

Nr 1 (48) rok 2024

# ZESZYTY NAUKOWE

WYŻSZEJ SZKOŁY ZARZĄDZANIA

w CZĘSTOCHOWIE

*seria*

***NAUKI O ZDROWIU – MEDYCZNE  
I NAUKI SPOŁECZNE***



**CZĘSTOCHOWSKIE WYDAWNICTWO NAUKOWE**

ISSN 1429-7752

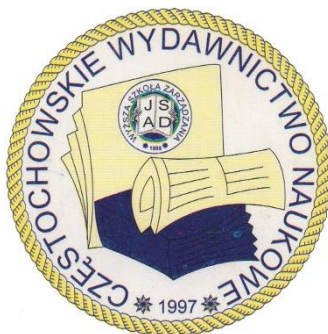




**ZESZYTY NAUKOWE**  
**WYŻSZEJ SZKOŁY ZARZĄDZANIA**  
**w Częstochowie**

*seria*  
**NAUKI O ZDROWIU – MEDYCZNE**  
**I NAUKI SPOŁECZNE**

*Nr 1 (48) rok 2024*



**CZĘSTOCHOWSKIE WYDAWNICTWO NAUKOWE**

## ZESPÓŁ REDAKCYJNY

**Redaktor Naczelna:**

**Zastępcy Redaktor Naczelnej:**

**Redaktor prowadząca:**

**Dr n. o zdr. Bożena Kosińska**

**Dr n. med. Włodzimierz Wróbel**

**Dr inż. Joanna Wojtyra**

**Edyta Przewoźniak**

## KOLEGIUM REDAKCYJNE

**Dr n. med. Katarzyna Dymczyk-Ociepka,**

**Dr n. med. Włodzimierz Wróbel,**

**Dr n. o zdr. Bożena Kosińska – prof. WSZ,**

**Dr n. med. Ewa Tobor,**

**Dr 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-Korczała** – 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
<b>Małgorzata Lipińska</b> <i>Regulacje prawne zawodu pielęgniarki w okresie dwudziestolecia międzywojennego</i> .....	9
<b>Olga Konatowska, Bożena Kosińska</b> <i>Czy informacja naukowa jest potrzebna studentom pielęgniarstwa?</i> .....	23
<b>Monika Zając, Bożena Kosińska</b> <i>Przymus bezpośredni wobec pacjenta hospitalizowanego z perspektywy pielęgniarki</i> .....	29
<b>Krystyna Mizerska</b> <i>Ocena poziomu wiedzy na temat profilaktyki i leczenia nadciśnienia tętniczego u osób po 60 r. ż.</i> .....	37
<b>Joanna Krukowska, Bożena Kosińska</b> <i>Programy profilaktyczne dla kobiet – znane czy nieznanne</i> .....	51
<b>Agnieszka Dominowska, Bożena Kosińska</b> <i>Dokumentacja medyczna a tajemnica zawodowa z perspektywy pielęgniarek szpitalnych oddziałów ratunkowych</i> .....	67
Autorzy artykułów .....	77



Szanowni Czytelnicy,

Oddajemy do Państwa dyspozycji kolejny numer Zeszytów Naukowych Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie, w którym spleta się przeszłość i przyszłość pielęgniarstwa polskiego.

Z tradycji wyrastamy, na tradycji budujemy solidne podwaliny przyszłości. Gruntowne przedstawienie przez dr M. Lipińską pierwszych regulacji prawnych zawodu pielęgniarki na ziemiach polskich, jest doskonałym przypomnieniem naszych korzeni zawodowych, z których wyrosły wspaniałe drzewa wiedzy, umiejętności, kompetencji i tak oczekiwanej – samodzielności. Z kolei artykuł dr Olgi Konatowskiej we współpracy z Redaktor Naczelną, przenosi nas w inny wymiar, wymiar przyszłości, w której jeszcze raczkuje polskie pielęgniarstwo. Jednakże, aktualizacja wiedzy, najnowsze osiągnięcia i Evidence Based Nursing Practice, to fundamenty dzisiejszego pielęgniarstwa. Pozostałe artykuły (o profilu empirycznym) świadczą, że są liderzy, którzy prowadzą badania i są to pielęgniarki praktyczki, które doskonale łączą pracę zawodową z działalnością dydaktyczno – badawczą. Pozwolę jeszcze przywołać sobie dwóch znamienitych autorów, dr Krystynę Mizerską i dr Joannę Krukowską, których doniesienia powinny wywołać u każdego z Nas, refleksje związane z własnym zdrowiem. Życzę Wszystkim Odbiorcom by przedstawione zajawki badań stanowiły inspirację do podjęcia trudu badawczego, a autorom – kontynuacji.

Na zakończenie przywołam słowa Orwella z kultowej powieści „Rok 1984”: *Kto rządzi przeszłością, w tego rękach jest przyszłość; kto rządzi teraźniejszością, w tego rękach jest przeszłość.*

Drogie Pielęgniarki, Pielęgniarze, Czytelnicy – rządzcie teraźniejszością!

Dr n.o zdr. Bożena Kosińska prof. WSZ  
Redaktor Naczelny



**Małgorzata Lipińska**

## ***REGULACJE PRAWNE ZAWODU PIELEŃNIARKI W OKRESIE DWUDZIESTOLECIA MIĘDZYWOJENNEGO***

### **Streszczenie:**

Pielęgowanie to proces wymagający kompetencji, wiedzy i umiejętności jak go prawidłowo prowadzić, ale też szczególnych predyspozycji osobowych. Przegląd polskich regulacji prawnych z okresu dwudziestolecia międzywojennego, dotyczących praktyki pielęgniarskiej, ilustruje oczekiwania społeczne, co za tym idzie oczekiwania organizatorów ochrony zdrowia kierowane pod adresem pielęgniarek. Szczegółowa analiza przepisów wskazuje na wartości istotne w tym procesie. Wskazuje również na problemy jakie realizacja planu zapewnienia pielęgowania na poziomie jakiego oczekiwano, napotykała w czasie całego analizowanego okresu.

### **Summary**

Nursing is a process that requires competence, knowledge and skills on how to conduct it correctly, but also special personal predispositions. A review of Polish legal regulations from the interwar period regarding nursing practice illustrates social expectations and, consequently, the expectations of health care organizers directed at nurses. A detailed analysis of the regulations indicates the values that are important in this process. It also indicates the problems that the implementation of the plan to ensure nursing at the expected level encountered during the entire analyzed period.

**Celem pracy** była analiza regulacji prawnych z okresu pomiędzy rokiem 1919 a 1939 dotyczących przygotowania do zawodu, rodzajów kształcenia, programów nauczania, trybu nabywania uprawnień do wykonywania zawodu pielęgniarki oraz sposobu sprawowania nad nim nadzoru zarówno natury organizacyjnej jak też merytorycznej. W tym celu dokonano przeglądu dostępnych aktów prawnych.

### **Wstęp**

Regulacje prawne stanowią istotny element życia społecznego. Badanie ich dostarcza wniosków daleko wykraczających poza obszar samego prawa.

Informuje nie tylko o tym jak wyglądała terażniejszość wydawanych przepisów, ale wskazuje na zaszłości, które te przepisy próbują uporządkować. Jeśli szczegółowo analizujemy materiał, możemy ujrzyć także projekt dla danej dziedziny. Jeśli przyglądamy się programom nauczania, liczbie godzin jakie przewidziano dla określonych przedmiotów, możemy wysnuć wnioski czego oczekiwano od absolwentki szkoły pielęgniarstwa albo też w niektórych przypadkach jakiego rodzaju wiedzy, w opinii legislatora brakuje ubiegającym się o przyjęcie do szkoły i co wymaga uzupełnienia. Praca niniejsza powstała w oparciu o akty prawne wydane w okresie od 8 lutego 1919 roku do 30 czerwca 1939 roku. Przepisy te dostępne były za pośrednictwem Internetowego Systemu Aktów Prawnych strony głównej Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej [1].

## **Pierwsze regulacje**

Jeśli przyjmiemy, że przepis prawny to wypowiedź kształtująca charakter reguł zachowania, kiedy i jak należy postępować, zawarta w tekstach ustaw lub innych aktów prawnych [2] to pierwsza reguła mająca odniesienie do pielęgniarek określona została w Państwowej Zasadniczej Ustawie Sanitarnej z dnia 19 lipca 1919 [3] roku wskazując, iż piecza nad zdrowiem ludności należy do zarządów komunalnych w obrębie podległego im terytorium, jak też że do ich obowiązków, należy wykonywanie i utrzymywanie niezbędnych dla gminy urządzeń sanitarno – technicznych oraz zakładanie i utrzymywanie szpitali przychodni, przytułków, w tym utrzymywanie lekarzy sanitarnych, akuszerki gminnych i pielęgniarek.

Już pięć miesięcy później Zasadnicza Ustawa Sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r. [4] określiła nadzór nad wszystkimi sprawami zdrowotnymi w państwie, przekazując go Ministerstwu Zdrowia Publicznego. Opisała szczegółowo kompetencje zarządów komunalnych, do których należały szeroko rozumiane obowiązki sanitarne: zapewnienie czystej wody, usuwanie ścieków, nadzorowanie cmentarzy, zapobieganie chorobom w tym szczepienia. W myśl ustawy zarządy komunalne winne były wykonywać i utrzymywać we własnej administracji niezbędne dla ich gmin urządzenia sanitarno-techniczne, zakładać i utrzymywać szpitale, przychodnie, przytułki, domy izolacyjne, kąpieliska i utrzymywać lekarzy sanitarnych, akuszerki gminne, pielęgniarki, dezynfektorów i inny niezbędny personel.

Jednym z uczestników procesu nadzorowania zdrowia obywateli były pielęgniarki. Na podstawie zasadniczej ustawy sanitarnej wydane zostało Rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 27 listopada 1923 roku w przedmiocie państwowych egzaminów pielęgniarstkich [5]. Powołało ono

4 osobowe Komisje przeprowadzające państwowe egzaminy pielęgniarские. Pracami Komisji kierował lekarz, w skład wchodził dyrektor szpitala w którym odbywał się egzamin oraz lekarz będący czynnym nauczycielem szkoły pielęgniarской i zawodowa pielęgniarka. Rozporządzenie określiło również wymagania stawiane kandydatkom przystępującym do egzaminu. Mogły to być osoby - które ukończyły dwuletnią szkołę pielęgniarскую z programem zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia Publicznego. W tym czasie na terytorium Polski funkcjonowały 3 szkoły i były to: Szkoła Pielęgniarstwa PCK w Poznaniu, Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa, Szkoła Pielęgniarstwa przy Szpitalu Starozakonnych w Warszawie [6].

W odniesieniu do osób nieposiadających dyplomu szkoły oczekiwano spełnienia łącznie 3 warunków: ukończenia 6 klas szkoły średniej, wieku powyżej 24 lat oraz 4-letniej praktyki pielęgniarской w szpitalu, z czego w oddziałach: wewnętrznym i chirurgicznym przynajmniej po 1 roku.

Ludność Polski zgodnie z wynikami spisu powszechnego z 1921 roku [7] wynosiła 25 694 700 z czego według tego samego spisu analfabetami było 11 086 462 a średnie wykształcenie posiadało 608 017, a średnie zawodowe i niższe 128 783. W takim kontekście ukończenie 6 klas szkoły średniej wymagane od kandydatek do szkoły należy uznać za warunek trudny do spełnienia. Znak czasów odczytujemy w zestawieniu listy dokumentów które należało dołączyć do podania o przystąpienie do egzaminu oprócz świadectwa, metryki, opisu życia, dowodu obywatelstwa polskiego, zaświadczenia ze szpitala w którym kandydatka odbywała praktykę, należało dołączyć świadectwo moralności. [8] Był to dokument wydawany przez organy gminne i zawierał oświadczenie urzędnika, że w okresie pobytu, osoba wymieniona w dokumencie zachowywała się nienagannie. Przedstawienia świadectwa moralności nie oczekiwano od kandydatki przystępującej do egzaminu po ukończeniu dwuletniej szkoły pielęgniarской. Egzamin podlegał opłacie, odbywał się w wyznaczonym do tego celu szpitalu i polegał na wykonaniu określonych zabiegów pielęgniarских, wykazaniu się znajomością przedmiotów wchodzących w zakres medycyny ścisłej, higieny i opieki społecznej oraz sprawności w odbywaniu dyżuru przy chorych. Przystępujące do egzaminu absolwentki szkoły pielęgniarской, w myśl rozporządzenia mogły być zwalniane od pytania z poszczególnych przedmiotów. Rozporządzenie dopuszczało ponowne przystępowanie do egzaminu po upływie roku jednak nie więcej jednak niż trzykrotnie. Osoby, które zdały pozytywnie egzamin otrzymywały dyplom upoważniający do wykonywania praktyki w zakresie pielęgniarstwa na terenie całego Państwa. Rozporządzenie dopuszczało wykonywanie praktyki osobom, które nabyły uprawnienia do wykonywania praktyki na podstawie przepisów z dnia 10 maja 1907 r., wydanych przez pruskiego

ministra spraw wyznaniowych, oświatowych i lekarskich o państwowym egzaminie pielęgniarskim.

W dniu 24 grudnia 1931 roku nastąpiła nowelizacja rozporządzenia w przedmiocie państwowych egzaminów pielęgniarskich [9]. Zmieniono skład komisji egzaminacyjnej powiększając go o jeszcze jedną pielęgniarkę. Obniżono wiek kandydatek z dotychczas wymaganego ukończenia 24 roku życia do 21 roku życia. Pozostałe zmiany wynikały ze zmian w kompetencjach ministerstw, nastąpiło przekazanie prawa do powołania przewodniczącego komisji egzaminacyjnej z Ministerstwa Zdrowia Publicznego do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

### **Ustawa o pielęgniarstwie**

W 1928 roku powołano komitet składający się z pracowników Departamentu Służby Zdrowia i Państwowej Rady Zdrowia, którego celem było przygotowanie projektu ustawy o pielęgniarstwie. W pracy nad projektem aktywnie brały udział pielęgniarki przekonujące o konieczności uregulowania zawodu pielęgniarki. W 1935 roku, podczas drugiego posiedzenia Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych Maria Babicka - Zachertowa wygłosiła referat, w którym zaprezentowała skróconą historię rozwoju ustawodawstwa w pielęgniarstwie na świecie do 1928 roku, argumentując jak wiele, poza Polską, krajów na świecie takie regulacje przyjęło [10].

1891 r. – Południowa Afryka - pierwsze przepisy o pielęgniarstwie jako część prawodawstwa lekarskiego farmaceutycznego

1901 r. – Nowa Zelandia – prawodawstwo pielęgniarskie, poprawione w 1925 r.

1903 r. – Stany Zjednoczone Ameryki Północnej

1905 r. – Niemcy

1919 r. – Anglia

Dnia 21 lutego 1935 roku Sejm II Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił Ustawę o pielęgniarstwie [11], która weszła w życie po upływie 3 miesięcy od jej ogłoszenia. Ustawa składała się z 25 artykułów pogrupowanych w 5 rozdziałach: Wykonywanie praktyki pielęgniarskiej, Szkoły pielęgniarstwa, Postanowienia przejściowe, Postanowienia karne i Postanowienia końcowe. Rozdział pierwszy określił zakres przedmiotowy praktyki przypisując jej

pielęgowanie chorych w zakładach leczniczych i domach prywatnych, wykonywanie zleceń lekarza, pracę w różnych placówkach w zakresie szerzenia higieny ogólnej i osobistej, zwalczania epidemii oraz zapobiegania chorobom. Wskazał krąg osób uprawnionych do realizacji tych zadań i zostały nimi jedynie osoby, które uzyskały prawo praktyki na zasadach określonych w ustawie. Przepis deklarował również ochronę tytułu pielęgniarki brzmiącą: „osobom tym przysługuje wyłączne prawo używania tytułu pielęgniarki”

Ustawa podzieliła prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej na dwa rodzaje czasowe i stałe.

**Stale prawo** wykonywania praktyki pielęgniarskiej przysługiwało osobom, które posiadały obywatelstwo polskie i dyplom szkoły pielęgniarstwa spełniającej warunki określone dla szkoły w tejże ustawie. Minister Opieki Społecznej do którego kompetencji ponownie wróciły pielęgniarki mógł nadać stałe prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej osobie posiadającej obywatelstwo polskie, która ukończyła zagranicą szkołę pielęgniarstwa uznaną za Ministra Opieki Społecznej za równorzędną z polskimi szkołami pielęgniarstwa.

**Czasowe prawo** wykonywania praktyki pielęgniarskiej Minister Opieki Społecznej mógł nadać w drodze wyjątku, osobom nie posiadającym obywatelstwa polskiego, jeżeli:

- a) ukończyły przed wejściem w życie ustawy polską dwuletnią szkołę pielęgniarstwa lub ukończyły szkołę pielęgniarstwa spełniającą wymogi ustawy to jest dwuipółletnią,
- b) które ukończyły zagranicą szkołę pielęgniarstwa uznaną za Ministra Opieki Społecznej za równorzędną z polskimi szkołami pielęgniarstwa, mogąc uzależnić nadanie uprawnień od zdania egzaminu z pewnych przedmiotów w jednej z polskich szkół

Podczas wojny, epidemii lub innych klęsk społecznych osobom nie mającym uprawnień do wykonywania praktyki pielęgniarskiej, lecz posiadającym przeszkolenie sanitarne lub doświadczenie w zakresie pielęgnowania chorych Minister Opieki Społecznej mógł nadać częściowe prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej. Prawa praktyki nie mogły uzyskać osoby ubezwłasnowolnione, sądownie pozbawione praw publicznych, dotknięte chorobą niebezpieczną dla otoczenia. W przypadkach chorób psychicznych lub zakaźnych do orzeczenia o zawieszeniu praktyki, powoływano komisję lekarską, która rozstrzygała o zawieszeniu lub ograniczeniu prawa praktyki do prac niezagrażających otoczeniu. Komisję powoływały wojewódzkie organy państwowe. Ustawa nadawała pielęgniarsce zagrożonej w praktyce na skutek orzeczenia komisji lekarskiej, prawo do odwoływania się do jej orzeczenia. W tym celu należało w terminie 14 dni złożyć odwołanie od decyzji,

którego skutkiem było ponowne stawanie przed komisją. Utrata prawa do wykonywania zawodu wynikała:

- a) z utraty obywatelstwa, z wyjątkiem przypadku utraty spowodowanej poślubieniem cudzoziemca,
- b) ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej na czas trwania ubezwłasnowolnienia
- c) orzeczenia wyrokiem sądowym pozbawienia prawa praktyki.

Istotnym obowiązkiem nałożonym na pielęgniarki była konieczność rejestracji nałożona przez art. 5 Ustawy. Przed przystąpieniem do wykonywania praktyki, pielęgniarka obowiązana była do zarejestrowania się. Należało złożyć dowód posiadania uprawnień oraz świadectwo zdrowia organom władzy na szczeblu wojewódzkim. W przypadku zmiany stałego miejsca wykonywania praktyki i adresu, koniecznym było powiadomienie o tym fakcie powiatowych organów władzy. Celem tego postanowienia było prowadzenie ewidencji i zbieranie danych statystycznych, niezbędnych do racjonalnego zarządzania kadrami, ułatwiało możliwość szybkiej mobilizacji [12].

Ustawa określiła zakres tajemnicy zawodowej pielęgniarki. Nakładała na pielęgniarki obowiązek zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym się dowie w związku z wykonywaniem praktyki pielęgniarskiej. Przepis określił również wyłączenia. Tajemnica nie obowiązywała w stosunku do lekarza, pod którego opieką chory pozostawał, gdy na pielęgniarkę ciążył z mocy przepisów prawa obowiązek doniesienia władzy, jak też w zakresie prac higieniczno-zapobiegawczych w stosunku do władz przełożonych. Ustawa w art. 8 nadała pielęgniarkom status pracowników umysłowych z czym wiązało się zakwalifikowanie do kategorii osób podlegających przepisom Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 roku o umowie o pracę pracowników umysłowych [13]. Rozporządzenie ustanawiało zasadę nieważności postanowień umów mniej korzystnych niż określone w rozporządzeniu. Regulowało rodzaje umów, prawa i obowiązki stron w tym zasady wypłacania wynagrodzenia za pracę, sposoby rozwiązania umów o pracę.

