Nr 1 (46) rok 2021

ZESZYTY NAUKOWE

WYŻSZEJ SZKOŁY ZARZĄDZANIA

w CZĘSTOCHOWIE

seria

NAUKI O ZDROWIU – MEDYCZNE

CZĘSTOCHOWSKIE WYDAWNICTWO NAUKOWE

ISSN 1429-7752

ZESZYTY NAUKOWE

WYŻSZEJ SZKOŁY ZARZĄDZANIA
w Częstochowie

seria
NAUKI O ZDROWIU – MEDYCZNE

Nr 1 (46) rok 2021

CZĘSTOCHOWSKIE WYDAWNICTWO NAUKOWE

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Redaktor Naczelna:	**Dr n. o zdr. Bożena Kosińska**
Zastępcy Redaktor Naczelnej:	**Dr n. med. Marek Ludwik Grabowski**
	Mgr inż. Joanna Wojtyra
Redaktor prowadząca:	**Edyta Przewoźniak**

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Dr n. med. Katarzyna Dymczyk-Ociepka,
Dr n. med. Marek Ludwik Grabowski, prof. WSZ – Prorektor ds. Nauki WSZ,
Dr n. o zdr. Bożena Kosińska – prof. WSZ,
Dr n. med. Ewa Tobor,
Mgr inż. Joanna Wojtyra – Rektor WSZ,
Dr n. o zdr. Dorota Kaziród,
Dr n. o zdr. Marta Majorczyk

EKSPERCI - RECENZENCI

Prof. zw. dr hab. Lidia Bernadeta Brydak – Kierownik Krajowego Ośrodka ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

Prof. dr hab. n. med. Marek Kawecki – Kierownik Katedry Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna, Bielsko-Biała

Prof. dr hab. n. med. Józef Piotr Knap – Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Dr n. hum. Olga Konatowska – Biblioteka Jagiellońska, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Prof. dr hab. n. med. Krystyna Wanda Żwirska-Korczala – Wyższa Szkoła Zarządzania, Częstochowa

Dr n. med. Włodzimierz Wróbel – Wyższa Szkoła Zarządzania, Częstochowa

© Copyright by Częstochowskie Wydawnictwo Naukowe
przy Wyższej Szkole Zarządzania

ISSN 1429-7752

Częstochowskie Wydawnictwo Naukowe
ul. 1-go Maja 40, 42-200 Częstochowa
Tel. kontakt. 34 368 30 53; 34 368 06 08

SPIS TREŚCI

Słowo od Redaktor Naczelnej 7

Bożena Kosińska, Bogusława Siodmok
Wiedza pielęgniarek na temat pacjentów detencyjnych 9

Ewa Tobor, Anna Gradzik
Zespół wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek
ze stażem pracy zawodowej powyżej dziesięciu lat 19

Katarzyna Dymczyk-Ociepka, Janina Krupińska
Poziom wiedzy pielęgniarek na temat diagnostyki i leczenia
raka piersi u kobiet. Analiza poziomu wiedzy pielęgniarek
pracujących w oddziale: internistycznym, kardiologicznym,
onkologicznym 33

Bożena Kosińska, Agnieszka Zalas
Wypisywanie recept przez pielęgniarki opieki paliatywnej 49

Katarzyna Dymczyk-Ociepka, Iwona Przybylska-Jońca
Analiza sposobu żywienia w oddziale intensywnej terapii
na podstawie szpitala MSWiA w Opolu 59

Marta Majorczyk, Milena Knaś
Określenie czynników i ocena występowania zaburzeń
depresyjnych i syndromu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek 77

Katarzyna Dymczyk-Ociepka, Dorota Orman
Analiza jakości życia i potrzeby pacjentów z przewlekłą
obturacyjną chorobą płuc 89

Autorzy artykułów 105

Szanowni Państwo,

Mam zaszczyt przedstawić kolejny numer Zeszytów Naukowych WSZ. Jest to szczególne wydanie, nie tylko ze względu na stan epidemii SARS CoV-19. Ta wyjątkowość dotyczy Autorów artykułów zamieszczonych w przedkładanym numerze, ponieważ są nimi głównie pierwsi abiturienci studiów drugiego stopnia kierunku pielęgniarstwo.

Ciekawe, interesujące, wnoszące wiele ważnych treści do praktyki pielęgniarskiej to m.in. artykuły o postępowaniu pielęgniarskim wobec pacjenta z chorobą obturacyjną płuc czy też rakiem piersi. O zainteresowaniu wielodyscyplinarnością w medycynie przemawiać mogą rozprawy o żywieniu pacjentów w oddziale intensywnej terapii czy też o statusie pacjenta detencyjnego. Szczególny wkład w rozwój pielęgniarstwa mają prace traktujące o nowych uprawnieniach pielęgniarek, które niewątpliwie podnoszą prestiż zawodu i przyczyniają się do kompleksowości leczenia i pielęgnowania pacjenta. Od wielu lat w kręgu tematów badawczych szczególne miejsce zajmuje problem wypalenia zawodowego pielęgniarek i stresu towarzyszącego w codziennej działalności. Szczególnego wymiaru nabierają badania te w dobie stanu zagrożenia zdrowotnego całego społeczeństwa. Wszystkie prace stanowią kolejne cegiełki w tworzeniu podwalin pielęgniarstwa jako nauki.

Zadbajmy aby tradycją Wyższej Szkoły Zarządzania stało się coroczne wydawanie numeru Zeszytów Naukowych z tekstami najlepszych studentów. Serdecznie dziękuję, absolwentom i ich promotorom za zaprezentowanie prac szerokiemu gronu odbiorców. Korzystajmy z różnorodności wyników nowatorskich publikacji.

Nie sposób omówić wszystkie artykuły, tym bardziej serdecznie zapraszam do lektury najnowszego numeru Zeszytów Naukowych Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie.

Dr n.o zdr. Bożena Kosińska
Redaktor Naczelna

Bożena Kosińska, Bogusława Siodmok

WIEDZA PIELĘGNIAREK NA TEMAT PACJENTÓW DETENCYJNYCH

NURSES' KNOWLEDGE ABOUT DETENTION PATIENTS.

Streszczenie:

Detencja stanowi od lat temat licznych debat publicznych. Skupiają się one głównie na analizie poszczególnych przypadków, dowodzących m.in. zaniedbań opiekuńczych, braku zasadności osadzenia, czy jego ekonomicznych następstw. Sporadycznie spotyka się opinie o efektywnym wpływie detencji na życie i zdrowie pacjenta oraz roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem detencyjnym. Internacja jest zespołem procedur prawnych, stosowanych wobec osób niepoczytalnych (wobec których nie można przypisać winy za popełnienie przestępstwa czyny zabronione).

Za główny cel pracy postawiono określenie poziomu wiedzy pielęgniarek (nie związanych z psychiatrią) na temat pacjentów detencyjnych. Grupę badawczą stanowiły studentki studiów II stopnia na kierunku – pielęgniarstwo.

Większość respondentów (69%) pracowało powyżej 15 lat w zawodzie pielęgniarki, i ponad 70% z nich, niezależnie od miejsca wykonywania zawodu podała, iż nie ma wiedzy w tym obszarze lub też jest ona niewystarczająca.

Głównym wnioskiem jest poszerzanie wiedzy personelu z zakresu pacjentów detencyjnych, aby personel był dobrze przygotowany do realizacji świadczeń wobec takiego pacjenta. Wobec skąpej literatury rodzimej w tym obszarze, jest to interesujący temat do dalszych poszukiwań badawczych.
Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne, pacjent detencyjny/internowany, opieka pielęgniarska

Summary

Detention has been the subject of numerous public debates for years. They focus mainly on the analysis of individual cases, proving, inter alia, care negligence, unjustified detention, or its economic consequences. Opinions about the effective impact of detention on the life and health of the patient and the role of the nurse in caring for a detained patient are sporadic. Internation is a set of legal procedures applied to insane persons (to whom no guilt can be attributed for committing a crime, prohibited acts).

The main goal of the study was to determine the level of knowledge of nurses (not related to psychiatry) about detention patients. The research group consisted master's degree students in the field of nursing.

Most of the respondents (69%) have worked in the nursing profession for more than 15 years, and over 70% of them, regardless of the place of their occupation, stated that the knowledge is insufficient in this area.

The main conclusion is to broaden the knowledge of staff in the field of detention patients so that the staff is well prepared to provide services to such patients. In view of the scarce Polish literature in this area, it is an interesting topic for further research.

Key words: mental health, detained / interned patient, nursing care

Wstęp

Detencja stanowi od lat temat licznych debat publicznych. Skupiają się one głównie na analizie poszczególnych przypadków, dowodzących m.in. zaniedbań opiekuńczych, braku zasadności osadzenia, czy jego ekonomicznych następstw. Sporadycznie spotyka się opinie o efektywnym wpływie detencji na życie i zdrowie pacjenta oraz roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem detencyjnym. Na taki sposób postrzegania detencji wpływa głównie ograniczona wiedza o jej istocie, przesłankach i uwarunkowaniach realizacyjnych. Należy pamiętać, że każdy przypadek wymaga odrębnego traktowania, rzetelnego rozpatrzenia i dostosowania form oddziaływania do konkretnego pacjenta. Niestety, co chociażby wynika z medialnych doniesień ostatnich lat, praktyka rozmija się z tym modelem działania.

Doktryna dotycząca internacji pochodzi z doświadczenia społecznego opisanego w treści art. 31 kodeksu karnego: „nie popełnia przestępstwa ten, kto cierpiąc na chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe bądź innego rodzaju zakłócenia czynności psychicznych, w czasie dokonywania czynności zabronionej nie mógł rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem" [1]. Według tej doktryny sprawca niepoczytalny nie jest winny przestępstwa, zatem do niego nie doszło, nie ma osoby winnej popełnionego czynu i nie jest możliwe wymierzenie kary takiej osobie i pozbawienie jej wolności przez umieszczenie w zakładzie karnym. Internacja jest zespołem procedur prawnych, stosowanych wobec osób niepoczytalnych, wobec których nie można przypisać winy za popełnienie przestępstwa czyny zabronione [2]. Co ważne, nie każde przestępstwo popełnione przez osobę niepoczytalną kwalifikuje do zastosowania wobec niej internacji. W polskim prawie karnym pojawiło się już wiele sytuacji, kiedy to sprawca czynu

zabronionego nie może ponosić odpowiedzialności karnej z uwagi na niemożność przypisania mu winy lub też jego wina jest znacznie ograniczona [3]. Sytuacje te wynikały z występujących u niego zaburzeń osobowości, uzależnienia od alkoholu lub środków odurzających, ale również niedojrzałości emocjonalnej lub społecznej, czy też choroby psychicznej. Te zaburzenia nie gwarantują, ale też nie wykluczają, że czyn zabroniony zostanie ponownie popełniony przez sprawcę.

Ochrona pozostałych członków społeczeństwa, przed następstwami działań popełnianych przez jednostki z zaburzeniami psychicznymi, uzasadnia stosowanie środków protekcyjnych - w tym izolację tychże osób. Odosobnienie zastępować może karę lub stanowić środek dodatkowy. Niezależnie jednak od sytuacji czas izolacji nie jest warunkowany specyfiką popełnionego czynu, ale pozostaje w ścisłej relacji z trwaniem zagrożenia (dla szeroko rozumianego porządku prawno – społecznego), które może generować sprawca. Izolacja w wielu przypadkach nie polega tylko na samym fizycznym uniemożliwieniu sprawcy powtarzania czynów zabronionych pod groźbą kary. Ma ona również cel terapeutyczny, na tyle, na ile w danej sytuacji, oddziaływanie o takim charakterze jest możliwe. W przypadkach, kiedy po zastosowaniu terapii stan zagrożenia dla społeczeństwa zostaje zażegnany, może to stanowić podstawę do ustania wykonywania środków zabezpieczających. W takim ujęciu środki zabezpieczające mają więc przede wszystkim charakter środków izolacyjno-leczniczych [2,4].

Tabela 1. Rodzaje zakładów psychiatrycznych, pełniących funkcję środka zapobiegawczego oraz zasady kierowania do nich sprawców

Rodzaj zakładu psychiatrycznego	Zasady kierowania
Podstawowe zabezpieczenie	Kierowany sprawca, który nie kwalifikuje się do zamkniętego zakładu psychiatrycznego o wzmocnionym czy też maksymalnym zabezpieczeniu.
Wzmocnione zabezpieczenie	Kierowany sprawca, jeżeli: 1) jego zachowania, które zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób czy też powodują niszczenie przedmiotów znacznej wartości nie są do opanowania w zakładzie psychiatrycznym, o podstawowych warunkach zabezpieczenia; 2) nie jest możliwe zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się z zakładu psychiatrycznego, dysponującego warunkami podstawowego zabezpieczenia sprawcy, stwarzającego zagrożenie poza zakładem.

Maksymalne zabezpieczenie	Kierowany sprawca, jeżeli: 1) powtarza zachowania zagrażające życiu lub zdrowiu innych osób lub powoduje niszczenie przedmiotów znacznej wartości, a zachowania te nie mogą być opanowane w zakładzie psychiatrycznym o wzmocnionych warunkach zabezpieczenia; 2) nie jest możliwe zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się z zamkniętego zakładu psychiatrycznego dysponującego wzmocnionymi warunkami zabezpieczenia sprawcy, stwarzającego znaczne zagrożenie poza zakładem.

Opracowanie własne na podstawie Kodeksu karnego wykonawczego [5].

W przypadku oddziałów psychiatrycznych, które dysponują wzmocnionymi i maksymalnymi warunkami zabezpieczenia, muszą spełniać szereg dodatkowych warunków, a mianowicie muszą być m.in. wyposażone w system telewizji wewnętrznej, pozwalający na ciągłą obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, a zwłaszcza izolatek oraz korytarzy. Budynki te winny posiadać również elektroniczny system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien. W oddziale psychiatrycznym o wzmocnionym zabezpieczeniu musi być zapewniona stała obecność personelu, w tym personelu ochrony, w godzinach dziennych (od godziny 7:00 do 22:00) w liczbie nie mniejszej niż 1/3 liczby łóżek odpowiednio zakładu albo jego części oraz w godzinach nocnych (od godziny 22:00 do 7:00) w liczbie nie mniejszej niż 1/6 liczby łóżek. Natomiast oddziały psychiatryczne o maksymalnym zabezpieczeniu zatrudniają personel w liczbie co najmniej 2,5-krotnie większej niż liczba łóżek zakładu, w tym personel sprawujący ochronę nad sprawcami czynów zabronionych w liczbie nie mniejszej niż jedna trzecia liczby łóżek zakładu [6].

Oddziały psychiatryczne, realizujące świadczenia z zakresu psychiatrii sądowej w warunkach różnego stopnia zabezpieczenia, zobowiązane są do wykonywania świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, z racji orzeczonego w stosunku do nich środka zabezpieczającego. Sprawca, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, objęty zostaje zindywidualizowanym postępowaniem leczniczym, psychoterapeutycznym, rehabilitacyjnym i resocjalizacyjnym. W oddziale szpitalnym „sprawca" uzyskuje status pacjenta. Celem oddziaływań, w warunkach oddziału psychiatrycznego, jest poprawa stanu zdrowia i zachowania pacjenta internowanego w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie, w sposób niestwarzający zagrożenia porządku prawnego [7]. Leczenie obejmuje, poza farmakologią, metody psychoterapeutyczne,

takie jak udział w terapii grupowej, indywidualnej czy też w terapii zajęciowej. Wykorzystuje się również różnego rodzaju treningi umiejętności doskonalenia czynności życia codziennego, zajęcia psychoedukacyjne. Również działaniami edukacyjno-konsultacyjnymi objęte są rodziny pacjentów. Aby możliwe było zastosowanie środka zabezpieczającego w formie pobytu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym, konieczne jest, oprócz stwierdzenia niepoczytalności sprawcy, ustalenie, że popełniony przez niego czyn miał znaczną szkodliwość społeczną oraz że istnieje wysokie prawdopodobieństwo popełnienia podobnego czynu ponownie. Dokonanie oceny stopnia prawdopodobieństwa tak naprawdę jest prognozą, która dotyczy zachowania sprawcy czynu zabronionego w przyszłości [8]. Prognoza ta nie może być hipotezą, a realnym określeniem, wynikającym ze zgromadzonego materiału dowodowego oraz musi wynikać ze znacznego stopnia możliwości urzeczywistnienia czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości. Wszystkie te aspekty prowadzą do tego, że przed wydaniem odpowiedniego orzeczenia omawianego środka sąd wysłuchuje biegłych lekarzy psychiatrów oraz psychologa, a następnie wydaje postanowienie o konieczności jego stosowania wobec niepoczytalnego sprawcy czynu zabronionego [9].

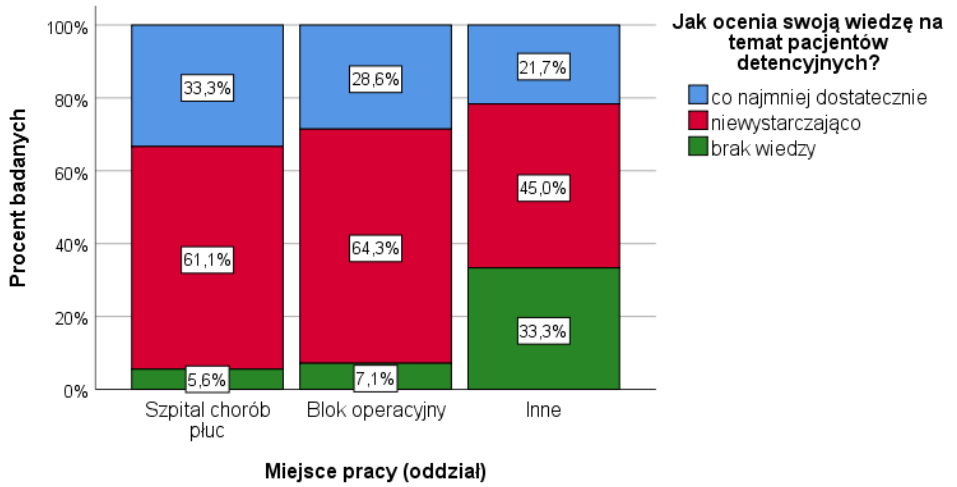
Cel i metody

Istotą niniejszej pracy uczyniono detencję, lecz nie z punktu widzenia regulacji prawnych czy uznania zasadności (bądź jej braku) tej formy zabezpieczenia, ale w odniesieniu do oceny wiedzy pielęgniarek (nie związanych z psychiatrią) na temat pacjentów detencyjnych. Grupę badawczą stanowiły studentki studiów II stopnia na kierunku – pielęgniarstwo.

Wyniki

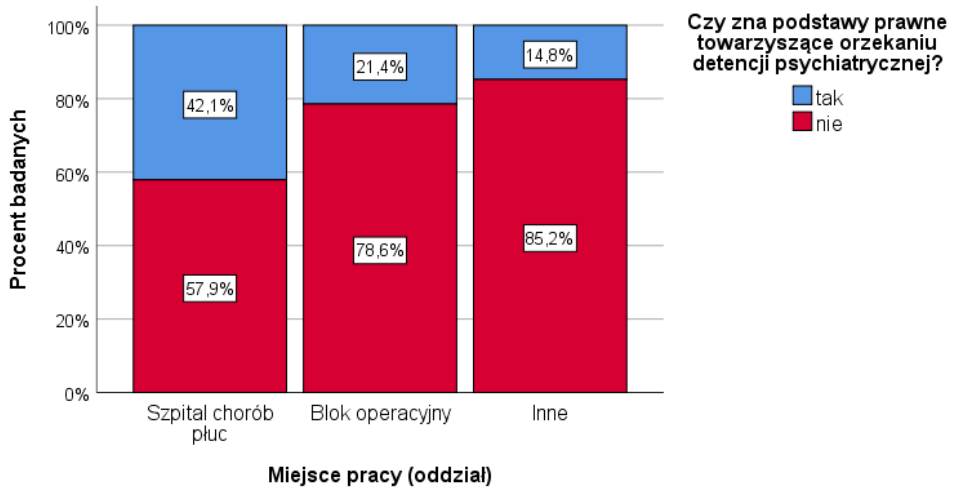
Większość respondentów (69%) pracowało powyżej 15 lat w zawodzie pielęgniarki. Osoby pracujące od 11 do 15 lat oraz od 6 do 10, były w zbliżonej liczbie, adekwatnie – 12% i 11%. Pielęgniarki ze stażem zawodowym od 1 do 5 lat stanowiły 6 %, a tylko 2% respondenci zatrudnieni na stanowisku pielęgniarki do 1 roku. Badane osoby pracowały w różnych miejscach (oddziałach). Najliczniejsze były grupy pielęgniarek pracujące w szpitalu chorób płuc oraz na bloku operacyjnym.

Wyniki badań własnych pokazują, iż ankietowani nisko oceniają własny poziom wiedzy z zakresu praw pacjenta detencyjnego. Niemal połowa badanych osób (47%) oceniało swoją wiedzę jako niewystarczającą.



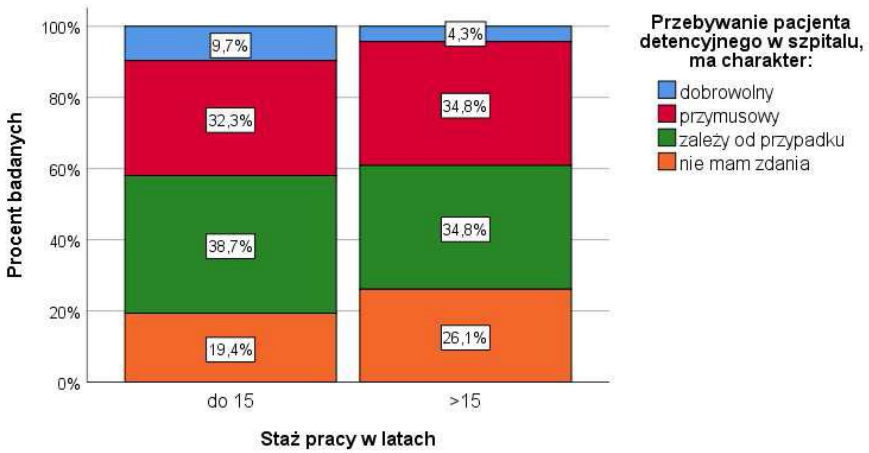
Ryc. 1. Poziom wiedzy pielęgniarek na temat pacjentów detencyjnych w zależności od miejsca zatrudnienia.

Znaczny odsetek ankietowanych pielęgniarek ma niedostateczny poziom wiedzy w zakresie podstaw prawnych kierowania i warunkach pobytu pacjentów detencyjnych w oddziale. Test Chi-2 wykazał istotną statystycznie zależność między miejscem pracy a opinią na temat tego, czy pewne ograniczenia swobód wyróżniają pacjenta detencyjnego. Korelacja między tymi zmiennymi jest niezbyt silna. Jak się okazało znacznie więcej respondentów pracujących w szpitalu chorób płuc (73,7%), niż na bloku operacyjnym (33,3%) lub w innych miejscach (44,4%) uważa, że pewne ograniczenia swobód wyróżniają pacjenta detencyjnego



Ryc. 2. Znajomość podstaw prawnych detencji w zależności od miejsca pracy.

Ankietowani nie potrafili w pełni określić specyfiki pacjenta detencyjnego kierowanego na oddział (w tym m.in. długotrwałości jego pobytu, charakteru skierowania na oddział itp.). Nie zauważono istotnego statystycznie związku między wiekiem, a opinią na temat charakteru przebywania pacjenta detencyjnego w szpitalu. Można jednak zauważyć, że o ile wśród osób poniżej 36 roku życia (45,5%) oraz powyżej 45 roku życia (41%) najwięcej uważa, że ma ono charakter przymusowy, natomiast najwięcej badanych od 36 do 45 roku życia (38%) uważa, że to zależy od przypadku.



Ryc. 3. Znajomość statusu pacjenta detencyjnego w szpitalu w zależności od stażu pracy.

Zdaniem respondentów pobyt pacjenta na oddziale detencyjnym pełni głównie funkcje terapeutyczne (mniejszy odsetek respondentów wskazał na funkcje zabezpieczające, diagnostyczne i resocjalizacyjne). Ponadto, zdaniem badanych, na wybór szpitala, w którym umieszczony zostaje pacjent detencyjny wpływa głównie rodzaj popełnionego czynu (nie poziom zabezpieczenia szpitala).

Ryc. 4. Wpływ wiedzy o statusie pacjenta detencyjnego na jakość opieki pielęgniarskiej.

Jednym z najważniejszych wniosków płynących z pracy jest przyznanie się personelu pielęgniarskiego do małej wiedzy na temat pacjenta internowanego. Jest to o tyle istotne, że sami ankietowani uznali, iż wiedza o pacjencie detencyjnym warunkuje efektywność wykonywania zadań przez personel pielęgniarski. Głównie z tego powodu uznali oni konieczność organizacji i uczestnictwa w szkoleniach z tego zakresu.

Dyskusja i wnioski

Od kilku lat toczy się żywa dyskusja związana z opieką nad pacjentami psychiatrycznymi tzw. detencyjnymi [10]. W zdecydowanej przewadze są to głosy negatywnie oceniające rozumianą całościowo detencję [11,12]. Wskazuje się na marginalizację i traumatyzację tego typu pacjentów, stosowanie nieadekwatnych środków leczniczych, ograniczanie dostępu do informacji [10,13,14]. Znacznie rzadziej spotkać można opinie, świadczące o korzystnym wpływie detencji na stan pacjenta, jego właściwe traktowanie itp. [15]. W szeroko rozumianej efektywności detencji, niezwykle istotną rolę odgrywa jakość środowiska i jakość relacji między pacjentami a zespołem terapeutycznym, a zwłaszcza pielęgniarskim [16]. Ograniczeniem w ich prawidłowym funkcjonowaniu są m.in. brak wiedzy personelu z zakresu postępowania z pacjentami detencyjnymi spowodowany między innymi brakiem szkoleń specjalistycznych, co jest pochodną wieloletniego niedofinansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej [17]. Równie istotne okazuje się przeświadczenie personelu medycznego o ograniczonej skuteczności terapii w warunkach przymusu [15,18]. Wszystkie wymienione determinanty, mogą w sposób pośredni i bezpośredni, warunkować jakość życia pacjentów detencyjnych i tym samym oddziaływać na jakość opieki pielęgniarskiej. Oba aspekty są ze sobą nierozerwalne, dlatego zmiany wprowadzane w jednym z wymienionych obszarów (np. szkolenia personelu szpitalnego), przekładać się będą na funkcjonowanie drugiego aspektu (zdrowia pacjentów). Optymalizacja tych zakresów nie jest prosta i wymaga wprowadzenia szeregu zmian administracyjnych, formalnych czy funkcjonalnych.

Jednakże pierwszym krokiem, zgodnie z głównym wnioskiem pracy, powinno się stać wzbogacenie wiedzy personelu z zakresu pacjentów detencyjnych, aby personel był dobrze przygotowany do realizacji świadczeń wobec takiego pacjenta.

Poddanie uzyskanych wyników badań pod dyskusję jest niezwykle trudne, ponieważ literatura przedmiotu w zakresie wiedzy i doświadczeń opieki pielęgniarskiej w obszarze znajomości uregulowań pacjenta internowanego jest bardzo skąpa. Nie ulega jednak wątpliwości, że jest to interesujący temat do dalszych poszukiwań badawczych.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U.2020, poz.1444 z późn. zm.).

[2] Wardeński R.: Internacja– doktryna, praktyka, skuteczność alternatywa. Psychiatria Po Dyplomie 2010; 9(4): 58-59.

[3] Srogosz T.: Strasburskie kryteria dotyczące izolacyjnego środka zabezpieczającego a prawo polskie. Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały 2018; 1(22): 33-46.

[4] Misztal-Konecka J., Konecki J.: Orzekanie w postępowaniu karnym o środku zabezpieczającym umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym. Przegląd Sądowy 2007; 11(12): 118–130.

[5] Ustawa z dnia 6 czerwca 199 r. – Kodeks karny wykonawczy (t.j. Dz.U.2020, poz. 523 z późn. zm.).

[6] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (t.j. Dz.U.2020, poz. 1780)

[7] Heumann K., Bock T., Lincoln T.M.: Please do something - no matter what! a nationwide online survey of mental health service users about the use of alternatives to coercive measures, Psychiatr Prax 2017; 44: 85-92

[8] Kolasiński B.: Glosa do postanowienia SN z dnia 11 grudnia 1998 r., III KKN 219/97. Prok. i Pr. 2000; 11(100): 100–107.

[9] Beta E., Szumska-Rogowska K., Węgielnik M.: Realizacja środka zabezpieczającego w Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim. Psychiatria 2012; 9(2): 53–59.

[10] Wystąpienie do Ministra Zdrowia w sprawie długoletnich pobytów w szpitalach psychiatrycznych w ramach wykonywania środka zabezpieczającego. https://www.rpo.gov.pl/pl/content/jak-dlugo-mozna-przebywac-w-zakladziepsychiatrycznym-rzecznik-pisze-do-ministra-zdrowia [data dostępu: 11.10.2020].

[11] Drozdżak A.: Zdrowi siedzą w psychiatryku. Za karę są faszerowani lekami https://gazetakrakowska.pl/zdrowi-siedza-w-psychiatryku-za-kare-sa-faszerowanilekami/ar/10407039 [data dostępu: 28.08.2019].

