonego klinicznie [w:] Białobrzaska B., Dębska-Ślizień A. (red): *Pielęgniarstwo nefrologiczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013
29. Wiśniewska L., Paczkowska B., Białobrzaska B.: Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo. *Forum Nefrol.* 2010; 3:63-70

Adres do korespondencji:

mgr Małgorzata Pietryszyn

dr Ewa Barczykowska

e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Konflikt interesów: Nie występuje

Data wpływu do Redakcji: 28.04.2023

Po recenzji: 19.05.2023

Zaakceptowano do druku: 25.05.2023

Copyright

© 2023 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Jakość życia pacjentów z wylonioną kolostomią wylonioną z powodu nowotworu jelita grubego

Life quality of patients with colostomy exteriorized as a result of colorectal cancer

Gabriela Wolińska^{A-C}, Ewa Barczykowska^{2, D-F}

¹Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze

²Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Zabieg wylonienia stomii wiąże się ze zmianami w życiu pacjenta. Zmianie ulega jego ciało oraz poziom jakości życia, co ma duże znaczenie dla jego komfortu psychicznego.

Cel pracy

Ocena jakości życia pacjentów z kolostomią wylonioną z powodu nowotworu jelita grubego.

Materiał i metody

Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Jako narzędzia badawcze wykorzystano: autorski kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz WHOQOL-BREF służący do oceny jakości życia w dziedzinach funkcjonowania: fizycznego, psychicznego, społecznego i funkcjonowania w środowisku. Badania przeprowadzono w I i II Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze w okresie 1.02.-31.03.2019 roku w grupie 52. pacjentów z wylonioną stomią jelitową w przebiegu choroby nowotworowej.

Wyniki. Wyloniona stomia największy wpływ wywarła na: sposób odżywiania – śr. 3,9 i plany życiowe – śr. 3,6 (max.5). Swoją ogólną percepcję jakości życia 40,4% respondentów oceniało jako ani dobra, ani zła, a ogólny stan percepcji swojego zdrowia w 46,2% oceniło ani zadowolony, ani niezadowolony. Pielęgniarka stomijna najczęściej została wskazana jako źródło pomocy w przypadku pojawienia się problemów związanych ze stomią śr. 4,4 (max.5).

Wnioski. 1. Najwyższą jakość życia stwierdzono dla funkcjonowania w środowisku, a najniższą jakość dla funkcjonowania fizycznego. 2. Pacjenci dłużej funkcjonujący z wylonioną stomią gorzej oceniali swoją jakość życia. 3. Pacjenci w starszym wieku, z niższym poziomem wykształcenia, z gorszą sytuacją finansową niżej oceniali swoją jakość życia w dziedzinie fizycznej, psychologicznej i społecznej.

Summary

Introduction. Colostomy involves changes in a lifestyle of a patient. These changes affect their body and standard of life quality, which is significant for their emotional comfort.

The aim of the study. Assessment of life quality of patients with colostomy exteriorized as a result of colorectal cancer.

Material and methods.

The research method of the study was a diagnostic poll. The research tools were: an own poll questionnaire and a WHOQOL-BREF questionnaire for life quality assessment in terms of physical, mental and social functioning, as well as functioning in the environment. The research was conducted in the 1st and 2nd Departments of General and Oncological Surgery at the Provincial Hospital Centre of the Jelenia Góra Valley in Jelenia Góra between 1st Feb and 31st Mar 2019 among 52 patients with colostomy exteriorized in the course of neoplastic disease.

Results. Exteriorized stoma influenced mostly: nutritional habits – average 3.9 and life plans – average 3.6 (max. 5). 40.4% of respondents assessed their general perception of life quality as neither good nor bad, and 46.2% assessed their general perception of health as neither satisfied nor dissatisfied. A stoma nurse was most frequently indicated as a source of help in case stoma-related problems appear (average 4.4, max 5).

Conclusions. 1. The highest life quality was found for functioning in the environment, and the lowest for physical functioning. 2. Patients functioning longer with exteriorized stoma assessed their life quality as worse. 3. Elderly patients, with less education and worse financial situation assessed their quality of psychical, emotional and social life as worse.

Wprowadzenie

Nowotwór jelita grubego może wystąpić w obrębie okrężnicy, zgięcia esiczo-odbytniczego i odbytnicy. W większości przypadków rak jelita grubego rozwija się na podłożu uszypułowanego, znacznie rzadziej nieuszypułowanego gruczolaka, w którym poprzez procesy metaplastyczne doszło do powstania raka nieinwazyjnego (tzw. raka *in situ*, CIS) – obecnego wyłącznie w obrębie błony śluzowej, a następnie inwazyjnego (po nacieczeniu poza blaszkę właściwą błony śluzowej). W 90-95% przypadków zachorowanie na nowotwór złośliwy jelita grubego jest sporadyczne, w pozostałych 5-10% występuje podłoże dziedziczne [1].

Zachorowalność i umieralność na raka jelita grubego u obu płci od kilku lat charakteryzuje się najwyższą dynamiką wzrostu [2,3]. Szacuje się, że w 2025 roku na nowotwór ten zachoruje ponad 24 000 osób (ok. 15 000 mężczyzn i 9 000 kobiet) [2].

Wśród poznanych czynników ryzyka rozwoju tego nowotworu wyróżnia się: wiek; choroby zapalne jelit w przeszłości; uwarunkowania epidemiologiczne (zespół metaboliczny – wzrost ryzyka głównie u mężczyzn), palenie tytoniu (w USA 1/5 raków jelita jest związana z paleniem); tryb życia; tzw. jelitowe – dodatni wywiad w kierunku występowania polipów gruczolakowych lub raka jelita grubego; uwarunkowanie genetyczne – (rodzinna polipowatość gruczolakowata (FAP) wiąże się ze 100% życiowym ryzykiem zachorowania na raka jelita grubego, w przypadku dziedzicznego raka jelita grubego bez polipowatości (HNPCC) ryzyko to wynosi 70-80%); dietetyczne – dieta ubogobłonnikowa, bogatotłuszczowa, wysokokaloryczna, uboga w wapń, nadużywanie alkoholu. Niektóre z czynników można kontrolować (np. palenie, dieta), innych nie (np. wiek, predyspozycje genetyczne) [1].

Wczesna wykrywalność nowotworów jelita grubego oraz raka odbytnicy ma kluczowe znaczenie dla skuteczności terapii [3].

W naukach medycznych definicje jakości życia koncentrują się w znacznej mierze na zjawiskach zdrowia i choroby [4]. Próby uściślenia definicji jakości życia doprowadziły do utworzenia nowego pojęcia, które wprowadził Schipper i jego współpracownicy. Jest to jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia: (*ang. Health Related Quality of Life – HRQoL*), oznaczający jakość życia wyznaczoną stanem zdrowia, występującymi chorobami, naturalnym procesem starzenia się. Tak określony zakres pojęcia wskazuje na odmienne znaczenie, jakie ma ono w medycynie, co pociąga za sobą odwoływanie się do odmiennych koncepcji teoretycznych i sposobów definiowania tego terminu na użytek poszczególnych dziedzin medycyny [5].

Badając HRQoL, należy wziąć pod uwagę trzy elementy:

- punkt widzenia pacjenta, który może być całkowicie odmienny od profesjonalnej wiedzy medycznej, na którą składają się doświadczenia kliniczne i poziom nauk podstawowych;
- subiektywne oceny dokonywane przez pacjentów są źródłem dodatkowych informacji przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych warunkujących różną późniejszą jakość życia;
- niedostrzeżenie przez lekarzy potrzeb pacjentów, w związanych z zapewnieniem fachowej opieki medycznej poza środowiskiem szpitalnym [6].