## **Szkoły pielęgniarstwa**

Ustawa dopuszczała kształcenie w szkołach publicznych i prywatnych. Okres nauczania ustalono na co najmniej dwa i pół roku. Warunkiem niezbędnym było: uzyskanie zezwolenia Ministra Opieki Społecznej na otwarcie i prowadzenie szkoły, zatwierdzenie statutu szkoły, programu i systemu nauczania, regulaminu egzaminu końcowego, wzoru dyplomu, osoby dyrektorki szkoły- od której wymagano posiadania prawa do wykonywania praktyki

pielęgniarskiej. Szkoły mogły być zlokalizowane jedynie w miejscowościach posiadających odpowiednią bazę do kształcenia teoretycznego i praktycznego. Uczennice mogły zamieszkiwać jedynie w internacie prowadzonym przez szkołę. Wyjątek stanowiły siostry zakonne, którym reguła zabraniała zamieszkiwania poza zgromadzeniem zakonnym. Od kandydatek do szkoły oczekiwano: ukończenia co najmniej gimnazjum lub posiadanie wykształcenia uznanego jako równorzędne, odpowiednich właściwości psychicznych i uzdolnień fizycznych, nieskazitelnej przeszłości, ukończenia 18 lat i nieprzekroczenia 30 rok życia. W drodze wyjątku, na wniosek dyrektorki szkoły Minister mógł wyrazić zgodę, na kandydatkę która przekroczyła 30 rok życia. Ustawa przewidywała szereg sytuacji w których Ministrowi przysługiwało prawo odwołania dyrektorki a nawet zamknięcia szkoły z których jeden zasługuje na szczególną uwagę. Ministrowi Opieki Społecznej przysługiwało prawo zamknięcia szkoły, gdy nauczanie lub wychowanie uczennic odbywało się w duchu nielojalnym dla Państwa.

Do kompetencji Ministra należało również ustalenie wzoru odznaki ukończenia szkoły i wzoru munduru dla pielęgniarek. Ustawa wskazuje, iż mogły ich używać jedynie osoby uprawnione a noszenie przez innych było zakazane.

Za równoznaczne z dyplomem szkoły przewidzianej w ustawie uznano kwalifikacje pielęgniarek, które:

- a) legitymowały się egzaminem pielęgniarskim złożonym w myśl przepisów z rozporządzenia z 27 listopada 1923 roku,
- b) posiadały świadectwo złożenia egzaminu pielęgniarskiego w myśl wydanych przez byłe państw zaborczych przepisów obowiązujących na terenie województw poznańskiego, pomorskiego i górnośląskiej części województwa śląskiego,
- c) posiadały świadectwo ukończenia szkoły pielęgniarstwa Stowarzyszenia Pań Ekonomek św. Wincentego a` Paulo w Krakowie.

Przyjęto, że przez okres 4 lat od wejścia przepisów ustawy to jest do 16 lipca 1939 roku, odbywać się będą przed komisją egzaminacyjną działającą przy urzędach wojewódzkich egzaminy nadające uprawnienia do uzyskania prawa praktyki pielęgniarskiej. Do egzaminu mogły przystąpić osoby posiadające obywatelstwo polskie, które przed wejściem w życie ustawy;

- a) ukończyły dwuletnią szkołę pielęgniarstwa,
- b) ukończyły szkołę pielęgniarstwa prowadzoną zgodnie z przepisami byłych państw zaborczych z terenu województwa poznańskiego, pomorskiego oraz górnośląskiej części województwa śląskiego,
- c) ukończyły co najmniej sześciomiesięczne kursy pielęgniarskie i przez okres dwóch lat pracowały w zawodzie pielęgniarki,

- d) mogły wykazać się pięcioletnią pracą zawodową pielęgniarską szpitalną lub higieniczno-zapobiegawczą a jako praca zawodowa zaliczano kursy pielęgniarskie w relacji jeden miesiąc kursu za 6 miesięcy pracy zawodowej. Określenie rodzajów kursów które mogły być zaliczone należało do kompetencji Ministra Opieki Społecznej,
- e) pracowały przez okres czterech lat w zawodzie a warunkiem uzupełnienia brakującego roku pracy zawodowej było odbycie kursu.

Wyjątek przewidziano dla obywaterek polskich znajdujących się w okresie próbnym (postulacie lub nowicjacie) w zgromadzeniach zakonnych, które to zgromadzenia zgłosiły je w ciągu 3 miesięcy od wejścia w życie ustawy pod warunkiem, że przed przystąpieniem do egzaminu przeszły przeszkolenie określone w odrębnych przepisach. Dla ubiegających o przystąpienie do egzaminu ustawa przewidywała czasowe zezwolenie na prawo praktyki pielęgniarskiej, nie dłuższe niż do 1 stycznia 1939 roku. Ustawa oprócz stworzenia ram prawnych dla zawodu pielęgniarki porządkowała funkcjonujące do czasu jej uchwalenia, różne formy nabywania uprawnień zawodowych.

Rozporządzeniem Ministra Opieki Społecznej z dnia 17 marca 1936 roku o pielęgniarstwie [14], szczegółowo określono sposób rejestracji pielęgniarek w urzędach wojewódzkich, w tym wskazując wymagane do tego aktu dokumenty, po złożeniu których, urzędy wydawały zezwolenie na wykonywanie praktyki pielęgniarskiej. Opisany został skład i tryb pracy komisji lekarskiej orzekającej w przypadkach utraty prawa wykonywania zawodu z powodu choroby psychicznej lub zakaźnej lub też nosicielstwa takiej choroby. Komisję powoływał wojewoda. Badanie przed komisją obejmować mogło skierowanie do zakładu leczniczego w celu przeprowadzenia badań. Orzeczenie komisji zawierało rodzaj choroby, czas jej przypuszczalnego trwania lub termin ponownego badania. Rozporządzenie przewidywało dla pielęgniarki również tryb odwoławczy, gdyby nie zgadzała się z jej orzeczeniem. Koszty działań komisji ponosił Skarb Państwa.

Szczegółowo określone zostały dokumenty wymagane przy ubieganiu się o zezwolenie na otwarcie szkoły pielęgniarstwa. Obszernie opisane zostały warunki jakie szkoła spełniać musiała wyliczając 18 wymaganych rodzajów pomieszczeń służących celom dydaktycznym i socjalnym. Po raz kolejny zaakcentowano obowiązek prowadzenia internatu dla uczennic, objęto nim również szkoły prowadzone dla zgromadzeń zakonnych. W przypadku niespełnienia tego obowiązku, z uwagi na regułę zakonną, koniecznym było umożliwienie przez zgromadzenie zakonne kontroli warunków sanitarnych w jakich przebywały uczennice w zgromadzeniu.

Opisane zostały wymagania dotyczące kadry nauczającej. Co do zasady nauczycielami mogły być pielęgniarki i lekarze, wyjątek przewidziano dla nauczania przedmiotów niemedycznych jak prawodawstwo, administracja, chemia, etyka czy psychologia, ale i tutaj warunkiem było posiadanie uprawnień do nauczania tych przedmiotów w liceach. Dyrektorką szkoły mogła być jedynie pielęgniarka legitymująca się obywatelstwem polskim, absolwentka co najmniej dwuletniej szkoły pielęgniarstwa z 5 letnim stażem w zawodzie, w tym co najmniej dwuletnim w szkole pielęgniarstwa. Instruktorcami, z wyjątkiem zajęć z dietetyki, mogły być jedynie pielęgniarki, absolwentki 2 letnich szkół pielęgniarstwa, posiadające uprawnienia do wykonywania praktyki. Na okres przejściowy, to jest do końca 1939 roku, Minister Opieki Społecznej mógł wyrazić zgodę na zatrudnienie instruktorki pielęgniarki, która złożyła państwowy egzamin pielęgniarstwa w myśl przepisów z 1923 roku lub w myśl przepisów byłych państw zaborczych lub też świadectwo ukończenia szkoły Stowarzyszenia Pań Ekonomek w Krakowie.

Rozporządzenie zawierało szczegółową listę przedmiotów, które miały być nauczane. Zajęcia prowadzone były w formie wykładów, ćwiczeń oraz praktyk zarówno w zakładach leczniczych jak „instytucjach zapobiegawczych i społecznych” oraz w dziale higieny szkolnej. Program obejmował 32 przedmioty korelujące z obecnymi programami nauczania na kierunku pielęgniarstwo oraz przedmiotami, których nauczanie wynikało zapewne z doświadczeń minionej wojny jak „obrona przeciwigazowa”. Na wykłady i ćwiczenia przypadać musiało co najmniej 600 godzin z dwu i półrocznego okresu nauczania. Pozostały czas przeznaczony był na praktykę. Koniecznym były 3 miesięczne praktyki w oddziale interny, chirurgicznym oraz pielęgniarstwie społecznym, półtorej miesiąca w oddziale zakaźnym, dziecięcym i położnictwie. Po miesiącu w sali opatrunkowej, operacyjnej i administracji. Szczegółowo opisane zostały wymagania jakie winien spełniać oddział, w którym odbywać się miały praktyki z określeniem minimalnej liczby łóżek oraz liczby chorych przepadających na uczennicę na dyżurze (3-8 chorych). Przepis wprowadzał zasadę zgodnie z którą pielęgnowanie chorych na salach szpitalnych, wyznaczonych przez dyrekcję szpitala do praktycznego nauczania zawodu, powinno całkowicie podlegać szkole. Instruktorzy zatrudnieni przez szkołę jak również przez szpital w sprawach nauczania i kierowania uczniami, techniki pielęgniarstwa podlegały jedynie szkole. W tym celu konieczne było zawarcie umowy pomiędzy szkołą i szpitalem, która w sposób szczegółowy regulowała zasady współpracy pomiędzy nimi.

Egzamin końcowy przeprowadzany był przed 7 osobową komisją, w składzie której zasiadał przedstawiciel delegowany przez Ministra Zdrowia. Składał się z 3 części. Były to sprawozdanie pisemne z 8 godzinnego dyżuru przy wyznaczonym przez komisję chorym, egzamin praktyczny na

sali demonstracyjnej lub w oddziale szpitalnym z zasad pielęgniarstwa oraz egzamin ustny obejmujący 11 przedmiotów objętych programem nauczania.

Rozporządzenie wskazywało sposób postępowania w odniesieniu do szkół i absolwentek szkół, które odbywało się w trybie odmiennym niż określony w ustawie o pielęgniarstwie. Szkoły, które kształciły zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia Publicznego z 27 listopada 1923, roku zostały zobowiązane do dostosowania się do postanowień w okresie 6 miesięcy od wejścia w życie rozporządzenia. Szkoły, które kształciły bez zatwierdzenia programu w myśl przepisów, o których mowa powyżej, nie mogły przyjmować nowych uczennic a ich absolwentki musiały przystąpić do egzaminu na zasadach określonych w § 20 ustawy o pielęgniarstwie.

Rozporządzenie wskazało listę szkół, ale też rodzaje kursów, dopuszczających, zgodnie z postanowieniami ustawy o pielęgniarstwie do egzaminu pielęgniarzkiego.

Katalog obejmował 5 szkół:

- a) Szkołę Pielęgniarstwa przy Szpitalu św. Rocha w Warszawie
- b) Szkołę Pielęgniarstwa Dziecięcego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Warszawie
- c) Szkołę Pielęgniarstwa przy Szpitalu Powszechnym we Lwowie
- d) Szkołę Pielęgniarstwa Towarzystwa Ochrony Zdrowia w Wilnie
- e) Szkołę Pielęgniarek Niemowlęcych Domowych we Lwowie

oraz 9 rodzajów kursów organizowanych przez instytucje wymienione w przepisie w rodzaju szpitali, urzędów. Kursy prowadzone były w zakresie: psychiatrii, opieki nad matką i dzieckiem, higieny wiejskiej, pracy w przychodni przeciwgruźliczej oraz kursy nazwane sanitarnymi, Ukończenie szkoły położnych zaliczane było jako równowartość 6-miesięcznego kursu pielęgniarzkiego.

Rozporządzenie zawierało trzy załączniki opisujące:

Załącznik nr 1 opisywał co było przedmiotem egzaminu pisemnego i ustnego przewidzianego dla osób, które przed wejściem w życie ustawy o pielęgniarstwie wykonywały zawód w oparciu o różne formy przygotowania do jego wykonywania, ukończone kursy lub jedynie praktykowanie go. Zawierało listę 65 zabiegów pielęgniarzkich których umiejętności wykonywania oczekiwano od kandydatki. Były to czynności będące w domenie współczesnych pielęgniarek, ale też możemy tam znaleźć kataplazmy, bańki suche i cięte, naparzania, okład gorczyczny i inne obco brzmiące zabiegi.

Załącznik nr 2 zawierał program 2 miesięcznego kursu dla pielęgniarek, które spełniały wymóg 4-letniej pracy zawodowej, lecz ustawa przed przystąpieniem do egzaminu pielęgniarzkiego w odniesieniu do tych osób wymagała ukończenia kursu. Podczas kursu na wykłady i ćwiczenia przewidziano

182 godziny oraz przez 4 tygodnie w godzinach przedpołudniowych czas należało poświęcać na praktykę w oddziałach szpitalnych lub zwiedzać instytucje społeczne. Praktyki odbywać się miały w oddziale wewnętrznym, chirurgicznym, pokoju opatrunkowym, laboratorium, poradni dla matki i dziecka oraz przeciwgruźliczej i przeciwjagliczej. Lista wykładów obejmowała 21 przedmiotów a wśród nich historię pielęgniarstwa, etykę pielęgniarstwa oraz naukę o Polsce.

Załącznik nr 3 opisywał 18 miesięczny kurs dla osób zakonnych, dla których to ustawa o pielęgniarstwie przewidywała odmienne wymagania niż wobec osób pozostałych. Rozporządzenie dla nich wymagało w zakresie wykształcenia ogólnego ukończenia jedynie 4 klas szkoły powszechnej, nie wymagano od nich praktyki zawodowej, lecz ukończenia półtorarocznego kursu, którego program określał załącznik. Program zawierał listę przedmiotów które miały być wykładane podczas 600 godzin ćwiczeń i wykładów w części zbieżną w zakresie kursu dwumiesięcznego, ale pojawiły się tam przedmioty nie występujące w innych programach jak gotowanie w wymiarze 14 godzin. Praktyka miała się odbywać przez okres 12 miesięcy. Program przewidywał 2 tygodnie wakacji w okresie półtorarocznej nauki.

Minister Opieki Społecznej 17 sierpnia 1937 roku rozporządzeniem o czasowym prawie wykonywania praktyki pielęgniarstwie [15], 25 miesięcy po wejściu w życie ustawy o pielęgniarstwie zezwolił na czasowe wykonywanie praktyki pielęgniarstwie położnym, powołując się na art. 3 ust. 4 pkt 2 ustawy który stanowił iż w czasie wojny, epidemii lub innych klęsk żywiołowych osobom, nie mającym uprawnień do wykonywania praktyki pielęgniarstwie lecz posiadającym przeszkolenie sanitarne lub doświadczenie w zakresie pielęgnowania chorych można nadać czasowe prawo wykonywania praktyki pielęgniarstwie. Na czasowe prawo praktyki zezwolił również osobom posiadającym obywatelstwo polskie i ukończone siedem oddziałów szkoły powszechnej lub wykształcenie równorzędne, które rozpoczęły pracę w zawodzie pielęgniarstwie przed 16 lipca 1935 r. i pozostawały przynajmniej przez rok w tym zawodzie, jak też przedstawia zaświadczenie zakładu leczniczego lub instytucji zapobiegawczej, w której ostatnio pracowały dłużej niż 3 miesiące, stwierdzające ich przydatność do wykonywania praktyki pielęgniarstwie. Osoby te mogą wykonywać czasowo praktykę pielęgniarstwie wyłącznie w zakładach leczniczych i instytucjach zapobiegawczych, pod nadzorem pielęgniarek posiadających stałe prawo wykonywania praktyki pielęgniarstwie.

W związku ze zmianą granic, Prezydent Rzeczypospolitej Dekretem z dnia 22 listopada 1938 roku o rozciągnięciu mocy obowiązującej niektórych aktów ustawodawczych na ziemię odzyskane w październiku i listopadzie 1938 roku [16], obywatelkom Republiki Czechosłowackiej, które uzyskały

obywatelstwo polskie na podstawie art. 2a lub 3 ustawy o obywatelstwie Państwa Polskiego i przed dniem 1 października 1938 roku zajmowały się zawodowo praktyką pielęgniarską na obszarze Republiki Czechosłowackiej i przed dniem 1 marca 1939 roku zarejestrowały swoje uprawnienia w urzędzie wojewódzkim udzielił zezwolenia na wykonywanie praktyki pielęgniarskiej. Zezwolenie było stałe o ile uzyskały dyplom pielęgniarki chorych, czasowe do końca 1944 roku dla wszystkich pozostałych. Czasowe prawo mogło zostać przekształcone w stałe po uzyskaniu świadectwa złożenia egzaminu przewidzianego w art. 19 i 20 ustawy o pielęgniarstwie. Dekret określał termin końcowy dla egzaminów osób objętych tym przepisem na koniec 1944 roku.

Po raz drugi Minister Opieki Społecznej Rozporządzeniem z dnia 30 czerwca 1939 roku o czasowym prawie wykonywania praktyki pielęgniarskiej [17], powołując się na przepisy ustawy o pielęgniarstwie w celu „przeciwdziałania szerzeniu się epidemii” zezwolił na czasowe prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej. Prawo to przysługiwało wyłącznie w zakładach leczniczych i instytucjach zapobiegawczych, realizowane mogło być wyłącznie pod nadzorem pielęgniarek posiadających stałe prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej. Uprawnienia te uzyskały: położne, osoby posiadające obywatelstwo polskie i ukończone siedem oddziałów szkoły powszechnej lub wykształcenie równorzędne, które rozpoczęły pracę w zawodzie pielęgniarskim przed 16 lipca 1935 r., i pozostawały przynajmniej przez rok w tym zawodzie i które przedstawiły zaświadczenie zakładu leczniczego lub instytucji zapobiegawczej, w której ostatnio pracowały dłużej niż 3 miesiące, stwierdzające ich przydatność do wykonywania praktyki pielęgniarskiej. Osoby, posiadające obywatelstwo polskie i władające językiem polskim w mowie i piśmie, które przed dniem 16 lipca 1935 r. pracowały co najmniej przez 4 lata w zawodzie pielęgniarskim również uzyskały czasowe prawo wykonywania praktyki pielęgniarskiej.

## Podsumowanie

W okresie pomiędzy 1919 a 1939 rokiem w dziewięciu aktach prawnych znajdujemy treści odnoszące się do pielęgniarstwa, w szerszym lub symbolicznym jedynie zakresie. Przepisy są dobrą ilustracją kim były pielęgniarki w przedwojennej Polsce, jaka była ich rola społeczna. Obejmują informacje o zawodzie zawarte w pierwszych regulacjach prawnych wydawanych na terytorium nie całkiem jeszcze Polski, wydanych przez Naczelnika Państwa Józefa Piłsudskiego 8 lutego 1919 roku, po ostatnie wydane przez Ministra Opieki Społecznej Mariana Zyndram-Kościałkowskiego 30 czerwca

1939 roku. W tym okresie powstała też ustawa o pielęgniarstwie która została uchylona dopiero 31 października 1996 roku, czyli po 61 latach i zastąpiona przez ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej [18].

Lektura przepisów pozwala wysnuć wnioski o problemach jakie napotykała ochrona zdrowia, jakie zadania stawiali sobie jej organizatorzy i jak zmieniały się kompetencje i rola pielęgniarek. Od pierwszych wzmianek, które wskazują na rolę pielęgniarek w zadaniach natury sanitarnej, po ustawę o pielęgniarstwie która na 61 lat opisała zawód i w oparciu o którą pokolenia polskich pielęgniarek zawód ten wykonywały. W 7 z 9 przywołanych przepisów regulowano kwalifikacje wymagane od kandydatek do zawodu. W zakresie kwalifikacji w ubieganiu się o przyjęcie do szkoły pielęgniarstwie, ale też kwalifikacji po jej ukończeniu. Przepisy szczegółowo wymieniają przedmioty nauczane w szkole, z równą dokładnością wskazują jakie winny być nauczane na kursach. Opisane są liczby godzin przypisane do poszczególnych przedmiotów, warunki w jakich odbywać się ma nauczanie teoretyczne i praktyczne. Jak ma wyglądać opieka na uczennicami. Wszystko to wskazuje na ogromną wagę przykładaną przez władzę do kompetencji przyszłych pielęgniarek. Pomimo to przez większość analizowanego okresu, co kilka lat pojawiają się przepisy wydłużające okresy przystosowawcze. Do września 1939 roku obowiązują przepisy pozwalające osobom, które nie ukończyły szkoły pielęgniarstwie, po spełnieniu dodatkowych warunków, na wykonywanie praktyki pielęgniarstwie. Pomimo nadania w 1935 roku pielęgniarkom statusu pracownika umysłowego z czym wiązał się szereg przywilejów w zakresie umów, urlopów, nadal brakowało pielęgniarek czego dowodem były kolejne przepisy pozwalające osobom bez formalnego wykształcenia pielęgniarstwie, na wykonywanie praktyki. Uprawnionym będzie stwierdzenie zawód ten oczekuje od jego adeptek niemało i na przestrzeni 105 lat niewiele się w tym zakresie zmieniło. Tak jak w 1919 roku tak i w 2024 roku jest to zawód wymagający dużo od osób, które go praktykują. I także, tak jak w 1919 roku obecnie ograniczona liczba osób decyduje się na jego wykonywanie.