[12] Bombor J.: Szpital psychiatryczny w Rybniku kontra byli pacjenci https://plus.dziennikzachodni.pl/szpital-psychiatryczny-w-rybniku-kontra-byli-pacjencikto-wygra-starcie/ar/9436442 [data dostępu: 28.08.2019].

[13] Akther S.F., Molyneaux E., Stuart R. et al.: Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. BJPsych Open 2019;5(3): 1-10.
[14] Sashidharan S.P., Mezzina R., Puras D.: Reducing coercion in mental healthcare. Epidemiol Psychiatr Sci 2019; 28(6):605-612.
[15] Coid J.W.: Quality of life for patients detained in hospital. The British Journal of Psychiatry 1993;162: 611-620.
[16] Larue C., Dumais A., Boyer R. et al.: The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients. Issues Ment Health Nurs 2013; 34: 317-324.
[17] Heitzman J., Markiewicz I.: Finansowanie psychiatrii sądowej a jakość leczenia i zagrożenie bezpieczeństwa publicznego. Psychiatr. Pol. 2017; 51(4): 599–608.
[18] Hajdukiewicz D., Heitzman J.: Nieuzasadnione zastosowanie środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym. Psychiatr. Pol. 2006; 40(4):

Ewa Tobor, Anna Gradzik

ZESPÓŁ WYPALENIA ZAWODOWEGO W GRUPIE PIELĘGNIAREK ZE STAŻEM PRACY ZAWODOWEJ POWYŻEJ DZIESIĘCIU LAT

OCCUPATIONAL BURNOUT SYNDROME IN THE GROUP OF NURSES WITH OVER TEN YEARS OF PROFESSIONAL EXPERIENCE

keywords: nurse, professional work, burnout,

Summary:

Professional work is one of the main forms of a person's professional activity. It determines his/her individual situation and social adaptation. The occupational burnout syndrome may concern anyone, regardless of the position they occupy, and who has a range of their own duties and competences in order to perform the tasks assigned to them by a given institution or organisation. The term occupational burnout is defined as an internal dysfunction characterised, inter alia, by frustration, lack of strength to act, indifference and exhaustion. It appears in people who work intensively with individuals who need care, support and assistance. They devote so much energy to this that they lose their strength and motivation to continue their activities with the previous intensity and dynamism. An important cause of the emerging multifaceted symptoms of burnout is the discrepancy between the aspirations and capabilities of the employee and the needs and requirements resulting from working conditions. The research material was the data obtained through a questionnaire. In order to verify the problems subject to the study, an adaptation of the Italian Burnout Questionnaire (LBQ) by Masimmo Santinelli was used. The Polish language version of the measurement tool was developed by Jaworska. Own respodent particulars were also used. The study confirmed the existence of a statistical relationship between the level of burnout severity and seniority. Nurses with work experience up to 15 years and 16-25 years had an increased sense of lack of self-agency than those who worked for over 25 years. In the study group, nurses with 16-25 years of experience were also more disappointed than those who had been in the profession for more than 25 years. There was also a correlation between the feeling of ineffectiveness at work and age in the study group. Negative correlations were demonstrated by examining the components between the level of occupational burnout and work overload. Only 3% of the nurses had a normal result in the area of feeling ineffective at work.

Wstęp

Współcześnie uważa się, że zespół wypalenia zawodowego stanowi jeden z najważniejszych problemów indywidualnych i społecznych, związanych z pracą zawodową człowieka. Jak podaje World Health Organization (WHO) w skali globalnej nawet do 300 mln zatrudnionych cierpi na skutek różnego rodzaju dolegliwości zdrowotnych, które są wynikiem permanentnego stresu w miejscu pracy. Światowa Organizacja Zdrowia uznała wypalenie zawodowe za problem natury medycznej [1]. Żyjemy w czasach, gdzie jednostka ludzka pragnie robić wszystko lepiej, łatwiej i szybciej, a jednocześnie pomija szereg niepokojących sygnałów wysyłanych przez organizm w postaci: frustracji, braku naturalnej energii do działania, goryczy rozczarowania, przewlekłego zmęczenia. Jak również negatywnego nastawienia do klientów i współpracowników, drażliwości, impulsywności, a nade wszystko obojętność wobec własnych potrzeb. Symptomy te mogą stać się początkiem rozwoju różnych dolegliwości somatycznych. Ideały zawodowe, które dotychczas motywowały do podejmowanych przedsięwzięć, niewidzialnie przemieniają się w odczuwalny brak satysfakcji z wykonywanej pracy. Pielęgniarki należą do tej grupy zawodowej, która narażona jest na wysoki stopień wypalenia. Intensywny kontakt z drugim człowiekiem oraz zaangażowanie w sytuacje emocjonalnie obciążające odgrywają bardzo istotną rolę [2]. Zespół Wypalenia Zawodowego nie jest wynikiem jednego trudnego przeżycia czy zdarzenia. Można powiedzieć, że jest następującym powolnym, stopniowym „wyniszczaniem" wypływającym z długo trwającego stresu oraz nieskutecznego radzenia sobie z przeciążeniami zawodowymi [3].
Objawy wypalenia zazwyczaj rozwijają się w czasie i stopniowo narastają. Wyróżnia się 3 jego fazy:

- wyczerpania emocjonalnego,
- deprecjonowania innych,
- braku osiągnięć w pracy.

Faza wyczerpania emocjonalnego. Pracownik odczuwa nieustanne zmęczenie i wyczerpanie psychiczne i fizyczne. Praca staje się jedną wielką frustracją. Wykonywanie obowiązków zawodowych eksploatuje jego siły, nie widzi zaś możliwości ich regeneracji.
Faza depersonalizacji i cynizmu. Pracownik zaczyna dystansować się wobec pacjentów, klientów oraz współpracowników. Obojętność, powierzchowność, zwiększony dystans psychiczny wobec osób z którymi się pracuje, brak więzi emocjonalnej to cechy, które oddają obraz tej fazy. Obowiązki wykonuje nie angażując się w wykonywaną prace. Stosunek do współpracowników staje się niechętny i obojętny [4].

Faza obniżonego poczucia osobistych osiągnięć i kompetencji w wykonywanej pracy. Pracownik zaczyna negatywnie oceniać własne umiejętności i dokonania w pracy. Ma przeświadczenie, że się nie nadaje do pracy, traci wiarę we własne możliwości przestaje kontrolować wykonywanie zawodowych obowiązków. Pojawia się tu odczucie braku jakichkolwiek osiągnięć w swej pracy z podopiecznym, pesymizm co do realnej możliwości pomocy mu. Niska samoocena możliwości zawodowych przeplata się z poczuciem niedoceniania i własnej przegranej. Zachodzą trwałe zmiany w systemie postaw i motywacji [5].

Cel pracy:

Celem pracy było zbadanie predykatorów ZWZ (Zespołu Wypalenia Zawodowego) oraz ustalenie zróżnicowania nasilenia tego procesu, w oparciu o zależność zmiennych socjodemograficznych takich jak: długość zatrudnienia, środowisko pracy, wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkiwania, posiadania potomstwa czy też system pracy.

Materiał i metody:

Badaniem ankietowym objęto grupę 100 pielęgniarek. Wszystkie osoby spełniły kryteria włączenia do projektu:

- wyraziły ustną zgodę na badanie
- wykonują zawód pielęgniarki/ pielęgniarza powyżej dziesięciu lat.

Ustalono również kryteria wyłączenia z badań, a mianowicie:

- brak zgody na badanie;
- pielęgniarka/pielęgniarz ze stażem mniejszym niż 10 lat pracy zawodowej;
- wykonywanie innego zawodu niż pielęgniarka /pielęgniarz.

W zapisie przewodnim osoby przystępujące do wypełnienia ankiety badawczej, zostały poinformowane o jej anonimowości, o dobrowolnej chęci udziału w badaniu.

Konstrukcja Kwestionariusza LBQ zawiera 24 pozycje, które opisują odczucia respondenta względem wykonywanej pracy zawodowej. Odpowiedź udzielana jest na 6-stopniowej skali, a jej kolejne koordynaty odnoszą się do częstości pojawiających się tych doznań:

- nigdy,
- rzadko,
- raz lub więcej razy w miesiącu,
- mniej więcej co tydzień,
- kilka razy w tygodniu,
- codziennie [6].

W metryczce uczestnicy badań udzielali odpowiedzi na pytania dotyczące m.in.:

- wykształcenia
- ukończonych form szkoleń podyplomowych
- miejsca pracy
- systemu pracy
- stanu cywilnego
- miejsca zamieszkania

Struktura LBQ (LBQ - *Link Burnout Questionnaire* – link kwestionariusz wypalenia zawodowego) w polskiej adaptacji jest równoważna strukturze wersji oryginalnej.

Test LBQ dotyczy pomiaru wypalenia zawodowego w następujących obszarach:

- psychofizycznym - ocena własnego potencjału, który wypływa z zależności między fizycznymi cechami bodźców działających na zmysły a przeżyciami psychicznym
- brak zaangażowania – przedstawienie relacji z pacjentami, podopiecznymi pod względem jakości;
- poczucie braku skuteczności zawodowej- ocenia własne umiejętności zawodowe;
- rozczarowanie - postrzeganie oczekiwań egzystencjalnych [7,8].

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej. Obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R wer.3.6.0, posłużono się programem PSPP oraz MSOffice 2019.

We wszystkich testach statystycznych jako poziom istotności przyjęto $p = 0{,}05$ (maksymalne dopuszczalne prawdopodobieństwo błędu, polegającego na odrzuceniu prawdziwej hipotezy zerowej H0, która zakłada, że badane grupy nie różnią się pod kątem interesującej nas cechy). Jest to więc stopień wymagań, przy którym podejmowano decyzję o odrzuceniu lub pozostawieniu hipotezy. Zgodnie z powyższym wyniki $p< 0{,}05$ oznacza występowanie istotnych zależności pomiędzy zmiennymi.

Wyniki badań:

Analiza danych uzyskanych przy użyciu ankiety socjodemograficznej umożliwiła precyzyjną charakterystykę grupy.

W badaniu brało udział 100 pielęgniarek, z czego większość 43% było mieszkankami miasta powyżej 100 tysięcy mieszkańców, a najmniejszą grupę 5% stanowiły osoby zamieszkujące miasta do 50 tysięcy mieszkańców. 30% osób pochodziło z miast do 100 tysięcy mieszkańców, a 22% badanej grupy były mieszkańcami wsi.

Wśród badanej grupy pielęgniarek najwięcej było osób posiadających licencjat pielęgniarstwa 59%, natomiast tytuł magistra posiadało 34% respondentek. Pozostałe 7% stanowiły pielęgniarki po ukończeniu liceum medycznego.

Wśród ukończonych form szkoleń podyplomowych zdecydowana część respondentek 78% ukończyła szkolenie specjalizacyjne, 15% kurs kwalifikacyjny, pozostałe badane osoby kurs specjalistyczny 5% i kurs dokształcający 2%.

W badanej grupie 32% opiniodawców pracowało w Oddziale Zachowawczym, 18% w Oddziale Zabiegowym, 15% w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, 13% w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, po 11% zarówno w Oddziale Opieki Paliatywnej jak i Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej.

Badane osoby pracują najczęściej w systemie dwuzmianowym 67%, rzadziej w trybie jednozmianowym 33%. W zakresie formy zatrudnienia przebadane osoby to 99% pracujących w ramach o prace na czas nieokreślony, a tylko 1% w ramach o prace na czas określony.

Połowa ankietowanych 50%, deklaruje pracę w dwóch miejscach, 49% w jednym zakładzie pracy. Tylko 1% zasygnalizowało pracę w trzech miejscach pracy. 59% respondentów pozostaje w związku małżeńskim, 23% pozostaje w wolnym związku. 12% to osoby rozwiedzione, 6% to osoby owdowiałe. W dokonanej analizie badanej grupy, znaczna część pielęgniarek 77% posiada dzieci, a 23% deklaruje bezdzietność.

Ze względu potrzeby zestawienia danych statystycznych podzielono uczestników projektu badawczego na trzy grupy wiekowe:

- do 40 lat – 36%
- do 41 – 49% - 34%
- od 50 lat – 30%

Tą samą zasadę zastosowano w kwestii stażu pracy ankietowanych:

- do 15 lat – 33%
- 16-25 lat – 37%
- powyżej 25 lat – 30%

Wśród badanej grupy podwyższony poziom wyczerpania zauważono u 68% respondentów, u kolejnych 38% był on w normie. Co ciekawe tylko u 1% respondentów poziom wyczerpania był obniżony. Analizując poziom braku zaangażowania, u 99% badanych wskazano na podwyższony poziom, a u 1% był on w normie. 97% zapytanych deklarowało podwyższony poziom poczucia braku skuteczności, u pozostałych 3% był w normie. Wskazując na kolejny obszar wypalenia zawodowego jakim jest poziom rozczarowania, aż 74% uczestników badania utrzymuje, że jest on w normie. U 7% jest obniżony, a tylko u 19% podwyższony. Uzyskane przez pielęgniarki wyniki surowe zostały przekształcone na wyniki standaryzowane. W przypadku Kwestionariusza LBQ są to steny zawierające się w granicach 1 -10. Steny 7-10 świadczą o wysokim poziomie wypalenia, 5-6 wskazują na możliwość

występowania problemów (interpretowane jako wyniki przeciętne), natomiast 1-4 przedstawiają brak objawów wypalenia (analizowane jako wyniki niskie). Po sprawdzeniu założeń normalności rozkładu wykorzystano nieparametryczny test Kruskala – Wallisa, porównujący mediany zmiennej zależnej w poszczególnych grupach.

Wyczerpanie psychofizyczne

W wyniku analizy w zakresie wartości opisujących wyczerpanie psychofizyczne, stwierdzono, że badane pielęgniarki nie różnią się pomiędzy sobą w sposób istotny statystycznie ($p > 0,05$) ze względu na staż pracy. Pielęgniarki o różnym stażu pracy były więc zbliżone pod względem wyczerpania psychofizycznego. Połowa badanych o stażu pracy do 15 lat charakteryzowała się wartością *wyczerpanie psychofizyczne Me* = 24,00. Dokładnie taką samą zależność można zauważyć w grupie badanych osób o stażu pracy w przedziale wiekowym 16 - 25 lat oraz powyżej 25 lat pracy zawodowej. Opisane różnice nie były różnicami istotnymi statystycznie ($p > 0,05$) co oznacza, że hipoteza nie została w tym zakresie potwierdzona.

Brak zaangażowania

W zakresie wartości opisujących brak zaangażowania uczestnicy badania nie różnią się pomiędzy sobą w sposób istotny statystycznie ($p > 0,05$). Pielęgniarki o różnym stażu pracy były więc zbliżone pod względem braku zaangażowania. Połowa pracujących do 15 lat charakteryzowała się wartością *brak zaangażowania Me* = 23,00. Połowa badanych o stażu 16 - 25 lat charakteryzowała się wartością *brak zaangażowania Me* = 23,00. Także połowa pracujących powyżej 25 lat cechowała się wartością *brak zaangażowania Me* = 22,00. W związku z tym, iż opisane różnice nie były różnicami istotnymi statystycznie ($p > 0,05$), hipoteza w tym zakresie również nie została potwierdzona.

Poczucie braku skuteczności

W zakresie wartości opisujących poczucie braku skuteczności badane grupy różnią się pomiędzy sobą w sposób istotny statystycznie ($p < 0,05$) ze względu na staż pracy. Aby dokładnie określić, pomiędzy którymi grupami różnice są istotne, przeprowadzono test post hoc Bonferroniego.

Tabela 1. Istotność wpływu zmiennej związanej z poczuciem braku skuteczności ze względu na staż. Test post hoc Bonferroniego - porównanie parami.

	Staż		**p**
Poczucie braku skuteczności	do 15 lat	16 - 25 lat	1,000
	do 15 lat	powyżej 25 lat	0,002
	16 - 25 lat	powyżej 25 lat	0,017
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; p – istotność statystyczna			

Źródło: opracowanie własne

Analiza zestawionych danych pozwoliła na odnotowano istotnych różnic statystycznych ($p < 0,05$) pomiędzy parami:

- do 15 lat - powyżej 25 lat;
  Połowa ankietowanych ze stażem do 15 lat pracy w zawodzie charakteryzowała się *Me* = 23,00, natomiast połowa powyżej 25 lat pracy *Me* = 21,50. Pielęgniarki pracujące do 15 lat odczuwają istotnie statystycznie ($p < 0,05$) wyższe poczucie braku skuteczności od pracujących powyżej 25 lat.
- 16 - 25 lat - powyżej 25 lat;
  Połowa osób pracujących ze stażem pracy w przedziale 16 – 25 lat charakteryzowała się *Me* = 22,00, natomiast połowa pracujących powyżej 25 lat pracy *Me* = 21,50. Osoby o stażu pracy 16-25 lat odczuwają istotnie statystycznie ($p < 0,05$) wyższe poczucie braku skuteczności od pracujących powyżej 25 lat.
  Istnieje istotna zależność między poczucie braku skuteczności a stażem pracy badanych. Hipoteza została w tym zakresie potwierdzona.

Rozczarowanie

W zakresie wartości opisujących poczucie rozczarowania grupy badane różnią się pomiędzy sobą w sposób istotny statystycznie ($p < 0,05$) ze względu na staż pracy.

Tabela 2. Istotność wpływu zmiennej związanej z rozczarowaniem ze względu na staż. Test post hoc Bonferroniego - porównanie parami.

	Staż		**p**
Rozczarowanie	do 15 lat	16 - 25 lat	0,942
	do 15 lat	powyżej 25 lat	0,254
	16 - 25 lat	powyżej 25 lat	0,020
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; p – istotność statystyczna			

Źródło: opracowanie własne

Odnotowano istotne różnice statystyczne ($p < 0,05$) pomiędzy:

- 16 - 25 lat - powyżej 25 lat; Połowa osób pracujących 16 – 25 lat charakteryzowała się *Me* = 18,00, natomiast połowa osób z grupy powyżej 25 lat *Me* = 15,00. Osoby o stażu pracy 16 – 25 lat odczuwają istotnie statystycznie ($p < 0,05$) wyższe rozczarowanie od osób o stażu powyżej 25 lat.
- Istnieje istotna zależność między poczucie braku skuteczności a stażem pracy badanych. Hipoteza została w tym zakresie potwierdzona.

Podsumowując Hipoteza 1 mówiąca o istnieniu zależności pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a stażem pracy została potwierdzona w zakresie częściowym.

Hipoteza 2: Istotnie częściej badane pielęgniarki w podwyższonym stopniu odczuwają brak skuteczności zawodowej.

W celu weryfikacji powyższej hipotezy, analizie poddano wynik uzyskany po przeliczeniu punktów określających wartości poczucia braku skuteczności na normy stenowe, gdzie steny 1-4 oznaczają wynik obniżony, steny 5-6 wynik w normie i steny 7-10 – podwyższony. W zbadaniu zebranych pomiarów wykorzystano test chi - kwadrat ($\chi 2$) dla jednej próby, mając na celu porównanie proporcji w odpowiedzi w obrębie jednego pytania (zmiennej). Porównano wartości obserwowane oraz oczekiwane. Wartości oczekiwane to takie które wystąpiłby w przypadku udzielenia na poniższe pytanie jednakowych ilości odpowiedzi (proporcja rozkładu odpowiedzi wynosiłaby wtedy 1).
Poniżej zaprezentowano wartości obserwowane (rzeczywiste) oraz oczekiwane.

Wynik testu $\chi 2$ dla jednej próby

Poziom zmiennej	**Wartości**	***N***	**Proporcja**	**Reszty**	Wynik testu
w normie	Obserwowane	3,00	0,030	47,00	$\chi 2 = 88,36$
	Oczekiwane	50,00	0,500		$df = 1$
podwyższony	Obserwowane	97,00	0,970	-47,00	$p = 0,001$
	Oczekiwane	50,00	0,500		
$\chi 2$ – statystyka testu; *df* – stopnie swobody; *N* – liczebność; *p* – istotność					

źródło: opracowanie własne

Uzyskano wyniki istotne statystycznie ($p < 0,05$). Oznacza to że rozkład odpowiedzi istotnie różni się od sytuacji gdy proporcje wynosiłby 1. Innymi słowy rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie jest istotnie ($p < 0,05$)

zróżnicowany. 97,0% badanych uzyskało podwyższony wynik w zakresie poczucia braku skuteczności w pracy, tylko 3,0% badanych miało wynik w normie. Istotnie częściej badane pielęgniarki w podwyższonym stopniu odczuwają brak skuteczności zawodowej. Założoną powyżej hipotezę należy przyjąć. **Hipoteza 3: Istnieje istotna zależność między poziomem wypalenia zawodowego a przeciążeniem pracą.** Po sprawdzeniu założeń normalności rozkładu wykorzystano nieparametryczny testu U – Manna-Whitneya (test porównujący mediany zmiennej zależnej w poszczególnych grupach).

Tabela 3. Istotność wpływu zmiennej związanej z systemem pracy. System pracy. Test - U Manna-Whitneya dla prób niezależnych.

				Statystyki opisowe	
		U	***p***	***Min***	***Maks***
System pracy	**Wyczerpanie psychofizyczne**	903,50	0,135		
	jednozmianowym			14,00	28,00
	dwuzmianowym			18,00	31,00
System pracy	**Brak zaangażowania**	893,50	0,118		
	jednozmianowym			15,00	33,00
	dwuzmianowym			18,00	30,00
System pracy	**Poczucie braku skuteczności**	1087,50	0,896		
	jednozmianowym			17,00	30,00
	dwuzmianowym			20,00	29,00
System pracy	**Rozczarowanie**	614,50	< 0,001		
	jednozmianowym			10,00	25,00
	dwuzmianowym			12,00	31,00

U – statystyka testu; *p* – istotność statystyczna; *Me* – mediana; *Min* – wynik minimalny; *Maks* – wynik maksymalny

Źródło: opracowanie własne

Połowa pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym uzyskała wynik niemniejszy niż *Me* = 24,00. Minimalny wynik pośród pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym wynosił *Min* = 14,00, natomiast maksymalny *Maks* = 28,00. Jedna druga pielęgniarek pracujących w konfiguracji

dwuzmianowej uzyskała wynik niemniejszy niż *Me* = 24,00. Minimalny wynik wśród poddanych badaniu pielęgniarek pracujących w dwuzmianowej konfiguracji wynosił *Min* = 18,00, natomiast maksymalny *Maks* = 31,00. Wskazane powyżej różnice nie są różnicami istotnymi statystycznie ($p > 0,05$).

Analiza badań pozwala stwierdzić brak korelacji pomiędzy wyczerpaniem psychofizycznym a systemem pracy. Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności. Hipoteza nie została w tym zakresie potwierdzona.

Brak zaangażowania

Połowa pielęgniarek pracujących w trybie jednozmianowym uzyskała wynik niemniejszy niż *Me* = 24,00. Minimalny wynik wśród pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym wynosił *Min* = 15,00, natomiast maksymalny *Maks* = 33,00. Połowa pielęgniarek pracujących w strukturze dwuzmianowej uzyskała wynik niemniejszy niż *Me* = 23,00. Minimalny wynik wśród pielęgniarek pracujących w systemie dwuzmianowym wynosił *Min* = 18,00, natomiast maksymalny *Maks* = 30,00. Wskazane powyżej różnice nie są różnicami istotnymi statystycznie ($p > 0,05$).Nie istnieje istotna zależność między brakiem zaangażowania a systemem pracy. Hipoteza została w tym zakresie zweryfikowana negatywnie.

Poczucie braku skuteczności

Połowa pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym uzyskała wynik niemniejszy niż *Me* = 22,00. Minimalny wynik wśród pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym wynosił *Min* = 17,00, natomiast maksymalny *Maks* = 30,00. Połowa pielęgniarek pracujących w systemie dwuzmianowym uzyskała wynik niemniejszy niż *Me* = 22,00. Minimalny wynik wśród pielęgniarek pracujących w systemie dwuzmianowym wynosił *Min* = 20,00, natomiast maksymalny *Maks* = 29,00. Wskazane

Rozczarowanie

Połowa pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym uzyskała wynik niemniejszy niż *Me* = 20,00. Minimalny wynik wśród pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym wynosił *Min* = 10,00, natomiast maksymalny *Maks* = 25,00. Połowa pielęgniarek pracujących w systemie dwuzmianowym uzyskała wynik niemniejszy niż *Me* = 15,00. Minimalny wynik

wśród pielęgniarek pracujących w systemie dwuzmianowym wynosił *Min* = 12,00, natomiast maksymalny *Maks* = 31,00. Pielęgniarki pracujące w systemie jednozmianowym osiągnęła istotnie wyższy ($p < 0,05$) wynik w zakresie rozczarowania niż te, które pracowały w systemie dwuzmianowym. Zależność jest istotna statystycznie, jednak przeciwna do oczekiwanej. Pielęgniarki pracujące w systemie dwuzmianowym, rozumianym jako bardziej obciążającym wykazują niższy poziom rozczarowania niż pielęgniarki pracujące w systemie jednozmianowym. Hipoteza nie została zatem potwierdzona.

Wyczerpanie psychofizyczne

Połowa pielęgniarek pracujących w jednym miejscu pracy uzyskała wynik niemniejszy niż *Me* = 24,00. Minimalny wynik wśród pielęgniarek posiadających jedno miejsce pracy wynosił *Min* = 14,00, natomiast maksymalny *Maks* = 28,00. Połowa poddanych badaniu pracujących w dwóch miejscach otrzymała wynik niemniejszy niż *Me* = 24,00. Minimalny wynik wśród pielęgniarek pracujących w dwóch miejscach wynosił *Min* = 18,00, natomiast maksymalny *Maks* = 31,00. Wskazane powyżej różnice nie są różnicami istotnymi statystycznie ($p > 0,05$). Nie istnieje istotna zależność między wyczerpaniem psychofizycznym a liczbą miejsc pracy. Hipoteza została w tym zakresie zweryfikowana negatywnie.

Brak zaangażowania

Połowa pielęgniarek posiadających jedno miejsce pracy uzyskała wynik niemniejszy niż *Me* = 23,00. Minimalny wynik wśród pielęgniarek posiadających jedno miejsce pracy wynosił *Min* = 15,00, natomiast maksymalny *Maks* = 30,00. Połowa pielęgniarek pracujących w dwóch miejscach uzyskała wynik niemniejszy niż *Me* = 22,00. Minimalny wynik wśród pielęgniarek pracujących w dwóch miejscach wynosił *Min* = 18,00, natomiast maksymalny *Maks* = 33,00. Wskazane powyżej różnice nie są różnicami istotnymi statystycznie ($p > 0,05$). Brak jest istotnej zależność między brakiem zaangażowania a liczbą miejsc pracy. Hipoteza w tym zakresie została odrzucona.

Poczucie braku skuteczności

Połowa pielęgniarek posiadających jedno miejsce pracy uzyskała wynik niemniejszy niż *Me* = 22,00. Minimalny wynik wśród pielęgniarek

posiadających jedno miejsce pracy wynosił *Min* = 17,00, natomiast maksymalny *Maks* = 30,00. Połowa pielęgniarek pracujących w dwóch miejscach uzyskała wynik niemniejszy niż *Me* = 22,00. Minimalny wynik wśród pielęgniarek pracujących w dwóch miejscach wynosił *Min* = 20,00, natomiast maksymalny *Maks* = 30,00. Wskazane powyżej różnice nie są różnicami istotnymi statystycznie ($p > 0,05$).Nie wykazano jakiegokolwiek związku pomiędzy poczuciem braku skuteczności a liczbą miejsc pracy. Zatem hipoteza nie została potwierdzona w tym zakresie.

Dyskusja i wnioski:

Wypalenie zawodowe jest zjawiskiem występującym wśród pracowników różnych grup zawodowych. Jego powstanie jest procesem długofalowym poprzedzonym pojawieniem się charakterystycznych symptomów. Pielęgniarki są grupą mocno narażoną na groźne i głębokie konsekwencje zjawiska wypalenia zawodowego, co wypływa ze specyfiki wykonywanej prac [9]. Dominuje w niej intensywna, empatyczna i bliska relacja z drugim człowiekiem.

Jak zauważa Kowalczyk, silne zaangażowanie emocjonalne, troska o pacjenta może doprowadzić do utraty empatii. Będzie to miało wpływ na kontakt pielęgniarka-pacjent, do głosu dojdzie wzmożona obojętność, cynizm, irytacja [10].

Potwierdzają to w swoich badaniach Baka i Basińska, którzy uważają, że zdystansowanie wobec pracy przejawia się cynizmem. W praktyce oznacza to brak zainteresowania istotą i kontekstem pracy [11]. Analiza badań Wilczek-Rużyczka na przestrzeni lat 2004-2014, dotyczących procesu ZWZ, pokazały, że badane pielęgniarki miały średni stopień intensyfikacji w obszarze: wyczerpania emocjonalnego oraz spostrzegania własnej osoby i otoczenia. Natomiast wysoki poziom WZ osiągnęły w zakresie obniżonego poczucia dokonań zawodowych, co świadczyło o spadku satysfakcji z wykonywanej pracy oraz spadku poczucia własnych kompetencji [12]. Według analizy badań przeprowadzonych przez Ogińską i Żuralską wynika, że u zdecydowanej większości pielęgniarek występowały różne dolegliwości i z różną częstością. Tylko 35,3% respondentek nie podało żadnych dolegliwości [13].

Ptaszek i wsp. przeprowadziły w latach 2013-2014 badanie, w którym wykazały, że zespół wypalenia w zawodzie, odczuwane jest jako fizyczne i psychiczne zmęczenie oraz wyczerpanie jest zjawiskiem występującym wśród personelu medycznego[14].