Cel pracy

Ocena jakości życia pacjentów z kolostomią wyłonioną z powodu nowotworu jelita grubego.

Material i metody

Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Jako narzędzia badawcze wykorzystano:

- Autorski kwestionariusz ankiety zawierający 24 pytania umożliwiające ocenę sytuacji społeczno-demograficznej: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, status zawodowy oraz sytuację finansową. Natomiast druga część pozwalała określić dane szczegółowe: źródło informacji o diagnozie choroby, lokalizacja nowotworu, czas leczenia od zdiagnozowania choroby, rodzaj stosowanego leczenia i okres życia z wyłonioną stomią. Trzecia część kwestionariusza dotyczyła problemów życia codziennego stomików.
- Kwestionariusz WHOQOL-BREF służy do oceny jakości życia w dziedzinach: funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i funkcjonowania w środowisku.

Badania przeprowadzono w I i II Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze w okresie od 1 lutego do 31 marca 2019 roku w grupie 52. pacjentów z wyłonioną stomią jelitową w przebiegu choroby nowotworowej. Badanie było dobrowolne, nieodpłatne i anonimowe.

W badaniu wzięło udział 52. ankietowanych, średnia wieku wynosiła 65,7 lat (odchylenie = 11,0). Co najmniej połowa badanych osiągnęła wiek przynajmniej 67 lat. Najmłodszy ankietowany miał 45 lat, najstarszy był w wieku 90 lat (Tab.I).

Większość osób w analizowanej grupie stanowili mężczyźni (65,4%), odsetek kobiet wynosił niecałe 35%. Większość osób była w stanie wdowim (42,3%), nieco mniej osób było w związku małżeńskim (38,5%), pozostałe osoby były rozwiedzione (11,5%) lub w stanie wolnym (7,7%). Najwięcej osób posiadało wykształcenie zawodowe (34,6%) i średnie (34,6%), podstawowe wykształcenie posiadało 15,4% respondentów, taki sam odsetek z pośród nich posiadał wykształcenie wyższe. W mieście mieszkało 51% ankietowanych, odsetek osób mieszkających na wsi wynosił 49%. Niecałe 33% ankietowanych prowadziło gospodarstwo domowe razem z małżonkiem, 30,8% respondentów żyło samotnie, 25% z rodziną, a 11,5% z osobami niespokrewnionymi. Połowa osób znajdowała się na emeryturze (50%), 23,1% ankietowanych pracowało zawodowo w ograniczonym wymiarze, 11,5% respondentów wykonywało pracę etatową, 9,6% pobierało rentę, pozostali ankietowani byli bezrobotni (3,8%) lub na zasiłku rehabilitacyjnym (1,9%). Większość osób swoją sytuację finansową oceniała dobrze (46,2%), bardzo dobrze oceniało 13,5% ankietowanych, pozostałe osoby oceniały ją źle (21,2%) lub bardzo źle (19,2%) (Tab.II).

Tabela III Wiek badanych 45-90 lat. Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Wiek badanych	65,7	11,00	67,5	68,0	45,0	90,0

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Tabela IV Charakterystyka społeczno-demograficzna ankietowanych

Cecha		Liczebność	%
Płeć	Kobieta	18	34,6%
	Mężczyzna	34	65,4%
Stan cywilny	Panna, kawaler	4	7,7%
	Mężatka, żonaty	20	38,5%
	Rozwódka, rozwodnik	6	11,5%
	Wdowa, wdowiec	22	42,3%
Wykształcenie	Podstawowe	8	15,4%
	Zawodowe	18	34,6%
	Średnie	18	34,6%
	Wyższe	8	15,4%
Miejsce zamieszkania	Miasto	26	51,0%
	Wieś	25	49,0%
Z kim ankietowany prowadzi gospodarstwo domowe	W związku małżeńskim	17	32,7%
	Z rodziną	13	25,0%
	Z osobami niespokrewnionymi	6	11,5%
	Życie w pojedynkę	16	30,8%
Status zawodowy	Uczeń	0	0,0%
	Praca etatowa	6	11,5%
	Praca zawodowa w ograniczonym wymiarze	12	23,1%
	Emerytura	26	50,0%
	Renta	5	9,6%
	Zasiłek rehabilitacyjny	1	1,9%
	Bezrobocie	2	3,8%
Sytuacja finansowa	Bardzo dobra	7	13,5%
	Dobra	24	46,2%
	Niezadowolająca	11	21,2%
	Bardzo zła	10	19,2%

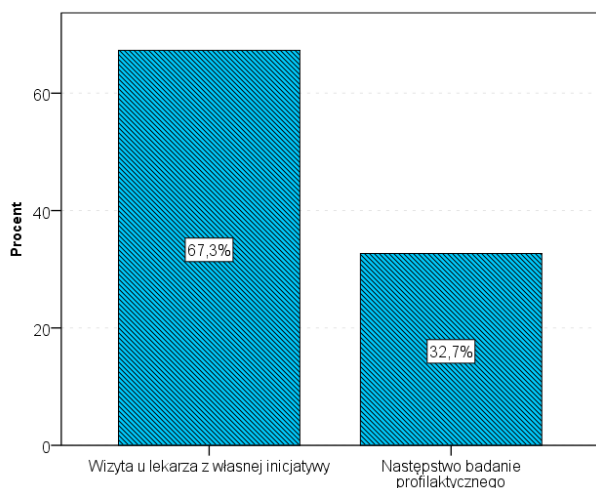
Analiza statystyczna

Istotność różnic pomiędzy dwiema wartościami średnimi sprawdzano za pomocą testu t Studenta. Istotność różnic pomiędzy zmiennymi jakościowymi (nominalnymi) sprawdzano za pomocą testu niezależności chi kwadrat. Korelacje pomiędzy zmiennymi sprawdzono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności $p \geq 0,05$. Analiz dokonywano za pomocą programu SPSS IBM Statistics 21.0.0.

Wyniki badań

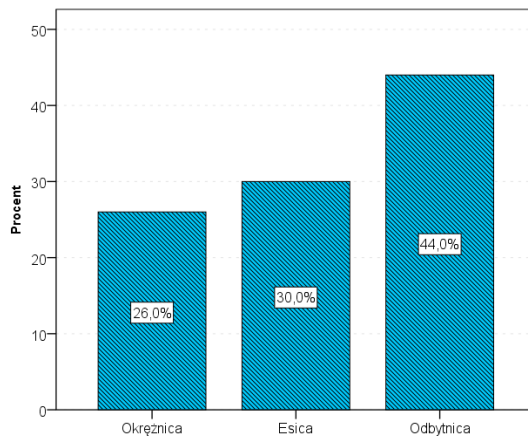
Sytuacja kliniczna pacjentów – źródło rozpoznania choroby, lokalizacja nowotworu, okres leczenia od momentu rozpoznania choroby oraz wyłonienia stomii

U większości osób choroba została zdiagnozowana podczas wizyty u lekarza z własnej inicjatywy (67,3%), pozostałe osoby dowiedziały się o chorobie w wyniku przeprowadzonego badania profilaktycznego (32,7%) – Wykres 1.