**BIBLIOGRAFIA:**

- [1] <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/home.xsp>
- [2] Wstęp do prawoznawstwa Józef Nowacki Zygmunt Tobor Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 1993 s. 18
- [3] Dz. Praw P. Pol.1919.15.207 z dnia 1919.02.08
- [4] Dz. Praw P. Pol.1919.63.371 z dnia 1919.08.05
- [5] Dz.U.1923.127.1049 z dnia 1923.12.15
- [6] Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa, Opracowanie: Krystyna Wołska-Lipiec.
- [7] Centralna Biblioteka Statystyczna: <https://cbs.stat.gov.pl/>
- [8] Dokument wydawany przez władze miejsca zamieszkania (gminne, miejskie)



- [9] Dz.U.1932.6.38 z dnia 1932.01.28
- [10] Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Opracowała J. Gnich
- [11] Dz.U.1935.27.199 z dnia 1935.04.16
- [12] Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Opracowała J. Gnich
- [13] Dz.U.1928.35.323 z dnia 1928.03.23
- [14] Dz.U.1936.28.229 z dnia 1936.04.20
- [15] Dz.U.1937.63.491 z dnia 1937.08.31
- [16] Dz.U.1938.91.628 z dnia 1938.11.24
- [17] Dz.U.1939.62.413 z dnia 1939.07.14
- [18] Dz. U. 1996.91.410 z dnia 5 lipca 1996 roku

**Olga Konatowska, Bożena Kosińska**

*Boję się dnia, w którym technologia przewyższy nasze ludzkie interakcje.  
Świat będzie wtedy miał generację idiotów.*  
Albert Einstein

## ***CZY INFORMACJA NAUKOWA JEST POTRZEBNA STUDENTOM PIELEŃNIARSTWA? IS SCIENTIFIC INFORMATION NECESSARY FOR NURSING STUDENTS?***

### **Streszczenie**

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada obowiązek ustawicznego kształcenia a umiejętność korzystania z informacji naukowej zdecydowanie pomaga w procesie poszukiwania, interpretowania a nawet przyswajania rzetelnych wiadomości. Obszar medycyny, pielęgniarstwa znacznie się poszerza, a cyfryzacja społeczeństwa jest nieunikniona. Odnalezienie się w tym gąszczu wymaga poprowadzenia przez profesjonalistów, podobnie jak pacjenci oczekują pełnego profesjonalizmu w działaniach pielęgniarskich.

### **Abstract**

The Act on the professions of nurse and midwife imposes the obligation of continuing education, and the ability to use scientific information definitely helps in the process of searching, interpreting and even assimilating reliable information. The field of medicine and nursing is expanding significantly, and the digitalization of society is inevitable. Finding one's way in this maze requires guidance from professionals, just as patients expect full professionalism in nursing activities.

Informacja, rozumiana jako „[...]Wiadomość, cząstka wiedzy będąca odbiciem rzeczywistości” jest wszechobecna i towarzyszy człowiekowi od zawsze. Jej zakres, dostępność czy sposób przekazywania zmieniał się na przestrzeni lat. Wśród przełomowych momentów, należy wymienić wynalezienie pisma, które pozwoliło uniezależnić przekazywanie informacji [1]. Nadawca i odbiorca informacji już nie musieli być w tym samym miejscu i czasie, mogli komunikować się za pośrednictwem dokumentów pisanych. Z kolei wynalezienie prasy drukarskiej pozwoliło na przyspieszenie obiegu

informacji oraz znacząco zwiększyło liczbę dokumentów w obiegu. Druk był nie tylko tańszy, ale też pozwalał na tworzenie identycznych publikacji. Tworzenie i rozpowszechnianie informacji stawało się coraz tańsze i bardziej dostępne. Pojawienie się środków masowego przekazu sprawiło, że informacja stała się wszechobecna i ogólnodostępna.

Jak pokazują najnowsze badania, obecnie w Polsce dostęp do Internetu ma ponad 93% gospodarstw domowych [2]. Bardziej szczegółowa analiza z 2022 roku wskazuje, że korzystanie z Internetu w celach prywatnych najczęściej wiązało się z wyszukiwaniem informacji o towarach lub usługach – 74,3% respondentów. Duży odsetek badanych czyta wiadomości, gazety lub czasopisma online – 64,3%, w przypadku korzystania z kursów online lub dostępnych w Internecie materiałów szkoleniowych było to odpowiednio 8,4% i 11,4%. Co ważne, badanie umiejętności cyfrowych wskazało, że 42,9% respondentów reprezentuje podstawowy i ponadpodstawowy poziom umiejętności cyfrowych, czyli posiada umiejętności m.in. w zakresie korzystania z informacji i danych dostępnych w Internecie [3]. W obliczu faktu, że w Polsce 90% osób aktywnych zawodowo korzysta z Internetu, a dodatkowo stale rośnie odsetek czytelników publikacji dostępnych online, szczególne istotne wydaje się zwrócenie uwagi na rozwój kompetencji informacyjnych [4].

Już w latach 60. XX wieku, brytyjski fizyk, historyk nauki i informatyk Derek J. de Solla Price zauważył, że wzrost nauki wyrażony liczbą publikacji podwaja się co 10-15 lat [5]. Tak szybki przyrost sprawia, że człowiek nie ma możliwości by w swoim życiu zapoznać się z wszystkimi publikacjami na interesujący go temat. Nawet przy ograniczeniu się do bardzo wąskiej dyscypliny, konieczne jest stałe rozwijanie kompetencji informacyjnych. „Warunkują one efektywny proces uczenia się, prowadzenia badań i refleksji naukowej, tworzenia wiedzy, ale także decydują o jakości funkcjonowania człowieka w życiu zawodowym i codziennym.” [6]. Jak celnie zauważył Waldemar Furmanek, antropoinfosfera współczesnego człowieka zmienia się bardzo szybko, jest to środowisko, w którym ważną rolę odgrywają informacje i zachodzące procesy informacyjne [7]. Wraz z lawinowo rosnącą ilością informacji dostępnych człowiekowi, pojawiają się problemy wcześniej nieznanne. Wśród tych najpoważniejszych należy wymienić szum informacyjny, czyli termin określający taki nadmiar informacji, który uniemożliwia odbiorcy wyodrębnienie informacji prawdziwych i istotnych, co z kolei może wywoływać poczucie niepokoju, stresu i braku kontroli. Zbliżonymi zjawiskami są także mgła informacyjna i smog. Terminologia nieprzypadkowo nawiązuje do zjawisk pogodowych, „mgła informacyjna sprawia, że człowiek traci możliwość sprawdzenia wiarygodności informacji i jej oceny, błędząc w niej, tylko przypadkowo natrafia na dane wartościowe, nie mając przy tym

przekonania, czy mogą one stanowić podstawę decyzji i działań, nie dostrzega bowiem innych równie ważnych informacji.” [8] Zaś smog informacyjny, podobnie jak w przyrodzie jest toksyczny i poprzez nadmiarową liczbę niskiej jakości źródeł informacji, zakłóca prawidłowy przekaz i odbiór informacji, sprzyjając jednocześnie manipulacji czy dezinformacji [8].

Skuteczne przeciwdziałanie szkodliwym skutkom przeciążenia informacyjnego wymaga zarówno wiedzy, świadomości istnienia opisanych zjawisk, jak również znajomości praktycznych sposobów na poruszanie się po świecie informacji. Pierwszym etapem poszukiwania informacji powinno być zawsze zdefiniowanie celu, czyli wskazanie konkretnego tematu, najlepiej w formie słów kluczowych. Dopiero w kolejnym kroku następuje wybór źródeł informacji, w których odbędzie się wyszukiwanie. Dobór źródeł determinuje strategie, które będą wykorzystane – zupełnie inaczej poszukuje się informacji w katalogu biblioteki czy specjalistycznej bazie z piśmiennictwem medycznym. Znaczenie ma nie tylko sposób zbudowania zapytania, ale także wybór odpowiednich słów kluczowych. W drugim przypadku szanse na znalezienie pasujących wyników będą uzależnione od wybranych terminów medycznych zgodnych ze słownikiem MeSH (Medical Subject Headings to aktualizowane corocznie, kontrolowane i hierarchicznie uporządkowane słownictwo opracowywane przez National Library of Medicine Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej). Po dokonaniu wyszukiwania konieczna jest krytyczna ocena uzyskanych wyników. Jeśli efekt nie jest zgodny z oczekiwanym, należy przeanalizować dobór strategii i źródeł, czasem nawet sposób sformułowania celu i ponownie przeprowadzić wyszukiwanie.

Poznanie strategii wyszukiwawczych i możliwość ich przetestowania wraz z oceną skuteczności każdej ze strategii sprawia, że w swojej pracy naukowej i zawodowej absolwenci pielęgniarstwa będą korzystali z większej liczby źródeł informacji i docierali do rzetelnych publikacji naukowych zgodnych z najnowszym stanem wiedzy medycznej [9]. Dodatkowym atutem wykorzystywania strategii wyszukiwawczych jest to, że pozwalają na odnalezienie maksymalnej liczby dokumentów odpowiadających zapytaniu, przy minimalnej liczbie wykonanych operacji. Użytkownik nie tylko oszczędza czas, ale też unika „przedzierania” się przez ogromne ilości informacji, które nie niosą odpowiedzi na jego pytanie. Uzupełnieniem umiejętności wyszukiwania informacji i niezbędnym elementem jest ocena uzyskanych wyników. Podstawowymi kryteriami powinno być określenie, czy wybrane źródło informacji jest wiarygodne, prawdziwe i aktualne. Dodatkowo należy zweryfikować czy mamy dostęp do kompletnej informacji oraz czy odpowiada ona naszym celom.

W naukach medycznych rozwój następuje tak szybko, że materiały z zeszłego wieku mogą już nie być aktualne. Ważna jest nie tylko data

wydania publikacji, ale też daty ukazania się pozycji zawartych w bibliografii. O ile tematyka nie dotyczy historii jakiegoś zjawiska, odwołania w tekście powinny opierać się możliwie najnowszym źródłach. Zwłaszcza jeśli są to dane dostępne w Internecie. Kontrola bibliografii pozwoli również na ocenę czy źródło jest wiarygodne, oparte na wynikach badań naukowych, odnosi się do pracy innych naukowców. Dodatkowo, jeśli publikacja dotyczy przeprowadzonych badań, opis powinien być transparentny i umożliwiać kontrolę każdego etapu. Jeśli już na początkowym etapie edukacji, student wykorzysta wszystkie nabyte umiejętności: definiowanie celu, wybór źródła, dobór strategii i ocena wyników, to rośnie szansa, że pokonane zostaną bariery w dostępie do informacji. Czyli kolejny czynnik, poza wymienionymi wcześniej szumem, smogiem i mgłą, który utrudnia, a czasem wręcz uniemożliwia skorzystanie z informacji. Wśród wymienianych przez Marzenę Świgoń barier, możliwe do pokonania wydają się: bariera niewystarczającego przygotowania do wyszukiwania informacji, opór i obawa przed korzystaniem z nowoczesnych technologii, opór przed zadawaniem pytań specjalistom [10]. Te są zależne przede wszystkim od czynników indywidualnych, podejścia danej osoby oraz reprezentowanego poziomu kultury informacyjnej.

Edukacja studentów w zakresie informacji, ze szczególnym uwzględnieniem informacji naukowej pozwala zwiększyć ich świadomość i umiejętności informacyjne. Zwłaszcza w dziedzinach, w których od posiadanej wiedzy – jej aktualności i rzetelności – zależy ludzkie życie i zdrowie. Ponadto, mając na uwadze, że średnia wieku pielęgniarek podawana przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych na dzień 31.12.2023 roku wynosi – 54,5 lata, jak również studenci pielęgniarstwa nie mają określonego limitu wiekowego, ważne jest zachęcanie oraz dobre przygotowanie do procesu poszukiwania aktualnych i rzetelnych informacji naukowych niezbędnych do wykonywania zawodu pielęgniarki.

Ponad 80 lat temu Helena Radlińska uznała, że w zawodach wymagających wykształcenia i pracy nad sobą – starość się opóźnia. Niech ta maksyma przyświeca pielęgniarkom w docenianiu procesu samokształcenia, a informacja naukowa traktowana jako narzędzie służące do zachowania młodości.

**BIBLIOGRAFIA:**

- [1] Czapnik G., Gruszka Z., Tadeusiewicz H.: Podręczny słownik bibliotekarza. Warszawa: Wydawnictwo Stowarzyszenia Bibliotekarzy Polskich; 2011.
- [2] Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2023 roku. Informacja sygnalna w formacie PDF. [Dostęp 23.08.2024], url: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleszenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne-w-polsce-w-2023-roku,2,13.html>
- [3] Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2022 roku. [Dostęp 23.08.2024]; url: [https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleszenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne-w-polsce-w-2022-roku,1,16.html](https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleszenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne-w-polsce-w-2022-roku,1,16.html)
- [4] Feliksiak M.: Korzystanie z Internetu w 2023 roku. Komunikat z badań nr 72/2023, CBOS
- [5] Price D.J. de Solla, Graff P., Herczyński R.: Mała nauka - wielka Nauka. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1967.
- [6] Skibińska M.: Kompetencje informacyjne – przegląd tendencji rozwojowych koncepcji information literacy. Przegląd Badań Edukacyjnych. Educational Studies Review. 2021; 34: 181-207.
- [7] Furmanek W.: Antropoinfosfera współczesnego człowieka. Dydaktyka Informatyki 2013; 8: 49-73.
- [8] Batorowska H.: Przeciążenie informacyjne. [W:] Vademecum bezpieczeństwa informacyjnego.2020. <https://vademecumbezpieczenstwainformacyjnego.uken.krakow.pl/2020/03/12/przeciazenie-informacyjne/> [dostęp: 20.08.2024]
- [9] Wiraszka G., Stępień R., Kozieł D., Naszydłowska E.: Naukowa informacja medyczna : podstawa badań i praktyki pielęgniarstwa opartej na dowodach. Kielce: Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego; 2023: 157-190.
- [10] Świgoń M.: Bariery informacyjne. [W:] Nauka o informacji. Pod red. Wiesława Babika. Warszawa, Stowarzyszenie Bibliotekarzy Polskich, 2016:457-467.
- [11] Radlińska H.: Oświata dorosłych: zagadnienia, dzieje, formy, pracownicy, organizacja, Warszawa: Ludowy Instytut Oświaty i Kultury. 1947: 12.



Monika Zając, Bożena Kosińska

***PRZYMUS BEZPOŚREDNI WOBEC PACJENTA  
HOSPITALIZOWANEGO Z PERSPEKTYWY  
PIEŁĘGNIARKI***

***DIRECT COERCION AGAINST A HOSPITALIZED  
PATIENT FROM A NURSE'S PERSPECTIVE***

**Abstract**

**Introduction:** The use of direct coercion against psychiatric patients, even though it is a means of ensuring safety, creates an ethical and systemic dilemma. During the use of coercion, patients are deprived of the right to self-determination and experience a feeling of objectification.

**Aim:** Assessment of the level of knowledge of psychiatric nurses about the use of direct coercion.

**Material and methods:** An original survey questionnaire was used, consisting of 26 closed, single-choice questions. The research was conducted between 01.06.2023 and 30.07.2023 among nurses working in psychiatric care.

**Results:** The most common form of direct coercion used by psychiatric nurses is immobilization (51%). They treat direct coercion as the final therapeutic decision in 56% of cases and as a necessity during treatment in 30%. The vast majority of respondents (83%) agreed that psychiatric nurses should have a self-defense course.

**Conclusions:** 91% of respondents indicated the need for regular training, which translates into recommendations for regular training in the field of direct coercion.

**Key words:** direct coercion, psychiatric nursing, law, ethics.

**Streszczenie**

**Wstęp:** Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów psychiatrycznych, mimo, że jest środkiem zapewniającym bezpieczeństwo, to stwarza dylemat etyczny i systemowy. Pacjenci w czasie stosowania przymusu są pozbawiani prawa do samostanowienia, doświadczają uczucia uprzedmiotowienia

**Cel:** Ocena poziomu wiedzy pielęgniarek psychiatrycznych na temat stosowania przymusu bezpośredniego.

**Materiał i metody:** Do zrealizowania celu pracy zastosowano autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 26 pytań zamkniętych, jednorazowego wyboru. Badania zostały przeprowadzone w okresie 01.06.2023r. – 30.07.2023r. wśród pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w opiece psychiatrycznej.

**Wyniki:** Najczęstszą formą przymusu bezpośredniego stosowaną przez pielęgniarki psychiatryczne jest unieruchomienie 51%. Traktują one przymus bezpośredni jako ostateczną decyzję terapeutyczną w 56% i konieczność w trakcie leczenia 30%. Ankietowani w zdecydowanej większości (83%) uznali, że pielęgniarki psychiatryczne powinny posiadać kurs samoobrony.

**Wnioski:** Na konieczność regularnych szkoleń wskazało 91% respondentów, co przekłada się na wysunięcie rekomendacji do regularnych szkoleń w zakresie przymusu bezpośredniego.

**Słowa kluczowe:** przymus bezpośredni, pielęgniarstwo psychiatryczne, prawo, etyka.

## Wstęp

Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów psychiatrycznych, mimo, że jest środkiem zapewniającym bezpieczeństwo, to stwarza dylemat etyczny i systemowy. Pacjenci w czasie stosowania przymusu są pozbawiani prawa do samostanowienia, doświadczają uczucia uprzedmiotowienia [1, 2]. Pomimo międzynarodowych wysiłków zmierzających do zmniejszenia zastosowania przymusu w psychiatrycznej opiece szpitalnej, regularnie stosowane są środki takie jak unieruchomienie, obowiązkowe podanie leków czy odosobnienie[3]. Humanitarna opieka psychiatryczna powinna zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi poczucie godności i szacunku, co szczególnie istotne jest dla pielęgniarek, które najczęściej zapewniają bezpośrednią, całodobową opiekę pacjentowi w środowisku oddziału psychiatrycznego [4]. Niektóre źródła podają, że pielęgniarki wykazują większą aprobatę wobec stosowania środków przymusu bezpośredniego, jednak wzrost wiedzy i świadomości na temat przymusu bezpośredniego, powoduje iż postawa wobec stosowania go, jest coraz bardziej negatywna [3,5,6]. Obecnie kładzie się duży nacisk na stosowanie metod oceny ryzyka, w tym również w przypadku stosowania przymusu bezpośredniego [7].

Prawne aspekty przymusu bezpośredniego w Polsce zawarte są w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. [8, 9]. Określa zasady stosowania przymusu, kto może zastosować przymus bezpośredni, wobec kogo może on być użyty oraz sposób dokumentowania i dokonywania

---

oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego, oceny stanu fizycznego osoby unieruchomionej lub izolowanej [10,11].

## **Cel**

Celem pracy jest ocena poziomu wiedzy pielęgniarek psychiatrycznych na temat stosowania przymusu bezpośredniego.