Na podstawie analizy statystycznej zebranego materiału oraz otrzymanych wyników , sformułowano następujące wnioski:

- Wśród badanych pielęgniarek wykazano brak istotnej statystycznie korelacji w zakresie wartości opisujących wyczerpanie psychofizyczne oraz brak zaangażowania biorąc pod uwagę staż pracy. Udowodniono, że istnieje związek kolejnych dwóch składowych wypalenia zawodowego - poczucia braku skuteczności i rozczarowanie względem stażu pracy zawodowej.
- Uzyskane wyniki badań potwierdziły podwyższony wynik w obszarze braku poczucia skuteczności wykonywanej pracy.
- Udowodniono brak istotnej statystycznie zależności w przypadku 4 składowych wypalenia zawodowego względem systemu pracy i liczbą miejsc pracy pielęgniarek poddanych badaniu. Wszystkie korelacje są słabe i ujemne. Oznacza to brak jakiejkolwiek zależności istotnej statystycznie pomiędzy obszarami wypalenia w zawodzie a przeciążeniem pracą.
- W procesie ZWZ rozpoznano pewne etapy poprzedzające jego rozwój i towarzyszące mu charakterystyczne objawy. Zauważono, że stopień intensyfikacji przebiegu wypalenia w zawodzie zależy od wieku pracownika, ilości lat wykonywania zawodu, czy też miejsca pracy.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Grabowski D., Chudzicka-Czupała A., Chrupała-Pniak M. i.in.: Etyka pracy i przywiązanie organizacyjne a wypalenie zawodowe, Med. Pr. 2019; 70 (3): 305-316.
[2] Wilczek-Rużyczka E., Zaczyk I., Obrzut K. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej. Piel. Zdr. Publ. 2017; 7(1): 77-83.
[3] Jarzynkowski P., Książek J., Piotrkowska R., Dobosz M., Zespół wypalenia zawodowego wśród pracowników zawodów medycznych. Med. Rodz 2017; 20(2): 105-110.
[4] https://www.medonet.pl/zdrowie,wypalenie-zawodowe---przyczyny--objawy--sposoby-zapobiegania,artykul,1729597.html#przyczyny-wypalenia-zawodowego, dostęp z dn. 20.03.2020 r.
[5] Dawidziuk K., Wojciechowska M. Lishchynsky Y. i in.: Istota wypalenia zawodowego. Journal of public health, nursing and medical rescue. 2011: 1:23-25

[6] Sygit-Kowalkowska M., Weber-Rajek M., Herkt R., Ossowski R.: Wypalenie zawodowe u funkcjonariuszy służby więziennej. Rola osobowości i wybranych cech zawodowych. Med. Pr. 2017; 68(1):85–94].
[7] Jaworowska A.: Kwestionariusz wypalenia zawodowego Massimo Santinello. Polska normalizacja. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2014.
[8] LBQ. Kwestionariusz wypalenia zawodowego. https://www.practest.com.pl/files/mojepliki/LBQ.pdf - dostęp z dn. 15.03.2020 r.
[9] Gotlib J., Panaczyk M., Zarzeka A., Iwoanow L., Samoliński Ł., Belowska J., Wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek – przegląd aktualnego polskiego piśmiennictwa naukowego, Pielęgniarstwo Polskie, 2017, 1: 125–13.
[10] Kowalczyk M: Wypalenie zawodowe w pracy z terminalnie chorym pacjentem. Med. Paliat. Prakt. 2010 ; 4 (4):15 4 –158 http://www.pzp.umed.wroc.pl/pdf/2017/7/1/77.pdf dostęp z dn. 20.03.2020r.
[11] Baka Ł., Basińska B.: Psychometryczne właściwości polskiej wersji Oldenburskiego Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego (OLBI). Med. Pr. 2016;67(1):29-41.
[12] Siwiorek J. Modele wypalenia zawodowego – ujęcie teoretyczne Społeczeństwo i Edukacja, 2018, 29(2): s. 261-274, http://humanum.org.pl/images/2019/sie_wersja_25-02.pdf; dostęp z dnia 20.03.2020 r.
[13] Ogińska J, Żuralska R. Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. Probl. Piel. 2010; 18(4): 435–442. śhttp://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-01a55a19-0402-4178-b8d9-c7b0ef287975 dostęp z dnia 20.03.2020 r.
[14] Ptaszek G, Stołecka B, Graf L, Śleziona M: Wypalenie zawodowe pielęgniarek. Pielęgniarstwo Specjalistyczne 2014; 1(4): 180-184. http://www.medrodzinna.pl/wp-content/uploads/2017/08/mr_2017_105-110.pdf dostęp z dnia 20.03.2020 r.

Katarzyna Dymczyk-Ociepka, Janina Krupińska

POZIOM WIEDZY PIELĘGNIAREK NA TEMAT DIAGNOSTYKI I LECZENIA RAKA PIERSI U KOBIET. ANALIZA POZIOMU WIEDZY PIELĘGNIAREK PRACUJĄCYCH W ODDZIALE: INTERNISTYCZNYM, KARDIOLOGICZNYM, ONKOLOGICZNYM

NURSE KNOWLEDGE ON DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF BREAST CANCER IN WOMEN. ANALYSIS OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF NURSES WORKING IN THE WARD: INTERNAL MEDICINE, CARDIOLOGY, ONCOLOGY

Streszczenie

W niniejszym artykule omówiono chorobę jaką jest rak piersi u kobiet oraz zbadano poziom wiedzy pielęgniarek z Oddziałów: internistycznych, kardiologicznego, onkologicznych na temat diagnostyki i leczenia raka piersi u kobiet.

W artykule omówiono budowę gruczołu piersiowego, przedstawiono epidemiologię zachorowań, wykazano, jakie badania przesiewowe mogą być wykonane w kierunku wykrycia raka piersi u kobiet. Wymieniono także czynniki ryzyka, przedstawiono objawy i diagnostykę wykonywaną przy podejrzeniu tej choroby oraz klasyfikacje raka piersi. Szeroko omówiono metody lecznicze: chirurgiczne, chemioterapię, radioterapię, hormonoterapię, leczenie biologiczne, elektrochemioterapię oraz leczenie wspomagające. Zwrócono także uwagę na edukację pacjentki w zakresie: rehabilitacji, odżywiania, psychoterapii, doboru bielizny po mastektomii, czy protezowania piersi. Omówiono rolę i kwalifikacje pielęgniarek na poszczególnych etapach leczenia nowotworu.

Analizie poddano łącznie 101 ankiet z dwóch Oddziałów Internistycznych, dwóch Oddziałów Onkologicznych i Oddziału Kardiologicznego. Następnie porównano wiedzę pielęgniarek pracujących w poszczególnych oddziałach i dokonano podsumowania wyników badań.

Nie znalazła w pełni potwierdzenia hipoteza, że wszystkie pielęgniarki mają, co najmniej dobry poziom wiedzy na temat diagnostyki i leczenia raka piersi. Pozostałe hipotezy znalazły potwierdzenie.

Abstract

In this article we discusse the disease of breast cancer in women and examined the level of knowledge of nurses from Internal Medicine, Cardiology, Oncology departments about the diagnosis and treatment of breast cancer in women.
In part I discussed: includes the mammary gland, epidemiology reports, it is shown what screening tests can be performed to detect breast cancer in women. Also listed are risk factors, symptom analyzes and diagnostics performed when this disease is suspected, and breast cancer classification. Healing methods discussed extensively: surgical, chemotherapy, radiotherapy, hormone therapy, biological treatment, electrochemotherapy and supportive treatment. Attention was also paid to the patient's education in the field of: rehabilitation, nutrition, psychotherapy, selection of underwear after mastectomy, or breast prosthesis. At the end of this chapter, the role and qualifications of nurses at selected stages of cancer treatment are discussed.
A total of 101 questionnaires with two internal medicine departments, two cancer departments and a cardiology department were analyzed. Then the list of nurses working in different departments was compared and the results of the study were summarized.
I have not found in the full assessment the hypothesis that all nurses have a low level of knowledge about the diagnosis and treatment of breast cancer. The other hypotheses were confirmed.

Wstęp

Rak piersi (sutka) jest chorobą dotycząca obecnie około 20 % kobiet w Polsce. Mając najdłuższy i najczęstszy kontakt z kobietą - pacjentką, niejednokrotnie pielęgniarki w trakcie wykonywania różnych zabiegów pielęgnacyjnych jako pierwsze mogą zauważyć, czy wyczuć u nich zmiany w piersiach lub też kobieta może częściej się zwrócić do nich po radę [1,2,3].

Obecnie w Polsce jeszcze zbyt często dochodzi do wykrycia raka sutka za późno, żeby kobieta miała szanse na pełne wyleczenie.
Składa się na to wiele czynników:

- niewiedza samych kobiet i w związku z tym, zbyt późno rak jest zdiagnozowany,
- odległe terminy na badania,
- opóźniona diagnostyka wynikająca ze strachu. Kobieta wyczuwając jakąś podejrzaną zmianę w piersi, w pierwszym okresie lekceważy ją, paradoksalnie zakładając, że to np. nic nie znacząca torbiel,

- czasem, jeszcze pokutuje przekonanie, że "raka lepiej nie ruszać",
- zdarza się, szczególnie gdy u kobiety występują już nieregularne miesiączki, iż trudno ustalić termin USG piersi, który zgodnie z zaleceniami powinien być wykonywany między 1, a 10 dniem cyklu. Diagnostyka wtedy ulega odroczeniu w czasie,
- błędy w diagnostyce popełniane przez lekarzy, zwłaszcza w interpretacji obrazu USG, czy błędny opis mammografii (ok. 20 - 30% zmian nowotworowych zostaje przeoczonych w wykonanym badaniu [1,11,15,17]), co opóźnia dalszą diagnostykę i podjęcie leczenia. Uspokojona kobieta, nawet jeśli wcześniej wyczuła u siebie jakąś zmianę w piersi, kolejne badania wykonuje zgodnie z zaleceniami np. po 2 latach. Co skutkuje opóźnieniem w leczeniu i ryzykiem pojawienia się przerzutów [13,14].

Pielęgniarki (oczywiście także lekarze i inni przedstawiciele zawodów medycznych) powinny tak wyedukować potencjalną pacjentkę, aby ta sama potrafiła upomnieć się o pogłębioną diagnostykę niepokojących zmian w piersiach bez zbędnej zwłoki czasowej [4,5,6,7].

Metodologia badań własnych

Celem badań w niniejszej pracy było:

- określenie poziomu wiedzy pielęgniarek z trzech oddziałów o różnych profilach na temat diagnostyki i leczenia raka piersi u kobiet,
- porównanie poziomu wiedzy na ww. temat.

Przedmiotem badań jest poziom wiedzy, jaki posiadają pielęgniarki z Oddziałów: Onkologicznego, Kardiologicznego, Wewnętrznego na temat diagnostyki i leczenia raka piersi u kobiet.

Podmiotem badań były pielęgniarki zatrudnione w:

- Oddziale Chorób Wewnętrznych I i Oddziale Chorób Wewnętrznych II Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla w Krakowie.
- Oddziale Kardiologicznym Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla w Krakowie.
    1. Oddziale Onkologii Klinicznej Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie.
    2. Oddziale Onkologii Klinicznej Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej- Curie – Oddział w Krakowie.

Badanych było łącznie 101 pielęgniarek. Badania przeprowadzono w dniach 15. 01.2020 do 28.02. 2020 roku.

Hipotezy pracy i pytania badawcze

Hipoteza pierwsza.
Założono, że pielęgniarki pracujące w każdym z badanych oddziałów mają co najmniej dobry poziom wiedzy na temat diagnostyki i leczenia raka piersi u kobiet.

Hipoteza druga.
Założono, że pielęgniarki pracujące w Oddziale Onkologicznym posiadają znacznie wyższy poziom wiedzy na ww. temat, niż pielęgniarki pracujące w Oddziale Kardiologicznym, czy Oddziale Wewnętrznym.

Hipoteza trzecia.
Założono, że większość pielęgniarek poddaje się badaniom przesiewowym.

Na podstawie wyżej przedstawionych hipotez postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy pielęgniarki posiadają wystarczający poziom wiedzy, aby umieć zwrócić uwagę na objawy, które mogą wskazywać, iż u kobiety może rozwijać się rak piersi?
2. Czy pielęgniarki wiedzą jakie badania i w którym dniu cyklu są wykonywane w trakcie podejrzenia raka piersi u kobiety i czy potrafią jej doradzić wizytę u lekarza?
3. Czy pielęgniarka ma wiedzę na temat rodzajów biopsji wykonywanych przy podejrzeniu raka piersi oraz kiedy ich nie wykonywać?
4. Czy pielęgniarki mają świadomość, że na raka piersi może zachorować kobieta w każdym wieku, a także kobiety w ciąży?
5. Czy pielęgniarki potrafią wskazać jakie metody lecznicze są wykorzystywane w leczeniu raka piersi i jak długo trwa leczenie jedną z nich (hormonoterapia)?
6. Czy pielęgniarki wiedzą jakie powikłania/działania niepożądane mogą wystąpić w trakcie chemioterapii i radioterapii?
7. Czy pielęgniarki potrafią wskazać właściwy obszar napromieniania w raku piersi po zabiegu operacyjnym?
8. Czy potrafią wskazać właściwe postępowanie dotyczące pielęgnacji skóry w trakcie radioterapii?
9. Czy pielęgniarki potrafią zwrócić uwagę na prawidłowe ułożenie ręki po mastektomii?
10. Czy potrafią zwrócić uwagę na właściwą rehabilitację i okres jej wykonywania u kobiet po mastektomii?
11. Czy mają wiedzę na temat oszczędzania ręki postronnie operowanej?

12. Czy potrafią udzielić kobiecie informacji odnośnie doboru biustonosza po zabiegu mastektomii?
13. Czy mają wiedzę na temat czasu, w jakim jest wykonywana rekonstrukcja piersi oraz możliwości wykonania w trakcie rekonstrukcji przeszczepu skóry?
14. Czy znają podstawowe zalecenia dietetyczne w trakcie leczenia raka piersi?
15. Czy mają wiedzę na temat możliwości uzyskania przez kobietę po mastektomii orzeczenia o niepełnosprawności?
16. Czy pielęgniarki poddają się badaniom przesiewowym i jakie to były badania?

Metody, techniki i narzędzia badawcze

W niniejszej pracy zastosowano metodę: sondażu diagnostycznego. Zastosowana technika badawcza to ankieta. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Ankieta liczyła 36 punktów, z czego 6 punktów stanowiło tzw. metryczkę. Kryterium włączenia do badań była praca w zawodzie pielęgniarki na jednym z oddziałów, objętych badaniami. W badaniu wzięły udział pielęgniarki, które wyraziły zgodę. Wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, staż pracy – nie były kryterium wyłączającym z badania.

Użytym edytorem tekstu był Microsoft Word 2016 PL. Dane zostały zgromadzone i poddane wstępnym obliczeniom i modyfikacji w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel 2016 PL. Analizę statystyczną przeprowadzono, stosując program IBM SPSS w wersji 22.
Zebrane dane poddano analizie ilościowej, procentowej i statystycznej za pomocą testów:

- ocenę zgodności rozkładu badanych cech ilościowych z rozkładem normalnym przeprowadzono za pomocą testu Shapiro-Wilka.
- dla dwóch lub więcej grup wykonano ANOVA Kruskala-Wallisa oraz testu Chi-kwadrat. Za istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

Ogólna charakterystyka badanej populacji

W badaniu uczestniczyło łącznie 103 pielęgniarki. Analizie zostało poddanych łącznie 101 ankiet. Badane osoby znajdowały się w przedziale wiekowym: 23 do 61 lat. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki wynosił: od 4

miesięcy do 40 lat. Staż pracy w danym oddziale wynosił: 3 miesiące do 39 lat.

Analiza wyników badań

Charakterystyka statystyczna badanej grupy

Średni staż pracy personelu pielęgniarskiego wynosił M±SD=17,71±12,741 lat. Minimalny staż pracy w zawodzie wynosił 4 miesiące a maksymalny 40 lat.

Średni staż pracy na oddziale wśród uczestników badania wynosił M±SD=12,511±11,107 lat. Minimalny staż pracy na oddziale wynosił 3 miesiące a maksymalny 39 lat.

Średni wiek w badanej grupie wynosił M±SD=40,316±11,951 lat. Minimalny wiek wśród uczestników badania wynosił 23 lata a maksymalny 61 lat (tab. 10).

Miejscem pracy 35% personelu medycznego był Oddział internistyczny (N=36), kolejne 34% uczestników badania wykonywało prace na oddziale kardiologicznym (N=34). Na Oddziale onkologicznym pracowało 31% pielęgniarek (N=31).

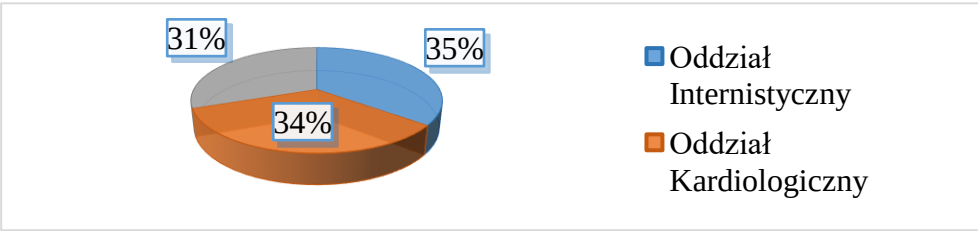


Diagram nr 1. Miejsce pracy ankietowanych (N=101)

Porównanie poziomu wiedzy pielęgniarek w poszczególnych oddziałach

Porównano średnią wartość punktową zdobytą przez poszczególne grupy badane, analiza wykazała istotne statycznie różnice między nimi. Najwyższy średni wynik uzyskały pielęgniarki z Oddziału Onkologicznego, które uzyskały ocenę na poziomie M±SD=57,9± 17,691, gorszy średni wynik osiągały ankietowane osoby z Oddziału Kardiologicznego, uzyskały one ocenę na poziomie M±SD=53,56±13,173, natomiast najgorszy wynik uzyskały pielęgniarki z Oddziału Internistycznego, średni wynik w tej grupie wynosił M±SD=50,39± 10,662. Z analizy wynika, że najwyższy poziom wiedzy

miały pielęgniarki z Oddziału Onkologicznego, a najniższy pielęgniarki z Oddziału Internistycznego. Różnice istotne statystycznie (p=0,023).

Tabela nr 1. Ocena poziomu wiedzy w zależności od oddziału, w którym pracują pielęgniarki

Oddział	Ocena wiedzy						Anova Kruskala-Wallisa
	N	M	SD	Me	Min	Max	
Oddział Kardiologiczny	34	53,56	13,173	53,5	26	78	T=7,578
Oddział Internistyczny	36	50,39	10,662	50	33	69	df=2
Oddział Onkologiczny	31	57,9	7,691	58	45	76	p=0,023

N– liczebność; M -średnia arytmetyczna, SD- odchylenie standardowe; Min – Minimum; Max- Maximum, T- Anova Kruskala-Wallisa, df- stopień swobody, p- współczynnik istotności statystycznej.

Występuje zależność między poziomem wiedzy na temat diagnostyki i leczenia raka piersi, a pracą na Oddziale Internistycznym i Onkologicznym. Pielęgniarki z Oddziału Internistycznego w 31% (N=11) dobry poziom wiedzy. Natomiast druga grupa badawcza – pielęgniarki onkologiczne - w 6% (N=2) bardzo dobry poziom wiedzy. Z analizy wynika, że personel medyczny z Oddziału Onkologicznego znacznie przewyższa poziomem wiedzy pielęgniarki z Oddziału Internistycznego. Zależność istotna statystycznie (p=0,008).

Tabela nr 2. Zależność między poziomem wiedzy na temat diagnostyki i leczenia raka piersi, a pracą w Oddziale Internistycznym i Onkologicznym

Oddział	Poziom wiedzy								Chi-kwadrat
	niedostateczny		dostateczny		dobry		bardzo dobry		
	N	%	N	%	N	%	N	%	$\chi2$=11,841
Oddział Internistyczny	8	22%	17	47%	11	31%	0	0%	df=3
Oddział Onkologiczny	0	0%	12	39%	17	55%	2	6%	p=0,008

N – liczebność; %-procent, $\chi2$- chi-kwadrat, df- stopień swobody, p- współczynnik istotności statystycznej

Występują także różnice między poziomem wiedzy na temat diagnostyki i leczenia raka piersi u pielęgniarek z Oddziału Kardiologicznego i pielęgniarek z Oddziału Onkologicznym (p=0,135). Występuje zależność między poziomem wiedzy na temat diagnostyki i leczenia raka piersi a pracą na Oddziale Kardiologicznym i Onkologicznym. Pielęgniarki z Oddziału Kardiologicznego w 6% (N=2) - bardzo dobry poziom wiedzy. Natomiast druga grupa badawcza – pielęgniarki z onkologii: w 6% (N=2) bardzo dobry poziom wiedzy (tak samo jak pielęgniarki z kardiologii). Z analizy wynika, że personel medyczny z Oddziału Onkologicznego znacznie przewyższa poziomem wiedzy pielęgniarki z Oddziału Kardiologicznego.

Tabela 3. Zależność między poziomem wiedzy na temat diagnostyki i leczenia raka piersi a pracą w Oddziale Kardiologicznym i Onkologicznym

Oddział	Poziom wiedzy								Chi-kwadrat
	niedostateczny		dostateczny		Dobry		bardzo dobry		
	N	%	N	%	N	%	N	%	$\chi2$=5,561
Oddział Kardiologiczny	5	15%	14	41%	13	38%	2	6%	df=3
Oddział Onkologiczny	0	0%	12	39%	17	55%	2	6%	p=0,135

N – liczebność; %-procent, $\chi2$- chi-kwadrat, df- stopień swobody, p- współczynnik istotności statystycznej

Poziom wiedzy pielęgniarek z Oddziału Kariologicznego nie różni się istotnie statystycznie z poziomem wiedzy pielęgniarek z Oddziału Internistycznego (p=0,377).

Tabela nr 4. Zależność między poziomem wiedzy na temat diagnostyki i leczenia raka piersi, a pracą na Oddziale Kardiologicznym i Internistycznym

Oddział	Poziom wiedzy								Chi-kwadrat
	niedostateczny		dostateczny		dobry		bardzo dobry		
	N	%	N	%	N	%	N	%	$\chi2$=3,095
Oddział Kardiologiczny	5	15%	14	41%	13	38%	2	6%	df=3
Oddział Internistyczny	8	22%	17	47%	11	31%	0	0%	p=0,377

N – liczebność; %-procent, $\chi2$- chi-kwadrat, df- stopień swobody, p- współczynnik istotności statystycznej

Podsumowanie wyników badań

Pielęgniarki pracujące w każdym z badanych oddziałów nie mają co najmniej dobrego poziom wiedzy na temat diagnostyki i leczenia raka piersi u kobiet. Pielęgniarki pracujące w Oddziale Kardiologicznym oraz Oddziale Wewnętrznym posiadały w większości dostateczny poziom wiedzy, tylko u pielęgniarek pracujących w Oddziale Onkologicznym dominowały w niewielkim stopniu osoby z dobry poziomem wiedzy.

Pielęgniarki pracujące w Oddziale Onkologicznym posiadają znacznie wyższy poziom wiedzy na ww. temat niż pielęgniarki pracujące w Oddziale Kardiologicznym, czy Oddziale Wewnętrznym. Większość pielęgniarek poddaje się badaniom przesiewowym.

Dyskusja

Pielęgniarstwo to zawód przed którym stoi wiele wyzwań. Coraz większe oczekiwania w stosunku do pielęgniarek/pielęgniarzy płyną z każdej strony, tzn. zarówno od pacjentów, ich rodzin, jak i lekarzy. Podobnie jak zawód lekarza jest to wysokospecjalistyczna dziedzina medycyny; pielęgniarki są coraz bardziej wyspecjalizowane w poszczególnych dziedzinach.

Pacjent, który ma kontakt z pielęgniarka zawłaszcza jeżeli jest on pacjentem szpitalnym, chciałby uzyskać jak najwięcej informacji nie tylko dotyczących konkretnego schorzenia, z powodu którego jest hospitalizowany, ale pragnie uzyskać wiedze, także na temat jego chorób współistniejących [8,9,10].

Jest to zawód zaufania społecznego, dlatego konieczna jest nieustanna edukacja osób pracujących w zawodzie pielęgniarki, aby prawidłowo wykonywały czynności diagnostyczno-pielęgnacyjno-leczniczo-edukacyjne, oraz aby potrafiły zaobserwować objawy, które mogą świadczyć o zagrożeniu zdrowia, a nawet życia osób powierzonych ich opiece. Objawy raka piersi, nie zawsze będą oczywistymi symptomami rozwijającego się nowotworu (jak np. guz w obrębie piersi, wyciek płynu z brodawki). Może to być m.in. pozornie nieistotna wysypka, czy znacznie uwidoczniony rysunek żylny, zaczerwienienie piersi [12,16].

To pielęgniarka spędza najwięcej czasu z chorymi i w trakcie różnych zabiegów może zauważyć jako pierwsza niepokojące objawy.

Udział w badaniach przesiewowych wzięło 69 % pielęgniarek pracujących w Oddziałach Internistycznych; 53 % pielęgniarek z Kardiologii; 61% pielęgniarek z Onkologii. W badaniu pielęgniarek Smoleń i wsp. podaje, że 20,7% badanych pielęgniarek miało wykonywaną mammografię [13].

W badaniach własnych: 28 % badanych pielęgniarek z interny wykonywało mammografię; 24% pielęgniarek z kardiologii i 48 % pielęgniarek z onkologii. Smoleń i wsp. podają także, iż 82,6% badanych wykonuje badanie palpacyjne – samobadanie piersi (regularnie, bądź nieregularnie) [15]. Z kolei Piaszczyk i wsp. podają, że 62% ankietowanych kobiet regularnie lub nie, ale wykonuje badanie palpacyjne – samobadanie piersi [16].

W badaniach własnych badanie fizykalne wykonuje 44% badanych pielęgniarek z Interny; 35 % pielęgniarek z Kardiologii i 32 % pielęgniarek z Onkologii.

Natomiast Pacian i wsp. podaje, że 45 % respondentek w wieku 20 - 45 lat nie poddaje się żadnym badaniom profilaktycznym [17].

W badaniach Piers i wsp. gdzie sprawdzano poziom wiedzy m.in. studentów pielęgniarstwa (1 rok , II stopień), na temat diagnostyki zmian w piersiach u kobiet - 80 % wskazywało mammografię, jako najczęściej wykorzystywaną w badaniach przesiewowych nowotworów piersi, a 100% wskazało mammografię i USG jako znaną metodę obrazowania piersi [18]. Z kolei w badaniu Przyklenk (wśród kobiet po 40 r.ż.) w pytaniu dotyczącym znanych badań dzięki którym możliwe jest zdiagnozowanie nowotworu gruczołu piersiowego -100 % wskazało mammografię; 86 % samobadanie piersi; 76% USG; 52% biopsję; 39 % tomografię komputerową [19].

Na pytanie (Staciwa i wsp.) o badania obrazowe wchodzące w skład diagnostyki nowotworów piersi respondenci odpowiadali: mammografia – 100 %; USG - 73 %; biopsja - 55%; rezonans magnetyczny - 36 %; tomografia komputerowa - 30%; RTG - 27 % [20].

W badaniach własnych pielęgniarki onkologiczne wskazywały od 3 do 7 badań wykonywanych w diagnostyce raka piersi (badanie fizykalne, USG, mammografia, rezonans magnetyczny, biopsja, badanie krwi, elastografia). Po 19 % badanych wskazało trzy, cztery i pięć badań; 29 % sześć badań i 13 % siedem badań. Pielęgniarki kardiologiczne znały od 1 do 7 badań: 6 % - wskazało 1 badanie; 24 % - 4 badania; 38% - 5 badań; 15% - 6 badań 15% - 7 badań. Pielęgniarki internistyczne wskazywały od 1 do 7 badań: 6% - 1 badanie; 8 % - 2 badania; 17 % - 3 badania, 22 % - 4 badania; 14 % - 5 badań; 28 % - 6 badań i 6 % - 7 badań.

W badaniu Staciwy i wsp. skierowanym do środowisk medycznych zapytano respondentów o możliwe objawy nowotworu gruczołu piersiowego: 94% wskazywało na wciągnięcie zmarszczenie skóry; owrzodzenie skóry - 86%; owrzodzenie brodawki - 80%; guzek - 86 %; zmiana konsystencji wielkości - 78% [20].

Szadowska – Szlachetka i wsp. pytali studentki pielęgniarstwa o wiedzę w zakresie objawów raka piersi, większość - 89,8% zaznaczała 8 objawów (najmniej odpowiedzi miało owrzodzenie piersi 64%; najwięcej wciągnięcie bądź zniekształcenie brodawki-89,8% [18].

W badaniach własnych, respondenci z interny, wskazywali od 3 do 11 prawidłowych objawów: 3 objawy wskazało 8% ankietowanych; 4 i 11 objawów wskazało po 6 %; 5 objawów – 8%; 6 i 7 objawów po 11%; 8 objawów - 17%; 9 objawów - 19 %; 10 objawów- 14%. Ankietowani z oddziału kardiologicznego wskazywali prawidłowo od 2 do 11 objawów: 3 % zna 2 i 10 objawów; po 6% zna 3-5 i 11 objawów; po 9 % zna 6 – 7 objawów; 8 objawów zna -24%; 10 objawów – 29 %. Na Onkologii badani znali 4 do 11 prawidłowych objawów: 3% - 4 i 10 objawów; 10 % - 6 objawów; 6 % -7 objawów; 29 % - 8 objawów; 32 % - 10 objawów; 16 % - 11 objawów.

