

Nr 1 (49) rok 2026

# ZESZYTY NAUKOWE

WYŻSZEJ SZKOŁY ZARZĄDZANIA

w CZĘSTOCHOWIE

*seria*

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



**CZĘSTOCHOWSKIE WYDAWNICTWO NAUKOWE**

ISSN 1429-7752

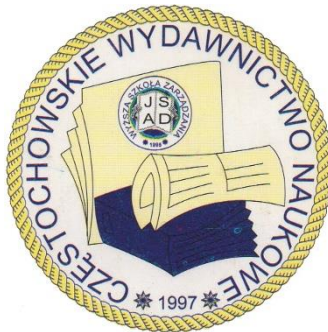




**ZESZYTY NAUKOWE**  
**WYŻSZEJ SZKOŁY ZARZĄDZANIA**  
**w Częstochowie**

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

*Nr 1 (49) rok 2026*



**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-Korczala** – Wyższa Szkoła Zarządzania, Częstochowa

© Copyright by Częstochowskie Wydawnictwo Naukowe  
przy Wyższej Szkole Zarządzania

ISSN 1429-7752

Częstochowskie Wydawnictwo Naukowe  
ul. 1-go Maja 40, 42-217 Częstochowa  
Tel. kontakt. 34 368 30 53; 34 368 06 08

## ***SPIS TREŚCI***

Słowo od Redaktor Naczelnej .....	7
<b>Justyna Zjawieńska, Joanna Wojtyra</b> <i>Poziom współpracy personelu pielęgniarskiego podstawowej opieki zdrowotnej. Jakość wykonywania usług i opieki nad pacjentem. ....</i>	9
<b>Celestyna Janik , Bożena Boborowska</b> <i>Artykuł przygotowany pod opieką naukową prof. dr. hab. n. med. Krystyny Żwirskiej-Korczałi Jakość życia pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca. ....</i>	19
<b>Ewa Telenga</b> <i>Dzieci w cyfrowym świecie - przeciwdziałanie uzależnieniom od screen mediów. ....</i>	29
<b>Marta Szymik, Weronika Howaniec, Bożena Kosińska</b> <i>Wykorzystanie kompetencji pielęgniarek specjalistek w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego w podmiotach leczniczych i pomocy społecznej – badania pilotażowe. ....</i>	39
<b>Iwona Rutkowska, Agnieszka Zalas, Bożena Kosińska</b> <i>Stwierdzanie zgonu przez pielęgniarki opieki paliatywnej - czy potrzebne jest nowe uprawnienie? badanie wstępne. ....</i>	49
<b>Maria Ostańska</b> <i>Zaburzenia odżywiania w cukrzycy typu 1 - współpraca dietetyczki i pielęgniarki w profilaktyce oraz edukacji pacjenta. ....</i>	59
<b>Krystyna Mizerska, Joanna Wojtyra</b> <i>Wpływ jakości odżywiania na sprawność funkcjonalną osób w wieku senioralnym w powiecie częstochowskim. ....</i>	65
<b>Katarzyna Kozłowska, Gabriela Kotyla, Iwona Strzelczyk, Paulina Puchala</b> <i>Wartość dialogu w zawodzie pielęgniarki / pielęgniarza. ....</i>	83
<b>Abdulbaki Kaymaz, Recep Tayyip Oruç</b> <i>Paramedic education and career paths in the turkish education system. ....</i>	91

**Hatice Sude Kaklık, Ramazan Aslan**

*Nursing education and career pathways in türkiye* ..... 95

Autorzy artykułów ..... 100

Szanowni Czytelnicy,

Ukazuje się już kolejny numer Zeszytów Naukowych Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie, które mogą się poszczycić stałym gronem czytelników i autorów. Jednakże niesłychanie miło widzieć na łamach również nowych autorów, zwłaszcza absolwentów Wyższej Szkoły Zarządzania w roli autorów publikacji. I tu niewątpliwie oczy wykładowców, promotorów, wilgotnieją z radości, że trud naukowy został spożytkowany właściwie. I to jest nawiązanie do słów Carla Rogersa: *Kiedy osoba zda sobie sprawę, że została dogłębnie usłyszana, jej oczy wilgotnieją. Myślę, że w pewnym prawdziwym znaczeniu tych słów – płacze ona z radości. To jest tak, jakby mówiła: Dziękuję Boże, ktoś mnie usłyszał. Ktoś wie, jak to jest być mną.*

W Zeszytach ukazało się już wiele artykułów oryginalnych i poglądowych, będących odzwierciedleniem naukowej aktywności naszego środowiska. W bieżącym numerze, szczególną uwagę pragnę zwrócić na prace dotyczące wykorzystania kompetencji pielęgniarских (Szymik, Howaniec, Kosińska) oraz możliwościami ich poszerzania (Rutkowska, Zalas, Kosińska). Profesjonalizm opieki nad dzieckiem wymaga, a nawet narzuca interdyscyplinarność oddziaływań, czego przykładem są świetne artykuły Marii Ostańskiej i Ewy Telengi. Również i tym razem, nie zabrakło interesujących artykułów zarówno Rektor, jak i Dziekan naszej Uczelni.

Nie trzeba i nie musisz wiedzieć wszystkiego od razu. Wystarczy zacząć czytać Zeszyty Naukowe WSZ i zbuduj swoją wiedzę małymi krokami. Przeczytaj jeden artykuł dziennie i ... zapragniesz więcej. I aby było to więcej, dołącz do nas jako autor. Zapraszamy.

Wiedza powoduje, że łatwiej się nam komunikuje w zespole terapeutycznym, zwłaszcza jak jeszcze zapamiętamy sentencję Lori Gottlieb: *Zanim się coś powie, warto zadać sobie pytanie, jakie uczucia mogą wzbudzić nasze słowa.*

Życzę inspirującej lektury  
dr n. o zdr. Bożena Kosińska prof. WSZ  
Redaktor Naczelna



Justyna Zjawieńska, Joanna Wojtyra

***POZIOM WSPÓŁPRACY PERSONELU  
PIELĘGNIARSKIEGO PODSTAWOWEJ  
OPIEKI ZDROWOTNEJ.***

***JAKOŚĆ WYKONYWANIA USŁUG  
I OPIEKI NAD PACJENTEM.***

***LEVEL OF COOPERATION OF PRIMARY  
HEALTH CARE NURSING STAFF.***

***QUALITY OF SERVICE DELIVERY AND  
PATIENT CARE.***

**ABSTRACT:**

**Introduction:** The establishment of primary health care (PHC) therapeutic teams based on an appropriate culture of communication reduces the risk of errors in service delivery. Intensifying research on interprofessional collaboration within PHC would help provide information and insights into existing irregularities, as well as analyses of potential solutions.

**Aim:** To assess the level of collaboration among nursing staff in primary health care and its relationship to the quality of provided services and patient care.

**Material and Methods:** The study employed an original, author-designed questionnaire consisting of 32 questions (3 multiple-choice questions, 2 open-ended questions, and 27 Likert-scale questions). The research was conducted between January and February 2025 among nursing staff working in primary health care.

**Results:** The most important findings forming the basis for analysis in this study were derived from the open-ended questions, as they allowed respondents to express their opinions freely. According to the respondents, when asked about missing aspects that could improve collaboration, 49% unanimously indicated responsibility for one's own work, 49% pointed to a lack of mutual support, 46% to insufficient communication, and 35% to improper methods of information transfer.

**Conclusions:** Higher effectiveness of communication among nursing staff contributes to greater safety of services, increased patient satisfaction, and a reduction in the number of errors. The staff emphasize that effective information flow, continuous professional development, and proper collaboration

significantly influence the stabilization of procedures as well as the building of trust among service recipients.

Key words: primary health care, communication, quality of services, nursing staff, service recipient, safety

## STRESZCZENIE:

**Wstęp:** Stworzenie zespołów terapeutycznych POZ bazujących na prawidłowej kulturze komunikacji zmniejsza ryzyko błędów w wykonywaniu usług. Intensyfikacja badań w zakresie współpracy międzykadrowej POZ pomogłaby dostarczyć informacje oraz uwagi w obrębie ich nieprawidłowości, a także analizę rozwiązań.

**Cel:** Ocena poziomu współpracy między personelem pielęgniarskim podstawowej opieki zdrowotnej oraz jej stosunek do jakości wykonywanych usług i opieki nad pacjentem.

**Materiał i metody:** W realizacji pracy badawczej wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety złożony z 32 pytań ( 3 pytania wielokrotnego wyboru, 2 pytania otwarte, 27 pytań w skali Likerta). Badania zostały przeprowadzone w okresie styczeń-luty 2025 r wśród personelu pielęgniarskiego pracującego w podstawowej opiece zdrowotnej.

**Wyniki:** Najważniejszymi wynikami stanowiącymi podstawę do analizy w tym badaniu są pytania otwarte ze względu na możliwość wypowiedzi. Wg ankietowanych w pytaniu o brakujący aspekt usprawniający współpracę aż 49 % stwierdziło odpowiedzialność za własną pracę, 49 % brak wzajemnego wspierania się, 46 % odpowiedniej komunikacji, a 35 % prawidłowej formy przekazywania informacji.

**Wnioski:** Wyższa efektywność komunikacji między personelem pielęgniarskim ma wpływ na większe bezpieczeństwo usług, satysfakcję świadczeniobiorcy a także zmniejszenie ilości błędów. Personel podkreśla, że skuteczny przepływ informacji, podnoszenie kwalifikacji, prawidłowy przebieg współpracy mają istotny wpływ na stabilizację procedur, a także budowania zaufania u świadczeniobiorcy.

**Słowa kluczowe:** podstawowa opieka zdrowotna, komunikacja, jakość usług, personel pielęgniarski, świadczeniobiorca, bezpieczeństwo

## WSTĘP

Podstawowa opieka zdrowotna jest sektorem medycznym, który ma na celu realizację świadczeń zdrowotnych, edukacyjnych, prewencyjnych oraz

diagnostycznych. Praca jednostek zatrudnionych w POZ polega na tworzeniu zespołów terapeutycznych, mających na celu poprawę jakości życia świadczeniobiorcy oraz odciążenie systemu specjalistycznej opieki medycznej jak i szpitalnej. Aby spełnić tę zależność niezmiernie ważna jest prawidłowa realizacja zadań personelu oraz jego współpraca, co przyczynia się do jasnej oceny jakości wykonywanych usług przez pacjenta oraz jego poczucia bezpieczeństwa. Udowodniono, że załamanie pracy zespołowej oraz brak efektywnej komunikacji skutkuje błędami w sztuce zawodowej. Dlatego też istnieje potrzeba zwiększonej ilości badań oraz czynności wpływających na właściwości współpracy pielęgniarskiej. [1]

Według analizy M. Jaworzyńskiej oraz E. Pac- Kozuchowskiej – pielęgniarki POZ na pierwszym miejscu niedogodności w swojej pracy stawiają nieadekwatne zarobki, brak zaufania lekarzy współpracujących, lepsze możliwości podnoszenia kwalifikacji, a także warunki pracy. [2] Nasuwa się więc zastanawiające pytanie – czy poprawa głównego czynnika destabilizującego miałaby wpływ na komunikację, jakość i bezpieczeństwo pacjenta podczas wykonywania procedur medycznych?

W opisywanej pracy oraz zawartej w niej badaniu ankietowym przeanalizowano związek między poziomem współpracy personelu pielęgniarskiego POZ oraz jego przełożenie na jakość wykonywania usług i bezpieczeństwo pacjenta. Wyniki badań dostarczają cennych wskazówek oraz informacji w jaki sposób pracownicy postrzegają znaczenie bezpieczeństwa oraz jakie aspekty we współpracy mogą je zaburzać. Sprawdzą się jako odpowiednie uwagi dla kadry zarządzającej placówkami pielęgniarskimi w zakresie tworzenia kultury bezpieczeństwa oraz sprawowania opieki nad pacjentem. [3]

## CEL

Celem badania jest ocena poziomu współpracy między personelem pielęgniarskim podstawowej opieki zdrowotnej oraz jej przełożenie na jakość wykonywanych usług i opieki nad pacjentem.

## MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

Metodą badawczą do opracowania niniejszej pracy była metoda sondażu diagnostycznego częściowo opracowana w skali Likerta. Technika badawczą wykorzystaną do przeprowadzenia badania była forma ankiety, a narzędziem był autorski kwestionariusz ankiety złożony z 32 pytań. Badania zostały przeprowadzone wśród personelu pielęgniarskiego. Pierwsza część dotyczyła oceny kryterium demograficzno-społecznego. W drugiej części przeprowa-

dzono analizę poziomu wiedzy w zakresie uprawnień pielęgniarek POZ. Natomiast w ostatniej, najdłuższej części ankiety pytania dotyczyły oceny poziomu współpracy personelu pielęgniarskiego, jej jakości, satysfakcji z pracy oraz błędów w wykonywanej współpracy, które mogłyby rzutować na prawidłowość wykonywanych świadczeń. Do przeprowadzenia badania w celu dotarcia do jak największej grupy ankietowanych o wskazanym profilu wykorzystano dwie metody badawcze : metoda PAPI (ang. Paper& Pen Personal Interview) oraz metoda CAWI (ang. Computer Assisted Web Interview).

Badania zostały przeprowadzone w terminie styczeń-luty 2025 w 2 placówkach NZOZ oraz w ośrodku rehabilitacyjnym, gdzie personel pielęgniarski również pracował w podstawowej opiece zdrowotnej. Ponadto w badaniu uczestniczyli również chętni członkowie personelu pielęgniarskiego POZ wypełniający ankietę metodą elektroniczną pracujący na terenie całej Polski.

W interpretacji statystycznej zastosowano analizę odpowiedzi na pytania ankietowe, które przeprowadzono wyliczając częstości bezwzględne i procentowe wystąpienia wszystkich możliwych wariantów odpowiedzi. Korelację pomiędzy zmiennymi ilościowymi (tj. wyrażonych liczbą) analizowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. Analizę statystyczną wykonano w programie R wersja 4.5.0 i przyjęto poziom istotności 0,05, a więc wszystkie wartości  $p$  poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach.

## WYNIKI

W próbie badawczej wzięło udział 100 osób, gdzie większą ilość stanowiły kobiety – 95 %, natomiast mężczyźni – 5 %. W grupie respondentów najwięcej ( 48 % ogółu) było w wieku powyżej 49 lat. Ponad to 22 % to personel w wieku 26-35 lat, 28 % 36-49 lat, a najmniej, 2 % było w zakresie poniżej 25 lat. Najwyższy wynik stażu pracy uzyskano w zakresie powyżej 20 lat, bo aż 33 %. W ocenie poziomu wykształcenia respondentów najwięcej ukończyła studia na poziomie licencjackim- 32 osób, ale niewiele mniej, bo aż 22 % ankietowanych posiada wykształcenie średnie ( liceum/studium medyczne).

W pytaniach o posiadanie wiedzy w zakresie roli i obowiązków personelu pielęgniarskiego – w większości odpowiedzi respondenci określali posiadanie tej wiedzy (84 %,  $n=100$ ). Jedynie 16 % nie było pewnych swoich kompetencji, natomiast żaden z odpowiadających nie przyznał odpowiedzi negatywnej. Kolejny punkt analizy uwidoczniał rozbieżność pomiędzy samooceną posiadania wiedzy przez ankietowanych a faktycznym jej stanem. Na pytanie dotyczące możliwości samodzielnego wystawiania skierowań przez

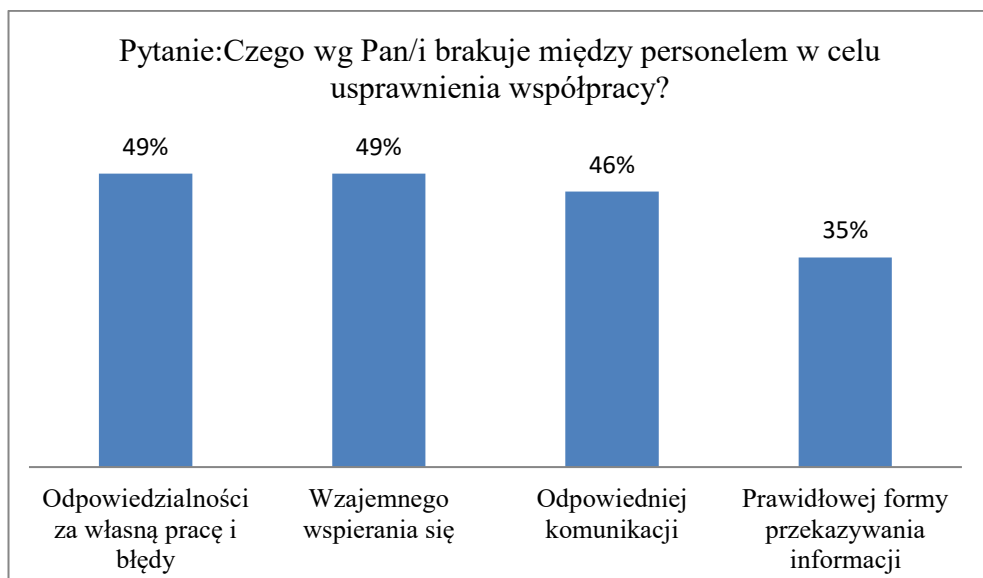
personel pielęgniarski POZ – odpowiadający określili – „raczej nie” w 24 %, a „zdecydowanie nie” w 14 %.

W hipotezie głównej pracy założono, że istnieje istotna zależność między poziomem współpracy personelu pielęgniarskiego w podstawowej opiece zdrowotnej a jakością świadczonych usług i opieki nad pacjentem. Badaną cechą był poziom współpracy oraz ocena jakości usług, gdzie współczynnik korelacji Spearmana był dodatni, co potwierdziło badaną zależność.

Wyniki badań potwierdzają, że efektywna komunikacja oraz wysoki poziom integracji zespołów pielęgniarskich istotnie wpływają na wzrost zaangażowania i motywacji pielęgniarek, a także na wyższy poziom satysfakcji pacjentów.

Ankieta obejmowała również pytania otwarte, które wielokrotnie wskazywały na brak spójnej komunikacji, nieefektywny podział obowiązków oraz problemy w kierowaniu zespołem. Zwrócono uwagę na przeciążenie pracowników zadaniami oraz brak wsparcia ze strony kadry kierowniczej w wyjątkowych sytuacjach. Wszystkie te czynniki mają ogromny wpływ na poziom i jakość współpracy personelu pielęgniarskiego.

W ocenie kultury współpracy zastosowano pytanie wielokrotnej odpowiedzi. Najważniejszymi brakującymi elementami dobrej praktyki komunikacyjnej wg ankietowanych jest głównie brak odpowiedzialności za własne błędy, brak wzajemnego wspierania się, brak komunikacji oraz jej prawidłowej formy.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Rycina 1. Wyniki odpowiedzi w formie ryciny na pytanie wielokrotnego wyboru dotyczącego brakujących elementów kultury współpracy.

W informacjach zawartych w odpowiedziach ankietowanych, personel pielęgniarski POZ twierdzi, że kompletna komunikacja i ich prawidłowy przebieg współpracy mają znaczny wpływ na stabilność wykonywania procedur oraz poczucia ufności u świadczeniobiorcy.

## DYSKUSJA

W momencie uzyskania tytułu pielęgniarki/pielęgniarskiego oraz zakończenia studiów wyższych rozpoczyna się praktykę zawodu zaufania publicznego. Jej celem jest przede wszystkim dobro i bezpieczeństwo pacjenta, dlatego tak ważna jest odpowiednia jakość usług oraz płynność komunikacji interpersonalnej. Zauważalne jest ciągle zaniedbywanie aspektu komunikacji personalnej przez menadżerów. Jest to najsłabszy punkt w funkcjonowaniu zespołów medycznych, dlatego też wdrażanie czynności usprawniających interakcje między pracownikami na zasadzie szkoleń i rozmów pozwoliłoby na sprawniejszą i bezpieczniejszą pracę personelu medycznego. [4]

Przedstawienie odpowiednio działającej placówki pod względem logistycznym, a także poprawnie pracującej kadry pracowniczej daje większą szansę na wzbudzenie w świadczeniobiorcy zaufania i poczucia bezpieczeństwa. Poprawa jakości pracy oraz lepsze współdziałanie personelu pielęgniarskiego daje możliwość zmniejszenia ilości popełnianych błędów, a także zwiększenie ich wydajności. [5]

Podczas badań zauważono, że im wyższy wiek i dłuższy staż pracy nie wpływają motywacyjnie na potrzebę podnoszenia swoich kwalifikacji i wiedzy, natomiast udowodniono, że dalsze kształcenie istotnie wpływa na poczucie bezpieczeństwa wykonywanej pracy. [6] Obowiązkiem pracownika ochrony zdrowia jest ciągła aktualizacja wiedzy w celu uniknięcia błędów w wykonywaniu usług, a także usprawnieniu działań sektora medycznego dla lepszego komfortu pacjenta.

Jedno z badań prowadzone z zakresu wpływu profesjonalizmu pielęgniarek na środowisko pracy określiło korzystne czynniki mające wpływ na ochronę pacjenta : prawidłowa jakość opieki, odpowiednie kompetencje pielęgniarek koordynujących, przywództwo, wsparcie, zdrowe relacje personelu. Wykazano również, że poczucie powołania oraz profesjonalizm ma istotny wpływ na zaufanie u pacjenta. Udowodniono, że kierownicy powinni mocno stawiać na rozwój pielęgniarek oraz edukację w zakresie poprawy jakości usług.[7]

Ankietowani kładli duży nacisk na brak prawidłowej współpracy z personelem. Co istotne kwestia ta została zauważona dopiero w odpowiedziach

otwartych, natomiast w zamkniętych dotyczących konkretnego pytania o współdziałanie oraz braku odczucia wyłączenia z członkostwa zespołu – wyrażali swoje zadowolenie ( 85/91%).

W przeprowadzonym badaniu wśród jordańskich pielęgniarek z zakresu komunikacji zawarto wnioski skupiające się na prawidłowym dostosowaniu kadry pielęgniarskiej do obowiązków oraz odpowiednim stylu komunikacji w celu zmniejszenia występowania błędów podczas opieki nad świadczeniobiorcą. [8]

Pacjent podstawowej opieki zdrowotnej charakteryzuje się odmiennymi cechami niż pacjent szpitalny. [9] Świadczeniobiorcy często szukając porad dotyczących zdrowia doceniają prawidłowy i rzetelny kontakt z personelem pielęgniarskim co procentuje w większe zaangażowanie w proces leczenia. [10]

Przyczyną nasilającej się frustracji pacjenta oraz jego niezadowolenia jest deficyt kadrowy, który prowadzi do zaburzenia płynności usług. W Stanach Zjednoczonych zarządzający radzą sobie z tym problemem poprzez agencje pielęgniarskie. Pozytywnym aspektem tego zjawiska jest usprawnienie pracy placówki oraz zmniejszenie śmiertelności pacjentów. To rozwiązanie nie cieszy się zadowalającym odbiorem u świadczeniobiorców ze względu na przyzwyczajenie do stałego personelu pielęgniarskiego w poradniach POZ. [11]

Zadaniem niniejszej pracy jest nie tylko badanie w zakresie omawianego pytania oraz odpowiedzi ankietowanych ale również propozycja zmian na podstawie artykułów naukowych, które mogłyby korzystnie wpłynąć na funkcjonowanie placówek oraz personelu.

W związku ze zwróceniem uwagi przez respondentów na małe zaplecze edukacyjne, istotne jest zwrócenie uwagi na regularną organizację oraz uczestnictwo w szkoleniach zakładowych [12] Ponad to kursy coachingowe prowadzone przez pielęgniarki koordynujące pomogłyby rozluźnić napięcia międzykadrowe, które również mogą wpływać negatywnie na pracę w grupie. Wykorzystanie predyspozycji dydaktycznych pielęgniarek i tworzenie szkoleń zewnętrznych jak i wewnętrznych mogłyby wpłynąć na budowaniu prestiżu placówki oraz lepszych cech organizacyjnych a także podnoszeniu kwalifikacji.

Według badań przeprowadzonych wśród portugalskich pielęgniarek w zakresie mobbingu aż 93 % odpowiedziało, że potrzebuje regularnych szkoleń wspomagających radzenie sobie z tym problemem. [13]Regularne spotkania personelu z kadrą zarządzającą wspomogłyby naprawę relacji interpersonalnych ze względu na rozwiązywanie aktualnych konfliktów. Dodatkowo byłaby to bardzo dobra możliwość budowania zaufania a także

wysłuchania potrzeb i uwag pracowników oraz wdrożenie zmian w celu poprawy jakości pracy.

Kolejną możliwością usprawnienia pracy i zwiększenia jej jakości jest opieka koordynowana oraz indywidualne programy profilaktyczne. Uczestnictwo pielęgniarek oraz ich samodzielne propozycje form edukacyjnych mogłoby odciążyć personel lekarski i zwiększyć współpracę między kadrami. Analizując zjawisko wprowadzenia innowacyjności w pracy pielęgniarskiej młodsze pokolenie wykazywało większą chęć podjęcia się zmian niż starsze pokolenie, natomiast oby dwie grupy wykazywały silne cechy przywódcze. [14]

Zatrudnienie personelu pielęgniarskiego w formie umów b2b mogłoby wspomóc pracę zespołu etatowego oraz zmniejszyć deficyty kadrowe jednocześnie zwiększając płynność wykonywania procedur pielęgnacyjnych i zabiegowych. [15]

Propozycją zachowania ciągłości komunikacji interpersonalnej pracowników oraz przekazywania niezbędnych informacji na temat pacjenta stanowią systemy informatyczne. Stworzenie komunikatów przesyłanych między personelem rozwiązałoby problem nieumyślnego pominięcia uwag szczególnych. Ponadto personel mógłby tworzyć własne skrypty ułatwiające wykonywanie codziennej pracy. Omawiany projekt mógłby przyczynić się do zminimalizowania błędów oraz poprawić jakość pracy i bezpieczeństwo pacjenta. [16,17,18]

## WNIOSKI

1. Skuteczna współpraca personelu pielęgniarskiego przekłada się na ograniczenie błędów w opiece nad pacjentem.
2. Wyższa efektywność komunikacji między pielęgniarkami a innymi członkami zespołu przekłada się na większą satysfakcję pacjentów.
3. Prawidłowa współpraca zespołu sprzyja wzrostowi zaangażowania i motywacji pracowników.
4. W opinii respondentów nieprawidłowe czynniki organizacyjne wpływają negatywnie na poziom i jakość współpracy wśród personelu pielęgniarskiego.
5. Personel pielęgniarski POZ podkreśla, że skuteczna komunikacja i prawidłowy przebieg współpracy mają istotny wpływ na stabilne wykonywanie procedur oraz budowanie zaufania u świadczeniobiorcy.
6. W celu ograniczenia liczby błędów w realizacji świadczeń konieczne jest systematyczne podnoszenie kwalifikacji oraz przekazywanie aktualnych wytycznych przez kadrę zarządzającą.
7. Zaleca się, aby kadra kierownicza pielęgniarek wspierała rozwój komunikacji i edukacji personelu, co może pozytywnie wpłynąć na jakość pracy i bezpieczeństwo pacjentów.

---

**BIBLIOGRAFIA**

- [1] Campbell A, Layne D, Scott E, Holly W. Interventions to promote teamwork, delegation and communication among registered nurses and nursing assistants: an integrative review. *J Nurs Manag.* 2020;28(7):1465-1472. doi: 10.1111/jonm.13083.
- [2] Jaworzyńska M, Pac-Kożuchowska E. Propozycja zmian w systemie opieki zdrowotnej w świetle badań opinii pielęgniarek. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie.* 2023; 21(1): 18–22
- [3] Glarcher M, Kaiser K, Kutschar P, Nestler N. Safety climate in hospitals: A cross-sectional study on the perspectives of nurses and midwives. *J Nurs Manag.* 2022 Apr;30(3):742-749. doi: 10.1111/jonm.13551
- [4] Kuriata-Kościelniak E. Znaczenie komunikacji interpersonalnej dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego. W: Witczak I, Rypicz Ł (red.). *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego: uwarunkowania ergonomiczne.* Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu; 2020; 127-142.
- [5] Mousa O, Al Dihnayn AH, Mohammed H, et al.: Staff satisfaction with the quality of hospital's logistics services and materials. *Int J Front Life Sci Res.* 2022; 2(2) : 92-96. doi: 10.53294/ijflsr.2022.2.2.0046
- [6] Czerwonka D, Grochal A, Naworska B. Improving nursing skills and job satisfaction and safety. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2023;29(4):327-332 doi: [https://doi.org/ 10.26444/monz/172586](https://doi.org/10.26444/monz/172586)
- [7] Lee W, Jang I. Effect of nurses' professionalism, work environment, and communication with health professionals on patient safety culture (AHRQ 2.0): a cross-sectional multicenter study. *J Nurs Manag.* 2023; 12:1591128. doi: 10.1155/2023/1591128
- [8] Khater WA, Akhu-Zaheya LM, Al-Mahasneh SI, Khater R. Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. *Int Nurs Rev.* 2015 ;62(1):82-91. doi: 10.1111/inr.12155.
- [9] Mihdawi M, Al-Amer R, et al. The influence of nursing work environment on patient safety. *Workplace Health Saf.* 2020; 68(8):384-390. doi: 10.1177/2165079920901533.
- [10] Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse–patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs.* 2021 3;20(1):158. doi: 10.1186/s12912-021-00684-2.