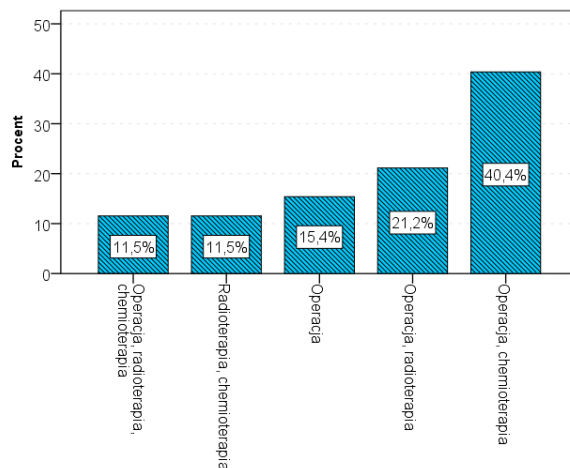
Wykres 1. Okoliczności zdiagnozowania choroby

Najczęściej nowotwór zlokalizowany był w odbytnicy (44%), rzadziej w esicy (30%) czy okrężnicy (26%) – (Wyk. 2).



Wykres 2. Lokalizacja nowotworu

Najczęściej zastosowane leczenie to połączenie zabiegu operacyjnego i chemioterapii (40,4%), rzadziej zastosowano połączenie operacji i radioterapii (21,2%), wyłącznie operację (15,4%), połączenie radioterapii i chemioterapii (11,5%), czy połączenie wszystkich trzech metod leczenia (11,5%) – Wykres 3.



Wykres 3. Zastosowane leczenie

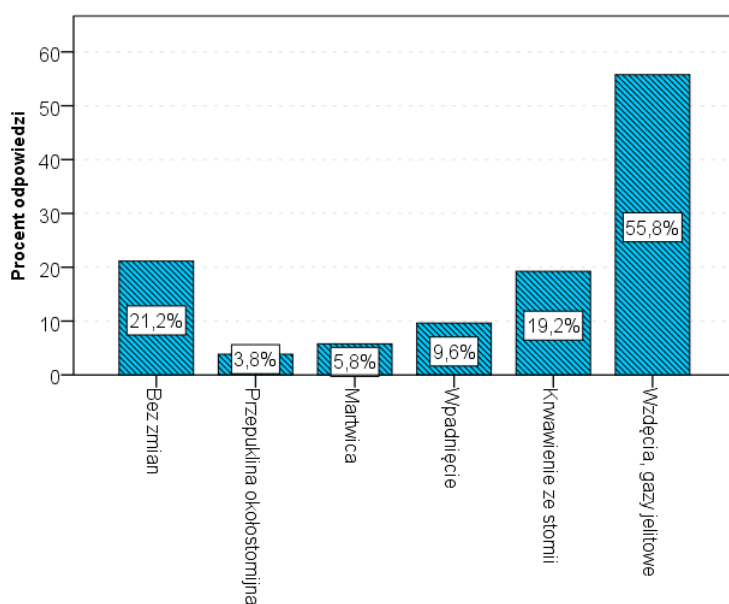
Średni czas leczenia od momentu zdiagnozowania choroby wynosił 6,5 miesięcy, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 5,27 lat. Co najmniej połowa badanych leczyła się przynajmniej 5 miesięcy. Rozkład zmiennej kształtował się od 1,2 do 30 miesięcy. Średni okres życia z wyłonią stomią wynosił 2,7 miesięcy, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 1,99 miesięcy. Przynajmniej połowa ankietowanych miała wyłonią stomię przez co najmniej 2. miesięcy. Rozkład zmiennej kształtował się od 0,2 do 6 miesięcy (Tab.III).

Tabela III Okres leczenia od zdiagnozowania choroby (w miesiącach). Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Okres leczenia od zdiagnozowania choroby	6,5	5,27	5,0	5,0	1,2	30,0
Okres życia ze stomią	2,7	1,99	2,0	1,0	0,2	6,0

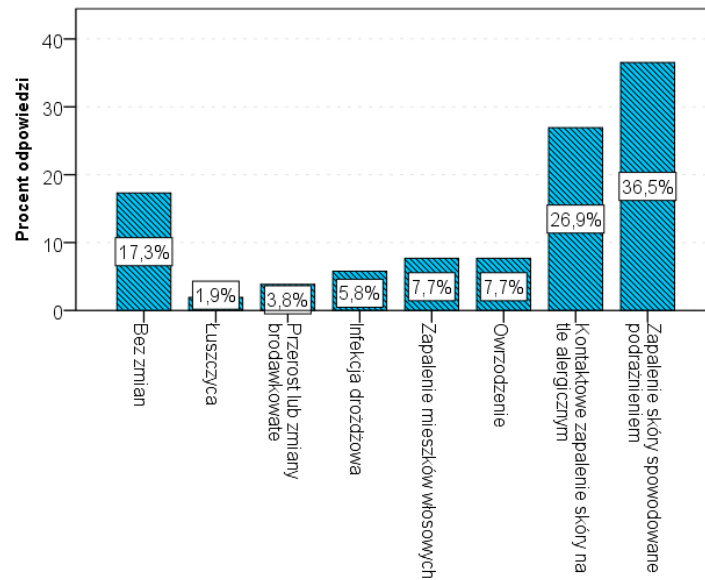
M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Najczęstsze dolegliwości towarzyszące stomii to wzdęcia i gazy jelitowe (55,8%), inne rzadsze dolegliwości to krwawienie ze stomii (19,2%), wpadnięcie (9,6%), martwica (5,8%), przepuklina okołostomijna (3,8%). Żadnych objawów nie odczuwało 21,2% respondentów (Wyk.4).



Wykres 4. Objawy towarzyszące stomii (możliwość wielokrotnych odpowiedzi)

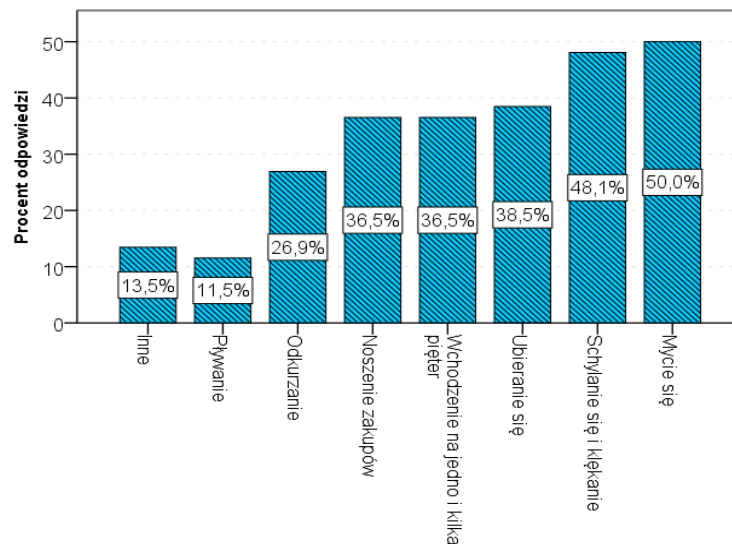
Najczęstsze zmiany skórne to zapalenie skóry spowodowane podrażnieniami (36,5%) i kontaktowe zapalenie skóry na tle alergicznym (26,9%). Rzadsze zmiany to: owrzodzenia (7,7%), zapalenie mieszków włosowych (7,7%), infekcje drożdżakowe (5,8%), przerost lub zmiany brodawkowe (3,8%) oraz łuszczyca (21,9%). Żadnych zmian na skórze nie miało 17,3% respondentów (Wyk. 5).