W przypadku rehabilitacji ręki po zabiegu operacyjnym wg badań Przyklenk: 73% ankietowanych twierdzi, że jak najwcześniej; 13% po zagojeniu rany; 10% - 5 dni po operacji; 4 % - tydzień po zabiegu [19].

Badania własne: ankietowani z Oddziałów Wewnętrznych twierdzili, że rehabilitację należy rozpocząć przed operacją - 47 %; w dniu zabiegu – 6 %; 22 % - po usunięciu drenażu; 17 % po całkowitym zakończeniu leczenia; 14 % po zagojeniu rany. Badane pielęgniarki z Kardiologii wskazywały rozpoczęcie rehabilitacji: 41 % - przed operacją; 29 % po usunięciu drenażu; 6 % po całkowitym zakończeniu leczenia; 24 % po zagojeniu rany. Onkologia: 77% - przed operacją; 6 % - w dniu zabiegu; 6% - po usunięciu drenażu; 10 % po zagojeniu rany.

Piaszczyk i wsp. podają, że tylko 5% badanych oceniło swoją wiedzę na temat nowotworu piersi jako bardzo dobrą, natomiast 56 % kobiet i 38 % mężczyzn ocenia, że ich wiedza jest przeciętna [16].

Badania własne: interna poziom wiedzy niedostateczny - 22 %; dostateczny – 47 %; dobry 3%. Pielęgniarki kardiologiczne wskazywały: wiedza niedostateczna - 15 %; dostateczna - 41 %; dobra 38 %; bardzo dobra - 6%. Onkologia: dostateczna -39 %; dobra - 55%; bardzo dobra - 6%.

W badaniu Bogusz i wsp. ankietowani swoją wiedze na temat profilaktyki raka piersi ocenili najczęściej jako średnią (74%) i wskazali, że edukacja kobiet powinna być prowadzona głównie przez: lekarzy (77%), położne (54%), pielęgniarki 47% [21].

Przeprowadzone badania na temat diagnostyki i leczenia raka piersi, w części nie odbiegają w znacznym stopniu od wyników innych autorów (wśród różnych grup społecznych) w przywołanym zakresie. Niewątpliwie wskazana jest ustawiczna edukacja (samoedukacja) wśród pielęgniarek, aby w większym stopniu wykazywały się znajomością badań diagnostycznych, powikłań/działań niepożądanych po chemioterapeutykach i radioterapii, rehabilitacji i oszczędzania ręki po stronie operowanej, doboru bielizny po mastektomii, zasad dietetycznych w trakcie leczenia nowotworu piersi, możliwości uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności przez kobietę.

Wnioski

1. Najwyższy poziom wiedzy na temat diagnostyki i leczenia raka piesi u kobiet posiadają pielęgniarki z Oddziału Onkologicznego, a najniższy pielęgniarki z Oddziału Internistycznego
2. Pielęgniarki często mylą objawy raka piersi tym samym nie zawsze potrafią zwrócić uwagę na objawy, które mogą wskazywać, iż u kobiety może rozwijać się rak piersi.
3. Większość pielęgniarek nie wie jakie badania i w którym dniu cyklu są wykonywane w trakcie badań przesiewowych lub podejrzenia raka piersi u kobiety.
4. Pielęgniarki potrafią doradzić kobietom z podejrzeniem raka piersi wizytę u właściwego lekarza-specjalisty. Chociaż często wskazywały tylko jednego lekarza, najczęściej ginekologa.
5. Pielęgniarki mają wiedzę na temat rodzajów biopsji wykonywanych przy podejrzeniu raka piersi oraz kiedy ich nie wykonywać. Najczęściej wskazywały biopsję cienkoigłową, od której się jednak stopniowo odchodzi; rzadko wskazywały wszystkie wymienione rodzaje biopsji, mimo, że każda z nich jest stosowana w diagnostyce raka piersi.
6. Pielęgniarki mają świadomość, że na raka piersi może zachorować kobieta w każdym wieku, a także kobiety w ciąży.
7. Pielęgniarki potrafią wskazać wiele metod leczniczych wykorzystywanych w leczeniu raka piersi, natomiast większość badanej grupy również wskazało błędne metody lecznicze.
8. Uczestnicy badania nie wiedzą przez jaki czas należy prowadzić hormonoterapię.
9. Pielęgniarki wiedzą jakie powikłania/działania niepożądane mogą wystąpić w trakcie chemioterapii i radioterapii, aczkolwiek w większości nie znają wszystkich objawów. Także niewielki procent ankietowanych wskazywał dodatkowe objawy. Z najczęstszych działań niepożądanych w trakcie chemioterapii, jakim jest wypadanie włosów, a w trakcie radioterapii odczyn popromienny – niewielki odsetek badanych ze wszystkich oddziałów podawał te objawy. Część badanych, błędnie, jako działanie niepożądane chemioterapii i radioterapii wskazywało: podwyższony nastrój.
10. Większość pielęgniarek potrafi wskazać właściwy obszar napromieniania w raku piersi po zabiegu operacyjnym.
11. Większość pielęgniarek potrafi wskazać właściwe postępowanie dotyczące pielęgnacji skóry w trakcie radioterapii.

12. Pielęgniarki w większości potrafią zwrócić uwagę na prawidłowe ułożenie ręki po mastektomii.
13. Ponad połowa pielęgniarek potrafi zwrócić uwagę na właściwy czas rozpoczęcia rehabilitacji i okres jej wykonywania u kobiet po mastektomii.
14. Pielęgniarki mają wiedzę na temat oszczędzania ręki po stronie operowanej. Chociaż mają problemy z podaniem właściwego obciążenia jakiemu może być poddawana ręka po stronie operowanej.
15. Pielęgniarki w większości potrafią udzielić kobiecie informacji odnośnie doboru biustonosza po zabiegu mastektomii.
16. Pielęgniarki mają niewielką wiedzę na temat czasu, w jakim jest wykonywana rekonstrukcja piersi oraz możliwości wykonania w trakcie rekonstrukcji przeszczepu skóry.
17. Pielęgniarki znają tylko część zaleceń dietetycznych w trakcie leczenia raka piersi.
18. Ponad połowa pielęgniarek posiada wiedzę na temat możliwości uzyskania przez kobietę po mastektomii orzeczenia o niepełnosprawności.
19. Większość pielęgniarek wykonywało badania przesiewowe, kobiety brały udział w USG piersi, w badaniu fizykalnym oraz mammografii.

Przed przystąpieniem do badań postawiono 3 hipotezy badawcze.

W **hipotezie pierwszej** założono, że pielęgniarki pracujące w każdym z badanych oddziałów maja co najmniej dobry poziom wiedzy na temat diagnostyki i leczenia raka piersi u kobiet.

W przeprowadzonych badaniach pielęgniarki wykazywały indywidualnie różny poziom wiedzy: od niedostatecznego do bardzo dobrego. Najwięcej wiadomości posiadały pielęgniarki z Oddziału Onkologicznego, najmniej z Oddziałów Internistycznych. Niestety część pielęgniarek z Oddziałów Internistycznych i Kardiologicznego posiadało niedostateczny poziom wiedzy na temat diagnostyki i leczenia raka piersi u kobiet. Dlatego powinno się w tym zakresie podjąć działania edukacyjne, również z tego względu, że większość pielęgniarek to kobiety, z których część zachoruje na raka piersi; szybkie rozpoznanie i podjęcie leczenia może uratować im życie. Będą one potrzebowały wtedy wiedzy i wsparcia w zakresie postępowania w trakcie leczenia i rehabilitacji.

Hipoteza druga; założono w niej, że pielęgniarki z Onkologii mają znacznie wyższy poziom wiedzy na ww. temat niż pielęgniarki pracujące w Oddziale Internistycznym, czy Kardiologicznym.

Założenie okazało się słuszne bowiem wśród pielęgniarek onkologicznych nie było żadnej osoby, która wykazałaby się niedostatecznym poziomem wiedzy. Wśród pielęgniarek kardiologicznych było aż 15 %, natomiast wśród pielęgniarek internistycznych 22% respondentek, które uzyskały ocenę niedostateczną. Znaczne różnice wystąpiły również jeżeli chodzi o pozostałe oceny. Ocenę dobrą i bardzo dobrą uzyskało w Oddziale Onkologicznym 61% ankietowanych. Wśród pielęgniarek internistycznych 31 % uzyskało ocenę dobrą, bardzo dobrej nie uzyskała żadna pielęgniarka; pielęgniarki kardiologiczne: 44 % uzyskało ocenę dobrą i bardzo dobrą.
Potwierdziła się także **hipoteza trzecia.**
Założono w niej, że większość pielęgniarek poddaje się badaniom przesiewowym. W Oddziale: Internistycznym takim badaniom poddaję się 69 % ankietowanych; Kardiologicznym 53%; Onkologicznym 61% pielęgniarek.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Zegarski W., Nowikiewicz T.: Najczęstsze błędy w leczeniu i diagnostyce raka piersi. https://podyplomie.pl/18938,najczestsze-błędy-w-diagnostyce-i-leczeniu-raka-piersi. 24.02.2020
[2] Kułakowski A., Skowrońska-Gardas A.: Onkologia. PZWL. Warszawa 2018.
[3] Budny A., Starosławska E., Budny B. i in.: Epidemiologia i diagnostyka raka piersi. Polski Merkuriusz Lekarski, 2019, 46 (275): 195-204.
[4] Krzemieniecki K., Krzakowski M.: Wybrane nowotwory - rak piersi. w.: Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna. Kraków 2017.
[5] Wzrost zachorowań na raka piersi od 2014 do 2017 roku wg danych z KRN (Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy. http//onkologia.org.pl//raporty, 17.02.2020.
[6] Rogiewicz M.: Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych. Medycyna Praktyczna. Kraków 2015.
[7] Jeziorski A.: Onkologia. PZWL. Warszawa 2015.
[8] Jędrys J.: Zasady postępowania w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi. Lekarz Rodzinny 1/2018.
[9] Szadkowska-Szlachetka Z., i in.: Wiedza kobiet studentek pielęgniarstwa na temat profilaktyki raka piersi. Journal of Education Health and Sport, 2016, 6 (12).

[10] Zajkowska M., i in.: Czynniki z rodziny VEGF oraz ich receptory w diagnostyce raka piersi. Diagnostyka laboratoryjna Journal of Laboratory Diagnostic. 2018.
[11] Stojćev Z.: Operacje raka piersi. Głos Pacjenta Onkologicznego, nr 3/2018 (31)
[12] Paradowska D.: Objawy raka piersi. https://onko-med.pl/nowotwory piersi/objawy-raka-piersi/. 17.02.2020 r.
[13] Winczura P., i in.: Polskie i międzynarodowe zalecenia dotyczące leczenia raka piersi. Nowotwory Journal of Oncology, 2013; 63(1)
[14] Świeboda-Sadlej A., i in.: Guz piersi - algorytm postępowania. Medycyna po Dyplomie, 2013; 22 (5)
[15] Smoleń E., Dobrowolska B.: Praktyka samobadania piersi i wykonywanie mammografii w grupie pielęgniarek, a zmienne socjodemograficzne. Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine; 2017, 20 (1): 60.
[16] Piaszczyk D.L. i in.: Poziom wiedzy studentów Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej na temat profilaktyki raka piersi. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu; 2015, 21 (3): 262,263.
[17] Pacian A. i in.: Wiedza młodych kobiet na temat profilaktyki raka piersi. Medycyna Paliatywna 2014; 6 (3): 56.
[18] Piersa W. i in.: Metody diagnostyki obrazowej zmian w piersiach u kobiet w percepcji studentów. Medycyna Paliatywna 2018; 10 (2): 73.
[19] Przyklenk J.: Wiedza kobiet po 40. Roku życia na temat raka piersi, rekonstrukcji piersi oraz rehabilitacji po mastektomii. w: Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny. red.: Wojtal M., Żurawicka D.: Instytut Śląski. Opole 2014; 2:175-178.
[20] Staciwa A. i in.: Samobadanie piersi – wszystko co chcielibyśmy, abyście o tym wiedzieli – badanie ankietowe. Wiadomości Lekarskie; 72 (1): 60,61.
[21] Bogusz D. i in.: Wiedza kobiet w wieku okołomenopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2013; 19 (4): 525.

Bożena Kosińska, Agnieszka Zalas

WYPISYWANIE RECEPT PRZEZ PIELĘGNIARKI OPIEKI PALIATYWNEJ

WRITING PRESCRIPTIONS BY PALLIATIVE CARE NURSES.

Streszczenie:

Wprowadzenie nowych uprawnień, w zakresie ordynowania leków i wyrobów medycznych dla pielęgniarek i położnych w Polsce miało miejsce na początku 2014 r. wówczas Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt nowelizacji ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej. Doświadczenia wielu państw potwierdzają korzyści wynikające z poszerzania uprawnień dla tej grupy zawodowej. Celem pracy było zbadanie jak w praktyce wygląda wypisywanie recept przez pielęgniarki opieki paliatywnej. Badanie przeprowadzono w okresie od stycznia do lutego 2020 roku wśród 100 pielęgniarek związanych z opieką paliatywną z całej Polski. Wykorzystano kwestionariusz ankiety składający się z 23 pytań. Ponad połowa badanych (54,55%), w paliatywnej praktyce pielęgniarskiej wypisuje recepty. Większość ankietowanych (89%) potwierdza, że uzyskane uprawnienia do ordynowania i wypisywania recept podnoszą prestiż zawodu pielęgniarki, natomiast 84% badanych uważa, że uprawnienia do wypisywania recept przez te grupy zawodowe przyczyniają się do polepszenia jakości usług medycznych. Potrzebę rozszerzenia listy leków, które mogłyby ordynować pielęgniarki opieki paliatywnej wskazuje 57% uczestniczek sondażu. Najczęściej wykazywane są opioidy. Nowe uprawnienia pielęgniarek, które funkcjonują w praktyce niespełna 5 lat, w obecnej chwili, pandemii COVID – 19, nabierają szczególnego znaczenia i przyśpieszenia tempa.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, opieka paliatywna, recepty, leki, wyroby medyczne.

Summary:

The introduction of new permissions, in the field of prescribing medicines and medical devices for nurses and midwives in Poland, took place at the beginning of 2014. Then the Ministry of Health presented a draft amendment

to the Act on the profession of nurse and midwife. The experience of many countries confirms the benefits from extending the rights for these professional groups. The aim of the study was to investigate how, in practice, does the writing of prescriptions by palliative care nurses work. The study was conducted in the period from January to February 2020 among 100 nurses related to palliative care from all over Poland. A survey questionnaire consisting of 23 questions was used. More than half of the respondents (54.55%) write prescriptions in palliative nursing practice. The majority of respondents (89%) confirm that the obtained rights to prescribe and write the prescription increases the prestige of the nursing profession, while 84% of respondents believe that those rights to write prescriptions by these professional groups contributes to the improvement of the quality of medical services. 57% of survey participants indicated the need to expand the list of drugs that could be prescribed by palliative care nurses. Opioids are most commonly reported. The new qualifications of nurses, which have been used in practice for less than 5 years, at the present time of the COVID-19 pandemic, are gaining special importance and accelerating the pace.

Keywords: nurse, palliative care, prescriptions, drugs, medical products.

Wstęp

Wprowadzenie nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych w Polsce miało miejsce na początku 2014 roku. Wówczas Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt nowelizacji ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej. Realne uprawnienia do wypisywania recept na leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, a także szeroką gamę wyrobów medycznych polskie pielęgniarki i położne otrzymały od 1 stycznia 2016 roku.

W zależności od poziomu wykształcenia, pielęgniarki i położne, mogą samodzielnie ordynować leki zawierające określone substancje czynne oraz wystawiać zlecenia na wyroby medyczne. Najszersze kompetencje posiadają pielęgniarki i położne z tytułem magistra lub specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, bowiem mogą samodzielnie wypisywać leki oraz wyroby medyczne określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (t.j. 2019, poz. 1267), a także wystawiać skierowania na badania diagnostyczne. Pielęgniarki i położne z tytułem licencjata mogą natomiast wystawiać recepty w ramach kontynuacji terapii zaplanowanej przez lekarza. Wspomniane wcześniej obie grupy celem nabycia nowych uprawnień są zobowiązane do ukończenia kursu specjalistycznego w tym zakresie. Od roku akademickiego

2017/2018 studenci zdobywają wiedzę z tej dziedziny w trakcie nauczania, podczas edukacji w szkołach pielęgniarskich i szkołach położniczych, zarówno pierwszego jak i drugiego stopnia oraz szkolenia specjalizacyjnego. Osoby te nie mają konieczności dodatkowego kształcenia, aby uzyskać kwalifikacje do wystawiania recept [1, 2].

Doświadczenia innych państw wskazują dużą potrzebę zwiększania kompetencji pielęgniarek o możliwość ordynowania leków i wypisywania recept oraz pokazują wiele korzyści z rozszerzenia uprawnień pielęgniarskich. Liczba krajów, w których pielęgniarki mogą przepisywać leki znacząco rośnie, a Polska jest kolejnym z nich, gdzie rozszerzono kompetencje pielęgniarek o nowe, wcześniej wspomniane uprawnienia [3]. Wprowadzanie takich rozwiązań ma na celu poprawę dostępności do usług medycznych, skrócenie kolejek do lekarzy, zapewnienie odpowiednich standardów opieki, a także podniesienie prestiżu zawodowego pielęgniarek. Pielęgniarki są obecnie oceniane, jako ważny członek zespołu interdyscyplinarnego. To grupa zawodowa, która jest gotowa do pełnienia specjalistycznych funkcji, ze względu na swoją własną wiedzę oraz doświadczenie w zarządzaniu opieką nad pacjentem. Rozszerzenie kompetencji powinno nieść korzyści zarówno pacjentom jak i świadczeniodawcom. Równocześnie wraz ze wzrostem odpowiedzialności i zakresu obowiązków pielęgniarek powinny iść wyższe wynagrodzenia tej grupy zawodowej. Pielęgniarka wykonując wolny, niezależny zawód ma możliwość wyboru miejsca pracy, w którym zakres zadań i obowiązków jest adekwatny do poziomu wynagrodzenia. To początek opieki koordynowanej, który daje możliwości pracy zespołowej w systemie opieki zdrowotnej. Wśród pielęgniarek duże znaczenie ma umocnienie swojego statusu zawodowego oraz zalegalizowanie pracy, którą często wykonują. Przyczyniać się powinno to także do odciążenia pracy lekarzy [4,5,6,7].

W ostatnich latach, szczególnie ostatnim pięcioleciu, w Polsce trwają intensywne prace związane z cyfryzacją ochrony zdrowia, rozszerzeniem kompetencji pielęgniarskich, samodzielnością zarówno zawodową jak i gospodarczą. Poszerzeniu ulegają role zawodowe pielęgniarek, oraz coraz częściej wykonują swoją pracę prowadząc indywidualną/grupową praktykę pielęgniarską. Umowy kontraktowe umożliwiają uzyskanie całkowitej samodzielności w praktyce zawodowej, zwiększają szanse zaistnienia na rynku świadczeń zdrowotnych oraz stwarzają możliwości wyższych wynagrodzeń i podniesienia rangi zawodowej pielęgniarek [8]. Zmiany te stanowią odpowiedź na oczekiwania zdrowotne pacjentów i ich rodzin, a także całego systemu ochrony zdrowia. Jednym z rozwiązań na powyższe wyzwania są regulacje prawne, które wprowadzają uprawnienia do wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych. Równocześnie są one jednym z elementów

wprowadzenia modelu zaawansowanej opieki pielęgniarskiej (advanced nursing practise) w naszym kraju [2,6,8].

Nowe możliwości dla zawodu pielęgniarki oraz całego systemu ochrony zdrowia wprowadza także wykorzystanie technologii informatycznych oraz telekomunikacja. Konsultacje i monitorowanie stanu pacjenta na odległość, wizyty z wykorzystaniem wideotelefonu, e – recepty, e – zwolnienia, e – skierowania czy teleporady to przyszłość współczesnej praktyki wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego [9,10,11]. Pozytywne strony e – zdrowia zostały zauważone i docenione nie tylko przez pracowników ochrony zdrowia, ale także pacjentów i wszystkich obywateli w Polsce w marcu 2020 roku. Wtedy to epidemia COVID-19 uległa gwałtownemu rozprzestrzenianiu się, a 11 marca Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła pandemię koronawirusa. Zaistniałe okoliczności zmuszały do znacznego ograniczania kontaktów międzyludzkich, a zalecenia ówczesnego Ministra Zdrowia oraz Głównego Inspektora Sanitarnego odnosiły się do korzystania z e – porad w placówkach zdrowia. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-191 (Dz.U. 2020, poz. 567) a art. 11, punkt 15 sankcjonuje możliwość wykorzystania teleporad w praktyce pielęgniarskiej [12].

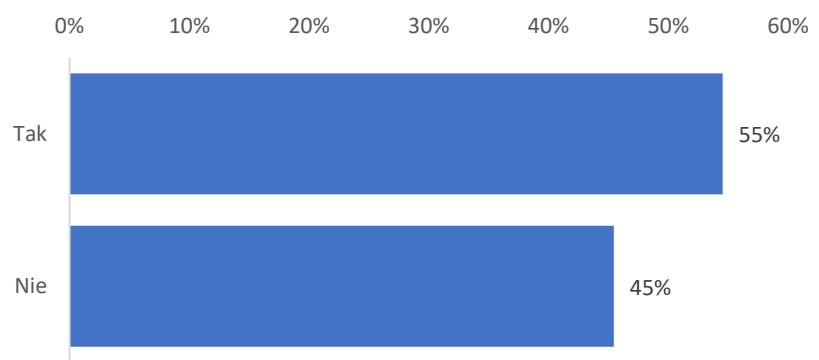
Nowe rozwiązania dotyczące wypisywania recept znajdują szerokie odzwierciedlenie w codziennej aktywności pielęgniarki opieki paliatywnej Ważne jest, aby te kompetencje były wykorzystywane jako ogromna szansa, która pomaga wzmocnić prestiż zawodu pielęgniarki oraz polepsza jakość usług medycznych, a nie jako dodatkowe obciążenie pracą czy profesjonalizm przypisany tylko lekarzowi [7,13]. Pielęgniarki w opiece hospicyjnej to partnerzy, a nierzadko też liderzy zespołu medycznego. To one pozostają w codziennym kontakcie z człowiekiem chorym i umierającym, a kiedy stan ogólny podopiecznego szybko się zmienia często realizują świadczenia samodzielnie. Samodzielność zawodowa jest niezmiernie fundamentalna w opiece domowej [14,15]. Nowe perspektywy w praktyce pielęgniarskiej przyczyniają się do poprawy jakości świadczonych usług medycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania na leki, szczególnie w rejonach wiejskich, oddalonych kilkadziesiąt kilometrów od aglomeracji miejskich. Analogicznie powoduje to szybsze łagodzenie nieprzyjemnych objawów związanych z postępującą, nieuleczalną chorobą oraz poprawę jakości życia pacjentów i ich rodzin w wymiarze holistycznym.

Cel i metody

Celem pracy było zbadanie jak w praktyce wygląda wypisywanie recept przez pielęgniarki opieki paliatywnej. Badania zostały przeprowadzone dwuetapowo. Pierwszym etapem były badania pilotażowe, w których wzięło udział 15 pielęgniarek zatrudnionych w Stowarzyszeniu Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej. Badania pilotażowe odbyły się w maju 2019 roku. Drugi etap zrealizowano w grupie 100 pielęgniarek z całej Polski, związanych z opieką paliatywną w okresie od stycznia do lutego 2020 roku. Badania miały charakter anonimowy i polegały na zadawaniu respondentom pytań zawartych w autorskim kwestionariuszu ankiety składającego się z 23 pytań. Wypełniona ankieta stanowiła zgodę na uczestnictwo w sondażu. Wykorzystano zarówno w formę papierową jak i internetową.

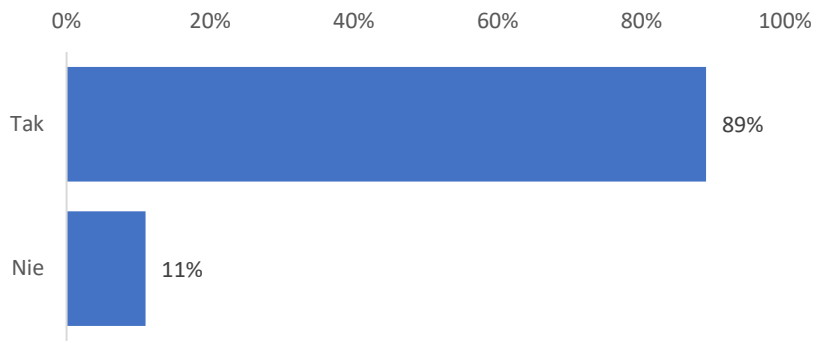
Wyniki

Spośród badanej populacji osób większość stanowiły kobiety w wieku 41 – 50 lat i powyżej 51 roku życia, ze środowiska miejskiego, z wykształceniem wyższym drugiego stopnia, z ukończoną specjalizacją, z doświadczeniem zawodowym w przedziale 6 – 10 lat i 21 – 25 lat oraz pracujące w hospicjum domowym. Na podstawie analizy materiału badawczego można stwierdzić, że rośnie liczba pielęgniarek opieki paliatywnej, które podejmują się wypisywania recept (ponad 54 % ankietowanych w swojej patryce wykorzystuje to uprawnienie). Dla przykładu w badaniach z 2017 roku tylko 10 % ankietowanych wystawiało recepty, a w badaniach pilotażowych przeprowadzonych w Stowarzyszeniu Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej liczba ta wynosi 93%.



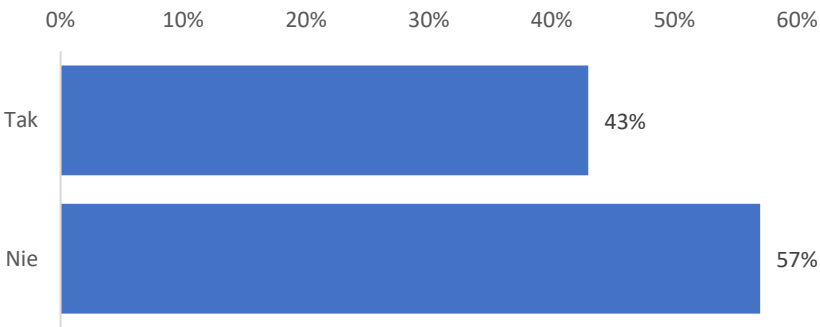
Rycina 1. Czy w praktyce pielęgniarskiej wypisuje Pani/Pan recepty? *Opracowanie własne*

Badane pielęgniarki opieki paliatywnej są zdania, że uzyskane uprawnienia do ordynowania i wypisywania recept podnoszą prestiż zawodu pielęgniarki, przyczyniają się do polepszenia jakości usług medycznych, są przydatne w codziennej pracy pielęgniarki opieki paliatywnej, a także zwiększają zaufanie pacjentów do tych zawodów.



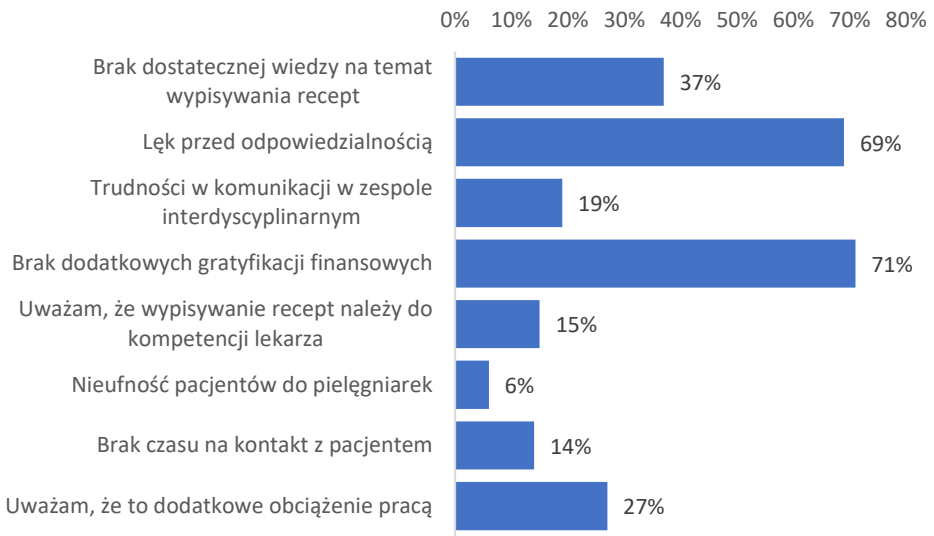
Rycina 2. Czy Pani/Pana zdaniem uzyskane uprawnienia do ordynowania i wypisywania recept podnoszą prestiż zawodu pielęgniarki? *Opracowanie własne*

Analiza zebranego materiału badawczego pokazuje, że pielęgniarki opieki paliatywnej widzą potrzebę rozszerzania listy leków, które mogłyby ordynować w swojej specjalności zawodowej. Większość, czyli 57% ankietowanych potwierdza, że wykaz leków, który może samodzielnie ordynować jest niewystarczający. W badanej grupie pielęgniarek najczęściej opioidy były wykazywane, jako pomocne w samodzielnej ordynacji w opiece paliatywnej. Inne propozycje respondentów to: antybiotyki i chemioterapeutyki, leki przeciwbólowe, uspokajające, przeciwwymiotne, moczopędne, przeciwgrzybiczne, przeciw duszności, recepturowe, przeciwobrzękowe oraz glikokortykosteroidy.