- [11] Leary KB, Lee M, Mossburg S. Patient safety amid nursing workforce challenges. Patient Safety Network. April 2024. URL: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/patient-safety-amid-nursing-workforce-challenges>
- [12] Elkomy M, Elshazly MM, Abdeen HA. Effectiveness of structured in-service training on nurses' knowledge, practice, and confidence regarding colostomy care in an Egyptian hospital. *Texto Contexto Enferm.* 2024; 33: 1-14. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0072en>
- [13] Joao AL, Portelada A. Coping with workplace bullying: strategies employed by nurses in the healthcare setting. *Nurs Forum.* 2023 (1); 1-9. doi: [doi.org/10.1155/2023/8447804](https://doi.org/10.1155/2023/8447804)
- [14] Gunay I, Cicek Korkmaz A. Innovative leadership characteristics of Generation X and Y nurses: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci.* 2024 ;26(1):e13101. doi: [10.1111/nhs.13101](https://doi.org/10.1111/nhs.13101).
- [15] Marcinowicz L, i wsp. Work activities of primary health care nurses in Poland: national survey results. *BMC Nurs.* 2021;14;20(1):22. doi: [10.1186/s12912-021-00541-2](https://doi.org/10.1186/s12912-021-00541-2)
- [16] Svensson A, Hellström L, Janlöv AC. Primary healthcare nurses' views on digital healthcare communication and continuity of care: a deductive and inductive content analysis. *Healthcare.* 2022, 12(4), 945-957. doi:<https://doi.org/10.3390/nursrep12040091>
- [17] Smeekens L, et al. Feasibility of a quality-improvement program based on routinely collected health outcomes in Dutch primary care physical therapist practice: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res.* 2024; 24;24(1):509. doi: [10.1186/s12913-024-10958-5](https://doi.org/10.1186/s12913-024-10958-5).
- [18] Olesch A. Wygoda użytkownika. W: Libura M, i wsp. (red.). *Cyfryzacja zdrowia w interesie społecznym.* Warszawa: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie; 2023: 146–150.

Celestyna Janik, Bożena Boborowska

Artykuł przygotowany pod opieką naukową  
prof. dr. hab. n. med. Krystyny Żwirskiej-Korczałi

## ***JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA***

### **Streszczenie**

Niewydolność serca (NS) jest jednym z najczęściej występujących schorzeń układu krążenia, charakteryzującym się wysoką chorobowością i istotnym obniżeniem jakości życia (HRQoL). Celem artykułu jest analiza wpływu NS na funkcjonowanie pacjentów oraz przedstawienie roli pielęgniarstwa w opiece holistycznej. W pracy wykorzystano najnowsze wytyczne ESC (2023). Wyniki wskazują, że kluczowe dla poprawy HRQoL są: optymalizacja farmakoterapii (GDMT), edukacja w zakresie samoopieki oraz wsparcie psychospołeczne.

**Słowa kluczowe:** przewlekła niewydolność serca, jakość życia, pielęgniarstwo, edukacja zdrowotna, telemedycyna.

### **Abstract**

**Introduction:** Heart failure (HF) is one of the most prevalent cardiovascular disorders, characterized by high morbidity and a significant reduction in patients' *health-related quality of life (HRQoL)*.

**Aim:** The aim of this article was to analyze the impact of HF on patients' daily functioning and to present the role of nursing in holistic care.

**Materials and Methods:** The paper incorporates the latest *2023 Focused Update of the ESC Guidelines*.

**Results:** Findings indicate that HF adversely affects physical, psychological, and social dimensions of life. Key factors in improving *HRQoL* include the optimization of pharmacological treatment (*Guideline-Directed Medical Therapy – GDMT*), patient education on self-care (e.g., body weight monitoring, sodium restriction), and psychosocial support.

**Conclusions:** Integrated, interdisciplinary care and the use of modern technologies, such as telemedicine, are fundamental to enhancing patient well-being and reducing hospitalization rates.

**Keywords:** chronic heart failure, quality of life, nursing, health education, telemedicine.

## Wstęp

Niewydolność serca (NS) stanowi narastające wyzwanie kliniczne i społeczne w krajach rozwiniętych. Postępujący charakter schorzenia, wysoka śmiertelność oraz narastające ograniczenia funkcjonalne drastycznie obniżają jakość życia pacjentów (HRQoL) w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej[1,2]. Wzrost zachorowalności wynika z procesów demograficznych (starzenie się społeczeństwa) oraz sukcesów kardiologii interwencyjnej, która zwiększyła przeżywalność incydentów sercowo-naczyniowych[3]. Kluczowe objawy, takie jak duszność i męczliwość (Tabela 1), determinują codzienną aktywność chorych, co wymusza przesunięcie ciężaru opieki z modelu czysto biomedycznego na holistyczny, uwzględniający dobrostan pacjenta.[4]

Tabela 1. Wpływ kluczowych objawów NS na jakość życia

Objaw	Wpływ na codzienne funkcjonowanie
Duszność i <i>ortopnoe</i>	Ograniczenie mobilności, lęk, zaburzenia snu
Obrzęki i męczliwość	Trudności w samoobsłudze, izolacja
Kołatania serca	Brak energii do wykonywania podstawowych czynności
Kołatanie serca	Nasilenie stresu, obniżenie poczucia bezpieczeństwa

Źródło: opracowanie własne na podstawie [1, 5].

## Definicja i epidemiologia

Przewlekła niewydolność serca (PNS) to zespół kliniczny cechujący się typowymi objawami wynikającymi z upośledzenia czynności skurczowej lub rozkurczowej serca. Według aktualnych wytycznych ESC wyróżniamy trzy postacie choroby zależne od frakcji wyrzutowej lewej komory (LVEF): **HF<sub>r</sub>EF** (LVEF <40%), **HF<sub>mr</sub>EF** (LVEF 41–49%) oraz **HF<sub>p</sub>EF** (LVEF ≥50%).[6]

Epidemiologia NS w Polsce przybiera rozmiary epidemii – choroba dotyczy ponad 750 tys. osób. Choć w populacji ogólnej częstość występowania wynosi 1–2%, w grupie wiekowej powyżej 70. roku życia wzrasta do 10%. Rokowanie pozostaje poważne: NS jest główną przyczyną hospitalizacji osób starszych, a śmiertelność w stadiach zaawansowanych sięga 50% w skali roku[1,7].

**Etiologia i czynniki ryzyka PNS** jest końcowym etapem wielu patologii. Do najczęstszych przyczyn należą:

1. Choroba niedokrwienna serca i stany po zawale mięśnia sercowego (remodeling komór).
2. Nadciśnienie tętnicze prowadzące do przerostu lewej komory.
3. Wady zastawkowe oraz kardiomiopatie (rozstrzeniowa, przerostowa, toksyczna).
4. Zaburzenia rytmu, zwłaszcza migotanie przedsionków (AF).
5. Współchorobowość: Cukrzyca, otyłość, przewlekła choroba nerek oraz POChP istotnie pogarszają przebieg NS i obniżają jakość życia.

### **Kompleksowa opieka i rola personelu pielęgniarskiego**

W obliczu narastającej zachorowalności na NS (ponad 64 mln osób na świecie), kluczowe staje się podejście holistyczne.[1] Opieka nad pacjentem, zwłaszcza w wieku podeszłym, obarczona jest ryzykiem wielochorobowości i polipragmazji, co generuje wysokie koszty społeczne i ryzyko utraty samodzielności.[4]

Badania jednoznacznie wskazują, że włączenie **wyspecjalizowanej pielęgniarki** do zespołu wielodyscyplinarnego redukuje liczbę rehospitalizacji i poprawia wyniki kliniczne. Do kluczowych zadań personelu pielęgniarskiego należą:

1. Edukacja terapeutyczna: nauka rozpoznawania objawów zaostrzeń, zasad samoopieki i modyfikacji stylu życia.
2. Koordynacja opieki: nadzór nad procesem wypisu i ciągłością leczenia w warunkach domowych.
3. Wsparcie psychologiczne: monitorowanie stanu emocjonalnego (lęk, depresja) oraz wsparcie rodziny.

### **Nowoczesne strategie terapeutyczne (GDMT)**

Skuteczna poprawa jakości życia (HRQoL) opiera się na optymalizacji leczenia farmakologicznego zgodnego z aktualnymi wytycznymi (GDMT – *Guideline-Directed Medical Therapy*).

Zgodnie z aktualizacją wytycznych ESC (2023), fundamentem terapii jest tzw. „fantastyczna czwórka”: inhibitory SGLT2 (flozyny), ARNI (lub ACEI), beta-blokery oraz antagoniści receptorów mineralokortykoidów (MRA). Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w monitorowaniu tolerancji tych leków oraz edukowaniu pacjenta o konieczności systematyczności, co bezpośrednio przekłada się na redukcję duszności i zmęczenia[1].

U pacjentów z opornymi zaburzeniami przewodzenia lub wysokim ryzykiem nagłego zgonu, standardem jest elektroterapia: CRT (resynchronizacja skurczów komór) oraz ICD (zabezpieczenie przed groźnymi arytmiami). Wsparcie pielęgniarskie w procesie akceptacji wszczepionego urządzenia jest niezbędnym elementem opieki.

### Wpływ NS na jakość życia (HRQoL)

Jakość życia pacjentów z NS jest istotnie niższa niż w populacji ogólnej[8]. Choroba uderza w pacjenta wielotorowo:

1. Sfera fizyczna: Duszność i obrzęki uniemożliwiają wykonywanie podstawowych czynności (zakupy, higiena), prowadząc do zależności od osób trzecich.
2. Sfera psychiczna: Przewlekły lęk o przyszłość i obniżony nastrój redukują motywację do leczenia.
3. Sfera społeczno-ekonomiczna: Rezygnacja z pracy i izolacja towarzyska prowadzą do wykluczenia i poczucia osamotnienia.

Do oceny HRQoL w praktyce klinicznej rekomenduje się stosowanie kwestionariuszy specyficznych: MLHFQ (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire) oraz KCCQ (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire), które pozwalają na precyzyjne monitorowanie postępów opieki [9]

Tabela 2. Wielowymiarowe skutki niewydolności serca

Obszar życia	Kluczowe problemy	Konsekwencje
Fizyczny	Ograniczona tolerancja wysiłku, zmęczenie, duszność	Ograniczenie samoobsługi
Psychiczny	Depresja, lęk, zaburzenia snu	Brak współpracy w leczeniu
Społeczny	Izolacja, utrata roli zawodowej	Obciążenie rodziny, koszty socjalne

Źródło: opracowanie własne na podstawie [2, 3, 4, 8].

### Ocena jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL)

HRQoL stanowi kluczowy wskaźnik skuteczności terapii w NS, dostarczając informacji o funkcjonowaniu chorego w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. [10]W praktyce klinicznej i badaniach naukowych (np. w analizach QALY) regularna ocena jakości życia pozwala na personalizację opieki i wczesną identyfikację zaburzeń depresyjno-lękowych.

Narzędzia oceny:

1. Kwestionariusze specyficzne (najbardziej czułe w NS): Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) oraz Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ).
2. Kwestionariusze ogólne: SF-36 oraz EQ-5D (umożliwiają porównania między różnymi jednostkami chorobowymi).

Dla personelu pielęgniarskiego systematyczne stosowanie tych narzędzi jest podstawą do modyfikacji planu edukacyjnego oraz monitorowania efektów wdrożonych interwencji nefarmakologicznych[11].

Tabela 3. Charakterystyka wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia w niewydolności serca

Narzędzie	Typ kwestionariusza	Główne obszary oceny
<b>MLHFQ</b>	Specyficzny dla NS	Wpływ objawów fizycznych i emocjonalnych na życie codzienne
<b>KCCQ</b>	Specyficzny dla NS	Ograniczenia fizyczne, objawy, stabilność i aspekty społeczne
<b>EQ-5D</b>	Ogólny	Mobilność, samoobsługa, ból, lęk/depresja
<b>SF-36</b>	Ogólny	Zdrowie fizyczne, psychiczne, funkcjonowanie społeczne i witalność

Źródło: opracowanie własne na podstawie [3, 8, 11].

## **Samoopieka i samokontrola – fundament stabilizacji stanu zdrowia**

Samoopieka to proces, w którym pacjent świadomie podejmuje działania zapobiegające progresji choroby[12]. Skuteczna edukacja prowadzona przez pielęgniarkę powinna koncentrować się na trzech filarach:

### **I. Monitorowanie (Wczesne ostrzeżenie):**

- **Kontrola masy ciała:** Codzienne ważenie (rano, po toalecie) – przyrost >2 kg w ciągu 3 dni może świadczyć o zatrzymywaniu płynów i wymaga kontaktu z zespołem medycznym.
- **Parametry życiowe:** Systematyczny pomiar ciśnienia tętniczego i tętna.
- **Obserwacja objawów:** Monitorowanie nasilenia duszności, obrzęków oraz tolerancji wysiłku.

## II. Modyfikacja stylu życia:

- **Dieta i płyny:** Ograniczenie podaży sodu (zapobieganie obrzękom) oraz indywidualne dostosowanie ilości przyjmowanych płynów (zazwyczaj do 1,5–2 l/dobę).
- **Aktywność fizyczna:** Regularny wysiłek dostosowany do klasy NYHA (np. spacery), zapobiegający kacheksji sercowej.
- **Użytki i profilaktyka:** Całkowita rezygnacja z palenia tytoniu oraz regularne szczepienia ochronne (grypa, pneumokoki, COVID-19)[10].

## III. Reagowanie i stabilizacja emocjonalna:

- Prawidłowe przyjmowanie leków (przestrzeganie pór i dawek).
- Higiena snu i dbałość o dobrostan psychiczny (wykorzystanie technik relaksacyjnych i wsparcia rodziny).
- Korzystanie z rozwiązań telemedycznych, które skracają czas reakcji na zaostrenie objawów.[9]

## Kompleksowy nadzór pielęgniarski i nefarmakologiczne aspekty opieki

Nadzór nad pacjentem z NS wymaga systematycznej oceny parametrów klinicznych oraz edukacji w zakresie modyfikacji stylu życia.

## Stan odżywienia i gospodarka wodno-elektrolitowa

Kluczowym zadaniem pielęgniarki jest wczesne wykrywanie kacheksji sercowej (utrata masy ciała  $>5-7,5\%$  w ciągu 6–12 miesięcy lub BMI  $<20$  kg/m<sup>2</sup>). Wyniszczenie to wiąże się ze złym rokowaniem i wymaga optymalizacji żywieniowej.[19]

1. Podaż płynów i soli: W zaawansowanej NS ograniczenie płynów do 1,5–2 l/dobę oraz sodu do  $<5$  g soli/dobę.
2. Alkohol: Zalecana abstynencja (bezwzględna w kardiomiopatii poalkoholowej) lub ograniczenie do 1–2 jednostek dziennie.
3. Monitorowanie wagi: Reagowanie na nagły przyrost masy ciała ( $>2$  kg w 1–3 dni), co może wymagać modyfikacji dawki diuretyków (zgodnie z ustalonym schematem).

## Aktywność fizyczna i rehabilitacja kardiologiczna

Regularny wysiłek jest bezpieczny i zalecany u pacjentów stabilnych (NYHA I–III). Pielęgniarka we współpracy z fizjoterapeutą powinna zachęcać do ćwiczeń aerobowych (spacer, rower), monitorując tętno treningowe metodą

Karvonena (intensywność 30–60% rezerwy tętna zależnie od klasy NYHA).[9,10]

1. Wskazania: Stabilna NS, okres po hospitalizacji, chęć poprawy tolerancji wysiłku.
2. Przeciwwskazania bezwzględne: Zdekompensowana NS, ostre zespoły wieńcowe, ciężkie wady zastawkowe, niestabilne arytmie.

### Bezpieczeństwo i prewencja

1. **Urządzenia wszczepialne (ICD/CRT):** Pacjent musi znać zasady bezpieczeństwa (odległość od kuchni indukcyjnych, telefonów) oraz posiadać kartę identyfikacyjną. Kluczowy jest telemonitoring, który pozwala na zdalną kontrolę urządzenia i wczesne wykrywanie zaostżeń, redukując liczbę wizyt stacjonarnych.
2. **Aktywność seksualna i podróże:** Możliwe przy stabilnej NS (wysiłek porównywalny do szybkiego spaceru). Podczas długich podróży istotna jest profilaktyka przeciwzakrzepowa i dbałość o nawodnienie.
3. **Szczepienia:** Zalecane coroczne szczepienie przeciw grypie oraz profilaktyka pneumokokowa i przeciw COVID-19.
4. **Użytki:** Bezwzględne zaprzestanie palenia tytoniu i używania substancji psychoaktywnych, które nasilają tachykardię i osłabiają działanie leków[19,20]

### Dobrostan psychiczny i higiena snu

Zaburzenia snu (nykturia, bezdech senny, ortopnoe) dotyczą ok. 75% pacjentów. Pielęgniarka powinna monitorować jakość wypoczynku oraz przesiewowo oceniać pacjenta pod kątem lęku i depresji (często nasilonych w klasach NYHA III-IV), kierując w razie potrzeby do psychologa.

Tabela 4. Algorytm reagowania pacjenta w ramach samoopieki

Objaw	Działanie pacjenta	Rola personelu
<b>Wzrost wagi &gt;2kg/3 dni</b>	Korekta dawki diuretyku (wg schematu)	Edukacja z zakresu samo-dawkowania
<b>Duszność spoczynkowa</b>	Zaprzestanie wysiłku, kontakt pilny	Ocena euwolemii, ew. hospitalizacja
<b>Zaburzenia snu / Chrapanie</b>	Redukcja wagi, wizyta u specjalisty	Kontrola pod kątem bezdechu sennego

Źródło: opracowanie własne na podstawie [1, 9, 20].

## **Partnerstwo w opiece: Rola rodziny i komunikacja**

Rodzina i opiekunowie nieformalni są filarami skutecznej samoopieki pacjenta z NS. Ich wsparcie jest kluczowe w procesie rekonwalescencji po hospitalizacji oraz w nadzorze nad farmakoterapią u osób starszych[13].

1. **Obciążenie opiekunów:** Należy pamiętać, że opieka nad chorym z NS jest obciążeniem fizycznym i psychicznym, które warto monitorować przy użyciu dedykowanych kwestionariuszy[14].
2. **Komunikacja terapeutyczna:** Skuteczna opieka wymaga jasnego, empatycznego przekazu. Pielęgniarka powinna stosować techniki aktywnego słuchania, unikać żargonu medycznego i dostosowywać treści edukacyjne do możliwości poznawczych odbiorców.[18].

## **Nowoczesne technologie i wsparcie emocjonalne**

Telemedycyna (telemonitoring wagi, ciśnienia, EKG oraz zdalna kontrola urządzeń wszczepialnych) rewolucjonizuje opiekę, pozwalając na szybką reakcję i redukcję lęku u pacjenta. W sytuacjach obniżonego nastroju lub depresji, pielęgniarka pełni rolę koordynatora wsparcia, motywując do udziału w grupach wsparcia lub kierując do psychologa.[14,17]

## **Opieka paliatywna w zaawansowanej NS**

Wdrożenie elementów opieki paliatywnej nie powinno być ograniczone jedynie do fazy terminalnej.[20] Może ona przebiegać równolegle z leczeniem przyczynowym (GDMT), koncentrując się na:

1. Łagodzeniu objawów opornych: duszności (np. małe dawki opioidów), bólu i lęku.
2. Planowaniu opieki (Advance Care Planning): dokumentowaniu woli pacjenta dotyczącej uporczywej terapii, reanimacji czy deaktywacji funkcji terapeutycznych ICD.
3. Wsparciu duchowym i psychicznym: zapewnieniu komfortu i godności w schyłkowym stadium choroby.

## **Podsumowanie i wnioski**

Analiza wpływu niewydolności serca na jakość życia pacjentów pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

1. NS jako choroba wielowymiarowa: Schorzenie to drastycznie obniża HRQoL we wszystkich sferach, przy czym stopień dysfunkcji koreluje z klasą NYHA oraz obecnością wielochorobowości.

2. Kluczowa rola pielęgniarstwa: Systematyczna ocena jakości życia (MLHFQ, KCCQ) powinna być standardem, umożliwiającym personalizację interwencji pielęgniarских.
3. Fundament samoopieki: Edukacja ukierunkowana na monitorowanie masy ciała, dietę i aktywność fizyczną jest najskuteczniejszym narzędziem redukcji rehospitalizacji.
4. Interdyscyplinarność: Poprawa rokowania wymaga ścisłej współpracy lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa, przy aktywnym wykorzystaniu telemedycyny i wczesnym włączeniu opieki paliatywnej.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] **McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al.** 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2023;44(37):3591-639.
- [2] **Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I, Lisiak M, et al.** Wpływ niewydolności serca na jakość życia chorych – przegląd piśmiennictwa. *Piel Pol* 2014;54(4):318-22.
- [3] **Uchmanowicz I, Łoboz-Grudzień K.** Jakość życia pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca. *Kardiologia Pol* 2006;64(5):507-13.
- [4] **Kałużna-Oleksy M, Straburzyńska-Migaj E.** Jakość życia chorych z przewlekłą niewydolnością serca. *Pol Przegl Kardiol* 2012;14(2):120-26.
- [5] **Rosińczuk J, Uchmanowicz I, Wleklík M.** Poczucie koherencji a jakość życia pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca. *Probl Pielęg* 2012;20(2):181-88.
- [6] **Bąk E, Marcisz-Dyla E, Nowak-Kapusta Z, Krzemińska S.** Jakość życia pacjentów z niewydolnością serca leczonych zachowawczo. *Hygeia Public Health* 2013;48(3):320-25.
- [7] **Nessler J, Kozierkiewicz A, Gackowski A, et al.** Opieka nad pacjentem z niewydolnością serca w Polsce – raport 2016. *Kardiologia Pol* 2016;74(2):103-13.
- [8] **Jaracz K, Kozubski W.** Jakość życia w naukach medycznych. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; 2012.
- [9] **Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I, Dudek K, et al.** Samokontrola i przestrzeganie zaleceń terapeutycznych a jakość życia chorych z niewydolnością serca. *Probl Pielęg* 2012;20(3):283-89.
- [10] **Piotrowicz R, Wolszakiewicz J.** Rehabilitacja kardiologiczna w przewlekłej niewydolności serca. *Kardiologia Pol* 2008;66(8):883-89.

- [11] **Moradi M, Daneshi F, Behzadmehr R, et al.** Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev* 2020;25:993-1006.
- [12] **Bozkurt B, Ahmad T, Alexander KM, et al.** SGLT2 Inhibitors, Functional Capacity, and Quality of Life in Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JACC Heart Fail* 2023;11(11):1511-25.
- [13] Kuan WC, Lim KK, Chee KH, et al. Trajectory of health-related quality of life during and after hospitalisation due to worsening of heart failure. *Sci Rep* 2024;14:1420.
- [14] **Seid MA, Abdela OA, Ahmed AM, et al.** Health-related quality of life and associated factors among older patients hospitalized with heart failure. *Sci Rep* 2025;15:31040.
- [15] **Sardu C, Paolisso G, Marfella R.** Differences in Health-Related Quality of Life among Patients with Heart Failure — review. *Medicina (Kaunas)* 2024;60(1):109.
- [16] **Mastenbroek S, et al.** Assessment of the Physical and Emotional Health-Related Quality of Life Among Patients With Heart Failure. *Healthcare (Basel)* 2023;11(15):1874.
- [17] **Lin M, et al.** Effect of e-health intervention on disease management in patients with chronic heart failure. *Front Cardiovasc Med* 2022;9:1053765.
- [18] **Chowdhury M, et al.** Health-related quality of life of people with heart failure in low- and middle-income countries. *Heart Fail Rev* 2023;28(4):875-89.
- [19] **Fabbri M, et al.** Health Literacy and Outcomes Among Patients With Heart Failure: A Systematic Review. *JACC Heart Fail* 2020;8(6):451-60.
- [20] **Evangelista LS, et al.** Supportive Care Interventions to Promote Health-Related Quality of Life in Heart Failure: systematic review. *Heart Lung* 2020;49(1):45-53.

Ewa Telenga

## ***DZIECI W CYFROWYM ŚWIECIE - PRZECIWDZIAŁANIE UZALEŻNIENIOM OD SCREEN MEDIÓW.***

### **Streszczenie**

Artykuł dotyczy problematyki dzieciństwa w epoce cyfrowej oraz zagrożeń wynikających z nadmiernego korzystania przez dzieci z mediów ekranowych. Współczesne technologie, takie jak smartfony, tablety czy komputery, stały się nieodłącznym elementem życia codziennego najmłodszych, wpływając zarówno na ich rozwój, jak i sposób spędzania wolnego czasu. W pracy omówiono specyfikę dorastania w środowisku cyfrowym oraz przedstawiono zarówno pozytywne, jak i negatywne aspekty korzystania z technologii przez dzieci. Szczególną uwagę zwrócono na konsekwencje nadmiernego korzystania z urządzeń ekranowych, takie jak problemy z koncentracją, zaburzenia snu, trudności w relacjach społecznych czy ryzyko uzależnienia behawioralnego. W referacie zaprezentowano również działania profilaktyczne oraz rolę rodziców i nauczycieli w kształtowaniu bezpiecznych i odpowiedzialnych nawyków korzystania z technologii. Podkreślono, że właściwa edukacja oraz kontrola czasu spędzanego przed ekranem mogą ograniczyć negatywne skutki cyfrowego stylu życia dzieci.

**Słowa kluczowe:** dzieci, uzależnienie, screen media, profilaktyka.

### **Abstract**

The article concerns the issues of childhood in the digital age and the threats resulting from children's excessive use of screen media. Modern technologies, such as smartphones, tablets and computers, have become an integral part of the everyday life of children, influencing both their development and the way they spend their free time. The work discusses the specificity of growing up in a digital environment and presents both positive and negative aspects of using technology by children. Particular attention was paid to the consequences of excessive use of screen devices, such as concentration problems, sleep disorders, difficulties in social relationships and the risk of behavioral addiction. The paper also presented preventive activities and the role of parents and teachers in shaping safe children and responsible technology use habits. It was emphasized that proper education and control of screen time can reduce the negative effects of children's digital lifestyle.

**Keywords:** children, addiction, screen media, prevention.

## Wstęp

Współczesne dzieci dorastają w świecie, w którym technologia cyfrowa stanowi integralną część codziennego życia. Smartfony, tablety, laptopy, telewizory i konsole do gier to narzędzia, które towarzyszą im od najmłodszych lat – zarówno w domu, jak i w środowisku szkolnym. Cyfrowe media są nie tylko źródłem rozrywki, ale również ważnym elementem edukacji, komunikacji i rozwoju społecznego.

Badania wykazują, że w Polsce z urządzeń ekranowych korzysta ponad 40% dzieci do 2 r.ż. i aż 84% – w wieku 5–6 lat. Ponad 70% rodziców deklaruje, że motywacją do udostępniania ich dzieciom jest zajęcie się „swoimi sprawami”. Tymczasem naukowcy zwracają uwagę, że zbyt wczesne i nadmierne korzystanie z urządzeń ekranowych przez dzieci może szkodliwie wpływać na ich rozwój, m.in. dojrzewanie struktur mózgu i wzrok, a także prowadzić do uzależnienia.

Z drugiej strony, coraz częściej zwraca się uwagę na negatywne skutki nadmiernego korzystania z urządzeń ekranowych, zwanych również screen mediami. Zjawisko to prowadzi do poważnych problemów wychowawczych, emocjonalnych i zdrowotnych. W literaturze naukowej coraz częściej pojawia się pojęcie uzależnienia cyfrowego – nowej formy uzależnienia behawioralnego, które obejmuje m.in. kompulsywne korzystanie z Internetu, gier komputerowych, mediów społecznościowych czy smartfonów.