Wykres 5. Zmiany skórne wokół stomii (możliwość wielokrotnych odpowiedzi)

Codziennie funkcjonowanie, styl życia oraz zadowolenie z życia pacjentów z wylonioną stomią

Najczęściej wskazywaną niedogodnością związaną ze stomią były ograniczenia związane z myciem się (50%), schylaniem się i klękaniem (48,1%), nieco rzadziej ograniczenia związane z ubieraniem się (38,5%), z wchodzeniem na piętro (36,5%), noszeniem zakupów (36,5%). Najmniej ograniczeń ankietowani odczuwali podczas pływania (11,5%) – (Wyk. 6).



Wykres 6. Ograniczenia związane z typowymi codziennymi czynnościami (możliwość wielokrotnych odpowiedzi)

Respondenci ocenili wpływ stomii na niektóre aspekty stylu życia za pomocą 5-punktowej skali Likerta, której przyporządkowano odpowiednią liczbę punktów (5 – zdecydowanie tak, 4 – raczej tak, 3 – trudno powiedzieć, 2 – raczej nie, 1 – zdecydowanie nie). Oceny uśredniono i uszeregowano od najwyższych do najniższych.

Wyloniona stomia największy wpływ wywarła na: sposób odżywiania (śr. 3,9) i plany życiowe (śr. 3,6). Nieco mniej wpływała na możliwość podróżowania (śr. 3,4), poczucie własnej

wartości (śr. 3,3), zdolność do wykonywania prac domowych (śr. 3,2), życie seksualne (śr. 3,2), wygląd osobisty (śr. 3,1). Najmniej wpływała na kontakty z rodziną (śr. 2,9), towarzyskie (śr. 2,9) i sposób ubierania się (Tab. III).

Tabela III Stopień wpływu wyłoniona stomia na prowadzony styl życia:

(5 – zdecydowanie tak, 4 – raczej tak, 3 – trudno powiedzieć, 2 – raczej nie, 1 – zdecydowanie nie)

Aspekty życia	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Trudno powiedzieć	Raczej tak	Zdecydowanie tak	Średnia	Odchylenie standardowe
	1	2	3	4	5		
Sposób odżywiania	0,0%	3,8%	17,3%	59,6%	19,2%	3,9	4,0
Plany życiowe	1,9%	5,8%	28,8%	53,8%	9,6%	3,6	4,0
Możliwości podróżowania	0,0%	10,0%	50,0%	28,0%	12,0%	3,4	3,0
Poczucie własnej wartości	0,0%	25,0%	32,7%	30,8%	11,5%	3,3	3,0
Zdolności do wykonywania prac domowych	2,0%	16,3%	40,8%	36,7%	4,1%	3,2	3,0
Życie seksualne	5,8%	11,5%	55,8%	13,5%	13,5%	3,2	3,0
Wygląd osobisty	2,0%	22,0%	46,0%	24,0%	6,0%	3,1	3,0
Kontakty z rodziną	5,8%	30,8%	36,5%	23,1%	3,8%	2,9	3,0
Kontakty towarzyskie	3,8%	38,5%	25,0%	30,8%	1,9%	2,9	3,0
Sposób ubierania się	1,9%	32,7%	44,2%	17,3%	3,8%	2,9	3,0

Również stopień napotkanych trudności w codziennym życiu respondenci ocenili za pomocą 5-punktowej skali Likerta, której przyporządkowano odpowiednią liczbę punktów (5 – zdecydowanie tak, 4 – raczej tak, 3 – trudno powiedzieć, 2 – raczej nie, 1 – zdecydowanie nie). Oceny uśredniono i uszeregowano od najwyższych do najniższych.

Największe trudności związane były z zaakceptowaniem stomii (śr. 3,7), przestrzeganiem zdrowej diety (śr. 3,6), przeciekaniem treści jelitowej pod płytkę stomijną (śr. 3,6), posługiwanie się sprzętem stomijnym (śr. 3,5) i pielęgnacją stomii (śr. 3,4). Nieco mniej trudności sprawiało wstawanie i siadanie w pozycji wyprostowanej (śr. 3,3), pamiętanie o przytrzymaniu brzucha podczas kaszlu i kichania (śr. 3,2). Najmniejsze trudności były związane z reakcją rodziny (śr.3,1) i znajomych (śr.3,0) na informacje o wyłonionej stomii (Tab. IV).

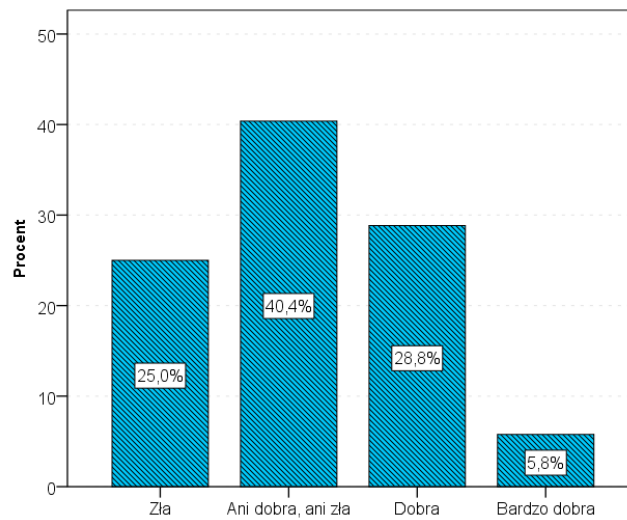
Tabela IV Stopień napotykaných trudności związanych z wylonioną stomią
(5 – zdecydowanie tak, 4 – raczej tak, 3 – trudno powiedzieć, 2 – raczej nie, 1 – zdecydowanie nie)

Trudności	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Trudno powiedzieć	Raczej tak	Zdecydowanie tak	Średnia	Odchylenie standardowe
	1	2	3	4	5		
Zaakceptowanie stomii	0,0%	11,8%	19,6%	52,9%	15,7%	3,7	4,0
Przestrzeganie zdrowej diety	0,0%	3,8%	30,8%	63,5%	1,9%	3,6	4,0
Przebiekanie treści jelitowej pod płytkę stomijną	0,0%	13,7%	25,5%	47,1%	13,7%	3,6	4,0
Posługiwanie się sprzętem stomijnym	0,0%	17,6%	29,4%	41,2%	11,8%	3,5	4,0
Pielęgnacja stomii	0,0%	17,6%	33,3%	45,1%	3,9%	3,4	3,0
Wstawanie lub siadanie w pozycji wyprostowanej	0,0%	25,0%	30,8%	34,6%	9,6%	3,3	3,0
Pamiętanie o przytrzymywaniu brzucha podczas kaszlu i kichania	0,0%	28,8%	26,9%	36,5%	7,7%	3,2	3,0
Reakcje rodziny na informację o wylonionej stomii	2,0%	29,4%	35,3%	23,5%	9,8%	3,1	3,0
Reakcje znajomych na informację o wylonionej stomii	2,0%	23,5%	52,9%	19,6%	2,0%	3,0	3,0

Ocena ogólnej percepcji jakości życia i własnego zdrowia oraz jakości życia w poszczególnych dziedzinach przez pacjentów z wylonioną stomią – Kwestionariusz WHOQOL-BREF

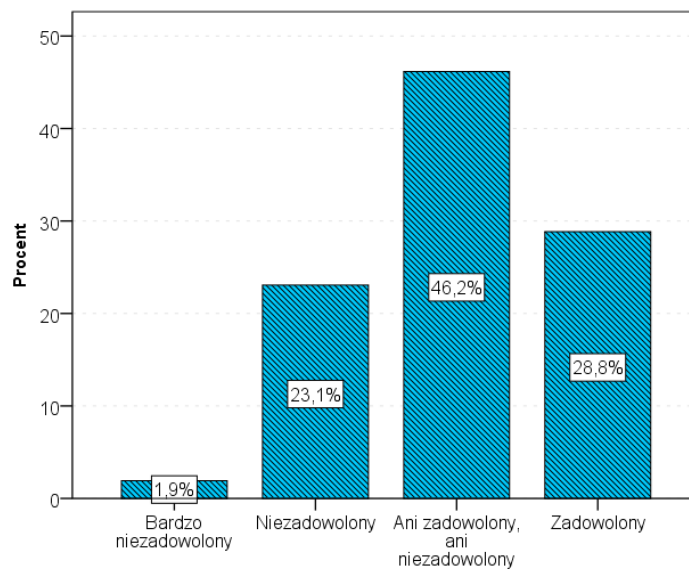
Kwestionariusz WHOQOL-BREF zawiera dwie pozycje analizowane odrębnie: pytanie 1 (WHO1): indywidualna ogólna percepcja jakości życia; pytanie 2 (WHO2): indywidualna ogólna percepcja własnego zdrowia.