## **Material i metody**

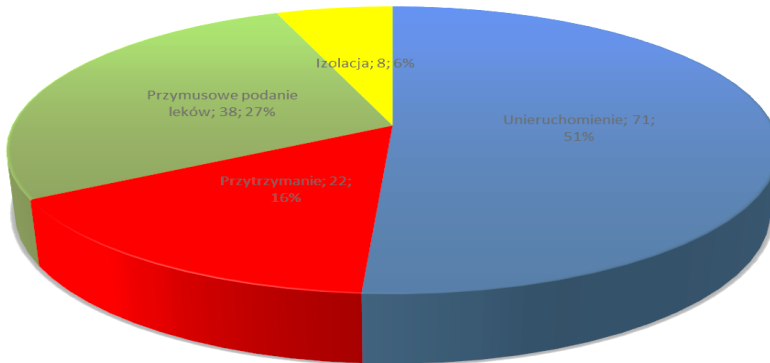
Do zrealizowania celu pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Technika wykorzystaną w pracy była ankieta, narzędziem – autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz składał się 26 pytań zamkniętych, jednorazowego wyboru. Badania zostały przeprowadzone w okresie 01.06.2023r. – 30.07.2023r. wśród pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w opiece psychiatrycznej.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej za pomocą programu Statistica 13.3. i arkusza kalkulacyjnego MS Excel. W celu zweryfikowania sformułowanych hipotez zastosowane zostały nieparametryczne oraz parametryczne testy statystyczne. Do porównania struktury zastosowany został test niezależności chi-kwadrat, który pozwolił stwierdzić, czy występuje zależność pomiędzy dwiema zmiennymi. Dodatkowo oceniono poziom zależności za pomocą miar symetrycznych V-Cramera.

## **Wyniki**

W badaniach ankietowych wzięło udział 139 osób z tego 96% kobiet oraz 4% mężczyzn. Największą grupę respondentów – 46%, stanowiły osoby w przedziale wieku 41-50 lat. Przeważali ankietowani z tytułem licencjat pielęgniarstwa – 37%. Średni staż pracy ankietowanych to 26,9 lat, w tym w psychiatrycznej opiece zdrowotnej – 13,8 lat.

W jednej z hipotez założono, że najczęstszą formą przymusu bezpośredniego zastosowanego przez pielęgniarki psychiatryczne jest unieruchomienie pacjenta, która została potwierdzona wynikami badań. Izolację jako formę przymusu bezpośredniego stosuje 6% ankietowanych, unieruchomienie 51%, przytrzymanie 16% a pozostali – przymusowe podanie leków (wykres nr 1.).



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań empirycznych  
Wykres 1. Najczęściej stosowana forma przymusu bezpośredniego (N=139).

Jednakże badania wykazały pewne zróżnicowanie, a mianowicie pielęgniarki legitymujące się licencjatem pielęgniarstwa częściej wybierała unieruchomienie jako środek przymusu bezpośredniego, natomiast osoby z tytułem magister pielęgniarstwa najczęściej stosowały przymusowe podanie leków.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań empirycznych  
Wykres 2. Wykształcenie pielęgniarzek a rodzaj środka zastosowanego przymusu bezpośredniego

Jedna z hipotez zakładała, iż pielęgniarki zdecydowanie częściej inicjują zastosowanie przymusu bezpośredniego niż lekarze. Z badań wynika, iż

prawie  $\frac{1}{4}$  pielęgniarek nie inicjuje zastosowanie przymusu bezpośredniego, a zawsze jedynie 3% respondentów,

Na podstawie funkcjonowania procedury w miejscu pracy, częstości stosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarki w ostatnim roku, inicjowania zastosowania przymusu, odbycia szkolenia, instruktażu oraz ilości skarg na działania związane z zastosowaniem przymusu oceniono, że ankietowani posiadają optymalną wiedzę w tym obszarze.

Tabela 1. Inicjowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę a zmiana decyzji przez lekarza (n=139)

Inicjacja stosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę	Zmiana decyzji przez lekarza Nigdy	Zmiana decyzji przez lekarza Czasami	Zmiana decyzji przez lekarza Zawsze
Czasami	80	19	4
Nie, nigdy	22	8	2
Tak, zawsze	4	0	0
Razem	106	27	6
Chi <sup>2</sup> =2,4; p=0,66			

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Ponadto potwierdzeniem prawidłowości oceny sytuacji uprawniającej do zastosowania przymusu bezpośredniego stanowi ocena lekarza przedstawiona w tabeli 1.

## Dyskusja

Środki przymusu bezpośredniego w opiece psychiatrycznej budzą wiele wyzwań etycznych. W związku z tym, że przymus jest zawsze użyciem siły która, ogranicza wybory danej osoby, wiele krajów wdrożyło programy polityki państwowej oraz programy rozwoju, które ograniczałyby jego praktyki i poprawiły ich jakość [12,13]. Problem agresji mimo braku wiarygodnych danych jest powszechny. Epidemiologia agresji wobec personelu medycznego szacuje się na 40-88% [14]. Mosiołek i wsp. przeprowadzili badania wśród 102 uczestników w 14 psychiatrycznych podmiotach leczniczych w Polsce, jak również psychiatrycznej hospitalizacji domowej, na temat zachowań agresywnych wobec personelu ze strony pacjentów psychiatrycznych. Celem tych badań była ocena częstości tego zjawiska, ocena

wdrażanych procedur i szkoleń, które wpływają na zachowania agresywne i częstość ich występowania, oraz ocenę wpływu na personel medyczny zachowań agresywnych ze strony pacjentów. Najczęstszą formą agresji była agresja słowna (66,7%), znaczny poziom agresji związany z uszkodzeniem ciała zgłosiło 25,5% ankietowanych, agresję fizyczną 22,5%, natomiast agresję związaną z zabójstwem lub jego usiłowaniem – 2% [14].

Ciekawe badania przeprowadził Vandamme i wsp. dotyczące jawnych i ukrytych postaw personelu wobec stosowanych środków przymusu w psychiatrii. Przebadano personel 13 ostrych oddziałów psychiatrycznych w 6 szpitalach, łącznie 149 osób, za pomocą Go/No-Go Association Task (GNAT) i kwestionariusza Staff Attitudes to Coercion Scale, Skala Postaw Personelu Wobec Przymusu (SACS). Z przeprowadzonych badań wynika, że nie ma zależności między ukrytymi i jawnymi postawami pracowników wobec przymusu. Indywidualne cechy personelu medycznego takie jak np. jego postawy wobec przymusu odgrywają ważną rolę w radzeniu sobie z agresją [15]. Badaniem postaw personelu wobec przymusu bezpośredniego zajęli się Doudens i wsp., na podstawie których wykazano, że postawa pielęgniarek wobec przymusu bezpośredniego, zmieniła się z paradygmatu terapeutycznego na paradygmat bezpieczeństwa. Obecnie środki przymusu bezpośredniego są uważane przez pielęgniarki jako niepożądane, lecz niezbędne i konieczne dla zachowania bezpieczeństwa. W ten sposób pielęgniarki radzą sobie z agresją pacjentów. Badania wykazały, że konieczne są alternatywne metody radzenia sobie z agresją i związane z tym szkolenia personelu [16]. W Polsce przymus bezpośredni może być nadużywany. Jednak brak jest informacji na temat postaw pielęgniarek wobec tej procedury w placówkach psychiatrycznych oraz jakie, czynniki wpływają na inicjatywę zastosowania przymusu. Lickiewicz i wsp. w swoich badaniach podjął próbę oceny postaw personelu wobec przymusu oraz ich związku z poczuciem własnej skuteczności. W tym celu przeprowadzono ankietę wśród 351 osób (pielęgniarek psychiatrycznych i lekarzy psychiatrów) za pomocą skali SACS i GSES. W wyniku przeprowadzonych badań uzyskano m.in. informację, że pielęgniarki psychiatryczne znacznie częściej niż lekarze psychiatrzy określają przymus jako leczenie [12].

Przymus bezpośredni i jego stosowanie obejmuje indywidualne i instytucjonalne aspekty etyczne. Rozważania moralne i wsparcie etyczne mogą pomóc w sprostaniu wyzwaniom związanym z przymusem bezpośrednim [13].

## Wnioski

1. Pielęgniarki psychiatryczne posiadają, optymalną wiedzę w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego.
2. Najczęstszą formą przymusu bezpośredniego, stosowaną przez pielęgniarki psychiatryczne jest unieruchomienie.
3. Agresja pacjentów i stosowany wobec nich przymus bezpośredni rodzi wiele emocji i stresu w czasie jego stosowania. Nie ma jednak zależności między przebytymi przez pielęgniarki psychiatryczne szkoleniami a inicjowaniem stosowania przez nie przymusu bezpośredniego. Stosowanemu przymusowi bezpośredniemu towarzyszą takie emocje jak lęk, strach, gniew, złość, rozczarowanie.
4. Konieczne są regularne szkolenia dotyczące środków przymusu bezpośredniego, jak również kursy samoobrony dla pielęgniarek.

## BIBLIOGRAFIA:

- [1] Lickiewicz J., et al. Weather and Aggressive Behavior among Patients in Psychiatric Hospitals- An Exploratory Study. *International J Environ Research Public Health* 2020; 17(23): 9121. doi: 10.3390/ijerph17239121.
- [2] Karcz E., Zimmermann A. Direct coercion – challenges for nursing practice. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2017; 16(2): 58-63. doi: 10.1515/pielxxiw-2017-0020.
- [3] Vandamme A. et al. The role of implicit and explicit staff attitudes in the use of coercive measures in psychiatry. *Frontiers Psychiatry* 2021; 12. 699446. doi.: 10.3389/fpsy.2021.699446.
- [4] McKay K., Ariss J., Rudnick A. RAISe – ing awareness: Person-centred care in coercive mental health care environments – A scoping review and framework development. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2020; 28(2): 251-260. doi.: 10.1111/jpm.12671.
- [5] Khalil A. I. et al. Nurses' knowledge attitudes and practices toward physical restraint and seclusion in an inpatients' psychiatric ward. *International Journal of Culture and Mental Health* 2017;10(4):447-67. doi: 10.1080/17542863.2017.1329330.
- [6] Deodens P., et al.: Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measure in acute mental health services – A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2020; 27(4): 446-459. doi: 10.1111/jpm.12586.

- 
- [7] Cowman S., et al. A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Services Research* 2017; 17(1):59.doi: 10.1186/s12913-017-1988-7.
- [8] Kolwitz M., Radlińska I. Przymus bezpośredni w medycynie- rys historyczny, zagadnienia etyczne. w: Flaga – Gieruszyńska K., Radlińska K. (red.). *Przymus bezpośredni stosowany wobec osób z zaburzeniami psychicznymi*. Szczecin. Pomorski Uniwersytet Medyczny; 2021; 21-40.
- [9] Śliwka M., Gałęska-Śliwka A. Stan nagły oraz stan nagłego zagrożenia zdrowotnego a dopuszczalność zastosowania przymusu bezpośredniego. *Emergency Medical Services* 2015; 2(3): 276-277.
- [10] Radlińska I. Stosowanie przymusu bezpośredniego a standardy prawne ochrony zdrowia publicznego. w: Flaga-Gieruszyńska K., Radlińska I. (red.). *Przymus bezpośredni stosowany wobec osób z zaburzeniami psychicznymi*. Szczecin: Pomorski Uniwersytet Medyczny; 2021; 41-60.
- [11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi. (t.j. Dz.U. z 2023, poz. 731).
- [12] Lickiewicz J., et al. Measuring Staff Attitudes to Coercion in Poland. *Front. Psychiatry* 2021; doi:10.3389/fpsy.2021.745215.
- [13] Norvoll R., Hem M. H., Pedersen R. The Role of Ethics in Reducing and Improving the Quality of Coercion in Mental Health Care. *HEC Forum* 2017; 29(1): 59-74. doi. 10.1007/s10730-016-9312-1.
- [14] Mosiołek A., i wsp. Zachowania agresywne ze strony pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. *Psychiatria* 2019; 16 (1): 1-7.doi:10.5603//psych.59374.
- [15] Vandamme A., et al. The role of implicit and explicit staff attitudes in the use of coercive measures in psychiatry. *Frontiers Psychiatry* 2021; 12. 699446. doi.: 10.3389/fpsy.2021.699446.
- [16] Deodens P., et al. Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measure in acute mental health services - A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2020; 27(4): 446-459.doi: 10.1111/jpm.12586.

Krystyna Mizerska

## ***OCENA POZIOMU WIEDZY NA TEMAT PROFILAKTYKI I LECZENIA NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO U OSÓB PO 60 R. Ż.***

### **Summary**

**Key words:** arterial hypertension, prophylaxis, treatment, patient, level of knowledge

**Introduction:** Arterial hypertension is a problem faced by people all over the world. Polish society is characterized by a high percentage of cases of arterial hypertension. This is about 8.6 million people, which is 29% of the adult population of Poles.

**Title:** Assessment of the level of knowledge on the prevention and treatment of hypertension in patients over 60 years of age.

**Aim of the study:** The main objective of this study is to assess the level of knowledge of geriatric patients with hypertension in the prevention and treatment of hypertension.

In order to achieve the main objective, the following research questions were posed:

1. What is the level of knowledge about hypertension among geriatric patients suffering from this disease?
2. What is the state of physical and mental health of geriatric patients with hypertension?
3. What limitations of everyday life of geriatric patients result from high blood pressure?

The chosen aim of the work and research allow the following hypotheses to be put forward:

1. We assume that the place of residence of geriatric patients suffering from hypertension does not affect their quality of life or the level of their knowledge in this field.
2. We assume that geriatric patients diagnosed with hypertension due to the lack of knowledge, they struggle with complications resulting from untreated or incorrectly treated disease.
3. We assume that the longer the duration of the disease in the respondents, the higher the level of knowledge in the field of pro-health activities leading to an improvement in the quality of life.
4. We assume that hypertension and its complications interfere physical and mental well-being, thus affecting the quality of life of patients.

5. We assume that arterial hypertension does not change the current lifestyle of patients.

Material and methods: The study was conducted on a group of 200 patients diagnosed with hypertension. The respondents were patients of the District Hospital of dr Anka in Krzepice, Department of Internal Diseases with the Geriatrics Department. The consent of the head of the hospital was obtained for the study. To achieve the assumed goal, the diagnostic survey method was used. As part of his method, the technique of survey research was used. The research tool was the authors questionnaire. The information collected as a result of the conducted surveys was subjected to statistical analysis. Statistical analysis was performed using an Excel spreadsheet (Microsoft) and STATISTICA v.13 (TIBCO Software Inc.).

**Conclusions:**

1. The knowledge of geriatric patients suffering from hypertension about their own disease is insufficient. Most patients do not have reliable knowledge about their disease, methods of its treatment and preventive measures that would allow them to avoid the consequences of untreated or incorrectly treated hypertension. The knowledge of the respondents is selective and unsystematized. It turns out that regardless of whether the respondents live in the city or in the countryside, there are no statistically significant differences in the level of their knowledge about hypertension.
2. Theoretical knowledge on the preparation of patients for blood pressure measurement and the techniques of its correct conduct can be assessed highly in 45% of the respondents, while 55% of the respondents do not know the basic rules. Also, the majority of respondents (56%) do not know the correct values of blood pressure. The conducted statistical analysis showed that the relationship between the knowledge about hypertension and the place of residence is not statistically significant.
3. According to the conducted research, the knowledge of the respondents about hypertension is not related to the duration of the disease, the level of physical activity and the intensity of stress. The analysis showed no statistically significant relationships between the intensity of stress. The analysis showed no statistically significant relationships between the dependent ones. The conducted research shows that people suffering from the disease for more than 0,5 years, more than 2 years, 5 years and 10 years give up sport and eating habits just as often, and the disease limits their lives to the same extent.
4. Most patients over 60 years of age with arterial hypertension, a healthy lifestyle is associated with proper nutrition (52% of respondents), avoiding alcohol (81%) and smoking (76%), and practicing physical activity. Among the prophylactic measures, patients confirmed a similar procedure.

5. Genetic condition are the most frequently indicated predisposing factor for developing hypertension by the examined group of patients. Environmental factors, which are modifiable factors, account for only 29% of all answers. Hence, it can be concluded that patients do not know that by changing their lifestyle, they can significantly reduce the risk of many diseases, including the risk of hypertension.
6. Four frequency analyzes were performed to examine how people with hypertension care for their health. They showed that almost half of the respondents (46%) assessed their health negatively. Also, more than half of the respondents believe that they are overweight (52%), while as many as 69,5% of respondents admit to taking medication regularly.
7. The knowledge of geriatric patients suffering from hypertension on non-pharmacological management, which is an indispensable element of hypertension therapy, is negligible. Patients indicate pharmacotherapy as the main and effective source of treatment (75%), not knowing that non-pharmacological treatment regulates blood pressure, prolongs life in good health and reduces mortality.

## Wstęp

Dane z ostatnich dwudziestu lat wskazują na ciągły wzrost zachorowań na nadciśnienie tętnicze. Obecnie na świecie żyje ponad 1,28 miliarda osób z nadciśnieniem, w Polsce liczba ta przekroczyła 10 milionów. Utrzymanie się obecnych tendencji może spowodować, że za 20 lat liczba chorujących na nadciśnienie tętnicze krwi zwiększy się niemal dwukrotnie. Należy tu także zaznaczyć, że blisko połowa badanych nie wie, że posiada tę jednostkę chorobową, ponieważ nie odczuwa żadnych jej objawów przez co nie jest świadoma konieczności leczenia.

Dane WHO pochodzące z 2021 roku, pokazują że mimo postępów w leczeniu nadciśnienia tętniczego krwi, nawet co druga chorująca osoba pozostaje nieleczona.

W badanym okresie, wskaźnik występowania nadciśnienia zmniejszył się w krajach gdzie dochody wykazywane są na wysokim poziomie a wzrósł w tych o średnich i niskich dochodach. W 2019 roku ponad 82% wszystkich chorujących żyło w krajach o średnich i niskich dochodach. Kraje najbogatsze Peru, Kanada i Szwajcaria miały jedno z najniższych wskaźników zachorowań. [2]

W Europie wskaźnik występowania nadciśnienia tętniczego pozostaje nadal wysoki. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że w krajach środkowo-wschodnich min. w Polsce, na Węgrzech, Chorwacji, Białorusi i Litwie

ponad połowa mężczyzn i niespełna połowa kobiet choruje na nadciśnienie. Tymczasem w krajach Europy zachodniej Szwajcarii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii wskaźnik występowania choroby był prawie dwukrotnie niższy i wynosił 33% wśród mężczyzn i 24% u kobiet.

Występowanie nadciśnienia tętniczego ma wiele przyczyn, są one mocno zróżnicowane i w większości występujących przypadków nie ma możliwości wskazania jednoznacznie źródła tego schorzenia u danego pacjenta. Przyjmuje się, że dominującym czynnikiem jest tu czynnik środowiskowy i genetyczny. Czynniki pierwotne stanowią 90 % przypadków, których patogenezą jest wieloczynnikowa i trudna jednoznacznie do ustalenia oraz wtórne stanowiące zaledwie 10 % przypadków, gdzie przyczyną są choroby innych układów. Dlatego przeprowadzając analizę przyczyn powstawania nadciśnienia tętniczego krwi należy także uwzględnić procesy patologiczne, które są wynikiem innych chorób przewlekłych. [3]

Udział poszczególnych patologii w etiologii nadciśnienia tętniczego krwi w znacznym stopniu jest zależne od wieku. Zależność ta pozwala na przyjęcie zasady, że im osoba jest starsza, tym większe jest prawdopodobieństwo wystąpienia u niej nadciśnienia tętniczego. Najwyższa zapadalność na nadciśnienie tętnicze dotyczy osób po 59 roku życia (58,7%), a najniższa osoby w wieku 18-39 lat (9,4%). [4]

Wyniki badań DETENT (Decyzje Terapeutyczne w Leczeniu Nadciśnienia Tętniczego w Polsce) przedstawiają następujące zależności występowania nadciśnienia tętniczego z innymi współistniejącymi jednostkami chorobowymi: u 64% osób z nadciśnieniem występuje hipercholesterolemia, u 41% choroba niedokrwienna serca, u 27% cukrzyca, u 22% przeżyty zawał serca, 18% chorujących miało niewydolność serca a 6% udar mózgu. Dysfunkcję nerek bądź przewlekłą chorobę nerek miało 12% badanych z nadciśnieniem.

Żadne z współistniejących patologii nie wystąpiło zaledwie u 9% chorujących na nadciśnienie tętnicze krwi. [5]

## **Cel i założenia**

Celem głównym niniejszego opracowania jest ocena poziomu wiedzy pacjentów geriatrycznych z chorobą nadciśnieniową w zakresie profilaktyki i leczenia nadciśnienia tętniczego.