Rycina 3. Czy wykaz leków, który może Pani/Pan samodzielnie ordynować jest wystarczający? *Opracowanie własne*

Główne bariery dotyczące wystawiania recept przez pielęgniarki w omawianej grupie badawczej to lęk przed odpowiedzialnością (69%) oraz brak dodatkowych gratyfikacji finansowych (71%). Potwierdzają to także badania autorskie z 2017 roku oraz pilotażowe z 2019 roku. W Polsce pielęgniarki nadal mało zarabiają i jest to jeden z głównych czynników destrukcyjnych do rozszerzania swoich kompetencji zawodowych oraz dokształcania. Znajduje to odzwierciedlenie w wynikach ankiety - jedynie 29% uczestników badania uzyskało dodatkowe gratyfikacje finansowe z tytułu wypisywania recept.



Rycina 4. Bariery dotyczące wystawiania recept przez pielęgniarki. *Opracowanie własne*

Nowe uprawnienia pielęgniarek, które funkcjonują w praktyce niespełna 5 lat, w obecnej chwili, pandemii COVID – 19, nabierają szczególnego znaczenia i przyśpieszenia tempa. Należy poszerzać świadomość pielęgniarek, lekarzy oraz całego społeczeństwa z zakresu nabytych kompetencji, wzrostu autonomii oraz prestiżu zawodowego, a także wspierać i motywować pielęgniarki w realizowaniu nowatorskich zadań. Wdrażanie recept, e – recept oraz innych usług e - zdrowia jest wyzwaniem dla współczesnego pielęgniarstwa polskiego.

Wnioski

1. Pielęgniarki opieki paliatywnej z wykształceniem wyższym drugiego stopnia częściej podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe z zakresu ordynowania i wypisywania recept.

2. Pielęgniarki opieki paliatywnej coraz częściej i chętnej wykorzystują w swojej praktyce zawodowej zdobyte kompetencje.
3. Według badanych, uprawnienia do wypisywania recept podnoszą prestiż zawodu, przyczyniają się do polepszenia jakości usług medycznych, są przydatne w codziennej pracy pielęgniarki opieki paliatywnej oraz zwiększają autonomię i zaufanie do tej profesji.
4. Badane respondentki widzą silną potrzebę rozszerzenia listy leków, które mogłyby ordynować w swojej specjalności zawodowej. Opioidy byłyby najbardziej pomocne w codziennej aktywności pielęgniarki, która opiekuje się pacjentami z chorobą nowotworową.
5. Brak dodatkowych gratyfikacji finansowych, a także lęk przed odpowiedzialnością to główne bariery dotyczące wystawiania recept przez pielęgniarki.

Przykłady światowych rozwiązań potwierdzają korzyści dla pacjentów wynikające z poszerzania uprawnień dla pielęgniarek. Motywowanie polskich pielęgniarek, zarówno finansowe jak i pozafinansowe, przyczyni się niewątpliwie do podejmowania i wykorzystywania nowych zadań praktyki pielęgniarskich. Kontynuowanie badań na liczniejszej grupie pielęgniarek opieki paliatywnej pozwoli na szersze rozpoznanie problemów oraz skuteczniejszą eliminację barier, które są głównymi czynnikami hamującymi w rozwoju profesji pielęgniarskiej.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Bartosiewicz A., Binkowska-Bury M., Januszewicz P.: Możliwość przepisywania recept przez pielęgniarki i położne – stan prawny w Polsce i ogólny przegląd sytuacji na świecie. Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków 2015; 13(3): 290–305.
[2] Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r.(t.j. Dz.U.2020, poz.562 z późn. zm.).
[3] Bartosiewicz A., Binkowska-Bury M., Marć M., Januszewicz P.: Gotowość pielęgniarek do ordynowania leków i wypisywania recept. Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24(2): 91-97.
[4] Dominiak I., Grabowska H., Gaworska-Krzemińska H.: Ordynowanie leków i wypisywanie recept. Przewodnik dla pielęgniarek i położnych. Edumetriq, Sopot 2017.
[5] Pędzyński B.: Siostro ja tylko po receptę. Menedżer Zdrowia 2016; 4- 5: 74-75.

[6] Stodolak A.: Opinie studentów na temat wypisywania recept przez pielęgniarki. Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2016; 1(17): 41 – 57.
[7] Fuglewicz A.: Nowe uprawnienia pielęgniarek i położnych z perspektywy lekarza. Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2016; 1(17): 58 – 67.
[8] Labuda D., Chorążewicz M.: Kontrakt jako alternatywna forma zatrudnienia pielęgniarek w szpitalu. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21(3): 388-396.
[9] Binkowska-Bury M., Nagórska M., Januszewicz P.: Współczesna wizja pielęgniarstwa w systemie e-zdrowia. Problemy pielęgniarstwa 2010; 18(3): 342-347.
[10] Drela K.: Pacjenci, a e – zdrowie. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica 2010; 25: 115-126.
[11] Antczak A.: Zastosowanie telepielęgniarstwa w praktyce pielęgniarki neurologicznej. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne 2013; 3: 130-134.
[12] Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (t.j. Dz.U.2020, poz. 567 z późń. zm.).
[13] Binkowska-Bury M., Bartosiewicz A., Marć M., Januszewicz P.: Nowe ustawodawstwo dotyczące możliwości samodzielnego ordynowania leków i wystawiania recept przez pielęgniarki w Polsce: poglądy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Medycyna Rodzinna 2016; 19(2): 47-54.
[14] de Walden – Gałuszko K., Kaptacz A.: Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa 2017.
[15] Boruń T.: Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej– opis przypadku Adama. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2011; 1(3): 289–295.

dr n. o zdr. Bożena Kosińska
Agnieszka Zalas
mgr pielęgniarstwa, mgr pedagogiki
oraz specjalistka pielęgniarstwa opieki paliatywnej

Katarzyna Dymczyk-Ociepka, Iwona Przybylska-Jońca

ANALIZA SPOSOBU ŻYWIENIA W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII NA PODSTAWIE SZPITALA MSWIA W OPOLU

NUTRITION ANALYSIS IN THE INTENSIVE CARE UNIT BASED ON THE HOSPITAL MSWIA IN OPOLU

Streszczenie

Leczenie żywieniowe pacjentów oddziałów intensywnej terapii jest ważną i niezbędną składową terapii, ponieważ niedożywienie jest powodem wielu różnych komplikacji u krytycznie chorych i wpływa na cały proces leczenia. Pogarsza rokowania i zwiększa śmiertelność pacjentów, gdyż każda choroba powoduje pogorszenie stanu odżywienia. Niedożywienie szpitalne jest rozpoznawane u ok. 35 do 55% osób przebywających w szpitalach.

Każdy nowoprzyjęty pacjent musi zostać poddany ocenie stanu odżywienia przed wdrożeniem leczenia żywieniowego. Ma to na celu identyfikację chorych z istniejącymi lub mogącymi wystąpić zaburzeniami żywieniowymi. Do tego celu służy jedna z obowiązujących skal - NRS 2002 (Nutritional Risk Screening) opracowana w 2002 roku. Terapia żywieniowa jest prowadzona według wytycznych i standardów opracowanych przez towarzystwa żywieniowe na całym świecie.

Celem żywienia klinicznego jest uzyskanie poprawy stanu odżywienia oraz utrzymanie tego stanu na satysfakcjonującym poziomie, należy określić u chorych zapotrzebowanie energetyczne oraz zapotrzebowanie na substancje odżywcze, indywidualnie dla każdego chorego. Preferowana drogą dla żywienia, jest droga przewodu pokarmowego, pacjenci żywieni w ten sposób należą do grupy o lepszych rokowaniach. Przeciwwskazania żywienia enteralnego to wstrząs o ciężkim przebiegu, brak dostępu do przewodu pokarmowego i inne. Żywienie w oddziale intensywnej terapii należy rozpocząć w ciągu 24 do 48 godzin po przyjęciu i ustabilizowaniu stanu chorego. Jeżeli nie jest możliwe włączenie podaży dojelitowej lub podaż nie zapewnia właściwego pokrycia potrzeb energetycznych, wdraża się do terapii żywienie pozajelitowe. Jednakże najlepszym wyjściem jest połączenie obu metod żywienia. Dostępy do przewodu pokarmowego wykorzystywane u pacjentów intensywnej terapii to silikonowe zgłębniki żołądkowe (do krótkotrwałej

terapii) oraz przetoki odżywcze i jejunostomie (przy długotrwałym okresie karmienia). Drogą żywienia wykorzystywaną w prowadzeniu żywienia pozajelitowego jest dostęp dożylny (obwodowy, centralny czy port naczyniowy). W żywieniu klinicznym najlepszą metodą jest stosowanie zbilansowanych, gotowych do użycia diet przemysłowych, dostosowanych do stanu klinicznego pacjenta. Witaminy oraz pierwiastki śladowe powinny być włączone do terapii, ponieważ pacjenci krytycznie chorzy wykazują zawsze ich niedobory. W stosowanym leczeniu żywieniowym należy wziąć pod uwagę problemy występujące u pacjentów wentylowanych mechanicznie, pacjentów z niewydolnością nerek, chorych z cukrzycą, chorych po zabiegach operacyjnych czy z otyłością, ma to znaczenie kliniczne w dalszym procesie leczenia oraz w przyszłych rokowaniach. Cel pracy to omówienie zagadnień z zakresu żywienia oraz przeanalizowanie sposobu żywienia stosowanego w oddziale intensywnej terapii. Analizie została poddana dokumentacja medyczna 86 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala MSWiA w Opolu, w ciągu całego roku 2019. Okres trwania badań obejmował miesiące od grudnia 2019 roku do marca 2020 roku.

Summary

Nutritional treatment of intensive care patients is an important and indispensable component of the entire therapy, because malnutrition is the cause of many different complications in critically ill patients and affects the entire treatment process. The prognosis are getting worse and the mortality of patients increases, as any disease causes a deterioration of nutritional status. Hospital malnutrition is diagnosed in about 35% to 55% people being in hospital. Every newly admitted patient must be subjected to a nutritional assessment before starting nutritional treatment. The aim is to identify patients with existing or potential eating disorders. One of the NRS 2002 (Nutritional Risk Screening) scales developed in 2002 is used for this purpose.

Nutritional therapy is carried out according to the guidelines and standards developed by nutrition societies all over the world. The goal of clinical nutrition is to improve nutrition and maintaining this state at a satisfactory level. Energy and nutrient requirements should be determined individually for each patient. The preferred route for nutrition is the gastrointestinal tract. Patients fed in this way belong to the group with better prognosis. Contraindications for enteral nutrition are severe shock, lack of access to the digestive tract and others. Nutrition in the intensive care unit should be started within 24 to 48 hours after admission and stabilization patient's condition. If it is not possible to include enteral supply or if the supply does not provide adequate

coverage for energy needs, parenteral nutrition is introduced for therapy. However, the best solution is to combine both nutrition methods. Access to the gastrointestinal tract used in intensive patients is silicone gastric tubes (for short-term therapy) as well as nutritional fistulas and jejunostomy (with long-term feeding).The feeding route used in parenteral nutrition is intravenous access (peripheral, central or vascular port). The best method in clinical nutrition is to use balanced ready diets adapted to the patient's clinical condition. Vitamins and trace elements should be included in the therapy, because critically ill patients always show their deficiencies. The nutritional treatment used should take into account the problems occurring in mechanically ventilated patients, patients with renal failure, patients with diabetes, patients after surgery or obesity. It has clinical significance in the further treatment process and prognosis. The purpose of the work is to discuss issues from the nutrition scope and analyzing diets used in the intensive care unit. The medical documentation of 86 patients hospitalized in the Department of Anaesthesiology and Intensive Care at the Ministry of Interior and Administration in Opole was analyzed throughout the year 2019. The duration of the study consist months from December 2019 to March 2020.

Wstęp

W XXI wieku w dobie szybkiego i pełnego stresu życia, kiedy nie zastanawiamy się nad tym co jemy; w dobie fastfoodów, przetworzonego żywienia i cukru, rola leczenia żywieniowego jest nie do przecenienia. Od dawna wiemy, że jemy po to by żyć i bez dostarczanych składników odżywczych takich jak białka, tłuszcze, węglowodany czy witaminy nasz organizm nie jest w stanie właściwie funkcjonować, a tym bardziej regenerować się i zdrowieć.

Problem odżywiania w szpitalach jest bardzo ważny, gdyż prawidłowe żywienie pacjentów jest niezbędną częścią leczenia, a jego skuteczność została udowodniona na przestrzeni lat przez prowadzone badania. Efekty terapeutyczne żywienia będą zależały od stanu klinicznego pacjentów, jednostek chorobowych oraz stanu odżywienia poprzedzającego hospitalizację, jak i również od prawidłowości i schematów samego żywienia. Pacjenci hospitalizowani w różnych stadiach rozwoju choroby czy diagnostyki, to grupa specyficzna w leczeniu żywieniowym i powinni być poddani ocenie stanu odżywienia i analizie masy ciała podczas pobytu (jeśli jest to możliwe), ponieważ istnieje zależność pomiędzy długością pobytu chorego w szpitalu a upośledzeniem stanu odżywienia [1,6,7].

Niedożywienie prowadzi do poważnych konsekwencji u pacjentów krytycznie chorych przebywających w oddziałach intensywnej terapii:

wpływa na przyspieszenie katabolizmu, na gospodarkę elektrolitową i równowagę kwasowo - zasadową, przez co dochodzi do zaburzeń metabolicznych. To zaś ma znaczenie w farmakoterapii, gdyż zwiększa się ryzyko interakcji pomiędzy lekami oraz ryzyko działań niepożądanych leków stosowanych w OIT. Lekarze pracujący na intensywnej terapii muszą pamiętać, że niedożywienie wpływa niekorzystnie na leczenie oraz dalsze rokowania i śmiertelność pacjentów [2,4,5].

Żywienie, jako ważna część procesu terapeutycznego ma swoje wytyczne i standardy opracowane przez *European Society for Clinical Nutrition and Meatabolism* (ESPEN); Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN) czy Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego (PTŻK) [11,12,14].

Istotnym czynnikiem wpływającym na efekty leczenia żywieniowego w jednostce medycznej jest utworzenie i prawidłowe funkcjonowanie zespołu żywieniowego, którego zadaniem jest tworzenie i wdrażanie procedur żywieniowych oraz kontrolowanie i analizowanie całego procesu żywienia przy współpracy personelu medycznego, dietetyka oraz osób zatrudnionych w dziale żywienia.

Wdrażanie i przestrzeganie procedur, szkolenia oraz edukacja żywieniowa, to jedne ze składowych, które świadczą o jakości opieki medycznej, którą ma zapewnić jednostka w procesie hospitalizacji [3,8,9].

Cel pracy i metody

Celem pracy było przeanalizowanie sposobu żywienia pacjentów krytycznie chorych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Badaniu poddano wiek, płeć, skalę NRS 2002, długość pobytu, jednostki chorobowe oraz ich wpływ i znaczenie w doborze zastosowanego żywienia. Analizie poddano również występujące powikłania, ich ilość oraz czy wdrożone przez personel medyczny procedury żywieniowe mają wpływ na występowanie komplikacji podczas leczenia żywieniowego.

Problemy badawcze

Problemy badawcze w pracy zostały sformułowane w postaci pytań, które pozwoliły zebrać, przeanalizować dane potrzebne by uzyskać wiedzę i na te pytania odpowiedzieć.

1. Czy wiek oraz płeć pacjentów ma znaczenie w doborze stosowanego żywienia wśród chorych leczonych w oddziale intensywnej terapii?

2. Czy istnieje związek pomiędzy zastosowanym rodzajem żywienia a współistniejącymi jednostką/mi chorobowymi pacjentów?
3. Czy i jakie powikłania występują podczas żywienia chorych?
4. Czy wdrożenie procedur żywieniowych ma wpływ na zmniejszenie powikłań związanych z podażą żywienia?
5. Czy długość pobytu chorego ma znaczenia w rodzaju stosowanego żywienia?
6. Czy stosowanie skali NRS jest niezbędnym i dobrym sposobem określenia ryzyka niedożywienia wśród pacjentów intensywnej terapii?
7. Czy stosowanie odżywiania pacjentów w połączeniu żywienia dojelitowego i pozajelitowego ma znaczenie kliniczne?

Formułując problemy badawcze postawiono następujące hipotezy

1. Zakłada się, że w doborze zastosowanego żywienia wiek oraz płeć pacjentów nie mają znaczenia.
2. Zakłada się, że istnieje związek między rodzajem stosowanego żywienia a jednostkami chorobowymi.
3. Zakłada się, że podczas żywienia pacjentów mogą wystąpić powikłania.
4. Zakłada się, że wdrożenie procedur związanych z podażą żywienia minimalizuje ilość powikłań występujących podczas żywienia pacjentów intensywnej terapii.
5. Zakłada się, że długość pobytu chorego ma znaczenia w rodzaju zastosowanego żywienia.
6. Zakłada się, że skala NRS jest niezbędnym i dobrym sposobem oceny ryzyka niedożywienia w grupie pacjentów intensywnej terapii, którzy są narażenia na intensyfikację niedożywienia w następstwie prowadzonego leczenia oraz stanu klinicznego.
7. Zakłada się, że prowadzenie odżywiania chorych w połączeniu żywienia dojelitowego z pozajelitowym ma znaczenie kliniczne.

Metody badawcze oraz materiał wykorzystany do badań

Badania zostały przeprowadzone w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu, w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Analizie poddano dokumentację z okresu 01.01.2019 – 31.12.2019, dla której stworzono autorski kwestionariusz zbierania danych. W tym czasie w oddziale intensywnej terapii leczonych było 86 dorosłych pacjentów. W skład dokumentacji medycznej pacjentów, wchodziły: dobowa historia leczenia, która zawiera w sobie pielęgniarską kartę

obserwacyjną (monitorowania parametrów życiowych oraz innych ważnych parametrów dla leczenia, w tym wyniki badań gazometrycznych oraz poziomu glikemii), kartę zleceń, bilans dobowy, kartę założonych dostępów dożylnych i dostępów do przewodu pokarmowego, kartę obserwacji założonego wkłucia centralnego.

Analiza grupy badawczej

Analizą objęto grupę badawczą składającą się z 86 pacjentów, z czego 53 osoby to mężczyźni, a 33 to kobiety. Pacjenci w liczbie 13, to osoby do 50-tego roku życia, a 73 osoby to pacjenci powyżej 50-tego roku życia, a więc zdecydowana większość. Pod uwagę brałam również długość pobytu w oddziale – do 7 dni przebywało 37 chorych, do 14 dni przebywało 19 chorych, a powyżej 14 dni hospitalizowanych było 30 osób.

Analiza statystyczna została wykonana z wykorzystaniem pakietu statystycznego Statistica 13 oraz MS Excel 365.

Dane jakościowe (nieuporządkowane) zostały porównywane przy pomocy testów nieparametrycznych, takich jak test Chi2 Pearsona. Ocenie miedzy porównywanymi grupami zostały poddane wielkości procentowe.

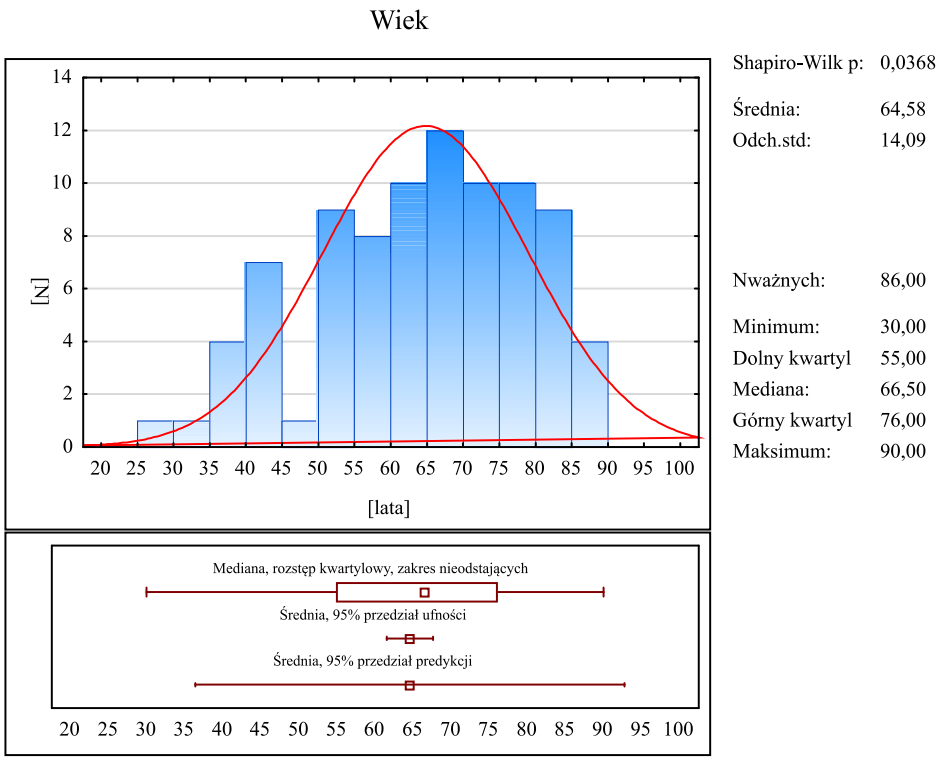
Dane uporządkowane (tam gdzie można nadać kierunek zmiany danego parametru np. wiek, objętość pokarmu) zostały przeanalizowane testami nieparametrycznymi do porównania dwóch grup tj. testem Manna-Whitney`a lub testem Kruskala-Wallisa.

Za różnice istotne między grupami uznawano te, gdzie wartość $p<0,05$ dla wykorzystanego testu statystycznego.

Analiza i omówienie wyników przeprowadzonych badań

Charakterystyka grupy

Cała grupa badawcza składała się z 86 pacjentów, gdzie 61,63% osób to płeć męska a pozostałe 38,37% żeńską. Informacje dotyczące wieku wskazują, że średnio wynosi on 64,58 lat z odchyleniem standardowym na poziomie 14,09 lat. Zakres wieku mieści się w przedziale od 30 do 90 lat z medianą wynoszącą 66,5 lat. Połowa badanych osób mieści się w przedziale 55 do 76 lat.



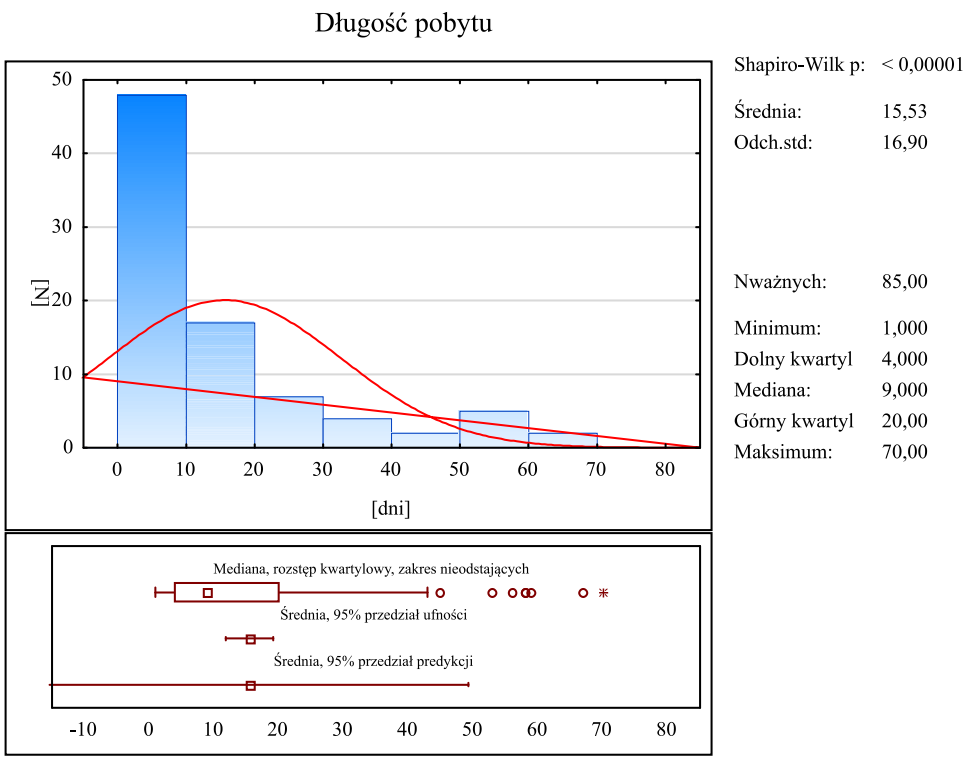
Ryc.1. Poziom wieku badanych osób (N=86).

Ocena kliniczna

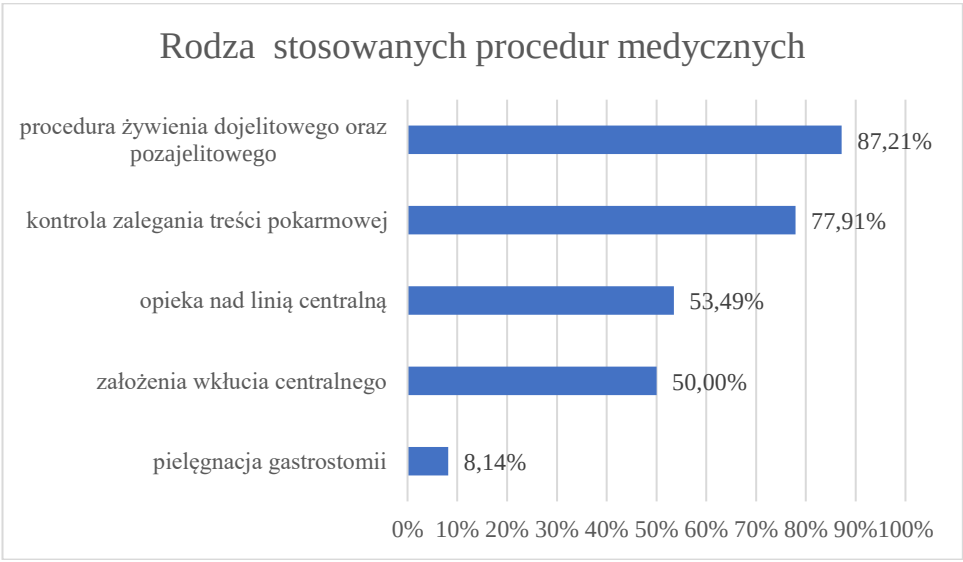
Wśród badanych pacjentów najczęściej występującą jednostką chorobową była ostra niewydolność oddechowa (ONO). Zaobserwowano ją u 77,91% badanych (25,58% jako jedyna jednostka, a u 47,67% łącznie z inną jednostką chorobową).

Długość pobytu pacjentów na oddziale. Wykluczona została dokumentacja pacjenta bardzo mocno odstającego od pozostałych rezultatów, którego pobyt trwał 365 dni. Uzyskane wyniki dla pozostałych chorych mieściły się od 1 do 70 dni. Średni okres pobytu pacjentów w oddziale wynosił 15,53 dni, gdzie u połowy badanych mieścił się w przedziale od 4 do 20 dni.

Do najczęściej stosowanych należy procedura żywienia dojelitowego oraz pozajelitowego – 87,21% wskazań. Kontrola zalegania treści pokarmowej w żołądku była wykonywana u 77,91% osób. Niemal u połowy pacjentów stosowano procedurę opieki nad linią centralną oraz procedurę założenia wkłucia centralnego (odpowiednio 53,49% oraz 50% badanych). Procedura pielęgnacji gastrostomii była obecna jedynie u 8,14% osób.



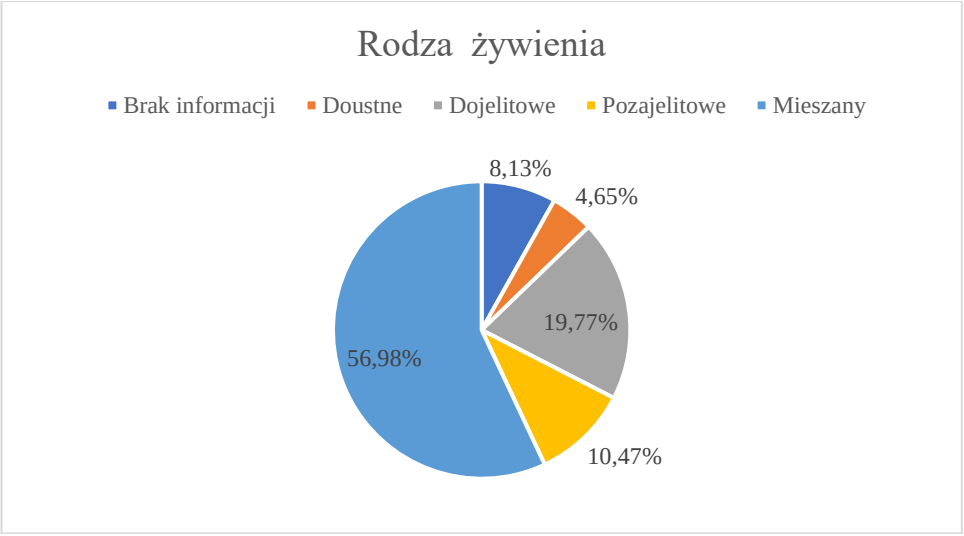
Ryc. 2. Rozkład wyników dotyczący długości pobytu pacjenta w oddziale (N=86).



Ryc. 3. Informacje o zastosowanych procedurach medycznych (N=86).

Ocena żywienia

Do najczęściej stosowanego żywienia należy zaliczyć żywienie mieszane, które zastosowano u 56,98% osób.



Ryc. 4. Informacje o rodzaju żywienia zastosowanego u badanych osób (N=86).

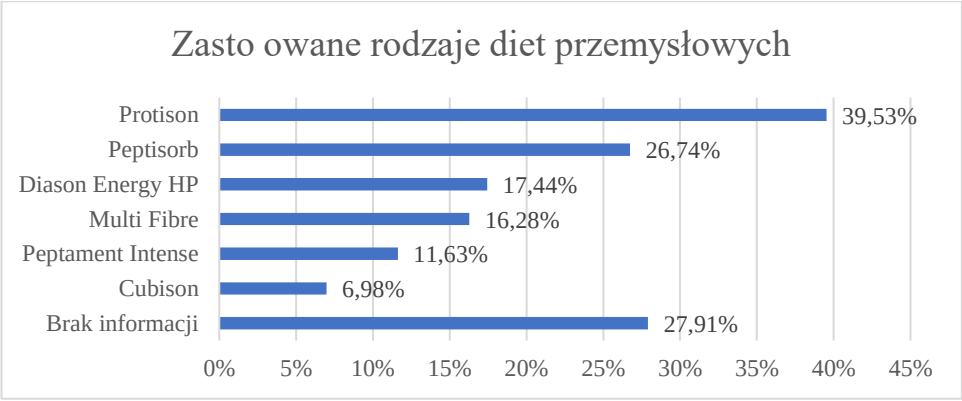
Dla objętości podstawowej jest to 1000mL – 45,35% całej grupy, a dla objętości 1500mL – 29,07%. Pozostałe wyniki dotyczą objętości na poziomie 200mL, 625mL, 1250mL.

W przypadku objętości uzupełniającej należy wskazać, że występuje ona jedynie u 33 osób (38,27% całej grupy). Najczęściej podawaną objętością uzupełniającą jest 625mL. Pacjenci przyjmujący 1000mL, 1250mL oraz 1500mL stanowią pozostałe około 8% badanych.

Tab. 1. Rozkład wyników dotyczący objętości zastosowanego żywienia podstawowego oraz dodatkowego (N=86).

Objętość [mL]	Podstawowe		Dodatkowe	
	N	%	N	%
Brak	11	12,79	53	61,63
200	1	1,16	0	0,00
500	5	5,81	0	0,00
625	5	5,81	27	31,40
1000	39	45,35	1	1,16
1250	0	0,00	4	4,65
1500	25	29,07	1	1,16

Do najczęściej stosowanych diet przemysłowych należy Nutrison: Protison – 39,53% osób, Peptisorb – 26,74%. Takie diety jak Nutrison Diason HP Energy, Nutrison Multi Fibre, Peptamen Intense, Nutrison Cubison były przyjmowane przez 6,98% badanych do maksymalnie 17,44%.

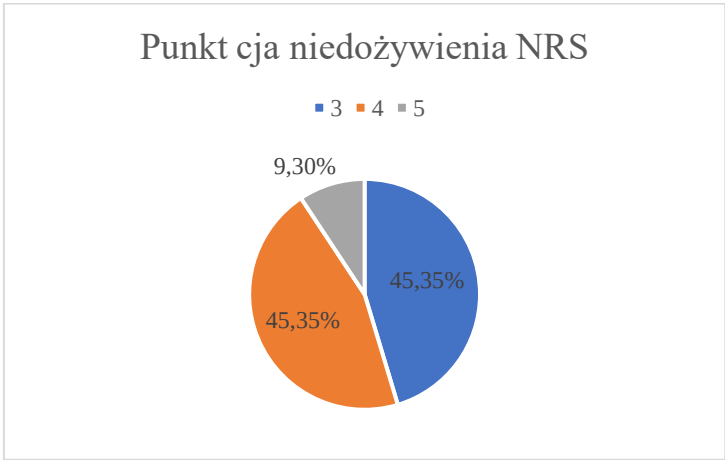


Ryc.5. Informacje o rodzaju zastosowanych diet przemysłowych (N=86).

Powikłania i rodzaje zaburzeń żywienia

Wyniki dla skali NRS 2002 dotyczące niedożywienia umieszczono na rycinie. Rezultaty przyjmują jedynie trzy wartości na skali od 0 do 5. Osoby posiadające niedożywienie na poziomie 3 stanowią 9,30% całej grupy, z wartością 4 obecnych jest 45,35% chorych, a z wartością 5 odpowiednio 45,35%.

Najczęściej występujące powikłania żywienia to: zaburzenia glikemii i zaparcia – częstość występowania 53,49% oraz 48,84% całej grupy.



Ryc.6. Informacje o poziomie niedożywienia badanych pacjentów (N=86).

Ocena poziomu niedożywienia

W tabeli umieszczono rezultaty dotyczące porównania stopnia niedożywienia w stosunku do płci i głównej jednostki chorobowej oraz dostępu do przewodu pokarmowego. Wyniki analizy poziomu niedożywienia względem płci nie wskazują istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami.

Drugie porównanie dotyczące głównej jednostki chorobowej obecnej u ankietowanych również nie wskazuje istotnych różnic między porównywanymi grupami, a różnice maksymalnie sięgają około 10%.

Podobnie również w przypadku zastosowanego dostępu do przewodu pokarmowego, nie zaobserwowano różnic między stopniem niedożywienia pacjentów.

Tab. 2. Ocena opisowa oraz statystyczna niedożywienia w stosunku do płci oraz głównej jednostki chorobowej i dostępu do przewodu pokarmowego badanych osób (N=86).

Odpowiedzi	Niedożywienia NRS: ocena trzy		Niedożywienia NRS: ocena cztery i ponad cztery		Wynik testu	Wartość p
	N	%	N	%		
Płeć						
Mężczyźni	27	69,23	26	55,32	1,744	0,187
Kobiety	12	30,77	21	44,68		
Główna jednostka chorobowa						
NZK	2	5,13	5	10,64	3,290	0,655
NZK/ inne	3	7,69	2	4,26		
ONN/ inne	1	2,56	3	6,38		
ONO	12	30,77	10	21,28		
ONO/ inne	17	43,59	24	51,06		
Inne	4	10,26	3	6,38		
Dostęp do przewodu pokarmowego						
Zgłębnik żołądkowy	30	85,71	35	85,37	0,002	0,966
Oba dostępy	5	14,29	6	14,63		

Test Chi2 Pearsona

Porównanie poziomu niedożywienia różnicuje wiek badanych osób. Dla przeprowadzonego porównania wartość p<0,001.

Poziom niedożywienia w skali NRS 2002 nie różnicuje z kolei długości pobytu na oddziale. Przeprowadzone porównanie nie wykazało istotnych różnic między grupami, gdzie wartość p=0,801.

Tab. 3. Analiza opisowa oraz statystyczna porównania wieku oraz długości pobytu między grupą niedożywienia w skali NRS na poziomie trzy oraz cztery i ponad cztery punkty (N=86).

Niedożywienia NRS	N	$\bar{x}$	SD	Min	Q_1	Me	Q_3	Maks	Wynik testu	Wartość p
Wiek [lata]										
Trzy	39	57,8	12,8	30	50	60	66	84	4,340	**<0,001**
Cztery i ponad cztery	47	70,2	12,6	36	64	72	79	90		
Długość pobytu [dni]										
Trzy	39	16,1	16,8	1	2	11	20	70	0,252	0,801
Cztery i ponad cztery	47	22,5	53,8	1	4	8	22	365		

Test Manna-Whitney`a

Rodzaj żywienia

Przeprowadzone porównanie dla pierwszego parametru nie wskazuje na wystąpienie istotnych różnic między grupami.

Drugie porównanie oceniające długość pobytu, wykazuje istotne różnice między grupami badanych. Pacjenci, którzy byli żywieni w sposób mieszany byli najdłużej hospitalizowani (27,82 dni dla średniej i 15 dni dla mediany). Uzyskane wyniki analizy statystycznej testem Kruskala-Wallisa wskazują wartość p<0,001.

Tab. 4. Analiza opisowa oraz statystyczna porównania wieku badanych pacjentów oraz długości pobytu z podziałem na rodzaj zastosowanego leczenia (N=86).

Rodzaj żywienia	N	$\bar{x}$	SD	Min	Q_1	Me	Q_3	Maks	Wynik testu	Wartość p
Wiek [lata]										
Mieszany	49	64,98	12,79	35	59	66	75	86	1,953	0,744
Dojelitowe	17	65,12	15,65	30	55	68	81	82		
Brak informacji	7	65,71	14,28	44	55	67	78	86		
Pozajelitowe	9	58,89	13,53	42	43	63	70	77		
Doustne	4	68,25	26,13	36	47	73,5	89,5	90		
Długość pobytu [dni]										
Mieszany	49	27,82	52,79	1	7	15	31	365	29,261	**<0,001**
Dojelitowe	17	14,71	10,72	1	7	13	22	36		
Brak informacji	7	1,14	0,38	1	1	1	1	2		
Pozajelitowe	9	5,56	4,30	1	2	4	8	13		
Doustne	4	3,50	2,38	1	1,5	3,5	5,5	6		

Test Kruskala-Wallisa

W obu analizowanych przypadkach występują istotne różnice między grupami. Osoby, które dostały żywienie mieszane i dojelitowe posiadają istotnie więcej powikłań niż pozostałe grupy pacjentów. W dwóch pierwszych grupach ilość występujących powikłań dla mediany sięga odpowiednio 3 i 2 przypadków, a dla pozostałych grup jest na poziomie bliskim 0. Dla przeprowadzonego porównania wartość $p<0,001$ z testu Kruskala-Wallisa.

Ilość zastosowanych procedur żywieniowych również istotnie się różni dla porównywanych grup badanych. Osoby, które otrzymały żywienie doustne oraz u których nie ma informacji, jakie otrzymały żywienie nie miały wdrożonych procedur. Pozostałe grupy z żywieniem mieszanym, dojelitowym oraz pozajelitowym miały najczęściej średnio od 2 do 3,5 wdrożonych procedur, co przekłada się na takie same rezultaty mediany. Dla przeprowadzonego porównania wartość $p<0,001$ z testu Kruskala-Wallisa.

Tab. 5. Analiza opisowa oraz statystyczna porównania ilości powikłań żywieniowych oraz ilości procedur związanych z podażą żywienia dojelitowego oraz pozajelitowego z podziałem na rodzaj zastosowanego leczenia (N=86).

Rodzaj żywienia	N	$\bar{x}$	SD	Min	Q_1	Me	Q_3	Maks	Wynik testu	Wartość p
Powikłania żywieniowe										
Mieszany	49	2,35	1,23	0	2	3	3	6	30,769	**<0,001**
Dojelitowe	17	1,88	1,22	0	1	2	3	4		
Brak informacji	7	0,00	0,00	0	0	0	0	0		
Pozajelitowe	9	0,56	0,88	0	0	0	1	2		
Doustne	4	0,50	0,58	0	0	0,5	1	1		
Procedury związane z podażą żywienia dojelitowego oraz pozajelitowego										
Mieszany	49	3,57	0,96	2	3	4	4	5	51,588	**<0,001**
Dojelitowe	17	2,06	0,24	2	2	2	2	3		
Brak informacji	7	0,00	0,00	0	0	0	0	0		
Pozajelitowe	9	3,11	0,60	2	3	3	3	4		
Doustne	4	0,00	0,00	0	0	0	0	0		

Test Kruskala-Wallisa

Dyskusja

Intensywna terapia należy do dziedzin interdyscyplinarnych, gdzie współpracuje ze sobą personel medyczny różnych dziedzin. Jej specjalnością jest zajmowanie się pacjentami w stanach zagrożenia życia, kiedy potrzebne jest podtrzymywanie podstawowych funkcji życiowych i występuje niewydolność wielonarządowa. Wykwalifikowany personel pielęgniarski oraz lekarski oddziału prowadzi całodobowy nadzór nad chorymi oraz wysokospecjalistyczna opiekę i leczenie hospitalizowanych pacjentów, w której zakres wchodzi odżywianie [16].

Najnowsze wydanie „Standardów Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego" (pod redakcją Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego,

Dojelitowego i Metabolizmu z 2019 roku) zawiera wskazówki i wytyczne różnych towarzystw żywieniowych, które zostały opisane przez znamienitych autorów, na co dzień zajmujących się leczeniem żywieniowym [14].

Zgodnie z tymi wytycznymi, dotyczącymi intensywnej terapii oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z listopada 2013 roku pacjent, który jest przyjmowany do oddziału, musi mieć wykonaną ocenę związaną z ryzykiem niedożywienia (wg skali NRS 2002), by zidentyfikować poziom niedożywienia oraz wskazać chorych zagrożonych niedożywieniem [14].

Przeprowadzone przeze mnie badania wykazały, że 100% pacjentów leczonych w oddziale intensywnej terapii miało wykonaną ocenę posługując się skalą NRS 2002 i że jest ona niezbędnym narzędziem wykorzystywanym do planowania terapii żywieniowej.

Powyższe wytyczne mówią również o preferowanej drodze podaży żywienia dla krytycznie chorych, jaką jest droga dojelitowa (pacjenci żywieni w ten sposób mają lepsze rokowania). Żywienie parenteralne należy wdrożyć, jeżeli chory jest bardzo mocno niedożywiony i kiedy żywienie enteralne jest niemożliwe lub nie jest w stanie pokryć wydatku energetycznego jak i zapotrzebowania na substancje odżywcze. W badaniach własnych wykazano, że udział żywienia droga dojelitową wyniósł 19,77%, żywienia pozajelitowego 8,13%, a największy udział procentowy ma żywienie mieszane 56,98%. Jest to zależne od stanu klinicznego hospitalizowanych pacjentów, możliwości zastosowania wybranej drogi odżywiania oraz chorób współistniejących. Wskazuje to, iż planując terapię żywieniową bierze się wszystkie aspekty choroby podstawowej oraz choroby współistniejące, a także stan kliniczny pacjenta pod uwagę.

Istnieje zależność pomiędzy śmiertelnością pacjentów w stanie krytycznym a ich stanem odżywienia [8], wskazuje również na to wieloośrodkowe badanie NutriOne przeprowadzone w Polsce. Wykazało ono poprawę stanu chorych po podaży dedykowanego preparatu dla krytycznie chorych z niewydolnością oddechową i krążenia, również stosowany w cukrzycy (mniejsza zawartość węglowodanów) ze względu na działania pożądane, czyli obniżenie poziomu glikemii oraz związane z tym zmniejszone zapotrzebowanie na insulinę [10,13].

W badaniach własnych zaobserwowano stosowanie preparatów specjalistycznych zgodnie ze stanem klinicznym oraz jednostkami chorobowymi – główne preparaty stosowane u pacjentów intensywnych to Nutrison Protison, Nutrison Advanced Diason Energy HP oraz Peptamen Intense (42,86%). Jednakże grupa 86 osób okazała się za mała by wykonać statystyczne wyliczenia.

Witaminy oraz pierwiastki śladowe są niezbędne podczas leczenia chorych w oddziałach intensywnej terapii. Większość krytycznie chorych wykazuje ich niedobór [16]. Jednakże brak jest dowodów mówiących

jednoznacznie o korelacji pomiędzy podawaniem pierwiastków śladowych i witamin a wpływem na wyniki prowadzonej terapii u krytycznie chorych [9]. Wśród badanych pacjentów oddziału podaż dodatków, uzupełniająca niedobory, odbywała się drogą dożylną lub doustną. Formę dożylną otrzymało 34,88% chorych, oba rodzaje, czyli formę doustną i dożylną otrzymało 36,28% chorych. Lekarze zakładają, że podaż z dietami dojelitowymi witamin, pierwiastków, makro oraz mikroelementów jest niewystarczająca i należy je dodatkowo suplementować.

Wiessen i wsp. biegunka to jedno z najczęściej występujących powikłań w trakcie żywienia dojelitowego [15,16]. W przeprowadzonej analizie w oddziale intensywnej terapii biegunki stanowiły 6,98% powikłań. Wahania poziomu glikemii stanowiły 53,49%, zaparcia 48,84%, zalegania treści w żołądku stanowiły 33,72% a luźne stolce 23,26% występujących powikłań. U 24 osób nie zaobserwowano żadnych powikłań.

Pacjenci odżywiani enteralnie otrzymywali mieszanki przemysłowe z podażą na pompę. Trudno jest określić czy występowanie biegunek w większości przypadków było powikłaniem prowadzonego żywienia czy np. podażą antybiotyków i/lub występującym zakażeniem.

Wszyscy pacjenci odżywiani dojelitowo mieli wykonywane codziennie próby zalegania treści w żołądku oraz kontrolę położenia dostępu do przewodu pokarmowego. Chorzy byli żywieni w prawidłowej pozycji ciała – głowa oraz górna część tułowia uniesione pod kątem 30 do 45 stopni. W dokumentacji medycznej chorego odnotowywano występujące powikłania.

Żywienie parenteralne odbywało się drogą cewników centralnych, osobami odpowiedzialnymi za założenie wkłucia centralnego byli lekarze anestezjolodzy oddziału intensywnej terapii.

Opiekę nad linią centralną sprawował personel pielęgniarski wg obowiązujących procedur, a obserwacje i wykonane czynności zostały odnotowywane w karcie obserwacji cewnika centralnego.

Wszyscy pacjenci otrzymali gotowe worki RTU (*Ready to Use*) z mieszaniną żywieniową. Długość wlewów wahała się od 16 do 24 godzin (zgodnie z procedura: nie mniej niż 8 godzin i nie dłużej niż 24 godziny).

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdza się, że wdrożenie i przestrzeganie procedur podczas terapii żywieniowej wpływa na ograniczenie powikłań, których nie da się całkowicie wyeliminować.

Leczenie żywieniowe jest nierozerwalna częścią intensywnej terapii, ale prowadzone w sposób nieumiejętny może spowodować niemałe szkody, należy o tym pamiętać podczas leczenia chorych w oddziale [8].

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych analiz oraz otrzymanych wyników zostały wyciągnięte następujące wnioski:

1. Płeć pacjentów, główna jednostka chorobowa, dostęp do przewodu pokarmowego oraz długość hospitalizacji, nie są różnicowane ze względu na poziom niedożywienia w skali NRS;
2. Osoby z oceną niedożywienia wynoszącą 3 punkty w skali NRS, są młodsze niż te, których ocena niedożywienia jest na poziomie 4 lub 5 punktów.
3. Poziom niedożywienia nie był powiązany z objętością przyjmowanego żywienia na dobę (podstawowego ani dodatkowego) oraz nie wpływał na ilość różnych rodzajów stosowanych diet przemysłowych;
4. Stopień niedożywienia nie był powiązany z występowaniem powikłań i ich ilością, ani z ilością zastosowanych procedur medycznych związanych z podażą żywienia dojelitowego oraz pozajelitowego;
5. Długość pobytu istotnie wpłynęła na rodzaj zastosowanego żywienia u pacjentów, na ilość powikłań żywieniowych oraz ilość zastosowanych procedur medycznych związanych z podażą żywienia dojelitowego oraz pozajelitowego.
6. Podczas terapii żywieniowej wystąpiły powikłania żywieniowe, ale wdrożone procedury żywieniowe miały wpływ na ograniczenie ilości występujących powikłań.
7. Potwierdza się związek pomiędzy zastosowanymi dietami specjalistycznymi, a jednostkami chorobowymi pacjentów.
8. Stosowanie żywienia mieszanego u pacjentów intensywnych ma znaczenie kliniczne. Jest indywidualnie dostosowane i modyfikowane podczas całej terapii do aktualnego stanu chorego i wpływa na dalsze rokowania oraz okres zdrowienia.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Jarosz M. i in.: Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach. Instytut Żywności i Żywienia. Warszawa 2011.
[2] Dobrowolska E. i in.: Niedożywienie – implikacje dla farmakoterapii w Oddziale Intensywnej Terapii. Anestezjologia i Ratownictwo 2014; 8: 339-348.
[3] Matras P., Bartoszewska L., Rudzki S.: Zespół Leczenia Żywieniowego – Procedury. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2013.
[4] Szczygieł B., Ukleja A.: Jak rozpoznać niedożywienie – kieszonkowy poradnik. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2017.
[5] Kłęk S. i wsp.: Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Wydawnictwo Scientifica. Kraków 2014.
[6] Sobociński J.: Praktyczny poradnik żywienia dojelitowego. Nutricia 2015.
[7] Zmarzły A.: Farmakoterapia przez zgłębniki enteralne. Poradnik dla personelu medycznego. PZWL. Warszawa 2017.
[8] Sobotka K. i in.: Podstawy żywienia klinicznego edycja IV. Wydawnictwo Scientifica. Kraków 2013.
[9] Kübler A., Jankowski M., Jaeschke R.: Wybrane problemy wentylacji mechanicznej i żywienia chorych. Wydawnictwo Makmed Lublin 2016.
[10] Wieczorek A. i wsp.: OpenAccess „Nutri-One - wieloośrodkowe badanie obserwacyjne efektów stosowania dedykowanego preparatu żywieniowego Nutrison Advanced Diason Energy HP u ciężko chorych pacjentów z niewydolnością oddechową w okresie poprawy. Postępy Żywienia Klinicznego - Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu. Wydawnictwo Scientifica. Kraków 2017.
[11] Zmarzły A.: Niedożywienie w praktyce ambulatoryjnej. Wrocław 2015.
[12] Kłęk i wsp.: Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Wydawnictwo Scientifica Kraków 2019.
[13] Mogensen K.M. i wsp.: Nutritional Status and Mortality in the Critically III. Crit Care Med. 2015; Dec: 43 (12): 2605 – 15.
[14] Wiesen P., Van Gossuan A., Preier J.C.: Diarrhea in the critically ill: Curr Opin Crit Care. 2006; 12 (2):149-54.
[15] Gaszyński W.: Intensywna Terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej. Repetytorium. PZWL. Warszawa 2013.
[16] Woroń J, Malec-Milewska M.: Chory chirurgiczny na OIT. Wydawnictwo Makmed. Lublin 2017.

Marta Majorczyk, Milena Knaś

OKREŚLENIE CZYNNIKÓW I OCENA WYSTĘPOWANIA ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH I SYNDROMU WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PIELĘGNIAREK

DETERMINATION OF FACTORS AND ASSESSMENT OF THE OCCURRENCE OF DEPRESSIVE DISORDERS AND BURNOUT SYNDROME AMONG NURSES

Streszczenie

Wstęp: Zaburzenia depresyjne i syndrom wypalenia zawodowego oraz związane z nimi objawy psychosomatyczne w grupie zawodowej pielęgniarek stanowią w ostatnich latach przedmiot wielu analiz. Problemy zdrowotne związane są doświadczaniem przewlekłego stresu, wynikającego ze specyfiki zawodu pielęgniarki. Ma na to wpływ m.in. kontakt z cierpieniem lub śmierć chorego.
Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 117 pielęgniarek, pracujących w różnych ośrodkach opieki zdrowotnej. Metodą sondażu diagnostycznego zostały zebrane dane oceniające zakres występowania zaburzeń depresyjnych oraz możliwych czynników je wywołujących w ujęciu subiektywnych odczuć badanych pielęgniarek. Do oceny stopnia nasilenia dolegliwości psychosomatycznych wykorzystano analogową skalę od 0 do 10.
Wyniki i wniosek: Analiza zebranych danych wykazała, że u większości ankietowanych występuje średni poziom lęku i wyczerpania emocjonalnego, a aż 28,2% miało zdiagnozowaną depresję. 41,5% badanych pielęgniarek deklaruje, że pracuje ponad wymiar godzin. 46,1% grupy badanej zmaga się z przewlekłą bezsennością a 35,9% z nerwicą. Jednocześnie nieco ponad 70% ankietowanych stwierdziło, że skutecznie radzi sobie ze stresem w miejscu pracy. Podsumowując, grupa zawodowa pielęgniarek jest zagrożona występowaniem zaburzeń depresyjnych i syndromu wypalenia zawodowego.
Słowa kluczowe: depresja, syndrom wypalenia zawodowego, pielęgniarka, stres.

Abstract

Backgroud: In *recent years*, there *has been* an increasing interest in analyzing of depressive disorders, burnout syndrome and the related psychosomatic symptoms in the professional group of nurses. Health problems are related to the experience of chronic stress resulting from specificity of the nursing profession. Contact with suffering or the death of a sick patient contribute to this phenomenon.
Material and method: the study involved 117 nurses working in various health care centers. The data was collected by using a diagnostic survey. The data concerned the range of occurrence of depressive disorders and possible factors causing it the study group. The analog scale from 0 to 10 was used to assess the severity of psychosomatic symptoms in the study group.
Results and conclusions: the analysis showed that most of the respondents had an average level of anxiety and emotional exhaustion. 28.2% were diagnosed with depression. 41.5% of the surveyed nurses declared that they work overtime. 46.1% of the study group struggled with chronic insomnia and 35.9% of them with neurosis. At the same time, just over 70% of the respondents argued that they effectively cope with stress at work. In summary, the professional group of nurses are at risk of developing depressive disorders and burnout syndrome.
Key words: depression, burnout syndrome, nurse, stress.

Wstęp

Depresja to zespół zaburzeń nastroju, który prowadzi do upośledzenia funkcjonowania chorego w codziennym życiu. Jest uznawana za jedną z chorób cywilizacyjnych XXI wieku. Depresja to współczesny problem zdrowia psychicznego, który dotyka różne grupy zawodowe [1]. Przyjmuje ona formę określonego stanu psychicznego, któremu towarzyszą: obniżony nastrój, utrata zainteresowań, brak chęci do życia, słaba koncentracja, zaburzenia nastroju, mniejszy poziom energii, aktywności i zainteresowań oraz w nagłych przypadkach myśli samobójcze [2]. Istotne zaburzenia depresyjne wywołane są najczęściej przez długo oddziałujące czynniki psychospołeczne. Wśród nich należy wymienić m.in. stres, traumatyczne przeżycia, choroby, zaburzenia somatyczne oraz określone stany emocjonalne. Inne faktory, które wpływają na rozwój depresji to: genetyczne, rodzinne, osobowe i życiowe [3].

Depresja jako jednostka chorobowa określana jest jako zaburzenie psychiczne i behawioralne. W psychopatologii depresja przyjmuje określone formy, takie jak: zespół depresyjny, depresja kliniczna, zaburzenie

depresyjne, epizod depresyjny [4]. Pużyński S. i in. [5] oraz Pełka-Wisiecka I. i Samochowiec J. [6] wyróżnili następujące rodzaje depresji: sezonowa, poporodowa, endogenna, egzogenna, nerwicowa, jednobiegunowa, dwubiegunowa, maskowana, lękowa, urojeniowa, hipochondryczna, anestetyczna.

Syndrom wypalenia zawodowego, jako pierwszy badał amerykański psychiatra: H. Freudenberger [7]. Uznał on, że stan ten spowodowany jest „przytłoczeniem" problemami innych osób. Do objawów klinicznych wypalenia zawodowego należy: fizyczne i psychiczne wyczerpanie, niecierpliwość, skłonność do irytacji, znudzenie, cynizm, izolowanie się, tłumienie uczuć, postawa wyższości, podejrzliwość, zakłócenia orientacji i zaburzenia psychosomatyczne [8].

Maslach C. [9] syndrom wypalenia zawodowego utożsamia z utratą troski o innego człowieka. Autor uważa, że jest to problem kliniczny, który jest procesem destrukcyjnym, wynikającym z niskiego morale pracowników oraz absencją chorobową. Maslach jest autorką trójwymiarowego modelu procesu wypalenia zawodowego. Obejmuje on: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz obniżone poczucie dokonań osobistych [10].

Wypalenie zawodowe zdaniem Sęk H. [11] składa się z czterech etapów. Pierwszym z nich jest podtrzymywanie entuzjazmu, spędzanie coraz więcej czasu w pracy i realizacji coraz to większej ilości obowiązków. Drugim etapem jest stagnacja. Po pewnym czasie pracownik uświadamia sobie, że nic nie zmienia się w jego pracy. Trzecim etapem jest frustracja, która charakteryzuje się poczuciem bezsensu, beznadziejności oraz braku kompetencji. Czwartym ostatnim jest apatia. Autor uważa, że na rozwój wypalenia zawodowego mają wpływ następujące czynniki: nasilenie stresu zawodowego, uznawanie sytuacji zawodowej, jako zagrożenie oraz unikanie sytuacji stresowych.

Pielęgniarka w swoim zawodzie narażona jest na wiele czynników psychospołecznych. Najważniejszymi z nich jest presja czasu i nadmierne obciążenie zadaniami oraz brak uznania za wykonywaną pracę. Inne czynniki to monotonia związana z wykonywaniem codziennych czynności, zła organizacja, brak możliwości zgłaszania i realizacji własnych pomysłów, brak zrozumienia i pomocy ze strony współpracowników [12].

Do najczęstszych czynników stresogennych w zawodzie pielęgniarki należą m.in. czynniki: związane ze specyfiką pracy, organizacją pracy, społeczne i psychologiczne. Do jednych z najważniejszych należą faktory związane z „zakłóceniami praca-dom", gdzie wyróżnia się pracę zmianową, nieregularny grafik pracy a także nadgodziny [13].