Respondenci najczęściej swoją ogólną percepcję jakość życia oceniali jako *ani dobra, ani zła* (40,4%), *dobra* (28,8%), a co czwarty (25%) ankietowany oceniał *zła*. Natomiast *bardzo dobra* jakość życia oceniało niecałe 6% ankietowanych (Wyk. 7).



Wykres 7. Ogólna ocena jakości życia

Ogólny stan percepcji swojego zdrowia 46,2% oceniło *ani zadowolony, ani niezadowolony*, zadowolony – 28,8%, niezadowolony – 23,1% ankietowanych, pozostałe osoby (1,9%) – *bardzo niezadowolony* (Wyk. 8).



Wykres 8. Ogólna Ocena zadowolenia ze stanu zdrowia

Następnie surowe wyniki kwestionariusza WHOQOL-BREF przekształcono tak, aby mieściły w przedziale od 0 do 100 punktów.

Najwyższą jakość życia stwierdzono dla funkcjonowania w środowisku (śr. 56,2 pkt.). Nieco niższą dla funkcjonowania społecznego (śr. 53,4 pkt.) i psychologicznego (śr. 52,7 pkt.). Najniższą jakość stwierdzono dla funkcjonowania fizycznego (śr. 50,8 pkt.) (Tab. V).

Tabela V Wyniki kwestionariusza WHOQOL-BREF (dane transformowane od 0 do 100). Miary tendencji centralnej oraz rozproszenia

Funkcjonowanie/domena	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Fizyczna	50,8	12,99	50,0	50,0	14,3	71,4
Psychologiczna	52,7	13,51	54,2	58,3	12,5	79,2
Spoleczna	53,4	14,12	58,3	58,3	16,7	75,0
Funkcjonowanie w środowisku	56,2	16,99	57,8	75,0	6,3	81,3

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Me* – mediana, *Mo* – dominanta, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna

Ogólna ocena jakości życia pacjentów a płeć pacjenta, zastosowana metoda leczenia oraz okres życia ze stomią

Analiza statystyczna za pomocą testu niezależności chi kwadrat nie wykazała istotnych różnic pomiędzy kobietami, a mężczyznami w ogólnej ocenie jakości życia ($p = 0,535$). Płeć chorych nie warunkuje poczucia ogólnej jakości życia. Także analiza statystyczna za pomocą testu niezależności chi kwadrat nie wykazała istotnych różnic pomiędzy kobietami, a mężczyznami w ogólnej samoocenie stanu swojego zdrowia ($p = 0,588$). Płeć chorych nie warunkuje samooceny stanu swojego zdrowia (Tab. VI).

Tabela VI Ocena jakości życia z podziałem na płeć

		Płeć		
		Kobieta	Mężczyzna	
Jakość życia	Zła	Liczebność	5	8
		% z Płeć	27,8%	23,5%
	Ani dobra, ani zła	Liczebność	5	16
		% z Płeć	27,8%	47,1%
	Dobra	Liczebność	7	8
		% z Płeć	38,9%	23,5%
	Bardzo dobra	Liczebność	1	2
		% z Płeć	5,6%	5,9%
	Test niezależności chi kwadrat		$\chi^2 = 2,13; p = 0,535$	

		Płeć		
		Kobieta	Mężczyzna	
Samocena zdrowia	Bardzo niezadowolony	Liczebność	1	0
		% z Płeć	5,6%	0,0%
	Niezadowolony	Liczebność	4	8
		% z Płeć	22,2%	23,5%
	Ani zadowolony, ani niezadowolony	Liczebność	8	16
		% z Płeć	44,4%	47,1%
	Zadowolony	Liczebność	5	10
		% z Płeć	27,8%	29,4%
	Test niezależności chi kwadrat		$\chi^2 = 1,93; p = 0,588$	

Analiza korelacyjna za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana wykazała statystycznie istotne powiązanie między ogólną jakością życia, a okresem życia jaki upłynął od zabiegu wyłonięcia stomii ($p = 0,034$). Ankietowani, którzy dłużej mieli wyłonioną stomię gorzej oceniali swoją jakość życia. Analiza statystyczna za pomocą testu niezależności chi kwadrat nie wykazała istotnych różnic pomiędzy grupami wydzielonymi ze względu na zastosowane leczenie w ocenie ogólnej jakości życia ($p = 0,165$). Rodzaj zastosowanego leczenia nie był powiązany z jakością życia (Tab. VII).

Tabela VII Związek między ogólną oceną jakości życia, a okresem życia z wyłonioną stomią oraz zastosowanym leczeniem. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana

		Ocena jakości życia
Okres życia z wyłonioną stomią	Współczynnik korelacji	-0,30
	Istotność (dwustronna)	0,034

Ocena jakości życia			Zastosowane leczenie				
			Operacja, radioterapia	Operacja, chemioterapia	Operacja, radioterapia, chemioterapia	Radioterapia, chemioterapia	Operacja
Ocena jakości życia	Zła	Liczebność	5	6	1	1	0
		% z Leczenie	45,5%	28,6%	16,7%	16,7%	0,0%
	Ani dobra, ani zła	Liczebność	3	7	4	4	3
		% z Leczenie	27,3%	33,3%	66,7%	66,7%	37,5%
	Dobra	Liczebność	1	7	1	1	5
		% z Leczenie	9,1%	33,3%	16,7%	16,7%	62,5%
	Bardzo dobra	Liczebność	2	1	0	0	0
		% z Leczenie	18,2%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%

Test niezależności chi kwadrat

$$\chi^2 = 16,60; p = 0,165$$

Ocena poszczególnych dziedzin jakości życia pacjentów ze stomią a wybrane czynniki społeczno-demograficzne

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic pomiędzy kobietami, a mężczyznami dla poszczególnych domen. Analiza statystyczna za pomocą testu t Studenta wykazała statystycznie istotną różnicę pomiędzy mieszkańcami miast i mieszkańcami wsi w ocenie jakości życia w domenie środowisko ($p = 0,039$). Ankietowani z miast wyżej oceniali jakość swojego funkcjonowania w środowisku, niż respondenci ze wsi. Analiza statystyczna wykazała, że osoby prowadzące swoje gospodarstwo domowe samotnie, niżej oceniały swoją jakość życia w domenie psychologicznej, niż osoby mieszkające z kimś. Różnice są istotne statystycznie ($p = 0,044$) – (Tab. VIII).