Przedmiot badań naukowych prowadzonych na potrzeby opracowania stanowią pacjenci geriatryczni chorujący na nadciśnienie tętnicze, ich poziom wiedzy na temat tej choroby i jej wpływ na jakość ich życia w zakresie stanu

---

zdrowia fizycznego, psychicznego oraz ograniczeń będących następstwem tej jednostki chorobowej.

### **Problemy i hipotezy badawcze**

Problem główny w kontekście niniejszej pracy stanowi ocena poziomu wiedzy pacjentów geriatrycznych z chorobą nadciśnieniową w zakresie profilaktyki i leczenia nadciśnienia tętniczego a problemem badawczym głównym jest zapytanie:

Jaki jest poziom wiedzy pacjentów po 60 r. ż. chorujących na nadciśnienie tętnicze w zakresie profilaktyki i leczenia nadciśnienia tętniczego?

Na podstawie celu głównego można uszczegółowić określony problem badawczy poprzez poniższe pytania:

1. Jaki jest poziom posiadanej wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego wśród pacjentów geriatrycznych chorujących na tę jednostkę chorobową?
2. Jaki jest stan zdrowia fizycznego i psychicznego pacjentów geriatrycznych z nadciśnieniem tętniczym?
3. Jakie ograniczenia życia codziennego pacjentów geriatrycznych wynikają z nadciśnienia tętniczego?

Elementem ściśle związanym z problemem badawczym oraz z towarzyszącymi mu celami jest hipoteza.

W niniejszej pracy postawione zostały następujące hipotezy:

1. Miejsce zamieszkania pacjentów geriatrycznych chorujących na nadciśnienie tętnicze nie ma wpływu na jakość ich życia ani poziom ich wiedzy w tej dziedzinie.
2. Pacjenci geriatryczni ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym z powodu deficytu wiedzy borykają się z powikłaniami jakie niesie za sobą nieleczona, bądź leczona w sposób nieprawidłowy ich jednostka chorobowa.
3. Im dłuższy czas trwania choroby u badanych, tym wyższy poziom wiedzy w zakresie działań prozdrowotnych prowadzących do poprawy jakości życia.
4. Nadciśnienie tętnicze i powikłania z nim związane ingerują w dobrostan fizyczny i psychiczny, wpływając tym samym na jakość życia chorujących.
5. Nadciśnienie tętnicze nie ma wpływu na zmianę dotychczasowego stylu życia chorujących.

## **Metody, techniki i narzędzia badawcze**

Wyboru metody badawczej na potrzeby niniejszej pracy dokonano w oparciu o analizę wad i zalet każdej z wyżej wymienionych metod, jej przydatności i adekwatności do postawionych problemów oraz istoty przedmiotu badawczego.

Jako, że badaniu podlegają opinie pacjentów wybrano sondaż diagnostyczny. Wybrana metoda pozwala na zbieranie wiedzy o przedmiocie badań poprzez dobór grupy reprezentującej populację generalną. Populację generalną stanowią wszyscy pacjenci geriatryczni po 60 r.ż. ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym, natomiast grupę reprezentującą – pacjenci z chorobą nadciśnieniową leczeni na Oddziale Wewnętrznym Szpitala w Częstochowie.

Kwestionariusz ankiety opracowany na potrzeby niniejszych badań zawierał metryczkę oraz grupy pytań odnoszące się do każdego z postawionych problemów badawczych. Kwestionariusz stanowił zbiór pytań wraz z gotowymi odpowiedziami.

Rozdano 202 kwestionariuszy, które prawidłowo wypełniło 200 pacjentów oddziału chorób wewnętrznych i oddziału geriatrycznego w wieku powyżej 60 roku życia, natomiast 2 ankiety zostały wykluczone z badania ponieważ nie spełniały kryteriów umożliwiających przeprowadzenie analizy. Badania przeprowadzono w miesiącach: styczeń, luty, marzec, kwiecień, maj 2023 roku.

## **Kryterium włączenia i wyłączenia do badań**

Kryteria włączenia do badań:

1. pacjent przyjęty do Oddziału Chorób Wewnętrznych
2. zgoda pacjenta na udział w badaniu
3. wiek 60 lat i powyżej
4. pacjent ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym

Kryteria wyłączenia z badań:

1. osoby nie będące pacjentami Oddziału Chorób Wewnętrznych
2. wiek poniżej 60 lat
3. pacjenci z podwyższonymi parametrami ciśnienia tętniczego krwi, którzy nie mają postawionej diagnozy choroby nadciśnieniowej.
4. pacjenci z otępieniem starczym.

## Omówienie wyników badań

Badaniami objęto grupę 200 pacjentów ze zdiagnozowanym nadciśnieniem.

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 29. Za jego pomocą wykonano analizy w tabelach krzyżowych wraz z testem niezależności chi kwadrat, analizę korelacji rho Spearmana oraz analizę częstości. Za poziom istotności w niniejszym rozdziale uznano  $\alpha = 0,05$ .

Tabela 1. Zależność między regularnym przyjmowaniem leków a wiedzą o nadciśnieniu

Zmienna	Regularnie przyjmuje leki		Nie przyjmuje leków regularnie		Ogółem		$\chi^2(2)$	<i>P</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Wiedzą b. dużo o nadciśn.	55	39,9%	17	27,9%	72	36,2%		
Mają wiedzę, ale niewystarczającą	80	58,0%	43	70,5%	123	61,8%	2,81	0,245
Nie wiedzą nic o nadciśn.	3	2,2%	1	1,6%	4	2,0%		
Ogółem	138	100%	61	100%	199	100%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Test chi kwadrat okazał się nieistotny statystycznie, co oznacza, że zależność taka nie występuje. Regularne przyjmowanie leków nie zależy od poziomu wiedzy o nadciśnieniu.

Tabela 2. Zależność między paleniem papierosów a wiedzą o nadciśnieniu

Zmienna	Pałą papierosy		Nie pałą papierosów		Ogółem		$\chi^2(2)$	<i>p</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Wiedzą b. dużo o nadciśn.	18	37,5%	54	35,8%	72	36,2%	0,05	0,974
Mają wiedzę, ale niewystarczającą	29	60,4%	94	62,3%	123	61,8%		
Nie wiedzą nic o nadciśn.	1	2,1%	3	2,0%	4	2,0%		
Ogółem	48	100%	151	100%	199	100%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Jak się okazuje, palenie papierosów podczas choroby nadciśnienia tętniczego również nie zależy od wiedzy o chorobie.

W celu sprawdzenia czy wiedza na temat nadciśnienia tętniczego zależy od wielkości miejsca zamieszkania wykonano trzy tabele krzyżowe wraz z testami chi 2 (tabele 6-8).

Tabela 3. Zależność wiedzy o nadciśnieniu od miejsca zamieszkania

Zmienna	Wieś		Miasto		Ogółem		$\chi^2(2)$	<i>p</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Wiedzą b. dużo o nadciśn.	44	34,4%	27	38,6%	71	35,9%	0,82	0,665
Mają wiedzę, ale niewystarczającą	82	64,1%	41	58,6%	123	62,1%		
Nie wiedzą nic o nadciśn.	2	1,6%	2	2,9%	4	2,0%		
Ogółem	128	100%	70	100%	198	100%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Okazuje się, że bez względu na to, czy badani mieszkają w mieście czy na wsi, to nie ma istotnych statystycznie różnic w ich poziomie wiedzy o nadciśnieniu.

Tabela 4. Zależność znajomości prawidłowej wartości ciśnienia krwi od wielkości miejsca zamieszkania

Zmienna	Wieś		Miasto		Ogółem		$\chi^2(1)$	<i>P</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Znają prawidł. wart. ciśnienia krwi	56	43,4%	31	44,3%	87	43,7%	0,01	1,000
Nie znają prawidł. wart. ciśn. krwi	73	56,6%	39	55,7%	112	56,3%		
Ogółem	129	100%	70	100%	199	100%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Sprawdzono również czy badani z miasta częściej znają prawidłową wartość ciśnienia krwi. Okazuje się, że 43,4% mieszkańców wsi zna prawidłową wartość ciśnienia i 44,3% mieszkańców miasta. Nie są to istotne statystycznie różnice.

Tabela 5. Zależność znajomości prawidłowego pomiaru ciśnienia krwi od wielkości miejsca zamieszkania

Zmienna	Wieś		Miasto		Ogółem		$\chi^2(1)$	<i>P</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Znają zasady prawidł. pomiaru ciśnienia	74	57,4%	37	52,9%	111	55,8%	0,37	0,554
Nie znają zasad prawidł. pomiaru ciśnienia	55	42,6%	33	47,1%	88	44,2%		
Ogółem	129	100%	70	100%	199	100%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Także nie ma istotnych statystycznie różnic w zasadach prawidłowego pomiaru ciśnienia. Zna je 52,9% mieszkańców miasta i 57,4% wsi. Nie są to istotne różnice.

W celu sprawdzenia czy wiedza na temat ciśnienia tętniczego jest związana z długością trwania choroby, poziomem aktywności fizycznej i nasileniem stresu wykonano analizę korelacji rho Spearmana.

Tabela 6. Związek pomiędzy wiedzą na temat nadciśnienia a długością trwania choroby, poziomem aktywności fizycznej i nasileniem stresu

Zmienna		Wiedza nt. nadciśnienia
Długość trwania choroby	<i>rho</i> Spearmana	0,05
	Istotność	0,498
Poziom aktywności fizycznej	<i>rho</i> Spearmana	-0,09
	Istotność	0,229
Nasilenie stresu	<i>rho</i> Spearmana	0,09
	Istotność	0,209

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Analiza wykazała brak istotnych statystycznie związków. Oznacza to, że wiedza nie jest związana z długością trwania choroby, poziomem aktywności fizycznej i nasileniem stresu.

Tabela 7. Zależność tego czy badani zrezygnowali z uprawianego przez nich sportu od długości trwania choroby

Zmienna		Wiedza nt. nadciśnienia
Długość trwania choroby	<i>rho</i> Spearmana	0,05
	Istotność	0,498
Poziom aktywności fizycznej	<i>rho</i> Spearmana	-0,09
	Istotność	0,229
Nasilenie stresu	<i>rho</i> Spearmana	0,09
	Istotność	0,209

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

Każdy z trzech testów okazał się nieistotny statystycznie. Wskazuje to, że osoby chorujące powyżej 0,5 roku, powyżej 2 lat, 5 lat i 10 lat tak samo często rezygnują ze sportu, nawyków żywieniowych i w takim samym stopniu choroba ogranicza ich życia.

## Dyskusja

Niniejsze opracowanie poświęcone było ocenie wiedzy w zakresie leczenia i profilaktyki powikłań wynikających z nieprawidłowego leczenia u osób po 60 r.ż. W badaniu uczestniczyło 200 respondentów: mężczyźni 64% (n=128), kobiety 36% (n=72). Najliczniejszą grupę wiekową stanowiły osoby w wieku 71-80 lat. W wielu badaniach zwraca się uwagę na to, że częstość diagnozowanego nadciśnienia tętniczego krwi rośnie wraz z wiekiem, chociaż można zaobserwować, że choroba ta coraz częściej dotyka osób młodych.

W oparciu o badanie własne stwierdzono, że ankietowani w dużej mierze mieli problem z nadmierną masą ciała: 35 % miało otyłość, 42% nadwagę. Podobne wyniki uzyskano w innych badaniach. Występowanie nadciśnienia tętniczego krwi jest ściśle związane ze zwiększoną masą ciała, stwierdzono że 4 razy częściej jest ono spotykane u osób z BMI >30kg/m<sup>2</sup>, w porównaniu z osobami o prawidłowych wartościach.

W trakcie analizy statystycznej całego modułu stwierdzono, że wiedza 62% (n=142) ankietowanych jest na poziomie przeciętnym. Nie wskazano istotnych różnic statystycznych, biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia i długość trwania choroby. Okazało się, że 43,4% mieszkańców wsi zna prawidłową wartość ciśnienia i 44,3% mieszkańców miasta. Największą istotność statystyczną wykazała zależność między wiedzą a długości trwania choroby (p=0,808). Analogiczne wyniki zaobserwowano w pracy Suligowskiej i wsp. (miejsce zamieszkania nie miało dużego znaczenia, natomiast długość trwania choroby wpływał w sposób bardziej znaczący na poziom wiedzy posiadanej przez ankietowanych).

Kolejna część ankiety miała na celu sprawdzenie wiedzy z zakresu z zakresu profilaktyki nadciśnienia tętniczego. Często wskazywaną odpowiedzią było stosowanie odpowiedniej diety, ograniczenie spożycia soli i ograniczenie stosowania używek. Większość z badanych osób zdała sobie sprawę z faktu, iż nadmierna masa ciała może być przyczyną wystąpienia nadciśnienia tętniczego krwi. Podobne wyniki uzyskał Bednarski i wsp. [6].

Tylko 34 % (n=68) ankietowanych odpowiedziało, że prowadzi aktywny tryb życia. Wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego badano również w pracy pod kierunkiem Wojciechowskiej i Izdebskiej[7], gdzie wskazano że

osoby ankietowane posiadały dużą wiedzę na temat potrzeby stosowania aktywności fizycznej, ale podobnie jak w niniejszym przeprowadzonym badaniu jedynie 34% z nich deklarowało systematyczny wysiłek fizyczny. Respondenci zdawali sobie sprawę z tego, że stosowanie dużych ilości soli kuchennej ma wpływ na podnoszenie się wartości ciśnienia krwi, dlatego aż 79% wskazało, że stosuje jej znikome ilości. Bednarski i wsp.[6] w swoim badaniu zaobserwowali, że jedynie 31% respondentów deklarowało przestrzeganie zaleceń dotyczących diety ubogiej w sód. W przeprowadzonej analizie w zdecydowanym odsetku dominowały osoby o przeciętnej wiedzy na temat profilaktyki i leczenia nadciśnienia tętniczego krwi (62%), zaś wysokim poziomem wiedzy wykazało się 21% respondentów.

Należy pamiętać, że systematyczne przyjmowanie posiłków jest jedną ze składowych profilaktyki nadciśnienia tętniczego krwi, pozwala na uregulowanie procesów trawiennych oraz redukcję masy ciała. Alkohol i papierosy to najbardziej popularne używki, a zarazem jedne z głównych czynników występowania wielu chorób. Odnotowano, że 81% (n=162) badanych nie pali papierosów. Jeżeli chodzi o spożywanie alkoholu to statystka również jest zadowalająca gdyż także 81% (n=162) wszystkich badanych wskazało że nie spożywa alkoholu w ilościach znaczących. Rozbieżne wyniki badań uzyskano w badaniu wykonanym pod kierunkiem Wojciechowskiej i Izdebskiej [7]- z nałogiem spożywania alkoholu i palenia papierosów borykało się 42% badanych.

Okazuje się, że bez względu na to czy badani mieszkają w mieście czy na wsi, to nie ma istotnych statystycznie różnic w poziomie ich wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi. Według przeprowadzonych badań wiedza respondentów na temat nadciśnienia tętniczego nie jest związana z długością trwania choroby, poziomem aktywności fizycznej i nasileniem stresu. Analiza wykazała brak istotnych statystycznie związków między tymi zależnymi. Przeprowadzone badania pokazują, że osoby chorujące powyżej 0,5 roku, powyżej 2 lat, 5 lat i 10 tak samo często rezygnują ze sportu, nawyków żywieniowych i w takim samym stopniu choroba ogranicza ich życie.

Biorąc pod uwagę całość badania poziom wiedzy ankietowanych w zakresie profilaktyki i leczenia nadciśnienia tętniczego krwi jest na poziomie przeciętnym. Wyniki wskazują konieczność wdrożenia edukacji zdrowotnej osób powyżej 60 r.ż. z chorobą nadciśnieniową.

## Wnioski

Przeprowadzone badanie pozwoliło na sformułowanie następujących wniosków:

1. Wiedza posiadana przez pacjentów geriatrycznych chorujących na nadciśnienie tętnicze krwi na temat własnej jednostki chorobowej jest nie wystarczająca. Badani w większości (62%) nie posiadają rzetelnej wiedzy na temat swojego schorzenia, nie znają także prawidłowych sposobów jego leczenia jak i działań profilaktycznych, które pozwoliłyby na uniknięcie zachorowania, bądź wystąpienie następstw jakie niesie ze sobą nieleczona lub leczona w sposób nieprawidłowy choroba nadciśnieniowa. Wiedza badanych jest wybiórcza i nieusystematyzowana. Badanie pokazało, że bez względu na to czy badani mieszkają na wsi czy w mieście, to nie ma istotnych statystycznie różnic w poziomie ich wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego krwi.
2. Badani posiadają także nie wystarczającą wiedzę teoretyczną na temat prawidłowego przygotowania się do pomiaru ciśnienia tętniczego i techniki jego prawidłowego przeprowadzenia. Tylko 45% badanych pomiar wykonuje w sposób prawidłowy, natomiast aż 55% nie zna podstawowych zasad. Także większość badanych 56% nie zna prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że zależność między posiadaną wiedzą na temat nadciśnienia tętniczego a miejscem zamieszkania, jest nie istotna statystycznie.
3. Prozdrowotny tryb życia większość chorujących po 60 r.ż. z nadciśnieniem tętniczym kojarzy z prawidłowym odżywianiem się (52% badanych), unikaniem picia alkoholu (81%) i palenia papierosów (81%) oraz uprawianiem aktywności fizycznej. Wśród działań profilaktycznych pacjenci potwierdzili podobne postępowanie.
4. Według przeprowadzonych badań długość trwania choroby nadciśnieniowej nie jest powiązana z wiedzą jaką posiadają respondenci na temat nadciśnienia tętniczego. Posiadana przez badanych wiedza nie jest także zależna od poziomu ich aktywności fizycznej czy nasilenia stresu. Analiza wykazała brak istotnych statystycznie związków między tymi zależnymi. Przeprowadzone badania pokazują, że osoby chorujące powyżej 0,5 roku, powyżej 2 lat, 5 lat i 10 tak samo często rezygnują ze sportu, nawyków żywieniowych i w takim samym stopniu choroba ogranicza ich życie.
5. Najczęściej wskazywanym czynnikiem predysponującym do zachorowania na nadciśnienie tętnicze są uwarunkowania genetyczne. Czynniki środowiskowe, należące do czynników modyfikowalnych

stanowią zaledwie 29% wszystkich odpowiedzi. Na podstawie przeprowadzonych badań należy wnioskować, że pacjenci nie wiedzą, że zmieniając dotychczasowy styl życia, można znacząco zmniejszać ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego oraz wielu innych chorób.

6. W celu zbadania sposobów dbania osób z nadciśnieniem o swój stan zdrowia wykonano cztery analizy częstości. Wykazały one, że niemal połowa badanych (46%) ocenia swój stan zdrowia negatywnie. Również ponad połowa ankietowanych uważa że ma nadwagę (52%), za to do regularnego przyjmowania leków przyznaje, aż 69,5% ankietowanych.
7. Stan wiedzy pacjentów geriatrycznych chorujących na nadciśnienie tętnicze na temat postępowania nefarmakologicznego które jest nieodzownym elementem terapii nadciśnienia jest znikomy. Pacjenci jako główne i skuteczne źródło leczenia wskazują farmakoterapię ( 75%), nie posiadając wiedzy, że postępowanie nefarmakologiczne reguluje ciśnienie tętnicze, wydłuża czas życia w zdrowiu i zmniejsza śmiertelność.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- [1] Grodzicki T., Narkiewicz K., Czarnecka D., Gaciong Z., Januszewicz A., Tykarski A., Widecka K.: Hipertensjologia Tom II Podręcznik Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Warszawa: VM Media Sp z o.o. VM Group sp.k.; 2017.
- [2] Jarosz M., Respondek W.: Nadciśnienie tętnicze. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2019.
- [3] Hedner T., Kjeldsen S., Narkiewicz K.: Nadciśnienie Tętnicze 2020. Warszawa: Wydawnictwo Grup Via Medica; 2020.
- [4] Januszewicz A., Prejbisz A.: Vademecum nadciśnienia tętniczego. Gdańsk: Wydawnictwo Viva Medica; 2015.
- [5] Cwynar M., Gąsowski J.: Nadciśnienie tętnicze. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013.
- [6] Bednarski A. i wsp.: Wiedza żywieniowa i praktyczne stosowanie się pacjentów z nadciśnieniem tętniczym do zaleceń ograniczania spożycia soli kuchennej. Nadciśnienie tętnicze; 2013.
- [7] Wojciechowska M., Izdebska E.,: Profilaktyka nadciśnienia tętniczego. Medycyna Ogólna i Nauk o zdrowiu; 2014.

Joanna Krukowska, Bożena Kosińska

***PROGRAMY PROFILAKTYCZNE DLA KOBIET –  
ZNANE CZY NIEZNANE  
PREVENTIVE PROGRAMS FOR WOMEN -  
KNOWN OR UNKNOWN?***

**Streszczenie**

**Wstęp.** Nowotwory złośliwe należą do chorób o wysokiej śmiertelności w każdej populacji świata. Wśród chorób nowotworowych występują typowo charakterystyczne dla kobiet, do których należą m.in. rak piersi i rak szyjki macicy. Narodowy Fundusz Zdrowia poprzez programy profilaktyczne, finansuje skryning mammograficzny i cytologiczny. Wiedza kobiet na temat tych programów stanowi istotny element profilaktyki zachorowań na nowotwory.

**Cel pracy.** Celem pracy było zbadanie wiedzy kobiet na temat programów profilaktycznych: Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi i Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy.

**Material i metody.** Badanie przeprowadzono w okresie od 13.06.2023 r. do 31.07.2023 r. za pomocą anonimowej ankiety własnego autorstwa. Ankieta została przeprowadzona w grupie 182 kobiet.

**Wyniki.** W grupie badanych 58,2% wykonywało zawód pielęgniarstwa. Większość (90%) respondentek słyszała o “Programie profilaktyki wczesnego wykrywania raka piersi”, (82,4%) o “Programie profilaktyki raka szyjki macicy”. Prawie wszystkie respondentki potwierdziły, że regularny udział w badaniach profilaktycznych wpływa na zdrowie i długość życia (92,9%). Według badanych mammografia (96,7%) oraz cytologia szyjki macicy (88,6%) to badania przewidziane w profilaktycznych programach zdrowotnych. Jako podstawowe źródło informacji o programach profilaktycznych wskazano Internet (71,9%). W większości kobiety uważały, że badania są bezpłatne (86,3%) i można je wykonać bez skierowania (65,9%). Kobiety przeważnie oceniały swoją wiedzę w temacie programów profilaktycznych na dobrą (45,05%) lub dostateczną (40,7%).

**Wnioski.** Kobiety wykazują się przeciętną wiedzą na temat programów profilaktycznych przeznaczonych dla nich, swoją wiedzę oceniają jako dobrą lub dostateczną. Subiektywna ocena prezentowana przez respondentki nie ma związku z ich faktycznym poziomem edukacji w temacie tych programów.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki ma znaczenie dla poziomu wiedzy o przedmiotowych programach. Kobiety pozyskują informacje o programach głównie z Internetu, jednakże na jakość tych informacji oddziałuje praca i NFZ. Wyniki badań wskazują, że kobiety widzą potrzebę włączenia MMG i cytologii do badań okresowych, a także edukacji w tym przedmiocie młodzieży od szkoły średniej oraz większego zaangażowania lekarzy POZ w populacyjną profilaktykę. Grupa kobiet o większym poziomie wiedzy na temat programów profilaktycznych dla nich, zwraca uwagę na potrzebę prowadzenia kampanii społecznych, zachęcających kobiety do udziału w badaniach profilaktycznych piersi i szyjki macicy.

**Słowa kluczowe:** kobiety, wiedza, rak piersi, rak szyjki macicy, programy profilaktyczne, mammografia, cytologia szyjki macicy

## Summary

**Introduction.** Malignant tumors are diseases with high mortality in every population of the world. Among cancer diseases, there are those typically characteristic of women, including breast cancer and cervical cancer. The National Health Fund finances mammographic and cytological screening tests as part of the preventive programs. Women's knowledge about these programs is an important element of cancer prevention.

**Objective of the work.** The aim of the study was to check women's knowledge about preventive programs: Breast Cancer Early Detection Program as well as Population Prevention Program and Early Detection of Cervical Cancer.

**Material and methods.** The study was conducted in the period from June 13, 2023 to July 31, 2023 using an anonymous self-completed survey. The survey was conducted among 182 women.

**Results.** In the group of respondents, 58.2% worked as nurses. Most respondents were familiar with the programs: 90% with the Breast Cancer Early Detection Prevention Program and 82.4% with the Cervical Cancer Prevention Program. Almost all respondents agree that regular participation in preventive examinations affects health and life expectancy (92.9%). According to respondents, mammography (96.7%) and cervical cytology (88.6%) are tests included in preventive health programs. The Internet was indicated as the primary source of information about preventive programs (71.9%). Most women believed that the tests were free (86.3%) and could be performed without a referral (65.9%). Women mostly assessed their knowledge of preventive programs as good (45.05%) or sufficient (40.7%).

**Conclusions.** Women have average knowledge of preventive programs intended for them, which they rate as good or sufficient. The subjective assessment presented by the respondents is not related to their actual level of education in these fields. Practicing as a nurse is important for the level of knowledge about the programs in question. Women obtain information about programs mainly from the Internet, but the quality of this information is influenced by work and the National Health Fund. The research results indicate that women see the need to include MMG and cervical cytology in periodic examinations as well as education on this subject for young people from high school and greater involvement of primary care physicians in population prevention. Moreover, a group of women with a greater level of knowledge about preventive programs for them draws attention to the need to conduct social campaigns encouraging women to participate in preventive breast and cervical examinations.

**Keywords:** women, knowledge, breast cancer, cervical cancer, preventive programs, mammography, cervical cytology

## Wprowadzenie

Nowotwory złośliwe należą do chorób o wysokiej śmiertelności w każdej populacji świata. Od wielu lat widoczna jest tendencja wzrostu zachorowań na nowotwory i śmiertelności, będącej ich następstwem [1]. W 2018 roku na świecie ponad 19 milionów ludzi zachorowało na nowotwory, a około 10 milionów zmarło [2]. Wśród chorób nowotworowych występują typowo charakterystyczne dla kobiet, do których należą m.in. rak piersi i rak szyjki macicy (RSM) [1]. Według rocznych szacunków, w skali światowej rak piersi rozpoznawany jest u 1,5 miliona kobiet. W Polsce, najczęściej występującym nowotworem u kobiet jest rak piersi (ICD-10 C50). W 2020 roku, raka sutka zdiagnozowano w 23,8% spośród wszystkich zarejestrowanych nowotworów złośliwych w populacji żeńskiej, a liczba zgonów wyniosła 6956 i była najwyższa na przestrzeni ostatnich 20 lat [3, 4]. Nowotwory złośliwe piersi w ponad 99% występują u płci żeńskiej [5]. Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko zachorowania, a większość nowotworów gruczołu piersiowego występuje u kobiet powyżej 50. roku życia [6, 7].

Rak szyjki macicy (ICD-10 C53) według danych KRN z 2020 r., odpowiada za 1950 zachorowań kobiet, co daje ósmą pozycję wśród chorób nowotworowych w Polsce, dotyczących tej płci [8]. Szczyt zachorowalności na nowotwór szyjki macicy dotyka kobiet po menopauzie, w 5. i 6. dekadzie życia. Jako główny czynnik ryzyka wskazywany jest wirus brodawczaka

ludzkiego HPV (ang. Human Papilloma-Virus), którego DNA stwierdza się w ponad 90% przypadków raka płaskonabłonkowego szyjki macicy [9,10].

Wykonywanie badań pod kątem potencjalnego wystąpienia zmian nowotworowych u osób nie odczuwających żadnych sygnałów chorobowych określa się mianem badań przesiewowych [11]. Badanie przesiewowe raka gruczołu piersiowego - mammografia (MMG) uznawane jest przez American Cancer Society jak i Polską Unię Onkologii za najlepsze badanie przesiewowe w profilaktyce wtórnej [12,13,14]. Profilaktyka raka szyjki macicy jest optymalna wówczas, gdy obejmuje profilaktykę pierwotną (szczepienia zapobiegające zakażeniu HPV) oraz wtórną, realizowaną poprzez badania cytologiczne [16,17].

W 2015 roku Rada Ministrów ustanowiła wieloletni program na lata 2016-2024 pod nazwą "Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych" [18]. W ramach tego Programu realizowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ): Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy [19,20].

## **Material i metody**

Badanie przeprowadzono drogą elektroniczną, wykorzystując platformę internetową Formularze Google. Do badania zakwalifikowano dorosłe kobiety mieszkające na terenie Polski.

## **Wyniki**

Analizę wykonano przy użyciu pakietu statystycznego Statistica v.13.1 PL firmy StatSoft, Inc. Badanie ankietowe obejmowało kobiety, głównie w wieku 45-54 lata (45,60%).

W grupie 182 badanych przeważająca większość była zdania, że regularne poddawanie się badaniom profilaktycznym ma wpływ na zdrowie i długość życia (92,86%). Źródło informacji na temat profilaktycznych programów zdrowotnych dla kobiet w zdecydowanej większości stanowił Internet (71,98%). Znaczący odsetek ankietowanych kobiet korzystał ze źródeł informacji takich jak praca, znajomi, lekarz i telewizja (od 39,01% do 41,21%). Jako inne źródła wiedzy o programach profilaktycznych ankietowane wskazywały ulotki, rodzinę oraz pielęgniarki i/lub położne (odpowiednio: 27,47%; 25,27% i 24,73%), a także prasę (21,98%); NFZ (15,93%). Większość badanych kobiet uważała, że badania wykonywane w ramach profilaktycznych

programów zdrowotnych dla kobiet są bezpłatne (86,26%). Zdaniem większości badanych kobiet do skorzystania z badań wykonywanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych skierowanie nie jest wymagane (65,93%).

Według 23,08% respondentek skierowanie jest konieczne. Na pytanie o badania przewidziane w profilaktycznych programach zdrowotnych dla kobiet niemal wszystkie respondentki wskazały mammografię piersi (96,70%), a niewiele mniej ankietowanych – także cytologię szyjki macicy (88,46%). W większości ankietowane słyszały o „Programie profilaktyki wczesnego wykrywania raka piersi” (90,11%). Wśród badanych kobiet, które otrzymały zaproszenie z NFZ na mammografię, blisko trzy czwarte z nich skorzystało z tego zaproszenia (74,19%). W przypadku kobiet, które nie skorzystały z zaproszenia 46,67% jako powód wskazała brak czasu. Dla części respondentek samobadanie piersi jest wystarczające (20,00%).

Żadna z ankietowanych nie wskazała jako powodu braku wiedzy, czym jest mammografia, strachu przed wykryciem raka piersi, bolesności mammografii, jej niewiarygodności i braku dostępu w zamieszkiwanej miejscowości do takich badań. W większości respondentki uważały, że z profilaktycznego programu badania piersi powinny korzystać kobiety w wieku 50-69 lat (72,53%). Jedna czwarta ankietowanych była zdania, że odpowiednim wiekiem do tego typu badań jest poniżej 50 lat (25,82%). Jako miejsce wykonywania mammografii w ramach profilaktycznego programu zdrowotnego badane w przeważającej większości wskazywały mammobus (91,76%). Poradnie położniczo-ginekologiczne z podpisaną umową z NFZ (41,21%), szpital powiatowy (22,53%). Najmniej ankietowanych wskazywało prywatny gabinet lekarza ginekologa (6,04%) lub otwarcie nie miało wiedzy na ten temat (4,40%). Kobiety, na ogół uważały, że z profilaktycznego programu badania piersi można korzystać co dwa lata (43,41%).

O „Programie profilaktyki raka szyjki macicy” słyszała przeważająca większość badanych kobiet (82,42%). Według zdecydowanej większości, kobieta może skorzystać z przesiewowego badania cytologicznego, finansowanego w ramach programu profilaktycznego w wieku od 25 do 59 lat (66,48%). Pod względem wiedzy na temat możliwej częstotliwości korzystania z programu profilaktyki raka szyjki macicy ankietowane kobiety były podzielone, przy czym najczęściej wskazywały częstotliwość co dwa lata (37,36%). Według co czwartej respondentki badania mogą być wykonane po upływie 12 miesięcy (dla kobiet zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV – typem wysokiego ryzyka) (26,37%) lub raz w roku (25,27%). Częstotliwość co trzy lata wskazało 14,29% ankietowanych, a 2,75% badanych było zdania, że z programu można skorzystać tylko jeden raz. Znacząca liczba badanych 12,64% badanych nie miała wiedzy na

ten temat. Według kobiet przesiewowe badania cytologiczne w ramach profilaktycznego programu zdrowotnego wykonywane są w każdej poradni położniczo-ginekologicznej, która ma podpisaną umowę z NFZ (73,63%). Bliższa połowa respondentek (47,25%) wskazała poradnie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), które podpisały umowę na świadczenia położnej POZ w Programie profilaktyki raka szyjki macicy; 27,47% ankietowanych – prywatny gabinet lekarza ginekologa, a 15,38% – odpowiednio szpital powiatowy. Ostatnie badanie cytologiczne szyjki macicy w ramach programu profilaktycznego ankietowane kobiety miały wykonane na ogół w 2023 roku (24,18%) lub rok temu (23,08%). Dwa, trzy i więcej niż trzy lata temu takie badania po raz ostatnio miały wykonane kolejno 13,74%; 7,14% i 12,09% ankietowanych. Znaczna część respondentek (16,48%) nigdy nie miała takich badań wykonanych. Badane kobiety przeważnie dobrze oceniały swoją wiedzę na temat programów profilaktycznych raka piersi i raka szyjki macicy (45,05%), przy czym niewiele mniejszy był udział kobiet uważających swoją wiedzę jako dostateczną (40,66%). Niedostatecznie oceniała swoją wiedzę jedna na dziesięć badanych kobiet (10,99%), bardzo dobrze – odpowiednio 3,30%. W przeprowadzonym teście wiedzy na temat programów profilaktycznych dla kobiet badane uzyskały od 15 do 35 punktów na 37 możliwych; średnio 26,64 (SD = 3). Co druga respondentka uzyskała minimum 27 punktów a co czwarta – minimum 29 punktów (Tabela 1).

Tabela 1 Poziom wiedzy badanych na temat programów profilaktycznych dla kobiet (statystyki opisowe)

Poziom wiedzy na temat programów profilaktycznych dla kobiet	Statystyki opisowe					
	Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności		Błąd stand.
				-95,00%	+95,00%	
	26,64 ± 3	27 [25 - 29]	15 - 35	26,20	27,08	0,22

Po przeliczeniu surowych wyników punktów na kategorie przedziałowe okazało się, że większość badanych wykazywała się przeciętną wiedzą (63,19%). Jedna na pięć badanych kobiet posiadała wiedzę na poziomie wysokim (22,53%). Wiedza jednej dziesiątej ankietowanych była słaba. Niektóre źródła informacji badanych kobiet na temat profilaktycznych programów zdrowotnych skierowanych do nich miały wpływ na poziom ich wiedzy w tym zakresie. Okazało się, że kobiety pozyskujące informacje z pracy wykazywały się większą wiedzą w porównaniu do kobiet niekorzystających z tego źródła informacji (MTak = 27,28; SDTak = 2,94 i MNie = 26,19; SDNie = 2,97). Analogiczne wyniki odnotowano w przypadku grup

wyróżnionych ze względu na pozyskiwanie informacji o programach z NFZ (MTak = 27,72; SDTak = 2,97 i MNie = 26,43; SDNie = 2,97). Różnice te osiągnęły istotność statystyczną, co stwierdzono na bazie wyników analizy testem U Manna-Whitneya, zarówno w odniesieniu do pracy:  $Z = 2,17$ ;  $p < 0,05$ ; jak i NFZ:  $Z = 2,11$ ;  $p < 0,05$ . Poziom wiedzy badanych na temat profilaktycznych programów zdrowotnych dla kobiet nie był z kolei różnicowany przez pozostałe źródła informacji badanych w tym zakresie (Tabela 2).

Tabela 2 Związek między źródłami informacji badanych na temat profilaktycznych programów zdrowotnych dla kobiet a poziomem ich wiedzy na temat tego typu programów

Źródła informacji na temat profilaktycznych programów zdrowotnych dla kobiet		Statystyki opisowe - Poziom wiedzy na temat programów profilaktycznych dla kobiet						Test t / U Manna-Whitneya
		Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności		Błąd stand.	
					-95,00 %	+95,00 %		
Lekarz	Tak (n = 71)	26,62 ± 2,63	26 [25 - 28]	19 - 35	26,00	27,24	0,31	t(180) = -0,06; p = 0,95
	Nie (n = 111)	26,65 ± 3,23	27 [25 - 29]	15 - 34	26,04	27,26	0,31	
Pielęgniarka i/lub położna	Tak (n = 45)	27,27 ± 3,22	27 [25 - 28]	19 - 34	26,30	28,23	0,48	Z = 1,28; p = 0,201
	Nie (n = 137)	26,43 ± 2,91	27 [25 - 29]	15 - 35	25,94	26,92	0,25	
Praca	Tak (n = 75)	27,28 ± 2,94	27 [26 - 29]	19 - 35	26,60	27,96	0,34	Z = 2,17; p < 0,05
	Nie (n = 107)	26,19 ± 2,97	26 [24 - 28]	15 - 34	25,62	26,76	0,29	
Telewizja	Tak (n = 71)	26,9 ± 3	27 [25 - 29]	15 - 35	26,19	27,61	0,36	Z = 1,42; p = 0,155
	Nie (n = 111)	26,47 ± 3	26 [24 - 28]	19 - 34	25,90	27,03	0,28	
Internet	Tak (n = 131)	26,52 ± 3,01	27 [25 - 28]	15 - 35	26,00	27,04	0,26	Z = -0,62; p = 0,538
	Nie (n = 51)	26,94 ± 2,99	27 [25 - 29]	19 - 34	26,10	27,78	0,42	
Narodowy Fundusz Zdrowia	Tak (n = 29)	27,72 ± 2,97	28 [26 - 30]	22 - 34	26,59	28,86	0,55	Z = 2,11; p < 0,05
	Nie (n = 153)	26,43 ± 2,97	27 [25 - 28]	15 - 35	25,96	26,91	0,24	
Ulotka	Tak (n = 50)	26,26 ± 3,27	27 [24 - 28]	15 - 35	25,33	27,19	0,46	Z = -0,73; p = 0,466
	Nie (n = 132)	26,78 ± 2,89	27 [25 - 29]	19 - 34	26,28	27,28	0,25	
Prasa	Tak (n = 40)	26,38 ± 2,67	26,5 [25 - 28]	20 - 32	25,52	27,23	0,42	Z = -0,48; p = 0,629
	Nie (n = 142)	26,71 ± 3,09	27 [25 - 29]	15 - 35	26,20	27,22	0,26	
Rodzina	Tak (n = 46)	25,83 ± 2,83	26 [24 - 28]	19 - 32	24,99	26,67	0,42	Z = -1,93; p < 0,053
	Nie (n = 136)	26,91 ± 3,02	27 [25 - 29]	15 - 35	26,40	27,42	0,26	
Znajomi	Tak (n = 75)	26,21 ± 2,69	26 [24 - 28]	19 - 32	25,59	26,83	0,31	Z = -1,52; p = 0,13
	Nie (n = 107)	26,93 ± 3,18	27 [25 - 29]	15 - 35	26,33	27,54	0,31	

Opinia badanych na temat kampanii społecznych jako działania koniecznego do podjęcia w celu poprawy udziału kobiet w badaniach profilaktycznych była zależna od poziomu ich wiedzy na temat programów profilaktycznych dla kobiet. Badane, które zwracały szczególną uwagę na znaczenie kampanii społecznych w kontekście poprawy udziału kobiet w badaniach profilaktycznych, wykazywały się większą wiedzą w porównaniu do respondentek niepodzielających tej opinii (MTak = 27,12; SDTak = 2,49 i MNie = 26,21; SDNie = 3,35). Korzystając z testu U Manna-Whitneya dowiedziono, że powyższa różnica pomiędzy obiema grupami osiągnęła istotność statystyczną:  $Z = 2,27; p < 0,05$ . Natomiast opinie badanych na temat pozostałych działań koniecznych do podjęcia w celu poprawy udziału kobiet w badaniach profilaktycznych nie były powiązane z poziomem ich wiedzy na temat programów profilaktycznych dla kobiet (Tabela 3).

Tabela 3 Związek między poziomem wiedzy badanych na temat programów profilaktycznych dla kobiet a ich opiniami na temat działań koniecznych do podjęcia w celu poprawy udziału kobiet w badaniach profilaktycznych

Opinie na temat działań koniecznych do podjęcia w celu poprawy udziału kobiet w badaniach profilaktycznych		Statystyki opisowe - Poziom wiedzy na temat programów profilaktycznych dla kobiet						Test t / U Manna-Whitneya
		Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności		Błąd stand.	
					- 95,00 %	+95,00 %		
Włączenie mammografii i badań cytologicznych do pakietów badań okresowych	Tak (n = 139)	26,55 ± 3,07	27 [25 - 29]	15 - 35	26,03	27,06	0,26	Z = -0,5; p = 0,617
	Nie (n = 43)	26,93 ± 2,77	27 [25 - 29]	21 - 34	26,08	27,78	0,42	
Edukacja młodzieży od szkoły średniej	Tak (n = 136)	26,82 ± 3,03	27 [25 - 29]	15 - 35	26,30	27,33	0,26	Z = 1,3; p = 0,193
	Nie (n = 46)	26,11 ± 2,89	26 [24 - 28]	19 - 33	25,25	26,97	0,43	
Zwiększenie liczby położnych pobierających cytologię	Tak (n = 39)	26,49 ± 3,28	27 [25 - 29]	15 - 33	25,42	27,55	0,53	Z = 0,24; p = 0,813
	Nie (n = 143)	26,68 ± 2,93	27 [25 - 29]	19 - 35	26,19	27,16	0,25	
Informacje na Facebook i/lub Twitter	Tak (n = 48)	27,15 ± 2,76	27 [25 - 28,5]	22 - 35	26,34	27,95	0,40	Z = 0,99; p = 0,321
	Nie (n = 134)	26,46 ± 3,07	27 [24 - 29]	15 - 34	25,93	26,98	0,27	
Większe zaangażowanie lekarzy POZ	Tak (n = 93)	26,44 ± 2,8	26 [25 - 28]	20 - 35	25,86	27,02	0,29	Z = -1,18; p = 0,237
	Nie (n = 89)	26,84 ± 3,2	27 [25 - 29]	15 - 34	26,17	27,52	0,34	

Wyznaczenie przez POZ pielęgniarki odpowiedzialnej za edukację profilaktyczną kobiet	Tak (n = 60)	26,82 ± 2,25	27 [25 - 28]	21 - 34	26,24	27,40	0,29	t(162,01) = 0,64; p = 0,523
	Nie (n = 122)	26,55 ± 3,31	26 [24 - 29]	15 - 35	25,96	27,14	0,30	
Ulotki informacyjne w sklepach z bielizną damską	Tak (n = 37)	26,97 ± 2,63	27 [26 - 28]	21 - 34	26,10	27,85	0,43	Z = 1,06; p = 0,291
	Nie (n = 145)	26,55 ± 3,09	26 [25 - 29]	15 - 35	26,04	27,06	0,26	
Kampanie społeczne	Tak (n = 86)	27,12 ± 2,49	27 [25 - 29]	21 - 34	26,58	27,65	0,27	Z = 2,27; p < 0,05
	Nie (n = 96)	26,21 ± 3,35	26 [24 - 28]	15 - 35	25,53	26,89	0,34	

Praca badanych w zawodzie pielęgniarki różnicowała istotnie poziom ich wiedzy na temat programów profilaktycznych dla kobiet. Okazało się, że pielęgniarki wykazywały się większą wiedzą na ten temat niż kobiety niepracujące w tym zawodzie (MTak = 27,06; SDTak = 2,93 i MNie = 26,05; SDNie = 3,02). Bazując na wynikach analizy testem U Manna-Whitneya stwierdzono, że powyższa różnica była istotna statystycznie: Z = 2,53; p < 0,05 (Tabela 4).

Tabela 4 Związek między pracą badanych w zawodzie pielęgniarki a poziomem ich wiedzy na temat programów profilaktycznych dla kobiet

Praca w zawodzie pielęgniarki	Statystyki opisowe - Poziom wiedzy na temat programów profilaktycznych dla kobiet					Błąd stand.	Test U Manna-Whitneya
	Średnia ± Odch. stand.	Mediana [Q25 - Q75]	Min. - Max.	Przedział ufności			
				-95,00 %	+95,00 %		
Tak (n = 106)	27,06 ± 2,93	27 [25 - 29]	15 - 34	26,49	27,62	0,28	Z = 2,53; p < 0,05
Nie (n = 76)	26,05 ± 3,02	26 [24 - 28]	19 - 35	25,36	26,74	0,35	

## Dyskusja

Profilaktyka odgrywa kluczową rolę w redukcji zagrożeń życia i zdrowia ludzkiego, związanych z zachorowaniami na nowotwory złośliwe. Dla kobiet bezsporny w tym zakresie jest ich udział w populacyjnych badaniach przesiewowych, do których należą mammografia piersi i badanie cytologiczne szyjki macicy [21,22].

W 2016 roku Najwyższa Izba Kontroli (NIK) przeprowadziła z własnej inicjatywy, postępowanie kontrolne w przedmiocie “Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia”. W badanym przez NIK okresie, w Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy wzięło udział 23% uprawnionych kobiet a z Programu Profilaktyki Raka Piersi 49% uprawnionych kobiet osiągnął [23]. Z publikowanych na stronie NFZ danych o realizacji programów profilaktycznych, wynika, że procent uprawnionych kobiet, korzystających z badań przesiewowych, w porównaniu z okresem objętym kontrolą NIK jest jeszcze niższy. W szczególności, realizacja programów skryningowych w okresie od 01.11.2022 r. do 31.10.2023 r. średnio dla raka piersi wynosiła 36,3%, a dla raka szyjki macicy 11,3% [24].

Analiza danych wykazała, że praca badanych w zawodzie pielęgniarki różnicowała istotnie poziom ich wiedzy na temat programów profilaktycznych dla kobiet. Okazało się, że pielęgniarki wykazywały się większą niż kobiety niepracujące w tym zawodzie, wiedzą w badanym temacie. Podobne badania, prowadziły Ponczak D. i Kusińska L., które porównały dwie grupy kobiet (pracownicy PPH EMIX i pielęgniarki SPZOZ w Rypinie). Badane kryteria oceniono na poziomie średnim [25]. W innych badaniach, przeprowadzonych na grupie studentów pielęgniarstwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Chichocka i wsp., na podstawie otrzymanych wyników ocenili wiedzę ankietowanych w temacie profilaktyki raka piersi na dobrym poziomie [26]. Z kolei według Jarzynkowskiego P. i wsp. wiele opublikowanych badań dotyczących wiedzy kobiet na temat profilaktyki nowotworów sutka, wskazuje na niski lub średni poziom [12]. W badaniach, prowadzonych przez Gujską D. i wsp. wśród studentów pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, w zakresie wiedzy dotyczącej raka szyjki macicy wykazano niedobór wiadomości związanych z profilaktyką wtórną [27]. W populacji kobiet, w Polsce nowotwór złośliwy piersi jest najczęściej występującym nowotworem i z punktu widzenia zdrowia publicznego jest bardzo poważnym problemem społecznym [28]. W badaniach własnych około 70% osób wiedziało, że rak sutka jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet.

Badania przesiewowe, w tym mammografia mają duże znaczenie w profilaktyce raka sutka, a właściwie skonstruowany program przesiewowy może przyczynić się do zmniejszenia współczynnika śmiertelności od 15-35% [29]. Przykładem jest Wielka Brytania, w której skuteczna edukacja i powiązana z nią zgłaszalność na powszechny skryning mammograficzny, obniżyły śmiertelność brytyjskiej populacji kobiet o 40% [7]. Dużą rolę w dostępności do mammografii pełnią mammobusy [30]. Według Połockiej-Molińskiej M. i wsp. znaczący odsetek kobiet nie korzysta z zaproszenia NFZ na mammografię. Podkreślają, że niska frekwencja w badaniach wynika

z m.in z braku świadomości kobiet dotyczącej nowotworu gruczołu piersiowego. Wiele kobiet uważa, że jest to choroba, która ich nie dotyczy [31]. Strojek K. i wsp. prowadzili badania kobiet pracujących i korzystających z MOPS-u w przedmiocie udziału w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi. Zdecydowana większość respondentek (78%) nie brała udziału w skryningu raka piersi, głównie z powodu braku świadomości o możliwym zagrożeniu (38%). Ankietowane ponadto uważały, że zaproszenie na bezpłatne badania (55%) jest najskuteczniejszym motywatorem do zgłoszenia na przesiewową mammografię [32]. Autorzy pracy przeprowadzili analizę dającą zaskakujący wynik, w której okazało się, że dla ankietowanych zarówno otrzymanie zaproszenia z NFZ na mammografię jak i skorzystanie przez nie z takiego zaproszenia, nie wpływały istotnie na poziom ich wiedzy w temacie Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. Respondentki, które otrzymały zaproszenie wykazywały nawet nieco mniejszą wiedzę niż kobiety, które nie otrzymały zaproszenia na mammografię z NFZ.

Rak szyjki macicy, wykryty we wczesnym stadium jest wyleczalny w 99% [33]. W badaniach własnych tylko 28% osób poprawnie potwierdziło wskaźnik wyleczalności tego nowotworu. Według większości respondentek biorących udział w badaniach autora odpowiedziało, że kobiety mogą skorzystać z bezpłatnego przesiewowego badania cytologicznego, w wieku od 25 do 59 lat (66,5%). Zbliżone wyniki (62%) zaprezentowali Mazur P. i wsp., w badaniach znajomości korzystania z wieku w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w grupie studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Mniejszą wiedzę wykazali się studenci Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie (40%) oraz Politechniki Lubelskiej (32%) [34]. Zbieżne wyniki zebrały Michalik A. i wsp. grupie badanych (65,1%) właściwie wskazało przedział wiekowy kwalifikujący kobiety do tego programu [35]. Podobne badania, przeprowadzili Nowicki A. i wsp. w grupie uczennic Technikum i absolwentek Uniwersytetu w Zielonej Górze i wykazali, że tylko połowa respondentek znała program skryningowy raka szyjki macicy [36].

Strojek K. i wsp. uważają, że ważną rolę w edukacji kobiet pełnią środki masowego przekazu oraz kadra medyczna. Wyniki ich badań pokazały jako podstawowe źródło informacji o raku gruczołu sutkowego telewizję (30%) oraz Internet (27%). Natomiast zaledwie 18% ankietowanych wskazało lekarza [32]. W badaniach autora informacje na temat programów profilaktycznych kobiety pozyskują z różnych źródeł. Wśród ankietowanych kobiet 39% korzystało z telewizji oraz specjalistycznej wiedzy lekarza. Dostyc duża grupa kobiet czerpie informacje z pracy i od znajomych (41%). Niski odsetek osób (16%) korzysta z informacji Narodowego Funduszu Zdrowia. Internet również stanowił główne źródło informacji o profilaktyce nowotworów piersi

(68%) w badaniach Szadkowskiej-Szlachetki Z. i wsp. [37]. W badaniach, Kaczmarek Borowskiej B. i wsp. aż 78,7% respondentek korzystało z Internetu, telewizji i radia w przedmiocie pozyskiwania wiedzy o nowotworach sutka [38]. Wyniki badań własnych pokazały, że środowisko zawodowe kobiet może mieć ważny wpływ na edukację zdrowotną. Wiedza kobiet pozyskiwana z NFZ jest lepsza, co może wynikać z merytorycznego i precyzyjnego przekazu tej instytucji, bezpośrednio odpowiadającej za organizację i finansowanie programów profilaktycznych. Badane zależności wykazały również, że informacje jakie pacjentki otrzymują od lekarzy nie wpływają na ich wiedzę na tyle istotnie, aby była ona zdecydowanie wyższa od osób niekorzystających z przekazu lekarzy w przedmiocie programów profilaktycznych. W ocenie autora może to wynikać z tego, że nie we wszystkich poradniach realizowane są programy profilaktyczne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Narodowa Strategia Onkologiczna (wieloletni programu walki z rakiem na lata 2020-2030, przyjęty w 2019 roku przez Radę Ministrów) podkreśla potrzebę intensyfikacji działań zespołów podstawowej opieki zdrowotnej oraz medycyny pracy w poprawę efektywności badań przesiewowych [39]. Podobne zdanie przedstawiły kobiety biorące udział w badaniach autora. Wśród działań poprawiających udział kobiet w badaniach profilaktycznych w zdecydowanej większości optowały za włączeniem mammografii i badań cytologicznych do pakietów badań okresowych (76,4%). Wiszniewska M. i wsp. W swojej pracy zwrócili uwagę na niewykorzystany potencjał lekarzy medycyny pracy [13]. Rangę lekarza rodzinnego w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka szyjki macicy podkreśla również Szafrąnska-Barańska A. Szczególnie w aspekcie edukatora i realizatora programu zdrowotnego [16].

Na podstawie otrzymanych wyników, autorzy badań zauważają wyraźną potrzebę prowadzenia szeroko pojętej edukacji kobiet w zakresie dostępnych dla nich programów profilaktycznych. Pomimo powszechnego dostępu do informacji, którego źródłem są przede wszystkim Internet, środowisko pracy, lekarz POZ, NFZ, znajomi; nadal wiele kobiet nie korzysta z badań oferowanych przez powszechny system opieki zdrowotnej.

## Wnioski

1. Wiedza kobiet na temat programów profilaktycznych, przeznaczonych dla nich jest na przeciętnym poziomie.
2. Pielęgniarki wykazują się większą wiedzą na temat programów profilaktycznych dla kobiet w porównaniu do kobiet wykonujących inny zawód.
3. Informacje na temat profilaktycznych programów zdrowotnych skierowanych do kobiet pozyskiwane są przez nie głównie z Internetu.
4. Otrzymanie zaproszenia z NFZ na mammografię i skorzystanie z niego nie ma znaczenia dla poziomu wiedzy kobiet na temat programów profilaktycznych dla nich.
5. Według kobiet uczestnictwo pacjentek w badaniach profilaktycznych poprawiłoby się w wyniku włączenia mammografii i badań cytologicznych do pakietów badań okresowych, edukacji młodzieży od szkoły średniej oraz większego zaangażowania lekarzy POZ.
6. Kobiety wykazujące większą wiedzę na temat programów profilaktycznych dla nich częściej zwracają uwagę na konieczność przeprowadzenia kampanii społecznych w celu poprawy udziału kobiet w badaniach profilaktycznych.

## BIBLIOGRAFIA:

- [1] Pabiś M. et al. Znaczenie profilaktyki nowotworów wśród kobiet. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2020; 19 (2); 110-121.
- [2] Wild C.P., Wiederpass E., Steward B.W. (red.): *The World Cancer Report 2018*. International Agency for Research on Cancer 2020.
- [3] Krajowy Rejestr Nowotworów: <https://onkologia.org.pl/pl/nowotwor-piersi-u-kobiet-czym-jest#page-main-image/> [dostęp 15.09.2023]
- [4] Krajowy Rejestr Nowotworów: <https://onkologia.org.pl/pl/raporty> [dostęp 15.09.2023]
- [5] Korcz A. Zrozumieć choroby piersi. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2022; 10: 8-9.
- [6] Jagiełło-Gruszewald A. Rak piersi. W: Broczek K., Dubiański R. (red.): *Onkologia geriatryczna w praktyce*. Warszawa: Medical Tribune Polska; 2022; 339-347.
- [7] Didkowska J. Epidemiologia, czynniki ryzyka i profilaktyka. W: Jasse J., Krzakowski M. (red.) *Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy*. Gdańsk: Via Medica; 2019;1-19.

- 
- [8] Krajowy Rejestr Nowotworów: <https://onkologia.org.pl/pl/nowo-twor-szyjki-macicy-czym-jest/> [dostęp 15.09.2023]
- [9] Kubiak R. et al.. Rak szyjki macicy. W: Jassen J., Kordek R. (red.): Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wyd. 5. Gdańsk: Via Medica; 2019: 232-238.
- [10] Quinlan JD. Human papillomavirus: screening, testing and prevention. *American Fam Physician*. 2021; 104(2): 152-159.
- [11] Garwacka-Czachor E. Europejski Kodeks Walki z Rakiem. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2018; 11: 26-27.
- [12] Jarzynkowski P., Piotrkowska R., Siedlecka B. Poziom wiedzy pielęgniarek i położnych Szpitala Kościerskiego z zakresu profilaktyki nowotworów piersi. *Pielęgniarstwo Chir Angiol*. 2021; 3: 116-122.
- [13] Wiszniewska M. et al. Model działań profilaktycznych zintegrowany z opieką profilaktyczną nad pracownikami - zapobieganie niektórym typom nowotworów wśród kobiet. *Med Pr*. 2018; 69(4): 439-455.
- [14] Smoleń E., Dobrowolska B. Praktyka samobadania piersi i wykonywanie mammografii w grupie pielęgniarek a zmienne socjodemograficzne. *Med Srodowiskowa Environ Med*. 2017; 1(20): 56-65.
- [15] Knapp P., Dobroch J. Diagnostyka zakażeń HPV. Klasyczne i nowoczesne metody w profilaktyce raka szyjki macicy. *Ginekologia po dyplomie*. Październik 2019; 52-53.
- [16] Szafrńska-Barańska A. Dobry wybór. Program pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy. *F3rum Med Rodz*. 2015; 9(2): 97-99.
- [17] Wojciula J. et al. Postępowanie w przypadku nieprawidłowego wyniku badania przesiewowego szyjki macicy w świetle rekomendacji ASCCP 2019 i schematu PTGiP 2021. *Ginekol Po Dyplomie*. Marzec 2022; 23-34.
- [18] Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 pod nazwą "Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych" (M.P. z 2015 r., poz.1165)
- [19] Załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 78/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 sierpnia 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne (z późn. zm.).

- 
- [20] Załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 78/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 sierpnia 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne (z późn. zm.).
- [21] Krzakowski M. Rak piersi - obecne zasady postępowania. *Onkologia po dyplomie*. Kwiecień 2021; 6-10.
- [22] Dobroch J., Baczevska M., Knapp P. Rak szyjki macicy - diagnostyka i leczenie. *Onkologia po dyplomie*. Październik 2020; 12-19.
- [23] Profilaktyka Zdrowotna w Systemie Ochrony Zdrowia. Informacja o wynikach kontroli. KZD.430.007.2016. Nr ewid. 211/2016/P/16/054/KZD. Najwyższa Izba Kontroli. Warszawa; 2017; 1-66. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-profilaktyce-zdrowotnej-w-systemie-ochrony-zdrowia.html> [dostęp 28.10.2023].
- [24] <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/> [dostęp 5.11.2023r.]
- [25] Ponczek D., Kusińska L. Poziom wiedzy i zachowań zdrowotnych w zakresie raka piersi i szyjki macicy na przykładzie pracownic PPH EMIX i pielęgniarek SP ZOZ w Rypinie. *Prac Podstaw Umiejętności Klin i Symulacji Med Coll Medicum w Bydgoszczy*. 2019; 4(4): 33-44.
- [26] Cichomska J., Sak-Dankosky N., Czarkowska-Pączek Bo. Knowledge of nursing students about breast cancer prevention. *Pielęgniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century*. 2020; 19(2): 102-109. DOI: <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2020-0012>
- [27] Gujska D. et al. Zachowania zdrowotne studentów pielęgniarstwa w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016; 6 (6): 107-120.
- [28] Ślusarska B. et al. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo-demograficznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2016; 22(1): 59-65.
- [29] Malicka I., Jelecka M. Poziom wiedzy z zakresu czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi wśród studentek wrocławskich uczelni. *Pomeranian J Life Sci*. 2018; 64 (3): 75-80.
- [30] <https://www.nfz-katowice.pl/index.php/dla-pacjenta/harmonogrammammobusu?start=0> [dostęp z 16.11.2023r.]

- [31] Połocka-Malińska M., Plagens-Rotman K., Bogalska B. Ocena dostępności kobiet do nowoczesnych metod diagnostycznych chorób sutka. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2018; 2 (55): 193-202.
- [32] Strojek K. et al. Zachowania prozdrowotne i stan wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017; 7(3): 166-176.
- [33] <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/profilaktyka-raka-szyjki-macicy/> [dostęp 15.09.2023, 5.11.2023 r.]
- [34] Mazur P. et al. Wiedza studentów wybranych lubelskich uczelni w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017; 7(7): 200-214. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.825342>
- [35] Michalik A., Kąkol K. Wiedza kobiet w wieku 25-59 lat na temat raka szyjki macicy - doniesienie wstępne. W: Kędra E. et.al. (red): *Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszanowanie praw pielęgniarek - kontrowersje i wyzwania*. Głogów: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie. 2022; 146-158.
- [36] Nowicki A., Farbicka P., Anczura K. Wiedza uczennic technikum i absolwentek studiów wyższych z zakresu profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2017; 2 (64): 246-253.
- [37] Szadowska-Szlachetka Z. et al. Wiedza kobiet, studentek pielęgniarstwa, na temat profilaktyki raka piersi. *J Educ Health Sport*. 2016; 6: 504-519.
- [38] Kaczmarek-Borowska B., Walowska A. Analiza czynników ryzyka zachorowania na raka piersi u kobiet po mastektomii - badania wstępne. *Probl Nauk Stos*. 2017; 6: 135-146.
- [39] Popławska A. Najważniejsze postulaty i założenia Narodowej Strategii Onkologicznej. *Onkologia po Dyplomie*. 2022; 3: 47-50.

Agnieszka Dominowska, Bożena Kosińska

***DOKUMENTACJA MEDYCZNA A TAJEMNICA  
ZAWODOWA Z PERSPEKTYWY PIELEŃNIAREK  
SZPITALNYCH ODDZIAŁÓW RATUNKOWYCH***

***MEDICAL DOCUMENTATION AND  
PROFESSIONAL CONFIDENTIALITY FROM THE  
PERSPECTIVE OF NURSES IN HOSPITAL  
EMERGENCY DEPARTMENTS***

**Abstract**

**Introduction:** Documenting information regarding the patient's health condition and procedures performed on him or her, in real time, in a legible and reproducible manner, is a very important element of ensuring the safety of care, especially in the Hospital Emergency Department (ED). Work in the emergency department is subject to constant dynamics, at the same time there may be several or a dozen patients who require immediate rescue activities, and the reliability of documentation influences the further therapy process. Obstacles that stand in the way of maintaining professional secrecy include, among others: large number of participants, time pressure and stress.

**Aim:** The aim of this study was to examine how professional secrecy is respected by nurses in hospital emergency departments using the example of protecting medical records.

**Material and methods:** The survey covered 118 nurses employed in the Emergency Departments of two hospitals in Częstochowa.

**Results:** The largest group among the surveyed were nurses aged 51-60 (34%) and those with a bachelor's degree in nursing (almost 50%). Almost 68% of respondents confirmed that the specific nature of work in the Emergency Department has an impact on the observance of professional secrecy and does not depend on length of service.

**Conclusions:** The vast majority noticed threats resulting from the specific nature of work in emergency departments on the observance of professional secrecy, therefore efforts should be made to limit the negative factors influencing the violation of professional secrecy. One of the factors that minimizes the risk is the need for continuous training in this subject area.

**Key words:** nurse, hospital emergency department (ED), documentation, professional secrecy

## Streszczenie

**Wstęp:** Dokumentowanie informacji dotyczących stanu zdrowia podopiecznego oraz wykonywanych wobec niego procedur, zgodnie z czasem rzeczywistym, w sposób czytelny i umożliwiający ich odtworzenie jest bardzo ważnym elementem zapewnienia bezpieczeństwa opieki, szczególnie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR). Praca w SOR podlega ciągłej dynamice, jednocześnie może przybyć kilku/kilkunastu chorych wymagających natychmiastowego podjęcia czynności ratunkowych, których rzetelność dokumentowania wpływa na dalszy proces terapii. Przeszkody, które stają na drodze do zachowania tajemnicy zawodowej to m.in. wielość uczestników, presja czasu i stres.

**Cel:** Niniejsza praca miała na celu zbadanie, jak przestrzegana jest tajemnica zawodowa przez pielęgniarki i pielęgniarzy Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych na przykładzie ochrony dokumentacji medycznej.

**Material i metody:** Badaniami ankietowymi objęto 118 pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych dwóch częstochowskich szpitali

**Wyniki:** Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki/pielęgniarze w przedziale wiekowym 51-60 lat (34%) oraz z tytułem licencjat pielęgniarstwa prawie 50%. Prawie 68% respondentów potwierdziła, że specyfika pracy w SOR ma wpływ na przestrzeganie tajemnicy zawodowej i nie zależy od stażu pracy.

**Wnioski:** Zdecydowana większość dostrzegła zagrożenia wynikające ze specyfiki pracy w SOR-ach na przestrzeganie tajemnicy zawodowej, dlatego należy powziąć starania o ograniczenie czynników negatywnych wpływających na naruszenie tajemnicy zawodowej. Jednym z czynników minimalizujących zagrożenie, jest potrzeba ustawicznego szkolenia w tymże obszarze tematycznym.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarka, szpitalny oddział ratunkowy (SOR), dokumentacja, tajemnica zawodowa

## Wstęp

Pielęgniarki to najliczniejsza grupa zawodowa wśród pracowników wykonujących zawody medyczne. Jednym z podstawowych elementów pracy każdej pielęgniarki, obowiązującym podczas wykonywania czynności zawodowych jest prowadzenie dokumentacji medycznej. Dokumentowanie informacji dotyczących stanu zdrowia podopiecznego oraz wykonywanych wobec niego procedur, zgodnie z czasem rzeczywistym, w sposób czytelny

i umożliwiające ich odtworzenie jest bardzo ważnym elementem zapewnienia bezpieczeństwa opieki [1]. Praca z dokumentacją medyczną, czy to papierową czy elektroniczną, związana jest nierozdzielnie z pozyskiwaniem danych pacjenta, a co za tym idzie, z zachowaniem tajemnicy zawodowej. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej zawarte są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku w sprawie rodzajów, zakresu i rodzaju dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania [2]. Prawidłowe prowadzenie dokumentacji wynika więc w sposób oczywisty z przepisów prawa ale powinno być również dobrą praktyką każdego pracownika ochrony zdrowia. Nieudokumentowane czynności podejmowane przez personel medyczny, w postępowaniu sądowym, traktowane jest jako niewykonanie tych czynności. Rozwój informatyki i dostęp do innowacyjnych technologii umożliwia obecnie stworzenie nowych, efektywniejszych, bezpieczniejszych i bardziej ekonomicznych sposobów prowadzenia dokumentacji medycznej.

Prawo do zachowania tajemnicy stanowi istotne prawo pacjenta. Według Wielkiego Słownika Języka Polskiego tajemnica to „coś, co jest sprawą starannie ukrywaną i nie powinno być ujawniane innym” [3]. W prawie polskim brak jest konkretnej definicji medycznej tajemnicy zawodowej. Powszechnie przyjęte jest, że nie należy bez upoważnienia zdradzać osobom trzecim powierzonych informacji [4]. Pojęcie tajemnicy medycznej często stosuje się zamiennie z tajemnicą lekarską. W rzeczywistości ma ono o wiele szerszy zakres. Do jej przestrzegania zobowiązane są wszystkie osoby wykonujące zawód medyczny, czyli posiadające kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jednym z elementów ochrony zdrowia w Polsce, w którym swoje obowiązki realizują pielęgniarki, jest SOR czyli Szpitalny Oddział Ratunkowy. SOR-y to jednostki Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, ale także oddziały w strukturze szpitala [5]. Praca w szpitalnych oddziałach ratunkowych jest specyficzna, gdyż podlega ciągłej dynamice. W krótkim czasie może pojawić się w nim kilku chorych wymagających natychmiastowego podjęcia czynności ratunkowych. Zadaniem pracowników jest właściwe rozpoznanie tych przypadków i ratowanie zdrowia oraz życia ludzkiego bez względu na czas, okoliczności czy zasoby finansowe osoby poszkodowanej. Szansa na przeżycie pacjenta zależy od wielu elementów. Są to: sprawność i jakość oddziałów, kwalifikacje personelu oraz sami pacjenci. Nierzadkie są sytuacje, kiedy w poczekalni SOR-u znajduje się nawet kilkadziesiąt osób, w różnym stanie ogólnym i wieku. Są wśród nich poszkodowani w różnego rodzaju wypadkach, osoby chore przewlekle, pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, pacjenci pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, dzieci z opiekunami prawnymi, bezdomni, osoby zatrzymane w asyście

policji lub służby więziennej, ofiary przemocy. Poszczególne pacjenty często uważa, że jego przypadek jest najważniejszy i stara się wywierać presję na personel w celu przyspieszenia zaopatrzenia.

Zbieranie wywiadu w obecności innych osób, udzielanie informacji pozostających poza uprawnieniami i kompetencjami pielęgniarki, a także przekazywanie ich osobom towarzyszącym pacjentowi (nie zawsze uprawnionym) jest mało komfortową sytuacją. Nieprawidłowe przechowywanie dokumentacji, pozostawianie otwartego systemu danych na ekranie komputera, rozmowy o pacjentach w przestrzeni publicznej, to niektóre z przykładów łamania prawa, które siłą rzeczy pojawić się mogą w SOR. Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej łączy się z istotą zawodu pielęgniarki. W polskim systemie prawnym mówi o niej ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej [6,7].

## **Cel**

Celem niniejszej pracy było poznanie poziomu wiedzy i problemów pielęgniarek pracujących w SOR pod kątem prowadzenia dokumentacji oraz związanej z nią tajemnicy zawodowej.

## **Material i metody**

Badaniami objęto 118 pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych dwóch częstochowskich szpitali. Do przeprowadzenia badania użyto sondażu diagnostycznego, z techniką ankietowania oraz narzędziem badawczym w formie autorskiego kwestionariusza ankiety, składającego się z 31 pytań.

Uzyskane wyniki badań zebrano i zapisano w bazie danych programu Excel. Podstawowe obliczenia dotyczące specyfiki zmiennych wykonano także w tym programie. Pozostałe analizy przeprowadzono w programie PQStat wersja 1.6.8.

## **Wyniki**

Najliczebniejszą część ankietowanych, prawie 34%, to osoby w przedziale wiekowym 51-60 lat, z kolei najmniej liczną grupę, niespełna 1%, stanowiły osoby w wieku powyżej 60 lat, a jednocześnie 39% pracowało

w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza 10 lub mniej lat. Blisko połowa respondentów posiadała tytuł licencjata pielęgniarstwa. Prawie 68% respondentów potwierdziła, że specyfika pracy w SOR ma wpływ na przestrzeganie tajemnicy zawodowej.

Zdecydowana większość badanych pielęgniarek – 97%, miała świadomość faktu, że prowadzenie dokumentacji medycznej jest obowiązkiem, a prawie 80% potwierdziło sporządzanie dokumentacji w formie elektronicznej. Większość respondentów (66,1%) wskazało, że łatwiejszy dostęp osób nieuprawnionych jest do dokumentacji w wersji papierowej. Zdaniem 33,9% ankietowanych, łatwiejszy jest dostęp takich osób do dokumentacji w wersji elektronicznej. Ponad połowa ankietowanych (51,7%) twierdziła, że sporadycznie zdarza im się pozostawić komputer z włączonym monitorem z danymi pacjenta. Pozostała część respondentów przyznała, że zdarza im się to często (19,5%), Do sporadycznego przekazania drugiej osobie własnego loginu i hasła z zamiarem wykorzystywania przez nią przyznało się prawie 23% badanych, a do częstego – 3,4% badanych. Jednocześnie 41,5% i 13,6% ankietowanych twierdziło, że zdarzało im się sporadycznie lub często pracować na podstawie loginu i hasła innej osoby.

Osoby badane w większości wskazywały, że przyczyną ujawniania objętych tajemnicą zawodową danych, zawartych w dokumentacji medycznej może być: nadmiar obowiązków zawodowych – 72,0%, duża rotacja personelu (konsultacje) – 68,6%, pośpiech – 65,3%, dynamika wydarzeń – 55,9% oraz niewłaściwy przepływ informacji – 50,0%. Pozostała grupa osób podawała następujące przyczyny: niewłaściwa organizacja pracy – 44,1%, rutyna – 39,0%, brak wiedzy – 27,1%. Przeciętnym poziomem wiedzy na temat prawnych regulacji dotyczących dokumentacji medycznej i tajemnicy zawodowej wykazało się 42,4% osób. Wysoki zakres wiedzy w tym obszarze posiadało 32,2% ankietowanych, a niski – 25,4%.

Jedną z hipotez brzmiała: Pielęgniarki z krótszym stażem pracy posiadają wyższy poziom wiedzy na temat regulacji dotyczących dokumentacji medycznej i tajemnicy zawodowej.

Tab. 1 Wpływ stażu pracy pielęgniarek na poziom wiedzy dotyczący regulacji prawnych z zakresu dokumentacji medycznej i tajemnicy zawodowej.

Poziom wiedzy na temat prawnych regulacji dotyczących dokumentacji medycznej i tajemnicy zawodowej	Staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza:								Ogółem	Wynik testu Fishera  $P = 0,117$
	powyżej 30 lat pracy		21-30 lat pracy		11-20 lat pracy		10 i mniej lat pracy			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
wysoki poziom wiedzy	5	15,6	10	40,0	4	26,7	19	41,3	38	
przeciętny poziom wiedzy	14	43,8	9	36,0	9	60,0	18	39,1	50	
niski poziom wiedzy	13	40,6	6	24,0	2	13,3	9	19,6	30	
Ogółem	32	100,0	25	100,0	15	100,0	46	100,0	118	

Otrzymane wyniki badań wskazują na to, że poziom wiedzy osób badanych na temat prawnych regulacji dotyczących dokumentacji medycznej i tajemnicy zawodowej nie zależy od ich stażu pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza.

Kolejną hipotezę jaką założono brzmiała: Niezależnie od stażu pracy pielęgniarki Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych uważają, że specyfika pracy w SOR ma wpływ na przestrzeganie tajemnicy zawodowej.

Tab. 2 Staż pracy pielęgniarek a pogląd o wpływie specyfiki pracy w SOR na przestrzeganie tajemnicy zawodowej.

Czy specyfika pracy w SOR ma wpływ na przestrzeganie tajemnicy zawodowej?	Staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza:								Ogółem	Wynik testu Fishera
	powyżej 30 lat pracy		21-30 lat pracy		11-20 lat pracy		10 i mniej lat pracy			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
tak	20	62,5	18	72,0	10	66,7	32	69,6	80	<i>p</i> = 0,680
nie mam zdania	8	25,0	6	24,0	2	13,3	11	23,9	27	
nie	4	12,5	1	4,0	3	20,0	3	6,5	11	
Ogółem	32	100,0	25	100,0	15	100,0	46	100,0	118	

Otrzymane wyniki badań wskazują na to, że opinia osób badanych o wpływie specyfiki pracy w SOR na postrzeganie tajemnicy zawodowej nie zależy od ich stażu pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza

Badanie wykazało natomiast jednoznacznie, że niezależnie od wieku i poziomu wykształcenia oraz poziomu wiedzy, pielęgniarki wyrażają duże zapotrzebowanie na szkolenia z zasad prowadzenia dokumentacji medycznej oraz zachowania tajemnicy zawodowej. Większość badanych pielęgniarek w ciągu ostatnich trzech lat tylko sporadycznie uczestniczyła w szkoleniach na temat zasad prowadzenia dokumentacji medycznej – 49,2%. Nie uczestniczyło w takich szkoleniach 39% badanych, a uczestniczyło często – 11,9% badanych. Pielęgniarki, również niezależnie od wieku, komunikują występowanie trudności w prowadzeniu dokumentacji pacjenta w wersji elektronicznej w systemie informatycznym. Trudności te związane są najczęściej z kwestiami technicznymi, jak spowolniały system lub brak wsparcia informatycznego. Najczęściej deklarowanym przez osoby badane problemem w pracy przy komputerze był spowolniały i zawieszający się system (88,1%). Mniej licznie wskazywane były takie problemy, jak: brak wsparcia informatycznego (44,9%), brak możliwości grupowego wpisywania danych (42,4%), ciągłe zmiany w systemie (36,4%), problemy ze wzrokiem (22,0%). Najmniej liczna grupa osób wskazuje na wyskakujące okienka (14,4%) oraz nieczytelny pulpit programu (4,2%).

Intrygującymi wynikami okazały się również opinie na temat kar za złamanie tajemnicy zawodowej to: ograniczenie prawa wykonywania zawodu (42,4%), kara pieniężna (37,3%), a nawet pozbawienie prawa

wykonywania zawodu (3,4%). Jednak dla prawie 17 % badanych, czyn ten nie powinien podlegać karaniu.

## Dyskusja

Rozważania na temat prowadzenia dokumentacji medycznej oraz zachowania tajemnicy zawodowej przez pielęgniarki szpitalnych oddziałów ratunkowych, poparte przeprowadzonymi badaniami, mogą stać się kierunkowskazem do przeprowadzenia szerszych badań i wskazania mechanizmów zapobiegających naruszaniu podstawowego prawa jakim jest prawo pacjenta do zachowania tajemnicy przez personel udzielający świadczeń medycznych. Podobne spostrzeżenia, dotyczące problemów z prowadzeniem dokumentacji medycznej i wyniki badań zawarto m.in. w pracy autorstwa Nowackiej i wsp. „Rola dokumentacji medycznej w opinii pracowników ochrony zdrowia”. Autorzy wymienili, że 30% badanych nie przeszło szkolenia w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej oraz za olbrzymie utrudnienie – awarię systemu informatycznego - (63,9%) [8]. Niewątpliwie czynniki specyficzne występujące w SOR są czynnikami, które mogą i narażają prawo pacjenta do zachowania tajemnicy do jego złamania. Doniesienia literatury zarówno polskiej jak i zagranicznej wciąż przypominają o tych problemach [9,10,11].

W Polsce, drogowskazem do przestrzegania tajemnicy zawodowej przez pielęgniarki jest Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej, który wraz z wnioskami płynącymi z przedstawionej pracy mogą wyznaczać cele i zasady postępowania, zarówno dla wszystkich pielęgniarek jak i kadry zarządzającej.

## Wnioski

1. Poziom wiedzy pielęgniarek na temat regulacji prawnych dotyczących dokumentacji medycznej i tajemnicy zawodowej jest niezależny od stażu pracy i poziomu wykształcenia.
2. Wszystkie pielęgniarki wyrażają potrzebę szkoleń z zakresu zasad prowadzenia dokumentacji oraz zachowania tajemnicy zawodowej, zatem należy zwiększyć częstotliwość szkoleń o tym zakresie tematycznym.
3. Z uwagi na fakt, że trudności w prowadzeniu dokumentacji elektronicznej dotyczą wszystkich pielęgniarek, bez względu na wiek, należy zapewnić wsparcie warsztatowe tej grupie zawodowej.

4. Ponieważ zdecydowana grupa badanych uważa, że specyfika pracy w SOR-ach ma wpływ na przestrzeganie tajemnicy zawodowej, należy powziąć starania o ograniczenie czynników negatywnych wpływających na pracę pielęgniarek w SOR-ach.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- [1] Kilańska D., Grabowska H., Gaworska-Krzemińska A. (red.). E-Zdrowie wprowadzenie do informatyki w pielęgniarstwie. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2018.
- [2] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz.U. 2024, poz. 798).
- [3] Żmigrodzki P. Wielki słownik języka polskiego. Kraków: PAN; 2022.
- [4] Truchman R. Tajemnica zawodowa lekarza – wybrane zagadnienia prawne. Wrocław: Repozytorium Uniwersytetu Wrocławskiego; 2022.
- [5] Paszkowska M. Prawa pacjenta na szpitalnym oddziale ratunkowym. *Na Ratunek* 2018; 1: 56-61.
- [6] Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. 2024, poz. 814 z późn. zm.).
- [7] Uchwała nr 18 VIII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 maja 2023 roku w sprawie uchwalenia Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.
- [8] Nowacka A., Przybył A., Dykowska G.: Rola dokumentacji medycznej w opinii pracowników ochrony zdrowia. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*. 2019; 3: 89-94.
- [9] Karasneh R. et al. Physicians' Knowledge, Perceptions and Attitudes Related to Patient Confidentiality and Data Sharing. *International Journal of General Medicine* 2021; 14: 721-731.
- [10] Sułkowski M., Bargiel K. Tajemnica zawodowa pracowników medycznych po śmierci pacjenta. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2023; 29 (1): 12-19.
- [11] Plebanek E. Zachowanie a ujawnianie tajemnicy lekarskiej i pielęgniarskiej – kolizja obowiązków oraz próba jej rozwiązania. *Paestra* 2020; 6: 138-154.



## ***AUTORZY ARTYKUŁÓW***

- **Dominowska Agnieszka:** mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Konatowska Olga:** dr n. hum., Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **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
- **Krukowska Joanna:** mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Lipińska Małgorzata:** pielęgniarka dyplomowana mgr prawa, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Mizerska Krystyna:** dr n. o zdr., Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Zajac Monika:** mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management