Celem niniejszego referatu jest przedstawienie specyfiki dzieciństwa w epoce cyfrowej, omówienie przyczyn i skutków uzależnienia od screen mediów oraz zaprezentowanie działań profilaktycznych i wychowawczych, które mogą pomóc w przeciwdziałaniu temu zjawisku.

### 1. Dzieciństwo w epoce cyfrowej.

Epoka cyfrowa zmieniła sposób, w jaki dzieci poznają świat, uczą się i komunikują z innymi. Współczesne dziecko od najmłodszych lat otoczone jest urządzeniami elektronicznymi – telewizorem, tabletem, smartfonem czy komputerem. Już kilkuletnie dzieci potrafią obsługiwać aplikacje, wyszukiwać informacje w Internecie czy korzystać z mediów społecznościowych. Pokolenie „pochylonych głów”, pokolenie Z albo "iGen", cyberdzieci - mówi się o nich różnie, chociaż wszystkie te określenia dotyczą tego samego zjawiska - coraz młodsze dzieci stają się ofiarami e-uzależnień. Nastolatki nie pamiętają już świata sprzed epoki Internetu, a nawet nie wyobrażają go sobie. Z kolei maluchy już od pierwszych miesięcy uczone są życia w wirtualnym świecie. Socjologowie mówią o zjawisku, które nazywają "fonoholizmem", czyli o uzależnieniu typu behawioralnego, które polega na

---

nałogowym, kompulsywnym używaniu telefonu, a dokładniej rzecz biorąc - smartfona. Warto wiedzieć, że uzależnienie to jest tak samo realne i groźne, zarówno w przypadku najmłodszych, jak i wśród dorosłych.[2]

Według badań UNICEF z 2023 roku ponad 80% dzieci w wieku 6–12 lat w krajach rozwiniętych codziennie korzysta z Internetu, a prawie połowa z nich posiada własne urządzenie mobilne. Media cyfrowe stały się więc nowym środowiskiem wychowawczym – równie ważnym jak szkoła czy dom rodzinny.

Korzystanie z urządzeń ekranowych (mediów cyfrowych) przez dzieci może być korzystne dla rozwoju dziecka, ale jeśli ich używanie jest niewłaściwe, przynieść może liczne szkody.

U dzieci poniżej drugiego roku życia urządzenia mobilne mogą wyrządzić więcej szkód niż pożytku. Stosowanie smartfonów/tabletów w okresie niemowlęcym nie jest wskazane, ponieważ wpływa na nadmierne pobudzenie układu nerwowego. Jeśli chodzi o bodźce wzrokowe często obraz za szybko się zmienia i za dużo się tam dzieje, co niekorzystnie wpływa na wzrok dziecka, jak i znowu na pobudzenie układu nerwowego. Tablety i smartfony zabierają pomysły na zabawę własną i kreatywność. W trakcie korzystania z nich dziecko nie rusza się, więc także są braki w stymulacji ruchowej dla dziecka, które jest bardzo istotnym motorem napędowym w rozwoju. Eksperci zalecają, aby dzieci do drugiego roku życia nie miały w ogóle styczności ze smartfonami, tabletami i innymi mediami. Później można zacząć je im udostępniać, ale nie codziennie i jednorazowo nie dłużej niż 15 minut, nie przed snem i tylko pod nadzorem. Z kolei maksymalny czas korzystania przez dziecko do 5 roku życia z telefonu nie powinien przekraczać godziny dziennie.[1]

To środowisko oferuje wiele korzyści edukacyjnych: dzieci mogą rozwijać umiejętności cyfrowe, poszerzać wiedzę, uczestniczyć w zajęciach online i komunikować się z rówieśnikami z całego świata. Jednak równocześnie cyfrowe środowisko niesie ryzyko przeciążenia informacyjnego, uzależnienia od ekranów i kontaktu z nieodpowiednimi treściami.

Screen media (z ang. media ekranowe) to ogólne określenie wszelkich form mediów, które są odbierane za pośrednictwem ekranu. Obejmuje to bardzo szeroki zakres technologii i treści — od tradycyjnej telewizji po współczesne platformy cyfrowe.

## **2. Pozytywne aspekty korzystania z technologii.**

Nie można zapominać, że technologia może być dla dzieci ogromnym wsparciem w rozwoju.

Edukacja – nowoczesne narzędzia, takie jak aplikacje edukacyjne, gry logiczne czy programy do nauki języków obcych, zwiększają motywację i ułatwiają przyswajanie wiedzy.

Kreatywność – Internet umożliwia tworzenie treści: dzieci mogą rysować, komponować muzykę, programować czy rozwijać zainteresowania artystyczne.

Komunikacja – media cyfrowe ułatwiają utrzymywanie kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, szczególnie w sytuacjach, gdy kontakt bezpośredni jest ograniczony.

Dostęp do informacji – dzieci mają szybki i szeroki dostęp do wiedzy, co pozwala im rozwijać zainteresowania i samodzielność poznawczą.

Dzięki odpowiedniemu wsparciu dorosłych technologie cyfrowe mogą więc stanowić wartościowe narzędzie rozwoju i edukacji.[3]

### **3. Negatywne skutki nadmiernego korzystania z mediów cyfrowych.**

Z badań wynika, że szkody mogą dotyczyć różnych przejawów funkcjonowania dziecka. Przede wszystkim powstawać mogą zaburzenia w rozwoju, które dotyczą funkcjonowania mózgu, emocji, nawiązywania kontaktów w realnym świecie. Zaburzenia mogą dotyczyć także rozwoju fizycznego.

Wyniki bardzo wielu badań wskazują na liczne zagrożenia dla zdrowia i rozwoju dzieci. Z badań tych wynika, że dzieci często korzystające z mediów cyfrowych: gorzej radzą sobie w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów z innymi (np. rówieśnikami), są mniej aktywne fizycznie, mniej śpią i gorzej śpią, prezentują więcej zachowań biernych (pasywnych), mają wyższy wskaźnik masy ciała, są bardziej niespokojne, może dochodzić nawet do samookaleczeń, depresji i myśli samobójczych, częściej zamykają się w swoim świecie i rozmyślają o swoich problemach, częściej podejmują zachowania agresywne, są nadpobudliwe, mają trudności z koncentracją uwagi, wykazują większe problemy w zachowaniu, co skutkuje trudnościami w nauce, posiadają niższą samoocenę, w wieku dojrzewania wykazują większą skłonność do używania alkoholu i narkotyków, a także do podejmowania innych ryzykownych zachowań, częściej angażują się w problematyczny hazard i cyberprzemoc.

Wśród wymienianych negatywnych konsekwencji dla młodszych dzieci wskazuje się na nieprawidłowości w rozwoju mózgu. Pamiętać należy o tym, że prawidłowy rozwój dziecka wymaga działań angażujących wszystkie zmysły. Potrzebny jest też udział innych osób, rodziców lub opiekunów, rówieśników, z którymi wchodzi ono w bezpośrednie kontakty.

W ten sposób dzieci rozwijają umiejętności potrzebne do poznawania świata. Uczą się języka, poznają i wyrażają emocje. Aby dziecko mogło prawidłowo się rozwijać, potrzebuje zatem doświadczać świata wszystkimi zmysłami, w kontakcie z innymi ludźmi. Ograniczenie dziecku pola działania na skutek nadmiernego użytkowania mediów cyfrowych może niekorzystnie oddziaływać na rozwój struktur neuronowych jego mózgu. Niewłaściwe korzystanie z tych urządzeń wypiera inne korzystne dla rozwoju dzieci aktywności oraz ogranicza relacje z rodzicami i rówieśnikami.[3]

Zbyt intensywny dostęp do urządzeń ekranowych uszkadzać może wzrok dziecka, a manipulowanie palcami dziecka po ekranach upośledza rozwój sprawności palców i rąk. Pasywny tryb życia związany ze spędzaniem czasu na użytkowaniu urządzeń ekranowych sprzyja rozwojowi otyłości. Ponadto nadmierne korzystanie z tych urządzeń wiąże się z gorszym samopoczuciem psychicznym dziecka, a w okresie szkolnym z problemami w nauce.[1]

Nowoczesna technologia działa na dzieci jak narkotyk, co udowodniono w badaniach naukowych. Podczas tomografii mózgu naukowcy zauważyli, że używanie smartfonów, tabletek i konsoli oddziałuje na korę mózgową (odpowiedzialną m.in. za kontrolę emocji) tak samo jak kokaina. Technologia działa pobudzająco, zwiększając wydzielanie dopaminy – hormonu szczęścia. Nic więc dziwnego, że zabierając dziecku tablet, ono wyraża niezadowolenie, często w stopniu wykraczającym poza racjonalne zachowanie: ma ataki złości, płaczu, wybuchy agresji.

Media dostarczają wielu wrażeń wzrokowych i słuchowych. Ciągłe ich doznawanie obciąża system nerwowy dziecka, zmusza je do nieustannej pracy, a tym samym prowadzi do zmęczenia. Przejawia się to słabszą koncentracją uwagi, niepokojem ruchowym, mniej sprawnym wykonaniem różnych czynności, drażliwością. Dzieci mało odporne są bardziej pobudliwe. Podczas oglądania filmów i grania dzieci angażują swoją uwagę. Długie przesiadywanie przed ekranem telewizora / komputera obniża inicjatywę, twórczą wolę, fantazję i odpowiedzialność. Zbyt częste korzystanie z urządzeń mobilnych przez dzieci może powodować określone problemy w sferze zdrowia fizycznego: wady postawy, wady wzroku, zespół urazowy nadgarstka, zmiany w szyjnym odcinku kręgosłupa, otyłość wynikająca z małej ilości ruchu – dzieci zamiast biegać po podwórku, „wędrują” w wirtualnej przestrzeni. W sytuacji gdy dziecko narażone jest na stały szum urządzeń elektronicznych (telewizor, radio, tablet, smartfon, duże ilości grających zabawek), może być przestymulowane bodźcami prawopółkulowymi, a bodźce lewej półkuli będą deficytowe. Konsekwencją takiego stanu rzeczy mogą być zaburzenia w rozwoju mowy. Ośrodki słuchowe w prawej półkuli mózgu, które specjalizują się w odbiorze dźwięków niewerbalnych, blokują odbiór przekazów

językowych. Dziecko słyszy mowę dorosłych ale nie przetwarza jej na wyższych strukturach układu nerwowego. Mózg uczy się ignorować słowa. Może pojawić się całkowity brak zabaw tematycznych, w grupie rówieśniczej pojawiają się trudności z rozpoczęciem i kontynuowaniem zabawy, trudnościami w respektowaniu reguł. Pojawia się niepełne rozumienie języka, komunikowanie się za pomocą krzyku lub płaczu. Dzieci nie wykazują zainteresowania książkami, układankami, obrazkami. Cyfrowe urządzenia i dźwiękowe zabawki powodują efekt trwałego lub częściowego rozkojarzenia uwagi. Dziecko zwraca uwagę na wszystko, nie koncentrując się na wybranym zadaniu. Zaburzenia uwagi stanowią najczęstszą przyczynę kłopotów szkolnych. Zbyt częsty kontakt z programami video, nawet edukacyjnymi, może opóźnić rozwój umiejętności językowych współczesnych dzieci, prowadzić do nadpobudliwości i być przyczyną zespołu zaburzeń uwagi.

### **3.1. Skutki psychiczne i emocjonalne**

Jednym z najczęściej obserwowanych skutków nadmiernego korzystania z mediów cyfrowych przez dzieci są zaburzenia koncentracji i uwagi. Stały dopływ bodźców wizualnych i dźwiękowych sprawia, że dzieci przyzwyczajają się do szybkiego tempa zmian, przez co mają trudności z utrzymaniem uwagi na jednym zadaniu. Długotrwałe korzystanie z urządzeń elektronicznych może prowadzić również do uzależnienia behawioralnego. Według badań psychologicznych dzieci uzależnione od Internetu i gier komputerowych wykazują objawy podobne do uzależnienia od substancji psychoaktywnych – rozdrażnienie, niepokój oraz utratę kontroli nad czasem spędzonym online.[4]

Ważnym problemem są także zaburzenia emocjonalne wynikające z nadmiernej ekspozycji na media społecznościowe. Porównywanie się z innymi użytkownikami często prowadzi do obniżenia samooceny, poczucia braku akceptacji czy lęku społecznego. Dzieci, które spędzają dużo czasu w sieci, są bardziej narażone na depresję, stany lękowe i poczucie osamotnienia.[1]

### **3.2. Skutki fizyczne**

Nadmierne korzystanie z urządzeń cyfrowych negatywnie wpływa również na zdrowie fizyczne dzieci. Jednym z głównych problemów jest brak aktywności ruchowej, który prowadzi do nadwagi, otyłości oraz osłabienia kondycji fizycznej. Dzieci spędzające długie godziny przed ekranem często przyjmują nieprawidłową postawę ciała, co może skutkować wadami kręgosłupa

---

i bólami mięśni. Kolejnym zagrożeniem są zaburzenia snu – światło niebieskie emitowane przez ekrany hamuje wydzielanie melatoniny, hormonu odpowiedzialnego za sen, co utrudnia zasypianie i pogarsza jego jakość. Dodatkowo obserwuje się coraz częstsze przypadki tzw. zespołu widzenia komputerowego, objawiającego się zmęczeniem i suchością oczu.[3]

### **3.3. Skutki społeczne i rozwojowe**

Media cyfrowe wpływają także na rozwój społeczny dziecka. Ograniczony kontakt z rówieśnikami w świecie rzeczywistym prowadzi do osłabienia umiejętności komunikacyjnych, empatii i współpracy. Dzieci, które spędzają większość czasu online, mają trudności z nawiązywaniem i utrzymywaniem relacji interpersonalnych. Zjawisko to sprzyja izolacji społecznej i może prowadzić do poczucia samotności.

Dodatkowym zagrożeniem jest kontakt z nieodpowiednimi treściami w Internecie oraz zjawisko cyberprzemocy. Dzieci, które nie są świadome zasad bezpieczeństwa w sieci, stają się łatwym celem dla sprawców przemocy lub manipulacji.[4]

### **3.4. Czym jest uzależnienie od screen mediów?**

Uzależnienie od screen mediów to forma uzależnienia behawioralnego, w którym dziecko lub młody człowiek traci kontrolę nad czasem i sposobem korzystania z urządzeń cyfrowych. Nie chodzi jedynie o ilość godzin spędzonych przed ekranem, ale o stopień, w jakim media zaczynają dominować w codziennym życiu i wpływać na inne jego sfery – naukę, relacje społeczne, zdrowie czy emocje.

#### **Objawy uzależnienia mogą obejmować:**

- silną potrzebę lub przymus korzystania z urządzenia,
- rozdrażnienie lub agresję przy próbie ograniczenia dostępu,
- stopniowe wydłużanie czasu korzystania,
- utratę zainteresowania innymi formami aktywności,
- zaniedbywanie obowiązków szkolnych i rodzinnych,
- problemy ze snem i koncentracją,
- izolację społeczną.[4]

#### 4. Jak chronić dziecko przed screen mediami.

Kluczową rolę w zapobieganiu negatywnym skutkom odgrywają rodzice i nauczyciele. Konieczne jest ustalanie jasnych zasad korzystania z urządzeń elektronicznych – takich jak limit czasu spędzanego przed ekranem czy zakaz używania telefonu przed snem. Istotne jest także wspólne korzystanie z mediów, rozmowy o treściach oglądanych przez dziecko oraz uczenie zasad odpowiedzialnego i bezpiecznego korzystania z Internetu. Dzieci powinny mieć zapewniony dostęp do aktywności pozacyfrowych – sportu, zabawy na świeżym powietrzu i kontaktu z rówieśnikami.[2]

Najlepszym rozwiązaniem jest towarzyszenie małemu dziecku w jego życiu, również w pierwszych kontaktach z nowymi technologiami. Udział rodziców w tym zadaniu jest bardzo ważny. To od nich zależy, czy kontakt dziecka z mediami będzie bezpieczny dla jego rozwoju. Ważne jest, aby rodzice pokazywali swoim zachowaniem pozytywne sposoby użytkowania mediów cyfrowych, ustalili zasady korzystania z nich. Rodzice powinni selekcjonować treści, do których dziecko może mieć dostęp. Należy też wspólnie spędzać z dzieckiem czas na użytkowaniu mediów (oglądanie programów, wspólne gry elektroniczne itp.) i prowadzeniu dyskusji wokół obejrzanych treści. Takie nastawienie zachęcać będzie dzieci do refleksji i rozwoju krytycznego myślenia.[4]

#### Jakie czynniki należy uwzględnić, aby ochronić swoje dziecko?

1. **Czas spędzany w sieci** – dzieci i młodzież nie mają jeszcze wystarczająco wykształconej umiejętności samokontroli, dlatego ważne jest, aby rodzice kontrolowali ilość czasu, jaką dziecko spędza przez ekrany. Ważne jest to, na co dziecko ten czas poświęca – godzina na TikTok nie jest tym samym co godzina w Minecraft, godzina dla dziecka 5 – letniego ma inną siłę wpływu niż godzina dla 17-latka.
2. **Wiek inicjacji** – szczególnie w przypadku udostępniania ekranów bardzo małym dzieciom bez nadzoru i kontroli rodzicielskiej. Warto sięgnąć do zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP), ponieważ organizacje te opracowały bardzo jasne wytyczne w tej sprawie. Zgodnie z nimi dzieci do drugiego roku życia w ogóle nie powinny sięgać po elektronikę. W przypadku dzieci w wieku 2-5 lat maksymalny czas poświęcany na korzystanie z ekranów nie powinien przekraczać godziny, zaś w przypadku dzieci między 6. a 12. rokiem życia – dwóch godzin. Nastolatki

natomiast nie powinny poświęcać na korzystanie z wyposażonego w ekrany sprzętu więcej niż trzy godziny na dobę.

3. **Gry cyfrowe i media społecznościowe** – choć mają wiele zalet i mogą być dobrą rozrywką, należy pamiętać o tym, że tworzone są po to, abyśmy spędzali przy nich jak najwięcej czasu.
4. **Osobowość dziecka i to jakie jego potrzeby zaspokaja Internet** – najczęściej szukamy w sieci tego, czego nie znajdujemy w świecie offline. Pomóżmy więc dzieciom znaleźć źródła zaspokojenia potrzeb w świecie poza ekranem np. na zajęciach dodatkowych, w wolontariacie.
5. **Rodzaj więzi z rodzicami** – silne, dobre więzi z rodzicami są elementem bardzo mocno chroniącymi dzieci przed uzależnieniami, warto więc zadbać o jakość relacji z dzieckiem, zanim wpuścimy je do sieci.
6. **Posiadanie pasji i zainteresowań oraz umiejętności wymyślania sobie zajęcia** – ważne, aby dziecko potrafiło zagospodarować sobie wolny czas i miało różne źródła przyjemności, zanim odkryje cyfrowe łatwe źródła przyjemności.[1]

## Zakończenie

Dzieci w XXI wieku nie mogą żyć w oderwaniu od technologii, to naturalne środowisko ich rozwoju. Nie chodzi więc o zakaz używania ekranów, lecz o uczenie mądrego korzystania z nich. Uzależnienie od screen mediów jest realnym zagrożeniem, ale można mu skutecznie przeciwdziałać, łącząc edukację, profilaktykę i odpowiedzialne wychowanie.

Kluczową rolę pełnią rodzice i nauczyciele, którzy poprzez własny przykład oraz świadome budowanie relacji z dzieckiem mogą pokazać, że świat poza ekranem również oferuje emocje, relacje i satysfakcję. Tylko dzięki wspólnym wysiłkom możemy sprawić, że cyfrowe dzieciństwo będzie bezpieczne, twórcze i zrównoważone.

Chociaż zarówno pozytywne, jak i negatywne konsekwencje korzystania przez dzieci z urządzeń ekranowych są badane i opisywane od lat, to nie spotykane dotychczas tempo rozwoju nowych technologii oraz rosnąca popularność mobilnych urządzeń ekranowych wśród najmłodszych dzieci wymagają wzmocnionych analiz i adekwatnych do sytuacji wytycznych, dzięki którym rodzice będą mogli regulować korzystanie przez dzieci z ekranów. Szczególnie niepokojące wydają się możliwe konsekwencje nadmiernego korzystania z urządzeń ekranowych przez dzieci oraz dostęp do nieodpowiednich treści na ich rozwój. Tym bardziej, że nagły wzrost popularności tych urządzeń w kilku ostatnich latach istotnie zmienił model rodzicielstwa na taki, w którym media elektroniczne zastępują w niepokojąco dużej mierze relacje rodzic–dziecko. Wyzwaniem staje się realizowanie rodzicielstwa obliczonego na realne relacje z dzieckiem, niedostępiania ekranów dzieciom

w pierwszych latach życia, kreowanie bezpiecznej alternatywy dla dzieciństwa zdominowanego przez media elektroniczne oraz świadome i odpowiedzialne regulowanie dostępu dzieci do urządzeń ekranowych. Są to wyzwania zarówno dla rodziców, jak i instytucji oraz organizacji, które stawiają sobie za cel kreowanie i popularyzowanie zasad bezpieczeństwa.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- [1] Bigaj M.; Wychowanie przy ekranie. Warszawa: Grupa Wydawnicza Foksal; 2023.
- [2] Krzywosz-Rynkiewicz B.; Młodzi w świecie technologii cyfrowych. Diagnoza zagrożeń i przewodnik po dobrych praktykach dla nauczycieli i wychowawców dzieci i młodszych nastolatków. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych – Państwowy Instytut Badawczy; 2025.
- [3] Rowicka M.; Brzdąc w sieci 2.0 – używanie urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 4-6 lat a wybrane funkcje poznawcze. Akademia Pedagogiki Specjalnej. Psychologia Wychowawcza. 2022; 68(26): 1-26.
- [4] Wojtasik Ł., Dziemidowicz E.; Urządzenia ekranowe w rękach dzieci w wieku 0-6 lat – zagrożenia, szanse, postulaty. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka. 2019; 18(2): 106-119.

Marta Szymik, Weronika Howaniec, Bożena Kosińska

***WYKORZYSTANIE KOMPETENCJI  
PIELĘGNIAREK SPECJALISTEK  
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA  
PSYCHIATRYCZNEGO W PODMIOTACH  
LECZNICZYCH I POMOCY SPOŁECZNEJ  
– BADANIA PILOTAŻOWE.***

**Abstract**

**Objective:** Analysis of the use of competences of nurse specialists in the field of psychiatric nursing in the context of the social welfare and health care system.

**Material and methods:** The analysis was based on data from two empirical studies conducted in 2025 using a survey questionnaire by Marta Szymik (144 respondents from social welfare homes for people with mental disorders) and Weronika Howaniec (139 respondents from psychiatric hospitals).

**Results:** In the healthcare system, 65.5% of nurses had a specialization in psychiatric nursing and almost 90% of specialists assessed that they could fully utilize the acquired knowledge if it were not for the occurrence of major barriers such as overload of duties and structural limitations. In the social welfare system, less than 14% of respondents had a psychiatric specialization and at the same time 92% of specialists declared that the possibility of using the competences acquired during the psychiatric specialization would be applicable, but the human resources are insufficient to fully utilize the acquired skills.

**Conclusions:** Nurses with knowledge and skills acquired during psychiatric specialization improve the quality of healthcare services provided. Salary has a significant impact on the choice of employment for psychiatric nursing specialists.

**Keywords:** nurse, psychiatric nursing specialization, health care, social assistance, remuneration.

**Streszczenie**

**Cel:** Analiza wykorzystania kompetencji pielęgniarek specjalistek w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego w kontekście systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia.

**Material i metody:** Podstawą analizy były dane z dwóch badań empirycznych przeprowadzonych w 2025 r. przy użyciu kwestionariusza ankiety, przez Martę Szymik (144 respondentów z domów pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi) oraz Weronikę Howaniec (139 respondentów ze szpitali psychiatrycznych).

**Wyniki:** W systemie ochrony zdrowia 65,5% pielęgniarek posiadało specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego i prawie 90% specjalistek oceniło, że zdobytą wiedzę mogłoby w pełni wykorzystać gdyby nie wystąpienie głównych barier takich jak przeciążenie obowiązkami oraz ograniczenia strukturalne. W systemie pomocy społecznej niespełna 14% ankietowanych posiadało specjalizację psychiatryczną i jednocześnie 92% specjalistek zadeklarowało, że możliwość wykorzystania kompetencji nabytych podczas specjalizacji psychiatrycznej, miałoby zastosowanie, jednak zasoby kadrowe są niewystarczające, aby w pełni wykorzystać nabyte umiejętności.

**Wnioski:** Pielęgniarka z nabytymi w trakcie specjalizacji psychiatrycznej wiedzy oraz umiejętności podnosi gwarancję jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wynagrodzenie ma istotny wpływ na wybór miejsca zatrudnienia przez pielęgniarkę specjalistkę w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarka, specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, ochrona zdrowia, pomoc społeczna, wynagrodzenie

## Wstęp

Rosnące zapotrzebowanie na specjalistyczną opiekę psychiatryczną w Polsce wymusza nie tylko rozwój infrastruktury, ale również optymalne wykorzystanie dostępnych kadr. Celem niniejszego opracowania było porównanie wykorzystania kompetencji pielęgniarek specjalistek w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego w dwóch równoległe funkcjonujących systemach – ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej. Podkreślić należy wyjątkowe, rozległe kompetencje jakie uzyskuje pielęgniarka po ukończeniu specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, a są to m.in.:

1. Planowanie opieki pielęgniarstwiej nad osobą z zaburzeniami psychicznymi z uwzględnieniem optymalnych oddziaływań psychospołecznych.
2. Realizacja działań w ramach profilaktyki zaburzeń psychicznych w I, II, III i IV stopniu.
3. Tworzenie programów w zakresie promocji zdrowia psychicznego oraz przeprowadzanie działań edukacyjnych (pielęgniarka-edukator) z tego zakresu, w różnych grupach wiekowych i w różnych środowiskach.

4. Tworzenie programów i przeprowadzanie psychoedukacji chorych z zaburzeniami psychicznymi w różnych grupach wiekowych i ich rodzin (pielęgniarka-edukator).
5. Tworzenie programów kształtujących właściwe postawy społeczne wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałających dyskryminacji tych osób.
6. Przeprowadzanie psychoedukacji chorych z zaburzeniami psychicznymi w różnych grupach wiekowych i ich rodzin (pielęgniarka-edukator).
7. Udzielanie wsparcia psychicznego pacjentowi z zaburzeniami psychicznymi, szczególnie w sytuacji kryzysowej, udzielanie wsparcia rodzinie chorego.
8. Opracowywanie indywidualnych programów rehabilitacji psychiatrycznej dla pacjenta z zaburzeniami psychicznymi oraz samodzielne przeprowadzanie treningów w ramach rehabilitacji psychiatrycznej. [1]

Podkreślenia wymaga również jednakowa dla wszystkich systemów organizacyjnych definicja i pojmowanie zdrowia psychicznego ujmowana jako integralna część zdrowia. ustalona przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization WHO): zdrowie psychiczne jako integralna część zdrowia, to stan dobrego samopoczucia psychicznego, który pozwala ludziom radzić sobie ze stresem życiowym, realizować swoje cele, sprawnie się uczyć i pracować oraz przyczyniać się do rozwoju społeczności. [2]

## **Cel**

Analiza wykorzystania kompetencji pielęgniarek specjalistek w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego w kontekście systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia.

## **Material i metody**

Podstawą analizy były dane z dwóch badań empirycznych przeprowadzonych w 2025 r. przy użyciu kwestionariusza ankiety, przez Martę Szymik (144 respondentów z domów pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi) oraz Weronikę Howaniec (139 respondentów ze szpitali psychiatrycznych).

## Wyniki

Badaną grupę stanowiło łącznie 283 pielęgniarek i pielęgniarzy. Zdecydowana większość (81 %) miała powyżej 40 lat życia oraz prawie 75% legitymowało się ponad 20 letnim stażem pracy w zawodzie pielęgniarskim. W systemie ochrony zdrowia 65,5% pielęgniarek posiadało specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego i prawie 90% specjalistek oceniło, że zdobytą wiedzę mogłoby w pełni wykorzystać gdyby nie wystąpienie głównych barier takich jak przeciążenie obowiązkami oraz ograniczenia strukturalne. W systemie pomocy społecznej niespełna 14% ankietowanych posiadało specjalizację psychiatryczną i jednocześnie 92% specjalistek zadeklarowało, że możliwość wykorzystania kompetencji nabytych podczas specjalizacji psychiatrycznej, miałoby zastosowanie, jednak zasoby kadrowe są niewystarczające, aby w pełni wykorzystać nabyte umiejętności.

Tabela 1 Wpływ wynagrodzenie na zatrudnienie w jednostkach systemu pomocy społecznej (respondenci pomocy społecznej N=144)

Czy Pani/ Pana zdaniem takie same warunki płacowe w systemie pomocy społecznej jak i w systemie ochrony zdrowia dla pielęgniarek/pielęgniarzy spowodowały by wzrost ich zatrudnienia w jednostkach pomocy społecznej?	Czy posiada Pan/Pani specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego?		
	Nie	Tak	Wiersz Razem
Tak	111	18	129
%kolumny	89,52%	90,00%	
Nie	13	2	15
%kolumny	10,48%	10,00%	
Ogółem	124	20	144

Zarówno pielęgniarki posiadające specjalizację psychiatryczną, jak i te bez niej niemal jednogłośnie wskazują, że wyrównanie wynagrodzeń pomiędzy systemem ochrony zdrowia, a systemem pomocy społecznej mogłoby przyczynić się do zwiększenia zatrudnienia pielęgniarek w placówkach pomocy społecznej. Podobne zdanie wyrazili respondenci z podmiotów leczniczych (Tab. 1 i 2)

Tabela 2 Warunki płacowe w systemie pomocy społecznej jak i w systemie ochrony zdrowia dla pielęgniarek/pielęgniarzy i ich wpływ na wzrost zatrudnienia w jednostkach pomocy społecznej (respondenci podmiotów leczniczych N=139)

Czy posiada Pani/Pan specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego?	Czy Pani/ Pana zdaniem takie same warunki płacowe w systemie pomocy społecznej jak i w systemie ochrony zdrowia dla pielęgniarek/pielęgniarzy spowodowały by wzrost ich zatrudnienia w jednostkach pomocy społecznej?	
	Tak	Nie
Tak	78	13
%kolumny	65,55%	65,00%
Nie	41	7
%kolumny	34,45%	35,00%
Razem	119	20
% tabel	85,61%	14,39%

Odpowiedzi respondentów z obszaru opieki społecznej (Tab. 3) pozwalają stwierdzić, że w zdecydowanej większości przypadków kompetencje nabyte w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego są wykorzystywane w miejscu pracy. Takiej odpowiedzi udzieliło 132 respondentów, w tym 114 osób nieposiadających własnej specjalizacji.

Tabela 3 Posiadanie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego a opinia respondentów na temat czy pielęgniarka/pielęgniarz z ukończonym szkoleniem specjalizacyjnym w psychiatrycznego zatrudniona/y w miejscu Pani/Pana pracy ma lub miałaby możliwości wykorzystania nabytych w trakcie specjalizacji psychiatrycznej kompetencji (respondenci opieka społeczna N=144)

Czy pielęgniarka/pielęgniarz z ukończonym szkoleniem specjalizacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego zatrudniona/y w miejscu Pani/Pana pracy ma lub wykorzystania nabytych w trakcie specjalizacji psychiatrycznej kompetencji?	Czy posiada Pan/Pani specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego?		
	Nie	Tak	Wiersz Razem
Tak	114	18	132
Nie	10	2	12
Ogół	124	20	14

Podobne wyniki uzyskano z badania pielęgniarek z psychiatrycznych podmiotów leczniczych. Wyniki ankiety jednoznacznie wskazują, że aż 90% respondentów (125 osób) uważa, że pielęgniarka/pielęgniarz ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego ma lub miałby realną możliwość wykorzystania zdobytych kompetencji w miejscu ich pracy.

Przeciwnego zdania było jedynie 10%. Wyniki te wskazują na wysokie zapotrzebowanie i otwartość placówek na wdrażanie specjalistycznej wiedzy w praktyce zawodowej.

### **Dyskusja:**

Opieka psychiatryczna na przestrzeni lat przeszła ogromne zmiany. Po drugiej wojnie światowej, w związku z rozwojem modelu środowiskowego leczenia psychiatrycznego, nastąpił dynamiczny wzrost powstawania oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych [3]. Kolejną zmianą jaką zauważamy w modelu leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi jest wprowadzenie w dalszym ciągu deinstytucjonalizacji na różnych płaszczyznach oraz od 2018 r. zapoczątkowano otwieranie się Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 875) [4]. Jednakże kluczowym aktem prawnym wprowadzającym standard organizacji opieki psychiatrycznej w Polsce jest ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego [5].

Analizując historię powstania leczenia psychiatrycznego w Polsce należy wspomnieć o postępie edukacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. W latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku, działalność rozpoczęły Centralne Ośrodki Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych, których zadaniem było m.in. organizowanie oraz przeprowadzenia szkoleń dla pielęgniarek w tym kursy specjalizacyjne. W 1969 r. zostały wprowadzone dwuletnie specjalizacje zawodowe tylko w 6 dziedzinach pielęgniarstwa, a mianowicie w pielęgniarstwie: chirurgicznym, operacyjnym, pediatrycznym, środowiskowym, zachowawczym oraz psychiatrycznym [6,7,8]. Aktualnie, aby móc posługiwać się tytułem specjalisty jest konieczność zdania egzaminu państwowego [1, 9]. Warto zaznaczyć, iż do przystąpienia do szkolenia specjalizacyjnego pielęgniarka/pielęgniars obowiązuje jest spełnić określone warunki m.in.: takich jak: posiadanie aktualnego prawa wykonywania zawodu, minimum 2 lata pracy w zawodzie w ciągu ostatnich 5 lat oraz dopuszczenie do postępowania kwalifikacyjnego do specjalizacji. Kolejne zmiany jakie możemy zauważyć w pielęgniarstwie psychiatrycznym jest zwiększenie kompetencji pielęgniarek wpływający na rozszerzenie obowiązków i możliwości jakie mogą one wykorzystać w codziennej pracy [10]. Z przeprowadzonego jednakże badania, wynika brak możliwości pełnego wykorzystania zdobytych kompetencji specjalistycznych – aż 78% respondentów wskazało, że zasoby kadrowe są niewystarczające, by umożliwić pełne wykorzystanie zdobytych kwalifikacji podczas specjalizacji. Sytuacja ta sugeruje nieefektywne zarządzanie zasobami kadrowymi i konieczność zmian organizacyjnych.

Jeszcze trudniejsza występuje sytuacja w obszarze pomocy społecznej, bowiem globalnie, wszystkie jednostki pomocy społecznej świadczące opiekę na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi potwierdzają potrzebę wsparcia ze strony pielęgniarki specjalistki w dziedzinie psychiatrii. Jak wskazuje literatura przedmiotu, specjalizacja z zakresu pielęgniarstwa psychiatrycznego nie tylko podnosi jakość świadczonych usług, ale również wpływa pozytywnie na bezpieczeństwo pacjentów oraz skuteczność interwencji w sytuacjach kryzysowych. Pielęgniarki psychiatryczne w systemie pomocy społecznej pełnią bardzo ważną rolę w zespołach terapeutyczno - opiekuńczych. Udział w zespole terapeutycznym wymaga predyspozycji i uwarunkowań osobowościowych, a właściwe wypełnianie obowiązków zawodowych i skuteczność działań terapeutycznych są w dużej mierze uzależnione od profesjonalistów jakimi są pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego [11]. Literatura przedmiotu potwierdza powszechne przekonanie pielęgniarek o kluczowej roli ich wynagrodzenia w podejmowaniu decyzji zawodowych oraz wybieraniu miejsca zatrudnienia. Zgodnie z raportem Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 2021 roku, wynagrodzenia pielęgniarek w domach pomocy społecznej są znacząco niższe niż w podmiotach leczniczych. NIK stwierdza, że praca w dps nie cieszy się dużym zainteresowaniem wśród kardy medycznej ze względu na niskie wynagrodzenia i wyjątkowo trudne warunki pracy. W jednostkach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi brakuje więc pielęgniarek, głównie przez niskie zarobki w porównaniu z zarobkami osób pracujących jako pielęgniarki w podmiotach leczniczych. Przykładowo, w 2024 r. średnie wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarki w dps, niezależnie od wykształcenia i specjalizacji, oscylowało wokół 5 tys. zł brutto tj. od ok. 4,2 tys. zł. do ok. 6,3 tys. zł., podczas gdy w podmiotach leczniczych w latach 2023-2024 wynagrodzenia te mieściły się w przedziale 6-9 tys. zł brutto [12].

O trudnych warunkach pracy świadczy m.in. liczba pacjentów przypadająca na jedną pielęgniarkę. Zdecydowana większość ankietowanych wskazała, że zatrudnione w dps pielęgniarki mają pod swoją opieką, w 78,5% przypadków, powyżej 60 mieszkańców. Wcale, nie lepiej jest w psychiatrycznych podmiotach leczniczych, w których niemal połowa respondentów przyznała, że sprawuje opiekę średnio nad 40-60 pacjentami, co może stanowić zagrożenie dla jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta. WHO (2022) w swoich raportach podkreśla, że odpowiedni stosunek personelu do liczny pacjentów ma kluczowe znaczenie dla skuteczności leczenia psychiatrycznego [13]. Ponadto interpelacja poselska nr 7629, która wpłynęła do Ministra Zdrowia w dniu 24.01.2025 r. w sprawie podjęcia działań dotyczących zagwarantowania mieszkańcom dps właściwego poziomu opieki pielęgniarstwie wskazuje, że liczba pielęgniarek w domach pomocy społecznej jest niewystarczająca.

Prowadzi to do przeciążenia obowiązkami oraz niemożności zapewnienia odpowiedniej opieki każdemu mieszkańcowi domu. Wysoki poziomu stresu, nadmierne obowiązki i niskie zarobki powodują, że pielęgniarki rezygnują z pracy w domach pomocy społecznej. Sytuacja ta skutkuje brakiem odpowiednich kadr [14]. Mając świadomość konieczności zwiększenia i zatrzymania specjalistycznej kadry pielęgniarskiej w systemie pomocy społecznej, wdrożono, na podstawie nowelizacji ustawy o pomocy społecznej dodatek do wynagrodzeń dla pracowników pomocy społecznej w wysokości 1 000 zł brutto miesięcznie. Jest to rządowy program „Dofinansowanie wynagrodzeń pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w postaci dodatku motywacyjnego na lata 2024–2027” [15, 16].

NIK zwraca uwagę, że wprowadzone działania nie wyeliminują dysproporcji w wynagrodzeniu pielęgniarek w jednostkach pomocy społecznej w porównaniu do podmiotów leczniczych. Rozwiązania te nie mogą być traktowane jako rozwiązania systemowe, a badania Hemal Patel i in. oraz Stephanie Au podkreślają, że pielęgniarki z wyższym wykształceniem wykazują większą skuteczność w działaniach terapeutycznych oraz większą otwartość na współpracę interdyscyplinarną, co jest niesłychanie ważne zarówno w opiece społecznej jak i zdrowotnej, ponieważ w centrum zawsze jest pacjent [17,18].

## **Wnioski:**

1. Pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego gwarantują jakość opieki i udzielanych świadczeń zdrowotnych na rzecz osób z problemami ze zdrowiem psychicznym niezależnie od miejsca ich udzielania.
2. Warunki płacowe mają istotny wpływ na wybór miejsca zatrudnienia przez pielęgniarki ze specjalizacją.
3. Kompetencje nabyte w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego mogłyby być w pełni wykorzystywane w systemie pomocy społecznej i opieki zdrowotnej, jednak podlegają istotnym ograniczeniom ze względu na deficyt zasobów kadrowych pielęgniarek i pielęgniarzy oraz zbyt dużą liczbą pacjentów przypisanych jednej pielęgnowarce na dyżurze.

Wnioski z analizy wskazują na konieczność wprowadzenia jednolitych standardów dla zatrudnienia pielęgniarek specjalistek w obu systemach – pomocy społecznej i ochrony zdrowia, formalizacji ich roli w jednostkach pomocy społecznej (nie mogą one np. wypisywać recept) oraz zwiększenia finansowania i wsparcia organizacyjnego. W świetle narastającego kryzysu zdrowia

psychicznego niewykorzystany potencjał pielęgniarek psychiatrycznych stanowi istotną lukę w polityce zdrowotnej i społecznej.

Przekonanie, że w domach pomocy społecznej nie potrzebne są pielęgniarki na tzw. etacie, pogłębia kryzys specjalistycznej opieki w systemie pomocy społecznej szczególnie dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Opiekunowie medyczni i opiekunowie (teraz nadal z podstawowym wykształceniem) nie są w stanie wykonywać zadań pielęgniarek. Opieka pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej nie rozwiązuje problemów mieszkańców domów pomocy społecznej. Proponowana rekomendacja to przyznanie pielęgniarkom zatrudnionym w systemie pomocy społecznej uprawnień koleżanek pielęgniarek z systemu ochrony zdrowia (np. recepty, porady) i to już nawet nie w kontekście równości siatki płac i przypisania ich do systemu ochrony zdrowia. Nadal w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych przy realizacji opieki długoterminowej będą świadczone tylko usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające.

Nadal też bez odpowiedzi, pozostają pytania o podejściu ustawodawcy do specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi oraz funkcjonowania usług opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej w kontekście projektu ustawy o opiece długoterminowej, m.in. Kto ma świadczyć te usługi w środowisku i co znaczy specjalistyczne przygotowanie zawodowe?

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz.U. 2013 poz. 1562).
- [2] Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477).
- [3] Chojnowski J, Załuska M. Oddziały psychiatryczne w szpitalach wielospecjalistycznych – opinie zatrudnionych w nich psychiatrów. *Psychiatria Polska* 2016;50(2):431-443. Doi: 10.12740/PP/35378
- [4] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 poz. 875 ze zm.)

- [5] Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 917 ze zm.)
- [6] Dobińska Ż. Historia i etos zawodu pielęgniarki w Polsce. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2014;2(39):172–175.
- [7] Przybek-Mita J.. Kształcenie pielęgniarek i położnych operacyjnych w Polsce w latach 1960-2020. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2021;3:109-15.
- [8] Kózka M. Opieka skoncentrowana na pacjencie – analiza koncepcji i rezultatów wdrożenia do praktyki pielęgniarskiej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 202;3:135-153.
- [9] Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814 ze zm.)
- [10] Nowe kompetencje pielęgniarek i położnych. Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce 2023:61-79.
- [11] Wilczek-Rużyczka E. Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2019:79.
- [12] <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/dps-niepelnosprawnosc-intelektualna-choroby-psychiczne.html> (dostęp: 25.04.2025 r.).
- [13] Mental health workforce: Policy brief. World Health Organization 2022.
- [14] <https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/Interpelacja-Tresc.xsp?key=DDEK3K> (dostęp: 25.04.2025 r.).
- [15] Ustawa z dnia 26 kwietnia 2024 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2024 r., poz. 743).
- [16] <https://www.gov.pl/web/rodzina/dodatkowe-1000-zl-miesiecznie-dla-pracownikow-socjalnych-pieczy-zastepczej-oraz-opiekunow-w-zlobkach-od-1-lipca> (dostęp: 25.04.2025 r.).
- [17] Patel H, Perry S, Badu E, et al. A scoping review of interprofessional education in healthcare: evaluating competency development, educational outcomes and challenges. *BMC Medical Education* 2025; 409.
- [18] Stephanie A. The outcomes of interprofessional education in prelicensure nursing education: An integrative review. *Urse Education Today* 2023; 121. URAL: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105703> (dostęp 04.06.2025)

Iwona Rutkowska, Zalas Agnieszka, Bożena Kosińska

## ***STWIERDZANIE ZGONU PRZEZ PIELEŃNIARKI OPIEKI PALIATYWNEJ - CZY POTRZEBNE JEST NOWE UPRAWNIENIE? BADANIE WSTĘPNE.***

### **Abstract**

**Introduction:** In the last decade, nurses' rights have been expanded, including prescribing/continuing the prescription of medications and medical devices, providing nursing advice in selected areas, and pronouncing death during a rescue operation by nurses from the State Emergency Medical Services system. All these activities are aimed at improving the efficiency and quality of patient care. In the situation of a shortage of specialist physicians in palliative health care and a simultaneous increase in the competences and number of nurses specializing in palliative care nursing, addressing the issue of death confirmation and issuing death certificates by nurses specializing in palliative care is an innovative approach aimed at improving the efficiency and quality of patient care in the final phase of life.

The aim of the study was to find out whether palliative care nurses are ready to accept the new qualification.

**Materials and methods:** The main study was conducted from September 1, 2024, to November 30, 2024. It included 303 participants, 284 female nurses and 19 male nurses, who were professionally active and employed in public and private institutions across Poland, providing palliative care services. The research tool was a self-designed questionnaire consisting of 21 questions.

**Results:** The study achieved full participation, with a 100% response rate. The vast majority (77.3%) of respondents supported the proposal to introduce this new authorization. More than half of the respondents (64%) stated that obtaining the authority to pronounce death and issue death certificates would enhance the prestige of the nursing profession, while 58% believed it would positively impact the quality and accessibility of palliative care services.

**Conclusions:** Palliative care nurses with longer work experience demonstrate greater confidence in pronouncing death and issuing death certificates. Meanwhile, nurses holding a master's degree and a specialization, as well as those with more extensive experience in palliative care, show higher awareness of the need for continued professional education and advocate for expanded professional authorizations.

**Keywords:** palliative care, nurse, pronouncing death, death certificate, authorization

## Streszczenie

**Wstęp:** W ostatniej dekadzie następuje rozszerzenia uprawnień pielęgniarek m.in. preskrypcja/kontynuacja ordynowania leków i wyrobów medycznych, porada pielęgniarska w wybranych zakresach czy też stwierdzanie zgonu w czasie akcji ratunkowej przez pielęgniarki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Wszystkie te działania mają na celu poprawę efektywności i jakości opieki nad pacjentem. W sytuacji niedoboru lekarzy specjalistów w paliatywnej opiece zdrowotnej z jednoczesnym zwiększaniem się kompetencji i liczby pielęgniarek specjalistek w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej podjęcie tematu stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu przez pielęgniarki specjalistki opieki paliatywnej stanowi nowatorskie podejście, mające na celu poprawę efektywności i jakości opieki nad pacjentem w końcowej fazie życia.

Celem badania było poznanie czy pielęgniarki opieki paliatywnej wyrażają gotowość na przyjęcie nowego uprawnienia.

**Materiał i metody:** Badanie zrealizowano w okresie od 01.09.2024 r. do 30.11.2024 r., którym objęto 303 osoby, w tym 284 pielęgniarek i 19 pielęgniarzy czynnych zawodowo, zatrudnionych w podmiotach publicznych i niepublicznych w całej Polsce świadczących opiekę paliatywną. Narzędziem pomiaru był autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z 21 pytań.

**Wyniki:** Badanie charakteryzowało się pełnym udziałem respondentów, a wskaźnik odpowiedzi wyniósł 100 %. Zdecydowana większość (77,3 %) respondentów popierała projekt wprowadzenia nowego uprawnienia. Ponad połowa respondentów (64%) potwierdziła, że otrzymanie uprawnień do stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu podniesie prestiż zawodu, a 58% respondentów zakładało, że pozytywnie wpłynie na poprawę jakości opieki paliatywnej i dostępności do usług.

**Wnioski:** Pielęgniarki opieki paliatywnej posiadające większy staż pracy mają także większą pewność w zakresie stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu. Natomiast pielęgniarki z tytułem magistra i specjalizacją oraz dłuższym doświadczeniem w opiece paliatywnej są bardziej świadome potrzeby doszkalania i domagają się nowych uprawnień.

**Słowa kluczowe:** opieka paliatywna, pielęgniarka, stwierdzanie zgonu, karta zgonu, uprawnienia pielęgniarek

## Wstęp

W dobie wysokiej zachorowalności i rosnącej liczby pacjentów wymagających opieki paliatywnej, a także ograniczonej dostępności do lekarzy, staje

się koniecznością, by zapewnić każdemu choremu odpowiednie wsparcie. To właśnie rosnące potrzeby systemu opieki zdrowotnej skłaniają do poszukiwania rozwiązań. Poszerzanie kompetencji zawodowych pielęgniarek stanowi wyjście naprzeciw potrzebom pacjentów i ich bliskich [1, 2]. Pielęgniarka opieki paliatywnej posiada szerokie kompetencje i uprawnienia do dobierania metod leczenia farmakologicznego, oceny bólu, leczenia ran nowotworowych, samodzielny dobór opatrunków, pielęgnacji jamy ustnej, wykonywania badania per rectum, wlewu doodbytniczego, ręcznego wydobycia stolca, wypisywania recept, ordynowania wyrobów medycznych oraz wystawiania na nie zleceń [3]. Pielęgniarka specjalistka opieki paliatywnej kładzie nacisk na zapewnienie jak najlepszej jakości życia pacjentom cierpiącym na nieuleczalne choroby w zaawansowanych stadiach. Koncentrują się zarówno na łagodzeniu objawów choroby jak również na zapewnieniu wsparcia emocjonalnego, dostosowanego do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny [4-10].

W roku 2023 poszerzono zakres kompetencji pielęgniarek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego umożliwiając pielęgniarkom pełniącym funkcje kierownika zespołu ratownictwa medycznego stwierdzanie zgon w trakcie akcji medycznej [11].

Celem badania było poznanie czy pielęgniarki opieki paliatywnej wyrażają gotowość na przyjęcie nowego uprawnienia.

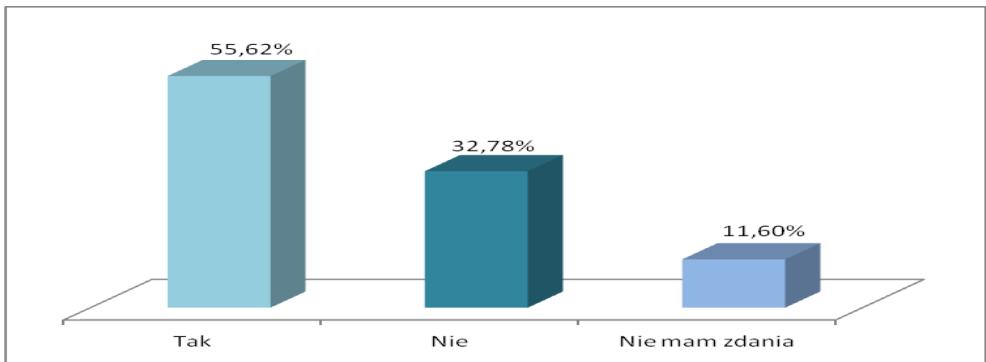
## **Materialy i metody**

Badanie zostało przeprowadzone w drugim półroczu 2024 r., na grupie 284 pielęgniarek i 19 pielęgniarzy czynnych zawodowo, zatrudnionych w podmiotach publicznych i niepublicznych w całej Polsce, a ich praca była ściśle związana z opieką nad pacjentem w terminalnej fazie choroby. Badania miały charakter anonimowy i polegały na udzielaniu odpowiedzi na pytania zawarte w autorskim kwestionariuszu ankiety, który składał się z 21 pytań. Kwestionariusze były dostępne zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej, a jego wypełnienie było równoznaczne z wyrażeniem zgody na udział w badaniu.

W wyniku przeprowadzonych badań skupiono się na problemach badawczych, takich jak wpływ cech socjodemograficznych na gotowość pielęgniarek do stwierdzania zgonu, obecność barier, takich jak lęk przed odpowiedzialnością, oraz ocena potencjalnych korzyści związanych z wprowadzeniem nowych uprawnień, jak poprawa jakości opieki paliatywnej i obniżenie kosztów systemu ochrony zdrowia.

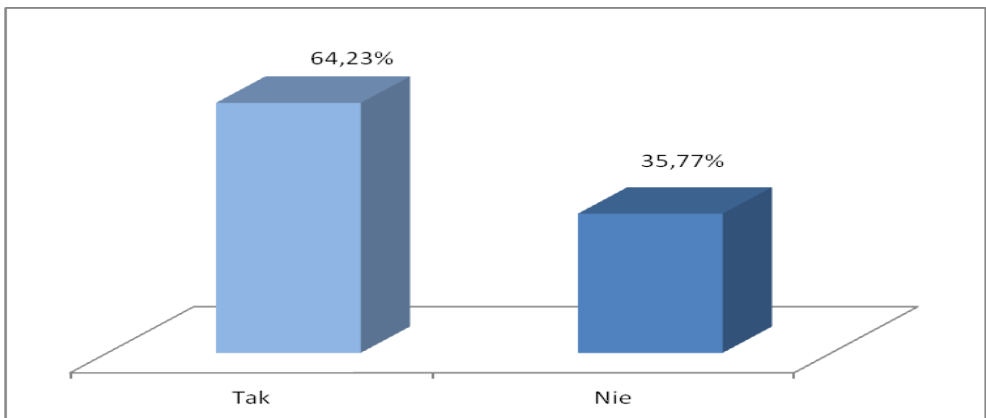
## Wyniki

Wszyscy uczestnicy odpowiedzieli na pytania zawarte w kwestionariuszu (wskaźnik odpowiedzi 100%). W badaniu wzięło udział 94% kobiet i 6% mężczyzn. Największą grupę respondentów, prawie 63% stanowiły osoby w wieku 41-60 lat, a 48% posiadało wykształcenie wyższe magisterskie. Najliczniejszą grupę uczestników badania stanowili respondenci, którzy posiadali staż pracy w opiece paliatywnej mniejszy niż pięć lat – 34%. Ponad połowa respondentów (55,6%) orzekła, że jest gotowa do stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu. Ponadto zdecydowana większość, czyli ponad 77 % respondentów poparła projekt wprowadzenia nowego uprawnienia.



Rycina 1. Czy czuje się Pani/Pan gotowa/-y do stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu?

Również zdecydowana większość respondentów stwierdziło, że możliwość stwierdzania zgonu i wypisywania karty zgonu podniosą prestiż zawodu pielęgniarstwa (ryc.2).



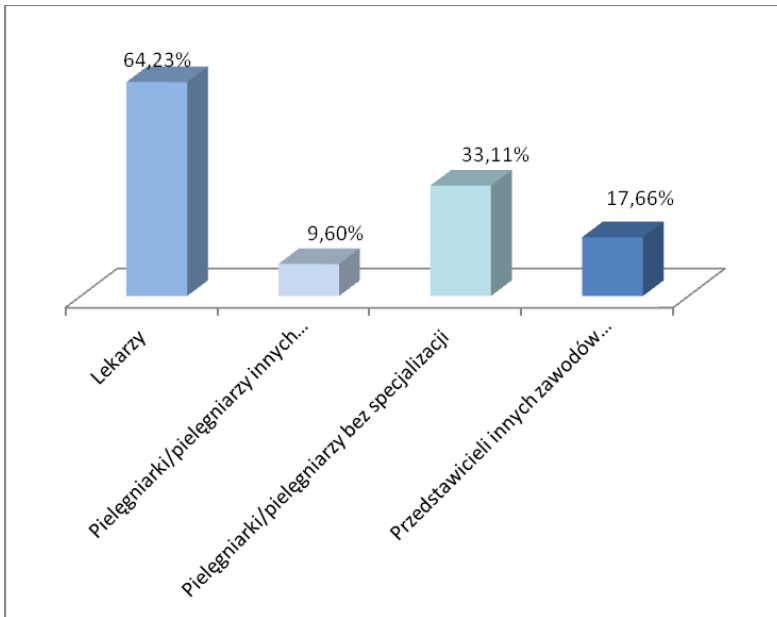
Rycina 2. Czy uzyskane uprawnienia do stwierdzania zgonu i wypisywania karty zgonu podnoszą prestiż zawodu pielęgniarstwa?

Według 58% respondentów, nadanie uprawnień pielęgniarcom do możliwości stwierdzania zgonu poprawiłoby dostępność i polepszyło jakość opieki paliatywnej w Polsce. Jednocześnie 85% uważało dodatkową gratyfikację finansową jako konieczną za stwierdzanie zgonu i wypisanie karty zgonu. Ponadto zauważono, że występuje statystycznie istotny związek ( $p=0,0348$ ) między stażem pracy w opiece paliatywnej a odpowiedzią na pytanie o gotowość do stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu. Wynik ten sugeruje, że osoby z dłuższym stażem pracy częściej czują się gotowe do podejmowania nowych obowiązków.

Tabela 1. Związek między stażem pracy w opiece paliatywnej a odpowiedzią na pytanie Czy czuje się Pani/Pan gotowa do możliwości stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu?

Staż pracy w opiece paliatywnej	<i>Czy czuje się Pani/Pan gotowa do możliwości stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu?</i>					
	Tak		Nie		Nie mam zdania	
	N	%	N	%	N	%
<5lat	51	49,03%	36	34,61%	17	16,36%
6-10 lat	28	51,85%	22	40,74%	4	7,41%
11-15lat	22	56,41%	12	30,76%	5	12,83%
16-20 lat	18	66,66%	6	22,22%	3	11,12%
21-25 lat	11	57,89%	7	36,84%	1	5,27%
26-30 lat	24	72,72%	8	24,24%	1	3,04%
>30 lat	13	50%	8	30,76%	5	19,24%
<b>Test dokładny Fishera</b>	<b>0,0348</b>					

Badanie ujawnia również szereg barier w procesie przyznawania pielęgniarcom uprawnień, w tym obawy dotyczące odpowiedzialności (54,96%) oraz opór ze strony lekarzy (64,23%), którzy są głównymi przeciwnikami nadania pielęgniarcom takich uprawnień.



Rycina 3. Kto jest zdaniem Pani/Pana głównym przeciwnikiem wobec nadania pielęgniarkom nowego uprawnienia?

## Dyskusja

W Polsce od dłuższego czasu toczą się dyskusje na temat rozszerzenia uprawnień pielęgniarek, w tym także dotyczących możliwości stwierdzania zgonu przez pielęgniarki specjalistki opieki paliatywnej u pacjentów, którzy taką opieką byli objęci. Zdecydowana większość badanych pielęgniarek paliatywnych stwierdziła, że nadanie nowych uprawnień zwiększa prestiż zawodu i przyczynia się do poprawy jakości usług medycznych. Rola pielęgniarek w orzekaniu o zgonie jest dostrzeżona i wykorzystywana w wielu krajach na świecie, np. we Francji pielęgniarki z odpowiednim przygotowaniem i przynajmniej trzyletnim doświadczeniem mogą już wystawić certyfikat zgonu [12]. Międzynarodowi eksperci podkreślają, że możliwość stwierdzania zgonu przez pielęgniarki przyczyniła się do poprawy opieki nad pacjentem w końcowym etapie jego życia oraz pozwoliła zmniejszać opóźnienia w orzekaniu o zgonie [13-17]. Nadanie uprawnień pielęgniarkom ma na celu zwiększenie dostępności świadczeń medycznych, skrócenie czasu oczekiwania na lekarza uprawnionego do stwierdzania zgonu, zapewnienie odpowiedniego standardu opieki oraz wzmocnienie prestiżu zawodowego pielęgniarki. Badania autorów pracy pokazują, że staż pracy w opiece paliatywnej różnicuje

postrzeganie własnej gotowości do stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu. Kluczowym etapem stanowiącym fundament w staraniach o poprawę jakości opieki i nadanie pielęgniarcom opieki paliatywnej nowych uprawnień jest także Stanowisko Członków Walnego Zebrania Sprawozdawczego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej (PTPOP) z dnia 02.07.2022 roku oraz z dnia 16.01.2025 roku. PTPOP wskazuje na trudności związane z procesem stwierdzania zgonów u pacjentów z przewlekłymi, postępującymi chorobami, objętych opieką paliatywną zarówno w warunkach domowych, jak i stacjonarnych. Członkowie PTPOP uważają, że włączenie pielęgniarek specjalistek w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej wobec pacjenta/zmarłego, który był objęty taką opieką do grona osób uprawnionych do dokonywania oględzin, stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu jest odpowiedzią na rosnące potrzeby społeczne i zmieniające się role pielęgniarek.

Wdrożenie nowych uprawnień do stwierdzania zgonu w polskim pielęgniarstwie stanowi nie tylko innowacyjne podejście do współczesnych wyzwań opieki paliatywnej, ale także kluczowy element transformacji zawodu pielęgniarki. Wzrost tej kompetencji, autonomia zawodowa oraz prestiż, jakie niosą ze sobą te zmiany, przyczyniłyby się do poprawy jakości opieki nad pacjentem w końcowej fazie życia, jednocześnie odpowiadając na rosnące potrzeby systemu ochrony zdrowia. Implementacja tych kompetencji w polskim pielęgniarstwie stanowi istotny impuls do przekształcania roli pielęgniarki, zapewniając nie tylko zwiększenie jej wpływu na proces opieki paliatywnej, ale także wzmocnienie pozycji tego zawodu w społeczeństwie oraz systemie ochrony zdrowia.

Podsumowując, warto podkreślić, że korzyści wynikające z większej autonomii pielęgniarstwie obejmują zarówno lepszą organizację pracy, jak i skrócenie czasu oczekiwania na opiekę, co jest szczególnie istotne w kontekście pacjentów wymagających wsparcia w terminalnych stadiach choroby. Warto zatem przyjrzeć się doświadczeniom innych krajów, takich jak Wielka Brytania, Francja czy Kanada, gdzie pielęgniarki cieszą się szerokimi uprawnieniami w zakresie stwierdzania zgonu. Te modele stanowią przykład, który może inspirować do reform w polskim systemie opieki zdrowotnej. Poszerzenie uprawnień pielęgniarstwie w zakresie stwierdzania zgonu to ważny krok w stronę bardziej efektywnego, zrównoważonego i szeroko dostępnego systemu opieki paliatywnej, który lepiej odpowiada na rosnące potrzeby dzisiejszego społeczeństwa.

Przewodnicząca Międzynarodowego Stowarzyszenia Pielęgniarek (International Council of Nurses - ICN) dr Pamela F. Cipriano podkreśla, że pielęgniarki pełnią rolę katalizatorów pozytywnej transformacji w systemie opieki zdrowotnej. Są one nie tylko w stanie skutecznie stawiać czoła zagrożeniom

dla globalnego zdrowia, ale także posiadają ogromny potencjał, aby kreować i wzmocnić systemy opieki zdrowotnej na całym świecie [8]. Zatem na tytułowe pytanie nasuwa się tylko odpowiedź na tak.

## **Wnioski**

1. Pielęgniarki opieki paliatywnej posiadające większy staż pracy mają jednocześnie większą pewność w zakresie stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu.
2. Wprowadzenie uprawnień do stwierdzania zgonu i wypisywania karty zgonu dla pielęgniarek opieki paliatywnej będzie miało pozytywny wpływ na poprawę jakości opieki paliatywnej i dostępności do usług.
3. Stwierdzanie zgonu przez pielęgniarki wpłynie na wzrost prestiżu zawodowego i społecznego tej grupy zawodowej.
4. Opór ze strony lekarzy, jest jedną z głównych barier w nadaniu pielęgniarkom uprawnień do stwierdzania zgonu.

---

**BIBLIOGRAFIA**

- [1] Zasowska-Nowak A. Kierunki rozwoju opieki paliatywnej na podstawie literatury. *Medycyna Paliatywna* 2022; 14(2): 55-63.
- [2] Ciałkowska-Rysz A. Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2018 roku. *Medycyna Paliatywna* 2019; 11(4): 163-169.
- [3] Kosińska B, Zalas A. Wypisywanie recept przez pielęgniarki i pielęgniarzy opieki paliatywnej w Polsce. *Palliative Medicine in Practice* 2021; 15(2): 135-143.
- [4] Mucha K. Kompetencje pielęgniarskie wykorzystane podczas kwalifikacji pacjenta z owrzodzeniem odleżynowym do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. *Long-Term Care Nursing International Quarterly* 2022; 7(3): 31-39.
- [5] Łukasik R, Kaleta A, Waksmańska W. Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu nowotworowego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2017; 25(2): 96-102.
- [6] Moran S, Bailey M, Doody O. Role and contribution of the nurse in caring for patients with palliative care needs: A scoping review. *PLoS One* 2024; 19(8): 1-20.
- [7] Kądalska E, Zmuda-Trzebiatowska H. Analiza przydatności szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz wykorzystanie kwalifikacji specjalistów w celu zapewnienia wysokiej jakości opieki paliatywno-hospicyjnej. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 1(63): 69-76.
- [8] Kędra E, Garwacka-Czachor E, Milecka D. i wsp. Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszukiwanie praw pielęgniarek – kontrowersje i wyzwania., Głogów: Copyright 2022.
- [9] de Walden – Gałuszko K, Kaptacz A. *Pielęgniarstwo opieki paliatywnej*. PZWL, Warszawa 2023.
- [10] Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. *Medycyna Paliatywna.*, Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2019.
- [11] Zawadzki D, Berent J, Kubiak R. i wsp. Stwierdzanie zgonu i wystawianie kart zgonu w świetle nowych uprawnień kierowników podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, *Przegląd Prawa Medycznego* 2023; 5(4): 5-28.
- [12] Henshaw S. Nurses can now sign death certificates in France. The Connexion. French new in English since 2002; France 2024. URL: <https://www.connexionfrance.com/news/nurses-can-now-sign-death-certificates-in-france/656445> (dostęp: 24.11.2024).

- [13] Jackson H, Oliver J, House K. Evaluation of the Pronouncement of Death Policy Implementation and Outcomes. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2019; 21(2): 139-143.
- [14] Pronouncement of Death Guidelines. *Colege of Registered Nurses of Alberta, Canada* 2022.
- [15] Czarkowski W, Kmita D, Janecki M. Opieka paliatywna w Australii i Kanadzie. *Medycyna paliatywna* 2022; 14(1): 9-17.
- [16] Omoya O, Bellis A, Breaden K. Death, Dying, and End of Life Care Provision by Doctors and Nurses in the Emergency Department. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2022; 24(2): 48-56.
- [17] Drake S, Tabor P, Hamilton H. et al. Nurses and Medicolegal Death Investigation. *Journal of Forensic Nursing* 2020; 16(4): 207-214.

**Maria Ostańska**

***ZABURZENIA ODŻYWIANIA  
W CUKRZYCY TYPU 1  
- WSPÓŁPRACA DIETETYCZKI  
I PIEŁĘGNIARKI W PROFILAKTYCE  
ORAZ EDUKACJI PACJENTA.***

**Abstract**

In Poland, there are approximately three million people, who are diagnosed with diabetes. 10% of them are diagnosed with type 1 diabetes, which most often affects people under the age of 18. An integral part of type 1 diabetes treatment is the administration of subcutaneous insulin via multiple daily injections or a personal insulin pump. Type 1 diabetes carries a number of additional factors that increase the risk of developing eating disorders, including diabulimia.

Preventive measures, undertaken by an interdisciplinary team (nurses and dietitians), may include reducing the impact of certain factors. Recommendations provided to patients by all members of the treatment team should be consistent, flexible, individually tailored to the patient, and free from messages that instill fear of complications and living with the disease.

**Streszczenie**

W Polsce jest już około trzy miliony chorych na cukrzycę, z tego 10% ma rozpoznaną cukrzycę typu 1, która najczęściej dotyczy osób poniżej 18 r.ż. Nieodłącznym elementem leczenia cukrzycy typu 1 jest podawanie insuliny podskórnie metodą wielokrotnych wstrzyknięć lub za pomocą osobistej pompy insulinowej. Zachorowanie na cukrzycę typu 1 niesie ze sobą багаż kolejnych czynników zwiększających ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania m.in. diabulimii.

Działania profilaktyczne, podejmowane przez interdyscyplinarny zespół (pielęgniarki i dietetyczki), mogą obejmować zmniejszenie wpływu niektórych czynników. Zalecenia przekazywane pacjentom przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego powinny być spójne, elastyczne, indywidualnie dopasowane do pacjenta, ubogie w komunikaty wywołujące strach przed powikłaniami i życiem z chorobą.

## Wstęp

Cukrzyca typu 1 to choroba metaboliczna rozwijająca się na skutek procesu autoimmunologicznego prowadzącego do defektu działania insuliny lub braku wydzielania insuliny. W Polsce około 3 milionów osób choruje na cukrzycę, z tego 10% przypadków to cukrzyca typu 1. Diagnozy tego rodzaju cukrzyca najczęściej stawia się osobom poniżej 18 r.ż. Nieodłącznym elementem leczenia cukrzyca typu 1 jest podawanie insuliny podskórnie metodą wielokrotnych wstrzyknięć lub za pomocą osobistej pompy insulinowej. Z cukrzycą często współwystępują również zaburzenia psychiczne mogące znacząco wpłynąć na rozwój powikłań i pogorszenie jakości życia pacjentów.

Wśród dzieci i młodzieży z krajów zachodnich zaburzenia odżywiania (ang. Eating Disorders- ED) stanowią 5,5-17,9% zachorowań wśród młodych kobiet i 0,6-2,4% wśród młodych mężczyzn. Zaburzone zachowania w aspekcie żywienia przejawia 32-39% młodzieży chorującej na cukrzycę typu 1, natomiast 7% z nich rozwija pełnoobjawowe zaburzenia odżywiania [1-3].

## Rozwój zaburzeń odżywiania

W patomechanizmie rozwoju zaburzeń odżywiania wyróżnić można kilka czynników predysponujących. Pierwszym z nich są czynniki biologiczne obejmujące predyspozycje genetyczne, historię ED w rodzinie, aktywność neuroprzekazników, czy zaburzenia hormonalne. W tej grupie czynników wyróżnia się również aspekt neurorozwojowy. Czynniki psychologiczne stanowią kolejną grupę czynników predysponujących do rozwoju zaburzeń odżywiania. Obejmują głównie cechy osobowości, temperament, w tym skłonności do perfekcjonizmu, impulsywności, niską samoocenę i elastyczność, a także doświadczenie przemocy i innych trudnych sytuacji życiowych mogących powodować traumy. Wpływ środowiska rówieśniczego oraz kultury stanowią czynniki społeczno-kulturowe. Szczególnie ważne w tej grupie są akceptacja lub odrzucenie przez rówieśników, tendencje do porównań oraz wpływ mediów społecznościowych i treści, które docierają do młodych odbiorców.

Czynniki rodzinne stanowią najważniejszą grupę uwarunkowań zaburzeń odżywiania w grupie dzieci i młodzieży, do najczęściej wymienianych zachowań sprzyjających EB zalicza się nadopiekuńczość, wysokie wymagania wobec dziecka, unikanie zmian i sztywność zasad, unikanie rozmów o trudnościach i emocjach, angażowanie dziecka w konflikty rodziców.

Zachorowanie na cukrzycę typu 1 niesie ze sobą bagaż kolejnych czynników zwiększających ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania. Diagnoza

cukrzycy typu 1 najczęściej stawiana jest osobą w młodym wieku, konieczność trzymania się złożonych zaleceń, czy ingerencja w autonomię i nadmierna kontrola może potęgować zachowania zwiększające ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania. Przewlekły charakter choroby oraz jej istotny wpływ na stan fizyczny i psychospołeczny pacjenta stanowią czynniki biorące udział w patomechanizmie rozwoju zaburzeń psychicznych. Ponadto wyróżnia się czynniki zwiększające to ryzyko takie jak: ciągłe ryzyko wystąpienia ostrych powikłań cukrzycy oraz świadomość zagrożenia rozwoju przewlekłych powikłań (nefropatii, neuropatii, retinopatii). U podłoża rozwoju zaburzeń odżywiania stoją predyspozycje genetyczne oraz środowiskowe. W cukrzycy do predyspozycji środowiskowych zaliczyć można wspomniane już zwiększony niepokój i kontrolę rodzicielską jak również presję nakładaną przez specjalistów, diabetologów, dietetyków, czy pielęgniarek diabetologicznych [4, 5].

### **Zaburzenia odżywiania w cukrzycy**

Zaburzenia odżywiania najczęściej występujące u dzieci i młodzieży to: anoreksja, bulimia, zaburzenia polegające na unikaniu i ograniczaniu pokarmu (ARFID), zespół pica, czy ponownego przeżuwania. Najczęstsze problemy emocjonalne występujące u osób z cukrzycą to: stres cukrzycowy, lęk przed hipoglikemią, lęk przed powikłaniami, lęk przed stygmatyzacją, zaburzenia poznawcze, zaburzenia snu, zmęczenie alarmami, depresja, zaburzenia o charakterze obsesyjno-kompulsyjnym oraz specyficzne zaburzenia odżywiania, tzw. diabulimia.

W klasyfikacjach medycznych diabulimia nie jest uznana za zaburzenie odżywiania przez co nie posiada oficjalnych kryteriów diagnostycznych. Ma ona wiele cech wspólnych z anoreksją i bulimią i jedno z tych rozpoznań jest ustalane w dokumentacji medycznej pacjenta. Diabulimia charakteryzują się przede wszystkim powtarzającymi się epizodami pomijania lub pomniejszania dawek insuliny w celu kontroli masy ciała, jej redukcji lub utrzymania na niskim poziomie. Dodatkowo pacjenci wykazują zachowania takie jak: nadmierne kontrolowanie przyjmowanych kalorii lub wymienników węglowodanowych; duże skupienie na masie, rozmiarze lub kształcie ciała; lęk przed przytyciem; zniekształcona percepcja własnego ciała, nawracające napady objadania się z towarzyszącymi zachowaniami kompulsacyjnymi oraz wskaźnikami nieprawidłowego zarządzania cukrzycą (częstą hiperglikemią, podwyższoną hemoglobina glikowaną, epizodami kwasicy ketonowej). Pacjenci zmagający się z diabulimią mogą mieć tendencje do unikania prowadzenia automonitoringu glikemii, wypełniać dzienniczki samokontroli fałszywymi danymi, odwoływać wizyty kontrolne, postawy lekceważącej chorobę, wykazywać mechanizm zaprzeczania. Niewykryte zachowania diabulimiczne

mogą prowadzić do pogłębienie niekorzystnych zmian w funkcjonowaniu psychicznym pacjenta oraz do utraty masy ciała, niedoborów pokarmowych, zaburzeń wodno-elektrolitowych, rozwoju niewydolności nerek, retinopatii i neuropatii [6,7].

### **Działania profilaktyczne**

Działania profilaktyczne mogą obejmować zmniejszenie wpływu niektórych czynników. Najważniejszą kwestią pozostaje zmniejszenie wpływu czynników rodzinnych. Przyczynić się do tego może edukacja par starających się o dziecko, kobiety w ciąży oraz młodych rodziców. Dodatkowo edukacja żywieniowa oraz psychoedukacja dzieci i młodzieży może przyczynić się do zmniejszenia wpływu grup rówieśniczych oraz treści internetowych na postreganie ciała oraz żywienia. U pacjentów z cukrzycą typu 1 można wprowadzać elastyczną strategię żywieniową i kontroli glikemii. W kontaktach z pacjentami powinno się ograniczyć komunikaty wywołujące strach przed powikłaniami i życiem z chorobą. W tym celu wykorzystać można techniki wykorzystywane w dialogu motywującym- wydobywanie wewnętrznej motywacji oraz poszukiwanie indywidualnych powodów do zmiany za pomocą pytań otwartych. Ponad to do zadań specjalistów mających kontakt z pacjentem należy monitorowanie zachowań pacjentów- wczesne wykrycie nieprawidłowych przekonań i wdrożenie edukacji korygującej [8, 9].

Do wspólnych zadań dietetyków oraz pielęgniarek, szczególnie o specjalizacji diabetologicznej w profilaktyce, edukacji i wspomoczeniu leczenia pacjenta z cukrzycą typu 1 z zaburzeniami odżywiania należą: ocena stanu odżywienia, określenie aktualnego zapotrzebowania na składniki odżywcze, przygotowanie długofalowego planu dietoterapii, monitorowanie przebiegu dietoterapii, dostosowywanie diety do cukrzycy zmieniającego się stanu pacjenta, edukacja żywieniowa i cukrzycowa pacjenta i rodziny współpraca w zespole interdyscyplinarnym z pozostałymi jego członkami w tym lekarzami, korekta zaburzonych postaw żywieniowych i optymalna kontrola glikemii. Pielęgniarki ze specjalizacją psychiatryczną jako członkinie zespołu interdyscyplinarnego są w stanie pomóc pacjentowi wdrażając psychoedukację orasz oceniając i monitorując stan psychiczny i emocjonalny pacjentów, dodatkowo informując o możliwych zaburzeniach na wczesnym etapie ich rozwoju [10].

### **Wnioski**

Aby zmniejszyć ryzyko wyąpienia zaburzeń odżywiania wśród dzieci i młodzieży chorujących na cukrzycę typu 1 specjaliści powinni przede wszystkim

współpracować przy edukacji żywieniowej i psychologicznej młodych pacjentów, monitorując ich stan wiedzy, przekonania na temat choroby i żywienia oraz stan emocjonalny, aby wcześniej wykryć nieprawidłowe przekonania i móc szybko wdrażać edukację korygującą. Zalecenia przekazywane pacjentom przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego powinny być spójne, elastyczne, indywidualnie dopasowane do pacjenta, ubogie w komunikaty wywołujące strach przed powikłaniami i życiem z chorobą [11,12].

## BIBLIOGRAFIA

- [1] American Diabetes Association. Standards of care in diabetes-2024. *Diabetes Care*. 2024;47 Suppl .
- [2] Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą- 2025. 2025;
- [3] Young V, Eiser C, Johnson B, Brierley S, Epton T, Elliott J, Heller S. Eating problems in adolescents with Type1 diabetes: a systematic review with meta-analysis. *Diabet Med*. 2013 Feb;30(2):189–98. doi: 10.1111/j.1464-5491.2012.03771.x. PMID: 22913589.
- [4] Henry BW, Ozier AD. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *Journal of American Dietetic Association*. 2006; 106: 2073–2083.
- [5] Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: nternational comparison. *Current Opinion in Psychiatry*. 2017; 30(6): 423–437.
- [6] Beata Hoffmann. Diabulimia- cultural determinants of eating disorder. *Trakia Journal of Sciences*. 2019;17(2):187–195.
- [7] Callum AM, Lewis LM. Diabulimia among adolescents and young adults with Type 1 diabetes. *Clin Nurs Stud*. 2014;2(4):12.
- [8] Jennifer Davison. Diabulimia: how eating disorder can affect adolescents with diabetes. *Nursing Standard*. 2014;29(2):44–49.
- [9] Larrañaga A, Docet MF, García-Mayor RV. Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients. *World J Diabetes*. 2011;2(11): 189–95.
- [10] Chelvanayagam S, James J. What is diabulimia and what are the implications for practice? *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 2018;27(17): 980–986.

- [11] Juruć A, Kubiak M, Wierusz-Wysocka B. Psychological and medical problems in prevention and treatment of eating disorders among people with type 1 diabetes. *Clin Diabetol.* 2016;5(1):26–31.
- [12] Dudkiewicz A. *Dietetyka w zaburzeniach odżywiania u dzieci i młodzieży.* PZWL; 2024.

Krystyna Mizerska, Joanna Wojtyra

***WPLYW JAKOŚCI ODŻYWIENIA  
NA SPRAWNOŚĆ FUNKCJONALNĄ OSÓB  
W WIEKU SENIORALNYM  
W POWIECIE CZĘSTOCHOWSKIM***

**Streszczenie**

Celem przedstawionej pracy jest opracowanie analizy wpływu żywienia na sprawność funkcjonalną organizmu w wieku podeszłym. Ponadto praca ma również na celu wyjaśnienie decydujących czynników, które mają wpływ na poziom wiedzy o prawidłowym żywieniu osób starszych oraz ustalenie, na których obszarach ryzyko może rzutować na jakość funkcjonalną osób w wieku starszym. Hipotezy w pracy, dotyczyły zależności pomiędzy niewystarczającą wiedzą w zakresie prawidłowego żywienia, niesprawnością, parametrami medycznymi i socjo-demograficznymi, przebywaniem seniorów w środowisku domowym lub w publicznych placówkach medycznych, a stanem odżywienia osób w wieku starszym. Założenia dotyczyły również zależności między niedożywieniem, a depresją, zwiększonym ryzykiem upadków, obniżoną sprawnością w zakresie funkcji poznawczych osób w starszym wieku. Metoda zastosowana podczas badań to sondaż diagnostyczny. Użyto techniki ankietowania. Do badania były włączone osoby w wieku 65 lub powyżej, o stanie fizycznym pozwalającym zrealizować badania z użyciem skal, wyrażający zgodę na udział w badaniu. Kryteriami wyłączenia z badania były niezdolność do samodzielnego przemieszczania się, ciężkie zaburzenia poznawcze ograniczające kontakt z chorym, liczba punktów poniżej 10 w teście MMSE, odmowa udziału w badaniu lub nieukończone wypełnienie ankiety. Opracowane badania mają bariery wynikające z klasycznego modelu badawczego. W analizie wykorzystano narzędzia statystyczne, przeważnie w obrębie statystyki opisowej i matematycznej. W badaniu brały udział 224 osoby w podeszłym wieku, 161 kobiet i 63 mężczyzn. końcowe wnioski potwierdziły występowanie zależności pomiędzy przebywaniem seniorów w środowisku domowym lub w publicznych placówkach medycznych, niektórymi chorobami, objawami, zwiększonym ryzykiem upadków, obniżoną sprawnością w zakresie funkcji poznawczych, parametrami medycznymi i socjo-demograficznymi, a stanem odżywienia osób w wieku starszym. Przeprowadzone badania udowodniły hipotezę że osoby starsze w badanej populacji powiatu częstochowskiego posiadają niewystarczającą wiedzę w zakresie prawidłowego żywienia.

**Abstract**

The aim of this study is to analyze the impact of nutrition on the functional capacity of the elderly. Additionally, the work seeks to explain the key factors influencing the level of knowledge about proper nutrition among older adults and to identify the areas where the risk of malnutrition is higher and may affect the functional quality of seniors. In my work, I assume that there are relationships between insufficient knowledge of proper nutrition, disability, medical and socio-demographic parameters, the living environment of seniors (whether at home or in public medical institutions), and the nutritional status of older adults. I also assumed that there is a relationship between malnutrition and depression, an increased risk of falls, and reduced cognitive function in the elderly. Considering the main idea of the study and the need to collect both qualitative and quantitative data, a diagnostic survey method was chosen. The study included individuals aged 65 or older, whose physical condition allowed them to complete the assessments using the scales, and who consented to participate. Exclusion criteria included inability to move independently, severe cognitive impairments that limited communication, a score below 10 on the MMSE test, refusal to participate in the study, or incomplete questionnaire responses. The designed assessments have limitations resulting from the classical research model. Statistical tools were used for analysis, mainly within the scope of descriptive and mathematical statistics. The study involved 224 elderly individuals, including 161 women and 63 men. To summarize my work on "The Impact of Nutritional Status on the Functionality of Elderly Individuals", I present the final conclusions. There is a relationship between the living environment of seniors (whether at home or in public medical facilities), certain diseases and symptoms, increased risk of falls, reduced cognitive function, medical and socio-demographic parameters, and the nutritional status of older adults. I found that elderly individuals have insufficient knowledge regarding proper nutrition.

**Wstęp**

Złe odżywianie osób starszych stanowi poważny problem medyczny oraz społeczny na całym świecie. U osób starszych trudno jest diagnozować szybko niedożywienie co utrudnia wyjście z tej choroby. Skutki zaniedbań żywieniowych to niepełnosprawność, wielkie cierpienie, samotność [1]. Te czynniki obniżają jakość życia seniorów, co może doprowadzić do wcześniejszej śmierci chorego. Nieprawidłowe odżywianie wpływa na obniżenie wydolności fizycznej i psychicznej osób starszych. Może mieć wpływ na pogłębienie choroby i istniejących schorzeń [2]. Niedożywienie, brak

odpowiedniej diety u osób starszych skutkuje poważnymi konsekwencjami np. niesprawnością funkcjonalną, a tym samym wprowadza zależność od opiekuna w podstawowych zadaniach dnia codziennego, co wpływa na jakość życia chorego. Wzrasta potrzeba na opiekę profesjonalną i niemedyzną, czyli przede wszystkim tą ze strony rodziny. Mimo rozwoju medycyny, a szczególnie farmakologii, nie udaje się pomóc wszystkim pacjentom [3].

## **Metodologia badań**

Celem artykułu jest przedstawienie zależności między odżywianiem, a sprawnością funkcjonalną u ludzi w wieku starszym zamieszkujących w powiecie częstochowskim.

Ponadto publikacja ma na celu objaśnienie decydujących czynników, które mają wpływ na poziom wiedzy o prawidłowym żywieniu osób starszych oraz ustalenie, na których obszarach ryzyko niedożywienia jest większe i może rzutować na jakość funkcjonalną osób w wieku starszym. Hipotezy badawcze dotyczyły następujących założeń:

- Hipoteza 1: osoby starsze w badanej populacji powiatu częstochowskiego posiadają niewystarczającą wiedzę w zakresie prawidłowego żywienia.
- Hipoteza 2: Założono, że występuje zależność pomiędzy stanem odżywienia, a niesprawnością osób w starszym wieku.
- Hipoteza 3: Założono, że występują istotne zależności między niedożywieniem, a depresją, zwiększonym ryzykiem upadków, obniżoną sprawnością w zakresie funkcji poznawczych osób w starszym wieku.
- Hipoteza 4: Założono, że istnieje zależność pomiędzy stanem odżywienia, a tym czy osoba mieszkająca w powiecie częstochowskim przebywa w środowisku domowym, albo w państwowych i prywatnych placówkach medycznych.
- **Grupa badana**
  - Badaniem objęto 224 osoby w podeszłym wieku, 161 kobiet i 63 mężczyzn. Uczestnikami tego badania byli: Pacjenci Oddziału Geriatrycznego, Pacjenci Zakładu Opiekuńczo Leczniczego, Pensjonariusze dwóch Domów Pomocy Społecznej stałego pobytu, Grupa uczestników Stowarzyszenie dla Seniorów Wyrazów Razem (SWR)), Grupa uczestników Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów (PZERI) Powiat częstochowski.

Kryteriami włączenia do badania były:

- osoby w wieku 65 lub powyżej,
- stan fizyczny pozwalający zrealizować badania z użyciem skal,
- zgoda na udział w badaniu.

Kryteria wyłączenia z badania:

Kryteriami wyłączenia z badania były:

- niezdolność do samodzielnego przemieszczania się,
- ciężkie zaburzenia poznawcze ograniczające kontakt z chorym,
- W teście MMSE liczba punktów poniżej 10,
- odmowa udziału w badaniu lub nieukończone wypełnienie ankiety.

Badanie przeprowadzono zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej. Uczestnicy zostali poinformowani o celu badań oraz anonimowości uzyskanych danych i wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniu.

### **Protokół badań**

- Badanie miało charakter przekrojowy i zostało przeprowadzone w formie ankietowej. Uczestnicy wypełniali zestaw kwestionariuszy obejmujący ankietę socjodemograficzną, Wypełnianie ankiet odbywało się w warunkach zapewniających anonimowość i samodzielność odpowiedzi.
- Po zebraniu danych dokonano weryfikacji ich kompletności oraz poprawności formalnej. Następnie przeprowadzono analizę statystyczną obejmującą statystyki opisowe, zgodnie z przyjętym planem badawczym.

W badaniu użyto metodę sondażu diagnostycznego

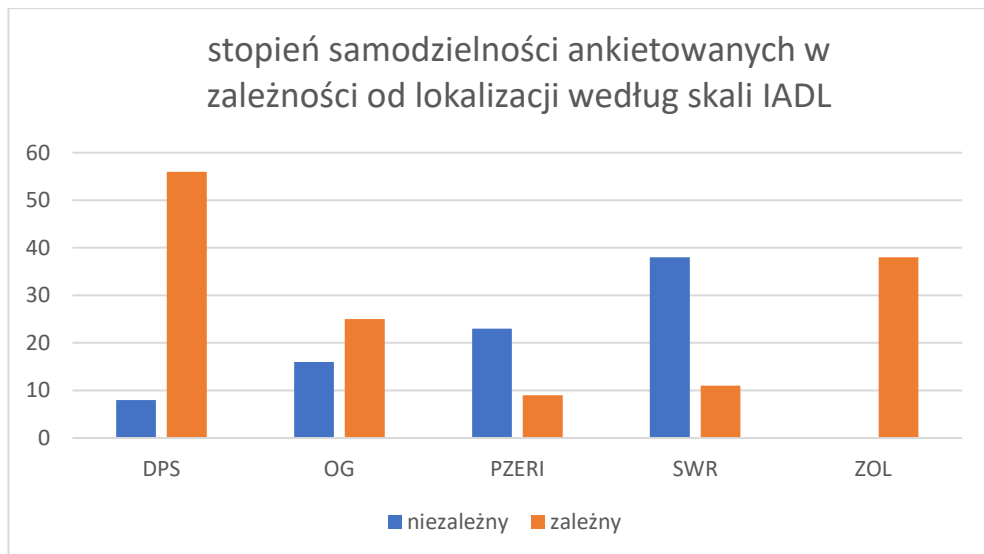
Do analizy sprawności funkcjonalnej użyto podanych skal:

- test MMSE, test oceny ryzyka upadków: Wstań i idź, geriatryczna skala depresji
- skala Barthel -podstawowe czynności dnia codziennego, skala IADL złożonych czynności dnia codziennego, skala MNA ocena stanu odżywienia

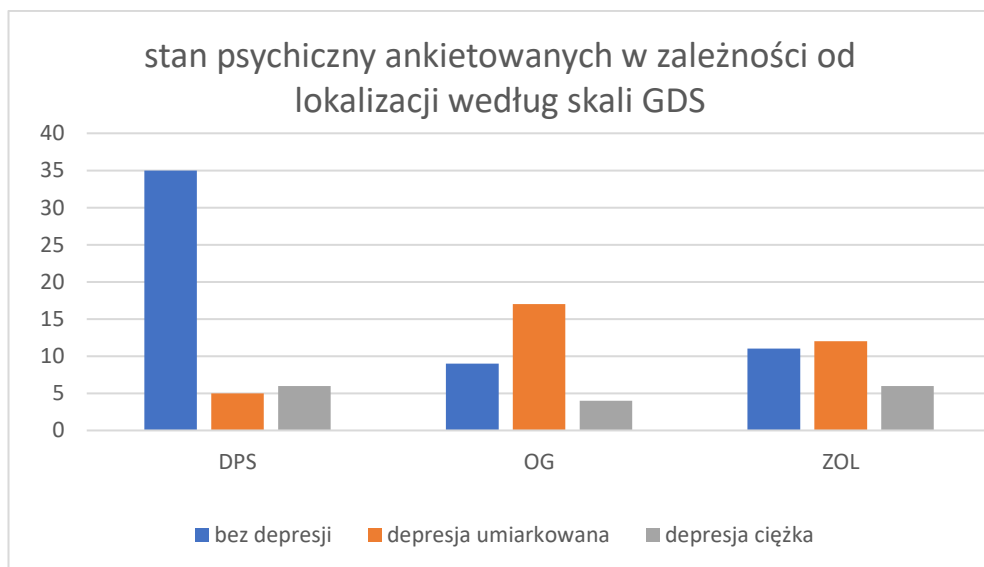
### **Analiza statystyczna**

#### **Ocena samodzielności badanej populacji w zależności od lokalizacji według skali IADL**

W analizowanej grupie było 85 osób (38%), które zdobyło całą punktację w skali IAD - wynik równy 27 punktów i 139 osób (62%) niesamodzielnych w podstawowych czynnościach - wynik poniżej 27 punktów. obserwacja statystyczna jest związana z porównaniem wyników sprawności w złożonych czynnościach życiowych u całości osób badanych w granicach przyjętych kryteriów podziałów.



Rycina 1 Wyniki w skali IADL Porównanie liczebności osób samodzielnych lub wymagających pomocy w złożonych czynnościach w badanych grupach (DPS - grupa pensjonariuszy Domów pomocy Społecznej, OG - grupa pacjentów Oddziału Geriatrycznego, ZOL- grupa pacjentów Zakładu Opieki Leczniczej SWR -grupa uczestników Stowarzyszenie Wyrazów Razem, PZERI-grupa uczestników Polskiego Związku Emerytów i Inwalidów).

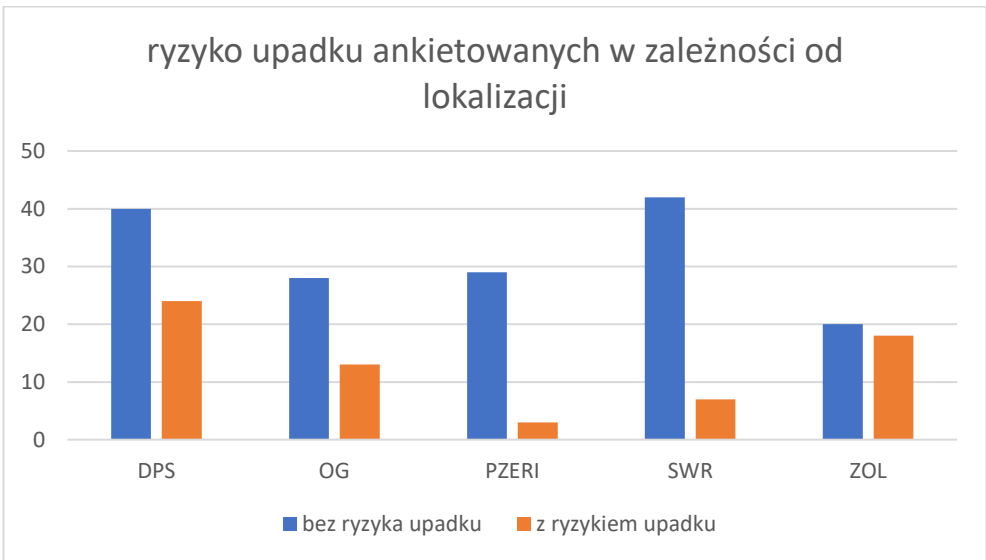


Rycina 2.związek między oceną nastroju w stosunku do skali GDS interpretacja dotyczy badanych grup. (DPS - grupa pensjonariuszy Domów pomocy Społecznej, OG - grupa pacjentów Oddziału Geriatrycznego, ZOL- grupa pacjentów Zakładu Opieki Leczniczej). Rycina opisuje -105 poddanych testowi, 119 badanych nie uczestniczyli w niej , z przyczyny uzyskania mniejszej lub równej ilości punktów niż 19. Ukazana na wykresie obserwacja statystyczna nastroju u całości osób badanych w granicach przyjętych kryteriów podziałów.

## Ocena testu „Wstań i idź”

W teście „Wstań i idź” średnia ilość punktów ankietowanych wynosiła 16,96 (mediana 14,00; zakres: 9-56 sekund). Bez ryzyka upadków (czas realizacji testu do 14 sekund) w całej grupie było 159 osób (71%). Z ryzykiem upadków (21 - 85 punktów) było 65 osób (29%).

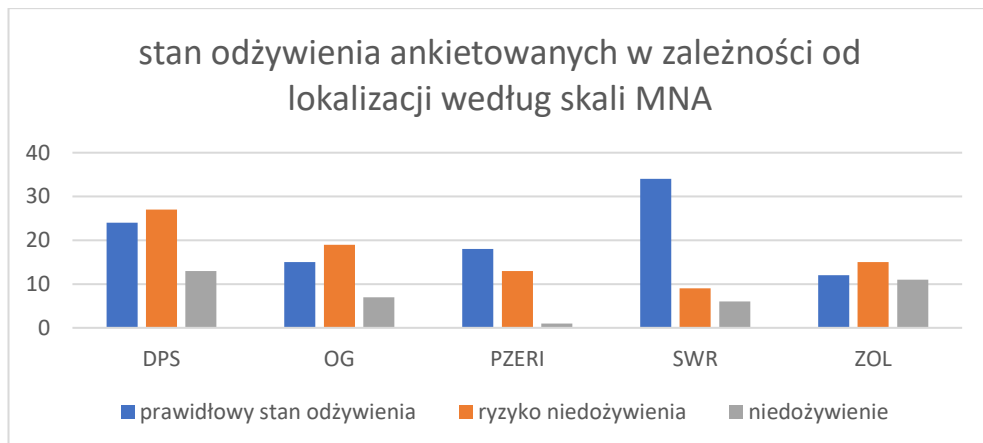
Dokładne porównanie danych dotyczących ryzyka upadku przedstawia Ryc. 3.



Rycina 3 zależność między oceną ryzyka upadków z testem „wstań i idź” - interpretacja dotyczy wszystkich badanych grup (DPS - grupa pensjonariuszy Domów pomocy Społecznej, OG - grupa pacjentów Oddziału Geriatrycznego, ZOL - grupa pacjentów Zakładu Opieki Leczniczej SWR - grupa uczestników Stowarzyszenie Wyrazów Razem, PZERI - grupa uczestników Polskiego Związku Emerytów i Inwalidów).

## Stan odżywienia osób starszych w stosunku do testu MNA

Średni wynik ankietowanego w skali MNA równy był 22,67 ( mediana 23,00; zakres: 7 - 30 punktów). Poprawny stan odżywienia- (MNA od 24 włącznie do 30 punktów) miało 103 osoby (46%). Zagrożenie niedożywieniem (od 17 do 24 punktów) wykazywało 83 ankietowanych (37%) i niedożywione było (mniej niż 17 punktów) 38 osób (17%). 27 ankietowanych (46%), a z niedożywieniem zmagало się 7 osób (17%). Ryc.4.



Rycina 4. Przedstawienie dobrego stanu odżywienia, ryzykiem wystąpienia niedożywienia i zmagające się z niedożywieniem w badanych grupach (DPS - grupa pensionariuszy Domów pomocy Społecznej, OG - grupa pacjentów Oddziału Geriatrycznego, ZOL - grupa pacjentów Zakładu Opieki Leczniczej SWR - grupa uczestników Stowarzyszenie Wyrazów Razem, PZERI - grupa uczestników Polskiego Związku Emerytów i Inwalidów). Ukazana na wykresie obserwacja statystyczna jest związana z oceną stanu odżywienia u całości osób badanych w granicach przyjętych kryteriów podziałów.

## Ilość zjadanych dziennie posiłków, a stan odżywienia

Wśród badanych, którzy spożywają po dwa posiłki codziennie było 5 ankietowanych (45%) o prawidłowym stanie odżywienia. Z ryzykiem niedożywienia było 4 osoby (36%). Z niedożywieniem było 2 badanych (19%). Średnia wynosiła 22,09 (mediana: 22; zakres: 17 - 30).

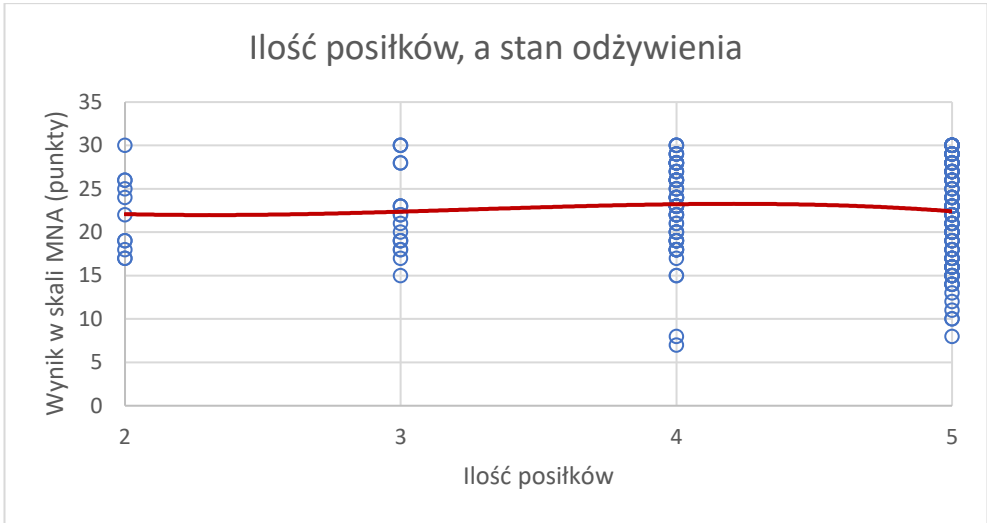
W grupie respondentów, którzy spożywali po trzy posiłki dziennie było 5 osób (26%) o dobrym stanie odżywienia. Z zagrożeniem niedożywienia było 12 osób (63%). Z niedożywieniem było 2 ankietowanych (11%). Średnia wynosiła 22,37 (mediana: 22; zakres: 15 - 30).

Pośród badanych, którzy spożywali po cztery posiłki dziennie było 38 osób (51%) o prawidłowym stanie odżywienia. Z ryzykiem niedożywienia było 32 badanych (43%). Z niedożywieniem było 5 osób (6%). Średnia wynosiła 23,23 (mediana: 24; zakres: 7 - 30).

W grupie badanych, którzy spożywali po pięć posiłków w ciągu dnia było 55 osób (46%) o dobrym stanie odżywienia. Z zagrożeniem niedożywienia było 35 osób (29%). Z niedożywieniem było 29 ankietowanych (25%). Średnia sięgała 22,41 (mediana: 23; zakres: 8 - 30).

Osoby jedzące 4 posiłki wykazują nieco lepszy stan odżywienia, od reszty grup (2,3,5 posiłków).

Dokładne porównanie danych dotyczących stanu odżywienia, a ilością spożywanych posiłków u ankietowanych umieszczono na Ryc.5.



Rycina 5 Zależność między ilością spożywanych posiłków, a stanem odżywienia u osób starszych - pomiar w skali MNA.

### Ilość zażywanych leków, a stan odżywienia

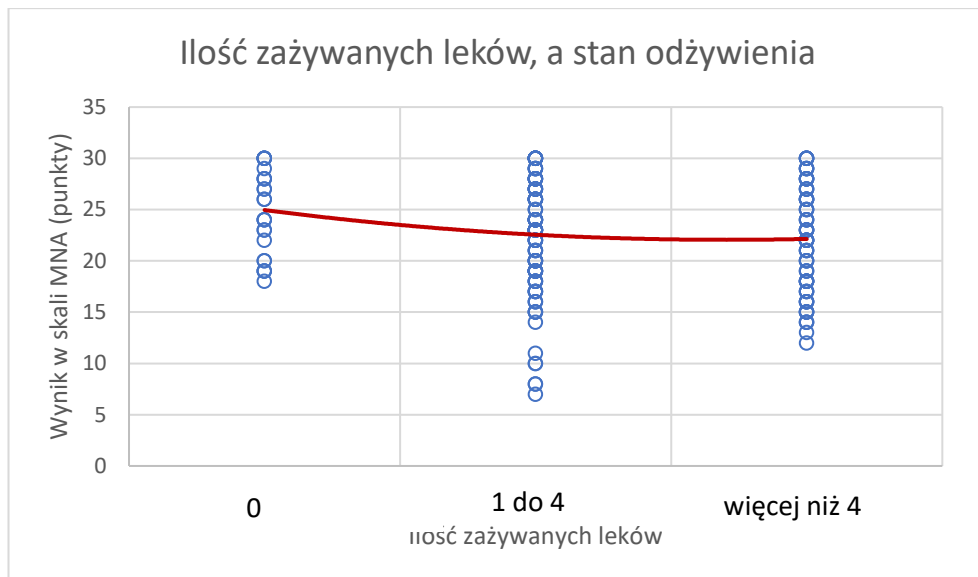
W całej grupie wśród osób, które nie brały leków było 16 ankietowanych z prawidłowym stanem odżywienia (64%), z ryzykiem niedożywienia było 9 osób (36%), z niedożywieniem nie było badanych – średnia: 24,96 (mediana: 26; zakres: 18 - 30).

W ankietowanej grupie osób przyjmujących od 1 do 4 leków na dobę było 52 osób (46%) z dobrym odżywianiem, z zagrożeniem niedożywienia było 43 osób (38%), z niedożywieniem było 19 ankietowanych (16%) – średnia: 22,55 (mediana: 23; zakres: 7 - 30).

Wśród osób, które zażywały więcej niż 4 leki przy z prawidłowym odżywianiem było 35 badanych (41%), zagrożenie niedożywienia było u 31 badanych (36%), z niedożywieniem było 19 osób (23%) – średnia: 22,14 (mediana: 22; zakres: 12 - 30).

Stwierdzono zależność między stanem odżywienia, a ilością zażywanych leków. Wraz ze wzrostem ilości zażywanych leków, pogarsza się średni stan odżywiania.

Dokładne porównanie danych dotyczących ilości przyjmowanych leków przez ankietowanych, a odżywianiem umieszczono na Ryc.6.



Rycina 6. Zależność między ilością przyjmowanych leków przez ankietowanych a odżywianiem u osób starszych - pomiar w skali MNA.

### Sprawność samoobsługowa w podstawowych aktywnościach życia codziennego, a stan odżywienia

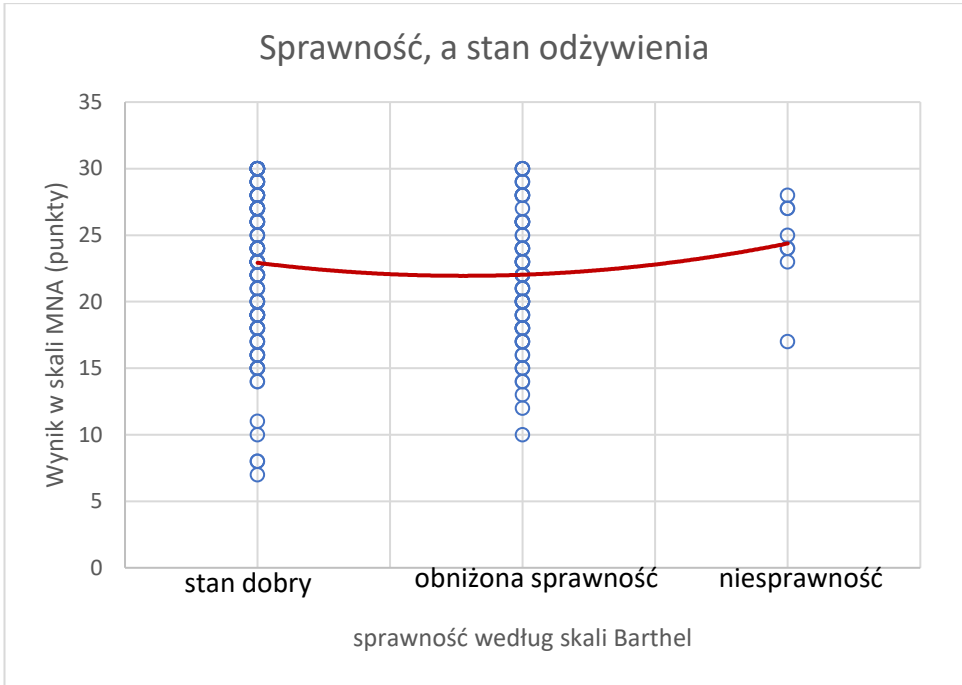
Wśród badanych, którzy mieli dobry stan organizmu było 67 ankietowanych (48%) o prawidłowym stanie odżywienia. Z ryzykiem niedożywienia było 49 osób (35%). Z niedożywieniem było 23 badanych (17%). Średnia wynosiła 22,92 (mediana: 23; zakres: 7 - 30).

W grupie respondentów, którzy mieli obniżoną sprawność było 30 osób (39%) o dobrym stanie odżywienia. Z zagrożeniem niedożywienia było 33 osób (43%). Z niedożywieniem było 14 ankietowanych (18%). Średnia wynosiła 22,03 (mediana: 22; zakres: 10 - 30).

Pośród badanych, którzy są niesprawni było 6 osób (74%) o prawidłowym stanie odżywienia. Z ryzykiem niedożywienia był 1 badany (13%). Z niedożywieniem była 1 osoba (13%). Średnia wynosiła 24,38 (mediana: 24,5; zakres: 17 - 28).

Osoby w stanie niesprawności mają teoretycznie najlepszy stan odżywienia, natomiast należy zwrócić uwagę na małą licznosc tej grupy, następną są osoby w stanie dobrym, w trochę gorszym od nich stanie odżywienia są osoby o obniżonej sprawności.

Dokładne porównanie danych dotyczących stanu odżywienia, a sprawnością umieszczono na Ryc.7.



Rycina 7. Zależność między sprawnością, a stanem odżywieniem u osób starszych - pomiar w skali MNA.

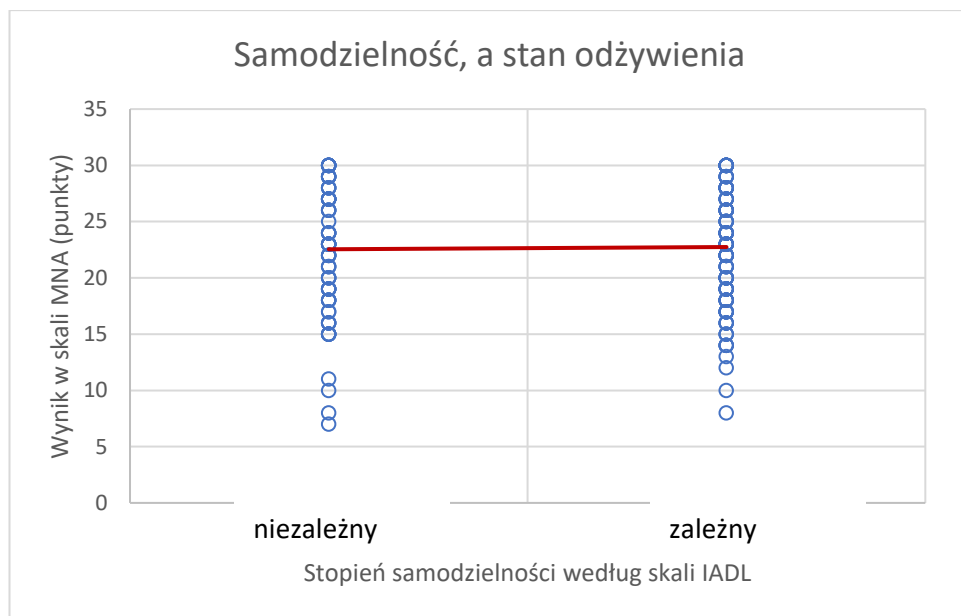
### Sprawność samoobsługowa w złożonych aktywnościach życia codziennego, a stan odżywienia

Wśród respondentów, którzy są niezależni było 38 ankietowanych (45%) o prawidłowym stanie odżywienia. Z ryzykiem niedożywienia było 31 osób (36%). Z niedożywieniem było 16 badanych (19%). Średnia wynosiła 22,54 (mediana: 23; zakres: 7 - 30).

Pośród ankietowanych, którzy są zależni było 65 osób (47%) o właściwym stanie odżywienia. Z zagrożeniem niedożywienia było 52 osób (37%). Z niedożywieniem było 22 ankietowanych (16%). Średnia wynosiła 22,74 (mediana: 23; zakres: 8 - 30).

Nie ma wyraźnej zależności pomiędzy samodzielnością, a stanem odżywienia.

Dokładne porównanie danych dotyczących stanu odżywienia, a samodzielnością umieszczono na Ryc.8.



Rycina 8. Zależność między samodzielnością a stanem odżywienia u osób starszych - pomiar w skali MNA.

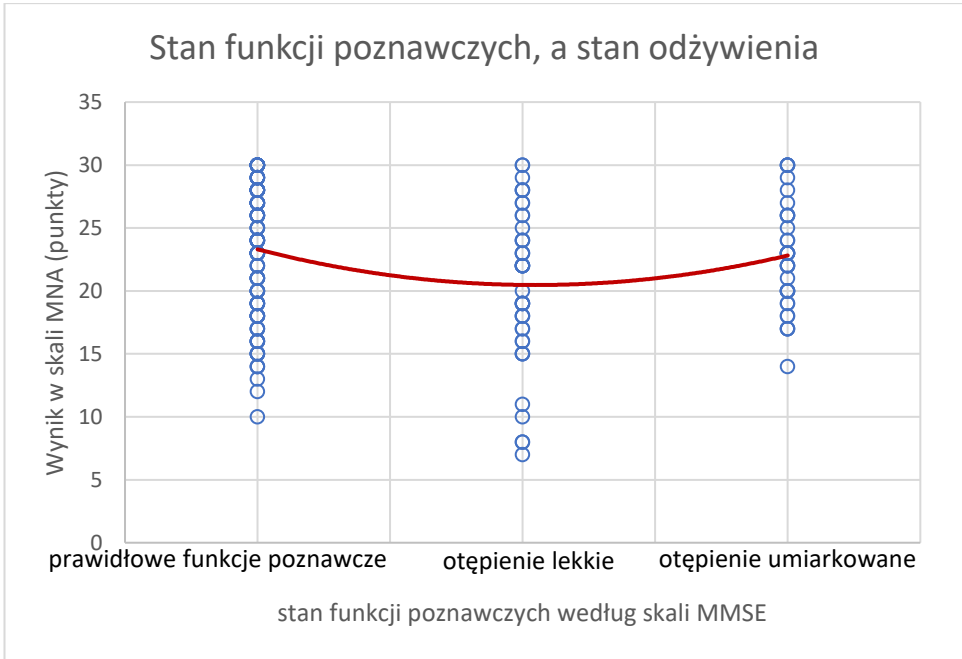
## Stan funkcji poznawczych, a stan odżywienia

Pośród ankietowanych mających prawidłowe funkcje poznawcze było 75 ankietowanych (53%) o dobrym stanie odżywienia. Z ryzykiem niedożywienia było 45 osób (32%). Z niedożywieniem było 22 badanych (15%). Średnia wynosiła 23,30 (mediana:24; zakres:10 - 30).

Wśród osób zmagających się z otępieniem lekkim było 14 osób (32%) o dobrym stanie odżywienia. Z zagrożeniem niedożywienia było 18 osób (41%). Z niedożywieniem było 12 ankietowanych (27%). Średnia wynosiła 20,48 (mediana: 22; zakres: 7 - 30).

W grupie badanych chorujących na otępienie umiarkowane było 14 osób (37%) o właściwym stanie odżywienia. Ryzyko niedożywienia było u 20 badanych (53%). Z niedożywieniem borykały się 4 osoby (10%). Średnia wynosiła 22,82 (mediana: 23; zakres: 14 - 30).

Najlepszy stan odżywienia wykazują osoby o prawidłowych funkcjach poznawczych, osoby z otępieniem umiarkowanym odżywiają się nieco gorzej, wyraźnie gorzej odżywione są osoby wykazujące otępienie lekkie. Dokładne porównanie danych dotyczących stanu odżywienia, a stanem funkcji poznawczej umieszczono na Ryc .9.



Rycina 9. Zależność między stanem funkcji poznawczej a odżywieniem u osób starszych – pomiar w skali MNA.

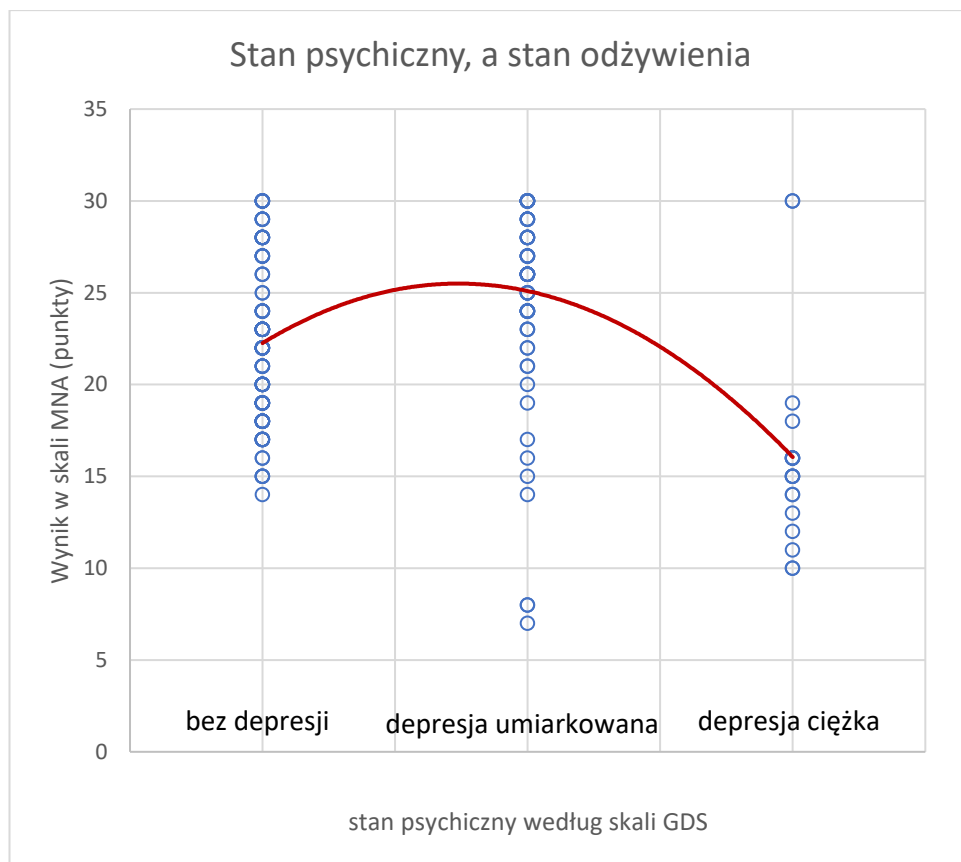
## Stan psychiczny, a stan odżywienia

Wśród uczestników badania, którzy nie chorowali na depresję było 41 ankietowanych (32%) o prawidłowym stanie odżywienia. Z ryzykiem niedożywienia było 72 osób (56%). Z niedożywieniem było 15 badanych (12%). Średnia wynosiła 22,26 (mediana: 22; zakres: 14 - 30).

W grupie badanych chorujących na depresję umiarkowaną było 60 osób (79%) o dobrym stanie odżywienia. Z zagrożeniem niedożywienia było 9 osób (12%). Z niedożywieniem było 7 ankietowanych (9%). Średnia wynosiła 25,09 (mediana: 26; zakres: 7 - 30).

Wśród respondentów badania, którzy mieli depresję ciężką były 2 osoby (10%) o prawidłowym stanie odżywienia. Z ryzykiem niedożywienia było 2 badanych (10%). Z niedożywieniem było 16 osób (80%). Średnia wynosiła 16,05 (mediana: 15; zakres: 10 - 30).

Najlepszy stan odżywienia wykazują osoby umiarkowaną depresją, osoby bez depresji są gorzej odżywiane, natomiast ankietowani w ciężkiej depresji mają znacznie pogorszony stan odżywienia. Ryc nr 10.



Rycina 10. Zależność między depresją a stanem odżywienia u osób starszych

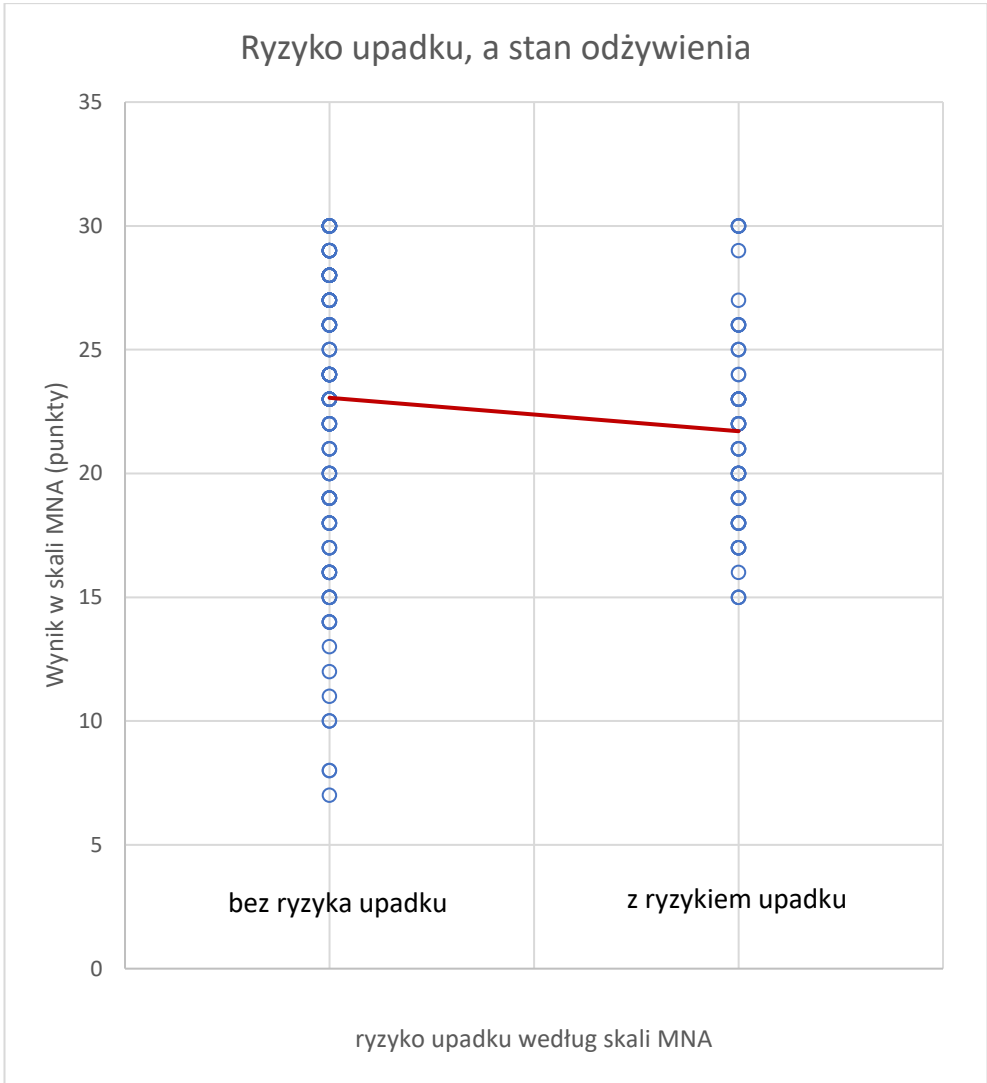
## Ryzyko upadków, a stan odżywienia

W całej grupie znajdowały się osoby, wśród osób które były zagrożone upadkiem przy prawidłowym stanie odżywienia było 17 ankietowanych (26%), z ryzykiem niedożywienia było 39 badanych (60%), z niedożywieniem było 9 osób (14%) – średnia 21,71 (mediana: 22; zakres: 15-30).

U ankietowanych bez ryzyka upadku było 86 badanych (54%) z prawidłowym stanem odżywienia, z zagrożeniem niedożywienia było 44 osoby (28%), z niedożywieniem było 29 ankietowanych (18%) – średnia: 23,06 (mediana: 24; zakres: 7 - 30).

Osoby nie wykazujące ryzyka upadku mają średnio lepszy stan odżywienia od osób, u których takie ryzyko występuje.

Dokładne porównanie danych dotyczących ryzyka upadku, a odżywianiem umieszczono na rycinie Ryc.10.



Rycina 11. Zależność między ryzykiem upadku a odżywianiem u osób starszych - pomiar w skali MNA.

### **Współczynniki hematologiczne i biochemiczne krwi żyłnej u pacjentów Oddziału Geriatrycznego i Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.**

Przeprowadzona analiza nie potwierdziła związku pomiędzy parametrami laboratoryjnymi krwi żyłnej a wynikami respondentów w skali MNA.

Dokładne porównanie danych dotyczących wskaźników biochemicznych i hematologicznych przedstawiono w Tab. 1 -2.

tab. 1. Związek między stężeniem hemoglobiny, a stanem odżywienia u osób starszych według skali MNA.

Oddział Geriatryczny				
stan odżywienia	stan dobry		ryzyko niedożywienia i niedożywienie	
hemoglobina	liczba ankietowanych	procent całości	liczba ankietowanych	procent całości
w granicach wartości ref.	4	13%	26	87%
powyżej wartości ref.	5	100%	0	0%
poniżej wartości ref	6	100%	0	0%
Zakład Opieki Leczniczej				
stan odżywienia	stan dobry		ryzyko niedożywienia i niedożywienie	
hemoglobina	liczba ankietowanych	procent całości	liczba ankietowanych	procent całości
w granicach wartości ref.	12	52%	11	48%
powyżej wartości ref.	0	0%	7	100%
poniżej wartości ref	0	0%	8	100%
poniżej wartości ref	0	0%	5	100%

tab. 2. Związek między stężeniem cholesterolu, a stanem odżywienia u osób starszych według skali MNA.

Oddział Geriatryczny				
stan odżywienia	stan dobry		ryzyko niedożywienia i niedożywienie	
cholesterol	liczba ankietowanych	procent całości	liczba ankietowanych	procent całości
w granicach wartości ref.	10	48%	11	52%
powyżej wartości ref.	2	22%	7	78%
poniżej wartości ref	3	27%	8	73%
Zakład Opieki Leczniczej				
stan odżywienia	stan dobry		ryzyko niedożywienia i niedożywienie	
cholesterol	liczba ankietowanych	procent całości	liczba ankietowanych	procent całości
w granicach wartości ref.	9	53%	8	47%
powyżej wartości ref.	3	33%	6	67%
poniżej wartości ref	0	0%	12	100%
w granicach wartości ref.	5	21%	19	79%
powyżej wartości ref.	7	50%	7	50%

Przeprowadzona analiza nie potwierdziła związku pomiędzy parametrami laboratoryjnymi krwi żyłnej a wynikami respondentów w skali MNA.

## Dyskusja

Temat niedożywienia u osób w podeszłym wieku zajmuje uwagę wielu naukowców w różnych ośrodkach na całym świecie. Podobnie jak my szukali zależności pomiędzy stanem odżywienia, a warunkami środowiskowymi, bytowymi i zdrowotnymi. Problem niedożywienia u osób starszych jest często niezauważalny, dlatego też ważne jest działania prewencyjne i lecznicze, które umożliwiają prawidłowe i regularne monitorowanie odżywienia ludzi starszych [4].

W przedstawionych autorskich badaniach występuje zależność pomiędzy stanem odżywienia, a tym czy osoba starsza mieszkająca w powiecie częstochowskim przebywa w środowisku domowym, lub w państwowych i prywatnych placówkach medycznych.

Podobne badania przeprowadzono przez Guigoza na mieszkańcach Szwajcarii [5]. Ankietowani przebywali w środowisku domowym i w placówkach zdrowotnych. Badanie wykazało, że osoby starsze przebywające w domu miały minimalne zagrożenie niedożywieniem w porównaniu do pacjentów znajdujących się na oddziale lub placówkach opiekuńczych. Jest to bardzo ważne spostrzeżenie, które potwierdza powyższe autorskie badanie.

Naukowcy Katedry Biologii Doświadczalnej z Cegliori pod kierunkiem R. Buffa zamieścili w *W.J Nutr Zdrowe Starzenie* artykuł dotyczący tego problemu. Przeprowadzili badania i zestawili wyniki stanu odżywienia wg MNA z wiekiem i płcią osób starszych. Naukowcy z Włoch przebadali w Sardynii [6] 100 kobiet i 100 mężczyzn, którzy ukończyli 70 lat. Także stwierdzili, że pogorszenie stanu odżywienia wynikało z wieku. Najwyższe zagrożenie niedożywienia było u ankietowanych w zaawansowanym wieku. Mamy podobne wyniki w temacie wpływu wieku na odżywienie. W przypadku przedstawionej powyższej autorskiej publikacji nie ma wyraźnej zależności pomiędzy płcią, a stanem odżywienia. W przytoczonym badaniu zauważono również że odżywienie było lepsze u mężczyzn.

Porównując parametry socjo-demograficzne do uzyskanych wyników można przytoczyć badanie wykonane na grupie 700 ankietowanych, przeprowadzone w północnych Włoszech pod kierunkiem Wydziału Nauk Medycznych i Chirurgii Uniwersytetu w Brescii [7].

Z tego badania wynika, że ryzyko wystąpienia niedożywienia, ma związek z podstawowym wykształceniem, niedobłą sytuacją finansową i małą aktywnością. W autorskich wynikach nie zauważono wyraźnej, jednoznacznej zależności pomiędzy wskaźnikami biochemicznymi i hematologicznymi, a stanem odżywienia. Jednak spostrzeżenia wykazały, że na stan odżywienia ma wpływ ilość zażywanych leków. Tego tematu dotyczą również badania

przeprowadzone w Finlandii. Patronował temu badaniu Wydział Zdrowia Publicznego i Nauk Opiekuńczych, Uniwersytet w Upsali-Szwecja [8]. W tym badaniu osoby przyjmujące ponad 5 leków codziennie były narażone na niedożywienie i ryzyko wystąpienia niedożywienia. Co 2 osoba miała ten problem zdrowotny. Osoby jedzące 4 posiłki wykazują nieco lepszy stan odżywienia, od reszty grup.

Osoby nie wykazujące ryzyka upadku mają średnio lepszy stan odżywienia, od osób u których takie ryzyko występuje. W ramach swoich badań zauważono, że ryzyko upadków wiązało się z zaburzeniami odżywiania, a zagrożenie obniżenia stanu odżywienia łączyło się z ryzykiem upadków. Analiza badań innych autorów [9] sugeruje, że poprawny stan odżywienia jest związany z dobrą funkcjonalnością osób badanych w każdym aspekcie, co wpływa na obniżenie ryzyka upadków.

W przeprowadzonym autorskim badaniu najlepszy stan odżywienia wykazują osoby z umiarkowaną depresją, osoby bez depresji są gorzej odżywione, natomiast ankietowani w ciężkiej depresji mają znacznie pogorszony stan odżywienia. Potwierdzeniem przedstawionych powyżej autorskich obserwacji są badania przeprowadzone przez Chistine Smoliner [10] z Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii i Endokrynologii w Berlinie- Niemcy.

## Wnioski

1. Osoby starsze badanej populacji powiatu częstochowskiego posiadają niewystarczającą wiedzę w zakresie prawidłowego żywienia. W czasie przeprowadzania ankiet, badani często pytali o prawidłowe zasady żywienia i aktywności fizycznej.
2. Nie stwierdzono zależności pomiędzy stanem odżywienia, a niesprawnością osób w starszym wieku. Trudno jest jasno stwierdzić czy nieprawidłowe odżywianie jest przyczyną niesprawności. Części składowych sprawności funkcjonalnej nie powinno się rozpatrywać w rozłączeniu od reszty.
3. Występuje zależność między niedożywieniem, a depresją, zwiększonym ryzykiem upadków, obniżoną sprawnością w zakresie funkcji poznawczych osób w starszym wieku. Wskazuje to na konieczność zrobienia przesiewowej oceny odżywienia w momencie zmniejszonej sprawności funkcjonalnej.
4. Istnieje zależność pomiędzy stanem odżywienia osób mieszkających w środowisku domowym, a przebywającymi w publicznych placówkach medycznych. Nieprawidłowy stan odżywienia był minimalnym problemem u badanych osób przebywających w środowisku domowym. Przede wszystkim problem ten dotyczył pacjentów oddziału geriatrycznego i zakładu opiekuńczo leczniczego.

5. Występują zależności pomiędzy parametrami medycznymi, a stanem odżywienia osób w wieku starszym. Nie stwierdzono aby poniższe czynniki wpływały na odżywienie badanych: parametry laboratoryjne krwi żyłnej, ilość chorób przewlekłych, witamina D3, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, wysoki cholesterol, Parkinson, wzdęcia, zgaga.
6. Występują zależności pomiędzy parametrami socjo-demograficznymi, a stanem odżywienia osób w wieku starszym. Płeć badanego nie wpływa na odżywienie.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Guo Y., Guan T., Shafiq K., et al.: Mitochondrial dysfunction in aging. *Ageing Res Rev.* 2023 Jul;88:101955. doi: 10.1016/j.arr.2023.101955. Epub 2023 May 15. PMID: 37196864.
- [2] Alomari E., Steinke C.: Quality of life in assisted living facilities for seniors: A descriptive exploratory study. *Nurs Open.* 2024 Mar; 11(3): e2084. doi: 10.1002/nop.2.2084. PMID: 38429879; PMCID: PMC10907605.
- [3] Friedman SM.: Lifestyle (Medicine) and Healthy Aging. *Clin Geriatr Med.* 2020 Nov;36(4):645-653. doi: 10.1016/j.cger.2020.06.007. Epub 2020 Aug 19. PMID: 33010900.
- [4] Saletti A., Lindgren E.Y., Johansson L. i wsp.: Nutritional status according to mini nutritional assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. *Gerontology.* 2000, 46 : 139 - 45.
- [5] Guigoz Y.: The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging.* 2006, 10 : 466 - 85.
- [6] Buffa R., Floris G., Lodde M. i wsp.: Nutritional status in the healthy longeval population from Sardinia (Italy). *J Nutr Health Aging.* 2010, 14 : 97 - 102.
- [7] Timpini A., Facchi E., Cossi S. i wsp.: Self-reported socio-economic status, social, physical and leisure activities and risk for malnutrition in late life: a crosssectional population-based study. *J Nutr Health Aging.* 2011, 15 : 233 - 238.
- [8] Ghisla MK., Cossi S., Timpini A. i wsp.: Predictors of successful rehabilitation in geriatric patients: subgroup analysis of patients with cognitive impairment. *Aging Clin Exp Res.* 2007, 19 : 417 - 423..
- [9] Grieger J.A., Nowson C.A., Ackland L.M.: Nutritional and functional status indicators in residents of a long-term care facility. *J Nutr Elder.* 2009, 28 : 47 - 60.
- [10] Zhai Y., Li D., Wang D., Chistine Smoliner.: Seniors' Physical Activity in Neighborhood Parks and Park Design Characteristics. *Front Public Health.* 2020 Jul 29;8:322. doi: 10.3389/fpubh.2020.00322. PMID: 32850576; PMCID: PMC7403175.

Katarzyna Kozłowska, Gabriela Kotyla, Iwona Strzelczyk, Paulina Puchała

## ***WARTOŚĆ DIALOGU W ZAWODZIE PIELEŃ- GNIARKI / PIELEŃGNIARZA***

### **Streszczenie**

Praca omawia znaczenie dialogu w pracy pielęgniarki i pielęgniarza. Dialog stanowi podstawę relacji z pacjentem, wspiera proces leczenia oraz umożliwia skuteczną współpracę w zespole terapeutycznym. W pracy przedstawiono istotę dialogu, znaczenie komunikacji interpersonalnej, rolę empatii, bariery komunikacyjne oraz znaczenie dialogu w edukacji zdrowotnej i opiece długoterminowej. [6]

**Słowa kluczowe:** dialog, komunikacja interpersonalna, pielęgniarstwo, pacjent [4]

### **Abstract**

The paper discusses the importance of dialogue in the work of nurses. Dialogue forms the basis of the relationship with the patient and supports the treatment process as well as cooperation within the therapeutic team. The article presents the essence of dialogue, the role of interpersonal communication, empathy, communication barriers and the importance of dialogue in health education. [1]

**Keywords:** dialogue, interpersonal communication, nursing, patient [1]

### **Wstęp**

Zawód pielęgniarki i pielęgniarza należy do grupy zawodów zaufania publicznego. Oznacza to, że osoby wykonujące go nie tylko świadczą usługi medyczne, ale przede wszystkim pełnią misję pomocy drugiemu człowiekowi. Pielęgniarstwo nie ogranicza się do czynności technicznych czy podawania leków ale jego istotą jest kontakt z człowiekiem, rozmowa, zrozumienie i wsparcie.

Jednym z najważniejszych elementów tej relacji jest dialog, który rozumiany jest jako wymiana myśli, emocji i informacji między pielęgniarką a pacjentem. Pozwala on budować zaufanie, poczucie bezpieczeństwa oraz wspiera proces leczenia. [1]

Celem artykułu jest ukazanie wartości dialogu w pracy pielęgniarki i pielęgniarza – zarówno w relacji z pacjentem, jak i w kontaktach zawodowych z personelem medycznym. W pracy zostaną omówione znaczenie komunikacji interpersonalnej, rola empatii, bariery dialogu, znaczenie edukacyjne i wychowawcze oraz sposoby doskonalenia dialogu w praktyce zawodowej. [7]

## **Istota dialogu w relacjach międzyludzkich**

Słowo dialog pochodzi z języka greckiego – dia oznacza „przez”, a logos „słowo” lub „rozum”. Oznacza więc wymianę myśli i zrozumienie poprzez rozmowę. Nie jest on tylko rozmową, ale formą spotkania dwóch osób, które wzajemnie się słuchają i szanują swoje poglądy.

W ujęciu pedagogicznym i psychologicznym dialog oznacza otwartość, empatię i gotowość do przyjęcia drugiego człowieka takim, jaki jest. Martin Buber – filozof dialogu – podkreślał, że prawdziwy kontakt między ludźmi opiera się na relacji „Ja–Ty”, w której obie strony są wobec siebie autentyczne i równe. [5]

Dialog w pracy pielęgniarki stanowi podstawę kontaktu z pacjentem. Umożliwia poznanie jego potrzeb, lęków, oczekiwań, ale też wspiera w zrozumieniu procesu leczenia. Jego wartość polega na tym, że buduje most porozumienia między światem pacjenta a światem medycyny, sprzyja poczuciu bezpieczeństwa i umożliwia pacjentowi aktywny udział w procesie leczenia.

Przykład praktyczny:

- Pielęgniarka rozmawia z pacjentem, który przed zabiegiem chirurgicznym obawia się znieczulenia. Dzięki spokojnemu dialogowi może wyjaśnić pacjentowi kolejne etapy znieczulenia, uspokoić go, odpowiadając na wszystkie pytania, a także zredukować lęk przed operacją. [1]

## **Komunikacja interpersonalna w pielęgniarstwie**

Komunikacja interpersonalna jest podstawowym narzędziem pracy pielęgniarki. Obejmuje zarówno komunikację werbalną (słowa, ton głosu, pytania, wyjaśnienia), jak i niewerbalną (mimika, gesty, kontakt wzrokowy, postawa ciała, dotyk).

W kontakcie z pacjentem niezwykle ważne jest, aby pielęgniarka potrafiła jasno i spokojnie przekazywać informacje, ale także słuchać. Słuchanie aktywne pozwala pacjentowi poczuć się zauważonym i rozumianym.

Efektywna komunikacja ma ogromne znaczenie w opiece pielęgniarstwie, ponieważ:

- redukuje lęk i stres pacjenta,
- zwiększa współpracę w procesie leczenia,
- zapobiega błędom medycznym,
- poprawia relacje w zespole terapeutycznym. [4]

W dialogu ważna jest nie tylko treść wypowiedzi, ale i sposób, w jaki jest ona przekazywana. Pielęgniarka powinna mówić z szacunkiem, cierpliwością i spokojem, dostosowując język do możliwości pacjenta, szczególnie w przypadku osób starszych, chorych psychicznie lub dzieci.

Dodatkowo, umiejętność obserwacji mowy ciała pacjenta pozwala pielęgniarce reagować na niewerbalne sygnały, które często zdradzają ból, lęk lub niezadowolenie. [1]

Przykłady praktyczne:

- Pacjent starszy z zaburzeniami słuchu – pielęgniarka mówi powoli, głośniej, patrząc w oczy pacjenta, powtarza ważne informacje i sprawdza, czy pacjent je zrozumiał.
- Pacjent dziecko, które boi się pobrania krwi – pielęgniarka stosuje prosty język, tłumaczy krok po kroku, używa pozytywnych komunikatów, np. „Będziemy robić to razem, będzie krótko i bezpiecznie”, co zmniejsza lęk dziecka.

### **Dialog w relacji pielęgniarka–pacjent**

Relacja pielęgniarki z pacjentem jest kluczowa dla skutecznej opieki. W jej centrum znajduje się dialog, który pozwala budować atmosferę zaufania i współpracy.

Podstawą skutecznego dialogu jest aktywne słuchanie. Pielęgniarka powinna wsłuchiwać się w słowa, ton głosu i mowę ciała pacjenta, aby lepiej zrozumieć jego potrzeby. Równie ważna jest także empatia, czyli zdolność wczuwania się w emocje drugiego człowieka.

Dialog z pacjentem nie może ograniczać się do przekazywania zaleceń medycznych. Powinien on obejmować również wsparcie emocjonalne, zrozumienie obaw i motywowanie do przestrzegania zaleceń terapeutycznych. [7]

Przykład praktyczny

- Pacjent po operacji serca może odczuwać lęk przed rehabilitacją. Pielęgniarka, prowadząc spokojny i pełen empatii dialog, może wyjaśnić etapy leczenia, odpowiedzieć na pytania pacjenta i wspólnie ustalić plan codziennej aktywności. Taka rozmowa zwiększa poczucie kontroli pacjenta nad własnym zdrowiem i przyspiesza proces rekonwalescencji. [7]

### **Rola dialogu w zespole terapeutycznym**

Dialog odgrywa równie ważną rolę w komunikacji między członkami zespołu medycznego. Skuteczna opieka nad pacjentem wymaga współpracy lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, psychologów i innych specjalistów.

Brak komunikacji lub błędna wymiana informacji może prowadzić do nieporozumień, a w konsekwencji do błędów medycznych. Dlatego w zespole terapeutycznym powinien opierać się na zasadach wzajemnego szacunku, zaufania i otwartości.

Pielęgniarka, jako osoba najczęściej mająca bezpośredni kontakt z pacjentem, pełni ważną rolę pośrednika w komunikacji pomiędzy chorym a lekarzem. Umiejętność jasnego przekazywania informacji, a także reagowania na potrzeby pacjenta, wymaga wysokiej kompetencji dialogicznej.

Dialog wewnątrz zespołu ma także znaczenie wychowawcze i wspierające. Pozwala na wymianę doświadczeń, wspólne rozwiązywanie problemów oraz rozwijanie empatii zawodowej. [7]

Przykłady praktyczne:

- Pielęgniarka zauważa zmiany w stanie pacjenta i zgłasza je lekarzowi, używając precyzyjnego języka, opisując objawy i wyniki obserwacji. Dzięki dialogowi lekarz szybciej podejmuje decyzję terapeutyczną.
- Konflikt w zespole medycznym dotyczący harmonogramu opieki nad pacjentem – pielęgniarka moderuje rozmowę, wyjaśnia stanowiska stron i pomaga znaleźć kompromis, zapewniając spójność działań zespołu. [1]

### **Dialog a etyka zawodowa pielęgniarki**

Dialog w zawodzie pielęgniarki jest ściśle powiązany z zasadami etyki zawodowej. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP podkreśla obowiązek poszanowania godności i autonomii pacjenta, co bezpośrednio wiąże się z koniecznością prowadzenia z nim dialogu.

Zawód pielęgniarki jest zawodem zaufania publicznego, co oznacza, że każda osoba wykonująca ten zawód musi kierować się dobrem pacjenta, szacunkiem i uczciwością. Dialog stanowi praktyczne narzędzie realizacji tych wartości.

Ponadto, pomaga pielęgniarce w rozwiązywaniu dylematów moralnych i zawodowych. Wymiana poglądów z pacjentem, rodziną czy współpracownikami pozwala podejmować decyzje w sposób bardziej świadomy i zgodny z zasadami etyki. [8]

Przykłady praktyczne:

- Pacjent odmawia leczenia – pielęgniarka prowadzi rozmowę wyjaśniając konsekwencje decyzji, przy tym szanując autonomię pacjenta.
- W sytuacji konfliktu między pacjentem a rodziną, pielęgniarka ułatwia dialog, pomagając pacjentowi i rodzinie dojść do porozumienia, zachowując etyczne standardy opieki. [1]

### **Znaczenie dialogu w edukacji zdrowotnej i opiece długoterminowej**

Jednym z ważnych zadań pielęgniarki jest edukacja zdrowotna pacjenta i jego rodziny. Dialog w tym obszarze odgrywa kluczową rolę, ponieważ umożliwia przekazywanie informacji w sposób zrozumiały i dostosowany do poziomu wiedzy odbiorcy.

Dzięki niemu pacjent może aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia, zadawać pytania i wyrażać wątpliwości. Taka komunikacja sprzyja większej samodzielności chorego oraz zwiększa jego motywację do przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

W opiece długoterminowej, gdzie pielęgniarka towarzyszy pacjentowi przez dłuższy czas, dialog nabiera szczególnego znaczenia. Pozwala utrzymać relację opartą na zaufaniu, empatii i wzajemnym zrozumieniu, co pozytywnie wpływa na komfort psychiczny pacjenta i skuteczność opieki. [2]

Przykład praktyczny:

- w opiece nad osobami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi pielęgniarka prowadzi regularne rozmowy z pacjentem i jego rodziną, wyjaśnia zmiany w stanie zdrowia, udziela porad dotyczących pielęgnacji i wspiera emocjonalnie.

Takie działania zwiększają poczucie bezpieczeństwa, zmniejszają lęk oraz poprawiają współpracę pacjenta i rodziny z zespołem medycznym.

- Pacjent z cukrzycą – pielęgniarka tłumaczy zasady diety i samokontroli poziomu cukru, używając pytań otwartych, aby pacjent aktywnie uczestniczył w procesie edukacji.
- Opieka nad pacjentem przewlekle chorym w domu – pielęgniarka prowadzi regularne rozmowy z pacjentem i rodziną, tłumacząc codzienną pielęgnację i zmiany w stanie zdrowia, co zwiększa bezpieczeństwo i komfort pacjenta.

## **Bariery dialogu w zawodzie pielęgniarki**

Pomimo świadomości znaczenia dialogu, w praktyce zawodowej pielęgniarki często napotykają na bariery komunikacyjne. Do najczęstszych należą:

- brak czasu – zbyt duża liczba obowiązków ogranicza możliwość rozmowy z pacjentem,
- zmęczenie i stres personelu,
- różnice językowe i kulturowe,
- stan zdrowia pacjenta (np. ból, zaburzenia świadomości),
- brak umiejętności komunikacyjnych lub obawy przed trudnymi rozmowami. [4]

Pokonanie tych trudności wymaga od pielęgniarek rozwijania kompetencji interpersonalnych, a także wsparcia ze strony instytucji ochrony zdrowia, na przykład poprzez organizację szkoleń, superwizji czy lepsze planowanie pracy.

Dodatkowo, skuteczne przezwyciężanie barier wymaga także umiejętności obserwacji, cierpliwości oraz stosowania odpowiednich technik komunikacyjnych, takich jak pytania otwarte, potwierdzanie zrozumienia i dostosowanie języka do możliwości pacjenta.

Przykłady praktyczne:

- Pacjent w bólu – pielęgniarka stosuje krótkie komunikaty, często potwierdzając zrozumienie, zamiast długiego wyjaśniania procedur.
- Pacjent z zaburzeniami poznawczymi – pielęgniarka korzysta z powtarzania informacji i wsparcia wizualnego (rysunki, schematy), aby umożliwić efektywny dialog. [1]

### **Dialog a rozwój kompetencji zawodowych pielęgniarki**

Dialog pełni również funkcję edukacyjną i wspiera rozwój kompetencji zawodowych pielęgniarek. Umiejętność prowadzenia rozmowy, słuchania pacjenta i reagowania na jego potrzeby jest kluczowa w podnoszeniu jakości opieki.

Szkolenia z zakresu komunikacji interpersonalnej, empatii, asertywności czy rozwiązywania konfliktów są elementem kształcenia zawodowego pielęgniarek. Pozwalają nie tylko rozwijać umiejętności, ale także przygotowują do trudnych sytuacji zawodowych, takich jak rozmowy z pacjentami w stanie kryzysu, rodzinami wymagającymi wsparcia czy współpracownikami w sytuacjach napięć w zespole. [7]

Przykłady praktyczne:

- Pielęgniarka po szkoleniu z komunikacji interpersonalnej lepiej radzi sobie z pacjentami agresywnymi, stosując techniki deeskalacji konfliktu.
- Regularne sesje superwizji i omówienie przypadków pacjentów pozwalają pielęgniarkom rozwijać umiejętności prowadzenia dialogu w trudnych sytuacjach. [1]

### **Znaczenie dialogu w pracy z rodziną pacjenta**

Rodzina pacjenta często odgrywa kluczową rolę w procesie leczenia i rekonwalescencji. Dialog z nią pozwala na:

- przekazywanie istotnych informacji o stanie zdrowia pacjenta,
- edukację w zakresie opieki i pielęgnacji w warunkach domowych,
- wsparcie emocjonalne zarówno dla pacjenta, jak i członków rodziny,
- współpracę w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia i dalszej rehabilitacji. [3]

Pielęgniarka, prowadząc dialog z rodziną, nie tylko zwiększa skuteczność opieki, ale także wspiera poczucie bezpieczeństwa i komfort psychiczny pacjenta. Przykładem jest opieka nad osobami starszymi, przewlekle chorymi lub pacjentami po urazach, gdzie zaangażowanie rodziny w proces leczenia jest niezbędne.

Przykłady praktyczne:

- Pacjent w stanie pooperacyjnym – pielęgniarka tłumaczy rodzinie, jak wspierać pacjenta w domu, jak postępować w razie komplikacji, co zmniejsza stres rodziny i pacjenta.
- Pacjent przewlekle chory – pielęgniarka organizuje krótkie rozmowy edukacyjne z rodziną na temat rehabilitacji i pielęgnacji, zwiększając efektywność terapii. [1]

### **Praktyczne strategie doskonalenia dialogu w pracy pielęgniarki**

Aby dialog w pracy pielęgniarki był skuteczny, warto stosować kilka praktycznych wskazówek:

1. Aktywne słuchanie – poświęcenie pełnej uwagi pacjentowi, powtarzanie jego wypowiedzi własnymi słowami w celu upewnienia się, że dobrze zrozumiano jego potrzeby.
2. Empatyczne reagowanie – wyrażanie zrozumienia dla emocji pacjenta i okazanie wsparcia.
3. Dostosowanie języka – używanie prostego, zrozumiałego języka, unikanie specjalistycznego żargonu medycznego.
4. Stosowanie pytań otwartych – pozwalających pacjentowi na swobodne wyrażenie myśli i uczuć.
5. Obserwacja niewerbalna – uważne śledzenie mowy ciała, mimiki i gestów pacjenta.
6. Refleksja nad rozmową – po każdej interakcji pielęgniarka powinna analizować przebieg dialogu i w razie potrzeby poprawiać swoje podejście. [1]

Dzięki stosowaniu tych strategii dialog staje się skutecznym narzędziem zarówno w komunikacji z pacjentem, jak i w relacjach zespołowych.

Przykłady praktyczne:

- Pacjent z demencją – pielęgniarka używa prostych słów, powtarza informacje i używa gestów, aby umożliwić zrozumienie i współpracę.
- Pacjent dziecięcy – stosowanie historii i metafor w rozmowie, aby wyjaśnić procedury medyczne w sposób przyjazny i zrozumiały.

- Pacjent po udarze – prowadzenie dialogu wspierającego, w którym pielęgniarka zachęca pacjenta do powtarzania ćwiczeń i motywuje do rehabilitacji. [1]

## **Zakończenie**

Dialog jest nieodłącznym elementem pracy pielęgniarki i jednym z najważniejszych narzędzi profesjonalnej opieki. Umożliwia skuteczną komunikację z pacjentem, wspiera budowanie relacji opartych na zaufaniu, szacunku i empatii, a także pozwala na przekazywanie wiedzy i edukację zdrowotną.

Dzięki dialogowi pielęgniarka może w pełni realizować swoje powołanie zawodowe, troszcząc się nie tylko o zdrowie fizyczne, ale również o dobrostan psychiczny pacjenta. Prawdziwe pielęgniarstwo to nie tylko wykonywanie czynności medycznych, lecz także towarzyszenie człowiekowi w jego cierpieniu, lęku i niepewności, co możliwe jest tylko poprzez otwartą, empatyczną i profesjonalną rozmowę.

Dialog jest więc nie tylko narzędziem pracy, ale także wartością samą w sobie – wyrazem humanizmu, troski i profesjonalizmu w pielęgniarstwie. [7]

## **BIBLIOGRAFIA**

- [1] Kwiatkowska A, Krajewska-Kułak E, Panka W. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2016:15-48.
- [2] Kózka M, Płaszewska-Żywko L. Podstawy pielęgniarstwa. T. 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2017:82-115.
- [3] Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K red. Podstawy pielęgniarstwa. T. 1-2. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2013:55-97.
- [4] McCabe C, Timmins F. Communication Skills for Nursing Practice. Bloomsbury Academic, London, 2013:34-68.
- [5] Jarosz M red. Psychologia lekarska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011:101-126.
- [6] Kępiński A. Poznanie chorego. Wydawnictwo Literackie, Kraków, 2002:44-73.
- [7] Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2012:132-168.
- [8] Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039 z późn. zm.).

**Abdulkali KAYMAZ, Recep Tayyip ORUÇ**

***PARAMEDIC EDUCATION AND CAREER PATHS  
IN THE TURKISH EDUCATION SYSTEM***

***EDUKACJA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH  
I ŚCIEŻKI KARIERY W TURECKIM  
SYSTEMIE EDUKACJI***

**Streszczenie**

Celem niniejszego artykułu jest ocena edukacji ratowników medycznych (paramedyków) w tureckim systemie edukacji w świetle przepisów prawnych i rozwoju historycznego. Edukacja paramedyczna w Turcji rozpoczęła się w 1993 roku na Uniwersytecie Dokuz Eylül. Obecnie jest to dwuletni program studiów (Associate Degree) oferowany przez wyższe szkoły zawodowe. Program nauczania obejmuje nauki podstawowe, resuscytację, urazy i praktyki kliniczne. Absolwenci pracują w stacjach pogotowia ratunkowego 112, na oddziałach ratunkowych szpitali oraz w zespołach ratownictwa medycznego (UMKE). Ramy prawne zawodu zostały wzmocnione regulacjami z 2009 roku, które nadały ratownikom uprawnienia do wykonywania zaawansowanych zabiegów medycznych, takich jak intubacja i defibrylacja.

**Słowa kluczowe:** Paramedyk, Turcja, Edukacja medyczna, Służby ratunkowe, 112.

**Abstract**

The aim of this article is to evaluate paramedic education in the Turkish education system in the light of legislation and historical development. Paramedic education in Turkey started in 1993 at Dokuz Eylül University. Today, it is a two-year Associate Degree program provided by vocational schools of health services. The curriculum covers basic sciences, resuscitation, trauma, and clinical practices. Graduates work in 112 emergency stations, hospital emergency services, and National Medical Rescue Teams (UMKE). The legal framework of the profession was strengthened by the 2009 regulation, granting paramedics the authority to perform advanced medical interventions such as intubation and defibrillation.

**Keywords:** Paramedic, Turkey, Medical education, Emergency services, 112.

## **Introduction**

Pre-hospital emergency health services are of vital importance in terms of saving lives and preventing disability in cases of illness or accidents. In the process of professionalizing these services in Turkey, the profession of "First and Emergency Aid Technician," commonly known as "Paramedic," plays a key role. The emergency health system in Turkey generally resembles the Anglo-American model, which is based on the principle of "scoop and run," aiming to transport the patient to the hospital as quickly as possible with intervention at the scene. The success of this model depends on the education of qualified health personnel as well as equipped ambulances. This study examines the history, curriculum structure, legal framework, and career opportunities of paramedic education in the Turkish education system.

## **Historical Development**

Paramedic education in Turkey began in 1993 within the body of Dokuz Eylül University Vocational School of Health Services. Established by modeling the education system of Cambrian College in Canada, this program was initially named "Ambulance and Emergency Care Technician". The program produced its first graduates in 1995. While this education was provided in a small number of universities initially, it became widespread after the 2000s. A significant turning point in the development of the profession was the commencement of paramedic employment by the Ministry of Health in 2004. Today, education is provided under the name "First and Emergency Aid" in more than 139 universities across the country.

## **Education System and Curriculum**

Paramedic education in Turkey is a 2-year associate degree program provided in Vocational Schools of Health Services (SHMYO) affiliated with universities. In the education process, students are required to complete a total of 120 ECTS (European Credit Transfer System) credits over 4 semesters.

The curriculum has an intensive structure blending theoretical knowledge and practical skills. In the first year, basic medical courses such as Anatomy, Physiology, and Medical Terminology are provided alongside introductory courses like Physical Education and Emergency Health Services. In the second year and subsequent terms, specific courses that increase professional competence are included. These include Emergency Patient Care

---

(I-II-III), Resuscitation, Trauma, Pharmacology, Ambulance Service Education, and Advanced Life Support Practices.

In addition to theoretical courses, students receive scenario-based simulation training on mannequins. Furthermore, according to the Council of Higher Education (YÖK) criteria, students must complete a mandatory summer internship covering 30 working days to graduate. These internships are generally carried out in 112 Emergency Health Stations or hospital emergency services.

### **Legal Framework and Authorities**

The duties and authorities of paramedics have been expanded through legal regulations made over time. The most important regulation strengthening the legal basis of the profession is the "Communiqué on the Working Principles and Procedures of Ambulance and Emergency Care Technicians and Emergency Medical Technicians," published in 2009. With this communiqué, the authority of paramedics to perform emergency medical interventions in ambulances without a physician was legally secured.

According to the legislation, paramedics have the authority to perform intravenous access, basic and advanced airway management (intubation), ensure trauma stabilization, and administer emergency drugs determined by the Ministry. Additionally, they can perform electrical treatments such as ECG recording, rhythm evaluation, defibrillation, and external pacemaker application.

### **Career Paths and Employment**

There is a wide employment area in Turkey for graduates of the paramedic program. Graduates primarily serve in 112 Emergency Health Services stations and Command Control Centers affiliated with the Ministry of Health. In addition, they can work in the emergency services of university, public, and private hospitals, private ambulance companies, and municipal ambulance services.

Paramedics can also play an active role in special units such as the National Medical Rescue Team (UMKE), which operates in disasters and extraordinary situations. With the regulation change made in 2021, it became legal for paramedics who have received UMKE training to be assigned to stations that will provide priority health services in disaster situations.

For graduates who wish to pursue an academic career, there is the "Vertical Transfer Exam" (DGS) opportunity. Associate degree graduates can transfer to 4-year undergraduate programs such as Nursing, Emergency Aid and Disaster Management, or Health Management through this exam, complete their education to the undergraduate level, and subsequently become academics by completing master's and doctoral degrees.

## **Conclusion**

Paramedic education in Turkey has been developed based on the Canadian model since 1993 and has reached its current modern structure supported by national legislation. The 2-year associate degree education, where theory and practice are intertwined, provides graduates with the competence to perform life-saving interventions in the pre-hospital field. Paramedics, whose powers have been clarified with legal regulations, have become an indispensable part of the Turkish health system.

## **REFERENCES**

- [1] Şimşek P, Günaydın M, Gündüz A. Pre-Hospital Emergency Health Services: The Case of Türkiye. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences* 2019;8(1):120-127.
- [2] Güneşer R. Assessment of the Development Process of the First and Emergency Aid Technician Profession in Turkey within the Framework of National Legislation. *Journal of Pre-Hospital* 2022;7(1):15-35.
- [3] Özcan C, Ertuğrul B, Sarugan M. Paramedics in Emergency Medical Services in Turkey. *Sağlık ve Toplum* 2023;33(1):24-30.
- [4] Süleyman Demirel University. First and Emergency Aid Program Course Contents. 2020. Available at: <https://eshmyo.sdu.edu.tr/assets/uploads/sites/177/files/ilk-ve-acil-yardim-ders-icerikleri-yeni-11032020.pdf>.
- [5] Ministry of Health. Communiqué on the Working Principles and Procedures of Ambulance and Emergency Care Technicians and Emergency Medical Technicians. *Official Gazette* 2009;27181.
- [6] Ministry of Health. Regulation on Job and Duty Descriptions of Health Professionals and Other Professionals Working in Health Services. *Official Gazette* 2014;29007.

**Hatice Sude Kaklık, Ramazan Aslan**

***NURSING EDUCATION  
AND CAREER PATHWAYS IN TÜRKİYE  
EDUKACJA PIELEŃNIARSKA  
I ŚCIEŻKI KARIERY W TURCJI***

**Streszczenie**

Pielęgniarstwo w Turcji rozpoczęło proces profesjonalizacji dzięki inicjatywom dr. Besima Ömera Paszy, a pierwsza krajowa szkoła pielęgniarstwa powstała w 1925 roku. Edukacja na poziomie uniwersyteckim rozpoczęła się w 1955 roku na Uniwersytecie Ege. Obecnie kształcenie pielęgniarek trwa co najmniej cztery lata i łączy nauczanie teoretyczne z praktyką kliniczną w oparciu o standardy kompetencyjne. Po ukończeniu studiów licencjackich dostępne są programy magisterskie (z tezą lub bez) oraz doktoranckie, które mają na celu podniesienie umiejętności przywódczych pielęgniarek i jakości opieki. Ścieżki kariery są zorganizowane w trzech głównych obszarach: zatrudnienie w sektorze publicznym poprzez egzamin KPSS, rekrutacja oparta na kompetencjach w sektorze prywatnym oraz kariera akademicka na uniwersytetach.

**Słowa kluczowe:** edukacja pielęgniarstwa, kariera pielęgniarstwa, Turcja

**Abstract**

Nursing in Türkiye began its professionalization process through the initiatives of Dr. Besim Ömer Pasha, with the first national nursing school established in 1925. University level education started in 1955 at Ege University. Today, nursing education consists of a minimum of four years, combining theoretical instruction with clinical practice based on competency standards. Following undergraduate studies, master's (with or without thesis) and doctoral programs are available to enhance nurses' leadership skills and quality of care. Career pathways are structured in three main domains: appointment to the public sector via KPSS, competency-based recruitment in the private sector, and academic careers in universities.

**Keywords:** Nursing Education, Nursing Career, Türkiye

## **Introduction**

Nursing has existed as a community service for many years, and it emerged with the aim of improving the health of people and providing care when they are sick [2]. Although the history of nursing dates back far into past, one of the first steps toward professional nursing in Türkiye was taken by Dr. Besim Ömer Pasha. In 1907 Dr. Besim Ömer Pasha attended the Red Cross Conference in London as a Turkish delegate. He was influenced by the importance given to this conference Nightingale and nursing [1].

After that in 1911, nursing courses lasting six months were opened and Turkish women who completed the course participated in the care of wounded soldiers. In 1913 and 1914, a large number of Turkish women continued to attend these nursing courses.

The Kızılay Nursing School which is the first national nursing school of Türkiye was established; thanks to the efforts of Dr. Besim Ömer Pasha in 1925 [1].

In higher education, nursing education in Türkiye first began in 1955 with the establishment of the Ege University School of Nursing, followed by Hacettepe University and Istanbul University Florence Nightingale School of Nursing in 1961 [3].

## **Undergraduate Nursing Education**

The most critical stage in enabling the nursing profession to provide high-quality healthcare services to society is qualified education. Therefore, it is essential that nursing education is planned, implemented, and evaluated according to established standards [5]. High-quality and well-structured nursing education is the most important prerequisite for educating nurses who deliver safe care to society. In recent years, innovative nursing education programs often described as competency-based or skills-based education have emerged as a result of the need for change and improvement in preparing nurses who can best meet the healthcare needs of society [5].

In Türkiye, during the 2024-2025 academic year, there are 187 nursing programs (166 taught in Turkish and 21 taught in English) offered within 169 universities [5].

Nursing education consists of a minimum of four years or 4,600 hours of theoretical and clinical training. At least one-third of the total educational duration is allocated to theoretical instruction, while half is devoted to clinical practice. Accordingly, nurses play a vital role within the healthcare team [6].

---

## POSTGRADUATE NURSING EDUCATION

### Master's Education in Nursing

It is stated that as the quality and quantity of post-graduation education improve, nurses' knowledge and skills related to patient care, as well as their roles such as leadership and advocacy, will become more prominent. Through the knowledge and skills gained in post-graduation education, nurses are able to apply professional philosophy, scientific approaches, and various care models in clinical settings, and can assume the role of leading health professionals in initiating change within healthcare services [3].

In Türkiye, graduate education in nursing at the level of higher education began at Hacettepe University in 1968. Today, the number of these programs is increasing rapidly. Master's degree programs can be conducted in two formats: with thesis and without thesis [3].

A thesis-based master's program consists of at least seven courses totaling no fewer than twenty-one credits, one seminar course, and a thesis study [7]. The program consists of four semesters and must be completed within a maximum of six semesters [7].

### Doctoral Education in Nursing

Doctoral education in nursing at the higher education level also began at Hacettepe University in 1972. The aim of the doctoral program in nursing is to equip students with the ability to conduct independent research, critically analyze and interpret scientific phenomena from a broad and in-depth perspective, and identify the necessary steps to achieve new syntheses [3].

In Türkiye, the minimum admission requirements for doctoral programs in nursing are determined by the Council of Higher Education Regulation on Graduate Education and Training. The minimum requirements include holding a thesis-based master's degree, having a valid ALES (Academic Personnel and Graduate Education Entrance Examination) score (the score type required for the program is determined by the relevant university senate), and obtaining at least 55 points from an internationally recognized foreign language examination accepted as equivalent [4].

In addition to these requirements, universities may request a minimum undergraduate and/or graduate grade point average (GPA) (at least 3.00/4.00), the results of a scientific evaluation and/or interview, clinical and/or academic letters of reference, and a written statement of purpose explaining the

applicant's motivation for pursuing doctoral studies, as determined by university senate decisions [4].

## **Postgraduate Nursing Career Pathways**

In Türkiye, professional employment and career pathways following undergraduate nursing education are primarily structured around three main domains: public health services, the private sector, and academia.

The most dominant model of employment for graduates is appointment to hospitals and community health centers affiliated with the Ministry of Health through a centralized placement system based on the Public Personnel Selection Examination (KPSS) score. This mechanism is generally prioritized by graduates due to the job security and standardized working conditions it provides.

While practicing professionally, nurses also have the opportunity to pursue postgraduate education and obtain the title of specialist nurse by completing a master's degree. In addition, nurses may work in certain specialized units by obtaining certificates in specific fields. Diabetes Nursing, Stoma and Wound Care Nursing, Intensive Care Nursing, and Dialysis Nursing are among the most common examples of such specialized areas.

In contrast, the private health sector offers a dynamic alternative by providing opportunities for specialization in areas such as intensive care, surgical services, and health management, employing competency-based recruitment processes including interviews and résumé evaluations.

As a third career pathway, academia requires the completion of postgraduate education (master's and doctoral degrees) and is structured around academic criteria such as the Academic Personnel and Graduate Education Entrance Examination (ALES) and foreign language proficiency. This pathway aims to train researchers and educators for positions in universities. Furthermore, in line with evolving health policies and industrial needs, alternative fields such as occupational health nursing and health education also play a significant role in diversifying the nursing workforce.

## **Conclusion**

Qualified and well-structured education is the most critical prerequisite for delivering safe healthcare services that meet society's needs. Nursing education in Türkiye has shown significant development, evolving from six-month courses to the doctoral level. Certificate programs in specialized areas such

as diabetes and intensive care, along with postgraduate education, allow nurses to specialize and take on more effective roles within the healthcare team. Consequently, the nursing profession continues to contribute to the healthcare system by training both researchers and clinicians through postgraduate education based on academic criteria and diversified career routes.

## REFERENCES

- [1] Fatma Tanrikulu, Ayşe Çevirme. The Past and Present of Modern Nursing in Türkiye. *Journal of Nursing Science & Practice*. 2019; 9(3): 34–39p.
- [2] Karabulut, N. (2022). Nursing in Türkiye. *NURSE*, 209.
- [3] Ergöl, Ş. (2011). Türkiye'de yükseköğretimde hemşirelik eğitimi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, (3), 152-155.
- [4] Dikmen M, Ulupınar S. Farklı Ülkelerdeki Hemşirelikte Doktora Programlarının Karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2022; 15(2): 207-218.
- [5] HEMED & HEPDAK. (2025). Hemşirelik eğitimi sorunlarına yönelik HEMED-HEPDAK eylem planı: 2025-2029.
- [6] Yükseköğretim Kurulu [YÖK]. (2018). Hemşirelik lisans eğitimi çalıştay raporu.
- [7] Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği. (2016, 20 Nisan). T.C. Resmî Gazete (Sayı: 29690).

## ***AUTORZY ARTYKUŁÓW***

- **Abdubaki Kaymaz:** student pielęgniarstwa, Ağrı Ibrahim Çeçen Universitesi
- **Agnieszka Zalas:** mgr pielęgniarstwa, mgr pedagogiki oraz specjalistka pielęgniarstwa opieki paliatywnej, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Bożena Boborowska:** mgr pielęgniarstwa, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, Opiekun Koła Naukowego WSZ
- **Bożena Kosińska:** dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa i mgr administracji, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Celestyna Janik:** studentka pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Ewa Telenga:** studentka pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Gabriela Kotyla:** mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Hatice Sude Kakkık:** studentka pielęgniarstwa, Sakarya Universitesi
- **Iwona Rutkowska:** dr inż. w dziedzinie fizyki, mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Iwona Strzelczyk:** mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Joanna Wojtyra:** dr inż., Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Justyna Zjawińska:** mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Katarzyna Kozłowska:** studentka pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Krystyna Mizerska:** dr n. o zdr., Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Krystyna Żwirska-Korczała:** Prof. dr hab. nauk medycznych, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Maria Ostańska:** mgr dietetyki Ostańska Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

- **Marta Szymik:** mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Paulina Puchała:** mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Ramazan Aslan:** student pielęgniarstwa, Ağrı Ibrahim Çeçen Üniversitesi
- **Recep Tayyip Oruç:** student pielęgniarstwa, Ağrı Ibrahim Çeçen Üniversitesi
- **Weronika Howaniec:** mgr pielęgniarstwa, absolwent Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management