Tabela VIII Jakość życia w poszczególnych domenach. Porównanie ze względu na płeć i miejsce zamieszkania. Wyniki testu t Studenta dla prób niezależnych

Funkcjonowanie/domena:	Kobiety		Mężczyźni		Test t Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Fizyczna	50,9	14,68	50,7	12,25	0,05	0,964
Psychologiczna	52,5	15,66	52,8	12,48	-0,06	0,951
Społeczna	54,6	16,23	52,7	13,09	0,47	0,643
Środowiskowa	56,7	16,86	55,9	17,31	0,16	0,872

Domena:	Miasto		Wieś		Test t Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Fizyczna	53,3	12,97	48,2	13,02	1,40	0,167
Psychologiczna	54,3	13,69	51,2	13,69	0,82	0,419
Społeczna	55,4	12,68	51,0	15,65	1,12	0,269
Środowisko	60,8	14,28	51,0	18,61	2,12	0,039

Domena:	Samotnie		Z kimś		Test t Studenta	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Fizyczna	48,9	14,68	51,6	12,30	-0,70	0,489
Psychologiczna	47,1	15,12	55,2	12,13	-2,06	0,044
Społeczna	49,0	13,57	55,3	14,11	-1,52	0,135
Środowisko	49,2	20,89	59,3	14,19	-1,77	0,091

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *t* – wartość testu t Studenta, *p* – poziom istotności

Analiza korelacyjna wykazała, że ankietowani w starszym wieku niżej oceniali swoją jakość życia w domenie fizycznej ($p = 0,001$), psychologicznej ($p = 0,003$), społecznej ($p = 0,014$) i środowiskowej ($p = 0,029$).

Ankietowani z niższym poziomem wykształcenia niżej oceniali swoją jakość życia w domenie fizycznej ($p = 0,042$), psychologicznej ($p = 0,026$), społecznej ($p = 0,037$) i środowiskowej ($p = 0,004$).

Ankietowani z gorszą sytuacją finansową niżej oceniali swoją jakość życia w domenie fizycznej ($p = 0,002$), psychologicznej ($p = 0,005$), społecznej ($p = 0,001$) i środowiskowej ($p < 0,001$) (Tab. IX).

Tabela IX Związek między oceną jakości życia, a wiekiem, wykształceniem, sytuacją finansową. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana

		Wiek	Wykształcenie	Sytuacja finansowa
Fizyczna	Współczynnik korelacji	-0,43	0,28	-0,42
	Istotność (dwustronna)	0,001	0,042	0,002
Psychologiczna	Współczynnik korelacji	-0,41	0,31	-0,38
	Istotność (dwustronna)	0,003	0,026	0,005
Spoleczna	Współczynnik korelacji	-0,34	0,29	-0,43
	Istotność (dwustronna)	0,014	0,037	0,001
Funkcjonowanie w środowisku	Współczynnik korelacji	-0,30	0,39	-0,59
	Istotność (dwustronna)	0,029	0,004	<0,001

Wskazane przez pacjentów źródła pomocy w przypadku pojawienia się problemów związanych ze stomią

Źródło pomocy respondenci ocenili za pomocą 5-punktowej skali Likerta, której przyporządkowano odpowiednią liczbę punktów (5 – zdecydowanie tak, 4 – raczej tak, 3 – trudno powiedzieć, 2 – raczej nie, 1 – zdecydowanie nie). Oceny uśredniono i uszeregowano od najwyższych do najniższych.

Najczęściej ankietowani zwróciliby się do pielęgniarki stomijnej (śr. 4,4 pkt.), rzadziej do rodziny (śr. 3,5 pkt.), lekarza (śr. 3,3 pkt.) lub radzili sobie sami (śr. 3,2 pkt.), innych chorych z Towarzystwa Stomijnego (śr. 3,2 pkt.). Najrzadziej zwróciliby się do przedstawicieli firmy sprzętu stomijnego (śr. 2,1 pkt.), psychologa (śr. 2,0 pkt.), dietetyka (śr. 2,0 pkt.) (Tab.X).

Tabela X Źródło pomocy w przypadku pojawienia się problemów związanych ze stomią (5 - zdecydowanie tak, 4 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nie, 1 - zdecydowanie nie)

Źródło pomocy	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Trudno powiedzieć	Raczej tak	Zdecydowanie tak	Średnia	Odchylenie standardowe
	1	2	3	4	5		
Pielęgniarki stomijnej	0,0%	0,0%	7,7%	46,2%	46,2%	4,4	4,0
Rodziny	11,5%	9,6%	21,2%	36,5%	21,2%	3,5	4,0
Lekarza	3,8%	19,2%	28,8%	42,3%	5,8%	3,3	3,0
Radzę sobie sam	9,6%	19,2%	21,2%	38,5%	11,5%	3,2	3,5
Innych chorych z Towarzystwa Stomijnego	15,7%	13,7%	23,5%	31,4%	15,7%	3,2	3,0
Przedstawiciela firmy sprzętu stomijnego	42,3%	25,0%	21,2%	7,7%	3,8%	2,1	2,0
Psychologa	38,5%	30,8%	23,1%	3,8%	3,8%	2,0	2,0
Dietetyka	37,3%	37,3%	13,7%	9,8%	2,0%	2,0	2,0

Wnioski

1. Pacjenci uznali, że największe trudności sprawiało im zaakceptowaniem stomii oraz przestrzeganie odpowiedniej diety.
2. Najwyższą jakość życia stwierdzono dla funkcjonowania w środowisku, a najniższą jakość dla funkcjonowania fizycznego.
3. Pacjenci dłużej funkcjonujący z wylonioną stomią niżej oceniali swoją jakość życia.
4. Pacjenci w starszym wieku, z niższym poziomem wykształcenia, z gorszą sytuacją finansową niżej oceniali swoją jakość życia w dziedzinie fizycznej, psychologicznej i społecznej.

Dyskusja

Mimo postępu nauki i wdrażania nowoczesnych technik operacyjnych wykonywanie stomii z powodu raka jelita grubego utrzymuje się na wysokim poziomie i wykazuje tendencję wzrostową [7].

W niniejszym badaniu średnia wieku ankietowanych wynosiła 65,7 lat. Co najmniej połowa badanych osiągnęła wiek przynajmniej 67 lat, a większość osób w analizowanej grupie stanowili mężczyźni (65,4%). Przewagę większej zachorowalności na nowotwór

jelita grubego mężczyzn niż kobiet potwierdzają dane epidemiologiczne podane przez Krajowy Rejestr Nowotworów. Ryzyko zachorowania na raka jelita grubego wzrasta wraz z wiekiem. Ryzyko zachorowania na nowotwór rośnie po 50. roku życia – 9 na 10 osób, które zachorowały na nowotwór, ma ponad 50. lat [1]. Także w badaniu K. Cierzniańskiej i wsp. większość (61%) respondentów stanowili mężczyźni, a średnia wieku wynosiła 65. lat [8].