Zaburzenia depresyjne u pielęgniarek powodują liczne dolegliwości somatyczne związane z układem sercowo – naczyniowym, pokarmowym

i nerwowym oraz szereg zmian związanych z funkcjonowaniem społecznym, wyglądem i samooceną [14].

Celem niniejszego badania było określenie subiektywnych czynników mających wpływ na występowanie zaburzeń depresyjnych i syndromu wypalenia zawodowego u pielęgniarek oraz ocena skali występowania badanego zjawiska.

Materiał i metody badawcze

Badaniem objęto 117 pielęgniarek ze stażem pracy od 1 do ponad 20 lat, które pracowały w systemie jednozmianowym (26,5%) i wielozmianowym (73,5%). W tabeli 1 zamieszczono charakterystykę grupy badanej. W obserwacji uczestniczyły pielęgniarki, które pracowały w szpitalu, przychodni, POZ, ZOL, hospicjum, sanatorium, domu opieki, stacji dializ oraz w szkole. Zdecydowana większość ankietowanych pracowała w obiektach szpitalnych (Tabela 2). W ramach niniejszego badania zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był Autorski Kwestionariusz Ankiety (AKA).

Autorski Kwestionariusz Ankiety składał się z metryczki i 16 pytań głównych. Pytania główne dotyczyły określenia czynników depresji ściśle związanych ze specyfiką pracy i miejscem pracy. Ankietowani zostali poproszeni o: opinię na temat depresji, określenie częstość występowania dolegliwości somatycznych oraz trudnych sytuacji w miejscu pracy.

AKA zawierał również część pytań dotyczących skali występowania zjawiska wypalenia zawodowego wśród badanej grupy oraz czynników mogących wpływać na pojawienie się tego syndromu.

Tab. 1 Charakterystyka grupy badanej

Parametr	**X ± SD**	**%**
Płeć: K	-	99,1
M	-	0,9
Wiek (średni)	32 ± 14,2	
Wykształcenie: wyższe	-	89,74
średnie	-	10,26

Tab. 2 Charakterystyka osób ankietowanych pod względem miejsca pracy

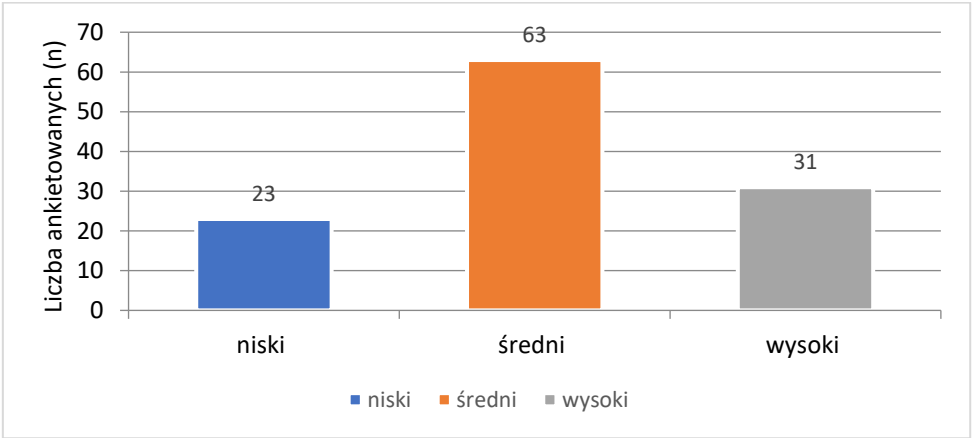
Miejsce pracy	Procent [%]
Szpital	77
Przychodnia	7,7
POZ	5,1
Hospicjum	0,8
Inne	9,4
Razem	**100**

Wyniki badania właściwego

I. Częstość występowania zaburzeń psychosomatycznych i syndromu wypalenia zawodowego w grupie badanych pielęgniarek.

W grupie prawie połowa (46,1%) zadeklarowała, że ma przewlekły problem z bezsennością. Liczba badanych zmagających się z nerwicą to aż 35,9%, a 28,2% miało zdiagnozowaną depresję. Prawie 18% osób zaobserwowało inne dolegliwości, które według ankietowanych mają związek z pełnionym zawodem. Najczęściej były wymieniane: zaburzenia rytmu serca, bóle mięśniowo – stawowe, lęki, zaburzenia odżywiania, przewlekłe zmęczenie, bóle głowy, astma, zespół jelita drażliwego, bóle brzucha i kręgosłupa.

Wyniki badania wskazują na częste występowanie zjawiska wyczerpania emocjonalnego, które wiąże się z zaburzeniami depresyjnymi. Więcej niż połowa badanych, (53,8%) swój poziom wyczerpania emocjonalnego oceniła jako średni, 26,5% osób oceniło jako wysoki, a 19,6% jako niski (Ryc. 1).

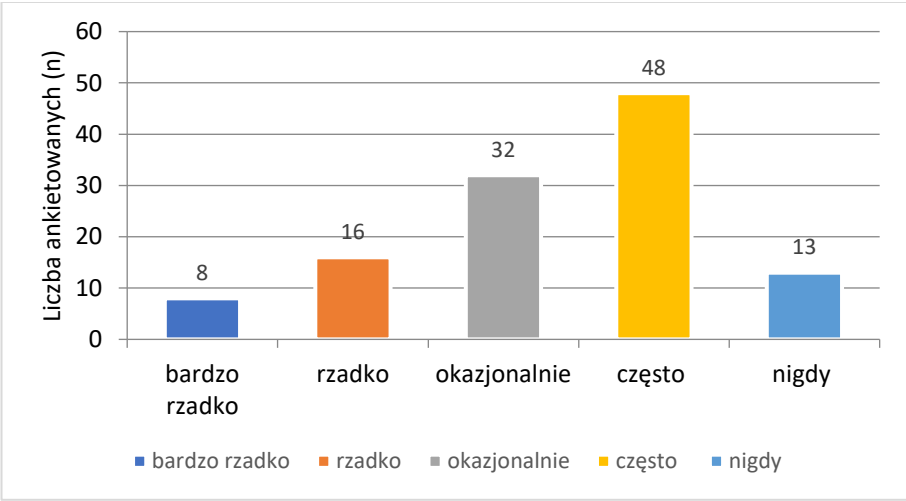


Ryc.1 Poziom wyczerpania emocjonalnego wśród badanych pielęgniarek.

Niepokojący jest fakt, iż prawie połowa grupy pielęgniarek (44,4%) oceniła swój poziom wypalenia zawodowego jako średni. Co ciekawe, aż 37,6% uznało, że ich poziom wypalenia zawodowego jest niski a 18% zadeklarowało wysoki poziom.

II. Subiektywne czynniki wpływające na stan psychosomatyczny i zaburzenia depresyjne w grupie badanej

Jednym z badanych czynników była częstotliwość pracy ponad wymiar godzin
(Ryc. 2). Z przedstawionych badań wynika, że nieco mniej niż połowa ankietowanych (41%) często pracuje ponad wymiar godzin a 27,3% czyni to okazjonalnie. Tylko 6,8% osób zadeklarowało, że nigdy nie pracuje ponad wymiar godzin.



Ryc. 2 Częstotliwość pracy ponad wymiar godzin w grupie badanej.

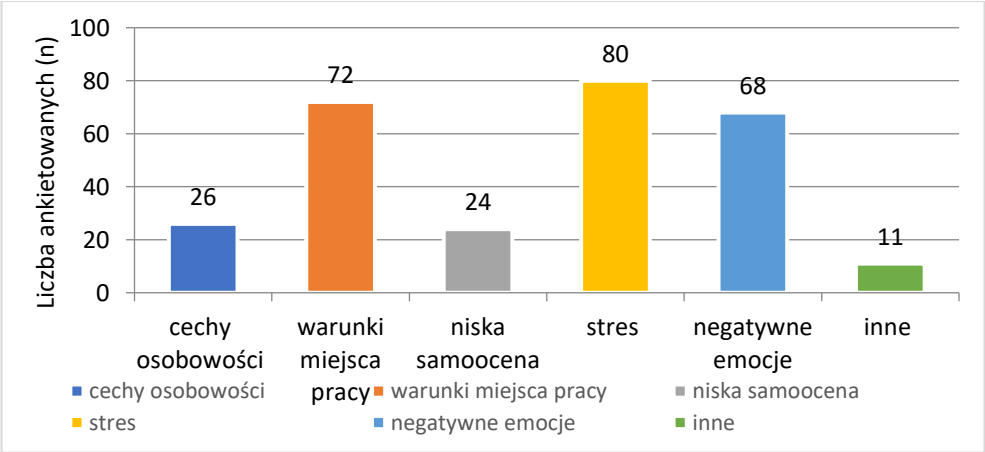
Kolejnym badanym czynnikiem wpływającym na powstawanie zaburzeń depresyjnych był stres. Prawie 70% badanych uznało, że właśnie czynnik jakim jest przewlekły stres najbardziej wpływa na ryzyko pojawienia się zaburzeń depresyjnych. Podobnie, bo 70,1% ankietowanych pielęgniarek stwierdziło, że skutecznie radzi sobie ze stresem w miejscu pracy. Zapytano więc w jaki sposób ta specyficzna grupa zawodowa radzi sobie z ciągłymi obciążeniami stresowymi w pracy. Ankietowani najczęściej wymieniali: rozmowę z koleżanką/psychologiem, przyjmowanie różnych stanów emo-

cjonalnych (śmiech, żart techniki relaksacyjne itp.), czas wolny (siłownia, rower, pływanie, czytanie książek itp.), leki (leki uspokajające), używki (alkohol, papierosy).

W badaniu uwzględniono także tzw. „trudne sytuacje" w miejscu pracy, które w opinii pielęgniarek wpływają istotnie na zwiększenie ryzyka rozwoju zaburzeń depresyjnych. Najczęściej respondenci zwracali uwagę na złą organizację służby zdrowia i tu w pytaniu otwartym wymieniali: „pacjenci przyjmowani do lekarza pierwszego kontaktu są przyjmowani bez żadnych ograniczeń", „mała ilość personelu (męskiego)", „mało czasu na jednego pacjenta", „biurokracja", „nadmiar obowiązków, jakie przypadają na jedną pielęgniarkę".

III. Subiektywne czynniki wpływające na rozwój syndromu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek

Przeważająca część badanych, bo aż 68,4% uznała, że największy wpływ na rozwój wypalenia zawodowego ma stres. Drugim czynnikiem, który został wskazany były warunki miejsca pracy (61,5%), natomiast trzecim w kolejności okazał się wpływ negatywnych emocji w związku z zawodem (58,1%). Tylko 22,2% pielęgniarek wskazało, że cechy osobowości oraz niska samoocena (20,5%) mają wpływ na badane zjawisko. Niektórzy respondenci (9,4%) wskazywali na inne czynniki takie jak: atmosfera panująca w pracy i związane z nimi zjawiska: mobbing, „niedobre traktowanie" przez oddziałową, popełnianie błędów przez niedoświadczone pielęgniarki, lęk przed agresywnymi pacjentami oraz niskie płace (Ryc. 3).



Ryc. 3 Subiektywna ocena czynników wpływających na rozwój syndromu wypalenia zawodowego wśród badanych pielęgniarek.

W grupie pielęgniarek deklarujących obecność syndromu wypalenia zawodowego oceniono częstość występowania poszczególnych symptomów związanych z tym zjawiskiem. Pielęgniarki najczęściej zgłaszały bezsenność, częste migreny i dolegliwości bólowe kręgosłupa. Poproszono również o ocenę stopnia nasilenia powyższych objawów w skali wizualnej od 0 do 10 (Tab. 3). Badanie wykazało, że najsilniejszymi objawami u pielęgniarek były bóle brzucha i kręgosłupa (6,05 ± 1,44), a najmniej dokuczliwymi okazały się objawy ze strony układu sercowo – naczyniowego (3,07 ± 2,01).

Tab. 3 Stopień nasilenia dolegliwości związanych z wypaleniem zawodowym w grupie badanej.

Objaw	**Stopień nasilenia (skala 0-10) (n=117) *x* ± SD**
Bezsenność	5,74 ± 2,09
Dolegliwości bólowe głowy	4,86 ± 1,13
Ból brzucha i kręgosłupa	**6,05 ± 1,44**
Delegl. ze strony układu pokarmowego	4,10 ± 2,63
Dolegl. ze strony układu krwionośnego	3,07 ± 2,01
Objawy lękowe	3,42 ± 2,74
Problemy z koncentracją i zadaniowością	3,22 ± 2,36
Nagłe skrajne zmiany nastroju	4,42 ± 1,99

Dyskusja

Zdaniem większości badanych pielęgniarek, przewlekły stres związany z pracą ma największy wpływ na rozwój depresji, zaburzeń depresyjnych i syndromu wypalenia zawodowego. Podobnego zdania są Gugała [13] oraz A. Pietraszek i wsp. [15], którzy przedstawili czynniki stresogenne takie jak: cechy związane z pracy, cechy wynikające z organizacji pracy, cechy społeczne oraz fizyczne warunki w pracy.

Z badań przeprowadzonych przez Nyklewicz W. i Krajewską – Kułak E. [16], gdzie wykorzystano *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych* wynika, że: aż 78% pielęgniarek nie potrafi radzić sobie ze stresem w swoim miejscu pracy, „zadaniową reakcję" na stres prezentuje 22% badanych pielęgniarek, „styl skoncentrowany na zadaniach" obecny jest tylko u 9% pielęgniarek, „styl skoncentrowany na unikaniu" występował tylko u 9 % pielęgniarek i aż 60% badanych pielęgniarek w swojej pracy nie stosuje

żadnego z przedstawionych stylów radzenia sobie ze stresem. Według autorki „Styl skoncentrowany na zadaniu" występuje u osób z wysoką inteligencją emocjonalną i wysokimi kompetencjami społecznymi. Pielęgniarki prezentujące ten styl podejmują wysiłki, aby walczyć z „przeciwnościami losu" oraz codziennymi problemami. „Styl skoncentrowany na unikaniu" polega na niemyśleniu o stresie. Pielęgniarki podejmują w tym celu różne działania zastępcze [16].

Z niniejszego badania wynika, że większość badanych pielęgniarek deklaruje średni poziom lęku oraz wyczerpania emocjonalnego, co wydaje się zjawiskiem niepokojącym. Inne badania potwierdzają te emocje wśród pielęgniarek [17 – 19]. Z obserwacji i analizy badań [20] wynika, że taki stan rzeczy ma m.in. związek z zaburzeniem zadaniowości związanym z nadmiarem obowiązków w pracy. Pielęgniarki nie mają czasu na odpoczynek, co z kolei prowadzi do chronicznego przemęczenia. Niekiedy zdarza się, że z racji ograniczonego personelu muszą pracować w ciągłym chaosie i pośpiechu. Pielęgniarki czują, że nie są w sposób sprawiedliwy traktowane, oceniane i nagradzane. Praca jaką wykonują nie daje im satysfakcji. W innym badaniu grupa zawodowa pielęgniarek zgłaszała „permanentne przepracowanie" [21].

Pielęgniarki w swoim miejscu pracy spotykają się często z sytuacjami, które wywołują u nich negatywne emocje takie jak: silny lęk przed śmiercią. Śmierć pacjenta powoduje silne napięcie nerwowe. Respondenci w niniejszym badaniu zwrócili uwagę na kilka szczególnie „trudnych sytuacji" w pracy, które w ich opinii mają wpływ na pojawienie się depresji i syndromu wypalenia zawodowego. Zależność między takimi sytuacjami a powstawaniem zaburzeń emocjonalnych potwierdzają inne badania [22, 23, 16]. Autorzy ci uznali śmierć pacjentów oraz ciągłe narażenie na kontakt ze śmiercią za najbardziej trudną sytuację w zawodzie pielęgniarki. Nie wszystkie badania [24] jednak potwierdzają zależność między trudną sytuacją jaką jest śmierć pacjentów a występowaniem dolegliwości psychosomatycznych.

Niniejsza praca miała na celu nakreślenie skali problemu, jakim są zaburzenia depresyjne, depresja, objawy psychosomatyczne i zjawisko wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. W opinii autorów pracy pielęgniarki powinny przejść specjalistyczne szkolenia z zakresu radzenia sobie ze stresem i z trudnymi sytuacjami np. śmiercią pacjenta/podopiecznego.

Podsumowując, częstość występowania zaburzeń depresyjnych, lęku i wyczerpania emocjonalnego jest wysoka w grupie badanych pielęgniarek. Zdaniem badanych pielęgniarek stres i warunki w pracy mają największy wpływ na rozwój depresji i zjawiska wypalenia zawodowego. Najczęstszymi objawami psychosomatycznymi związanymi – w opinii badanych – z pracą były: ból brzucha i kręgosłupa, bezsenność i bóle głowy.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Parnowski T.: Depresja. [w]: Geriatria i Pielęgniarstwo Geriatryczne. Podręcznik dla studentów medycznych. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D.(red.).Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010; 264-270
[2] Kowalczyk – Fopka M.: Poczucie straty po śmierci pacjenta wśród pracowników opieki paliatywnej. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, 2016.
[3] Hawton K, Casañas I., Comabella C. et al.: Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. J Affect Disord. 2013; 147(1-3): 17-28.
[4] Kotlicka – Antczak M.: Psychopatologia. [w]: Jarema M., Rabe – Jabłońska J. Psychiatria. PZWL, Warszawa, 2011, 13 – 49.
[5] Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J.: Psychiatria kliniczna. Elsevier Urban, Wrocław, 2011.
[6] Pełka – Wysiecka J., Samochowiec J.: Depresja – czy faktycznie zróżnicowana farmakologia, Psychiatria 2014; 11(3): 141-147.
[7] Freudberger H. J.: Staff Burn-Out, Social Issues 1974; 30(1): 159-165.
[8] Wilczek – Rużyczka E., Zaczyk I., Obrzut K.: Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej. Pielęgniarstwo Zdrowie Publiczne 2017; 26: 77 -83.
[9] Bielan O., Kurnatowska O., Kurnatowska A.J.: Wypalenie zawodowe wśród studiujących pielęgniarek, Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2011; (3)11: 175 -182.
[10] Zhang Y.Y., Han W.L., Qin W. et al.: Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. J Nurs Manag. 2018; 26(7): 810 – 819.
[11] Sęk H.: (red.). Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2006.
[12] Lachowicz K.: Badanie obciążeń i zagrożeń wynikających z warunków pracy w zawodzie pielęgniarki. Bezpieczeństwo 2018; 4: 239 – 253.
[13] Gugała B.: Obciążenie stresem, a umiejętności i radzenia sobie z nim. Pielęg Położ 2003; 7: 18-9.
[14] Andruszkiewicz A.: Wybrane psychospołeczne aspekty funkcjonowania zawodowego pielęgniarek, a ich stan zdrowia. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 2018, 89 – 159.

[15] Pietraszak A.: An analysis of the causes of occupational stress in the opinions of nurses. Journal of Education, Health and Sport. 2016; 6(9): 643-652.
[16] Nyklewicz W., Krajewska – Kułak E.: Śmierć, a emocje pielęgniarek – doniesienie wstepne. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 3: 248 – 253.
[17] Kupcewicz E., Szczypiński W., Kędzia A.: Satysfakcja z życia w kontekście życia zawodowego pielęgniarek. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2018; 1: 27 -32.
[18] Gotlib J., Panczyk M., Zarzeka A. et al.: Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek -przegląd aktualnego piśmiennictwa naukowego. Pielęgniarstwo Polskie 2017; 1: 125 – 129.
[19] Rezmerska L., Kochman D., Anaszewicz A.: Specyfika pracy a wypalenie zawodowe w opinii pielęgniarek. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu,2016; 1: 276 – 298.
[20] Klajda A., Szewczyk L.: Syndrom wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek psychiatrycznych. W: Aspekty zdrowia i choroby 2016; 1: 21 -29.
[21] Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J.: Burnout syndrome among healthcare professionals. Am J Health Syst Pharm. 2018; 75(3): 147-152.
[22] Marcysiak M., Szczepańska E., Ostrowska B., Marcysiak M.: Zagrożenie wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek pracujących w terminale chorym. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej 2016; 1: 28 – 37.
[23] Przybek – Mita J., Podraza K.: Czynniki stresogenne w pielęgniarskim środowisku pracy a wypalenie zawodowe i kondycja zdrowotna pielęgniarek/pielęgniarzy. Kondycja Zdrowotna Pielęgniarek i Pielęgniarzy. Rzeszów: Podkarpacki Instytut Książki i Marketingu, 2015.
[24] Kwiatkowska E., Pyć M.: Syndrom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w wybranych oddziałach szpitalnych. Aspekty zdrowia i choroby 2016; 1: 77 -90.

Katarzyna Dymczyk-Ociepka, Dorota Orman

ANALIZA JAKOŚCI ŻYCIA I POTRZEBY PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBĄ PŁUC

ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE AND NEEDS OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Streszczenie:

Edukacja zdrowotna to integralny element terapii wszystkich chorób, w tym także przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Podjęcie tej tematyki na łamach niniejszej pracy miało na celu lepsze zrozumienie patofizjologii choroby, zwiększenie kontroli nad jej przebiegiem i fazami zaostrzenia, a także rozpoznanie podstawowych deficytów pacjentów w zakresie działań prewencyjnych oraz procesu terapeutycznego POCHP. Przybliżono kluczowe czynniki predysponujące do rozwojowi tego schorzenia, opisano skalę odczuwanych dolegliwości w przebiegu POCHP, a także kryteria diagnozowania choroby i główne potrzeby bio - psycho – społeczne pacjenta [2,3].

Omówiono sposoby i strategie profilaktyki POCHP, dalej wypunktowano najczęstsze procedury lecznicze, w tym farmakoterapię, nieinwazyjne wspomaganie wentylacji, tlenoterapię oraz leczenie chirurgiczne. W końcowej części skupiono się na elementach rehabilitacyjnych i edukacyjnych z zakresie POCHP.

W badaniach wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz metodę szacowania, w której narzędzie badawcze stanowiła Skala Akceptacji Choroby (*Acceptance of IllnessScale - AIS*). Badania przeprowadzono wśród 101 pacjentów Oddziału Chorób Płuc i Poradni Pulmonologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie przy ulicy PCK 7 [6].

Słowa kluczowe: jakość życia, choroby płuc, pielęgnacja

Health education is an integral element of therapy for all diseases, including chronic obstructive pulmonary disease. Undertaking this issue in this work is for a better understanding of the pathophysiology of the disease, increasing control over its course and exacerbation phases, as well as recognizing the

basic deficits of patients in terms of preventive measures and the therapeutic process of COPD.

The key factors conducive to the development of this disease were described, the scale of symptoms felt during COPD was described, as well as the criteria for diagnosing the disease and the main bio-psycho-social needs of the patient.

First, methods and strategies for prevention of COPD were discussed, followed by the most common treatment procedures, including pharmacotherapy, non-invasive ventilation support, oxygentherapy and surgical treatment. The final part of the second chapter focuses on rehabilitation and education elements in COPD.

The study was curried out among 101 patients of the Lung Disease Ward and the Pulmonological Outpatient Clinic of the Provincial Specialist Hospital in Częstochowa at PCK 7 street.

Key words: quality of life, lung diseases, care.

Wstęp

Ogromnym wyzwaniem dla światowej i polskiej opieki medycznej jest przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP). To niezwykle szybko postępujące i pozostające na zawsze, trwałe upośledzenie drożności oskrzeli, stanowi jedną z globalnych przyczyn zachorowalności i śmiertelności na świecie. Zdaniem WHO (*World Health Organization*) obecnie to czwarta przyczyna zgonów na świecie. Dotkniętych tym schorzeniem jest blisko 80 mln osób, w tym około 10% powyżej 50 roku życia, pozostali to ludzie bardzo młodzi, dość często lekceważący pierwsze objawy POCHP [4]. Polska znajduje się w czołówce tej niechlubnej statystyki, niestety w naszym kraju na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc cierpi aż 2 mln osób i jest ona przyczyną prawie 17 tys. zgonów rocznie. Prognozy związane z POCHP są jeszcze bardziej zatrważające, szacuje się, że w roku 2025 będzie to piąte najczęściej występujące schorzenie na świecie, które będzie już trzecią przyczyną zgonów wśród światowej populacji [1].

POCHP to choroba, której można zapobiec, oraz skutecznie ją leczyć, dlatego tak ważne jest stałe podnoszenie tej tematyki oraz działania profilaktyczne przyczyniające się do zmniejszenia liczby zachorowań, stąd zainteresowanie tym problemem na łamach niniejszej pracy.

Metodologia badań

Przedmiotem uwagi i kluczowym celem niniejszej pracy, dotyczącej dylematów i jakości życia pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, było uściślenie i pogłębienie problematyki powyższego zagadnienia, a zwłaszcza:

- przybliżenie istotnych wiadomości z najnowszej literatury medycznej, dotyczących diagnozowania, pielęgnowania, leczenia i rehabilitacji chorych z POCHP,
- analiza ilości i wymiaru problemów zdrowia fizycznego i psychicznego chorych z POCHP,
- naświetlenie skali akceptacji i tolerancji choroby,
- wskazanie metod terapeutycznych i działań profilaktycznych, zmierzających do ograniczenia zachorowań na POCHP.

Należy podkreślić, że ze względu na wielowątkowość i złożoność badanych kwestii, niniejsza praca nie stanowi pełnego przeglądu faktów powiązanych z procesem terapeutycznym i rehabilitacyjnym POCHP. Jednak, aby wykryć najistotniejsze dylematy osób, borykających się z tym schorzeniem, sformułowano wyraźne problemy badawcze, których rozwiązań mają dostarczyć przeprowadzone badania, a zwłaszcza:

- jakich wskazówek oczekują pacjenci z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc?
- czy chorzy potrafią zdefiniować czynniki rozwoju schorzeń układu oddechowego?
- jaki jest poziom wiedzy pacjentów odnośnie przyczyn POCHP?
- w jakim stopniu choroba ogranicza codzienne funkcjonowanie chorych?
- czy POCHP utrudnia sytuację rodzinną, zawodową i społeczną respondentów?
- jaka jest skala akceptacji schorzenia przez pacjentów?
- jak ukierunkowanej edukacji zdrowotnej, obejmującej w/w problemy oczekują chorzy z POCHP?

Odnosząc się do wcześniej sprecyzowanych problemów badawczych starano się wytyczyć właściwe przypuszczenia, czyli hipotezy, których udowodnienia lub zaprzeczenia będziemy poszukiwać drogą przeprowadzonych badań.

Sugerując się powyższymi wytycznymi określono następujące hipotezy:

- pacjenci z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc wymagają dokładnych wskazówek odnośnie wczesnego diagnozowania, leczenia i rehabilitacji w POCHP.

- ❖ respondenci potrafią doskonale zdefiniować czynniki rozwoju POCHP.
- ❖ widoczny jest głęboki deficyt wiedzy odnośnie przyczyn POCHP.
- ❖ choroba znacznie ogranicza sytuację rodzinną, zawodową i społeczną pacjentów.
- ❖ większość chorych nie może pogodzić się z chorobą i nie akceptuje POCHP.
- ❖ badani wymagają ciągłej edukacji zdrowotnej w zakresie możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, a zwłaszcza metod rehabilitacyjnych dla chorych z POCHP.

Metody i narzędzia badawcze

Materiał badawczy został zebrany wśród 101 dorosłych osób leczonych w Oddziale Chorób Płuc i Poradni Pulmonologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie za pomocą kwestionariusza sondażu diagnostycznego.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem narzędzi standaryzowanych, w tym: kwestionariusza ankiety i Skali Akceptacji Choroby (AIS - *Acceptance of Illness Scale*).

Socjodemograficzny zarys badanych

Zaproszono do udziału w badaniu wyłącznie osoby ze schorzeniami układu oddechowego, w logicznym kontakcie oraz wyrażających świadomą zgodę na udział w badaniu.

Tabela nr 1. Przedziały wiekowe badanych (n=101).

Wiek respondentów	Udział w badaniu (n)	Udział w badaniu (%)
18 – 35 lat	22	21, 8
36 – 50 lat	22	21,8
51 – 60 lat	29	28,7
Powyżej 60 lat	28	27,7
Ogółem	101	100

Najwięcej respondentów było w przedziale wiekowym 51-60 i powyżej 60 roku życia.

Tabela nr 2. Płeć badanych (n=101)

Płeć respondentów	Udział w badaniu (n)	Udział w badaniu (%)
Mężczyzna	42	41,6
Kobieta	59	58,4
Ogółem	101	100

Analizując płeć osób biorących udział w badaniu okazało się, że przeszło połowę badanej populacji stanowią kobiety, blisko 60 osób, co stanowi 58,4% ogółu, a mężczyźni w liczbie 42 osób, stanowiący 41,6% wszystkich uczestników badania.

Tabela nr 3. Miejsce stałego pobytu badanych (n=101)

Miejsce zamieszkania	Udział w badaniu (n)	Udział w badaniu (%)
Miasto	62	61,4
Wieś	39	38,6
Ogółem	101	100

W badanej grupie respondentów dominowały osoby z aglomeracji miejskiej, które stanowiły 61,4% ogółu uczestników badania.

Interpretacja wyników badań

Organizacja sondażu diagnostycznego i badania akceptacji choroby

Otrzymane dane sondażowe zostały zweryfikowane i posortowane, a także poddane obróbce w Arkuszu Kalkulacyjnym (Program Microsoft Office Excel). Natomiast za pomocą Skali Akceptacji Choroby AIS oceniono poziom akceptacji badanej jednostki chorobowej, precyzując w postaci skali punktowej brak lub niską akceptacje choroby. Analizę statystyczną wykonano w programie Statistica 10.0 (StatSoft), zaś obliczeń dokonano przy użyciu arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel. Aby opisać zmienne posłużono się

statystykami opisowymi, w tym średnią arytmetyczną, minimum, maksimum, oraz odchyleniem standardowym. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki poziomu akceptacji POCHP według Skali Akceptacji Choroby

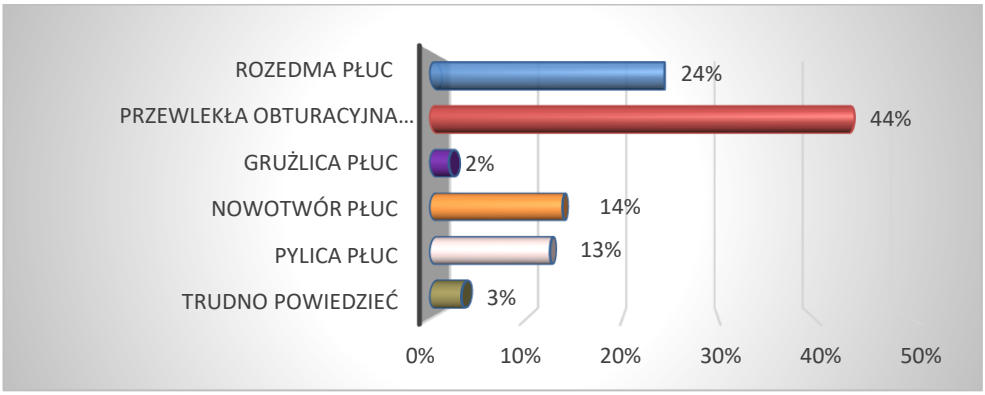
Skala Akceptacji Choroby AIS w niniejszym badaniu, posłużyła do zlustrowania stopnia akceptacji choroby i komfortu psychicznego, związanego z pojawieniem się schorzenia, w tym wypadku POCHP, w życiu 101 badanych, pacjentów oddziału i chorób płuc.

Tabela nr 4 . Średnia wyników kwestionariusza AIS (n=101)

Kategorie skali AIS	N	Średnia ocen	Odchylenie Standardowe SD	Mediana	Średnia/SD
1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	101	3,48	1,301	4,0	2,64/1,32
2. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	101	3,71	1,367	4,0	2,44/1,37
3. Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	101	3,73	1,465	4,0	3,29/1,45
4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę	101	4,03	1,311	5,0	2,59/1,31
5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	101	4,18	1,246	5,0	2,37/1,37
6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym	101	3,76	1,359	4,0	3,32/1,38
7. Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	101	3,93	1,362	5,0	3,81/1,52
8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	101	3,51	1,382	4,0	3,01/1,46

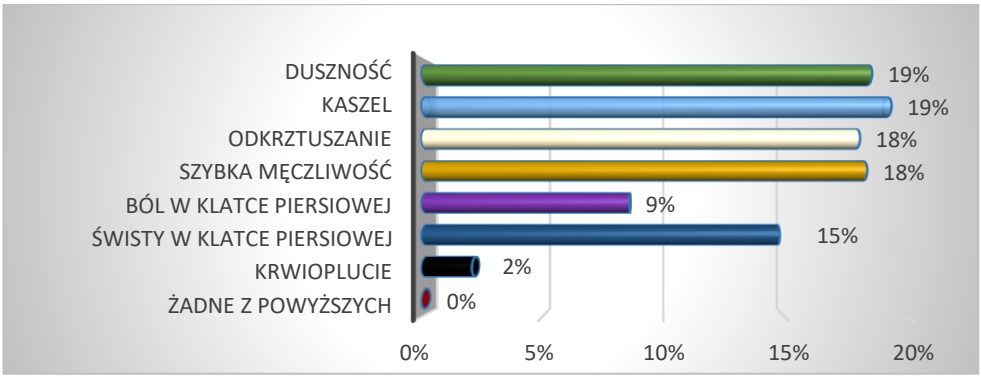
Analizując wyniki kwestionariusza AIS z tabeli nr 4 zauważono, że badani najwyżej ocenili problem 5, który stanowiło stwierdzenie „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół", uzyskując średnią 4,1 punktów, a także sugestie w punkcie 4 – „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę", gdzie średnia wyniosła 4,03 punktów.

Przedstawienie procentowe wyników sondażu



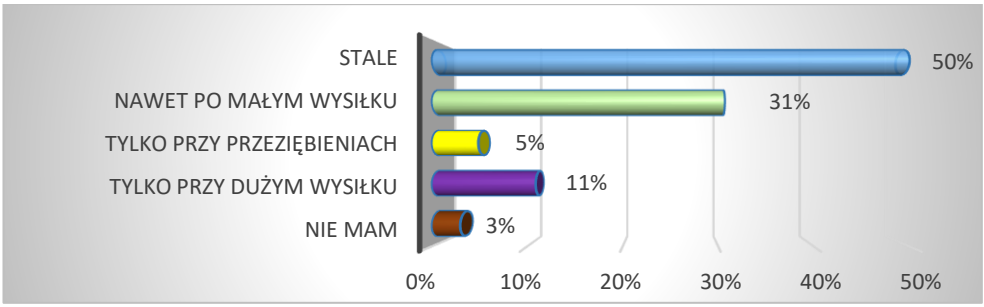
Wykres 1. Procentowy indeks wglądu badanych we własną chorobę (n=152)

Spora grupa osób wśród swojej wielochorobowości wypunktowała obturacyjną chorobę płuc, pojawiła się ona w 44,1% wypowiedzi.



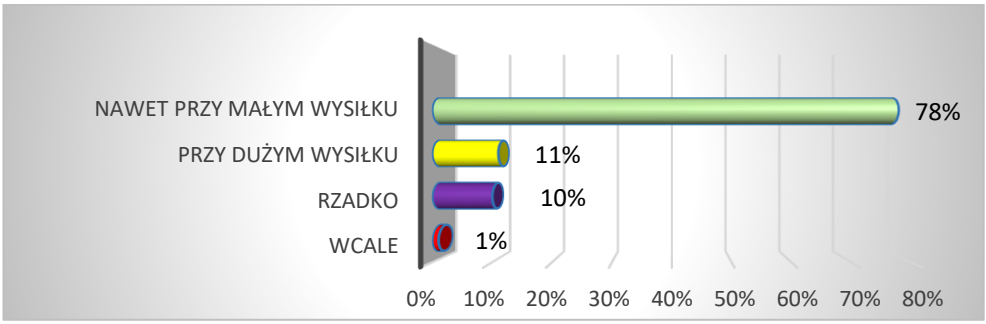
Wykres 2. Procentowy indeks wglądu badanych w odczuwane dolegliwości (n=521)

Analizując dane odnośnie występujących u badanych dolegliwości, zauważono, że wszyscy ankietowani męczą się z powodu kaszlu, dlatego we wszystkich udzielonych odpowiedziach (n=521) pojawiła się ta dolegliwość, stanowiąc 19,4%.



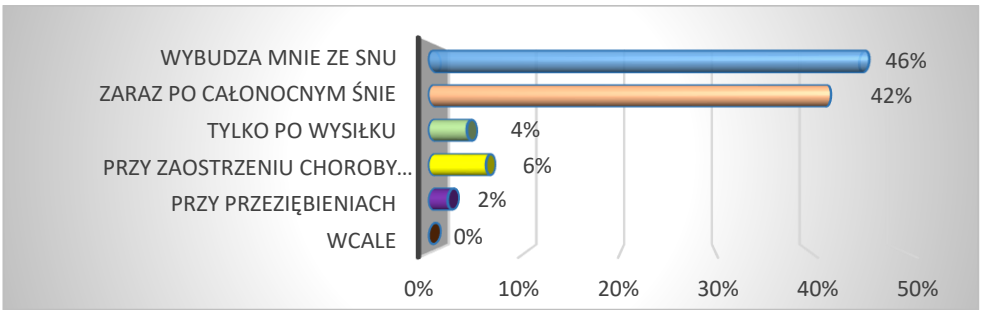
Wykres 3. Procentowy indeks występowania duszności u respondentów (n=101)

Prawie wszyscy pacjenci leczący się z powodu schorzeń układu oddechowego zetknęli się z uczuciem duszności, czyli ogromnym dyskomfortem w zakresie oddychania.



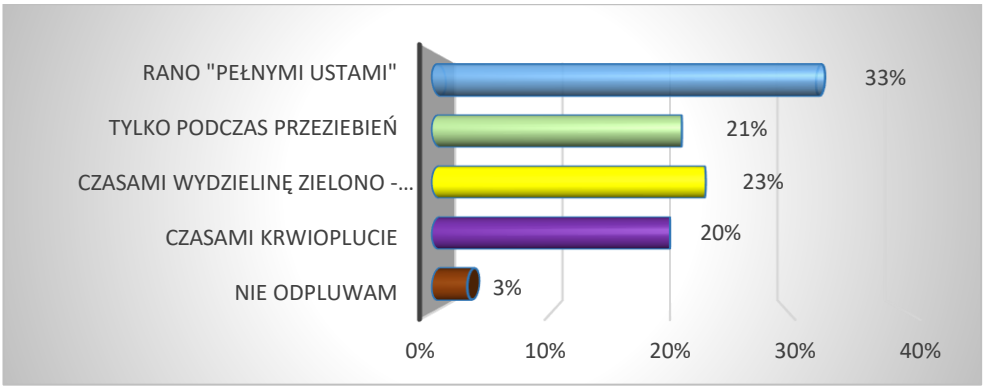
Wykres 4. Procentowy indeks uczucia zmęczenia u respondentów (n=101)

Bardzo ciekawe spostrzeżenia przyniosły odpowiedzi na kolejne pytanie ankiety, dotyczące niedyspozycji i zmęczenia, towarzyszącego osobom leczącym się pulmonologicznie. Jak widać, na podstawie wyników badania, uczucie to jest wszechobecne w życiu wszystkich badanych. Może pojawiać się nawet przy niewielkim wysiłku (78,2%).



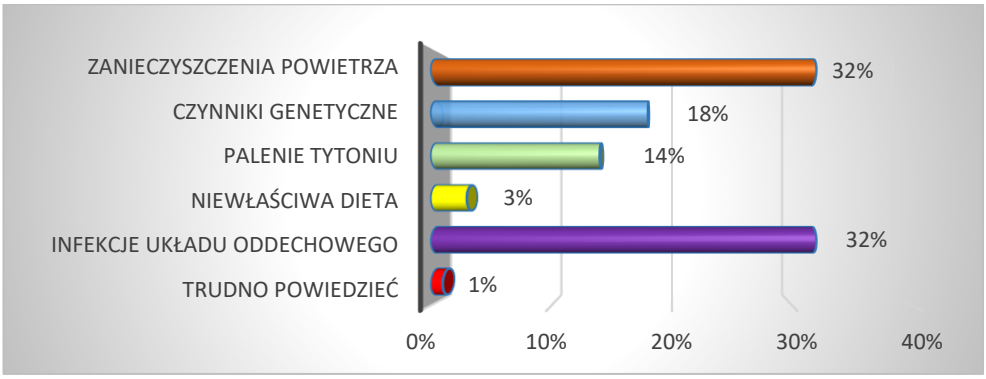
Wykres 5. Procentowy indeks występowania kaszlu (n=101)

Kolejną uciążliwość dla pacjentów z schorzeniami układu oddechowego stanowi kaszel. Odruch ten służący oczyszczeniu dróg oddechowych, aż 46,5% badanych potrafi wybudzić ze snu, a u 41,6% pojawia się zaraz po całonocnym śnie.



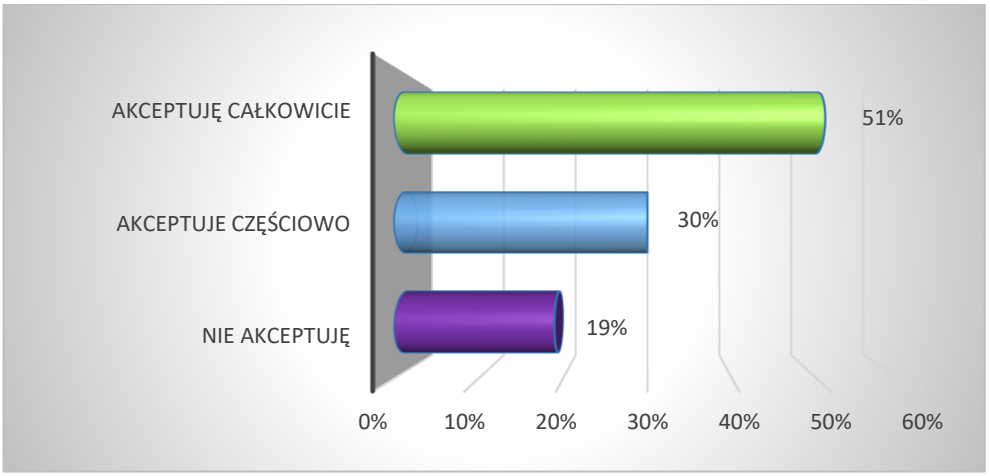
Wykres 6. Procentowy indeks częstości odkrztuszanej wydzieliny (n=101)

W badaniu próbowano uściślić różne problemy i trudności osób ze schorzeniami układu oddechowego. Między innymi zapytano ankietowanych o częstotliwość odkrztuszania zalegającej wydzieliny. Spływająca po tylnej ścianie gardła wydzielina zmusiła 33,6% osób do porannego odkaszlnięcia jej „pełnymi ustami".



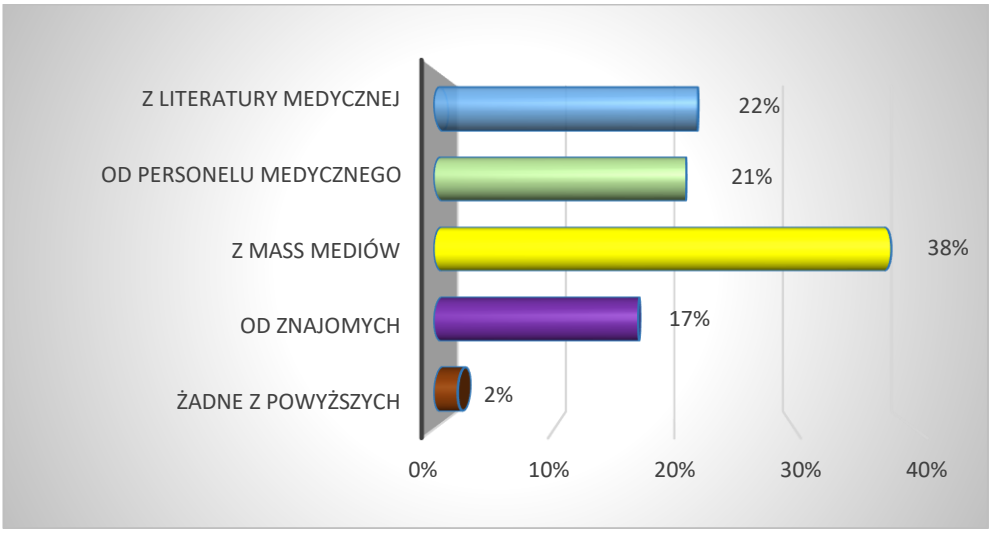
Wykres 7. Procentowy indeks przyczyn POCHP wg badanych (n=305)

Prawie wszyscy badani w swoich wypowiedziach odnośnie kwestii kluczowych przyczyn POCHP stwierdzili, że do rozwoju choroby mogą przyczynić się częste infekcje układu oddechowego (taka opinia była w 32,5% wypowiedzi na 305 uzyskanych), a także zanieczyszczenia powietrza (32,1% wypowiedzi na 305 odebranych).



Wykres 8. Procentowy indeks akceptacji choroby (n=101)

Analizując problem akceptacji choroby – POCHP, uzyskano, podobnie jak w poprzednim badaniu skali AIS, zaskakujące wyniki. Przeszło połowa badanych (51,5%) całkowicie pogodziła się z ograniczeniami wynikającymi z przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.



Wykres 9. Procentowy indeks zarzewia wiedzy na temat POCHP (n=252)

Próbowano oszacować i określić bazę danych, z której korzystają respondenci, dla pozyskania wiadomości odnośnie schorzeń układu oddechowego, w tym POCHP. Ankietowani oznajmili, że informacje na temat czynników sprzyjających rozwojowi POCHP, najczęściej dostarczają im mass media.

Tabela nr 5. Najczęściej powtarzające się propozycje dotyczące polepszenia, jakości życia osobom z POCHP (n=364)

Proszę opisać, jakie Pana/i zdaniem rozwiązania mogą ułatwić życie osobom z POCHP?	Odpowiedzi (n)	Odpowiedzi (%)
Szybszy dostęp do specjalisty	67	18,4
Tańsze leki	91	25,0
Możliwość systematycznego korzystania z rehabilitacji	88	24,2
Większa dostępność badań profilaktycznych	40	11,0
Większy dostęp do bezpłatnego leczenia klimatycznego	42	11,5
Inne, pojedyncze propozycje	36	9,9
Ogółem	364	100

Dyskusja

Wraz z ogromnym postępem technologicznym rośnie zapadalność i umieralność z powodu schorzeń układu oddechowego. Powodem takiego stanu rzeczy jest stale rosnące zanieczyszczenie środowiska naturalnego, zwiększająca się liczba ludzi starszych w społeczeństwie, a także niezwykle rozpowszechniony nałóg palenia papierosów. Jak donoszą liczne publikacje i raporty, choroby dróg oddechowych, obok schorzeń układu krążenia, zakażeń i nowotworów, stanowią największe zagrożenie dla zdrowia ludności Polski. Podkreśla to na łamach swojej publikacji Płusa, opisując prognozy na 2030 rok, w których schorzenia płuc, POCHP i rak płuc znajdują się na czwartej pozycji w zakresie głównych przyczyn zgonów prognozowanych na 2030 r [11,12]. Przeprowadzony na potrzeby niniejszej pracy sondaż diagnostyczny również ujawnia niezwykłą popularność wśród społeczeństwa schorzeń układu oddechowego, którą potwierdza aż 67/101 chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, 37/101 badanych z rozedmą płuc, 21/101 badanych z nowotworem płuc i 19/101 badanych z rozpoznaną pylicą płuc. Prawie wszyscy ankietowani skarżą się na towarzyszące im uczucie duszności, kaszlu, szybką męczliwość oraz uporczywe odkrztuszanie zalegającej wydzieliny. Podobne spostrzeżenia na łamach periodyka „Przewlekła obturacyjna choroba płuc – niedoceniany problem" opisuje Stelmach i wsp., udowadniając, że pacjenci z POCHP ciągle borykają się z nasilającą się dusznością, przewlekłym kaszlem oraz odkrztuszaniem plwociny, zwłaszcza w godzinach porannych [10,15].

Badanie również ujawnia podobne spostrzeżenia. Duszność stale towarzyszy 50,5% ankietowanych, a u 30,7% respondentów pojawia się nawet przy niewielkim wysiłku fizycznym. Również kaszel wybudza ze snu aż 46,5% ankietowanych, a u 41,6% badanych występuje zaraz po przebudzeniu. Natomiast odksztuszanie zalegającej wydzieliny z dróg oddechowych zmusza 33,6% osób do porannego odpluwania jej „pełnymi ustami". Ogólne osłabienie i uczucie zmęczenia chorobą stanowi dla 78,2% ogromny problem, który daje o sobie znać nawet przy niewielkim wysiłku. Windak i wsp. w podręczniku dla lekarzy i studentów również wymieniają wśród różnych objawów ogólnoustrojowych: narastające osłabienie, szybką męczliwość i postępujące wyniszczenie ustroju na skutek rozwoju chorób płuc [9,14].
Przeprowadzone badanie ujawniło, że schorzenia dróg oddechowych zmuszają ankietowanych do niezwykle długotrwałego leczenia w gabinecie specjalisty – pulmonologa, z którego porad nawet dłużej niż 10 lat korzysta aż 74,2% respondentów. Skryty i wieloletni proces schorzeń pulmonologicznych wymaga bardzo często nawet kilkudziesięciu lat leczenia, czego potwierdzenie widoczne jest w Ogólnopolskim Programie Polityki Zdrowotnej, przygotowanym przez Departament Funduszy Europejskich w czerwcu 2017 roku. Dokument ten powstały w celu ograniczenia zachorowalności i umieralności na schorzenia układu oddechowego, dokładnie precyzuje wytyczne odnośnie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji POCHP. W ramach tego dokumentu wyraźnie podkreślony jest wpływ nikotynizmu na rozwój POCHP.

Niestety, ankietowani nie dostrzegają tego związku, aż 43,6% uważa, że palenie tytoniu nie może być główną siłą sprawczą ciężkich schorzeń układu oddechowego, w tym raka płuc. Bagatelizując problem szkodliwości nałogu aż 70,3% nadal jest czynnymi palaczami, a 63,3% respondentów wypala ponad 20 papierosów na dobę. Lekceważąco respondenci odnoszą się także do kwestii palenia biernego. Trząsalska i wsp. w raporcie z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu (październik 2017) ujawnia, że aż 59% mężczyzn pali w obecności osób niepalących i 51% kobiet również naraża innych na ekspozycje na dym tytoniowy [13]. Podobne wnioski można wysnuć, analizując przeprowadzone badanie, gdzie aż 38,6% osób nie widzi problemu narażenia biernych palaczy na ryzyko rozwoju schorzeń dróg oddechowych.

Badanie ujawniło ogromny deficyt wiedzy ankietowanych odnośnie czynników ryzyka chorób dróg oddechowych. Do ich znajomości przyznało się zaledwie 33,7% badanych, pozostali mimo wieloletniego zmagania się z chorobą pulmonologiczną nie potrafią ich wymienić. Za podstawowy czynnik etiologiczny rozwoju schorzeń dróg oddechowych blisko 100% respondentów uznało zanieczyszczenia powietrza i częste infekcje układu oddechowego. Kleniewska i wsp. w swoich badaniach dotyczących „Oceny wiedzy

lekarzy na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc pochodzenia zawodowego" wskazała, że około 20% przypadków POCHP, dość ściśle powiązanych jest z narażeniem na gazy i pyły drażniące, znajdujące się we wydychanym powietrzu. Dokładny opis skali negatywnego wpływu zanieczyszczeń środowiska naturalnego na stan dróg oddechowych oraz innych czynników predysponujących do rozwoju chorób płuc, można znaleźć także w „Pulmonologii dziecięcej" autorstwa M. Kulusa i K. Krenke [8].

Badanie ankietowe wykazało, że spora grupa ankietowanych osób (71,3%) dostrzega w codziennym funkcjonowaniu ograniczenia związane z POCHP, natomiast 82,2% przeszkadzają w pracy zawodowej, a aż 63,4% utrudniają życie rodzinne, towarzyskie, jak również społeczne. Podobny rozmiar ograniczeń związanych z POCHP został uwzględniony przy podziale choroby na poszczególne kategorie jej zaawansowania, co szczegółowo zostało wypunktowane i podkreślone przez Górecką i wsp. na łamach czasopisma Pneumonologia i Alergologia Polska w „Zaleceniach Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczących rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc" [5].

Schorzenia dróg oddechowych skutkują nie tylko zmianami lokalnymi w obrębie tkanek płucnych, ich patologiczny zasięg może rozprzestrzenić się także na inne układy i narządy, o czym pisze Kulik i Pacian w publikacji „Zdrowie Publiczne" [7]. W badaniu przeszło połowa ankietowanych (58,4%) potwierdziła powyższą tezę, zauważając bezpośredni związek POCHP z nasileniem dolegliwości i zmian w innych układach, głównie sercowonaczyniowym, kostno – mięśniowym oraz w zakresie nasilenia zaburzeń emocjonalnych, lękowych i depresyjnych.

Osobną kwestią badania ankietowego był temat akceptacji ograniczeń spowodowanych chorobą. Odnosząc się do wyników pomiaru akceptacji choroby POCHP według Skali Akceptacji Choroby AIS, a także na bazie odpowiedzi na 24 pytanie sondażowe, uzyskano zaskakujące i zbliżone wyniki. W obu przypadkach zauważono u respondentów dość dużą akceptację ograniczeń, spowodowanych przez schorzenie: w skali AIS – całkowitą akceptację wykazało 62,2% , zaś przeciętną 26,6% ankietowanych, w sondażu – całkowitą akceptację zgłosiło 51,5%, a częściową 29,7% badanych. Brak akceptacji dolegliwości i dyskomfortu z powodu POCHP zauważono: w skali AIS – u 10,8% respondentów, a w sondażu – u 18,8% ankietowanych.

Mimo tak dużej akceptacji schorzeń i deficytów związanych ze schorzeniami układu oddechowego, na podstawie przeprowadzonego badania, jednoznacznie dostrzeżono, że ankietowani wymagają intensywnej edukacji zdrowotnej w zakresie prewencji, minimalizacji czynników szkodliwych, zapobiegania zaostrzeniom procesu chorobowego oraz ich następstwom w obrębie całego ustroju.

Wnioski

1. Powszechność schorzeń układu oddechowego stanowi ogromny problem zdrowotny i społeczny dla współczesnego społeczeństwa.
2. W badaniu ujawniono wyraźny deficyt dotyczący identyfikacji czynników predysponujących do rozwoju schorzeń układu oddechowego, w tym obturacyjnej choroby płuc.
3. Ankietowani ignorują wpływ nikotynizmu na rozwój POCHP.
4. Respondenci marginalizują fakt niekorzystnego oddziaływania biernego wdychania dymu tytoniowego.
5. Konieczna jest intensywna praca nad zwiększeniem odpowiedzialności i wiedzy pacjentów odnośnie szkodliwości palenia papierosów.
6. Wysoki poziom symptomów POCHP: kaszel, duszność, odkrztuszanie i zmęczenie jest wprost proporcjonalny do ilości ograniczeń spowodowanych chorobą.
7. POCHP znacznie utrudnia codzienne funkcjonowanie, a zwłaszcza sytuację zawodową i społeczną respondentów.
8. Najwyższy poziom akceptacji ograniczeń i dyskomfortu związanego z POCHP widoczny jest u osób po 60 roku życia, głównie mężczyzn.
9. Świadomość pacjentów w obszarze schorzeń układu oddechowego jest niska, świadczy o tym bagatelizowanie czynników mogących pomóc w spowolnieniu choroby i utrzymaniu lepszej kondycji.
10. Ankietowani wymagają ciągłej edukacji zdrowotnej w zakresie minimalizacji czynników szkodliwych sprzyjających rozwojowi POCHP.
11. Systematyczna i długookresowa edukacja może zmotywować pacjenta do większej dyscypliny wobec choroby i utrwalania przekonań o jego znaczącym udziale w procesie diagnostyczno – leczniczym i rehabilitacyjnym.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Antczak A.: Pulmonologia część II. Wydawnictwo Medical Tribune. Warszawa 2010.
[2] Antczak A., Tworek D.: Rekomendacje diagnostyki i leczenia POChP. Wydawnictwo Termedia sp. z o.o. Warszawa 2019.
[3] Antczak A.: Wielka Interna Pulmonologia część 1. Wydawnictwo Medical Tribune Polska. Warszawa 2018.
[4] Chałubiński M.: Edukacja chorych na POChP. Puls Medycyny. Łódź 2007.
[5] Chazan R.: Pneumonologia praktyczna. Wydawnictwo α- medica Press. Warszawa 2005.
[6] Farnik- Brodzińska M., Trzaska M., Pierzchała W.: Rehabilitacja lecznicza w chorobach układu oddechowego. Wydawnictwo Śląska Akademia Medyczna. Katowice 2002.
[7] Górecka D., Jassem E., Pierzchała W., Śliwiński P.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia POChP. Pneumonologia Alergologia Polska nr 6/2012.
[8] Górska K., Maskey - Warzechowska M.: Spirometria interwencyjna. Wydawnictwo ITEM Publishing. Warszawa 2019.
[9] Kulik T., Pacian A.: Zdrowie publiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2014.
[10] Kulus M., Krenke K.: Pulmonologia dziecięca. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2018.
[11] Pierzchała W.: Choroby płuc. Wydawnictwo Elsevier Urban& Partner. Wrocław 2011.
[12] Płusa T.: Choroby układu oddechowego. Wydawnictwo Medyczne Termedia. Poznań 2014.
[13] Sładek K.: Pulmonologia interwencyjna. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna. Warszawa 2016.
[14] Stelmach A., Wanot B., Biskupek-Wanot A.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc – niedoceniany problem. Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej nr 2/2016.
[15] Zieliński J.: Jak radzić sobie z POChP. Wydawnictwo PZWL. Warszawa 2011.

AUTORZY ARTYKUŁÓW

- **Kosińska Bożena**: dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa i mgr administracji, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Tobor Ewa**: dr n. med., specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Dymczyk-Ociepka Katarzyna**: dr n. med., mgr pielęgniarstwa, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Majorczyk Marta**: dr n. o. zdr., mgr fizjoterapii, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Siodmok Bogusława**: mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Zalas Agnieszka** mgr pielęgniarstwa, mgr pedagogiki oraz specjalistka pielęgniarstwa opieki paliatywnej, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Gradzik Anna**: mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Krupińska Janina**: mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Przybylska-Jońca Iwona**: mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Orman Dorota**: mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Knaś Milena**: mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management