Połowa badanej grupy uznała, że po wyłonieniu stomii najważniejszymi trudnościami w ich codziennym funkcjonowaniu są ograniczenia związane z myciem się oraz schylaniem się i klękaniem. Co trzeci chory wskazał: ograniczenia z ubieraniem się, wchodzeniem na piętro oraz noszeniem zakupów. Natomiast w zakresie stylu życia najistotniejsze zmiany dotyczyły sposobu odżywiania – 3,9 (max.5) oraz planów życiowych – 3,6. Mniejsze znaczenie respondenci przypisali poczuciu własnej wartości – 3,3 i wyglądowi osobistemu – 3,1. Zbliżone wyniki w tym zakresie uzyskał M. Woźniak i wsp. – zdecydowana większość (85%) ankietowanych była zdania, że wyłonienie stomii zmieniło ich życie. Połowa (55%) uznała, że największą trudnością była zmiana diety. Aktywność fizyczną zaznaczył co trzeci (31,3%) ankietowany, a co dziesiąty sposób ubierania [9]. Zdaniem A. Dąbrowskiej obecność stomii jelitowej nie musi oznaczać ograniczeń lub też całkowitej zmiany trybu życia. Uczenie się życia ze stomią zabiera pacjentom wiele miesięcy, muszą oni dać sobie czas na oswojenie się z nową sytuacją oraz dobrać odpowiedni sprzęt. Ważne jest, aby stopniowo zwiększać samodzielność w tym zakresie [10].

Wytworzenie stomii wiąże się z dużym uszkodzeniem ciała, a przez pacjentów odbierane jest jako trwałe kalectwo i źródło wielu problemów natury funkcjonalnej. Trzy zasadnicze grupy problemów chorych ze stomią wskazane przez Kózkę i wsp. to: utrata zdolności kontrolowania wypróżnień, zaburzenia „obrazu samego siebie” rzutujące na proces akceptacji choroby, samooceny i samoakceptacji oraz powikłania miejscowe i ogólne stomii [11]. Poza tym J. Glińska i wsp. dodaje, że wyłonienie stomii niejednokrotnie powoduje konieczność zmiany trybu życia, jaki do tej pory prowadzili. Zmusza poznania siebie na nowo, nauczenia się panowania nie tylko nad własnym ciałem, lecz także nad psychiką. Utracenie kontroli nad jedną z zasadniczych funkcji organizmu, jaką jest wydalanie, ma istotny wpływ zarówno na stan psychiczny chorego, jak i na funkcjonowanie w życiu społecznym, zawodowym, towarzyskim i rodzinnym, w tym również w sferze intymnej [12].

Choroba nowotworowa i w konsekwencji wyłonienie stomii jest dla chorych zazwyczaj krytycznym wydarzeniem, które staje się przyczyną zmian w dotychczasowym życiu [14]. Na zróżnicowanie oceny zmian w życiu mają wpływ narzędzia badawcze, których różnorodność może powodować trudności w porównywaniu wyników badań oraz uogólnieniu wniosków. Dotychczas nie opracowano uniwersalnego, a zarazem doskonałego narzędzia badawczego do oceny jakości życia. *Kwestionariusz WHOQOL-BREF został wykorzystany w badaniach własnych, a także*

badaniach K. Cierzniakowskiej [8]. Natomiast w innych badaniach np. kwestionariusz ankiety autorstwa Z. Banaszkiwicza i wsp. [14,15].

W niniejszym badaniu w ogólnej percepcji jakości życia respondenci najczęściej wskazywali ocenę *ani dobra, ani zła* (40,4%), co czwarty z nich oceniał *zła* (25%), a blisko co trzeci *dobra* (28,8%). Niewielka grupa osób (5,8%) oceniała ogólną jakość życia *bardzo dobra*. Lepsze wyniki uzyskała Cierzniakowska i wsp.: żaden z respondentów nie zaznaczył odpowiedzi *zła i bardzo zła*. Więcej osób wskazało jako: *dobra* – 51% i *bardzo dobra* i *dobra* – 9% [8].

Jednym z czynników wpływających na różnice w postrzeganiu jakości życia jest okres życia ze stomią. W niniejszym badaniu analiza korelacyjna wykazała statystycznie istotne powiązanie między ogólną jakością życia, a okresem życia jaki upłynął od zabiegu wyłonienia stomii ($p = 0,034$). Z upływem czasu stomicy niżej ocenili jakość swojego życia. Przegląd wyników badań innych autorów wyraźnie pokazuje, że wraz z upływem czasu, od momentu postawienia rozpoznania i przeprowadzenia zabiegu wyłonienia stomii jakość życia pacjentów stopniowo się pogarsza. Potwierdzają to wyniki Cierzniakowska K. i wsp. Czas, jaki upłynął od wyłonienia stomii, istotnie pogarsza jakość życia [8].

W badaniach, w których Z. Banaszkiwicz posłużył się narzędziem badawczym własnego autorstwa przeprowadzonych na przełomie 2002/2003 roku, wykazał, że *dobra i bardzo dobra* ocena dotyczyła 86% respondentów. Natomiast z badań opublikowanych w 2019 roku przez Gęsiczką i wsp. *dobrą i bardzo dobrą* jakość życia stwierdzono u 74,39% respondentów. Należy odnotować, że wśród badanych należących do Towarzystwa Stomijnego, wszystkie osoby otrzymywały wsparcie od jego członków i w grupie tej stwierdzono wysoki odsetek osób wskazujących na *dobrą* (73,08%) i *bardzo dobrą* jakość życia (23,08%). Tylko 1 respondent wskazał *złą* jakość życia (3,84%) [14,15].

Kolejną analizowaną zmienną była ogólna ocena zadowolenia ze swojego zdrowia. Największy odsetek (46,2%) stanowiły osoby *ani nie zadowolone, ani niezadowolona*, co trzeci (28,8%) ankietowany był *zadowolony*. *Niezadowoleni* stanowili 23,1% ankietowanych, a *bardzo niezadowolonych* 1,9%. Znacznie wyżej stan swojego zdrowia ocenili ankietowani w badaniu Cierzniakowskiej i wsp. – połowa ankietowanych była *zadowolona* (51%) i *bardzo zadowolona* (5%). Natomiast niezadowoleni stanowili 14% ogółu [8].

Wyłonienie stomii jelitowej staje się przyczyną zmian w dotychczasowym życiu chorego i powoduje zmiany jego sfery fizycznej oraz funkcjonowania psychicznego i społecznego. Stomia zasadniczo nie zmienia funkcji organizmu. Problemy wynikają ze świadomości społecznych skutków braku akceptacji i negatywnego nastawienia własnego i innych ludzi. Ta nowa sytuacja

spowodowana chorobą i operacją, doprowadza do zmiany wizerunku własnego ciała, powoduje negatywne emocje, zagubienie czy lęk. Powyższe czynniki przyczyniają się m.in. do obniżenia jakości życia chorych [13].

Analiza przeprowadzonych badań nie wykazała istotnych różnic pomiędzy kobietami, a mężczyznami w ocenie ogólnej jakości życia ($p = 0,535$). Płeć chorych nie warunkuje poczucia ogólnej jakości życia oraz samooceny stanu swojego zdrowia. Natomiast w badaniu G. Wiraszki wyłonienie stomii było dla obu płci tak samo obciążające [13].

Uwarunkowania takie jak: płeć, stan cywilny i wykształcenie w badaniu Cierzniakowskiej K i wsp. nie należą do zmiennych różnicujących jakość życia osób ze stomią ($p > 0,05$ dla wszystkich domen). Mimo braku istotnych statystycznie różnic najniżej swoją jakość życia oceniają osoby z wykształceniem podstawowym [8].

Natomiast w badaniu własnym analiza wyników wykazała statystycznie istotne różnice jedynie pomiędzy mieszkańcami miast i mieszkańcami wsi w ocenie jakości życia w dziedzinie środowisko. Ankietowani z miast wyżej oceniali jakość swojego funkcjonowania w środowisku, niż respondenci ze wsi. Natomiast ankietowani w starszym wieku, z niższym poziomem wykształcenia, z gorszą sytuacją finansową niżej oceniali swoją jakość życia w każdej dziedzinie fizycznej, psychologicznej i społecznej. Inne wyniki uzyskała K. Cierzniakowska i wsp. Z jej badań wynika, że wraz z wiekiem badanych istotnie obniżała się jakość życia w dziedzinach środowiskowej i socjalnej. Natomiast wiek nie wpływał na jakość życia w dziedzinach somatycznej i psychologicznej [8]. Znamienne, niekorzystne różnice w ocenie jakości życia wyznaczone faktem posiadania stomii w badaniach innych autorów dotyczyły także funkcjonowania psychicznego związanego z pogorszeniem obrazu samego siebie, zawstydzeniem z powodu specyfiki choroby i jej terapii oraz nasileniem lęku [13, 16].

Do pojawiających się problemów będących skutkiem wyłonienia stomii odnosi się J. Fryc-Martyńska. Posiadanie stomii sprawia, szczególnie w pierwszym okresie po operacji, znaczne ograniczenie aktywności fizycznej i zmianę spędzania wolnego czasu, co przyczynia się do pojawienia problemów związanych z izolacją społeczną, wycofaniem i wykluczeniem. Problemy psychospołeczne pojawiające się po operacji wyłonienia stomii wpisują się w kontekst wyzwań, które stoją przed człowiekiem z poważną chorobą. W procesie adaptacji pojawiają się depresja i zaburzenia nastroju. Głębokie poczucie wykluczenia stanowi najczęstszą przyczynę myśli i prób samobójczych. Człowiek, który czuje się nieakceptowany lub odrzucony przez rodzinę staje się mniej aktywny w relacjach i wycofuje się coraz bardziej. Nie zawsze osoby młodsze adaptują się

lepiej niż starsze. Jak twierdzi Autorka osoby z kolostomią powyżej 60. roku życia mogą adaptować się lepiej niż osoby młode [17].

W badaniach własnych wykazano, że ankietowani w przypadku pojawienia się problemów ze stomią najczęściej zwracają się o pomoc do pielęgniarki stomijnej (śr. 4,4 pkt.), a najrzadziej do przedstawicieli firmy sprzętu stomijnego (śr. 2,1), psychologa (2,0 pkt.) i dietetyka (śr. 2,0 pkt.)

Potwierdzenie istotnej roli pielęgniarek w kształtowaniu dobrej jakości życia chorych ze stomią znajduje się w licznych publikacjach. Wdrożenie do praktyki klinicznej właściwego modelu opieki nad pacjentem rekomendowanego przez Polski Klub Koloproktologii stomią przyczyniło się do: poprawy jakości życia pacjentów, skrócenia pobytu pacjentów w szpitalu, zmniejszenia częstości powikłań pooperacyjnych, eliminacji dodatkowych operacji i ponownych przyjęć do szpitala, ograniczenia zużycia i lepszego wykorzystania przez pacjentów sprzętu stomijnego [11, 18-21].

Piśmiennictwo

1. Rejestr Krajowy Rejestr Nowotworów www.onkologia.org.pl dostęp 04.01.2019.
2. Deptała A., Wojtukiewicz M.Z. (red).: Epidemiologia, wskaźniki przeżycia, środowiskowe uwarunkowania rozwoju raka jelita grubego. Wydawnictwo Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2018:
3. Gośliński J.: Rak jelita grubego – objawy i badania. Portal Onkologiczny Zwrotnik Raka 15.07.2019. <https://www.zwrotnik-raka.pl> (dojście 27.04.2023)
4. Uchmanowicz I., Rosińczuk J.: Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie [w:] Pielęgowanie starszego pacjenta ze stomią jelitową, Wróblewska I., Wróblewska Z., Rogala-Bujak E. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2018
5. Rosiczuk-Tonderys J., Uchmanowicz I.: Chory przewlekle-aspekty pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, terapeutyczne [w:] Jakość życia zależna od zdrowia-generyczne kwestionariusze badawcze, Uchmanowicz I., Uchmanowicz B., Jankowska-Polańska B., Ymocko I.: Wydawnictwo MedPharm Polska Wrocław 2011.
6. Zięba M., Cisoń-Apanasewicz U.: Jakość życia w naukach medycznych, Pielęgowanie w Opiece Długoterminowej 2017; 3 (6):59.
7. Kołodziejczyk M., Ciesielski P., Kosim A. Postępowanie terapeutyczne w przypadku powikłań skórnych oraz trudno gojących się ran wokół stomii. Nowa Med. 2013; 2: 54-57.
8. Cierzniańska K., Kozłowska E., Szewczyk M.T. i wsp.: Jakość życia pacjentów z wylonioną stomią jelitową. Piel. Chir. Angiol. 2013; 4: 142-147

9. Woźniak M., Połusznia-Owczarż M.: Jakość życia pacjentów z wyłonioną stomią jelitową; DOI: 10.19251/pwod/2018.2(4) www.pwod.pwspzlock.pl: 40-50 (dojście 28.04.2023)
10. Dąbrowska A.: Psychologiczne aspekty życia ze stomią. „Nasza Troska”, nr 4, październik 2013 (43), 14-15
11. Kózka M., Bazaliński D.: Zastosowanie systemu wspierająco-uczącego w opiece nad pacjentem z przetoką jelitową. *Probl. Pielęg.* 2010; 18 (3): 337–341
12. Glińska J., Urbańska A., Dziki A.: Stomia jelitowa a stan emocjonalny. Metoda pracy pielęgniarki a wsparcie emocjonalne chorego. *Proktologia* 2007; 8: 129-136.
13. Wiraszka G. Problemy funkcjonowania chorych z kolostomią wytworzoną po operacyjnym leczeniu raka jelita grubego na podstawie badań HRQOL. *Probl Pielęg* 2007; 15: 1-6.
14. Banaszekiewicz Z., Szewczyk M.T., Cierzniaowska K. i wsp.: Jakość życia osób ze stomią jelitową. *Współczesna Onkologia* 2007;11: 17 – 23.
15. Gęszicka K., Rychlewska M., Siemianowska T.: Ocena jakości życia pacjentów z kolostomią DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.007> (dojście 28.04.2023)
16. Gapińska B., Tartas M., Walkiewicz M. i wsp.: Poczucie własnej skuteczności a lęk i depresja u pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej. *Współcz. Onkol.* 2008; 12: 84–89.
17. Fryc-Martyńska J.: Psychologiczne problemy pacjentów ze stomią. [w:] *Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja*, Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. (red.), Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2017
18. Cierzniaowska K, Szewczyk M., Banaszekiewicz Z. i wsp.: Profesjonalna opieka nad osobą ze stomią w Polsce. *Piel. Chir. Angiol.* 2010; 2: 35–39. 21.
19. Cierzniaowska K., Szewczyk M., Cwajda J., i wsp.: Wybrane procedury w opiece okołoperacyjnej nad chorym ze stomią. *Przew. Lek* 2005; 2: 87–92
20. Sobczak U.: Pielęgnacja stomii. [w:] *Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja*. Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. red., Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2017, 103-120.
21. Krzysztof Bielecki K., Maria Kózka M.: Model opieki nad pacjentem ze stomią. *Przew Lek*, 2002; 5(6): 89-91

Adres do korespondencji:
mgr Gabriela Wolińska
dr Ewa Barczykowska
publikacje@wsmlegnica.pl

Konflikt interesów: Nie występuje
Data wpływu do Redakcji: 28.04.2023
Po recenzji: 19.05.2023
Zaakceptowano do druku: 25.05.2023

Copyright
© 2023 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy