



OŠETROVATEĽSTVO BEZ HRANÍC IV.

Zborník plných textov
zo IV. Celoslovenskej konferencie
s medzinárodnou účasťou
Belianske dni ošetrovateľstva

16. – 17. 10. 2014

Lukáš Kober, Dana Zrubcová, Andrea Bratová

ISBN 978-80-89542-45-1

Tatranská Kotlina, 2014

Recenzenti/ Recenzenci

dr n. med. Mariola Głowacka (PL)

dr n. med. Beata Haor (PL)

mgr Renata Mroczkowska (PL)

dr n. ekon. Bogusława Serzysko (PL)

Mgr. Zuzana Šenkárová, PhD. (SK)

Mgr. Ivana Harvanová (SK)

PhDr. Mária Kožuchová, PhD. (SK)

PhDr. Dana Zrubcová, PhD. (SK)

PhDr. Andrea Bratová, PhD. (SK)

ISBN 978-80-89542-45-1

EAN 9788089542451

© Copyright Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Preklady/ Tłumaczenia: mgr Wojciech Nyklewicz

Zostavil/ Skład: PhDr. Lukáš Kober, PhD.

Vydavateľ/ Wydawca:



Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Amurská 71

Bratislava 821 06

ZNENIE CELÝCH PRÍSPEVKOV

(IN EXTENZO)

**Editori uverejnili celé znenie len tých príspevkov, ktoré autori odovzdali do stanoveného dátumu pred konaním samotnej konferencie.
Za údaje a prípadné chyby sú zodpovední autori príspevkov.**

Organizátori:

Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o. (SK)

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SK)

Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek Vysoké Tatry (SK)

Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie (PL)

Slovenská komora zdravotníckych záchranárov (SK)

Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby SR (SK)

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku (SK)

Vysoká škola polytechnická Jihlava (CZ)

Miesto konania:

Sanatórium Tatranská Kotlina, n. o., Vysoké Tatry

Organizačný výbor:

PhDr. Lukáš Kober, PhD.

Mgr. Ivana Harvanová

Bc. Vladimír Siska

Zuzana Brežinová

Helena Kočová

Mgr. Danka Halečková

Bc. Simona Hlavenková

mgr Wojciech Nyklewicz

Janka Plučinská

Mgr. Jana Guldenová

Vedecký výbor:

PhDr. Lukáš Kober, PhD. (SK)

Mgr. Ivana Harvanová (SK)

PhDr. et. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD. (SK)

Mgr. Zuzana Šenkárová, PhD. (SK)

PhDr. Mária Kožuchová, PhD. (SK)

Mgr. Iveta Lazorová, dipl. p.a. (SK)

doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD. (SK)

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD. (CZ)

doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD. (CZ)

dr n. med. Mariola Głowacka (PL)

dr n. med. Beata Haor (PL)

mgr Renata Mroczkowska (PL)

dr n. ekon. Bogusława Serzysko (PL)

SLOVO NA ÚVOD

Zborník plných textov príspevkov zo IV. Belianskych dní ošetrovateľstva nám prináša množstvo kvalitých príspevkov vedeckého charakteru tematicky zameraných na problematiku agresivity, komunikácie, psychohygieny, záchrany života a úlohách sestry a zdravotníckeho záchranára v prednemocničnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti, varia. Problematika agresivity je v našich zdravotníckych zariadeniach stále aktuálnejšia, ale nedostatočne komunikovaná a riešená. Preto sme sa chceli zamerať práve na témy, ktoré nás zdravotníckych pracovníkov trápia pri našej práci. S agresivitou úzko súvisia aj témy ako mobbing, profesionálne vyhorenie, problematika komunikácie, či kvalitná psychohygiena. Veríme, že sme účastníkom konferencie ponúkli kvalitné témy, kvalitné diskusie a opäť pootvorili hranice v rámci myšlienky ošetrovateľstva bez hraníc. Belianske dni ošetrovateľstva boli opäť niečím výnimočným. Dokázali sme odstrániť informačnú bariéru medzi sestrami a zdravotníckymi záchranármi. Nevedomosť nás často ženie k triešteniu a práve tu sme dokázali opak. 16.10. 2014 si Európa pripomenula Európsky deň záchrany života v rámci podujatia „Vaše ruky môžu zachrániť život Vašich blízkych“ a nám túto skutočnosť pri kvalitných workshopoch pripomenuli záchranári a operátori záchranej zdravotnej služby. Ošetrovateľstvo bez hraníc sa v tento deň zmenilo na záchranárov bez hraníc, čo nás motivuje k intenzívnejšej spolupráci v rámci spoločného vzdelávania aj v budúcnosti. Veríme, že spoločne uchopíme nové výzvy a podporíme ďalšie aktivity.

Organizačný výbor

OBSAH

WSPÓLNA PRACA OCHRONIE ZDROWIA POPŁACA – RATOWNIK MEDYCZNY I PIELĘGNIARKA SYSTEMU W POLSKIM PAŃSTWOWYM RATOWNICTWIE MEDYCZNYM JAKO DOBRY ZESPÓŁ TERAPEUTYCZNY	11
<i>Uplatňovanie spolupráce v rámci terapeutického tímu v oblasti zdravotnej starostlivosti medzi zdravotníckym záchranárom a sestrou v poľskom systéme záchranej zdravotnej služby</i>	
Ewa Adamska, Małgorzata Filanowicz	
PROBLEMY PACJENTÓW Z POZAPALNĄ MARSKOŚCIĄ WĄTROBY WYWOŁANĄ ZAPALENIEM WĄTROBY TYPU C	21
<i>Problémy pacientov s pozápalovou cirhózou pečene vyvolanou hepatitídou typu C</i>	
Milena Bartoszyńska, Małgorzata Filanowicz	
PROBLEM AGRESJI WOBEC PIELĘGNIAREK – ANALIZA ZJAWISKA	29
<i>Problém agresivity voči sestram – analýza javu</i>	
Anna Bińkowska, Zofia Komorowska, Małgorzata Wojciechowska	
WPLYW AGRESJI PACJENTA NA ZACHOWANIA PERSONELU IZBY PRZYJĘĆ	42
<i>Vplyv agresivity pacienta na správanie zamestnancov oddelenia urgentného príjmu</i>	
Jolanta Borgosz, Bogusława Kupczak-Wiśniewska, Olga Smykał, Bogusława Serzysko	
PRZYWÓDZTWO W SŁUŻBIE ZDROWIA JAKO WYZWANIE WSPÓŁCZESNEGO ZARZADZANIA	50
<i>Manažment v zdravotníctve ako výzva moderného riadenia</i>	
Anna Burak, Andrzej Ferenc, Jacek Mućka, Jacek Tlappa	
CHOROBY DZIECI W ŚWIETLE WYNIKÓW BADAŃ LEKARZY SZKOLNYCH W OKRESIE II RZECZYPOSPOLITEJ	58
<i>Choroby detí vo svetle medicínskych výskumov počas II. Republiky</i>	
Anna Cisińska, Monika Brucka-Stempkowska	
ROLA I ZADANIA PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ W ŚWIETLE OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW	69
<i>Rola a úloha školskej sestry podľa platných predpisov</i>	
Anna Cisińska, Monika Brucka-Stempkowska	
DARUJTE KOSTNÚ DREŇ - ZACHRÁŇTE ŽIVOT! NÁRODNÝ REGISTER DARCOV KOSTNEJ DRENE SR	77
Jana Čmelová	
POZIOM WIEDZY A REALIZACJA ZAŁOŻEŃ PROZDROWOTNYCH WŚRÓD PACJENTÓW Z CHOROBAŃ NIEDOKRWIENNĄ SERCA	81
Lucyna Boratyn – Dubiel, Barbara Gugała, Dorota Gutkowska	

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ	89
<i>Úloha sestry v starostlivosti o pacienta s akútnou myeloidnou leukémiou</i>	
Małgorzata Filanowicz, Ewa Szynekiewicz, Bernadeta Cegła, Magdalena Chmara	
ROLA PIEŁĘGNIARKI W PRZYGOTOWANIU PACJENTA PO ZABIEGU REWASKULARYZACJI DO FUNKCJONOWANIA W ŻYCIU CODZIENNYM	96
<i>Úloha sestry v príprave pacienta po chirurgickej revaskularizácii po návrat do bežného života</i>	
Małgorzata Filanowicz, Karolina Wiese, Bernadeta Cegła, Ewa Szynekiewicz	
WYBRANE ASPEKTY WYPALENIA ZAWODOWEGO PIEŁĘGNIAREK	106
<i>Vybrané aspekty syndrómu vyhorenia u sestier</i>	
Dorota Jachimowicz-Gaweł (p.v. Jachimowicz-Wołoszynek), Ewa Kwiatkowska, Natalia Rząd	
KOMPETENCJE ZAWODOWE PIEŁĘGNIARKI POLSKIEJ W KONTEKŚCIE KSZTAŁCENIA PRZED I PODYPLOMOWEGO	110
<i>Odborná spôsobilosť sestier a pôrodných asistentiek v oblasti pregraduálneho a postgraduálneho vzdelávania</i>	
Mariola Głowacka, Beata Haor, Robert Ślusarz, Grażyna Rogala Pawelczyk	
ANALIZA UDZIAŁU KOMÓREK KWASOCHŁONNYCH W NACIEKU ZAPALNYM BŁONY ŚLUZOWEJ ŻOŁĄDKA I OCENA EOZYNOFILII KRWI OBWODOWEJ U PACJENTÓW Z ALERGIĄ POKARMOWĄ	114
<i>Analýza účasti eozinofilov v zápalovej infiltrácii žalúdočnej sliznice a krvných hodnotenie eozinofilie v periférnej krvi u pacientov s alergiou na potraviny</i>	
Graczyk Małgorzata, Przybyszewski Michał, Żbikowska-Gotz Magdalena, Tlappa Jacek, Mućka Jacek, Kuźmiński Andrzej, Szynekiewicz Ewa, Napiórkowska –Baran Katarzyna, Bartuzi Zbigniew	
PROBLEMY ZDROWOTNE RODZICÓW DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH -WSTĘPNE DONIESIENIA	120
<i>Zdravotné problémy rodičov detí so zdravotným postihnutím - vstupná správa</i>	
Barbara Gugała, Dorota Gutkowska, Lucyna Boratyn-Dubiel	
POZIOM WIEDZY PRACOWNIKÓW WYBRANYCH ZAKŁADÓW PRACY NA TEMAT RAKA JELITA GRUBEGO	126
<i>Úroveň vedomostí pracovníkov vybraných zariadení na tému kolorektálny karcinóm</i>	
Dorota Gutkowska, Barbara Gugała, Lucyna Boratyn-Dubiel, Agnieszka Zarych	
SAMOCENA STANU EMOCJONALNEGO SENIORÓW POZOSTAJĄCYCH POD OPIEKĄ PIEŁĘGNIARKI RODZINNEJ W ŚRODOWISKU ZAMIESZKANIA	131
<i>Sebahodnotenie emocionálneho stavu seniorov v rámci starostlivosti rodinnej sestry v domácom prostredí</i>	
Haor Beata, Głowacka Mariola, Ślusarz Robert, Rogala-Pawelczyk Grażyna	

OŠETROVATELSKÉ ASPEKTY DOMÁCEJ UMELEJ PLÚCNEJ VENTILÁCIE	133
Harvan, R., Šmihulová, Navrátilová, E.	
VYUŽITIE NOVÝCH TRENDOV LIEČENIA RÁN V PRAXI - PODTLAKOVÁ TERAPIA	137
Harvan, R., Harvanová, I.	
VYUŽÍVANIE HODNOTIACICH NÁSTROJOV V OŠETROVATELSKEJ PRAXI	141
Mária Hedvigyova, Zuzana Šenkárová	
KOMUNIKACE A PALIATIVNÍ PÉČE V PROSTŘEDÍ INTENZIVNÍ MEDICÍNY POHLEDEM SESTER	146
Helena Kisvetrová, Zdeňka Mikšová, Jana Konečná, Marcela Sekaninová	
KOMUNIKÁCIA MEDZI SESTROU A PACIENTOM AKO JADRO OŠETROVANIA CHORÝCH	150
Mária Kopáčiková	
KOMUNIKÁCIA – VÝZNAMNÝ FAKTOR V PROCESSE POSKYTOVANIA STAROSTLIVOSTI U PACIENTOV V DOMÁCOM PROSTREDÍ	154
Mária Kožuchová, Milina Bubeníková	
OPTYMIZM A OPERACJE GINEKOLOGICZNE	161
<i>Optimizmus a gynecologiczne operácie</i>	
Magdalena Lewicka	
AGRESJA PACJENTÓW A WYPALENIE ZAWODOWE PERSONELU MEDYCZNEGO	164
<i>Agresivita pacjentov a syndróm vyhorenia u zdravotníckeho personálu</i>	
Bogumiła Lubińska-Żądło, Bożena Kowalczyk, Ewa Kowalska, Stanisława Talaga	
KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ	178
Helena Moravcová, Anna Vojtová, Jana Holá	
MOBBING JAKO KLĘSKA PROFESJONALIZMU ZAWODOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W KONTEKŚCIE ZASAD ETYKI ZAWODOWEJ. PRZEGLĄD WYBRANEJ POLSKIEJ LITERATURY MEDYCZNEJ	185
<i>Mobbing ako porážka profesionality sestry a pôrodnej asistentky v kontexte zásad profesijnej etiky. Prehľad z vybranej poľskej lekárskej literatúry</i>	
Renata Mroczkowska, Bogusława Serzysko, Karina Wawros, Beata Podsiadło, Gabriela Ptaszek, Barbara Stołecka	
ALERGIA NA OWOCE I WARZYWA U DZIECI I MŁODZIEŻY	195
<i>Alergia na owoce a zeleninu u dospievajúcich detí</i>	
Gabriela Matulewska-Osika, Ewa Gawrońska-Ukleja, Natalia Ukleja-Sokołowska, Zbigniew Bartuzi	

SITUACE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V ČESKÉ REPUBLICE – ZPRÁVA Z VÝZKUMŮ	205
Pavel Novák	
KOMUNIKACJA – SPOIWO ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO	211
Wojciech Nyklewicz	
PERIOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE Z POHLEDU MANAGEMENTU OPERAČNÍCH SÁLŮ	216
Petra Pavlová, Jana Holá	
PRZYCZYNY WYJAZDÓW ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO DO BÓLU ZLOKALIZOWANEGO W KLATCE PIERSIOWEJ	220
<i>Príčiny výjazdov tímov záchrannej zdravotnej služby k bolestiam lokalizovaným na hrudi</i>	
Podsiadło Beata, Mariola Czajkowska, Iwona Gałązka, Renata Mroczkowska, Bogusława Serzysko, Violetta Skrzypulec-Plinta	
BEZPEČNĚJŠÍ MEDIKACE JE V RUKOU ZDRAVOTNÍCH SESTER	228
Eva Sedláčková, Eva Hlaváčková	
CZYNNIKI INDYWIDUALNE I ORGANIZACYJNE SPRZYJAJĄCE WYSTĘPOWANIU MOBBINGU W PODMIOTACH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ	232
<i>Individuálne a organizačné faktory ovplyvňujúce výskyt mobbingu v zdravotníctve</i>	
Bogusława Serzysko, Renata Mroczkowska, Jolanta Borgosz, Karina Wawros, Bogusława Wiśniewska, Beata Podsiadło	
WPŁYW WYBRANYCH CZYNNIKÓW NA WYDOLNOŚĆ FUNKCJONALNĄ CHORYCH WE WCZESNYM OKRESIE PO EMBOLIZACJI TĘTNIAKA ŚRÓDCZASZKOWEGO	243
<i>Vplyv vybraných faktorov na funkčnú schopnosť pacientov v ranom období po embolizácii intrakraniálnej aneurizmy</i>	
Robert Ślusarz, Agnieszka Królikowska, Renata Jabłońska, Barbara Smarszcz, Maciej Śniegocki	
ROLA PIEŁĘGNIARKI ODDZIAŁU INTENSYWNEJ TERAPII W OPIECE NAD DAWCĄ NARZĄDÓW I JEGO RODZINĄ	251
<i>Úloha sestry na JIS v rámci starostlivosti o darcu orgánov a jeho rodinu</i>	
Magdalena Śniegocka, Jolanta Kowalik, Celina Sawicka	
ZASTOSOWANIE ADRENALINY W AMPUŁKO-STRZYKAWKACH W CHOROBACH ALERGICZNYCH	262
Natalia Ukleja-Sokołowska, Ewa Gawrońska-Ukleja, Zbigniew Bartuzi, Ewa Szyrkiewicz	
PSYCHOSOCIÁLNE ASPEKTY UMIERANIA Z POHLADU SESTIER	272
Jaroslav Stančiak, Rodana Pécióvá	

CHOROBA PARKINSONA, PRZYCZYNA IZOLACJI SPOŁECZNEJ – ZAKRES I CHARAKTER POMOCY PIEŁĘGNIARSKIEJ UDZIELANEJ RODZINIE	276
<i>Parkinsonova choroba, príčina sociálnej izolácie - Rozsah a povaha pomoci poskytovaná rodine sestrou</i>	
Monika Brucka-Stempkowska, Anna Cisińska	
DYLEMATY ETYCZNE, ROLA PSYCHIKI I STATYSTYKA W OGÓLNIIE POJĘTEJ NIEPŁODNOŚCI	286
<i>Etické dilemy, úloha psychiky a všeobecné štatistiky neplodnosti</i>	
Monika Brucka-Stempkowska, Anna Cisińska	
LĘK A PORÓD PRZEDWCZESNY-ROLA POŁOŻNEJ	297
<i>Úzkosť a predčasný pôrod – rola pôrodnej asistentky</i>	
Magdalena Sulima	
POZAPŁACOWE CZYNNIKI MOTYWUJĄCE PIEŁĘGNIARKI JAKO PUNKT WYJŚCIA DO ZARZĄDZANIA	301
<i>Nefinančné motivačné faktory sestry ako východiskový bod pre riadenie zdravotníckeho zariadenia</i>	
Ewa Szynkiewicz, Małgorzata Filanowicz, Renata Jabłońska, Aleksandra Popow, Wanda Korzycka-Wilińska	
WPŁYW WYBRANYCH DETERMINANTÓW NA JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH Z REUMATOIDALNYM ZAPALENIEM STAWÓW-CZĘŚĆ II	311
<i>Vplyv vybraných faktorov na kvalitu života u pacientov s reumatoidnou artritídou-časť II.</i>	
Ewa Szynkiewicz, Małgorzata Filanowicz, Małgorzata Graczyk, Katarzyna Napiórkowska, Natalia Ukleja-Sokołowska, Bernadeta Cegła	
OSOBITOSTI ZÁCHRANY ĽUDSKÉHO ŽIVOTA V PODMIENKÁCH KONCENTRAČNÝCH TÁBOROV	322
Andrea Ševčovičová	
ANAFYLAKTICKÁ REAKCIA – intervencie rozhodujúce o živote a smrti	328
Marek Šichman	
ZVLÁDANIE AGRESÍVNEHO PACIENTA V OLÚP N.O. PREDNÁ HORA	333
Ildikó Takáčová, Marta Klimková	
CUKRZYCA TYPU 2 W PODESZŁYM WIEKU	336
<i>Cukrovka typu 2 v pokročilom veku</i>	
Stanisława Talaga, Maria Kozioł, Bogumiła Lubińska-Żądło	
ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE W PRACY PIEŁĘGNIARKI ANESTEZJOLOGICZNEJ NA BLOKU OPERACYJNYM – OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA	343
<i>Nežiaduce účinky v práci anesteziologickej sestry v operačnom úseku – perioperačná riadiaca karta</i>	
Karina Wawros, Beata Naworska, Renata Mroczkowska, Bogusława Serzysko	

ZNACZENIE HIGIENY PSYCHICZNEJ PIELĘGNIAREK W ODNIESIENIU DO TRUDNYCH SYTUACJI ZWIĄZANYCH Z WYKONYWANIEM ZAWODU 354

Význam duševného zdravia vo vzťahu k zložitým situáciám spojených s profesiou sestry

Bogusława Kupczak – Wiśniowska, Jolanta Borgosz, Bogusława Serzysko

WPŁYW PRAWIDŁOWEJ KOMUNIKACJI NA PRACĘ W ZESPOLE TERAPEUTYCZNYM 363

Účinok správnej komunikácie pre prácu v terapeutickom tíme

Małgorzata Wojciechowska, Urszula Paprocka, Jolanta Kowalik

WSPÓLNA PRACA OCHRONIE ZDROWIA POPŁACA – RATOWNIK MEDYCZNY I PIELEŃNIARKA SYSTEMU W POLSKIM PAŃSTWOWYM RATOWNICTWIE MEDYCZNYM JAKO DOBRY ZESPÓŁ TERAPEUTYCZNY

*Uplatňovanie spolupráce v rámci terapeutického tímu v oblasti zdravotnej starostlivosti medzi
zdravotníckym záchranárom a sestrou v poľskom systéme záchranej zdravotnej služby*

Ewa Adamska, Małgorzata Filanowicz

*Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa Collegium Medicu w
Bydgoszczy UMK w Toruniu*

Wstęp

W systemie polskiego ratownictwa medycznego istotny jest profesjonalizm reprezentowany przez osoby wykonujące medyczne czynności ratunkowe. Osoby mogące wykonywać te czynności to ratownicy medyczny oraz pielęgniarki systemu jak również lekarze systemu. Nieniejszy artykuł skupia się na integralności i możliwości pracy zespołowej. Prawidłowa praca zespołowa przyczynia się do lepszej a zarazem skuteczniejszej i szybszej pomocy poszkodowanemu w stanie zagrożenia życia i zdrowia.

Zarys historyczny

Korzeni ratownictwa medycznego można doszukiwać się przy wielu konfliktach zbrojnych. Pionierskiej i zarazem tak dziś nieakceptowalne metody jakimi posługiwano się kiedyś dawno odeszły do lamusa. Większość została przez dziesiątki lat udoskonalana. Chociażby za czasów wojen napoleońskich w XVIII w istniały zaczątki dzisiejszych karettek. Były to lekkie pojazdy konne które transportowały chirurgów na pole walki. Za ojca ratownictwa medycznego można uznać Henryka Dunatana. To on opracował pomysł tworzenia ochotniczych zespołów doraźnej pomocy. Możliwość zrealizowania pomysłu Dunatana dała Konwencja Genewska, która powstała 22 sierpnia 1864. Jednocześnie przyczyniła się do powstania Czerwonego Krzyża, czyli zalążka ratownictwa.

W Polsce ratownictwo medyczne sięga początkami XVII w wtedy to powstało „Cesarskie Towarzystwo Ratowania Tonących”. Z czasem rozwój organizacji przyczynił się do powstania zawodu ratownika medycznego. W związku z tym na polskich uczelniach oraz do 2014 w

szkołach policealnych powstał kierunek kształcący chętnych kandydatów do profesjonalnego niesienia pomocy.

Pielęgniarka systemu kim właściwie jest?

W systemie ratownictwa medycznego z racji zapotrzebowania personalnego ustawodawca tworząc przepisy prawne ujął również pielęgniarkę systemu. Jest to połączenie kilku dziedzin, w których absolwenci kierunku pielęgniarstwo specjalizują się. W ustawie widnieje taki zapis związany z definicją, kim jest pielęgniarka systemu:

*Pielęgniarką systemu określa się pielęgniarkę posiadającą **TYTUŁ SPECJALISTY** lub specjalizującą się w dziedzinie:*

- *Pielęgniarstwa ratunkowego,*
- *Anestezjologii i intensywnej opieki,*
- *Chirurgii,*
- *Kardiologii,*
- *Pediiatrii,*

*A także pielęgniarkę posiadającą ukończony **KURS KWALIFIKACYJNY** w dziedzinie pielęgniarstwa:*

- *Ratunkowego,*
- *Anestezjologii i intensywnej opieki,*
- *Chirurgii,*
- *Kardiologii,*
- *Pediiatrii*

*Oraz posiadającą, co najmniej **3 letni staż pracy** w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym.¹*

Spektrum działania, jakie posiada pielęgniarka systemu jest obszerne. Dla ujednoczenia możliwości działania dla wszystkich specjalizacji i kwalifikacji wymienionych powyżej został stworzony zapis prawny. Minister w drodze rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z dnia 14 listopada 2007r.). Wykonywane procedury postępowania pielęgniarki systemu nazwano w systemie ratownictwa medycznego- medycznymi czynnościami ratunkowymi. Taki sam zakres posiada ratownik medyczny z kilkoma wyjątkami.

W zakres medycznych czynności ratunkowych wchodzi:

1. Ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych.

¹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Rozdział 1 Przepisy ogólne, Art. 3.

2. Układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń.
3. Podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo – oddechowej u dorosłych i dzieci według standardów ogłoszonych w obwieszczeniu wydanym na podstawie art. 43 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
4. Bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych.
5. Przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności:
 - 1) rurki ustno – gardłowej;
 - 2) rurki nosowo – gardłowej;
 - 3) maski krtaniowej;
 - 4) rurki krtaniowej;
 - 5) konikopunkcji.
6. Odsysanie dróg oddechowych.
7. Podjęcie tlenoterapii biernej lub wspomagania oddechu lub wentylacji zastępczej powietrzem lub tlenem:
 - 1) ręcznie - z użyciem:
 - a) maski twarzowej,
 - b) zastawki jednokierunkowej i worka oddechowego;
 - 2) mechanicznie – z użyciem respiratora.
8. Intubacja dotchawicza w laryngoskopii bezpośredniej w nagłym zatrzymaniu krążenia przez usta lub przez nos, bez użycia środków zwiotczających oraz prowadzenie wentylacji zastępczej.
9. Wykonanie defibrylacji ręcznej na podstawie EKG.
10. Wykonanie defibrylacji zautomatyzowanej.
11. Wykonanie EKG.
12. Monitorowanie czynności układu oddechowego.
13. Monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi.
14. Wykonanie kaniulacji żył obwodowych kończyn górnych i dolnych oraz żyły szyjnej zewnętrznej.
15. Wykonanie dojścia doszpicowego przy użyciu gotowego zestawu.
16. Podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną, dotchawiczą, doustną, doodbytniczą i wziewną oraz doszpicową, przy użyciu gotowego zestawu.
17. Odbarczenie odmy przeżnej drogą nakłucia jamy opłucnowej.
18. Pobieranie krwi żyłnej i włóścikowej do badań laboratoryjnych.

19. Oznaczanie poziomu parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu, w tym w szczególności:
 - 1) poziomu glukozy w surowicy;
 - 2) poziomu elektrolitów w surowicy;
 - 3) badania gazometrycznego krwi włóśniczkowej.
20. Opatrywanie ran.
21. Tamowanie krwotoków.
22. Unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń.
23. Unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego.
24. Odebranie porodu nagłego w warunkach pozaszpitalnych.
25. Segregacja medyczna.
26. Podejmowanie działań zabezpieczających w celu ograniczenia skutków zdrowotnych zdarzenia.
27. Przygotowanie pacjenta i opieka medyczna podczas transportu.
28. Podawanie leków wymienionych w tabeli.

Łatwo zaobserwować, że czynności medyczne są głównie czynnościami ratującymi życie. Pielęgniarka systemu pełen zakres możliwości wymienionych powyżej osiąga w momencie ukończenia odpowiedniego kursu specjalistycznego w zakresie wykonania konikopunkcji, odbarczenia odmy płuźnej oraz wykonania dojścia doszpikowego. Ratownik medyczny nie musi wykonywać takowego kursu specjalistycznego.

Pielęgniarką systemu jest osoba pracująca w jednostce systemu. Do jednostek systemu ratownictwa medycznego należą szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. Te zespoły przenikają się swoim zakresem pracy, lecz należy pamiętać, że muszą ze sobą współpracować nierozzerwalnie. Jeśli pielęgniarka przestaje pracować w jednostce systemu nie jest pielęgniarką systemu, lecz pielęgniarką ze specjalizacją lub kursem, jaki zdobyła na drodze indywidualnej edukacji.

Pielęgniarka będąca pielęgniarką systemu posiada wszystkie uprawnienia i czerpie profity z tytułu pielęgniarki. Pielęgniarka zobowiązana jest do przynależności do odpowiedniej izby pielęgniarskiej oraz posiadania prawa wykonywania zawodu. Istnieje możliwość utraty prawa wykonywania zawodu na drodze naruszenia prawa lub niewykonywania zawodu powyżej 5 lat. Należy pamiętać, że pielęgniarka systemu posiada kwalifikacje nabyte podczas studiów I stopnia jak również wszelkie kursy czy też specjalizacje.

Ratownik Medyczny

Podobnie jak pielęgniarkę systemu obowiązuje Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym która określa kim jest ratownik medyczny. Ratownik medyczny to osoba, która

ukończyła 3-letnie studia wyższe I stopnia na kierunku ratownictwo medyczne albo dwuletnią szkołę policealną i uzyskała tytuł ratownika medycznego lub posiada dokumenty zdobyte w państwie członkowskim UE. Minister edukacji narodowej zamknął kształcenie ratowników medycznych na poziomie szkół policealnych. Ostatnim rokiem naboru do szkół policealnych był 2012/2013, a kształcenie będzie trwało do zakończenia cyklu kształcenia

Zakres medycznych czynności ratunkowych jest taki sam jak u pielęgniarki systemu. Różnicą jest to, że ratownik medyczny nie musi robić dodatkowych kursów by w pełni realizować zadania. Jest oczywiście możliwość podnoszenia swoich kwalifikacji poprzez różnego rodzaju kursy doskonalące. Jest to realizowane w formie kształcenia podyplomowego.

Ratownik medyczny jest zobowiązany do rozliczeń okresów edukacyjnych. Okresy edukacyjne trwają 5 lat i pierwszy rok zaczyna się od nowego roku kalendarzowego bez względu na to, w jakim miesiącu zdobyto kwalifikacje w roku poprzednim. Podczas każdego okresu rozliczeniowego należy zebrać 200ptk. Zainteresowany powinien czynnie uczestniczyć, co najmniej w kurs doskonalącym zakończonym egzaminem za 120ptk edukacyjnych. Pozostałe punkty można zdobywać poprzez udział w seminariach, konferencjach, szkoleniach jak również poprzez pisanie artykułów.

Możliwość pracy ratowników medycznych jest ograniczona do jednostek systemu. W związku z tym miejscem pracy dla osoby zainteresowanej będzie szpitalny oddział ratunkowy, zespoły ratownictwa medycznego w tym zarówno karetki jak również i helikopter lotniczego pogotowia ratunkowego. W przeciwieństwie do pielęgniarki systemu ratownik nie może pracować w innym miejscu, ponieważ ustawodawca nie przewidział możliwości pracy w innych jednostkach leczniczych. Tok kształcenia ratownika medycznego przygotowuje do go szybkiego i sprawnego działania w stanie zagrożenia życia.

Podobieństwa i różnice

Zarówno pielęgniarka systemu jak i ratownik medyczny zobowiązany jest do niesienia pomocy w stanie zagrożenia życia i zdrowia pacjenta. Wśród tego typu personelu medycznego istnieją podobieństwa jak również różnice, które przedstawiono w tabeli poniżej dla lepszego zobrazowania.

Tabela 1. Podobieństwa i różnice zawodowe

Podobieństwa i różnice	Pielęgniarka Systemu	Ratownik Medyczny
<i>Możliwości edukacyjne</i>	Studia I, II stopnia, Specjalizacje, Kursy doskonalające,	Szkoła policealna do 2014 , Studia I stopnia, Kursy udoskonalające,
<i>Prawo wykonywania</i>	Posiada	Nie posiada

zawodu		
Miejsca Pracy	Szpitalny Oddział Ratunkowy Zespoły Ratownictwa medycznego*	Szpitalny Oddział Ratunkowy Zespoły Ratownictwa medycznego
Punkty edukacyjne	Nie posiada	Posiada- 5letnie okresy rozliczeniowe
Medyczne czynności ratunkowe	Może wykonywać**	Może wykonywać

*Możliwość pracy na innych oddziałach tracąc tytuł pielęgniarki systemu lecz zachowując kwalifikacje nabyte w toku krztałcenia.

**Odbycie dodatkowego kursu specjalistycznego w zakresie wykonania konikopunkcji, odbarczenia odmy prężnej oraz wykonania dojścia doszpikowego.

W podobieństwach należy również zaznaczyć farmakologię jaką może podawać ratownik medyczny jak również pielęgniarka systemu bez zlecenia lekarza. Daje to możliwość autonomicznego decydowania w stanie zagrożenia życia i zdrowia pacjenta. Poniższa tabela przedstawia zakres medykamentów jakie może podawać medyk w jednostce systemowej.

Tabela 2. Farmakologia

Lp	Lek	Piel Systemu	Ratownik medyczny
1.	Acetylsalicylic acid	●	●
2.	Amiodarone	●	●
3.	Atropinum sulfuricum	●	●
4.	Captoprilum	●	●
5.	Clemastine	●	●
6.	Clonazepamum	●	●
7.	Diazepam	●	●
8.	Drotaverini hydrochloridum	●	●
9.	Epinephrine bitartrate	●	●
10.	Flumazenil	●	●
11.	Furosemide	●	●
12.	Glucagon hydrochloride	●	●
13.	Glucosum 20%	●	●
14.	Glucosum 5%	●	●
15.	Glyceroli Trinitras	●	●

<i>Lp</i>	<i>Lek</i>	<i>Piel Systemu</i>	<i>Ratownik medyczny</i>
16.	Glyceryl trinitrate	●	●
17.	Hydrocortisone lub Methylprednisolone	●	●
18.	Ketoprofen	●	●
19.	Lignocainum hydrochloricum	●	●
20.	Magnesii sulfuricum	●	●
21.	Metoclopramidum	●	●
22.	Midazolam	Po konsultacji z lekarzem	Po konsultacji z lekarzem
23.	Morphine sulphate	●	●
24.	Naloxonum hydrochloricum	●	●
25.	Natrium chloratum 0,9%	●	●
26.	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	●	●
27.	Salbutamol	●	●
28.	Tlen	●	●

W związku z coraz większą ilością leków stosowanych w leczeniu zarówno pielęgniarki jak również ratownicy medycznej muszą wykazywać się odpowiednimi kompetencjami w kierunku znajomości wskazań oraz przeciwwskazań przy podawaniu danego leku. Związana z tym jest większa odpowiedzialność zawodowa.

W obu zawodach możliwe farmaceutyki zostały przedstawione na mocy odpowiedniego rozporządzenia.

Zestawione w tym artykule grupy zawodowe mają zadania związane z ochroną zdrowia ludności, przez co wymagają profesjonalizmu podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

Praca zarówno pielęgniarki jak i ratownika medycznego jest zmianowa i dyżury trwają najczęściej, po 12h. Zakres świadczeń kierowany jest do osób na każdym etapie życia, począwszy od jeszcze nienarodzonego dziecka aż do osób w wieku podeszłym i opiera się o holistyczne podejście do drugiego człowieka.

Warto zwrócić uwagę, że pielęgniarka systemu oraz ratownik medyczny poprzez specyfikę pracy w jednostce systemu narażeni są w stopniu znacznym na bodźce stresogenne.

Dla obu profesji zostały stworzone akty prawne min Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Ponadto należy zaznaczyć, iż na mocy prawa ratownik medyczny oraz pielęgniarka systemu uznawani są za funkcjonariusza publicznego.

Powyżej zostało poruszone zagadnienie izb pielęgniarских obowiązujące pielęgniarki. Istotne jest przynależność do odpowiedniego rejonu, na którym wykonuje się swój zawód. Do zalet izb pielęgniarских należy możliwość czerpania informacji oraz porad związanych z wykonywaniem zawodu. Ratownicy medyczni na chwilę obecną mają załączki zgrupowań podobnych do izb. Jest to aktualnie na etapie tworzenia, więc mimo wszystko można stwierdzić, że ratownicy medyczni muszą czerpać indywidualnie informacje związane z zawodem. Na chwilę obecną są autonomiczną jednostką bez grup wsparcia.

Do podobieństw należy również dołączyć obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej. Należy pamiętać że zarówno pielęgniarką systemu jak również ratownik medyczny mają dostęp do bardzo osobistych informacji dlatego mimo śmierci pacjenta nie jest się zwolnionym z przestrzegania poufności. O tajemnicy zawodowej można przeczytać w kodeksach zawodowych pielęgniarek i ratowników medycznych.

Dobry zespół terapeutyczny

Niepodważalnym jest, że pierwszym zespołem reagującym w stanie zagrożenia życia jest Zespół Ratownictwa Medycznego. Pracując w nim należy wykazywać się głównie umiejętnościami pracy w zespole. Jest to istotne by móc sprawnie działać oraz niwelować błędy, które mogłyby pogorszyć stan pacjenta. Niezależnie czy działa się w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego czy też wyjazdowych zespołach systemowych ważne jest indywidualne przygotowanie do zawodu. Każdy z członków zespołu powinien wykazywać się wysoką kulturą osobistą jak również wiedzą i umiejętnościami zgodnymi z aktualnie obowiązującymi wytycznymi. Pracując w grupie wzmacniane są więzi między pracownikami jak również podnoszone doświadczenie zawodowe. Zwiększa to jakość i wydajność pracy jednostki. Współpraca w jednostkach systemu jest również zaletą pod względem zmniejszenia stresu oddziałującego na jednostkę. Odciąża jednocześnie z wielozadaniowością. Pracownicy w dobrze zorganizowanej grupie mają podzielone obowiązki. W zależności od wielkości zespołu czy będzie to zespół dwuosobowy czy więcej skupiając się na jednym zadaniu jest zmniejszona możliwość popełnienia niechcianego błędu. Podczas pracy zespołowej ważne jest również podnoszenie indywidualnych umiejętności poprzez wymianę doświadczeń zawodowych. W dobrze zorganizowanym zespole terapeutycznym wzrasta poczucie kontroli i samokontroli.

Zespół terapeutyczny składający się z pielęgniarek systemu oraz ratowników medycznych i lekarzy systemu jest ważny w całej strukturze medycyny w Polsce. Często od umiejętności, szybkości oraz jakości działania Polskiego Sytemu Ratownictwa Medycznego zależy dalsza, jakość życia pacjenta po nagłym zachorowaniu lub wypadku. Dla zapewnienia ciągłości i zwiększeniu jakości życia stworzono tzw. łańcuch przeżycia poszkodowanego.

W poszczególnych ogniwach łańcucha skupiono zadania dla osób wykonujących czynności ratujące życie i zdrowie. W skład tego łańcucha wchodzi:

Pierwsza pomoc – udzielona przez świadków zdarzenia

Wyjazdowy Zespół Ratownictwa Medycznego – wdrożenie medycznych czynności ratunkowych

Szpitalny Oddział Ratunkowy – stabilizacja pacjenta oraz szybka diagnostyka pozwalająca na podjęcie dalszych czynności

Specjalistyczne oddziały – oddział specjalistyczny wdraża zaawansowane leczenie pacjenta

Rehabilitacja – zwiększenie jakości oraz dążenie do możliwości powrotu do sprawnego egzystowania pacjenta.

Rozerwanie któregokolwiek z ogniw może skutkować w przyszłości ciężkim kalectwem. Ogniwami są szeregiem ściśle powiązanych ze sobą czynności, które zapewniają szybkie i sprawne działanie na korzyść poszkodowanego.

Wnioski

Profesje, jakie reprezentuje zarówno pielęgniarka systemu jak również ratownik medyczny powinny wykazywać się ogromną umiejętnością pracy w zespole. Ważne jest umiejętne zgranie w grupie, bo często od tego zależy profesjonalna ochrona życia i zdrowia człowieka. W ratownictwie medycznym często liczy się czas- niejednokrotnie decydując o dalszym życiu pacjentów. Ratownik medyczny podczas toku kształcenia jest uczony ratowania i działania w sytuacjach stresowych. To on jest od ratowania. Pielęgniarka systemu natomiast ma za zadanie przede wszystkim ratowanie, lecz również pielęgnowanie. Tego uczą na podstawowych studiach pielęgniarskich. Możliwości wykonywania medycznych czynności ratunkowych pozyskuje po spełnieniu wymagań wymienionych wyżej. Pielęgniarka systemu jest pojęciem obszernym łączącym wiele specjalizacji medycznych w przeciwieństwie do ratownika medycznego zajmującego się ściśle wąsko określoną drogą. Istotne jest by w pracy na SORze czy też w ZRM umiejętnie łączyć cenne umiejętności nabyte zarówno przez ratownika medycznego jak również pielęgniarkę systemu. Niewątpliwym jest główny cel dla Systemu Ratownictwa Medycznego a mianowicie szybkie reagowanie i pomoc poszkodowanemu w stanie zagrożenia życia i zdrowia. Należy pamiętać o indywidualności każdej jednostki. Osoba wykonująca zawód ratownika medycznego czy też pielęgniarki powinna mieć odpowiednie cechy. Wytrzymałość na pracę fizyczną w różnych warunkach, samodyscyplina, Zdolność do szybkiej oceny sytuacji, umiejętności pracy zespołowej jak również indywidualnej, komunikatywność, empatia i zaangażowanie w działania oraz uczciwość i zdecydowanie duże poczucie odpowiedzialności za siebie i drugą osobę to tylko nieliczne określenia dobrego Ratownika medycznego czy też

pielęgniarki systemu. W natłoku tak odpowiedzialnych cech należy również pamiętać o tym, że potrzeba przejawiania asertywności, podejmowanie szybkich, trafnych decyzji oraz podejmowania ryzyka podobnie jak odporność emocjonalna nie jest niczym złym w tych zawodach. Niejednokrotnie trauma związana z obciążeniem ogromu tragedii jakie niesie praca w Zespołach Ratownictwa Medycznego czy też Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych może mieć wpływ na życie osoby wykonującej zawód. Dla zwiększenia jakości pracy jednostki należy dążyć do zespołów terapeutycznych łączących ludzi z różnymi umiejętnościami, doświadczeniem oraz podejściem do stresogennych sytuacji.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 8 września 2006r o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191,poz 1410 z póź. zm.).
2. Ustawa z dnia 27 lipca 2005r – prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz 1365 z póź. zm.).
3. Ministerstwo Zdrowia: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. 2007.
4. Minister zdrowia: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2007 r. W sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych.
5. Chęciński I., Smereka J.: Funkcjonowanie ratownika medycznego w polskim systemie ratownictwa medycznego w aspekcie aktualnie obowiązujących aktów prawnych, Wrocław: Med. Intens. Rat 2007; 10(2); 87-93. .
6. Filarski T., Guła P., Kycia J., Mikos M., Pochopień P., Waszkiewicz M.: Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz. Warszawa , Wolters Kluwer 2008.
7. Kodeks etyki zawodowej ratownika medycznego: I Ogólnopolskim Kongresie Ratowników Medycznych: Kraków 11- 12 październik 2013r.

Kontakt na autora:

Ewa Adamska

e-mail: ewa.adamska.92@gmail.com

PROBLEMY PACJENTÓW Z POZAPALNĄ MARSKOŚCIĄ WĄTROBY WYWOŁANĄ ZAPALENIEM WĄTROBY TYPU C

Problémy pacientov s pozápalovou cirhózou pečene vyvolanou hepatitídou typu C

Milena Bartoszyńska, Małgorzata Filanowicz

*Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa Collegium Medicum w
Bydgoszczy UMK w Toruniu*

Wstęp

Według szacunkowych danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) liczba ludzi zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu C na świecie waha się od 170 do 300 milionów. Niedostateczna wykrywalność wirusa powoduje szerzenie się kolejnych zakażeń oraz rozwój uszkodzenia wątroby, który prowadzi do marskości.

Pozapalna marskość wątroby nie jest problemem tylko jednostki, ale dotyczy całego społeczeństwa, ponieważ każdy człowiek może być zarażony, nie wiedząc o tym. Choroba wątroby zostaje zdiagnozowana zazwyczaj podczas wykonywania badań z zupełnie innego powodu albo, gdy wątroba ulegnie znacznemu uszkodzeniu, co daje możliwość zaobserwowania swoistych objawów. Na niekorzyść pacjenta wpływa również fakt, że nie wynaleziono dotąd szczepionki przeciw hepatitis C virus.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Wirusowe zapalenie wątroby typu C zostało uznane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za jedno z największych światowych zagrożeń epidemiologicznych. Ze względu na wieloletni bezobjawowy przebieg zakażenia HCV, chorobę określono mianem „wirusowej bomby zegarowej”. HCV jest odpowiedzialny za 40% wszystkich przypadków przewlekłych wirusowych zapaleń wątroby na świecie. Ogółem szacuje się, że na świecie zakażone może być 3% populacji, a w Polsce ponad 700 tysięcy osób. Samoistna eliminacja HCV u chorych zakażonych przewlekle występuje u około 0,02% chorych rocznie. Postęp choroby zależy od dynamiki włóknienia wątroby i marskiej przebudowy.

Objawy zakażenia WZW C są bardzo niecharakterystyczne:

U prawie 70% chorych występuje:

- Osłabienie,
- ból stawów,
- parestezje (przykre wrażenie, najczęściej mrowienie, drętwienie lub zmiany temperatury skóry),

- świąd skóry,
- zespół suchości błon śluzowych,
- objawy przypominające zespół Raynauda (sinienie kończyn z narastającym
 - bólem palców)
- obniżony nastrój.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C można podzielić na 2 etapy:

- ostre - okres od ekspozycji do pojawienia się pierwszych objawów choroby, nie przekracza 150 dni, często w tym okresie występują mało charakterystyczne objawy, a na rozpoznanie zapalenia wątroby wskazują wyłącznie patologiczne wartości aminotransferaz.
- przewlekłe - zakażenie wirusem zapalenia wątroby trwa dłużej niż sześć miesięcy [8].

Marskość wątroby

Wg WHO marskość wątroby to stan, w którym w następstwie uogólnionego uszkodzenia mięszu wątroby dochodzi do włóknienia i przemiany prawidłowej architektury narządu w strukturalnie nieprawidłowe guzki regeneracyjne (zmniejszenie czynnego mięszu). Skutkiem tego jest upośledzenie jej funkcji oraz struktury układu naczyniowego. Prowadzi to do niewydolności wątroby i rozwoju nadciśnienia wrotnego [2,5].

Obecnie po usunięciu podstawowego czynnika uszkadzającego, proces włóknienia może zostać odwrócony [3,7].

Marskość wątroby jest chorobą, która postępuje, pojawiają się laboratoryjne i kliniczne objawy niewyrównania. Czas od wczesnego etapu choroby, który możliwy do wykrycia jedynie w badaniu histologicznym, do skrajnej niewydolności wątroby jest bardzo indywidualny, uzależniony jest od etiologii oraz stosowanego leczenia oraz cech indywidualnych danego pacjenta. Oprócz nieprawidłowych wyników w badaniach biochemicznych można stwierdzić w badaniu palpacyjnym wątroby, że jest ona na początku stwardniała, a w stadium zaawansowanym kurczy się.

Pierwsze objawy choroby są niespecyficzne, jednym z pierwszych jest:

- osłabienie,
- brak apetytu,
- mdłości,
- uczucie rozpierania w górnej części brzucha (zwłaszcza po posiłkach)
- chudnięcie,

- u kobiet mogą wystąpić zaburzenia miesiączkowania, u mężczyzn- zaburzenia potencji i brak zainteresowania życiem płciowym [2,3].

Problemy pacjenta z pozapalną marskością wątroby wywołaną zapaleniem wątroby typu C

Pacjenci z pozapalną marskością wątroby borykają się z wieloma problemami, które wiążą się z postępowaniem choroby. Przebieg kliniczny choroby najczęściej jest komplikowany wieloma istotnymi powikłaniami, które mogą stanowić poważne zagrożenie życia. Problemy pacjentów zależą od aktualnego stanu zdrowia chorych. Dlatego pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem z marskością wątroby powinna najpierw zgromadzić dane, dokonać analizy i weryfikacji pozyskanych informacji, które pomogą ocenić aktualny stan chorego i wytyczyć kierunki działania w procesie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Pielęgniarka musi posiadać umiejętność syntezy wiedzy teoretycznej na rzecz racjonalnego, holistycznego pielęgnowania i opieki. Doświadczenie oraz posiadana wiedza i umiejętności stanowią podstawę do kompleksowej opieki nad pacjentem.

Problemy fizyczne to najczęściej te problemy, dzięki którym chory zgłasza się po poradę, albo których najbardziej się obawia. W rozwoju marskiej wątroby wiele funkcji całego organizmu ulega upośledzeniu, również psychika. Do często spotykanych problemów u pacjenta należy:

Nadciśnienie wrotne - jest to wzrost gradientu ciśnienia w naczyniach żylnych wątroby powyżej 5mm Hg. Jest to spowodowane przez 2 niezależnie od siebie działające mechanizmy hemodynamiczne:

- wzrost oporu wewnątrzwątrobowego podczas przepływu krwi przez wątrobę oraz wystąpienie guzków regeneracyjnych,
- zwiększenie przepływu trzewnego na skutek poszerzenia naczyń w łożysku trzewnym.

Nadciśnienie wrotne odpowiada bezpośrednio za wystąpienia dwóch głównych powikłań marskości wątroby czyli krwawienia z żyłaków przełyku oraz wodobrzusza[14].

Krwotok z żyłaków przełyku - bezpośrednio zagraża życiu pacjenta, z tego powodu śmiertelność sięga około 50%. Żyłaki przełyku na ogół powstają na skutek przewlekłej niewydolności wątroby. Umiejscowione są najczęściej w dolnej części przełyku, lub na granicy z żołądkiem i są zagrożone pęknięciem w przypadku przekroczenia określonego poziomu ciśnienia krwi.

Wodobrzusze - nagromadzenie płynu w jamie otrzewnej. W jego rozwoju główną rolę odgrywa oprócz nadciśnienia wrotnego, niedobór albumin, zaburzenia odpływu chłonki z wątroby i wtórny hiperaldosteronizm z retencją sodu (hipernatremia). Pacjenci zazwyczaj zauważają wzrost obwodu brzucha, któremu może towarzyszyć rozwój obrzęków. Jeżeli płynu

puchlinowego jest bardzo dużo mogą być zagrożone funkcje oddechowe, a pacjenci skarżą się na duszność. Objawy, które mogą sugerować wodobrzusze to objaw chlubotania, napięty, bolesny brzuch, pępek wyrównany lub wysunięty, skóra błyszcząca, wygładzona, brak bolesności uciskowej, widoczne pajęczki żyłne lub tzw. „głowa meduzy” czyli rzadki objaw krążenia obocznego, charakterystyczny dla nadciśnienia wrotnego, przejawiający się specyficznym poszerzeniem żył położonych dookoła pępka.

Spontaniczne bakteryjne zapalenie otrzewnej jest ciężkim powikłaniem wodobrzusza, zwłaszcza u chorych z niskim poziomem albumin w surowicy. Charakteryzuje się zakażeniem płynu puchlinowego bez widocznego źródła infekcji w jamie brzusznej prawdopodobnie na skutek przenikania bakterii z przewodu pokarmowego i upośledzonej aktywności płynu puchlinowego. Najczęstsze patogeny to Escherichia coli, Enterococcus faecalis, Enterobacter, Serratia, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas [1,2,3,10].

Zespół wątrobowo-nerkowy (HRS) rozwija się u chorych z upośledzoną wydolnością wątroby i wodobrzuszem, bez innych przyczyn upośledzenia czynności nerek. Występuje on u prawie 10% osób przyjętych do szpitala z wodobrzuszem. Jest wynikiem zmniejszenia przesączania kłębuszkowego wskutek zmian hemodynamicznych powodujących upośledzenie perfuzji nerek. Typy HRS:

- typ 1- szybko (w ciągu kilku dni) narastająca niewydolność nerek,
- typ 2- wolno (tygodnie, miesiące) narastająca niewydolność nerek,

Nie ma leczenia przyczynowego tego zespołu, poprawia się wydolność wątroby i wyrównuje bilans wodno-elektrolitowy. Najlepszym postępowaniem terapeutycznym w HRS jest przeszczep wątroby [2,3].

Zespół wątrobowo-płuczny (HPS)- występujący u pacjentów z nadciśnieniem wrotnym spadek utlenowania krwi tętniczej (< 65 mmHg), objawia się nasileniem duszności w pozycji siedzącej lub stojącej (poprawia się w pozycji leżącej), jedyną skuteczną metodą zapobiegania i leczenia jest przeszczepienie wątroby [2].

Obrzęki są spowodowane przez zmniejszenie stężenia białek (albumin) w surowicy krwi na skutek upośledzenia ich syntezy przez wątrobę [7].

Splenomegalia i hipersplenizm należą do powikłań nadciśnienia wrotnego, występuje powiększenie śledziony, rozwój małopłytkowości i leukopenii. Pacjenci mogą odczuwać ból w lewej połowie lub lewym górnym kwadrancie jamy brzusznej, który jest wywołany przez powiększenie i przekrwienie śledziony [2].

Rozwój chorób układu kostnego, u pacjentów z marskością wątroby dochodzi do utraty masy kostnej, czego następstwem są bolesność oraz złamania kości [3].

Zaburzenia układu pokarmowego występują bardzo często podczas rozwoju choroby wątroby, może pojawić się utrata apetytu, spadek masy ciała, nietolerancja pewnych pokarmów,

zaparcia na przemian z biegunkami, nudności, zaburzenia wchłaniania witamin, niedożywienie. Są to pierwsze objawy choroby [7].

Gorączka lub stan podgorączkowy świadczą o toczącym się w organizmie chorego procesie zapalnym.

Żółtaczka jest to żółte zabarwienie skóry i śluzówek rozwijające się z powodu hiperbilirubinemii. Odzwierciedla odkładanie bilirubiny w tkankach. Pełne objawy żółtaczki dostrzec można gdy stężenie bilirubiny we krwi przekroczy 2mg/dl [5].

Pajęczki wątrobowe, naczyniak gwieździste znane inaczej jako teleangiektazje, spowodowane przez poszerzenie małych, skórnych naczyń krwionośnych. Charakteryzują się czerwonymi, centralne, kropkowate wybrzuszenie z rozchodzącymi się promieniście odgałęzieniami. Rozwijają się najczęściej na skórze górnej części klatki piersiowej i podobnie jak rumień i dłoniowy [2,5].

Psychospołeczne problemy:

Pacjent, który dowiaduje się o uszkodzeniu wątroby może odczuwać dyskomfort nie tylko pochodzący od sfery fizycznej, ale również dotyczący sfery psychospołecznej. Niestety dość często ta sfera zostaje zbagatelizowana. Gdy u pacjenta diagnozuje się marskość wątroby należy szczególną uwagę przyłożyć do obserwowania pacjenta pod kątem zaburzeń psychospołecznych, ponieważ czasem sami pacjenci nie są w stanie zauważyć, że w tej sferze pojawiają się jakieś niepokojące objawy. Problemy pacjentów z pozapalną marskością wątroby wywołaną WZW C.

Pacjent, u którego rozwinęła się choroba wątroby oprócz charakterystycznych objawów typowo somatycznych odczuwa zaburzenia psychiczne. Ostatnie badania pokazują, że przewlekłe zapalenie wątroby typu C jest związane z istotnie niekorzystnym wpływem na funkcje poznawcze (u około 30% chorych) i zaburzenia funkcjonowania. Pacjenci skarżą się na „przymglenie” intelektualne, a także problemy z koncentracją uwagi i pamięcią świeżą, trudności w wykonywaniu kilku czynności jednocześnie. Marskość wątroby dodatkowo pogłębia oraz powoduje nowe problemy natury psychicznej u pacjentów, jednym z najczęściej występującym problemem jest encefalopatia wątrobowa [6].

Encefalopatia wątrobowa (wrotno-układowa) definiowana jest jako odchylenia w stanie psychicznym oraz zaburzenia funkcji poznawczych pojawiające się w przypadku niewydolności wątroby. Zmienia się zachowanie pacjentów, nastroj, osobowość, świadomość, aktywność nerwowo-mięśniowa oraz możliwości intelektualne. Pacjenci mogą być dezorientowani, agresywni albo śpiący, może być trudno ich obudzić. Ryzyko rozwoju encefalopatii u chorych z marskością wątroby zwiększają krwawienia do przewodu pokarmowego, niewydolność nerek, spożywanie nadmiernej ilości białka, hipowolemia,

zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej i równowagi kwasowo-zasadowej, zaparcia i zakażenia oraz spontaniczne bakteryjne zapalenie otrzewnej.

Pacjenci pełnią swoje role społeczne, nie odczuwają zbytnej męczliwości i labilności nastroju. Jednak, gdy choroba postępuje pacjent może zgłaszać problemy depresyjne, poczucie dużej męczliwości i wyczerpania. Stopniowo pojawia się otępienie umysłowe z okresami poprawy, mniej sprawnie działają funkcje poznawcze, pamięć myślenie abstrakcyjne oraz przetwarzanie informacji. Pacjent staje się drażliwy, pojawia się zmiana nastroju, lęk, napięcie. W późniejszych stadiach choroby pacjent ma poważne problemy z samoobsługą, objawiają się stany wykluczenia świadomości aż do śpiączki [4,9].

Ciężka choroba przeważnie prowadzi do utraty kontroli nad własnym życiem, depresją i poczuciem bezradności [2,3,4,9].

Częstym problemem, z którym pacjent musi się zmierzyć jest stres i niepokój związany ze zmianą trybu życia, koniecznością wycofania się z ważnych dla niego form aktywności, niemożność spełniania swoich pasji.

Na początku choroby stan psychiczny pacjenta może nie ulegać dużym zmianom. Pacjenci pełnią swoje role społeczne, nie odczuwają zbytnej męczliwości i labilności nastroju. Jednak, gdy choroba postępuje pacjent może zgłaszać problemy depresyjne, poczucie dużej męczliwości i wyczerpania. Stopniowo pojawia się otępienie umysłowe z okresami poprawy, mniej sprawnie działają funkcje poznawcze. Pamięć ulega uszkodzeniu, tak samo myślenie abstrakcyjne oraz przetwarzanie informacji. Pacjent staje się drażliwy, pojawia się częsta zmiana nastroju, lęk, napięcie. W późniejszych stadiach choroby pacjent ma poważne problemy z samoobsługą, objawiają się stany wykluczenia świadomości aż do śpiączki [4, 8].

Dieta w chorobach wątroby

Według współczesnej hepatologii nie obowiązuje już uniwersalna „dieta wątrobowa”. Wynika to głównie z rozwoju wiedzy i poznawaniu różnorodnych przyczyn chorób wątroby oraz mechanizmów którymi się rządzą.

Leczenie żywieniowe musi być dopasowane indywidualnie do każdego pacjenta z uwzględnieniem charakteru patologii wątroby, czasu jej trwania, stadium zaawansowania i uszkodzenia oraz przy uwzględnieniu stopnia wydolności narządu jak i uwzględnieniu innych współistniejących schorzeń (cukrzycy, otyłości, chorób trzustki, żołądka, chorób jelit). Zaleca się gotowanie w wodzie, na parze, duszenie bez tłuszczu i pieczenie w folii. Produktami przeciwwskazanymi są: alkohol, kawa, mocna herbata, ostre przyprawy, pokarmy wzdymające (kapusta, cebula, rośliny strączkowe, szparagi, śliwki, gruszki, czereśnie).

Tak więc, uwzględniając złożone procesy metaboliczne i patofizjologiczne, jak i nowoczesną wiedzę o chorobach wątroby, leczenie dietetyczne stało się tak samo ważne w

procesie leczniczym jak farmakologia, przyczyniając się tym samym do osiągnięcia sukcesu terapeutycznego.

Dokładny wywiad żywieniowy powinien być przeprowadzony ze zwróceniem szczególnej uwagi na stopień niedożywienia, pełność (sytość) po posiłkową, zaburzenia smaku oraz występowanie biegunki. Wiele z powszechnie używanych wskaźników takich jak np. BMI czy zmiany masy ciała, nie są przydatne do badania populacji chorych z marskością wątroby ze względu na retencję płynów (wodobrzusze, obrzęki) oraz obniżony metabolizm białek.

Edukacja i profilaktyka zdrowotna

W profilaktyce pozapalnej marskości wątroby bardzo ważne jest przeciwdziałanie szerzeniu się zakażeń wirusem HCV. Zadanie to jest utrudnione, ponieważ nie istnieje szczepionka przeciwko HCV.

Warto zwracać uwagę na przestrzeganie w placówkach medycznych i pozamedycznych procedur zapobiegających zakażeniom, ze szczególnym zwróceniem uwagi na zasady bezpiecznych iniekcji, w tym używanie jałowego sprzętu jednorazowego użytku, zachowanie zasad aseptyki, właściwa sterylizacja narzędzi wielokrotnego użytku, przestrzeganie zasad postępowania ze zużytym sprzętem, dokładna dezynfekcja powierzchni, które uległy skażeniu materiałem biologicznym [5].

Szybkie wykrywanie i skuteczne leczenie osób zakażonych zapobiega zakażaniu kolejnych osób i jest również uznawane za formę profilaktyki.

Wiedza i świadomość społeczeństwa na temat WZW C jest bardzo mała. Ludzie nie są świadomi zagrożenia ze strony HCV, nie wiedzą, jak przenosi się wirus i w jakich sytuacjach może dojść do zakażenia [8].

Światowa Organizacja Zdrowia wirusowe zapalenie wątroby typu C za jedno z największych zagrożeń epidemiologicznych. WHO, przyjęła pierwszą w historii rezolucję na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, wzywającą rządy krajów członkowskich WHO do podjęcia środków na rzecz wzrostu świadomości, poprawy profilaktyki i diagnostyki WZW. W wyniku przyjętej rezolucji dzień 28 lipca Światowym Dniem Wirusowego Zapalenia Wątroby.

Natomiast na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie Unii Europejskiej w 17 krajach Europy, powstał raport „Biała Księga. Obciążenie wirusowym zapaleniem wątroby typu C w wybranych krajach w Europie Środkowo-Wschodniej i w krajach Wspólnoty Niepodległych Państw: Ocena epidemiologiczna i ekonomiczna”. Z dokumentu wynika, iż Polska ma trzeci najmniejszy co do wielkości wskaźnik wykrywalności wirusa HCV spośród badanych 17 krajów. Wynosi on tylko 1,99%.

Wnioski

Pozapalna marskość wątroby wymaga stałego kontrolowania, ponieważ może doprowadzić do zagrożenia stanu życia. Jest to sytuacja bardzo stresująca dla pacjenta dlatego

warto zapewnić mu wsparcie poprzez wysłuchanie obaw oraz wyjaśnieni nurtujących zagadnień. Ważną rolę w procesie leczenia odgrywa personel pielęgniarski, ponieważ oprócz zadań terapeutycznych, rehabilitacyjnych, a także profilaktycznych i edukacyjnych pomaga w problemach związanych w WZW C i marskością wątroby poprzez rozmowę i wsparcie. Ważnym aspektem w profilaktyce jest edukacja pacjenta oraz zachęcenie do badań, czyli zrobienia testów na wykrycie przeciwciał anty-HCV.

Świetne możliwości kompensacji organizmu jest przyczyną późnego rozpoznawania chorób wątroby. Ważnym zadaniem jest wczesne rozpoznanie objawów i szybka reakcja na nie. Konieczna jest obserwacja pacjenta pod kątem zaburzeń psychicznych oraz wczesne zapobieganie im. Należy pamiętać, aby obserwować pacjentów pod kątem występowania wszystkich objawów i starać się za wszelką cenę, aby zachować równowagę działania całego organizmu, a dla pacjenta być źródłem wiedzy i oparciem.

Piśmiennictwo:

1. Bienia A. Pozapalne zaburzenia funkcji wątroby. Dostępny w Word Wide Web: www.prometeusze.pl/tekstowe/pozapalne_zaburzenia.doc [dostęp na: 11.02.2014].
2. Bruce R. Marskość wątroby i jej powikłania. Interna Harrisona. W : Fauci A., Braunwald E., Kasper D., Hauser S., Longo D., Jameson J., Loscalzo J. Tom III., wyd III, Czelej, Lublin, 2009. ss. 2192-2201.
3. Daniluk J., Jurkowska G. Marskość wątroby . Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2005, ss. 284-296.
4. Froch B., Zagadnienia psychologicznego funkcjonowania pacjentów z chorobą zakaźną. Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie. Gierowski J.K., Bętkowska-Korpała B. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2007, ss. 173-190 .
5. Gajewski P., Szczeklik A. Interna Szczeklika 2013. Podręcznik chorób wewnętrznych. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków, 2013, wyd.V ss.567-576, 593-601.
6. Rai R., Przewlekłe zapalenie wątroby typu C, Gastroenterologia i choroby wątroby. Redakcja naukowa wydania polskiego: Skrzydło-Radomańska B. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2006. ss. 679-682.
7. Roche Polska Sp. z o.o. Drogi zakażenia. Dostępny w Word Wide Web:: <http://wzwc.pl/drogizakazenia> [dostęp 8.03.2014].
8. Rutherford A., Dienstag J. Wirusowe zapalenia wątroby. Gastroenterologia, hepatologia i endoskopia. W : Greenberger N.J., Blumberg R.S., Burakoff R. Redakcja naukowa wydania polskiego : Skrzydło-Radomańska B. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2013. ss 453-461.
9. Sarnowska A. Pielęgnowanie pacjenta z wybraną chorobą układu pokarmowego. Pielęgniarstwo internistyczne w praktyce szpitalnej - kompendium wiedzy dla studentów

kierunku pielęgniarstwo. Instytut Ochrony Zdrowia Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Pile, Piła, 2009, ss. 115-142.

10. Sierżantowicz R., Klimiuk E. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami układu pokarmowego. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z marskością wątroby. Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych. W: Jurkowska G., Łagoda K. (red)., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011. ss.218-225.

Kontakt na autora:

Milena Bartoszyńska

Tel:783701663

e-mail: milena.bartoszynska@op.pl

PROBLEM AGRESJI WOBEC PIEŁĘGNIAREK – ANALIZA ZJAWISKA

Problém agresivity voči sestram – analýza javu

Anna Bińkowska, Zofia Komorowska, Małgorzata Wojciechowska

Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie - Instytut Pielęgniarstwa

Wstęp

Wśród wielu zjawisk nurtujących opinię publiczną, w tym przede wszystkim media, czołowe miejsce zajmuje problem agresji. Coraz częstsze zjawisko agresji, w środowisku szczególnie na nią narażonym, wobec pielęgniarek jest pomijane przez media i środowiska naukowe. Podstawowym problemem jest powszechność zjawiska. Czynnikiem, który decyduje o swoistym ciężarze agresji wobec pielęgniarek jest fakt, że dotyka je ona nie tylko ze strony pacjentów, ale również ich bliskich. Często nie rozumieją oni, że współpraca i dobre relacje z personelem szpitala prowadzą do polepszenia stanu chorego. Trudna sytuacja pielęgniarek jest pogłębianą przez otaczające je poczucie bezradności wobec problemu. Zdają sobie bowiem sprawę, iż niejednokrotnie przyczyn zachowań agresywnych można doszukiwać się w chorobie oraz obejmujących zarówno chorego, jak i jego bliskich negatywnych emocjach, które jej towarzyszą. Dodatkowym czynnikiem, zaburzającym relacje pacjent - pielęgniarka, jest obowiązujący system opieki zdrowotnej, który rozbudowaną strukturą biurokratyczną i nieprzystającymi do życia procedurami, w znacznej mierze sprowadza pacjenta do roli przedmiotu, a nie podmiotu działań pielęgniarskich.

Istnieją różne źródła, w których naukowcy dopatrują się zaczątków zachowań agresywnych, od wyjaśnień etologicznych, poprzez poglądy socjobiologiczne, aż do różnorodnych teorii psychologicznych [8]. Jednym z twórców teorii etologicznej jest Konrad Lorenz, który na podstawie obserwacji sposobów rozładowywania agresywnej energii u zwierząt i ludzi, doszedł do wniosku, że występowanie zachowań agresywnych zależy od dwóch czynników. Pierwszym z nich jest ilość wspomnianej wyżej agresywnej energii, która według Lorenza bez przerwy kumuluje się w organizmie. Drugim czynnikiem jest siła bodźców zewnętrznych, zdolnych wyzwolić reakcję agresywną [7]. Pogląd socjobiologiczny ma swoje korzenie bezpośrednio w teorii ewolucji Darwina. Jej podstawą jest twierdzenie, że aby jakaś cecha lub zachowanie przetrwały w gatunku, muszą one mieć walor przystosowawczy, tj. muszą służyć przetrwaniu gatunku. W świetle tego poglądu, zachowania agresywne są powodowane nie tylko krótkotrwałymi, spontanicznymi procesami, ale również przyczynami ostatecznymi, naturalnie decydującymi o zachowaniach ludzi i zwierząt w toku ewolucji [5]. Podstawową, w świetle nowoczesnej psychologii teorią dotyczącą agresji jest freudowska teoria instynktu. Freud założył, że działania ludzkie napędzane są przez dwie podstawowe, przeciwstawne sobie siły: instynkt życia i instynkt śmierci. Ten pierwszy, pobudza ludzi do zaspakajania własnych pragnień, drugi natomiast nastawia na autodestrukcję. Jednakże, w wyniku swoistej walki obu sił, zdarza się, że jedynym wyjściem jest skierowanie siły destrukcyjnej na osoby trzecie. Według Freuda, stanowią one mechanizm uwalniania destrukcyjnej energii, chroniący jednostkę będącą jej źródłem. Najistotniejszym elementem tej teorii jest założenie, że agresja jest nieuniknioną cechą ludzkiego zachowania, instynktem, którego nie da się kontrolować [2]. Należy również wspomnieć o podziale agresji na fizyczną i psychiczną. Przejawami agresji fizycznej są zachowania wymierzone w nietykalność cielesną drugiej osoby, np. pobicie czy popchnięcie. Agresja psychiczna natomiast ma na celu ośmieszenie rywala, głównie za pomocą słów mamy wówczas do czynienia z agresją werbalną [4]. Często zdarza się, że źródłem poczucia frustracji, a co za tym idzie zachowań agresywnych są konkretne jednostki chorobowe. Według opinii psychiatrów, choroby somatyczne niekorzystnie wpływają na psychikę człowieka. Często są przyczyną zmiany funkcjonowania chorego w środowisku domowym i społecznym [1]. Istotną rolę w występowaniu takich zaburzeń psychicznych odgrywają bezsprzecznie dolegliwości bólowe towarzyszące większości chorób somatycznych, szczególnie chorobom nowotworowym [3].

Absolutnie kluczowym zagadnieniem jest przysługująca pielęgniarcom ochrona prawna. Obecnie sytuację prawną pielęgniarek i położnych, reguluje ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej, z 15 lipca 2011 roku. Kluczowe z punktu widzenia ochrony prawnej pielęgniarek, są dwa przepisy: art. 4 ust. 1, oraz art. 11 ust. 2. Artykuł 4 określa zakres pojęcia - wykonywanie zawodu pielęgniarstwa, definiując je jako udzielanie świadczeń zdrowotnych. Art. 11 ust. 2 głosi

bowiem, iż pielęgniarka, podczas i w związku z wykonywaniem czynności, o których mowa w art. 4 ust. 1, korzysta z ochrony prawnej, przysługującej funkcjonariuszom publicznym na zasadach uregulowanych w kodeksie karnym. Przepis artykułu 11 ust. 2 jest, z prawnego punktu widzenia, absolutnym przełomem w zakresie ochrony prawnej pielęgniarki. Kodeks karny przewiduje o wiele surowsze kary dla sprawców przestępstw wobec funkcjonariuszy publicznych. W Polsce wprowadzono system monitorowania agresji w ochronie zdrowia MAWOZ (Monitoring Agresji w Ochronie Zdrowia) opracowany przez Naczelną Radę Lekarską i Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Niestety, program ten umożliwia wyłącznie rejestrację zachowań agresywnych na podstawie wypełnianych przez pracowników ochrony zdrowia ankiet. Nie przewiduje on jednak żadnych środków, mających na celu realną walkę z problemem, nie zawarto w nim również narzędzi profilaktyki, ani rzetelnej diagnozy zjawiska [6]. Nie można zatem uznać, że system ten jest w jakikolwiek sposób pomocny.

Cel badania

Celem jest określenie stopnia powszechności zjawiska agresji wobec pielęgniarek, jego źródła, przebiegu i skutków. Ponadto zbadano poziom świadomości pielęgniarek dotyczący przysługującej im ochrony prawnej, jak i stopień efektywności tej ochrony. Problem, który zbadano mieści się w pytaniu: czy agresywne zachowania pacjentów i ich bliskich wobec pielęgniarek to groźne zjawisko?

Metoda i teren badania

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką była ankieta autorstwa własnego, narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety. W badaniu wzięło udział 50 pielęgniarek losowo wybranych z województwa mazowieckiego.

Wyniki

Staż pracy badanych wynosił: do 10 lat - 0%, 10-20 lat - 38%, co stanowi liczbę 19 pielęgniarek, powyżej 20 lat - 62% czyli 31 pielęgniarek. Jako miejsce pracy szpital wskazało 84% badanych (42 osoby), przychodnię 16% (8 osób). Badania podzielona na kilka grup - pierwsza grupa pytań dała odpowiedź na zagadnienie dotyczące powszechności występowania zjawiska agresji wobec pielęgniarek i tak:



Rycina 1. Występowanie zjawiska agresji według respondentek.

Według badanych pielęgniarek zjawisko agresji jest powszechne: 90% respondentek, co stanowi liczbę 45, zdecydowanie zetknęło się z agresją, natomiast 10% ankietowanych (5 osób) raczej zetknęło się z tym zjawiskiem. Agresja w sposób zdecydowany bezpośrednio dotknęła 84% badanych pielęgniarek (42 osoby), natomiast odpowiedzi raczej tak lub raczej nie udzieliło po 8% ankietowanych czyli po 4 osoby. Według ankietowanych nastąpił wzrost liczby zachowań agresywnych wobec pielęgniarek w ostatnich pięciu latach. Zdecydowanej odpowiedzi twierdzącej udzieliło 48% badanych to jest 24 osoby, odpowiedzi raczej twierdzące stanowiły 10% to jest 5 osób, raczej negujące wzrost zachowań 18% co stanowi 9 osób, zdecydowanie negującej odpowiedzi udzieliło 24% respondentek, co stanowi liczbę 12 osób. Znacznie więcej ankietowanych odpowiedziało twierdząco na problem dotyczący bezpośredniego zagrożenia agresją w ciągu ostatniego roku - stanowili oni 84% respondentów czyli 42 osoby, 16%, co stanowi 8 osób nie zetknęło się z tym zjawiskiem w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

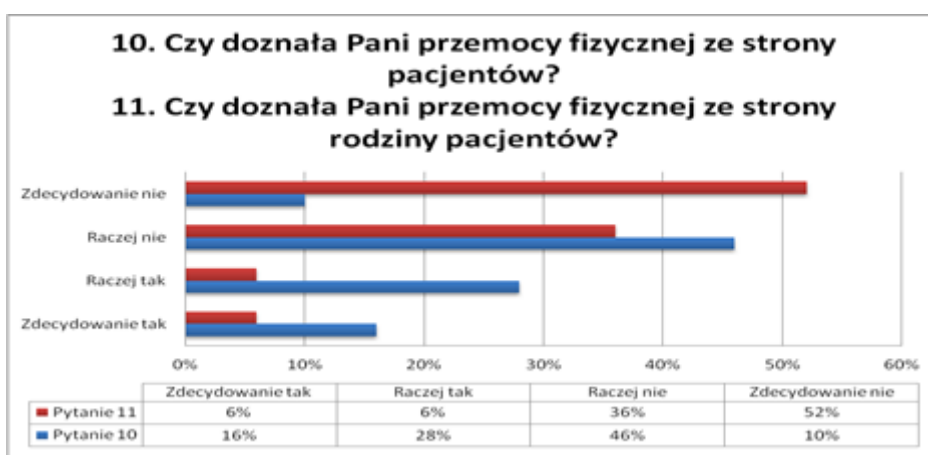


Rycina 2. Częstotliwość występowania agresywnych zachowań wobec pielęgniarek.



Rycina 3. Skala zjawiska w odniesieniu do pacjentów i ich rodzin.

Większość respondentek zetknęła się z agresywnym zachowaniem zarówno ze strony pacjentów, jak i ich rodzin. Zdecydowanych odpowiedzi twierdzących, jak i zdecydowanych odpowiedzi negujących występowanie agresji ze strony rodzin pacjentów udzieliło odpowiednio 64% i 14% ankietowanych, natomiast niezdecydowanych odpowiedzi udzieliło 22%. W odniesieniu do pacjentów, zdecydowanych odpowiedzi twierdzących udzieliło 56% respondentek, zdecydowanie negujących 8%, 36% stanowiła grupa niezdecydowanych. Przemocy fizycznej ze strony pacjentów doznało 44%, co stanowi 22 osoby wśród badanych pielęgniarek, 56% - 28 osób, nie zetknęło się z tym zjawiskiem. Rodziny pacjentów wykazują zdecydowanie mniej zachowań o charakterze przemocy fizycznej – 12% respondentek - 6 osób zetknęło się z nią, natomiast 88% - 44 osoby twierdzi, że jej nie doznało.



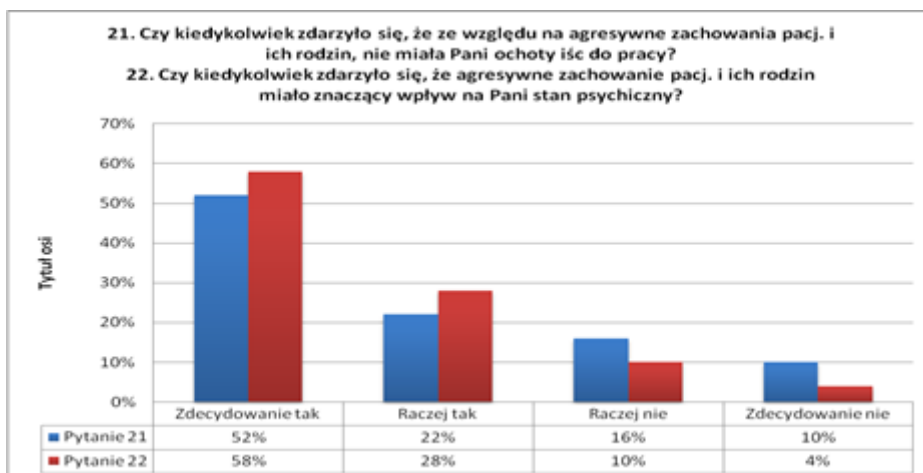
Rycina 4. Występowanie przemocy fizycznej wobec pielęgniarek.

W drugiej grupie pytań został przedstawiony graficzny obraz wpływu zachowań agresywnych na pracę i życie prywatne pielęgniarek.



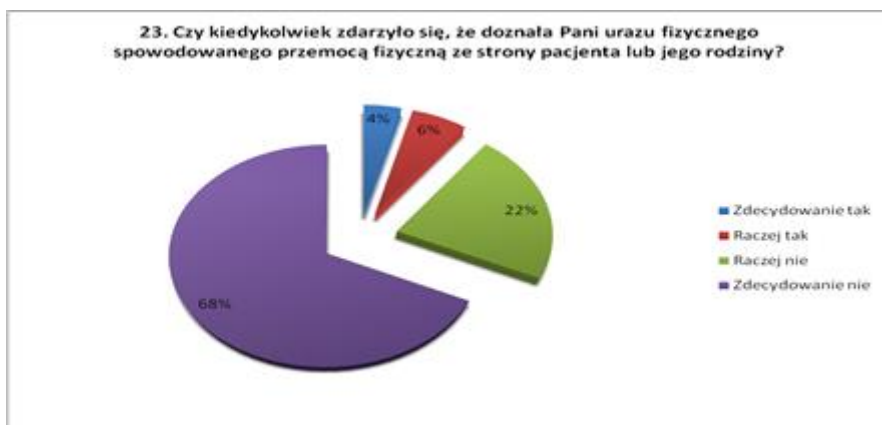
Rycina 5. Wpływ agresji na jakość pracy i życie prywatne pielęgniarek.

Wśród 50 badanych pielęgniarek, 37 (74%) z nich stwierdziło, że agresywne zachowania ze strony pacjentów i ich rodzin mają wpływ na jakość wykonywanej pracy, natomiast odmiennego zdania było 13 ankietowanych (26%), 22 pielęgniarki (44%) twierdzą, że takie zachowania wpływają na ich życie prywatne, a 28 respondentek (56%) uważa, że agresja dotycząca ich w pracy nie ma wpływu na życie prywatne.



Rycina 6. Wpływ zachowań agresywnych pacjentów i ich rodzin na psychikę pielęgniarek.

Zachowania agresywne pacjentów i ich rodzin, zdecydowanie mają wpływ na stan psychiczny pielęgniarek w opinii 58% respondentek, raczej mają wpływ dla 28% badanych, raczej nie mają wpływu według 10% ankietowanych, 4% pytanych stwierdziło, że zdecydowanie nie wpływają na ich stan psychiczny. Z powodu agresji pacjentów i ich rodzin, 52% badanych zdecydowanie nie miało ochoty iść do pracy, 22% raczej nie miało ochoty iść do pracy, a według 26% - odpowiedzi raczej nie i zdecydowanie nie.



Rycina 7. Występowanie urazów fizycznych spowodowanych przemocą ze strony pacjenta lub jego rodziny.

Respondentki następująco udzielały odpowiedzi na wyżej postawione pytanie: zdecydowanie tak 2 osoby - 4%, raczej tak 3 osoby - 6%, raczej nie 11 osób -22%, zdecydowanie nie 34 osoby - 68%.

Trzecią grupę stanowią pytania dotyczące przyczyn występowania agresji wobec pielęgniarek



Rycina 8. Wpływ chorób na zachowania agresywne.

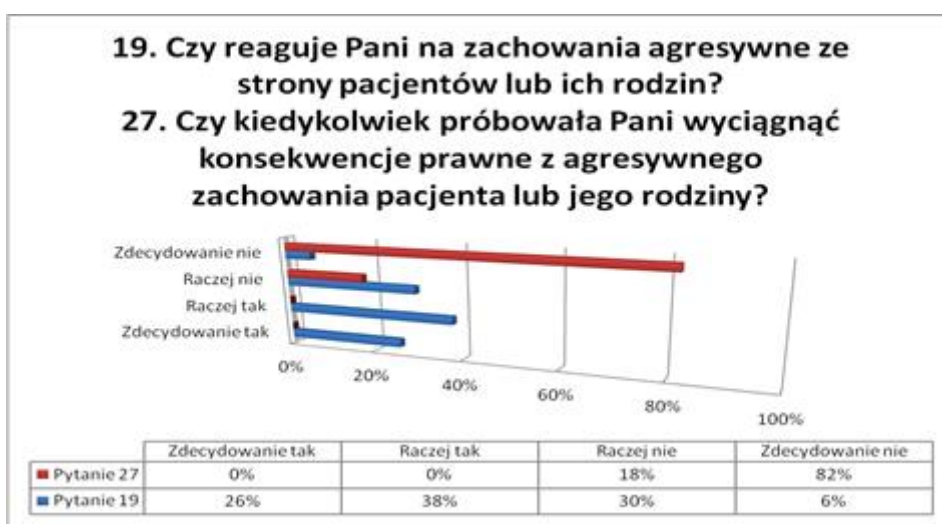
Zdaniem 6 osób (12%) konkretne jednostki chorobowe zdecydowanie są przyczyną zachowań agresywnych pacjentów, natomiast zdecydowanej odpowiedzi twierdzącej na analogiczne pytanie, ale dotyczące agresji rodziny pacjenta udzieliły 2 osoby (4%). Odpowiedzi zdecydowanie przeczących było: w odniesieniu do pacjenta – 7 osób - 14%, w odniesieniu do rodzin pacjentów – 4 osoby co stanowi 8% respondentów. Większość stanowiły respondentki niezdecydowane, które odpowiedzi *raczej tak* lub *raczej nie* udzieliły w liczbie odpowiednio: 37 czyli 74% oraz 44 czyli 88% osób.



Rycina 9. Wpływ jakości opieki pielęgniarskiej na zachowania agresywne pacjentów i ich rodzin.

Jakość opieki pielęgniarskiej ma zdecydowany wpływ na agresywne zachowania pacjentów wg opinii 16 pytanych osób - 32%, a rodzin pacjentów wg 27 osób - 54%. Żadna z ankietowanych pielęgniarek nie zaprzeczyła zdecydowanie, że agresywne zachowania rodzin pacjentów są spowodowane niezadowoleniem z jakości opieki pielęgniarskiej, natomiast w odniesieniu do zachowań pacjentów uzyskano 4 zdecydowane negatywne odpowiedzi, co stanowi 8%. Niezdecydowanych odpowiedzi analogicznie było: agresja pacjentów - 30 osób - 60%, agresja rodzin pacjentów - 23 osoby - 46%.

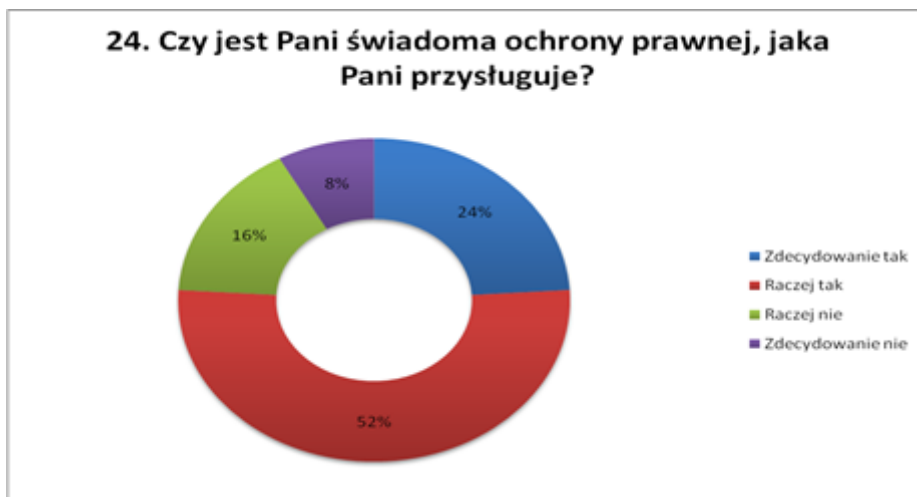
Czwarta grupa pytań przedstawia poziom wiedzy pielęgniarek w zakresie przysługującej im ochrony prawnej oraz ocenę jej skuteczności. Zaprezentowano również poziom poczucia bezpieczeństwa pielęgniarek w ich miejscu pracy.



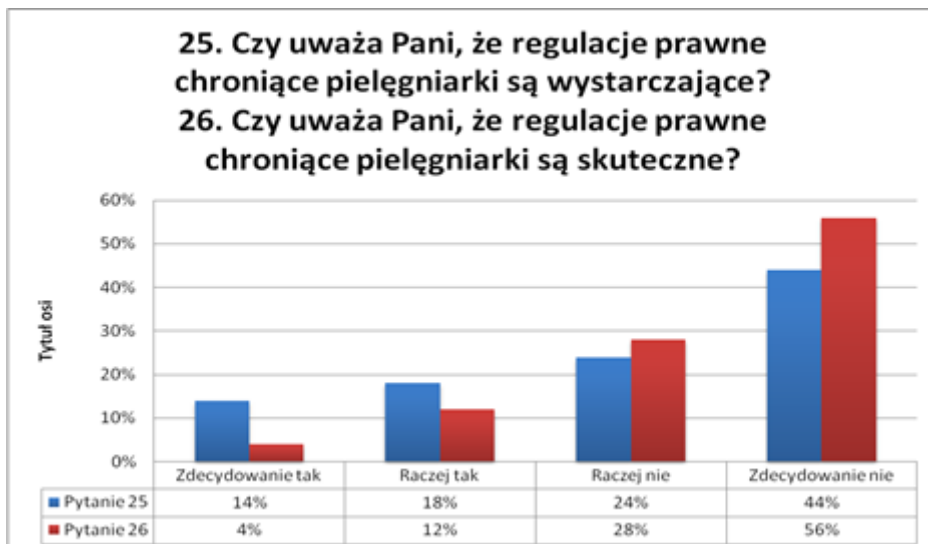
Rycina 10. Reakcje pielęgniarek na zachowania agresywne pacjentów i ich rodzin.

Na zachowania agresywne pacjentów i ich rodzin 26% respondentek zdecydowanie reaguje, 38% raczej reaguje, 30% raczej nie reaguje, 6% zdecydowanie nie przejawia reakcji.

Żadna z pielęgniarek nie próbowała wyciągać konsekwencji prawnych z zachowań agresywnych, 18% raczej nie próbowało, natomiast zdecydowana większość - 82% zdecydowanie nie poczyniła próby wyciągnięcia konsekwencji prawnych wynikających z zachowań agresywnych pacjentów. Wśród ankietowanych - 12 z nich, czyli 24%, jest zdecydowanie świadoma ochrony prawnej, która im przysługuje, 26 respondentek, czyli 52%, raczej jest świadoma tej ochrony, 8 badanych, co stanowi 16%, raczej nie ma świadomości w tym zakresie, a 4 pytane, czyli 8%, zdecydowanie nie jest świadoma przysługującej im ochrony prawnej.



Rycina 11. Stopień świadomości pielęgniarek w zakresie przysługującej im ochrony prawnej.



Rycina 12. Ocena regulacji prawnych chroniących pielęgniarki w Polsce.

Regulacje prawne istniejące w Polsce, które chronią pielęgniarki są zdecydowanie wystarczające według 14% badanych pielęgniarek, raczej wystarczające w opinii 18% ankietowanych, raczej nie wystarczające w ocenie 24% respondentek, a zdecydowanie niewystarczające dla 44%. Skuteczność tych regulacji została oceniona następująco:

zdecydowanie skuteczne - 4%, raczej skuteczne - 12%, raczej nieskuteczne - 28%, zdecydowanie nieskuteczne - 56%.



Rycina 13. Poziom poczucia bezpieczeństwa pielęgniarek w miejscu pracy.

Odpowiadając na pytanie dotyczące poczucia bezpieczeństwa w miejscu pracy - 12 badanych pielęgniarek stwierdziło, że zdecydowanie czuje się bezpiecznie, 12 ankietowanych raczej czuje się bezpiecznie, aż 20 spośród 50 respondentek raczej nie czuje się bezpiecznie w swoim miejscu pracy, a 6 zdecydowanie nie ma poczucia bezpieczeństwa w miejscu pracy. W obliczu agresywnych zachowań pacjentów i ich rodzin, 44% co stanowi 22 osoby wśród badanych pielęgniarek może zdecydowanie liczyć na wsparcie ze strony przełożonych, a 62% to jest 31 osób na wsparcie koleżanek. Raczej na wsparcie przełożonych może liczyć 34% - 17 osób ankietowanych, a koleżanek 26% - 13 osób. Raczej nie może liczyć na wsparcie przełożonych 16% pytanym czyli 8 osób, na wsparcie koleżanek 10% to jest 5 osób. Możliwość wsparcia ze strony przełożonych zdecydowanie zanegowało 6% są to 3 respondenci, a ze strony koleżanek 2% czyli 1 osoba.

Ostatnia rycina prezentuje skalę znaczenia agresji pacjentów i ich rodzin wobec pielęgniarek.



Rycina 14. Ocena skali problemu agresji pacjentów i ich rodzin wobec pielęgniarek.

Dyskusja

Jak pokazują wyniki badania ze zjawiskiem agresji wobec pielęgniarek zetknęło się sto procent badanych osób. Większość badanych - 58%, dostrzega ponadto tendencję wzrostową, twierdząc, że w ciągu ostatnich pięciu lat zjawisko to nasiliło się. Wyniki pokazały również, że zjawisko ma charakter stały jako, że zdecydowana większość - 84% badanych była obiektem agresywnych zachowań w ciągu ostatniego roku. Okazuje się, iż nie dość, że zjawisko agresji wobec pielęgniarek jest powszechne, to dodatkowo stanowi ono nieodłączną część ich pracy. Ponadto, należałoby się zastanowić, dlaczego w ciągu ostatnich pięciu lat zjawisko agresji pacjentów i ich rodzin wobec pielęgniarek nasiliło się? Jedną z potencjalnych przyczyn może być nieskuteczność ochrony prawnej przysługującej pielęgniarkom. Interesujący wydaje się być fakt, że na pytanie: Czy rodziny pacjentów często przejawiają wobec Pani zachowania agresywne? odpowiedzi zdecydowanie tak udzieliło więcej ankietowanych, niż na analogiczne pytanie dotyczące samych pacjentów. Natomiast więcej osób udzieliło ogólnie twierdzącej odpowiedzi, wskazując pacjentów. W powyższych danych można zaobserwować, że po pierwsze, większość aktów agresji dokonywana jest przez pacjentów. Po drugie zachowania agresywne, których sprawcami są rodziny pacjentów, mają bardziej zdecydowany i jednoznaczny charakter. Okazuje się, iż większość zachowań agresywnych, których pielęgniarki doświadczają ze strony pacjentów i ich rodzin, przejawia się w formie werbalnej. Prawie 100% ankietowanych pielęgniarek uważa, że jest często znieważana: 90% przez pacjentów, 96% przez rodziny pacjentów. O wiele mniej pielęgniarek deklaruje, że podczas wykonywania obowiązków w pracy, doznało przemocy fizycznej, przy czym wyraźnie większy jest procent odpowiedzi, wskazujących na pacjentów jako agresorów - 44%, a rodziny pacjentów zaledwie 12%. Aktów agresji werbalnej dokonuje się w istocie łatwiej, ponieważ nie zostaje przekroczona bariera bezpośredniego kontaktu fizycznego z obiektem agresji. Martwi, choć nie zaskakuje, niemalże całkowita zgodność ankietowanych pielęgniarek w przyznaniu się do bycia często znieważaną przez pacjentów lub ich rodziny. Okazuje się ponadto, że pacjenci częściej niż ich rodziny posuwają się do aktów przemocy fizycznej, co jest zrozumiałe, jako, że wspomnianą wyżej granicę kontaktu fizycznego łatwiej jest przekroczyć we własnym interesie. Jeśli chodzi o przyczyny zachowań agresywnych ze strony pacjentów - 62% ankietowanych stwierdza, że raczej nie są nimi konkretne jednostki chorobowe, jeśli już to wymienia się wśród nich demencję, choroby psychiczne i alkoholizm. Co ciekawe 64% pytanych pielęgniarek odpowiada generalnie twierdząco na pytanie, czy przyczyną zachowań agresywnych ze strony pacjentów jest niezadowolenie z opieki pielęgniarskiej. Podobnie rzecz się ma, jeśli chodzi o przyczyny zachowań agresywnych ze strony rodzin pacjentów. Jednak tutaj da się zaobserwować już wyższy procent odpowiedzi sugerujących, że przyczyną takich zachowań są jednostki chorobowe pacjentów - 38% ogólnie potwierdzających odpowiedzi. Można zatem poczynić spostrzeżenie, że nie dziwi fakt, że według pielęgniarek

stosunkowo duży odsetek agresywnych zachowań pacjentów, spowodowany jest niezadowoleniem z jakości zapewnianych przez nie świadczeń pielęgniarstwa. Jak się wydaje, wynika to przede wszystkim ze specyficznego charakteru, jakiego nabierają kontakty chorego z personelem pielęgniarstwa w otoczeniu szpitalnym. Jest to kontakt codzienny, bezpośredni, niejednokrotnie wkraczający w intymne sfery życia pacjenta. Może niepokoić to, że zaledwie 64% pielęgniarek jakkolwiek reaguje na zachowania agresywne ze strony pacjentów lub ich rodzin. Oznacza to, że co trzecia pielęgniarka ignoruje tego typu zachowania. Interesujący jest fakt, że wśród ankietowanych pielęgniarek reagujących na zachowania agresywne, zdecydowanie najczęściej poprzestaje zaledwie na zwróceniu uwagi pacjentowi lub jego rodzinie. Świadczyłoby to o poczuciu bezradności i niemocy wobec zachowań agresywnych. Nie zaskakują dane dotyczące skutków zachowań agresywnych wobec pielęgniarek. Okazuje się, że zdecydowanej większości z ankietowanych pielęgniarek zdarzyło się nie mieć ochoty iść do pracy ze względu na spotykające ich ze strony pacjentów i ich rodzin nieprzyjemności. Interesujący może wydać się fakt, że mniej więcej połowa badanych twierdzi, iż agresja z jaką spotyka się w miejscu pracy, nie wpływa na ich życie osobiste. Warto zwrócić uwagę, że znaczna większość przyznaje jednocześnie, że agresja ze strony pacjentów i ich rodzin ma wpływ na ich stan psychiczny. Można wobec tego odnieść wrażenie pewnej sprzeczności, ponieważ negatywny wpływ na stan psychiczny jednostki musi odbić się jakkolwiek na jej życiu prywatnym. Tę nieścisłość można jednak łatwo wytłumaczyć próbą profesjonalnego podejścia do swojej pracy. Jednym z bardziej interesujących, w kontekście tematu pracy, problemów jest zagadnienie ochrony prawnej przysługującej pielęgniarkom. Jak wynika z ankiety większość pielęgniarek uważa, że wspomniana ochrona jest zdecydowanie niewystarczająca. Niestety, koreluje to z oceną skuteczności rozwiązań prawnych dotyczących ochrony pielęgniarek, aż 70% badanych generalnie negatywnie odpowiada na pytanie czy regulacje prawne chroniące pielęgniarki są skuteczne. Co ciekawe, nadzwyczajnie rzadko, ale zdarzyły się odpowiedzi zdecydowanie potwierdzające skuteczność wspomnianych regulacji prawnych. Zdecydowanie niepokojący jest fakt, że żadna z respondentek nigdy nie podjęła działań w tym kierunku. Przyczyn takiego stanu rzeczy można upatrywać w dwóch zagadnieniach. Pierwsze opisane zostało w akapicie powyżej - pielęgniarki po prostu uważają, że przysługująca im ochrona prawna jest nie dość, że niewystarczająca, to dodatkowo zupełnie nieskuteczna. Drugim potencjalnym powodem niechęci pielęgniarek do podejmowania kroków prawnych względem agresywnych pacjentów jest niewielki stopień świadomości o przysługującej im ochronie prawnej. Zdecydowana większość ankietowanych pielęgniarek uważa, że jest raczej świadoma przysługującej jej ochrony. Można z dużą dozą prawdopodobieństwa podejrzewać, że odpowiedzi te świadczą nie tyle o dogłębnej wiedzy na ten temat, co o braku zainteresowania nim lub o wiedzy cząstkowej. Gdyby ankietowane pielęgniarki rzeczywiście zdawały sobie

sprawę z przysługującej im ochrony, zapewne odpowiedziałyby w sposób zdecydowany. Ciekawie prezentują się odpowiedzi dotyczące ogólnego bezpieczeństwa w pracy, jak i wsparcia udzielanego pielęgniarcom przez przełożonych i koleżanki. Około połowa ankietowanych udziela generalnie negatywnej odpowiedzi na pytanie czy czuje się bezpiecznie w swoim miejscu pracy. Oznacza to, iż średnio co druga pielęgniarka, odczuwa dyskomfort w związku z wykonywaniem swojego zawodu. Na szczęście, zdecydowana większość ankietowanych może liczyć na pomoc zarówno ze strony przełożonych, jak i reszty personelu pielęgniarstwa.

Wnioski

Analizując wyniki przeprowadzonej ankiety można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Problem agresji pacjentów, jak i ich rodzin wobec pielęgniarek jest znaczący, powszechny i ma charakter stały z tendencją wzrostową.
2. Agresji wobec pielęgniarek w wielu wypadkach nie należy łączyć z konkretną jednostką chorobową i stresem jej towarzyszącym.
3. Zachowania agresywne ze strony pacjentów i ich rodzin mają negatywny wpływ na życie prywatne i stan psychiczny pielęgniarek.
4. Zachowania agresywne ze strony pacjentów i ich rodzin wpływają negatywnie na poczucie bezpieczeństwa pielęgniarek w ich miejscu pracy oraz na nastawienie z jakim pielęgniarki przychodzą do pracy.
5. Pielęgniarki nie są w pełni świadome przysługującej im ochrony prawnej. Dodatkowo, ochrona ta jest nieskuteczna, co w efekcie powoduje bierność pielęgniarek wobec dotykających ich aktów przemocy.

Piśmiennictwo

1. Deptała A.: Onkologia w praktyce, PZWL, Warszawa 2006
2. Freud A.: Ego i mechanizmy obronne, PWN, Warszawa 2007
3. Heitzman J.: Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych, PZWL, Warszawa 2007
4. Jaworska A.: Leksykon resocjalizacji, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2012
5. Krahe B.: Agresja, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005
6. Picho S.: Pacjent agresywny, „Magazyn pielęgniarki i położnej”, nr 7-8 2011: 31-32
7. Reber S. A, Reber S. E.: - Słownik psychologii, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2008
8. Sęk H.: Psychologia kliniczna, PWN, Warszawa 2007

Wykorzystane w pracy akty prawne:

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej

Kontakt na autora:

Mgr Zofia Komorowska
Ul. Gimnastyczna 137,
94-128 Łódź, Polska
tel. 609 829 634.

WPŁYW AGRESJI PACJENTA NA ZACHOWANIA PERSONELU IZBY PRZYJĘĆ

Vplyv agresivity pacienta na správanie zamestnancov oddelenia urgentného príjmu

Jolanta Borgosz¹, Bogusława Kupczak-Wiśniewska¹, Olga Smykał¹, Bogusława Serzysko²

¹*Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski w Bielsku - Białej*

²*Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze Katedra Kardiologii, Wad Wrodzonych Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*

WSTĘP

Obecnie zjawisko przemocy czy agresji dotyczy wszystkich sfer życia ludzkiego i każdej grupy wiekowej. Często utożsamiana jest z pojęciem przemocy. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia przemoc to „celowe użycie siły fizycznej, zagrażające lub rzeczywiste, przeciwko sobie, komuś innemu lub przeciwko grupie czy społeczności, co powoduje lub jest prawdopodobne, że spowoduje zranienie, fizyczne uszkodzenie, śmierć, ból psychologiczny, zaburzenie rozwoju lub deprawację” (World Health Organization, Geneva 2002)

Inna definicja agresji, mówi, iż jest to „zachowanie wrogie” związane z pojawieniem się stanów emocjonalnych, takich jak: niezadowolenie, gniew, napięcie, lęk lub strach, zazwyczaj skierowana przeciwko zewnętrznym źródłom wymienionych stanów emocjonalnych (ludziom lub przedmiotom), a może być przeniesiona na neutralne osoby lub przeciwko sobie (autoagresja) (Picho S.,2011,s. 30)

Agresja jest pojęciem złożonym. Ma ona wiele znaczeń, jednak traktuje się agresję jako zjawisko negatywne i antyspołeczne. Upraszczając, agresja to reakcja, która dostarcza szkodliwe bodźce innemu organizmowi. W psychologii to określenie zachowania ukierunkowanego, mającego na celu spowodowanie szkody fizycznej lub psychicznej. Niektórzy badacze rozumieją agresję raczej jako wrodzony popęd, a nie zachowanie (musi być co jakiś czas rozładowanie). Bezspornie celem agresji jest wyrządzenie szkody przedmiotowi agresji, określonym osobom (np. lekarzowi) lub grupom społecznym. W ostatnich latach agresja pacjentów staje się coraz

większym problemem w pracy personelu medycznego. Jeszcze nie tak dawno takie sytuacje zdarzały się niemal wyłącznie w zakładach psychiatrycznych i odwykowych. Teraz w pogotowiu ratunkowym są już nagminne i coraz częściej dochodzi do nich w szpitalach, na izbach przyjęć, a nawet w gabinetach lekarzy rodzinnych. Najczęściej są to krzyki i obelgi, ale zdarzają się groźby, a nawet przemoc fizyczna.

Agresja jest zjawiskiem bardzo szerokim i złożonym obejmującym różne typy zachowań, których cechą jest to, iż mogą one być intencjonalne i zmierzające do wyrządzenia szkody celowi agresji bądź tylko środkiem do realizacji innego celu. Agresja ludzka lub zachowanie agresywne jest złożonym zjawiskiem (Vetulani J., 2013, s. 103). Przyczyny zachowań agresywnych mogą być spowodowane czynnikami biologicznymi, środowiskowymi o charakterze psychospołecznym: sytuacje, w których nie są spełnione oczekiwania pacjentów w zakresie poziomu otrzymywanych świadczeń zdrowotnych (np. długie oczekiwania w kolejkach, konieczność opłacania części zabiegów oraz brak rzetelnych informacji), wrodzonymi i uwarunkowaniami społecznymi. Mogą mieć różne formy słowne tj. krzyk, obelgi, zastraszanie, groźby, wrogi stosunek oraz fizyczne ataki. Zachowania agresywne są najczęstszymi reakcjami społecznymi wśród ludzi.

Przemoc może przybierać formę fizyczną np.: popchnięcia, uderzenia ręką czy przedmiotem lub formę nie fizyczną taką jak: werbalne groźby, nadużycia, wulgarne gesty, insynuacje, prześladowanie (Zamperion A., Madrid 2010).

Przemoc i zachowania agresywne zazwyczaj najczęściej są skierowane wobec personelu pielęgniarstwa, co potwierdza większość badań (Carlsson G., 2004; s. 191–217). Najczęściej występującą formą agresji wśród pacjentów jest agresja werbalna.

Agresja w Izbach Przyjęć bądź Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych jest w dzisiejszych czasach zjawiskiem dość powszechnym. Obserwuje się jej ciągłą tendencję do wzrostu, co stało się jednym z głównych problemów funkcjonowania podmiotów działalności leczniczej. Zachowania zarówno pacjenta, jak i jego rodziny lub innych osób towarzyszących oddziałuje na wszystkich pracowników, bezpośrednio dotykając ich godności oraz jest głównym źródłem nierówności, dyskryminacji, napiętnowania i konfliktów w organizacji. Prowadzi to do obniżenia motywacji wśród personelu, utraty pewności siebie i obniżenia poczucia wartości oraz godności. W konsekwencji dezorganizuje wykonywanie świadczeń medycznych i prowadzi do konfliktów w komunikacji, zaburzając prawidłowe relacje wśród personelu.

Coraz częściej dostrzega się środowiska pracy, w których pracownicy są wyjątkowo narażeni na przemoc fizyczną i psychiczną. Niewątpliwie należą do nich placówki medyczne, które są poddawane nieustającej restrukturyzacji. Ciągłe zmiany wpływają negatywnie na środowisko pracy. Personel medyczny często w takich sytuacjach narażony jest na stres oraz

przemoc psychiczną w miejscu pracy (Serzysko B. 2014, s.347). Według Nordin ¼ całej przemocy w miejscu pracy to przemoc w sektorze opieki zdrowotnej (Nordin,1995).

Rozwinięcie

Z analiz badań dotyczących miejsc występowania agresji w sektorze ochrony zdrowia, wynika, iż, do przemocy dochodzi najczęściej w placówkach ochrony zdrowia na Izbie Przyjęć lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, gdzie przyjmuje i leczy się osoby będące o różnych stanach chorobowych i nasileniu emocjonalnym a także przychodniach gdzie udziela się pomocy doraźnej. (Krajewski R., 2011, s.18-19). Dowodzą o tym badania, w których wykazano, iż agresja ze strony pacjentów najbardziej odczuwana była przez ratowników pracujących w izbie przyjęć. Najczęstszymi formami agresji ze strony pacjentów było: używanie podniesionego głosu (95%), pogrożki (85%) oraz zachowania wulgarne przy współpracownikach i pacjentach (91%). Podobne wyniki uzyskano w Szpitalu Ogólnym w Maputo (izba przyjęć). Pracownicy najczęściej byli ofiarami przemocy fizycznej (38%), agresji werbalnej (20,5%), moralnej(1,3%), zarówno ze strony pacjentów, jak i ich rodzin. W ich opinii sytuacja ta spowodowana była nadmierną ilością pacjentów korzystających z usług medycznych oraz małą obsadą stanowisk medycznych (Cutcliffe J., 999, s. 105–111).

W obliczu zagrożenia zdrowia zachwane jest poczucie bezpieczeństwa. Człowiek w takiej chwili działa w silnym stresie, lęku i niepokoju, niejednokrotnie podejmuje działania w obronie własnej. Niezależnie, czy ma rzeczywiste powody czy też wyobrażone, może reagować zachowaniami agresywnymi wobec potencjalnych lub rzeczywistych wrogów (Kowalczyk K.,2011, s.396).

Często ofiarami agresji są pracownicy w bezpośrednim pierwszym kontakcie z pacjentem. Odbierają niekorzystnie działające negatywne emocje, które zaburzają równowagę psychiczną. Wśród grup zawodowych pracujących w sektorze ochrony zdrowia najbardziej narażone są pielęgniarki. Istotą pielęgniarstwa jest profesjonalne pomaganie, poświęcenie, empatia i zaangażowanie w sprawy drugiego człowieka (Suwała A.,2008,s.160). Przemoc w miejscu pracy jest definiowana jako incydent, w którym personel jest zastraszany, poddawany obelgom, znieważany w okolicznościach i sytuacjach związanych bezpośrednio z pracą lub w czasie wykonywania czynności pracy lub poza miejscem zatrudnienia (Wynne R.,1997).

Konsekwencje agresji mogą być różne. Mogą dotyczyć nie tylko uszkodzeń ciała, urazów psychicznych, wzrostu nakładów finansowych, ale być przyczyną śmierci. Stosowanie przemocy może mieć negatywny wpływ na procesy psychiczne takie jak: samoocena, pewności siebie, odwaga, odporność na stres, nastawienie na działanie czy samopoczucie. Najczęstszą reakcją na agresję jest złość, lęk i poczucie bezradności (Sariusz-Skąpska M. 2005; s.87–91). Powstałe na skutek werbalnej bądź fizycznej napaści nastawienie lękowe niejednokrotnie przyczynia się do

unikania i wycofywania z własnych obowiązków, spadku efektywności pracy, a nawet może prowadzić do rezygnacji z dalszego wykonywania zawodu (American Nurses Association, 2002; s.17). Ponadto zachowania agresywne uruchamiają wśród personelu medycznego różnorodne emocje i skojarzenia wiążące się z ich osobistym doświadczeniem, co może wpływać na sposób traktowania pacjenta, a w konsekwencji zaburzać proces leczenia

Narastające obciążenia z odpowiedzialnością zawodową, większe wymogi związane z wykonywaną pracą oraz kontakt z agresją, wpływają na personel pielęgniarski. Dlatego pielęgniarki w swojej pracy coraz częściej doświadczają większego stresu na tle zawodowym. Najczęstsza jest agresja słowna czyli znieważanie, pomawianie, groźby. Przemoc fizyczna jest znacznie rzadsza. Do aktów agresji dochodzi w różnych sytuacjach, czasem niespodziewanie i nawet bez przyczyny. Impulsywność zachowań agresywnych sprzyja kierowaniu ich na osoby przypadkowe (Niechwiadowicz-Czapka T., 2010, s.30-31). Osoby stykające się z agresją w pracy najczęściej są słabo przygotowane do takich sytuacji. Programy studiów nie obejmują tego zagadnienia. W miejscu pracy bardzo rzadko zdarzają się szkolenia na temat postępowania w razie agresji. Miejsce pracy nie jest organizowane z myślą o zapobieganiu agresji. Większość przypadków nie jest nikomu zgłaszana, jak również nie są prowadzone monitoringi przemocy (Suwała A., 2008, s.157-161). Agresja nie jest zjawiskiem medycznym, ale charakter medyczny mają niekiedy jej przyczyny. Jest w wielu instytucjach ochrony zdrowia tematem tabu (Niechwiadowicz-Czapka T., 2010, s.30-31).

Zachowania agresywne uruchamiają wśród personelu medycznego różnorodne zachowania i emocje, które wiążą się z ich osobistym doświadczeniem, co może mieć wpływ na późniejsze traktowanie pacjenta, a w konsekwencji zaburzyć proces jego leczenia. Problem destabilizacji relacji pomiędzy pacjentem, a personelem wskutek różnych form przemocy przyczynił się do opracowania odpowiednich strategii postępowania. Z analiz wielu badań, które zostały przeprowadzone w 12 europejskich krajach, wynika, iż standardy i procedury dotyczące postępowania w przypadku wystąpienia przemocy czy agresji zostały tylko wdrożone w 18% oddziałów. Ponadto z badań wynika, że najczęściej incydentom przemocy zapobiega ochrona (48%) lub postępowanie farmakologiczne (66%) (Zamperion A., Hamburg, 2009:s.49).

Dlatego też pracownicy muszą sami sobie poradzić z problemami jakich doświadczają jako ofiary agresji. W wyniku silnego pobudzenia emocjonalnego i silnej reakcji stresowej dochodzi do zaburzenia tzw. motoryki małej, związanej z ruchami precyzyjnymi, ogranicza się pole widzenia, utrudnione jest racjonalne myślenie. Dość powszechne jest poczucie narastającego zagrożenia i wrogości w przypadku agresji, nawet jeśli nie są liczne, budzą duże emocje i negatywnie wpływają na podejście do pacjentów, a wobec tego nie powinny być traktowane jako zło konieczne. Trudnym pytaniem jest, jak na nią reagować, i jeśli jest tak, to w jaki sposób? Tym bardziej, że zachowań agresywnych wśród pacjentów nie unikniemy. Można

wręcz przeciwnie spodziewać się tendencji narastającej. Ze względu na starzejące się społeczeństwo będziemy mieli coraz więcej pacjentów korzystających z usług medycznych. Działania agresywne będą się wiązać nie tylko z kolejką oczekujących na procedury specjalistyczne, ale również gdy pewien rodzaj usług z jakichś powodów będzie niedostępny, będą występować dystanse pomiędzy oczekiwaniami, a realizacją określonego celu, i inne uwarunkowania sytuacyjne, wzbudzające poczucie gniewu (Kowalczyk K., 2011, s.396).

Przejawy agresji wystawiają złe świadectwo nie tyle samym pacjentom, obciążonym często wiekiem czy licznymi chorobami, ale i personelowi, który nie potrafi wyhamować takich rodzajów zachowań (Niechwiadowicz-Czapka T., 2010, s.30-31).

Radzenie sobie z pacjentami agresywnymi wymaga nieustannego treningu, umiejętności właściwej reakcji na zachowania agresywne w komunikacji interpersonalnej. Pewne zachowania mogą wzmocnić agresję, bądź ją osłabić i nakierować na właściwe tory.

W postępowaniu z pacjentem pobudzonym i agresywnym można wyróżnić następujące etapy:

- oddziaływanie środowiskowe (organizacja pracy personelu medycznego),
- znajomość technik psychologicznych zmniejszających napięcie i agresję pacjenta,
- podanie leków lub mechaniczne unieruchomienie (Hasij J., 2010, s.42-43).

Relacja pacjent-pielęgniarka powinna być wspomagająco – lecznicza, tj. zapewnić taką pomoc, jaka w określonych sytuacjach zdrowotnych człowieka jest mu najbardziej potrzebna. Zwykle najbardziej potrzebne jest przywrócenie nadziei, pomoc w opanowaniu bezradności, pobudzenie do aktywności i współdziałania oraz prawidłowe relacje z innymi ludźmi (Niechwiadowicz-Czapka T., 2010 s.30-31). Ważne jest w sytuacji konfliktowej pozostawać przyjaznym i życzliwym dla pacjenta, ponieważ odpowiedź złością niekorzystnie wpływa na relacje i może spowodować pogłębienie konfliktu. Należy zastanowić się nad swoim sposobem myślenia o sytuacjach konfliktowych, pamiętając, że konflikt lub zachowanie „trudnych” pacjentów jest normalne, wszystkie sytuacje konfliktowe coś komunikują, pacjenci mogą mówić coś , o czym myślą również inne osoby (Marcinowicz L., 2004, s.348). Umiejętność adekwatnego komunikowania się z pacjentem jest uznawana za jedną z podstawowych kompetencji personelu, co pozwala na radzenie sobie w trudnych sytuacjach, utrzymuje dobre relacje z pacjentem oraz sprzyja realizacji zadań na normalnym poziomie (Ratajska A., 2014, Redakcja naukowa).

Bardzo istotne znaczenie w zapobieganiu agresji ma empatia czyli zdolność do postawienia siebie na miejscu drugiej osoby i odbierania w podobny sposób zachodzących wydarzeń oraz odczuwania podobnych emocji. Kiedy odczuwa się empatię, przejawia się mniejszą skłonnością do zachowań agresywnych. Empatyczne zachowanie może również powstrzymać agresywne zachowania pacjentów(Marcinowicz L., 2004, s.349).

Profilaktyka w działaniach zapobiegawczych odnoszących się do występowania agresji ze strony pacjenta w Izbach Przyjęć i Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych wymaga wdrożenia procedur postępowania w przypadku pojawienia się zjawiska przemocy, szkoleń personelu. Stała ocena i rejestracja liczby zgłoszeń przez co można dokładniej ocenić wielkość problemu, główne przyczyny i zidentyfikować najbardziej narażone miejsca, co będzie podstawą do podejmowania celowych działań. Podkreśla się również znaczenie ścisłej współpracy z organami porządkowymi przede wszystkim z policją, kiedy chodzi o najszybsze i skuteczne interwencje w sytuacjach kryzysowych, ponieważ personel medyczny ma ograniczoną liczbę środków możliwych do zastosowania (Lickiewicz J., 2013, s.6-7). Zmieniające się w sposób ciągły warunki społeczno-gospodarcze, postępująca wiedza stawia wyzwania dla podmiotów działalności leczniczej i wymaga czujności dotyczącej rozwoju zarówno w realizacji świadczonych usług i dobrego wizerunku. Kreatywność w odniesieniu do różnych problemów występujących w pracy między innymi występowania zjawiska agresji pomaga wypracować nowe, bardziej skuteczne rozwiązania i radzenie sobie z problemami agresji, która zakłóca funkcjonowanie jednostki.

Innym ważnym rozwiązaniem wydaje się, włączenie do zespołu terapeutycznego w każdym podmiocie działalności leczniczej psychologa, który poza pomocą pacjentom w wyrażaniu emocji w sposób pozbawiony agresji mógłby również wspierać działania personelu medycznego. Każdy przypadek wystąpienia działań agresywnych ze strony pacjenta powinien być zgłoszony przełożonemu i odnotowanie wydarzenia w dokumentacji. Zgłoszenie wystąpienia przemocy pozwoli na opracowanie indywidualnego planu postępowania z pacjentem i eliminację podobnych zachowań w przyszłości. Wydaje się, iż właściwa analiza zdarzeń w zespole terapeutycznym łącznie z ustaleniem przyczyn, analiza własnych odczuć i emocji, okazywanie wsparcia czy poproszenie o wsparcie zmniejszy występowanie zachowań agresywnych a tym samym poprawi relacje personalne.

Wnioski

1. Agresja w miejscu pracy jest zjawiskiem, które powoduje narastanie stresu, zakłóca homeostazę organizmu co w konsekwencji prowadzi do gwałtownych zachowań związanych ze wzrostem emocji. Budzi negatywne uczucia (napięcie, niepokój) i łatwo może przerodzić się w konflikt.
2. Biorąc pod uwagę fakt, że praca zawodowa jest jedną z najważniejszych sfer ludzkiego życia, należy dołożyć wszelkich starań, by stworzyć w niej klimat sprzyjający zdrowiu i bezpieczeństwu pracowników. Dlatego też przeciwdziałanie i zwalczanie zjawiska agresji w miejscu pracy powinno być działaniem priorytetowym.

3. Bezpieczne środowisko pracy nie tylko wpływa na jego pracowników, relacje interpersonalne, ale umożliwia poprawę jakości świadczonej opieki i poprawia wizerunek danej jednostki.
4. Inwestowanie w rozwój zawodowy jednostki, szkolenia, motywacja, przyczynia się do niwelowania skutków patologicznych zachowań i stwarza poczucie bezpieczeństwa. W konsekwencji sprawia, że usługi są świadczone w sposób profesjonalny i nowoczesny.

Piśmiennictwo

1. American Nurses Association. ANA on-line health and safety survey key findings. ISNA Bulletin 2002; 28 (2):17
2. Carlsson G., Dahlberg K., Lutzen K. i wsp. Violent encounters in psychiatric care: a phenomenological study of embodied caring knowledge. Issues Ment. Health Nurs. 2004; 25:191–217.
3. Cutcliffe J.: Qualified nurses' lived experience of violence perpetrated by individuals suffering from enduring mental health problems: a hermeneutic. Int. J. Nurs. Stud. 1999, 36, 105–111
4. Hasij Justyna, Barziej Ireneusz, Orłowska Wiktoria, Rydzek Jarosław Letka Edyta.: Postępowanie z pacjentem pobudzonym i agresywnym. Na Ratunek 2010:4(2) s.42-43, ISSN: 1230-2961
5. Kowalczyk Krystyna, Jankowiak Barbara, Krajewska-Kułak Elżbieta, Rolka Hanna, Sierakowska Matylda. Teorie agresji – prawda czy mity? Problemy Pielęgniarstwa. 2011:19(3)s.396, ISSN: 1233-9989
6. Krajewski Romuald.: Najbardziej niebezpieczna praca? Gazeta lekarska. 2011,1(241) s.18-19, ISSN: 0867-2146
7. Lickiewicz Jakub.: Strach być pielęgniarką? Agresja pacjenta. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2013(5)2001s.6-7, ISSN: 1425-6789
8. Marcinowicz Ludmiła.: Komunikowanie się z pacjentem roszczeniowym. Lekarz rodzinny. 2004: 9(3) s.348-349, ISSN: 1426-2088
9. Niechwiadowicz-Czapka Teresa: Agresja w pracy pielęgniarki. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2010,3 s.30-31, ISSN: 2082-9876
10. Nordin, H. Fakta om vaold och hot I arbetet, Solna, Occupational Injury Information System, Swedish Board of Occupational Safety and Health, 1995.
11. Picho Sabina: Pacjent agresywny, Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2011, (7-8), s. 30-31 ISSN: 2299-6338
12. Ratajska Anna.: „Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem i jego rodziną” PZWL

Warszawa 2014 Redakcja naukowa, ISBN: 9788320047189

13. Sariusz-Skąpska M. Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych. *Post.Psych.Neurol.*2005;14(2):87-91.
14. Serzysko B., Bartusek M.: Charakter i zakres mobbingu w miejscu pracy - analiza tego zjawiska. Nature and extent of bullying in the workplace - an analysis of this phenomenon. *Pielęgniarstwo: PRAWO – PRAKTYKA - ETYKA*, Pod redakcją G. Rogala-Pawelczyk; J. Kubajka - Piotrowska; M. Kilarskiej. Tom I, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; Warszawa 2013; s.358- 371 ISBN: 978-83-927402-6-1
15. Suwała Anna .: Zjawisko przemocy w zakładach opieki zdrowotnej. *Problemy Pielęgniarstwa.*2008: 16((1,2) s.157-161, ISSN: 1233-9989
16. Vetulani Jerzy: Neurochemia impulsywności i agresji, *Psychiatria Polska*, 2013, tom XLVII, 1, s.103-104, ISSN: 0033-2674
17. World report on violence and health World Health Organization, Geneva 2002
18. Wynne R., Clarkin N., Cox T., Griffiths A. Guidance on the prevention of violence at work. Luxembuorg: European Commision, DG-V,1997.
19. ZamperionA., Saraiva M., Pranovi R. EDTNA/ERCA Recommendations for Prevention and Management of Violence and Aggression in renal units. Imprenta Tomas Hermanos, Madrid 2010.
20. Zamperion A. Violence and aggression. Abstract book 38 th EDTNA/ERCA International Conference “Shaping the future of renal care”. Hamburg 2009: 49.

Kontakt na autora:

Jolanta Borgosz

ul. Strażacka 234 43-374 Buczkowice woj. śląskie

PRZYWÓDZTWO W SŁUŻBIE ZDROWIA JAKO WYZWANIE WSPÓŁCZESNEGO ZARZĄDZANIA

Manažment v zdravotníctve ako výzva moderného riadenia

Anna Burak¹, Andrzej Ferenc², Jacek Mućka², Jacek Tlappa²

¹*Zakład Pielęgniarstwa Gastroenterologicznego, UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy*

²*Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej, UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy*

Streszczenie

Każda współczesna organizacja musi nieustannie reagować na zmiany otoczenia, konkurencję i wzrastające wymagania swoich klientów oraz pracowników. W obliczu transformacji ochrony zdrowia reagowanie na te zmiany i konieczność ewolucji metod zarządzania zakładami opieki zdrowotnej jest szczególnie ważne, i stanowi nie lada wyzwanie. Ochrona zdrowia to specyficzne pole działania. To przede wszystkim chory człowiek i podstawowe potrzeby ludzkie. To także inne podejście do zysku, duża biurokratyzacja, oraz silny wpływ otoczenia politycznego i prawnego, który warunkuje podejmowanie decyzji i ogranicza swobodę działania przywódców organizacji sektora publicznego. Odejście od administrowania w kierunku nowoczesnego zarządzania pociągnęło za sobą wiele konsekwencji, także dla osób zarządzających średniego szczebla. Z kierowników musieli stać się aktywnymi przywódcami. Z pewnością, nie wszystkim to się jeszcze udało, ale aby aktywnie angażować się w realizację zadań firmy i efektywnie funkcjonować w sektorze zdrowia muszą zmienić sposób myślenia i przyswajać nowe umiejętności przywódcze. Zrozumieć potrzebę zmian struktur, procesów i zachowań. Muszą zdawać sobie sprawę, że z racji wiedzy i stanowiska rosnące wobec nich oczekiwania, co do podejmowania decyzji, mogą mieć wpływ na osiągnięcia całej organizacji a co za tym idzie polepszenia wyników całego systemu służby zdrowia.

Słowa kluczowe: zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej, kadra kierownicza, przywództwo

Wstęp

Trwająca od 1999 r. reforma służby zdrowia przyczyniła się do zmiany sposobu kierowania w placówkach ochrony zdrowia. Nastąpiło przejście od administrowania do szeroko rozumianego, aktywnego zarządzania. Zwrócono uwagę na przywództwo i jego znaczenie dla współczesnej kadry zarządzającej. Koniecznością stały się zmiany ówczesnego, jak i tworzenie nowego jakościowo kapitału osób zarządzających. Zmiany dotknęły również kadre kierowniczą średniego szczebla, ponieważ często właśnie tam, zostały przekazane kompetencje

menadżerskie. Następstwem tego stała się zmiana postaw osób na stanowiskach kierowniczych, podwyższenie ich kwalifikacji i nabycie nowych umiejętności zarządzania uwzględniających specyfikę jednostek ochrony zdrowia. Umiejętności, dzięki którym trzeba połączyć, z jednej strony zapewnienie pacjentom właściwej i kompleksowej opieki, podnosić jakość usług adresowanych do szerokiego grona odbiorców, budować zaufanie klientów, z drugiej strony zaś dbać o efektywność organizacyjną i ekonomiczną oraz stabilizację finansową. To duże wyzwanie dla współczesnych zarządzających w placówkach służby zdrowia a przywództwo okazuje się bardzo pożądaną umiejętnością.

„Wewnątrz organizacji tylko trzy zjawiska występują naturalnie: spór, chaos i nieefektywność. Cała reszta wymaga przywództwa.”

Peter Drucker

Czym jest przywództwo? Literatura na ten temat jest bogata i podaje wiele definicji. Być może dlatego, że „przywództwo jest jedną z najbardziej ulotnych koncepcji zarządzania.”¹ Można je zdefiniować jako proces, podczas którego jednostka wpływa na grupę w celu osiągnięcia wspólnego celu.² Przywództwo to też określony zestaw cech charakteru i umiejętności przypisywanych ludziom, którzy są uznawani za przywódców. J.C. Maxwell uważa, że „przywództwo jest zdolnością, która polega na wywieraniu wpływu”.³ S. Mika stwierdza, że przywództwo postrzegane jest, jako pewna zdolność, umiejętność lub cecha zjednywania sobie zwolenników, wywierania wpływu, a także tworzenia wizji rozwoju i pobudzania ludzi do działania.⁴

Bez względu na to, jak zdefiniujemy przywództwo, czy jako proces, czy jako właściwość, nie budzi wątpliwości fakt jego ogromnego znaczenia dla sukcesu organizacji. Zadaniem efektywnego przywództwa jest, bowiem stworzenie takich warunków, aby jak najlepiej wykorzystać potencjał wykwalifikowanego personelu, zasoby finansowe oraz wyposażenie techniczne organizacji. Ma to szczególne znaczenie w sektorze ochrony zdrowia. Rosnące wymagania pacjentów, co do jakości i skuteczności opieki zdrowotnej oraz stały rozwój technologii medycznych stawiają przed zarządzającymi zakładami opieki zdrowotnej coraz to większe wyzwania. Sprostanie tym wymaganiom oraz przystosowywanie się do ciągłych zmian nie jest łatwe, ponieważ wieloletnie zaniedbania oraz stereotypowe podejście do publicznej służby zdrowia uczyniło temu sektorowi wiele szkody. Ponadto, część zarządzających nie widzi różnicy między zarządzaniem a przewodem. A przecież przewodem i zarządzanie to nie to samo. Najprościej można powiedzieć, że zarządzanie polega na skłanianiu ludzi do robienia właściwych rzeczy, a przywództwo na sprawianiu, by ludzie dodatkowo chcieli te rzeczy robić.⁵ To właśnie ta umiejętność sprawia, że zarządzający staje się przywódcą. Ciekawie podsumowuje

to A. Pocztowski - Podczas gdy „menedżerowie wykonują rzeczy właściwie”, „liderzy wykonują właściwe rzeczy” a istotą kierowania w nowoczesnych organizacjach powinno być „właściwe wykonywanie właściwych rzeczy”.⁶

Dobry przywódca ma wizję organizacji, widzi sprawy w szerszym kontekście. Posiada umiejętność budowania zespołu i zarządzania zmianą. Dobre przywództwo to także umiejętność działania pod presją, w warunkach szybko rosnących wymagań klientów oraz dynamicznie zmieniającego się otoczenia. Bez wątplenia, zdolności przywódcze to jedne z najbardziej cenionych umiejętności każdego współczesnego zwierzchnika. I to w zarządzaniu na każdym szczeblu organizacji opieki zdrowotnej, ponieważ wymiernym skutkiem efektywnego przywództwa jest nie tylko rentowność czy stabilność finansowa placówki, ale przede wszystkim społeczne zaufanie do jej działalności wynikające z działalności poszczególnych komórek, jednostek, oddziałów.

Niestety, wielu kierowników i menadżerów nie postrzega przywództwa, jako wartości. Stanowi to dodatkową trudność w pozyskiwaniu poparcia dla zmian organizacyjnych oraz utrudnia podejmowanie nowych inicjatyw. Dlatego tak ważne jest zwrócenie uwagi na osoby zarządzające niższego szczebla. Wzmocnienie ich potencjału, dostarczenie nowatorskich wizji, inspirowanie specjalistów, dzielenie się informacją, może sprawić, że podejmą wyzwania, jakie niesie ze sobą przywództwo. A to, w połączeniu z umiejętnym zarządzaniem może być gwarancją ich sukcesu przekładającego się na sukces całej organizacji.

„Stado baranów dowodzone przez lwa potrafi osiągnąć więcej niż stado lwów dowodzone przez barana”

Napoleon Bonaparte

Bez wątplenie podstawowym kapitałem każdej organizacji są ludzie. Aby skutecznie przewodzić im oraz organizacji każdy przywódca musi najpierw umieć zarządzać samym sobą. Kierowanie pracą innych osób zawsze stanowi wyzwanie, ale prawdziwe przywództwo zaczyna się od pracy wewnętrznej. Nikt nie rodzi się przywódcą, ale prawie każdy może nim zostać. Niemniej, według M. Przybyły ten, kto chce zarządzać, powinien posiadać naturalne zdolności predysponujące go do zarządzania. Winien też posiadać doświadczenie praktyczne oraz wiedzę teoretyczną z tego zakresu. Tylko te trzy elementy razem wzięte mogą stworzyć dobrego kierownika.⁷

Psychologia zarządzania do najważniejszych zachowań przywódcy, które decydują o jego efektywności zalicza predyspozycje osobowościowe, temperament, zdolności intelektualne, inteligencję emocjonalną, oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem. W przypadku trzech pierwszych mamy niewielkie możliwości ich korygowania czy rozwijania. Pozostałe uwarunkowania efektywności przywódcy to elementy, na które można mieć wpływ i nad

rozwojem, których każdy przywódca powinien pracować.⁸ Inteligencja emocjonalna według D. Golemana obejmuje zdolność rozumienia siebie i własnych emocji, kierowania nimi i kontrolowanie ich, zdolność samomotywacji, empatię oraz umiejętności o charakterze społecznym.⁹ To wiara w siebie i pozytywne myślenie. To także poczucie skuteczności i wytrwałość w działaniu. Sposób reagowania w sytuacjach trudnych, w znacznej mierze uwarunkowany jest umiejętnością radzenia sobie ze stresem. Ta kompetencja przywódcy, w obliczu licznych obciążeń psychicznych, trudności, konfliktów, na które jest on narażony, ma szczególne znaczenie. Tym bardziej, że „nie sam stres jest niebezpieczny dla człowieka, ale to, jak na niego reagujemy”⁸

Dobre przywództwo widać w sposobach działania podległych pracowników, w ich zaangażowaniu, poświęceniu w pracy, poczuciu odpowiedzialności, determinacji, pasji, a co najważniejsze, w przeświadczeniu, że to, co robią jest doceniane i istotne. Bo sztuka przywództwa polega głównie na budowaniu relacji między ludźmi i ich pielęgnowaniu.⁵ Jako sztukę traktuje zarządzanie M. Przybyła. I w takim rozumieniu wymaga od kierownika specyficznych zdolności, umiejętności, które winny tkwić w jego naturze. Tak jak nie każdy może być malarzem, poetą, czy muzykiem, tak nie każdy może być kierownikiem.⁷ Współczesna służba zdrowia to także nowa jakość pracowników. Wyższy poziom wykształcenia, wyższe aspiracje zawodowe i społeczne, oczekiwania, co do kariery i samorealizacji w pracy, a także zmiany w systemie wartości. To wszystko sprawia, że stare założenia dotyczące zarządzania i motywowania pracowników już się nie sprawdzają.¹⁰

Nowoczesne zarządzanie polega na tworzeniu warunków, które by mobilizowały pracowników i zachęcały do rozwoju. Oznacza to, że kierowanie grupą ludzi wymaga przede wszystkim wzbudzenia zaufania podwładnych do samego siebie. Przekłada się to na poczucie bezpieczeństwa wśród nich, ułatwia włączenie do procesu współdecydowania, a ostatecznie wpływa na procesy motywacyjne. Zazwyczaj ludzie mają w sobie większy potencjał, niż to widać na co dzień.

Niezwykle ważny jest również rozwój przywódców. To, aby ciągle się uczyli, zarówno na doświadczeniach własnych jak i innych autorytetów przywództwa. Istotne jest, aby kształcili także umiejętność aktywnego słuchania, co przekłada się na zdolność oceny członków swojego zespołu, innych liderów i siebie samych.¹¹ Niewątpliwie, sukces w roli kierownika osiąga ten, kto potrafi porozumiewać się z pracownikami, pozytywnie na nich wpływać, rozwiązywać konflikty oraz negocjować w trudnych sprawach. Pracownicy muszą wiedzieć, czego się od nich oczekuje. Kierownicy zaś powinni być świadomi indywidualności pracowników.

Bezdyskusyjną umiejętnością przywódców jest kreowanie nowych pomysłów i realizowanie wizji. Lider powinien być inicjatorem zmian we współczesnej organizacji. Obok wiedzy i doświadczenia praktycznego winien posiadać cechy osobowości pozwalające sprostać

wyzwaniu tworzenia.⁷ Ponadto przywódcy powinni wykazywać się uczciwością i przyjmować odpowiedzialność za swoje działania, podkreśla Goleman.⁹ Żyć wartościami, które głoszą, dając przykład, inspirować innych.¹² Wg A. Mytycha lider rozwija się i staje się coraz lepszy. Wspaniały lider sprawia, że ludzie, z którymi pracuje rozwijają się i stają się coraz lepsi.¹³

„Podążaj za tym, który wie”.

Wirgiliusz

Styl przywódczy, czyli rola, jaką pełni lider w procesie decyzyjnym, jest jednym z najważniejszych aspektów przywództwa. Tym, co cechuje skutecznych przywódców, jest umiejętność doboru stylu przywództwa do sytuacji.

Każdy lider posiada własny, mniej lub bardziej uświadomiony, styl przewodzenia. Definiujemy go, jako zespół specyficznych dla danego menedżera sposobów postępowania i stosowanych metod działania.⁶ Podstawy do klasyfikacji stylów przywództwa są różne. Wachowiak przyjął za kryterium sposób podejmowania decyzji i określił trzy podstawowe style kierowania: autokratyczny, demokratyczny i liberalny.¹⁴ Jednak można na style spojrzeć także, jako na możliwości. Taki pogląd bliski jest Golemanowi, który zachęca do spojrzenia na style przewodzenia jak na „skrzynkę z narzędziami”, po które możemy sięgnąć w zależności od potrzeb. Wyróżnił on sześć stylów przywódczych: nakazowy, autorytatywny, jednoczący, demokratyczny, normatywny i wychowawczy. Dwa ostatnie mogą mieć wpływ negatywny na atmosferę w pracy.¹⁵

Z nowoczesnym przywództwem bez wątpienia związany jest styl transformacyjny, którego istotą jest zmiana. Przywódcy transformacyjni motywują do robienia więcej niż zaplanowano, poprzez rozbudzanie poczucia ważności i wartości realizowanych zadań. Odwołują się do poczucia samorealizacji pracowników.¹⁶ Stymulują proces moralnego dojrzewania, rozszerzają horyzonty oraz pogłębiają zainteresowania podwładnych, którym przewodzą.² Powodują zmiany w ich systemach wartości, aspiracjach, potrzebach, celach. Jest to szczególnie ważne w jednostkach służby zdrowia, gdzie istotne jest wspólne dobro grupy pracowników, organizacji, oraz społeczeństwa, którego przedstawicielem jest pacjent.

Efektywność i sukces przywódcy mają charakter sytuacyjny a najlepsze wyniki uzyskują liderzy, którzy stosują kilka stylów przywódczych. Zachowanie lidera i jego style koncentrują się na konkretnych członkach grupy bądź jednostki, w określonym kontekście, wykonujących określone zadanie dla osiągnięcia określonego celu w danej sytuacji. Najbardziej skuteczny styl przywództwa w jednej sytuacji z pewnością nie będzie skuteczny w drugiej.¹ Umiejętność doboru właściwego stylu ma istotne znaczenie w zarządzaniu w placówkach służby zdrowia. Podmiotem działania personelu jest człowiek w różnej sytuacji zdrowotnej i społecznej oraz to, że konsekwencje błędów czy pomyłek są nieodwracalne. Ponadto w placówkach służby zdrowia,

zwłaszcza szpitalach, istnieje duża różnorodność umiejscowienia stanowisk pracy w hierarchii organizacji a co za tym idzie, zróżnicowanie personelu pod względem wykształcenia, umiejętności zawodowych i poziomu wiedzy. Determinuje to zarówno sposób planowania, podejmowania decyzji, jak i styl zarządzania stosowany przez kierownika określonego szczebla. Lider jest osobą, która działa pod presją. Wynika to z konieczności połączenia dwóch głównych priorytetów – realizacji zadań stojących przed organizacją oraz troski o swoich podwładnych. Dla niektórych liderów stanowi to duży problem. Dlatego tak ważna jest umiejętność łączenia różnych stylów zarządzania. Zapewnia to liderowi najwyższą skuteczność działania.

Nie ma uniwersalnie efektywnego stylu przywódczego. Efektywność każdego ze stylów przywódczych zależy jest od sytuacji, w której zostanie zastosowany. Nie ma idealnego stylu zarządzania, który sprawdzałby się w każdym zespole. Dla lidera zespołu najistotniejsze jest uświadomienie sobie, jaki jest jego naturalny styl oraz jakie inne style mogą w danym zespole sprawdzać się lepiej. Lider, który zdaje sobie sprawę zarówno ze swoich mocnych, jak i słabych stron może modyfikować swoje zachowanie. Znajomość własnego stylu kierowania i dobór właściwego działania w zależności do napotkanych wyzwań jest jednym z czynników warunkujących osiągnięcie trwałego sukcesu.

"Wszystko rozwija się i upada w zależności od przywództwa"

J.C. Maxwell

Reforma systemu ochrony zdrowia rozczarowała niestabilnością rozwiązań systemowych. Nie przyniosła oczekiwanej poprawy sytuacji finansowej publicznych placówek opieki zdrowotnej oraz nie spełniła pokładanych w niej oczekiwań. Uruchomienie mechanizmów rynkowych pokazało, że dotychczasowy sposób zarządzania nie sprawdza się w nowej sytuacji. Pojawiło się wiele problemów, z którymi zarządzający musieli się zmierzyć. Coraz większa presja na walkę z kosztami i prawidłową ekonomiczną działalność szpitala sprawiła, że wprowadzono nowe systemy, takie jak budżetowanie czy controlling. Rozwinęły się systemy informatyczne. Pojawiły się działy odpowiedzialne za zarządzanie jakością, akredytację, obsługę klienta. Przywództwo okazało się niezbędnym warunkiem umożliwiającym zmiany, a zarządzanie gwarancją uzyskiwania systematycznych wyników. Pożądanym elementem efektywnego zarządzania stało się budowanie nowych umiejętności i wiedzy wśród kadry kierowniczej każdego szczebla, ponieważ to oni stali się liderami na swoim stanowisku, w swoim otoczeniu. I nawet, jeśli nie mówimy tu o wielkim przywództwie, takim, które wytycza główne kierunki rozwoju i działania organizacji, to jednak każdy pełniący taką funkcję, w pewien sposób się do tego przyczynia i swoim działaniem wykracza zdecydowanie poza zwykłe kierowanie.

Przywódcy inspirują pracowników, dostarczają im wizji i motywacji, angażują i wykorzystują ich potencjał oraz kreatywność. Wyznaczają kierunek zmian, rozwoju ludzi i organizacji, jako całości. Często to właśnie oni, jako pierwsi i często jedyni, rozpoznają potrzebę zmiany i rozumieją konsekwencje podjęcia aktywności lub jej zaniechania.¹¹ I oni też, jako pierwsi, spotykają się z oporem pracowników wobec zmian, co jest jedną z przyczyn porażek. Nie lada wyzwaniem okazuje się także pogodzenie wartości typowych dla służby zdrowia z podejściem ukierunkowanym na nowoczesne przywództwo. Trudno jest pogodzić pojawiające się sprzeczności między ideami sprawiedliwości społecznej z dążeniem do maksymalizacji zysku.⁷ Ponadto, działając pod presją ekonomiczną i społeczną, przywódcy muszą zapewnić funkcjonowanie organizacji w warunkach ograniczonych zasobów, odpierać krytykę publiczną oraz godzić sprzeczne cele organizacji.⁵ Bowiem w przypadku jednostki opieki zdrowotnej wskaźniki finansowe nie są jednoznaczna miarą oceny efektywności. Co więcej, ograniczanie kosztów często stoi w konflikcie z indywidualnymi wartościami ważnymi dla pacjentów, a to czyni zarządzanie organizacją opieki zdrowotnej szczególnie trudne. Zwłaszcza w obliczu tego, że poziom zaspokajania najbardziej złożonych potrzeb zdrowotnych pacjentów, z wykorzystaniem wysokospecjalistycznych technologii diagnostycznych i leczniczych oraz posiadanych zasobów kadrowych i rzeczowych jest na coraz wyższym poziomie. A to z kolei, powoduje wzrost liczby potencjalnych klientów, bo jakość przyciąga.

Wnioski

Zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia spowodowały ewolucję zarządzania w tym sektorze. Nowe rozwiązania organizacyjne, sposób finansowania, niewystarczające zasoby finansowe oraz wzrost zapotrzebowania społecznego na usługi medyczne wymusiły konieczność rozwoju nowych metod zarządzania i rozwijanie przywództwa.

Bez wątplenia, w zarządzaniu placówkami służby zdrowia, niezbędne jest nowe podejście, idee, umiejętności, nowe typy zachowań przywódczych oraz nowe zasady skutecznego funkcjonowania. Od współczesnych kierowników oczekuje się wprowadzania zmian w zarządzanych obszarach, wywieranie pozytywnego wpływu oraz bycie przykładem dla innych pracowników. Zmiany te dotyczą każdego szczebla zarządzania systemu i dlatego podstawą przywództwa jest funkcjonowanie w sieci różnych relacji – interakcji z innymi pracownikami, swoim zwierzchnikiem, środowiskiem zewnętrznym, pacjentem. Drugą kwestią, jest umiejętność doboru stylu przywództwa do sytuacji oraz do podwładnych, ze szczególnym naciskiem na przywództwo transformacyjne, jako najbardziej oczekiwane przez zarządzających w placówkach służby zdrowia.

Transformacja w służbie zdrowia trwa już 15 lat, ale wydaje się, że w kwestii przywództwa w ochronie zdrowia jest jeszcze wiele do zrobienia.

BIBLIOGRAFIA

1. SHORTELL, S.M., KALUZNY, A.D., *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", Kraków 2001, s. 121, 135
2. KARASZEWSKI, R. *Przywództwo w środowisku globalnego biznesu*, Toruń 2008, s.30, 268
3. MAXWELL, J.C. *Być liderem*, Warszawa 1994, s.15
4. MIKA, S. *Psychologia społeczna*, Warszawa 1987
5. „Nowoczesne przywództwo w organizacji publicznej na rzecz zmian - rola wyższych stanowisk w służbie cywilnej” w ramach „Planu szkoleń centralnych w służbie cywilnej na 2011 r.” Kancelaria Prezesa Rady Ministrów
<http://dsc.kprm.gov.pl/sites/default/files/skrypt> [25.05.2013]
6. POCZTOWSKI A. *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWE, Warszawa 2008, s.189, 222-223
7. PRZYBYŁA M. *Zarządzanie w społeczeństwie postindustrialnym*
<http://www.wiedzainfo.pl/wyklady/129> [15.05.2013]
8. FRĄCZKIEWICZ – WRONKA A., AUSTEN-TYNDA A. *Przywództwo w ochronie zdrowia, ABC*, Warszawa 2009, s.143, 151
9. GOLEMAN D. *Inteligencja emocjonalna*, Media Rodzina, Poznań 1997, s.132
10. KOSTERA M. *Zarządzanie personelem*, PWE, Warszawa 2006, s.35
11. FRĄCZKIEWICZ – WRONKA A., AUSTEN-TYNDA A. *Efektywne przywództwo w ochronie zdrowia – wyniki badań empirycznych*, Zeszyty naukowe 2011(187), Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu
12. WELCH J., WELCH S. *Winning znaczy zwyciężać*, Wydawnictwo Studio Emka, Warszawa 2005, s.91
13. MYTYCH A. *Przywódco, zwracaj uwagę [przede wszystkim] na ludzi*
<http://instytutdidaskalos.pl/artykuly/przywodztwo/>[15.05.2013]
14. WACHOWIAK P. *Profesjonalny menedżer*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2001, s.24
15. CZEKIERDA P., SŁAWIŃSKA – OLESZEK K., TRACZYŃSKI J. *Jak rozwijać młodych pracowników organizacji pozarządowych? Poradnik dla liderów i liderów*, Towarzystwo Edukacji Otwartej, Wrocław 2008

Kontakt na autora:

Anna Burak

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Biziela

Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej

ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz

tel/fax 52 36 55 207, kom. 609695793

anna.burak@biziel.pl

CHOROBY DZIECI W ŚWIETLE WYNIKÓW BADAŃ LEKARZY SZKOLNYCH W OKRESIE II RZECZYPOSPOLITEJ

Choroby detí vo svetle medicínskych výskumov počas II. Republiky

Anna Cisińska^{1,2}, Monika Brucka-Stempkowska¹

*¹Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w
Łodzi, ul. G. Narutowicza 58, 90-136 Łódź*

Department of Social Care Sciences and Nursing Management Medical University of Łódź.

²Polskie Towarzystwo Historii Medycyny i Farmacji

²Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne

²Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Oddział UM Łódź

²Polskie Towarzystwo Wakcynologii

Wstęp:

Z chwilą odzyskania niepodległości podjęto próby odbudowania państwa polskiego. Wśród licznych miast w niesłabnącym wysiłku znalazła się Łódź. Ogromnym problemem łódzkiej służby zdrowia w pierwszych latach po wojnie były szerzące się choroby, które stanowiły zasadniczą przyczynę zgonów.

Wśród chorób wieku szkolnego najczęściej odnotowywano przypadki – chorób zakaźnych takich jak gruźlica, jaglica, błonica, płonica, ospa i inne. Stosunkowo częste były również przypadki schorzeń niezakaźnych, np. krzywica, wady słuchu, wzroku.

Cel pracy: Uzyskanie informacji na temat skali chorób zakaźnych występujących w populacji dzieci łódzkich szkół oraz omówienie działań profilaktycznych w walce z chorobami okresu dwudziestolecia międzywojennego.

Materiał i metody: Zasadniczym źródłem przy opracowaniu zagadnienia stanowiły materiały znajdujące się w Archiwum Państwowym miasta Łodzi oraz periodyki pedagogiczne i medyczne ukazujące się w okresie międzywojennym. Metodą badawczą była analiza dokumentów. Przedstawiając choroby zastosowałam kolejność alfabetyczną.

Wyniki:

Jednym z problemów zdrowotnych najczęściej występujących u dzieci w czasach powojennych była choroba o nazwie błonica (inaczej dyfteryt). Schorzenie znane było już starożytnym lekarzom, choć opisane po raz pierwszy dopiero w 1821 r. przez francuskiego lekarza Pierre Fidèle Bretonneau (1778-1862) [1]. Błonica to choroba zakaźna wywołana przez

maczugowiec błonicy (*Corynebacterium diphtheriae*), charakteryzująca się niewysoką gorączką, powiększeniem węzłów chłonnych szyjnych, zaczerwienieniem gardła oraz pojawieniem się białych nalotów na migdałkach i łukach podniebiennych [2].

W omawianym okresie liczba zachorowań i zgonów na dyfteryt miała tendencję wzrostową nie tylko na obszarze Łodzi, ale w innych rejonach zachodniej i centralnej Europy [3]. W 1923 r. liczba zachorowań wśród mieszkańców miasta wynosiła 148, zaś dziesięć lat później (1933 r.) osiągnęła liczbę 1186 przypadków [4]. W związku z trudną sytuacją, która stanowiła poważne zagrożenie epidemiologiczne, władze miasta utworzyły w 1929 r. specjalny Komitet Walki z Błonicą, celem którego było wypracowanie najskuteczniejszych sposobów profilaktyki. Przewodniczącym tegoż gremium został zasłużony w dziejach historii medycyny doktor Stanisław Skalski (1870-1937) [5]. W poszukiwaniu skutecznych metod walki z błonicą zwrócono uwagę na szczepienia ochronne, które zaczęto wykonywać od dnia 6 stycznia 1930 roku [6]. Akcja profilaktyczna objęła dzieci uczęszczające do przedszkoli i szkół powszechnych, zaś nadzór nad całością sprawowali lekarze szkolni i higienistki (tabela nr 1). Przystąpienie do immunizacji było dobrowolne, opiekunowie mieli prawo zakwestionować podanie dziecku szczepionki, składając stosowny dokument [7].

Tabela 1. Liczba dzieci zaszczepionych przeciw błonicy w łódzkich przedszkolach i szkołach powszechnych w latach 1930-1936

Typ placówki	Rok szkolny				
	1930/1932	1932/1933	1933/1934	1934/1935	1935/1936
przedszkole	1 877	551	859	1 432	b.d.
szkoła powszechna	6 982	8 507	7 257	7 070	6 842

Źródło: S. Gutentag, Kilka uwag o walce z brudem i chorobami zakaźnymi na terenie publicznych szkół powszechnych miasta Łodzi, „Dziennik Zarządu Miejskiego w Łodzi”, 1936, nr 6, s. 413.

Działalność Komitetu spotkała się z pochlebnią opinią i aprobatą ze strony środowiska medycznego, co akcentowano podczas Zjazdu Lekarzy Powiatowych i Lekarzy Miast Wydzielonych województwa łódzkiego. Łódź była pierwszym miastem na terenie województwa, która wdrożyła tak korzystne rozwiązania zmierzające do ograniczenia nowych zachorowań.

Najważniejszym aktem prawnym regulującym szczepienia przeciw tej chorobie było rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 25 lutego 1936 r. o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciw błonicy [8]. W myśl § 1. rozporządzenia przymus szczepienia ochronnego

obejmował wszystkie dzieci do lat 10, a w przypadku wystąpienia epidemii dzieci - od 10 do 15 roku życia. Zgodnie z tym dokumentem o przeprowadzeniu szczepienia decydowała wojewódzka władza administracji ogólnej czyli w praktyce: wojewodowie lub upoważnieni przez nich szefowie wydziałów zdrowia urzędów wojewódzkich. Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej z dnia 31 marca 1936 r. w sprawie instrukcji o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciw błonicy wyjaśniał, że z uwagi na to, iż nasilenie błonicy nie jest na całym obszarze państwa jednakowe, akcja szczepień powinna obejmować przede wszystkim tereny najbardziej zagrożone, a zwłaszcza większe zbiorowisko ludności [9]. Wnioski wojewodów o przeprowadzeniu szczepień miały zawierać następujące informacje: obszar akcji szczepiennej, granice wieku dzieci podlegających szczepieniu, personel lekarski wykonujący i nadzorujący szczepienia.

Obok wspomnianej już błonicy na terenie miasta występował dur brzuszny [10]. Trudno ustalić liczbę chorych dzieci, gdyż brakuje odpowiedniej dokumentacji. Wiadomo, że łódzkie władze po utworzeniu Komitetu Dnia Przeciwdurowego (1933 r.) podejmowały działania zmierzające do walki z tą chorobą. Jednym z takich elementów profilaktyki był organizowany tzw. dzień przeciwdurowy - po raz pierwszy obchodzony 10 października 1933 r. Cenna była uwaga ówczesnego naczelnika Wydziału Zdrowotności Publicznej Stanisława Kempnera, który konstatował, że „był to pierwszy tego rodzaju dzień w Polsce i w Łodzi, która niestety należy do liczby miast, najbardziej odczuwających klęskę tej choroby” [11].

Akcje uświadamiające były skierowane do uczniów szkół powszechnych, nauczycieli, a nawet do personelu pomocniczego placówek. Główny nacisk położono na przestrzeganie zasad higieny. W tym celu kierownicy szkół byli zobowiązani wyposażyć placówki w urządzenia do mycia rąk, mydło, ręczniki. Wzywano, aby dzieci przestrzegały mycia rąk przed i po jedzeniu, po wyjściu z toalety. Powyższe wytyczne odnosiły się również do nauczycieli i pozostałych pracowników placówek oświatowych [12]. W ramach kampanii prozdrowotnej wygłaszano pogadanki w trakcie których objaśniano etiologię choroby, rozdawano mydło, rozwieszano plakaty oraz rozdawano ulotki w szkołach, fabrykach i na ulicach [13].

Do szerzących się w okresie międzywojennym chorób zakaźnych o znacznej szkodliwości społecznej i zdrowotnej zaliczano gruźlicę płuc, nazywaną też suchotami. Wzmianki o tej jednostce chorobowej spotykamy w dziełach znakomitych prekursorów medycyny z okresu starożytności- Hipokratesa (460-377 r. p.n.e.) i Arystotelesa (384-322 r. p.n.e.) [14]. Ogromne zasługi w ustaleniu patogenezy schorzenia należą do niemieckiego uczonego Roberta Kocha (1843-1910), który odkrył w 1882 roku prątki gruźlicy [15,16].

Jak wynikało z danych statystycznych z przełomu XIX i XX, ta groźna choroba zakaźna dotykała nie tylko mieszkańców Polski, ale i całego świata. Od początku podejmowano próby

ograniczenia rozprzestrzeniania się nowych zachorowań, tworząc poradnie przeciwgruźlicze będące sposobem w walce z tak poważną chorobą. Początkowo powstały one w państwach zachodnioeuropejskich, m. in. w Anglii, Belgii, we Francji. W ślad za tym analogiczne placówki utworzono w Polsce: we Lwowie i w Warszawie [17,18]. Znacznym osiągnięciem instytucjonalnym samorządu łódzkiego w dziedzinie walki z gruźlicą było utworzenie odrębnej Sekcji do Walki z Gruźlicą (1918 r.). Powstanie i działalność tej instytucji wiąże się nierozdzielnie z nazwiskiem lekarza Seweryna Sterlinga. Celem jej było wczesne diagnozowanie choroby oraz szeroko rozwinięta profilaktyka [19,20].

Głównymi czynnikami sprzyjającymi powstaniu gruźlicy wśród dzieci były złe warunki mieszkaniowe, brak odpowiednich warunków w budynkach szkolnych oraz nieodpowiedni stan odżywiania [21]. Sekcja Walki z Gruźlicą współpracowała m.in. z Wydziałem Oświaty i Kultury. W przypadkach zaistniałych podejrzeń lekarz szkolny kierował ucznia w celu ostatecznej diagnozy do Sekcji Walki z Gruźlicą lub do przychodni Robotniczego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci [22]. Istotne znaczenie na terenie szkół powszechnych miało wprowadzenie dożywiania dzieci. Słusznie uważano, że *„...nie można wymagać od dziecka, aby w stanie zaniedbania sił fizycznych mogło rozpocząć wymagającą wielkiego wysiłku woli-pracę umysłową”* [23]. W dziedzinie profilaktyki organizowano obowiązkowo Dni Przeciwgruźlicze. Jednym z elementów tego przedsięwzięcia było prowadzenie wykładów przez nauczycieli i lekarzy szkolnych dla miejscowych uczniów szkół powszechnych. Tylko w roku 1922 stwierdzono 3,5 tys. zachorowań dzieci na gruźlicę co pokazuje nie tylko skalę epidemiologiczną problemu, lecz także ogromne wyzwanie, jakie pojawiło się przed różnymi instytucjami, w tym także szkołami w jakże kluczowej kwestii uświadamiania i profilaktyki [24].

Wśród wielu chorób zakaźnych wzrastała liczba zachorowań na grypę (zwaną ukrajką lub hiszpanką), o której pamięć przetrwała do dziś. Należy podkreślić, że wielka epidemia tej choroby pustosząca Europę w latach 1918-1919 nie oszczędziła ziem polskich [25]. Konsekwencją jej była duża liczba zgonów szczególnie wśród dzieci i młodzieży szkolnej. W Łodzi epidemia grypy, która przypadła w okresie zimy 1918-1919 r. spowodowała śmierć 366 osób, następna na początku roku 1920 pochłonęła 238 a przecież na tym się nie kończyło; epidemia grypy pozostawiała po sobie także szereg różnorodnych powikłań, rozwijających się w ciężkie schorzenia [26]. W związku z rosnącą liczbą zachorowań dzieci w szkołach na grypę Ministerstwo Zdrowia Publicznego apelowało do lekarzy szkolnych, aby stosowali się do następujących wskazówek: szybka hospitalizacja osób z pierwszymi objawami choroby, dzieci po przebytej chorobie powinny być poddawane dokładnym badaniom, a dzieci niezupełnie wyleczone miały zakaz wstępu do szkoły. Dzieci, u których choroba miała lekki przebieg, również w ciągu 5 dni nie powinny uczęszczać na naukę, zakaz wstępu do szkoły obejmował również uczniów, w których rodzinie stwierdzono ciężkie przypadki zachorowań na grypę do

czasu wyzdrowienia osób chorych. W sytuacjach, gdy w poszczególnych klasach liczba zachorowań wyniosła powyżej 30% ogólnej liczby uczniów, klasy na kilka dni powinny być zamknięte w celu dokonania w nich czynności dezynfekcyjnych [27].

Obok grypy groźną chorobą zakaźną w latach 20. była jaglica - przewlekłe schorzenie polegające na zwyrodnieniu spojówki i rogówki oka. Szerzyła się ona w środowisku proletariatu, wśród dzieci łódzkich szkół powszechnych, a nie leczona prowadziła do utraty wzroku. Jej występowanie i rozwój miały związek z niskim poziomem sanitarno-higienicznym i złymi warunkami ekonomicznymi [28]. Istotnym orężem w zmaganiu się z chorobą było utworzenie w 1922 r. Sekcji do Walki z Jaglicą [29]. W tymże roku Magistrat z powodu rozpoznania znacznej liczby dzieci chorych przekształcił trzy publiczne szkoły powszechne w placówki przeznaczone wyłącznie dla dzieci chorych w stadium zaraźliwym (tzw. szkoły jaglicze). Budynki, w których przebywały dzieci obciążone tym schorzeniem, były w złym stanie higienicznym, pozbawione stosownego oświetlenia i mikroklimatu [30]. Dramatyczną sytuację łódzkich placówek najlepiej obrazuje jedna z notatek archiwalnych: „...z powodu braku światła dziennego, której dostęp uniemożliwia sąsiedni wysoki budynek, zupełnie nie nadaje się do dzieci, cierpiących na jaglicę. Szczególnie zaś w sali, do której uczęszcza I i II oddział jest tak ciemno, iż dzieci siedzące w drugim rzędzie od okien nie są w stanie przeczytać książki. W ten sposób wzrok dzieci ulega dalszemu pogorszeniu” [31]. Cytat ten nie wymaga komentarza, obrazuje jednak cały tragizm sytuacji chorych dzieci.

Liczbę dzieci w szkołach jagliczych przedstawia poniższa tabela nr 2.

Tabela 2. Działalność łódzkich szkół jagliczych w latach 1922-1938

Rok szkolny	Liczba dzieci w szkołach jagliczych	Liczba nowo-przyjętych	Jaglica w pozostałych szkołach	Ogólna liczba chorych na jaglicę	Liczba dzieci w szkołach	% chorych na jaglicę
1922/1923	731	731	-	3 000	60 207	5,0
1923/1924	1 181	749	-	-	60 643	5,0
1924/1925	910	403	-	-	58 892	-
1925/1926	718	294	1 101	1 819	56 600	3,2
1926/1927	732	250	661	1 393	52 300	3,0
1927/1928	824	347	729	1 553	51 880	3,0
1928/1929	586	143	831	1 417	50 850	2,8
1929/1930	395	136	548	943	53 488	1,76

1930/1931	318	122	416	734	59 138	1,2
1931/1932	210	86	204	414	64 000	0,65
1932/1933	176	87	246	422	71 243	0,6
1933/1934	150	67	255	405	73 525	0,55
1934/1935	128	59	240	368	73 784	0,5
1935/1936	146	68	163	309	74 880	0,41
1936/1937	111	40	136	247	74 997	0,33
1937/1938	135	58	129	264	73 514	0,35

Źródło: APŁ, AmŁ, WOiK, Sprawozdanie roczne WOiK za rok 1927, sygn. 16384, k. 90; S. Gutentag, Działalność Sekcji Higieny Szkolnej Wydziału Oświaty i Kultury Zarządu m. Łodzi za rok szkolny 19331/1932, „Dziennik Zarządu m. Łodzi” 1933, nr 12, s. 700; Idem, Kilka uwag o walce z brudem i chorobami zakaźnymi na terenie publicznych szkół powszechnych miasta Łodzi, „Dziennik Zarządu Miejskiego w Łodzi” 1936, nr 6, s. 409; Idem, Szkoły dla dzieci chorych na jaglicę w Łodzi, „Przegląd Okulistyki Społecznej” 1939, nr 1, s. 115; Idem, Fragment z działalności Magistratu m. Łodzi w dziedzinie higieny szkolnej, „Dziennik Zarządu m. Łodzi” 1927, nr 16, s. 32; Krótkie Sprawozdanie z Działalności Samorządu Łódzkiego w latach 1919-1937, Łódź 1937, s. 28; S. J. Schweig, Sprawozdanie z działalności Miejskiej Przychodni Przeciwjagliczej za rok 1931, „Dziennik Zarządu m. Łodzi” 1932, nr 9, s. 169; Działalność Oddziału Sanitarnego Wydziału Zdrowotności Publicznej Zarządu Miejskiego w Łodzi za rok 1933, „Dziennik Zarządu Miejskiego w Łodzi” 1934, nr 12, s. 459.

Jak wynika z powyższej tabeli, działania władz miejskich i personelu medycznego były nader skuteczne na terenie szkół powszechnych. Liczba chorych na jaglicę spadła z 1181 do 135, liczba nowoprzyjętych z 749 do 58, a ogólny wskaźnik procentowy zajagliczenia dzieci w szkołach powszechnych zmniejszył się z 5% do 0,35%. Wobec powyższej sytuacji w roku szkolnym 1931/1932 były czynne tylko dwie szkoły jaglicze, a w roku następnym już tylko jedna.

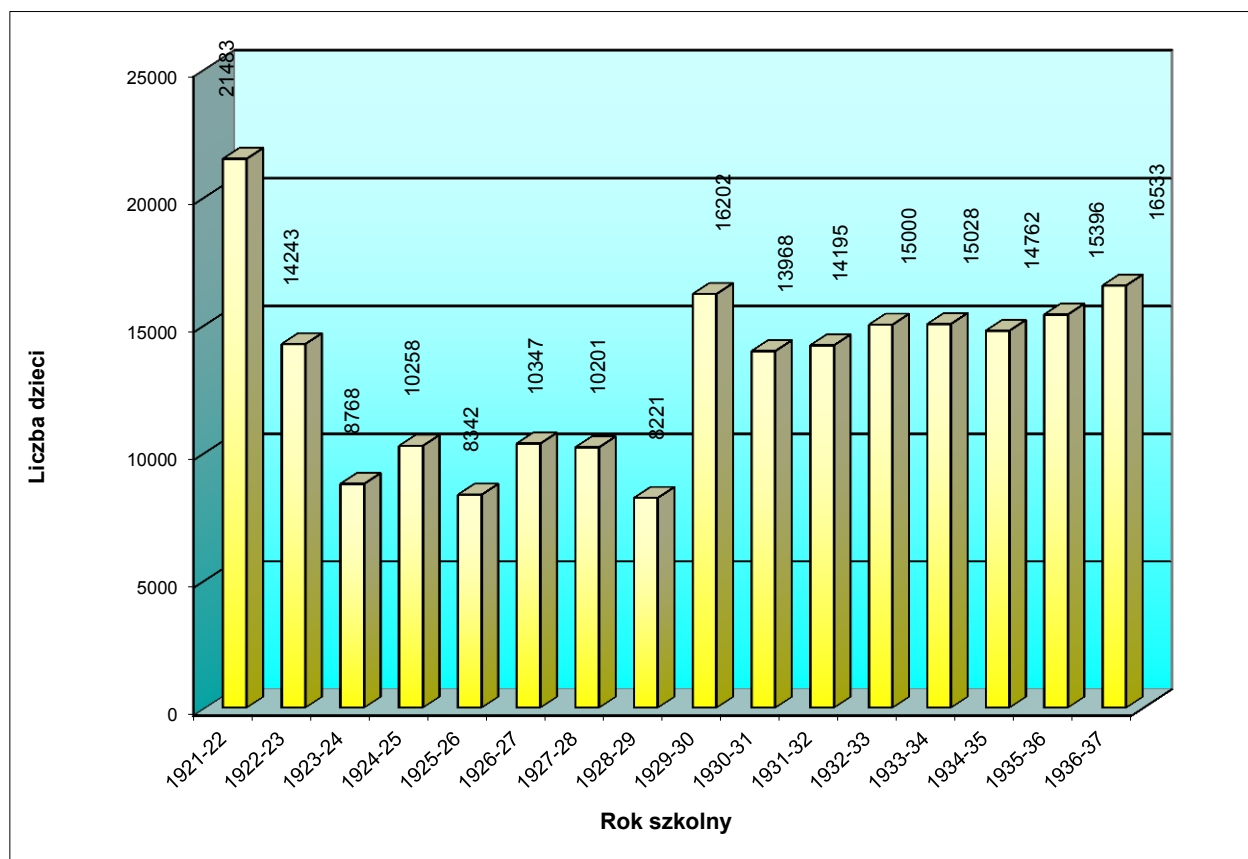
Skutecznym sposobem w zapobieganiu chorobie były przeprowadzane akcje uświadamiające wśród mieszkańców miasta. W tym celu w szkołach organizowano pogadanki, rozdawano ulotki informujące, w jaki sposób można uniknąć zarażenia chorobą: „nie dotykaj oczu palcami; nie wycieraj twarzy cudzym ręcznikiem; nie śpij na cudzej pościeli” [32].

Spośród pozostałych ostrych chorób zakaźnych, rozpowszechnionych w łódzkiej populacji, wymienić należy ospę. Ospa należy do najstarszych chorób zakaźnych na świecie; przed odkryciem szczepień ochronnych przez angielskiego lekarza Edwarda Jennera (1749-

1823) zabrała wiele ofiar [33]. Dnia 19 lipca 1919 roku Sejm przyjął „Ustawę o przymusowym szczepieniu przeciwko ospie” [34]. Art. 2 tej ustawy mówił, że przymusowemu szczepieniu przeciwko ospie podlegały wszystkie dzieci nowo narodzone przed upływem pierwszego roku życia (szczepienie pierwsze), dzieci w 7 roku życia oraz wszystkie osoby, które nie były jeszcze szczepione (szczepienie powtórne) [35]. W związku z tym Magistrat miasta Łodzi wprowadził szczepienia ospy przede wszystkim u dzieci nowonarodzonych oraz w porozumieniu z Wydziałem Szkolnictwa szczepienia uczniów szkół powszechnych [36].

Wykres 1.

Liczba dzieci zaszczepionych przeciw ospie w łódzkich szkołach powszechnych w latach 1921-1937



Źródło: APŁ, AmŁ, WOiK, Wydział Oświaty i Kultury (1915-1939), sygn. 16279, k. 163; APŁ, AmŁ, WOiK, Higiena Szkolna. Sprawozdanie z działalności Sekcji Higieny Szkolnej 1922-32, sygn. 16769, k. 7, 147; APŁ, AmŁ, WOiK, Higiena szkolna 1925-1926, sygn. 16770, k. 30; APŁ, AmŁ, WOiK, Wydział Oświaty i Kultury 1927-1929, sygn. 16306, k. 277; Dziennik Zarządu m. Łodzi, numer sprawozdawczy poświęcony działalności Zarządu Miejskiego w roku 1924, Łódź 1925, s.

72; Sprawozdanie z działalności Wydziału Oświaty i Kultury Magistratu m. Łodzi za rok 1925, Łódź 1926, s. 18; S. Gutentag, Działalność Sekcji Higieny Szkolnej Wydziału Oświaty i Kultury Zarządu m. Łodzi za rok 1931/1932, „Dziennik Zarządu m. Łodzi” 1933, nr 12, s. 704; Szczepienia ochronne przeciw ospie w miejskich szkołach powszechnych, „Dziennik Zarządu m. Łodzi” 1933, nr 6, s. 351; Samorząd miasta Łodzi w latach 1933-37, Sprawozdanie z działalności Zarządu Miejskiego w Łodzi, Łódź 1938, s. 89.

Jedną z kolejnych ostrych chorób występujących wśród dzieci była płonica [37]. Nie zachowały się źródła mówiące o liczbie zachorowań uczniów łódzkich szkół. W dniu 26 października 1925 roku ukazał się okólnik MWRiOP w sprawie zwalczania płonicy [38]. W rok później lekarz naczelny szkół powszechnych łódzkich wystosował list do rodziców o następującej treści:

„Płonica (szkarlatyna) jest ciężką i niebezpieczną chorobą wieku dziecięcego, która często prowadzi do śmierci lub kalectwa, a nawet przy wyzdrowieniu może pozostawić długotrwałe cierpienia jak głuchotę, ropienie ucha, wadę serca, chroniczne zapalenie nerek i.t.p.

Obecnie istnieją przeciwko tej strasznej chorobie szczepienia, które zagranicą i u nas dają wyniki dodatnie. Sekcja Higieny Szkolnej Wydziału Oświaty i Kultury, chcąc ustrzec dzieci szkolne od płonicy, będzie prowadziła w szkołach szczepienia ochronne przez lekarzy szkolnych.

Dzieci szczepione bardzo rzadko chorują, a gdy zachorują, to nieszkodliwie. Sekcja Higieny Szkolnej Wydziału Oświaty i kultury zapytuje, więc Państwa, czy chcecie, by dziecko wasze, było szczepione. Brak odpowiedzi waszej w ciągu trzech dni uważać będziemy jako zgodę [39].

Istotne znaczenie miały regulacje dotyczące absencji dzieci chorujących na poszczególne schorzenia, gdyż ograniczało to rozpowszechnianie się tych chorób. Zasady te ilustruje zamieszczona niżej tabela nr 3.

Wnioski:

Historia zmagania z chorobami w dwudziestoleciu międzywojennym wiąże się z nazwiskami miejscowych lekarzy, pielęgniarek, którzy poświęcili się w walce o zdrowie najmłodszej grupy mieszkańców. Obniżenie się liczby zachorowań wśród łódzkich dzieci było skutkiem poprawy warunków sanitarno-higienicznych na terenie miasta oraz szeroko rozwiniętej profilaktyki chorób.

Wielopłaszczyznowe starania medyków były wspierane przez inicjatywy społeczne władz miasta. Przedstawiony w niniejszej pracy obraz chorób, który najdotkliwiej doświadczył dzieci nie jest wyczerpujący. Sprawy te powinny stać się przedmiotem osobnego opracowania.

Tabela 3. Przepisy dotyczące zapobiegania chorobom zakaźnym w szkołach

Przepisy zapobiegawcze przeciwko szerzeniu się chorób zakaźnych obowiązujące we wszystkich szkołach i zakładach wychowawczych.			
Dzieci dotknięte chorobą zakaźną jak również dzieci przebywające w tym samym lokalu co osoba dotknięta chorobą zakaźną nie mogą uczęszczać do szkoły w przeciągu terminów następujących:			
Nazwa choroby	Termin niedopuszczania do szkoły samego pacjenta w przypadkach o przebiegu normalnym.	Termin niedopuszczania do szkoły po odrobaczeniu chorego, jego współmieszkańców, którzy poprzednio danej choroby nie przechodzili.	Kiedy należy zamknąć klasę lub całą szkołę.
Płonica (szkarlatyna)	6 tygodni od wystąpienia wysypki, jeśli nie ma śladów łuszczenia się skóry	2 tygodnie	Jeżeli w tej samej klasie zdarzyło się kilka przypadków zachorowań na płonicę podać klasę odkażeniu i zamknąć ją na 2 tygodnie. Jeżeli liczne przypadki zdarzały się w kilku klasach zamknąć szkołę co najmniej na 2 tygodnie i podać ją odkażeniu.
Odra	2 tygodnie od wystąpienia wysypki	2 tygodnie	Jeżeli więcej niż czwarta część dzieci w klasie zapadła klasę zamknąć na 2 tygodnie. Uwzględnić liczbę dzieci które odry nie przebywały.
Różyczka	2 tygodnie od wystąpienia wysypki	2 tygodnie	Nie potrzeba
Ospa naturalna	6 tygodni od początku choroby	2 tygodnie	W razie choćby jednego przypadku ospy naturalnej zamknąć szkołę dla dokonania odkażenia. Współkolegom chorego zaszczepić ospę. U reszty sprawdzić czy szczepieni powtórnie.
Ospa wietrzna	2 tygodnie od wystąpienia wysypki jeżeli strupki odpadły	2 tygodnie	Nie potrzeba
Krztusiec (koklusz)	6 tygodni od początku choroby jeżeli kaszel napadowy ustał zupełnie	2 tygodnie	W razie licznych przypadków krztuśca zamknąć klasę lub szkołę dla dokonania odkażenia
Błonica	3 tygodnie od początku choroby. Pożądane dwukrotne badanie gardzieli na prątki błonniczne	7 dni jeżeli w gardzieli nie ma zmian zapalnych lub po dwukrotnym ujemnym wyniku badania bakteriologicznego.	Jak w płonicy
Świnka	2 tygodnie od wystąpienia opuchnięcia ślinianek przyusznych	2 tygodnie	Nie potrzeba
Drewnica karku	Co najmniej 6 tygodni od początku choroby	2 tygodnie. Pożądane dwukrotne badanie nosa i	W razie kilku przypadków zamknąć szkołę dla dokonania odkażenia

		gardła	
Tyfus (dur) plamisty	6 tygodni od początku choroby	3 tygodnie	W razie choćby jednego przypadku zachorowania ucznia w szkole zamknąć szkołę dla dokonania odkażenia. Zbadać wszystkie dzieci na wszawicę a w razie potrzeby poddać je i ich odzież odwyszawieniu.
Tyfus (dur) brzuszny	6 tygodni od początku choroby	2 tygodnie	W razie wystąpienia kilku przypadków zachorowań w szkole poddać badaniu wodę do picia w szkole i odkazić miejsca ustępowe
Biegunka krwawa (dyzenteria)	W tydzień po ustąpieniu zupełnym biegunki. Pożądane jest badanie bakteriologiczne wypróżnień.	7 dni	W razie wystąpienia kilku przypadków o złośliwym przebiegu zamknąć szkołę na 3 dni i poddać ją odkażeniu, zwłaszcza miejsca ustępowe.
Cholera azjatycka	O ile badania bakteriologiczne nie wykażą w kale drobnoustrojów specyficznych	O ile badania bakteriologiczne nie wykażą w kale drobnoustrojów specyficznych	Zastosować się do przepisów ogólnie sanitarnych w sprawie cholery

Źródło: APŁ, Publiczna Szkoła Powszechna nr 102, sygn. 5, k. nlb.

Piśmiennictwo:

1. Kronika medycyny, Warszawa, 1994, s. 268.
2. Latkowski B. J., Lukas W., Medycyna rodzinna, PZWL, Warszawa, 2009, t. 2, s. 746.
3. Biehler M., Higiena dziecka, Warszawa-Lublin-Łódź-Poznań, 1921, s. 343.
4. Załęski T., Szczepienia zapobiegawcze przeciwbłonicze w Łodzi w latach 1930-1936, „Dziennik Zarządu Miejskiego w Łodzi” 1937, nr 5, s. 283-285.
5. Cisińska A., Stanisław Skalski (1870-1937): an emitent Łódź doctor, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, 2008, nr 1-2, s. 73-75.
6. Walka z błonicą w Łodzi. Akcja szczepień przeciw dyfterytowi, „Kurier Łódzki”, 1931, nr 21, s. 9.
7. Kronika Miejska, Akcja szczepień przeciwbłoniczych, „Dziennik Zarządu m. Łodzi”, 1931, nr 46, s. 877.
8. Dziennik Urzędowy Ministerstwa Opieki Społecznej [Dz. Urz. MOS], 1936, nr 7, poz. 1, s. 195.
9. Dz. Urz. MOS, 1936, nr 7, poz. 2, s. 196-197.
10. Seyda B., Dzieje medycyny w zarysie, PZWL, Warszawa, 1977, s. 110.

11. Kempner S., „Dzień Przeciwdruowy w Łodzi”, „Dziennik Zarządu m. Łodzi”, 1933, nr 10, s. 617.
12. Archiwum Państwowe w Łodzi [APŁ], Powiatowy Inspektorat Szkolny w Łodzi, Okólniki Inspektora za rok 1932, sygn. 122, k. 8.
13. Kronika. „Dzień Przeciwdruowy” w Łodzi, „Dziennik Zarządu Miejskiego w Łodzi”, 1937, nr 6, s. 455-456.
14. Seyda B., Dzieje medycyny w zarysie, PZWL, Warszawa, 1977, s. 49, 56.
15. Kłuszyński H., O gruźlicy, „Wiadomości Kasy Chorych m. Łodzi”, 1923, 23, s. 2.
16. Skokowska-Rudolfowa M., Robert Koch, „Zdrowie”, 1932, 23-24, s. 1050-1054.
17. Reiterowski H., Rozwój poradni przeciwgruźliczych Sekcji Walki z Gruźlicą, „Dziennik Zarządu Miejskiego w Łodzi”, 1938, 5, s. 507.
18. Lamentowski Z., Znaczenie propagandy w zwalczaniu gruźlicy, „Dziennik Zarządu Miejskiego w Łodzi”, 1936, 1, s. 6.
19. Szustrowa J., Łódź w walce z gruźlicą (Odczyt wygłoszony na IX Polskim Zjeździe Przeciwgruźliczym w Łodzi, wrzesień 1949 r.), Łódź 1949, s. 1;
20. Sterling S., Zakrzewski A., Sześć lat istnienia Sekcji do walki z gruźlicą w Łodzi, „Zdrowie” 1924, nr 10, s. 386-390.
21. Rudolf Z., Sprawa mieszkaniowa a gruźlica, „Lekarz Polski”, 1929, nr 1, s. 8.
22. Reiterowski H., Miasto Łódź w walce z gruźlicą dziecięcą, „Dziennik Zarządu Miejskiego w Łodzi”, 1935, nr 10, s. 600.
23. Szelejewski J., Wielkomięskie dziecko proletariackie, Poznań 1934, s. 37-38.
24. APŁ, Publiczna Szkoła Powszechna nr 25, Rozporządzenia Rady Szkolnej Miejskiej. Rok [1932-1939], sygn. 75, k. 60-64.
25. Kopczyński S., Zasady higieny szkolnej, Warszawa 1924, s. 105.
26. APŁ, Akta miasta Łodzi [AmŁ], Wydział Oświaty i Kultury [WOiK], Akta higieny szkolnej 1925-1926, sygn. 16770, k. 1.
27. APŁ, AmŁ, WOiK, Lekarze higieniści, higienistki szkolne 1920-1921, sygn. 16777, k. 202.
28. Majewski K., Jaglica, „Lekarz-Praktyk”, 1926, z. I, s. 1.
29. Kronika miejska. Walka z jaglicą, „Dziennik Zarządu m. Łodzi”, 1922, nr 29, s. 29.
30. Walka z jaglicą w Łodzi „Kurier Łódzki”, 1929, nr 30, s. 7.
31. APŁ, AmŁ, WOiK, Ambulatoria szkolne 1921-1926, sygn. 16786, k. 658.
32. Schweig S., Łódź w walce z jaglicą wśród dzieci, „Dziennik Zarządu m. Łodzi”, 1935, nr 10, s. 626-628.
33. Seyda B., Dzieje medycyny w zarysie, PZWL, Warszawa, 1977, s. 32-34.
34. Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej [Dz. U. Rz. P], 1919, nr 63, poz. 372, s. 657-658.

35. Czerwiński S., Przymusowe szczepienia ochronne przeciwko ospie, „Lekarz Polski”, 1927, nr 8, s. 12.
36. Kronika Miejska, „Dziennik Zarządu m. Łodzi”, 1928, nr 40, s. 791.
37. Mogilnicki T., Choroby zakaźne ostre, Warszawa 1936, s. 2.
38. Dziennik Urzędowy Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego [Dz. Urz. MWRiOP], 1925, nr 19, poz. 212, s. 353-354.
39. APŁ, Akta Publicznej Szkoły Powszechnej nr 25, Sprawy higieny i opieki lekarskiej, sygn. 75, k. 17.

Adres do korespondencji:

90-150 Łódź, ul. Konstytucyjna 3 m. 36

tel. 661-790-637

adres e-mail: anna.cisinska@umed.lodz.pl

ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ W ŚWIETLE OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW

Rola a úloha školskej sestry podľa platných predpisov

Anna Cisińska^{1,2}, Monika Brucka-Stempkowska¹

¹*Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w*

Łodzi, ul. G. Narutowicza 58, 90-136 Łódź

Department of Social Care Sciences and Nursing Management Medical University of Łódź.

²*Polskie Towarzystwo Historii Medycyny i Farmacji Oddział Łódzki*

²*Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne Oddział Łódzki*

²*Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Oddział UM Łódź*

²*Polskie Towarzystwo Wakcynologii*

Wstęp:

Szkoła - obok rodziny - odgrywa kluczową rolę w życiu młodego człowieka. W placówce tej dziecko zdobywa wszechstronną wiedzę, poznaje swoje predyspozycje i miejsce w życiu społecznym. Okres edukacji w szkole to czas szybkiego wzrostu i rozwoju dziecka, zarówno pod względem psychicznym, jak i fizycznym [1]. W tym okresie dziecko ma możliwość zarówno wspaniałego rozkwitu, jak i niekorzystnych zmian. Populacja dzieci jest grupą najbardziej narażoną na wiele niebezpieczeństw i wymaga starannej kurateli. Na czas trwania zajęć szkolnych szkoła ma obowiązek zastąpić rodziców, zapewnić właściwie zorganizowaną

opiekę wszystkim uczniom, stworzyć odpowiednie warunki do nauki i wypoczynku. Szkoła jest instytucją, która powinna umożliwić ochronę zdrowia, masowe działania profilaktyczne i edukację zdrowotną uczniów.

Cel:

Celem pracy jest ukazanie roli pielęgniarki szkolnej w opiece nad dziećmi w środowisku szkolnym.

Materiał i metody: Bazę źródłową opracowania stanowiły akty prawne. Cennym źródłem okazały się periodyki pedagogiczne i medyczne. Metodą badawczą była analiza dokumentów.

Wyniki:

Tradycje opieki zdrowotnej nad uczniami sięgają czasów odległych i na przestrzeni dziejów znacznie ewoluowały. Jednym z prekursorów, i to na polskim gruncie higieny szkolnej był wybitny internista i neurolog doktor Stanisław Kopczyński (1873-1933) [2].

W zespole medycznym sprawującym opiekę zdrowotną w szkołach odpowiedzialną rolę pełnią pielęgniarki i higienistki szkolne. Warto wspomnieć, iż pierwszym polskim miastem, które zatrudniło higienistki w szkołach, była Warszawa. Miało to miejsce w roku szkolnym 1917/1918 z inicjatywy wybitnego laryngologa, historyka medycyny, dr. Jana Szmurło (1867-1952) [3]. Rola higienistek w wychowaniu młodego pokolenia miała dziejowe znaczenie. Pracowały one nie tylko w polskich szkołach, ale i w innych krajach „starego kontynentu”, np. w Anglii jako „school nurses”, we Francji jako „assistantes d'hygiene scolaire”, w Niemczech zwane były „Schulschwestern” [4].

W chwili obecnej nastąpiło całkowite załamanie systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej w zakresie medycyny szkolnej. Zawód pielęgniarki szkolnej odchodzi w zapomnienie i jest marginalizowany. Opieka nad uczniami jest niewystarczająca i nieadekwatna do potrzeb. Sprawna organizacja szkolnej profilaktyki zależy w dużej mierze od samorządów i samych szkół. Podstawą prawną wszelkich działań w tym zakresie jest m. in. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Zgodnie z tym dokumentem do sprawowania opieki w środowisku szkolnym zobowiązani są: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie deklaracji wyboru, lekarz - dentysta, pielęgniarka. W odróżnieniu od wcześniej obowiązujących przepisów, nowy akt prawny nie tylko doprecyzował kwalifikacje pielęgniarki pracującej w szkole, ale takim novum jest możliwość sprawowania opieki przez położną w placówkach oświatowych. Personel medyczny uprawniony do udzielania świadczeń w środowisku szkolnym jest zobowiązany posiadać gruntowne wykształcenie, wiedzę i prezentować odpowiednią postawę. Na mocy opisywanego dokumentu pielęgniarka wyznaczoną rolę i zadania może wykonywać, jeśli spełni następujące warunki: ukończy szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie

pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub kurs kwalifikacyjny, a w przypadku magistrów pielęgniarstwa posiada co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej. Także położna jest zobowiązana do podniesienia swoich kompetencji zawodowych legitymując się ukończeniem kursu w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania oraz pięcioletnim stażem pracy w szkole [5].

Pielęgniarka pełni główną rolę w opiece nad uczniami w szkole i jest obecnie jedynym profesjonalnym pracownikiem ochrony zdrowia. Warto również nadmienić, że pielęgniarka swoją opieką obejmuje uczniów od klas 1 (tj. od 6 roku życia.) do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej (czyli z reguły do 18 - 19 r. ż.).Warto pamiętać, że system opieki zdrowotnej nad dziećmi nie przewiduje realizacji świadczeń zdrowotnych na terenie przedszkoli przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania. Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dzieckiem czteroletnim i pięcioletnim, które uczęszczają do przedszkola, sprawuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej wybrana przez rodziców/opiekunów prawnych dziecka na podstawie deklaracji wyboru[6].

Nie bez znaczenia jest więc przytoczenie różnorodności zadań realizacji profilaktycznej opieki nad uczniami przez higienistkę. Świadczenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania realizowane są w oparciu o przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia te są świadczeniami gwarantowanymi, czyli finansowanymi w całości ze środków publicznych. Płatnikiem tych świadczeń jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczenia są finansowane w ramach stawki kapitałowej na ucznia, która jest korygowana wskaźnikami uwzględniającymi stan zdrowia ucznia (wyższy wskaźnik dla ucznia niepełnosprawnego i przewlekle chorego) lub typ szkoły (wyższy wskaźnik dla szkół specjalnych, klas integracyjnych, szkół i klas sportowych oraz szkół prowadzących naukę zawodu z warsztatami) [7]. W chwili obecnej obserwuje się wielki deficyt finansowy w medycynie szkolnej. Świadczenia pielęgniarki szkolnej należą do najniżej finansowanych świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej. Na przestrzeni lat 2005-2013 roczna stawka kapitałowa na świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowane przez pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania wynosiła: 25,00 zł (2005 r.); 26,06 zł (2006 r.); 33,00 zł (2007 r.); 34,08 zł (2008 r.); 38,40 (od 2008 do 2010 r.); 42,00 zł (od 2011 do 2013 r.). Dodatkowo kontrakt na świadczenia pielęgniarki szkolnej obejmuje finansowanie oddzielnie świadczenie: grupowa profilaktyka metodą nadzorowanego szczotkowania, które wykonuje się u uczniów szkół podstawowych (klas I-VI). Roczna stawka kapitałowa na ucznia w ramach prowadzonej w szkołach podstawowych profilaktyki fluorkowej wynosiła 3,60 (2005-2009), a w 2011 r., została podwyższona do kwoty 5,40 zł [6]. Pomimo stopniowego wzrostu kwoty przeznaczonej na opiekę, podwyżka nie pokryła istniejącego deficytu.

Zakres opieki profilaktycznej kierowanej ze strony pielęgniarki do ucznia, zawiera następujące pozycje:

- 1) wykonywanie testów przesiewowych i ich interpretowanie;
- 2) kierowanie postępowaniem poprzewiewowym i egzekwowanie jego wyników;
- 3) czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi;
- 4) sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością;
- 5) udzielanie pomocy w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc;
- 6) doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole;
- 7) prowadzenie edukacji w zakresie zdrowia jamy ustnej i profilaktyki próchnicy zębów,
- 8) edukację zdrowotną i promocję zdrowia [8,9].

Pielęgniarka szkolna udziela wyżej wymienionych świadczeń, w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie [10].

Zgodnie z art.67 Ustawy o systemie oświaty szkoła powinna zapewnić uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej [11]. W przypadku braku gabinetu na terenie szkoły, profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawuje pielęgniarka w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Organizacja profilaktycznej opieki zdrowotnej w szkole, dobrze wyposażony i gabinet profilaktyki zdrowotnej funkcjonującej w szkole to wciąż jeszcze niezrealizowany ideał. Przyczyną braku gabinetu w placówce często jest nieznaalezienie odpowiedniego pomieszczenia, które spełniałoby wymogi sanitarne zgodne z unijnymi standardami. Według stanu prawnego do roku 2011 gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej musiał mieć minimum 12-15 m² powierzchni, co zniechęcało dyrektorów do urządzania takowego pomieszczenia [12]. Poza tym art. 92 Ustawy o systemie oświaty oznajmia, że uczniowie, z wyjątkiem uczniów szkół dla dorosłych powinni być objęci świadczeniami profilaktycznej opieki zdrowotnej [11].

Jak pokazały przeprowadzone w 2005 r. badania stanu zabezpieczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, jednym z problemów współczesnego systemu oświaty jest niedostatek pomieszczeń przeznaczonych na takie gabinety: w miastach nie ma ich w 10% szkół; na wsiach jest gorzej: gabinetów nie ma 2/3 szkół podstawowych, 1/3 liceów, techników, szkół specjalnych. Problemem jest również niewystarczające wyposażenie gabinetów [13]. Podobne wyniki uzyskała M. Jodkowska i wsp. w roku szkolnym 2007/2008 gabinety medyczne miały prawie wszystkie szkoły miejskie, niezależnie od typu szkoły. W szkołach wiejskich sytuacja była zdecydowanie gorsza: tylko co trzecia szkoła podstawowa, połowa gimnazjów, niespełna dwie trzecie szkół ponadgimnazjalnych oraz $\frac{3}{4}$ szkół specjalnych posiadało gabinet medyczny. Obserwowano natomiast różnice w odniesieniu do szkół i wsi. Dotyczyło to zwłaszcza szkół podstawowych. W województwach: śląskim, wielkopolskim i łódzkim około 70 % wiejskich

szkół podstawowych posiadało gabinet medyczny, natomiast w województwach: małopolskim i mazowieckim miało go jedynie odpowiednio około 15 % i około 20 % szkół [14].

Działanie w zakresie nadzoru nad rozwojem i stanem zdrowia opiera się na zapewnieniu ogółowi dzieci szkolnych podstawowych świadczeń profilaktycznych. Jednym z pierwszoplanowych zadań pielęgniarki sprawującej opiekę nad dziećmi i młodzieżą jest wykonywanie testów przesiewowych jako element profilaktyki drugorzędowej. Mają one na celu rozpoznanie najczęstszych zaburzeń w rozwoju i stanie zdrowia, w określonych grupach wieku, w których zaburzenia te najczęściej ujawniają się lub pogłębiają [15]. Jak donoszą badania naukowe, to właśnie etap edukacji szkolnej jest okresem, w którym często ujawniają się różnego rodzaju nieprawidłowości u dziecka, jak skrzywienie kręgosłupa, płaskostopie, wady wzroku, słuchu, mowy a także otyłość, cukrzyca. W ramach testów skriningowych pielęgniarka szkolna wykonuje pomiary wysokości i masy ciała, których celem jest wykrycie występujących zaburzeń w rozwoju fizycznym dzieci (niedowaga, nadwaga). Poza tym dokonuje oceny narządu wzroku i słuchu (bada ostrość wzroku, widzenie barw, sprawdza słuch) celem wykrycia zaburzeń w obrębie tych narządów. W związku z coraz częściej występującymi zaburzeniami narządu ruchu wśród dzieci, kontroluje kręgosłup, postawę ciała a także identyfikuje dzieci z koślawością kolan i stopami płasko-koślawymi. Ostatnim testem, którym poddawane są dzieci, jest pomiar ciśnienia tętniczego krwi. Przeprowadzanie badań stanowi okazję do edukacji zdrowotnej uczniów, przekazania elementarnych informacji dotyczących zasad higieny danego układu. Uczeń z dodatnim wynikiem testu przesiewowego jest kierowany na badania diagnostyczne. W obecnym systemie ochrony zdrowia do lekarza specjalisty mogą być bezpośrednio skierowani tylko uczniowie z dodatnim wynikiem testu do wykrywania zaburzeń narządu wzroku. W pozostałych przypadkach pielęgniarka szkolna kieruje ucznia do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej [16].

W zakresie opieki zdrowotnej do obowiązków pielęgniarki należy nadzór nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością. Obecnie do chorób przewlekłych, występujących w szkolnym okresie życia należą: astma, cukrzyca, padaczka, choroby układu moczowego i innych układów oraz niepełnosprawność ruchowa (mózgowe porażenie dziecięce, stany pourazowe, wady wrodzone [17]. W obliczu przybywania chorób przewlekłych i zagrożeń uczniów obecność pielęgniarki w szkole jest bardzo potrzebna, gdyż dzięki niej polepsza się jakość życia najmłodszych, co procentuje w dorosłym życiu.

Ważną czynnością pielęgniarki jest prowadzenie u uczniów grupowej profilaktyki zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi. Zgodnie ze standardem zabieg szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi wykonuje pielęgniarka tylko u uczniów szkół podstawowych sześć razy w roku, w odstępach co 6 tygodni. Należy podkreślić, że zabiegi stanowią ważny element edukacji zdrowotnej, gdyż umożliwiają uczniom

nabycie umiejętności prawidłowego czyszczenia zębów [16]. Ponadto pielęgniarka powinna współpracować z dyrekcją i pracownikami szkoły m.in. w tworzeniu programów profilaktyki zachowań problemowych.

Obowiązkiem pielęgniarki jest także udzielanie pierwszej pomocy przedlekarskiej w nagłych wypadkach lub zachorowaniach na terenie szkoły oraz roztoczenie opieki nad uczniem chorym do czasu przybycia lekarza. Wśród nagłych zachorowań do najbardziej niepokojących należą omdlenia, utraty przytomności oraz zatrzymanie krążenia.

Oddzielnym obszarem działalności pielęgniarki jest wychowanie zdrowotne dzieci i młodzieży. Pielęgniarka w środowisku szkolnym pełni nie tylko rolę doradcy i promotora zdrowia, ale również „wychowuje do zdrowia” i jest liderem zdrowia, czego dopełnieniem są słowa E. Syrek, że pielęgniarka to „wychowawczyni społeczna”, podmiot działający jako wychowawca [18].

Przestrzeganie norm zatrudnienia pielęgniarek jest kolejną słabą stroną szkolnej profilaktyki zdrowotnej. Liczba uczniów przypadająca na jedną pielęgniarkę oparta jest według zasad opracowanych przez Instytut Matki i Dziecka. W szkołach podstawowych, gimnazjach, liceach bez nauki w warsztatach – liczba uczniów na 1 pielęgniarkę nie może przekraczać 880, a w zasadniczych szkołach zasadowych i technikach prowadzących naukę w warsztatach – 700 uczniów. Tym samym jedna pielęgniarka szkolna obejmuje swoją opieką kilka szkół, by zbliżyć się do wymaganej liczby, co przyczynia się do pracy według grafiku, tj. praca codziennie w innej szkole bądź 2 lub 3 szkołach, w zależności od liczby uczniów. Jeśli pielęgniarka jest w szkole np. tylko raz w tygodniu, to takie zadania jak: profilaktyka zdrowotna, wykorzystanie wyników testów przesiewowych, czynne poradnictwo dla uczniów, udzielanie pomocy przedlekarskiej są wykonywane jedynie nominalnie. Poza tym taka sytuacja utrudnia poznanie dziecka, możliwość oddziaływania na niego i zapewnienie odpowiedniej opieki [16].

Środowisko pielęgniarek szkolnych stanowi nieliczną grupę osób, która zajmuje się tą profesją. Według danych opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia około 8 tys. wyspecjalizowanych pielęgniarek/higienistek szkolnych sprawuje pieczę nad wszystkimi uczniami w Polsce. W związku z powyższym nie jest zaskoczeniem, że co jakiś czas pojawiają się bulwersujące opinie publiczną informację o szkole, w której dziecko chore np. na astmę nie otrzymało leku, ponieważ nauczyciel nie posiada takich uprawnień bez zgody rodzica, a kompetentnej osoby w placówce nie ma każdego dnia [19].

Zainteresowanie chęcią podjęcia pracy w medycynie szkolnej jest niewielkie, co podyktowane jest m.in. długim okresem kształcenia, dużą odpowiedzialnością oraz niską gratyfikacją finansową. Nierzadkie więc są sytuacje, jak w łódzkim, gdzie pod opieką niespełna 400 pielęgniarek jest ponad 320 tys. uczniów w 1636 szkołach czy jak w kujawsko-pomorskim, gdzie do wielu małych szkół pielęgniarki nie dojeżdżają w ogóle [20].

W ostatnich latach jesteśmy świadkami niekorzystnych zjawisk dotyczących opieki nad zdrowiem dziecka, m.in. w 2007 r. nastąpiły zmiany dotyczące organizacji szczepień ochronnych u dzieci i młodzieży. Dotychczas szczepienia ochronne odbywały się w szkołach, gdzie pielęgniarka szkolna nadzorowała termin szczepień i prowadziła dokumentację medyczną. Wszystkie szczepienia od szkoły podstawowej aż do klasy maturalnej były wykonywane w szkole. W wyniku nowelizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 III 2007 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą odpowiedzialność za szczepienia przejął właściwy dla ucznia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Przyjęty kierunek zmian zaczął obowiązywać od 1 kwietnia 2007 r. i stał się przyczyną wielu nieporozumień i zamieszania. Wprowadzone przepisy zmieniły organizację wykonywania obowiązujących szczepień ochronnych u uczniów. Konsekwentnie przyjęty kierunek regulacji spowodował wyłączenie pielęgniarek szkolnych z organizacji szczepień u dzieci w wieku szkolnym. W uzasadnieniu przyjętych rozwiązań wskazywano fakt, że pielęgniarki nie posiadają kompetencji do realizacji procedury szczepienia (nie dokonują kwalifikacji, a więc nie mogą w pełni odpowiadać). Kolejnym argumentem zmian był fakt, iż od wielu lat obowiązkowe szczepienia ochronne u młodszych dzieci (w wieku 0-6 lat) odbywają się wyłącznie w gabinetach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i nie stwarza to problemu.

Z przedstawionej puli zadań, które pielęgniarka realizuje, odstąpiono również od procedury kontroli czystości uczniów, której podlegali wszyscy wychowankowie danej placówki dwukrotnie w ciągu roku szkolnego. Sposób realizacji czynności wzbudzał wiele kontrowersji i naruszał poczucie godności uczniów, dlatego obecnie pracownicy zarówno medyczni jak i kadra pedagogiczna, nie mają uprawnień do kontroli czystości uczniów w szkole. Instytut Matki i Dziecka zajął stanowisko w tej sprawie, w którym czytamy m.in., że decyzję o sprawdzeniu czystości skóry i włosów u uczniów w warunkach indywidualnego badania, podejmuje pielęgniarska, rodzic ma prawo nie wyrazić zgody na objęcie jego dziecka badaniem, dyrekcja szkoły i nauczyciele nie mają prawa do informacji o stanie czystości danego ucznia, pielęgniarka podaje tylko uogólnione informacje o skali problemu na terenie szkoły [21].

Wnioski:

1. Nie ulega wątpliwości, że pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania odgrywa niebagatelną rolę w kształtowaniu postaw prozdrowotnych dzieci i młodzieży oraz promocji zdrowia i edukacji oraz działa na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie najmłodszych.
2. Zagadnienia opieki nad dzieckiem traktowane są pobieżnie i stoją na uboczu, ale tak naprawdę to one, a nie tylko proces kształcenia decydują o sukcesie szkolnym dziecka.

Piśmiennictwo:

1. Szpringer M., Profilaktyka społeczna. Rodzina szkoła środowisko lokalne, Kielce, 2004, s. 44-60.
2. Cisińska A., Stanisław Kopczyński-internista i neurolog, pionier higieny szkolnej w Polsce, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, 117, 2007, nr 10, s. 477-478.
3. Kurnatowski A., Profesorowie i Docenci Wydziałów Medycznych Uniwersytetu Łódzkiego i Akademii Medycznej w Łodzi 1945-1964, Łódź, 2003, s. 254.
4. Kopczyński S., Zadania higienistki szkolnej, „Wychowanie Fizyczne”, 1929, z.3, s. 103.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. RP 2009, nr 139; poz. 1133).
6. www.senat.gov.pl, dostęp 08.09.2014
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. RP 2013, poz.1248).
8. Marciniak M., Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami w szkołach w województwie kujawsko-pomorskim w roku szkolnym 2011/2012 i zmiany w jej realizacji w porównaniu z rokiem szkolnym 2010-211, Bydgoszcz, 2012, s. 4.
9. Latkowski B.J., Lukas W. Medycyna rodzinna, t. 1, Warszawa, 2009, s. 326.
10. Woynarowska B., Edukacja zdrowotna, Warszawa, 2008, s. 259.
11. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. RP 1991, nr 95, poz. 425z późniejszymi zmianami).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinien odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. RP 2011., nr 31; poz. 158 uchylony).
13. http://www.bibliotekako.pl/news.aid,258,Profilaktyczna_ochrona_zdrowia_uczni%C3%B3w.html, dostęp 10.09.2014
14. Jodkowska M., Oblacińska A. i wsp. Ocena nierówności w dostępie uczniów do profilaktycznej opieki zdrowotnej, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, XIV,2,2010, 179-188.
15. Jodkowska M., Woynarowska B. Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, Warszawa, 2002, s.7.
16. Oblacińska A., Ostrenga W. Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej, Warszawa, 2003, s. 125-129, 141.
17. Oblacińska A., Woynarowska B. Profilaktyczne badania lekarskie i inne zadania lekarza w opiece zdrowotnej nad uczniami, Warszawa, 2002, s. 54.

18. Lizak D., Seń M. Rola pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w kreowaniu prozdrowotnych postaw ucznia, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, 2012, s. 131.
19. www.pielęgniarki.info.pl/article/view/id/4345, dostęp 11.09.2014
20. www.rynek.zdrowia.pl, dostęp 11.09.2014
21. www.imid.med.pl, dostęp 15.09.2014

Adres do korespondencji:

90-150 Łódź, ul. Konstytucyjna 3 m. 36

tel. 661-790-637

Adres e-mail: anna.cisinska@umed.lodz.pl

DARUJTE KOSTNÚ DREŇ - ZACHRÁŇTE ŽIVOT! NÁRODNÝ REGISTER DARCOV KOSTNEJ DRENE SR

Jana Čmelová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Úvod

Incidenca a prevalencia onkologických a hlavne hematologických malignít neustále narastá, aj keď výskyt sa nejaví alarmujúci, fatalita ochorenia je vysoká. Výskyt sa udáva u 2-3 chorých na 100.000 tis. obyvateľov. **ALL** (akútna lymfoblastová leukémia) postihuje prevažne deti vo veku 2-5 rokov, **AML** (akútna myeloická leukémia) je častejšia u dospelých. Jej výskyt sa s vekom zvyšuje (http://dev.soyamedia.com/_majo/!leukemia/?id=2).

Kostná dreň je krvotvorné tkanivo nachádzajúce sa v dutine najmä veľkých a plochých kostí. Jej hlavnou úlohou je vytvárať červené a biele krvinky a krvné doštičky, ktoré sa následne vyplavujú do krvi, kde si plnia svoje funkcie. Červené krvinky prenášajú kyslík do tkanív, biele krvinky zabezpečujú obranu organizmu proti infekciám a krvné doštičky sa podieľajú na zastavení krvácania. Ak dôjde k jej poškodeniu, vzniká akútna leukémia, ktorej priebeh je pomerne rýchly a neliečená končí smrťou v priebehu niekoľkých mesiacov. Jedinou nádejou pre pacientov je transplantácia kostnej drene alebo periférnych kmeňových buniek, kedy následkom chemoterapie dochádza k zničeniu nielen nádorových leukemických buniek, ale aj normálnych buniek krvotvorby čo spôsobí veľký nedostatok krviniek v krvnom obehu. Život pacienta ohrozujú infekcie s ťažkým priebehom v dôsledku nedostatku bielych krviniek, krvácavé

komplikácie pre úbytok krvných doštičiek a zároveň aj pokles červených krviniek. Transplantácia krvotvorných buniek je preto nevyhnutná pre obnovu krvotvorby a prežitie pacienta.

Národný register darcov kostnej drene vznikol na Klinike hematológie a transfuziológie v Bratislave v roku 1995. Je členom medzinárodných organizácií Bone Marrow Donor Worldwide (BMDW) a World Marrow Donor Association (WMDA). V HLA laboratóriu, ktoré je jeho súčasťou, sa vyšetrujú transplantačné znaky pacientov, ich rodín a dobrovoľníkov s cieľom nájsť vhodného darcu na transplantáciu. Nie každý pacient má HLA zhodného darcu v rámci rodiny. Pravdepodobnosť je žiaľ z genetických dôvodov približne len 25%. **Register preto zabezpečuje vyhľadávanie nepríbuzných darcov krvotvorných buniek** pre detských a dospelých pacientov doma aj v zahraničí. Národný register darcov kostnej drene je napojený na medzinárodnú sieť registrov celého sveta a je schopný v prípade potreby nájsť darcu medzi 22 miliónmi dobrovoľníkov a zabezpečiť dovoz transplantátu. V súčasnosti je v databáze registra evidovaných takmer 5000 darcov.

Zákon č. 576 z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Odoberanie, uchovávanie a prenos tkanív a buniek

§ 35 stanovuje všeobecné podmienky, kde odoberanie, uchovávanie a prenos orgánov, tkanív a buniek na účely transplantácie a vedeckovýskumné ciele môžu **vykonávať len poskytovatelia** na základe povolenia podľa osobitného predpisu.

Príjemcom na účely tohto zákona je osoba, do ktorej tela sa vkladá orgán, tkanivo alebo bunky.

Darcom na účely tohto zákona je živá osoba alebo mŕtva osoba, z ktorej tela sa odoberajú orgány, tkanivá a bunky určené na účely transplantácie a vedeckovýskumné ciele. **Darcom** podľa odseku 1 môže byť len **osoba plne spôsobilá na právne úkony, ktorá dala na odber písomný informovaný súhlas po predchádzajúcom poučení**. Podľa Šoltésa (1994) **informovaný súhlas** znamená vykonávanie diagnostických a liečebných úkonov pacientovi zásadne len s jeho slobodným súhlasom, po predchádzajúcej primeranej informácii. Môže ho dať len osoba mentálne kompetentná.

Vo výnimočných prípadoch darcom podľa odseku môže byť aj **osoba nespôsobilá** dať informovaný súhlas na základe **informovaného súhlasu zákonného zástupcu**,

Odobratie a prenos orgánov, tkanív a buniek s cieľom finančného zisku alebo iného majetkového prospechu je zakázaný.

Dobrovoľným darcom krvotvorných buniek sa môže stať každý zdravý človek. Mal by spĺňať nasledovné požiadavky :

- Vek 18-45 rokov
- Nesmie mať žltacku typu A, B, C, musí byť HIV negatívny

- Nemal by v minulosti prekonať TBC
- Nemal by trpieť na ochorenia srdca a ciev, prieduškovú astmu alebo iné vážnejšie chronické ochorenia
- Nemal by v poslednom roku prekonať boreliózu a infekčnú mononukleózu
- Nesmie mať akútne infekčné ochorenie
- Ženy v reprodukčnom veku by mali byť viac ako 1 rok po pôrode a v dobe darovania nebyť tehotné

Najdôležitejším vyšetrením je vyšetrenie vzorky krvi odobratej bežným spôsobom ako pri odbere krvi. Táto vzorka sa vyšetrí v HLA laboratóriu skúseným tímom pracovníkov a určia sa HLA znaky metódou serológie a molekulovej analýzy. Výsledky vyšetrenia sa potom uložia do počítačového systému Národného registra darcov kostnej drene, kde sa uchovávajú v prísnej tajnosti. Ak sa v budúcnosti objaví chorý človek, pre ktorého je jediným spôsobom vyliečenia transplantácia krvotvorných buniek a nemá vhodného súrodeneckého darcu, pristúpi sa k vyhľadávaniu vhodného darcu v registri. Ak sa v jeho databáze nájde potencionálne zhodný nepríbuzenský darca, predvolá sa na ďalšie vyšetrenie krvi, ktorým sa určí úplná zhoda medzi ním a pacientom. V registri môže byť darca zaradený mnoho rokov bez toho, aby sa našiel s ním zhodný pacient. Avšak s počtom dobrovoľných darcov v databáze registra stúpa aj nádej nájsť nepríbuzenského darcu pre nevyliciteľne chorých ľudí nielen na Slovensku, ale aj v zahraničí.

Ako sa stať dobrovoľným darcom kostnej drene?

1. Stiahnuť si prihlášku pre dobrovoľného darcu krvotvorných buniek.
2. Prísť na odber vzorky krvi do Národného registra darcov kostnej drene v UNB na Antolskú 11.
3. Odber krvi (1 skúmavka) na vyšetrenie transplantačných znakov HLA.
4. Podpísať informovaný súhlas so zaradením do Národného registra dobrovoľných darcov krvotvorných buniek.

Katechizmus katolíckej Cirkvi sa vyjadruje k **rešpektovaniu ľudskej osoby a vedeckému výskumu** vo svojej tretej časti a druhom oddieli Desiat' prikázaní:

2294 Veda a technika už pre svoj vnútorný význam vyžadujú bezpodmienečné rešpektovanie základných kritérií morálnosti. Majú byť v službách ľudskej osoby, jej neodňateľných práv, jej skutočného a celkového dobra, a to v súlade s Božím plánom a Božou vôľou.

2296 *Transplantácia orgánov* je v súlade s morálnym zákonom, ak telesné a psychické nebezpečenstvá a riziká, ktorým sa vystavuje darca, sú úmerné dobru, ktoré sa očakáva pre toho, komu je určená. **Darovanie orgánov po smrti je šlachetný a záslužný čin a treba k nemu povzbudzovať ako k prejavu veľkodušnej solidarity. Nie je morálne prijateľné, ak darca alebo jeho príbuzní, ktorí majú na to právo, nedali k tomu svoj výslovný súhlas. Okrem**

toho je morálne neprípustné priamo zapríčiniť zmrzačenie, ktoré robí človeka invalidom, alebo smrť ľudskej bytosti, aj keby sa to konalo s cieľom oddialiť smrť iných osôb.

Záver

Návrh uznesenia Európskeho parlamentu o dobrovoľnom a bezplatnom darcovstve tkanív a buniek (2011/2193(INI)) z 29.júna 2012 v bode 3. zdôrazňuje, že darcovstvo by malo byť dobrovoľné, neplatené a anonymné (okrem prípadov, keď sa odber vykonáva na žiúcom darcovi pre blízkeho) a malo by sa riadiť ochrannými právnymi a etickými zásadami, ktoré rešpektujú nedotknuteľnosť osoby. V bode 13. vyzýva členské štáty, aby zintenzívnili svoje informačné kampane a kampane na zvýšenie povedomia verejnosti o darcovstve tkanív a buniek a aby zabezpečili poskytovanie jasných, pravdivých, vedecky podložených a dokázaných lekárske informácií a údajov, ktoré verejnosti umožnia prijímať informované rozhodnutia; zdôrazňuje, že darcovia by mali byť plne informovaní o postupoch, ktoré sa používajú v tomto procese a o ich etických, psychických, zdravotných a sociálnych dôsledkoch (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A7-2012-0223&language=SK>). V databáze darcov kostnej drene môže byť darca aj celé roky, alebo ho vôbec nemusia osloviť. Ale je možné, že už na druhý deň bude mať tú česť zachrániť ľudský život a dať nádej v beznádeji! Lebo tou transplantácia je!

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. KATECHIZMUS KATOLÍCKEJ CIRKVI. 1997. Trnava : SSV 1998.
2. Leukemia. [citované 2014-09-08] Dostupné na:
3. <http://dev.soyamedia.com/majo/!leukemia/?id=2>
4. Národný register darcov kostnej drene SR. [citované 2014-09-08] Dostupné na: <http://www.registerdarcovkostnejdrene.sk/o-nas.html>
5. Zákon č. 576 z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Kontakt na autora:

PhDr. Mgr. Jana Čmelová

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva

mobil: 0907 400097

e-mail: janacmelova@gmail.com

POZIOM WIEDZY A REALIZACJA ZAŁOŻEŃ PROZDROWOTNYCH WŚRÓD PACJENTÓW Z CHOROBAŃ NIEDOKRWIENNĄ SERCA

Lucyna Boratyn – Dubiel , Barbara Gugąła, Dorota Gutkowska

Dr n. o zdrowiu Lucyna Boratyn - Dubiel - adiunkt, Instytut Pielęgniarnstwa i Nauk o Zdrowiu,

Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

Dr n. med. Barbara Gugąła - adiunkt, Instytut Pielęgniarnstwa i Nauk o Zdrowiu,

Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

Dr n. med. Dorota Gutkowska - adiunkt, Instytut Pielęgniarnstwa i Nauk o Zdrowiu,

Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

WPROWADZENIE

Znaczącym problemem zdrowotnym zarówno w Polsce jak i na świecie są choroby układu sercowo-naczyniowego. Z ich powodu umiera około 4 milionów Europejczyków rocznie. W Polsce schorzenia te są jedną z najczęstszych przyczyn chorobowości i przedwczesnej umieralności oraz nadumieralności mężczyzn. W 2006 roku w naszym kraju z powodu chorób układu krążenia zmarło 40,2% mężczyzn i 51,8% kobiet [5]. Aż 30% zgonów wśród mężczyzn dotyczyło osób młodych i w średnim wieku (tj. w przedziale wiekowym 25-64 lat) [14]. Od 1996 roku choroby te uznawane są za problem społeczny, a walka z nimi jest priorytetowym celem Narodowego Programu Zdrowia.

Rozpowszechnienie schorzeń sercowo-naczyniowych spowodowane jest najczęściej niekorzystnymi zachowaniami zdrowotnymi. Większość pacjentów z przewlekłymi schorzeniami prowadzi styl życia, na który składa się współistnienie wielu czynników ryzyka, a w szczególności uzależnienie od tytoniu, wadliwa dieta oraz niski poziom aktywności fizycznej [9]. Obecnie wiadomo, że zgonom i inwalidztwu z przyczyn sercowo - naczyniowych można zapobiegać. Profilaktyka choroby niedokrwiennej serca obejmuje przede wszystkim modyfikację czynników ryzyka. Związane jest to z prozdrowotnym stylem życia, który ma ogromny wpływ na zdrowie jednostki i całej populacji. Do realizacji tych założeń konieczny jest chociażby minimalny zasób wiedzy dotyczącej schorzenia, czynników ryzyka i sposobów ich ograniczania wśród pacjentów. Celem niniejszej pracy jest określenie poziomu wiedzy oraz ocena stopnia realizacji założeń prozdrowotnego stylu życia, samoopieki i samokontroli wśród pacjentów z chorobą niedokrwinną serca.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 150 pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, hospitalizowanych w dwóch rzeszowskich szpitalach (Oddział Kardiologii Szpitala Miejskiego oraz Oddział Kardiologii Szpitala Wojewódzkiego). Przeprowadzono je na przełomie 2012 i 2013 roku, po uprzednim uzyskaniu zgody kierowników tych placówek. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, w którym zastosowano pytania zamknięte jedno i wielokrotnego wyboru. Warunkiem zakwalifikowania pacjenta do badań była dobrowolna zgoda na udział w nich oraz zdiagnozowana choroba niedokrwienna serca. Uzyskane wyniki opracowano jakościowo i ilościowo oraz poddano analizie statystycznej przy wykorzystaniu pakietu statystycznego Statistica 8.0. Przyjęto następujące reguły statystyczne: $p > 0,05$ – brak istotności statystycznej, $p < 0,05$ – istotna zależność statystyczna (*), $p < 0,01$ – wysoce istotna zależność statystyczna (**), $p < 0,001$ – bardzo wysoka istotność statystyczna (***)

WYNIKI

W grupie 150 przebadanych pacjentów, kobiety stanowiły 56%, zaś mężczyźni 44% osób. Ponad połowa badanych (63,3%) mieszkała na wsi, natomiast 36,6% ankietowanych mieszkało w mieście. Najwięcej osób legitymowało się wykształceniem zawodowym (40,6%), co piąty respondent miał wykształcenie podstawowe (20,6%), zaś co czwarty wyższe (25,3%). Wykształcenie średnie miało zaledwie 13,3% badanych. Pod względem wieku, respondenci zostali podzieleni na 4 grupy. Do 59 roku życia było 24,6%. Osoby w grupie od 60 do 67 lat stanowiły 26,6%, zaś od 68 do 74 lat – 23,3%. Z kolei, 75 rok życia przekroczył co czwarty respondent (25,3%).

Poziom wiedzy zdrowotnej prezentowanej przez badanych był zróżnicowany. Ponad połowa ankietowanych (60%) uważała, że profilaktyka to zapobieganie chorobie, zaś 40% z nich uznało profilaktykę jako rodzaj badania wykrywającego chorobę. Do najbardziej znanych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej wskazanych przez respondentów należały: nadciśnienie tętnicze (98,6%), wysoki poziom cholesterolu (94,6%), stres (68%), palenie papierosów (60,6%), co trzeci badany (34%) wskazał na cukrzycę. Stwierdzono, że młodsi pacjenci i lepiej wykształceni istotnie częściej wskazywali na palenie tytoniu oraz stres jako czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca ($p < 0,05$). Zdecydowana większość ankietowanych (84,7%) stwierdziła, że chorobie niedokrwiennej serca można zapobiegać. Do metod zapobiegania tej chorobie badani zaliczyli: regularne przyjmowanie leków (81,3%), zmianę stylu życia (41,3%) oraz regularne wykonywanie badań kontrolnych (37,3%). Tylko 15,3% ankietowanych uznało, że chorobie tej nie można zapobiegać. Przy podziale na płeć wykazano, że kobiety częściej niż mężczyźni wiedziały o możliwości zapobiegania chorobie

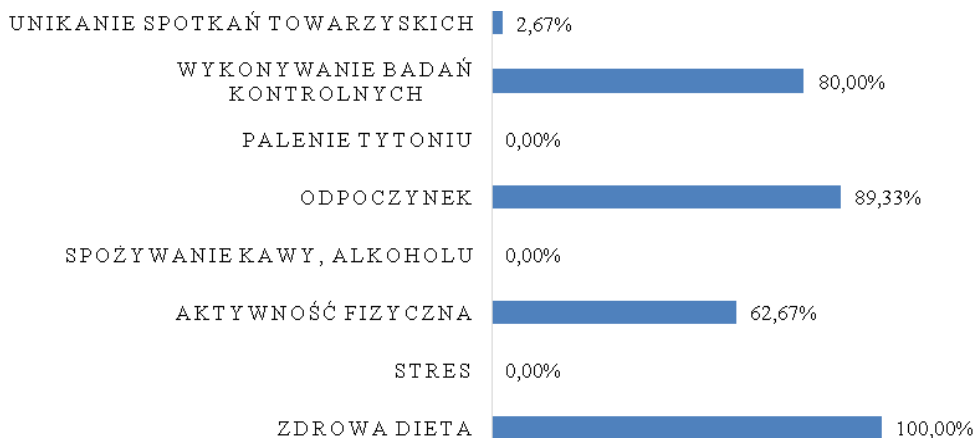
niedokrwiennej serca poprzez zmianę stylu życia, regularne przyjmowanie leków oraz regularne wykonywanie badań kontrolnych. Mężczyźni zaś częściej twierdzili, że rozwojowi choroby niedokrwiennej serca nie można zapobiegać (tab.1).

Tabela 1III. Opinia na temat zapobiegania rozwojowi choroby niedokrwiennej serca w zależności od płci

Opinia na temat zapobiegania rozwojowi choroby niedokrwiennej serca						Poziom istotności
Opinie	Odp.	Płeć				
		Kobieta		Mężczyzna		
		N	%	N	%	
Tak, poprzez zmianę stylu życia	nie	40	47,6%	48	72,7%	0,002
	tak	44	52,4%	18	27,3%	
Tak, poprzez stosowanie antybiotyków	nie	83	98,8%	66	100,0%	0,374
	tak	1	1,2%	0	0,0%	
Tak, poprzez regularne przyjmowanie leków	nie	6	7,1%	22	33,3%	0,000
	tak	78	92,9%	44	66,7%	
Tak, poprzez regularne wykonywanie badań kontrolnych	nie	45	53,6%	49	74,2%	0,009
	tak	39	46,4%	17	25,8%	
Nie, nie można zapobiegać	nie	80	95,2%	47	71,2%	0,000
	tak	4	4,8%	19	28,8%	

Zdecydowana większość badanych (77,3%) uznała, że zmiana stylu życia na prozdrowotny zmniejsza nasilenie objawów choroby, 32% respondentów uważało, że zmiana ta spowalnia rozwój choroby, zaś 42% badanych stwierdziło, że zmiana stylu życia poprawia jego jakość w chorobie. Tylko co dziesiąty badany uważał, że zmiana stylu życia na prozdrowotny nie ma wpływa na poprawę stanu zdrowia. Stwierdzono, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni były przekonane o wpływie zmiany stylu życia na poprawę stanu zdrowia ($p < 0,05$).

Jako założenia prozdrowotnego stylu życia ankietowani wskazywali najczęściej: zdrową dietę (100%), odpoczynek (89,3%), wykonywanie badań kontrolnych (80%) oraz aktywność fizyczną (62,6%) (ryc. 1).



Ryc. 1. Znajomość założeń prozdrowotnego stylu życia

Po przebadaniu różnych aspektów prozdrowotnego stylu życia w chorobie niedokrwiennej serca wykazano, że aż 72% badanych miało wysoką wiedzę w tym zakresie. Następnie sprawdzono czy znajomość zasad prozdrowotnego stylu życia przekłada się na przestrzeganie ich w życiu pacjentów.

Analiza wyników badań pozwoliła na stwierdzenie, iż pacjenci pomimo posiadanej wiedzy dotyczącej prozdrowotnego stylu życia nie wykorzystują jej w swoim życiu. Ponad połowę (63,3%) respondentów charakteryzowała mała aktywność fizyczna a 12% badanych przyznało się do braku jakiegokolwiek aktywności. Zdecydowana większość badanych nie wykonywała żadnej gimnastyki domowej (90,6%), biegania (98,6%), czy pływania (93,3%), a z siłowni i fitnessu nie korzystał żaden respondent. Do bardziej popularnych rodzajów aktywności fizycznej należało codzienne chodzenie po schodach dla 50,6% badanych, raz w tygodniu spacer dla 41,3% i jazda na rowerze dla 35,3%.

Ponad połowa respondentów nie stosowała żadnej diety (54,6%), dietę „cukrzycową” stosowało 23,33% badanych, a dietę śródziemnomorską stosowało tylko 10,67% badanych.

W kolejnym etapie badań sprawdzono wiedzę z zakresu samokontroli. Wykazano, że niemal wszyscy badani byli przekonani o konieczności kontroli ciśnienia tętniczego krwi (98,6%) oraz badaniu poziom cholesterolu we krwi (98,6%). Większość badanych wskazała także na konieczność kontroli poziom glukozy we krwi (68,6%). Co piąty respondent był zdania, że powinien kontrolować poziom INR (19,3%). Następnie sprawdzono czy wiedza z zakresu samokontroli pokrywa się z działaniami pacjentów w tym zakresie. Pomiary ciśnienia celem sprawdzenia ich wartości wykonywało codziennie 53,3% badanych, raz w roku kontrolowało poziom cholesterolu we krwi 65,3% ankietowanych, zaś 31,3% raz na pół roku. Poziom glukozy we krwi kontrolowało raz w roku 46%, raz na pół roku 27,3% oraz codziennie 23,3%. Natomiast większość badanych 68,6% nie kontrolowała poziomu INR.

Głównym źródłem informacji na temat stylu życia dla badanych był lekarz (92,67) oraz rodzina i znajomi (90%). Znaczący odsetek ankietowanych wskazało na prasę (46,6%), co trzeci badany wiedzę zdobywał z Internetu (32,6%), a co czwarty (25,3%) od pielęgniarki.

DYSKUSJA

Jednym z najczęściej występujących schorzeń przewlekłych jest choroba niedokrwienna serca, która stanowi główną przyczynę przedwczesnej umieralności oraz nadumieralności mężczyzn w Polsce. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za 70-80% zgonów w krajach rozwiniętych i 40-50% w krajach rozwijających się odpowiedzialne są „choroby stylu życia” [3]. Sytuacja ta wymaga intensyfikacji działań systemu ochrony zdrowia ukierunkowanych na zapobieganie i zwalczanie tych schorzeń. Badania epidemiologiczne dowodzą, że zmiana stylu życia ma ogromne znaczenie dla ograniczenia występowania wielu chorób, takich jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, schorzenia układu sercowo-naczyniowego, otyłość i inne [4,12]. Zaangażowanie pacjenta w proces prewencji wtórnej w dużej mierze zależy od jego wiedzy na temat choroby, czynników ryzyka i metod ich ograniczania.

Badania własne wykazały, że ponad 70% respondentów posiadało wystarczającą wiedzę z zakresu prozdrowotnego stylu życia. Ponad połowa (60%) pacjentów znała pojęcie profilaktyki, statystycznie częściej były to kobiety ($p=0,011$), oraz osoby zamieszkujące tereny miejskie ($p=0,006$). Podobnie w badaniach przeprowadzonych przez Jóźwiak i Szmagaj aż 75,4% respondentów oceniło swój poziom wiedzy o zdrowiu jako zadowalający [2]. Nieco inne spostrzeżenia mieli badacze z Kliniki w Białymstoku, którzy oceniali poziom wiedzy u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i cukrzycą. Stwierdzili oni, że prawie połowa badanych pacjentów (48,8%) określiła poziom swojej wiedzy jako niewielki. Co trzeci badany uznał, że posiada wiedzę w stopniu dostatecznym, tylko 2,2% pacjentów stwierdziło, że ma bardzo dobrą wiedzę zdrowotną [4].

Do najbardziej znanych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej wskazanych przez badanych należały: nadciśnienie tętnicze (98,6%), wysoki poziom cholesterolu (94,6%), stres (68%), palenie papierosów (60,6%), co trzeci badany (34%) wskazał na cukrzycę. Stwierdzono, że młodszy pacjenci i wyżej wykształceni jako czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca wskazywali istotnie częściej na palenie tytoniu oraz stres ($p<0,05$). W badaniach Kossaka i współ. respondenci dobrze rozpoznali tylko niektóre czynniki ryzyka choroby takie jak: nadciśnienie tętnicze, otyłość oraz palenie tytoniu [6]. Ankietowani z badań Nowickiego i współ. jako najczęstszy czynnik ryzyka podawali (79,3%) nadwagę i otyłość; drugim pod względem częstości wskazań przez badanych czynnikiem - 60,67% była mała aktywność fizyczna, 55,33% wskazało na nadciśnienie tętnicze i palenie tytoniu, następnie 46,67% wybrało dietę bogatą w

tłuszcze zwierzęce i węglowodany, Cukrzyca była czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w opinii 29,33% badanych, natomiast hiperlipidemia tylko dla 10% [10].

Zdecydowana większość ankietowanych (84,7%) stwierdziła, że chorobie niedokrwiennej serca można zapobiegać. Do metod zapobiegania tej chorobie zaliczono: regularne przyjmowanie leków (81,3%), zmianę stylu życia (41,3%) oraz regularne wykonywanie badań kontrolnych (37,3%). Tylko 15,3% badanych uznało, że chorobie tej nie można zapobiegać. Kobiety istotnie częściej ($p=0,000$), wiedziały, że rozwojowi choroby niedokrwiennej serca można zapobiegać poprzez zmianę stylu życia, regularne przyjmowanie leków oraz regularne wykonywanie badań kontrolnych. Jako założenia prozdrowotnego stylu życia ankietowani wskazywali najczęściej: zdrową dietę (100%), odpoczynek (89,3%), wykonywanie badań kontrolnych (80%) oraz aktywność fizyczną (62,6%).

Pomimo posiadanej stosunkowo wysokiej wiedzy zdrowotnej ankietowani z badań własnych nie wykorzystywali tego potencjału w swoim życiu. Ponad połowę (63,3%) respondentów charakteryzowała mała aktywność fizyczna a 12% badanych przyznało się do braku jakiegokolwiek aktywności. Do bardziej popularnych rodzajów aktywności fizycznej należało codzienne chodzenie po schodach dla 50,6% badanych, raz w tygodniu spacer dla 41,3% i jazda na rowerze dla 35,3%. Ponad połowa respondentów nie stosowała żadnej diety (54,6%), dietę „cukrzycową” stosowało 23,3% a dietę śródziemnomorską stosowało tylko 10,6% ankietowanych. W badaniach innych autorów dowiedziono, że osoby z wyższym poziomem wiedzy zdrowotnej częściej przestrzegają jej zaleceń. Większy odsetek osób stosował dietę, (61,1%), jedna trzecia badanych regularnie chodziła na spacer (61%) a 11,1% biegła [11]. W badaniach przeprowadzonych przez Stasio i współ. aż 76% badanych deklarowało systematyczną aktywność fizyczną w postaci spacerów i jazdy na rowerze, większość badanych twierdziło, że spożywa codziennie owoce i warzywa, 55% respondentów deklarowało spożycie mięsa 2-3 razy w tygodniu a 43% spożycie ryb raz w tygodniu [13]. Badania Gawel i współ. blisko połowa respondentów deklarowała regularne uprawianie aktywności fizycznej, ponad połowa przebadanych pacjentów spożywała codziennie owoce i warzywa, jedna trzecia osób spożywała codziennie mięso czerwone i tylko 31% badanych spożywało ryby raz w tygodniu [1].

Kolejnym ważnym aspektem w badaniu poziomu wiedzy była znajomość zasad samokontroli oraz realizacji ich w życiu pacjentów. Wykazano, że wystarczający poziom wiedzy na temat samoopieki i samokontroli posiadało 74% przebadanych pacjentów. Niemal wszyscy badani byli przekonani o konieczności kontroli ciśnienia tętniczego krwi (98,6%) oraz badaniu poziom cholesterolu we krwi (98,6%). Większość ankietowanych wskazała także na konieczność kontroli poziom glukozy we krwi (68,6%). Co piąty respondent był zdania, że powinien kontrolować poziom INR (19,3%). Posiadana wiedza w zakresie samokontroli u ponad połowy

ankietowanych (53,3%) przełożyła się na codzienne pomiary ciśnienia tętniczego, poziom cholesterolu we krwi raz w roku kontrolowało 65,3% ankietowanych a poziom glukozy 46% badanych. Większość ankietowanych (68,6%) nie kontrolowała poziomu INR. Nieco lepsze wyniki inni otrzymali badacze. W badaniach Stasio i współ. aż 81% pacjentów wykonywało pomiary ciśnienia tętniczego, poziom cholesterolu raz w roku mierzyło 87% badanych a poziom glukozy 78% ankietowanych [13].

Głównym źródłem informacji na temat stylu życia dla niemal wszystkich badanych był lekarz (92,67) oraz rodzina i znajomi (90%). Znaczący odsetek ankietowanych wskazało na prasę (46,6%), co trzeci badany wiedzę zdobywał z Internetu (32,6%), a co czwarty (25,3%) od pielęgniarki. W badaniach Kubicy i współ. 40% respondentów wskazało na rolę lekarzy w rozpowszechnianiu wiedzy o profilaktyce oraz leczeniu chorób układu krążenia, natomiast z broszur czasopism i radia jako źródła wiedzy korzystało ok. 30% badanych [8].

Podsumowując, pacjenci z chorobą niedokrwienną serca wykazują wysoką wiedzę zdrowotną, jednak w większości przypadków nie przekłada się to na stosowanie tej wiedzy w życiu codziennym. Wdrażanie zmian w stylu życia u pacjentów jest niezwykle trudne, ponieważ wymaga od nich zaangażowania, czasem wyrzeczeń czy ograniczeń, jednak stanowi niezbędny element terapii, dający chorym możliwość powrotu do prawidłowego funkcjonowania w życiu społecznym i zawodowym [7]. Dlatego warto byłoby podjąć działania mające na celu zwiększenie świadomości pacjentów i odpowiedzialności za własne zdrowie, co powinno skutkować bardziej konsekwentnym przestrzeganiem zaleceń lekarskich i aktywnym uczestnictwem w procesie leczenia, co mogłoby się przełożyć na poprawę zdrowia pacjentów.

WNIOSKI

Analiza wyników badań pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

1. Większość pacjentów z chorobą niedokrwienną serca posiadało wystarczającą wiedzę w zakresie wpływu prozdrowotnego stylu życia na profilaktykę choroby.
2. Pacjenci wykazywali wysoki poziom wiedzy na temat samoopieki i samokontroli w chorobie niedokrwiennej serca.
3. Badani w sposób niezadowolający realizowali założenia prozdrowotnego stylu życia. Pacjenci w większości byli mało aktywni fizycznie i nie stosowali żadnej diety.
4. Głównymi źródłami pozyskiwania informacji dotyczących profilaktyki choroby niedokrwiennej serca był lekarz oraz rodzina i znajomi.

PIŚMIENNICTWO

1. Gaweł G., Piskorz A., Nowacka A.: Styl życia pacjentów po wystąpieniu choroby niedokrwiennej serca., w: Człowiek w zdrowiu i chorobie. Wyd. PWSZ w Tarnowie, Tarnów 2010.
2. Józwiak P., Szmagaj A.: Charakterystyka zachowań zdrowotnych mężczyzn po 50 roku życia w Poznaniu w odniesieniu do czynników ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych., *Przegląd Lekarski* 2012/69/10
3. Kawalec E., Gabryś T., Brzostek T. i wsp.: Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca u kobiet pracujących umysłowo., *Problemy Pielęgniarstwa*, tom 16, nr 4/2008, s. 325.
4. Kobus G., Łagoda K., Sawicka J. i wsp. Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u osób z cukrzycą i rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca kierowanych na koronarografię – ocena wiedzy pacjentów *Przeegl Kardiodiab* 2010; 5 (3, 4): 151–15.
5. Kobus G, Małkińska E, Bachórzewska-Gajewska H. Czynniki ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. *Przeegl Kardiodiabetologiczny* 2010; 5 (2): 87–92.
6. Kossak J., Jędrzejczak M., Kossak D., Dudek T.: Rola czynników środowiskowych w prewencji wtórnej chorób układu krążenia., *Medycyna Rodzinna* 2/2004 s. 78 – 85.
7. Kubica A., Andruszkiewicz A., Grześk G. i wsp. Edukacja zdrowotna jako metoda poprawy realizacji programu terapeutycznego. *Folia Cardiol Excerpta* 2010, (5), 2, 93–99.
8. Kubica A., Jagielski P, Olejarczyk E. i współ. Źródła wiedzy a skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z ostrym zawałem serca. *Folia Cardiologica Excerpta* 2009, tom 4, nr 5, 285–290
9. Kwaśniewska M, Bielecki W, Kaczmarczyk-Chałas K. i wsp. Ocena rozpowszechnienia zdrowego stylu życia wśród dorosłych mieszkańców województwa łódzkiego i lubelskiego - Projekt WOBASZ. *Przeegl Lek* 2007; 64 , 2.
10. Nowicki G., Ślusarska B., Brzezicka A. Analiza stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących. *Prob. Piel.* 2009; 17 (4): 321–327
11. Rząca M., Charzyńska – Gula M., Stanisławek A.: Świadomość zagrożenia chorobą niedokrwinną u osób z grup ryzyka a zachowania zdrowotne., *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, tom 19, zeszyt nr 3, s. 348 – 352.
12. Sawicki R., Musiał W J., Skibińska E. i wsp. Choroba niedokrwienne serca a zespół metaboliczny – korelacja wybranych czynników ryzyka rozwoju miażdżycy z nasileniem zmian w tętnicach wieńcowych. *Przeegl Kardiodiab* 2007; 2, 1: 19–26.
13. Stasio M., Cieślak H., Fidos A.: Zachowania zdrowotne z rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca po 50 r. ż. w: *Edukacja zdrowotna w naukach medycznych i społecznych.*, Kulik T. B., Wolny B., Pacian A., Wyd. Diecezjalne, Stalowa Wola - Lublin 2008.

14. Wojtyniak B, Goryński P. (red). Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH, Warszawa 2008.

Adres do korespondencji:

Wydział Medyczny, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,
ul Al. mjr. W. Kopisto 2 a, 35-310 Rzeszów
tel. 17 872 1111, sekretariat_ipnz@ur.edu.pl
Lucyna Boratyn – Dubiel, tel. 660856878, l.dubiel@poczta.onet.pl

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ

Úloha sestry v starostlivosti o pacienta s akútnou myeloidnou leukémiou

Małgorzata Filanowicz, Ewa Szykiewicz, Bernadeta Cegła, Magdalena Chmara

*Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

Wstęp

Ostra białaczka szpikowa (AML) jest nowotworową chorobą hematologiczną. Współczynnik zachorowalności na AML w populacji polskiej osób dorosłych wynosi 2,1/100 000. Dotyka ona nierzadko osób młodych, którzy mają jeszcze niespełnione, uzasadnione oczekiwania od życia. Wielkim szokiem jest dla pacjenta postawienie diagnozy, która jest przyczyną długotrwałego, uciążliwego leczenia i często także mimo starań przyczyną śmierci. Wielkim wyzwaniem jest odnalezienie się w nowej sytuacji, którą nagle zsyła los, podjęciem duchowej decyzji związanej ze zmotywowaniem się do leczenia i zajęciem stanowiska wobec psychofizycznego faktu jakim jest choroba. Choroba, jest często czynnikiem do przewartościowywania naszych egzystencjalnych przekonań w których zdrowie nie zawsze jest na pierwszym miejscu. Mimo iż jest źródłem ogromnego cierpienia, ukazuje siłę człowieka.

Ostra białaczka szpikowa AML (*acute myeloid leukemia*)

Białaczki ostre charakteryzują się występowaniem w szpiku kostnym i krwi obwodowej młodych, często bardzo słabo zróżnicowanych komórek – blastów białaczkowych, pochodzących od komórki, która uległa transformacji nowotworowej na jednym z wczesnych etapów

hematopoezy. Ostra białaczka szpikowa charakteryzuje się uogólnionym, niepohamowanym rozrostem komórek pochodzenia szpikowego, które nie są zdolne do różnicowania i dojrzewania [1]. Naciekanie szpiku przez komórki białaczkowe sprawia wyparcie prawidłowych komórek układu krwiotwórczego.

Objawy, jakie będzie miał pacjent z AML, będą wynikały ze spadku produkcji prawidłowych elementów morfotycznych i naciekania komórkami białaczkowymi narządów. U większości chorych występuje niedokrwistość, czego następstwem jest uogólnione osłabienie i bladości powłok skórnych, zła tolerancja wysiłku, zawroty głowy zasłabnięcia, bóle dławicowe. Niewydolność układu krążenia jako konsekwencja rozwijającej się niedokrwistości może powodować obecności nacieków białaczkowych w sercu. Objawy skazy krwotocznej wybroczyny krwawe, krwawienie z dziąseł i nosa są skutkiem małopłytkowości. Skaza krwotoczna może się przyczynić również do zespołu wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC). U większości pacjentów, w przypadku występowania granulocytopenii i infekcji, może występować gorączka, zakażenia dróg oddechowych, bóle kostno-stawowe, powiększenie węzłów chłonnych, śledziony. W szczególnych przypadkach można znaleźć poza szpikowe nacieki komórek białaczkowych, które są obrzękłe i szybko rosnące jest to tzw. chloroma. Dochodzi do nacieków skóry i centralnego systemu nerwowego [2].

Ostra białaczka szpikowa (AML) jest jednym ze wskazań do przeszczepu szpiku. Źródłem komórek macierzystych krwi są przeszczepy alleogeniczne (rodzinne lub niespokrewnione) lub autologiczne (transplantacja komórek krwiotwórczych krwi obwodowej).

Przeszczep alleogeniczny (homologiczny) jest wtedy gdy, dawca i biorca należą do tego samego gatunku lecz są odmienni genetycznie. Dlatego w transplantacji alleogenicznej duże znaczenie ma właściwy dobór dawcy i biorcy pod względem zgodności tkankowej HLA.

Przeszczep alleogeniczny wykonuje się u osób, które są w całkowitej remisji, wznowie lub w odpornej na leczenie AML. Najlepiej jest, gdy wykonuje się go w pierwszej remisji, ponieważ częstość wyleczeń waha się między 40 – 70 % w drugiej remisji na początku nawrotu 30%. Najmniejsze szanse bo 20 % mają osoby, które znajdują się w czasie nawrotu choroby po upływie roku.

Istnieje także możliwość transplantacji autologicznej, gdzie dawcą i biorcą jest ten sam organizm, niestety pacjenci narażeni są często na nawrót choroby podobnie jak w przeszczepie izogenicznym. Mimo to transplantacja ta znalazła zastosowanie w leczeniu osób powyżej 60 roku życia, ponieważ jest mniejsze ryzyko wystąpienia infekcji, gdyż nie są wymagane leki immunosupresyjne, a okres dochodzenia do zdrowia jest krótszy.

Metodą stosowaną równolegle lub zamiast przeszczepu alleogenicznego lub autogenicznego jest transplantacja komórek krwiotwórczych krwi obwodowej (PBSC). Największa ilość komórek macierzystych jest w szpiku, ale można je też znaleźć w krwi

obwodowej. Komórki PBCS uzyskuje się w wyniku aferazy (oddzielanie różnych składników krwi). Krew jest pobierana z żyły ramiennej, która przepływa przez separator i wraca z powrotem do dawcy. Dawca otrzymuje przed i w trakcie zabiegu czynniki wzrostu (Neupogen, Filgrastim) które zwiększają liczbę komórek PBCS we krwi.

Głównym celem transplantacji jest zbilansowanie dwóch efektów GvDH (przeszczep - przeciwko - gospodarzowi) i GvL (przeszczep - przeciwko - białaczce). Przyczyną wystąpienia GvDH jest działanie limfocytów T dawcy z niezgodnymi antygenowo komórkami biorcy. Jeśli limfocyty T dawcy szpiku zaatakują antygenowo inne komórki biorcy przeszczepu występuje choroba zwana przeszczep - przeciwko - gospodarzowi (GvHD), ale komórki T biorcy, w czasie 6 miesięcy po przeszczepie, uczą się żyć z komórkami dawcy, stając się dla nich tolerancyjne [3].

Pomoc pielęgniarki w problemach psychicznych pacjenta związanych z przeszczepem szpiku

Transplantacja szpiku jest traumatycznym przeżyciem dla samego pacjenta i jego rodziny. Jest wyzwaniem fizycznym i emocjonalnym. Pielęgniarka sprawująca opiekę powinna obserwować samopoczucie pacjenta. Chorym często towarzyszą chwile załamania, zwątpienia i lęk przed ewentualnymi komplikacjami, a jego uczucia potęguje świadomość o ryzyku śmierci. Pacjent musi zaakceptować aspekt „wszystko albo nic”, może nie zgodzić się na przeszczep kontynuować chemioterapię, ale grozi to nieuchronnej śmierci. Przytłaczające jest dla chorego to, że zabieg mimo starań całego zespołu terapeutycznego nie daje pewności na całkowite wyleczenie tylko szansę na długie życie. Informacje przekazywane na temat zabiegu mogą być dla pacjenta niezrozumiałe, przytłaczające, wywołujące u niego stres. Wielu z pacjentów woli nie zadawać kolejnych pytań, by nie usłyszeć kolejnej porcji niekorzystnych informacji. Dla wielu chorych powikłań, które się pojawiają jest zbyt dużo, warto by w takiej sytuacji przed podjęciem decyzji o leczeniu przez pacjenta porozmawiała z nim pielęgniarka. W celu uspokojenia pacjenta może podzielić mu listę możliwych komplikacji na te, które wystąpią na pewno, które pojawiają się często i rzadko. Rozmawiając w ten sposób z pacjentem nie obarczamy go niepomysłnymi wiadomościami, a zdobyta wiedza przed zabiegiem eliminuje uczucie bezradności i zagubienia. Życzliwość ze strony pielęgniarki i empatia w tym momencie jest bardzo ważna, gdyż chory przebywając w izolacji jest samotny i nieszczęśliwy. Warto przygotować pacjenta na taką sytuację przypomnieć mu o możliwości utrzymywania kontaktu telefonicznego z najbliższymi mu osobami, przygotować jego ulubione książki, nie ograniczać się tylko do instrumentalnych świadczeń, ale znaleźć czas na bycie przy chorym rozmowę i choćby wspólne milczenie, które jest czasami potrzebne i wbrew pozorom bardzo wymowne.

Przygotowanie pacjentów do podjęcia działań związanych z wypadaniem włosów i problemów skórnych

Wypadanie włosów jest jednym z efektów ubocznych chemioterapii. Celem zastosowania cytostatyków jest działanie na komórki zbyt szybko dzielące czyli także znajdujące się w cebulkach włosa. W efekcie doprowadza to do utraty owłosienia. Nasilenie wypadania włosów zależy od dawki leku i kombinacji cytostatyków. Lekami najbardziej toksycznymi dla cebulek włosów są np. doksorubicyna, cyklofosfamid, ifosfamid, winkrystyna, podczas leczenia metotroksanem używa się jeszcze folinianu wapniowego dzięki któremu obserwuje się zadowalające efekty nie wypadania włosów. Pielęgniarka powinna poinformować pacjenta o tego typu powikłaniu oraz odpowiedniej pielęgnacji.

Włosy wypadają najczęściej po 1- 2 tygodni od podjęcia leczenia, a nasila się od 2-3 miesięcy trwania terapii. Włosy mogą wypadać stopniowo lub masowo, ogólnie stają się cienkie i suche. Utrata włosów może się nie tylko ograniczać do głowy, ale również zarostu na twarzy, brwi, rzęs, utrata włosów pod pachami i łonowych oraz owłosienia na kończynach. Ważne jest aby pacjent wiedział, że utrata włosów jest czasowa. Po zakończeniu leczenia włosy odrosną, często bardziej gęste, zwykle ciemniejsze, może zmienić się ich struktura - są grubsze i kręcone. Przed zastosowaniem leków mogących powodować wypadanie włosów warto krótko je obciąć. Nie ma metody skutecznej, która zapobiegałaby utracie włosów, ale można ograniczyć to zjawisko poprzez odpowiednią pielęgnację. Należy poinformować pacjenta, aby używał łagodnych szamponów do włosów i miękkich szczotek. Należy unikać suszenia włosów ciepłym strumieniem lub stosowania zabiegów upiększających osłabiających włosy np. farbowanie, ondulacja, nawijanie na lokówkę, wałki, papiloty. Warto uzupełnić swój jadłospis o dodatkowe składniki odżywcze poprawiające kondycje włosów, ważne są witaminy z grupy B, witamina E, witamina A oraz cynk. Pielęgniarka może dostarczyć wiedzę pacjentom na temat różnych ofert firm farmaceutycznych, które oferują pacjentowi preparaty wspomagające odrastanie włosów i do pielęgnacji włosów po chemioterapii i radioterapii. Utrata włosów szczególnie u kobiet jest ciężkim obciążeniem psychicznym, dlatego warto zastanowić się nad doborem peruki, które obecnie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie wypisanej recepty od lekarza prowadzącego.

Z przyjmowaniem chemioterapii wiążą się też różnorodne problemy skórne w postaci: zaczerwienienia, świądu, nadmiernego łuszczenia się, wysychania lub zmian trądzikowych. Jeśli na skórze pojawiają się zmiany w postaci wyprysków, krostek nie należy ich drapać i wyciskać, w przypadku suchości natłuszczać skórę łagodnymi balsamami lub oliwką, nie używać perfum, wody kolońskiej lub płynu po goleniu na bazie alkoholu co dodatkowo ją wysuszy. W przypadku gdy skóra jest przetrąszczona poinformować pacjenta by unikał długich, gorących kąpielii, a w zamian brał krótki prysznic. Niektóre cytostatyki (epirubicyna, doksorubicyna) po dożylnym

podaniu powodują zaczerwienienie skóry wzdłuż żył, które przeważnie ustępują samoistnie kilka tygodni po zakończeniu leczenia. Należy poinformować pacjenta, że po przyjętej chemioterapii ekspozycja na promieniowanie słoneczne może nasilać efekty uboczne działania cytostatyków na skórę. Należy zabezpieczać poprzez odzież i kremy z filtrem o wysokim faktorze. Po narażeniu się chorego podczas terapii cytostatykami na promienie słoneczne może pojawić się tzn. efekt popromienny w postaci zaczerwienienia, obrzęku i świądu okolicy napromieniowanej.

Większość problemów ze skórą nie wymaga natychmiastowej interwencji medycznej. Pielęgniarka w czasie chemioterapii powinna obserwować pacjenta. Jeżeli wystąpi silne swędzenie, wysypka na skórze to koniecznie powinna zgłosić to lekarzowi ponieważ mogą to być objawy reakcji alergicznej na przyjmowane leki. Alergiczne odczyny w postaci wysypki występują u 1/3 chorych leczonych asparginazą, bleomycyną, natomiast po cytarabinie u 40% występuje odczyn anafilaktyczny. W razie przedostania się cytostatyku poza żyłę należy zaaspirować w celu zminimalizowania ilości wyciekniętego leku i nastrzyknąć uszkodzone tkanki odpowiednią odtrutką oraz roztworem glikokortykosteroidów [4,5].

Problemy seksualne powikłaniem leczenia AML

Walka z nowotworem skupia się zazwyczaj na pokonaniu choroby. Pacjent nie zawsze bierze pod uwagę fakt, iż leczenie pozostawi trwałe ślady takie jak bezpłodność. Personel medyczny powinien poinformować pacjentów o nowoczesnych technikach wspomaganego rozrodu. Konsekwencją TBI jest całkowita bezpłodność zauważalna u prawie wszystkich pacjentów. U dziewcząt przed osiągnięciem dojrzałości płciowej po naświetlaniu nie występuje miesiączka oraz nie dochodzi do rozwoju drugorzędnych cech płciowych. U kobiet, które osiągnęły dojrzałość płciową komórki jajowe zamierają. Podobnie jest u chłopców. Rzadko dochodzi u nich do rozwoju drugorzędnych cech płciowych u mężczyzn plemniki przestają być produkowane. U młodych osób, które nie osiągnęły dojrzałości płciowej, po TBI można zastosować leczenie hormonalne w celu umożliwienia rozwinięcia się drugorzędowych cech płciowych [3]. Mniejsze powikłania niesie ze sobą chemioterapia. U 30% pacjentek po zakończeniu leczenia cytostatykami wraca czynność jajników i chore zaczynają normalnie miesiączkować. Podczas chemioterapii jest możliwość zajścia w ciążę, ale nie jest to wskazane, ponieważ cytostatyki powodują wady rozwojowe płodu. Ważną rolę odgrywa tu edukacja ze strony pielęgniarki oraz lekarzy, zalecających zażywania skutecznych środków antykoncepcyjnych. Gdy kobieta jest już w ciąży istnieje możliwość odłożenia leczenia, aż do urodzenia dziecka, można wdrożyć odpowiednią chemioterapię po 12 tyg. ciąży co zmniejsza ryzyko wad rozwojowych czasami dla dobra pacjentki przerywa się ciążę i rozpoczyna leczenie. U starszych kobiet konsekwencją leczenia jest szybszy okres przekwitania. U mężczyzn w

spermie jest znacznie obniżona liczba plemników, mogą także powstawać mutacje w nasieniu materiału genetycznego. Aby dać możliwość parą posiadania dzieci nowoczesna medycyna wysuwa różne metody postępowania z nasieniem oraz zabezpieczania komórek rozrodczych jajnika, aby jednak szansa ta nie przepadła należy pacjentów poinformować o takiej możliwości lub wskazać źródła z których mogliby się więcej dowiedzieć na temat. U niektórych chorych ze względu na stres związany z chorobą i jej leczeniem może znacznie obniżyć się libido. U podłoża dolegliwości stresowy leży często lęk o zmiany w wyglądzie fizycznym, o rodzinę, finanse. Do obniżenia libido przyczyniają się też takie czynniki jak przemęczenie, ogólne złe samopoczucie i zaburzenia hormonalne wynikające z podjętego leczenia oraz chociażby konieczność hospitalizacji chorego. W takich sytuacjach potrzebna jest szczerą rozmowa z partnerem, nawzajem przedstawienie sobie swoich oczekiwań, ponadto chory wraz z swoim partnerem nie powinien odczuwać zahamowania przed taką rozmową z lekarzem prowadzącym czy pielęgniarką. Pacjentowi powinno się udostępnić konsultacje z psychologiem klinicznym lub seksuologiem.

Współżycie seksualne niesie też ryzyko zakażeń, które są niebezpieczne dla pacjentów z obniżoną odpornością po leczeniu AML, dlatego pielęgniarka jeśli jest taka potrzeba, powinna wyedukować pacjenta na temat higieny intymnej i odpowiedniej bielizny.

Rola pielęgniarki w pomocy pacjentowi i jego rodzinie ze stresem wywołanym chorobą

Choroba w życiu człowieka ma szczególne znaczenie nie zostaje ona obojętna na jego psychikę, szczególnie wtedy, gdy pojawia się nagle, jej przebieg jest dramatyczny, gdy okazuje się poważna lub zagrażająca życiu. Znaczenie choroby dla naszego pacjenta ma charakter subiektywny i nabiera różnego znaczenia, w zależności od osobowości osoby, której dotyczy. Wg Lazarusa można rozpatrywać chorobę w trzech kategoriach: zagrożenia, kiedy jest przeszkodą w realizowaniu się, utratą zabezpieczenia finansowego; krzywdy np. ograniczenie swobody życia, odczuwanie bólu, a niekiedy wyzwania, gdy wyzwala motywacje do walki i zmiany dotychczasowego funkcjonowania. Pielęgniarka opiekująca się swoim podopiecznym powinna rozpoznać jaki wymiar dla pacjenta ma jego choroba. Dokonanie przez pielęgniarkę podobnej klasyfikacji jest pomocne w podejmowaniu przez nią działań, które będą zmierzały do poradzenia sobie pacjenta z chorobą. Można w ten sposób dowiedzieć się jaka reakcja determinuje pacjenta na wieść o chorobie [6]. Reakcje emocjonalne jakie towarzyszą pacjentowi przy poznaniu diagnozy szerzej opisała między innymi Kubler-Ross. Według niej większość chorych przechodzi emocjonalne fazy. Pierwszą fazą jest szok, niedowierzanie, częściowa utrata kontaktu z otoczeniem, dlatego ważne jest w jaki sposób przekazuje się pacjentowi wiadomość o jego chorobie. Gdy pacjent pozna swoją diagnozę, którą może być AML jest tak zdezorientowany, że często nie jest w stanie przyjąć innych wiadomości. Nowotworowa choroba hematologiczna

często jest pojmowana przez pacjenta jako wyrok śmierci. Pielęgniarka w tej sytuacji powinna być wyrozumiała, pozostawić chorego samego, dać mu czas na przemyślenie i oswojenie się z tą myślą, nie zadręczać pacjenta wywiadami, które mogą być odwleczone w czasie, obserwować chorego, a w razie potrzeby na zlecenie lekarza podać środki uspokajające. Gdy chory oswoi się z postawioną diagnozą zadaniem pielęgniarki jest umożliwić mu ponowną rozmowę z lekarzem na temat dalszego rokowania i leczenia. Druga faza to uczucie złości „targowania się z losem”, zadawania retorycznych pytań typu „Dlaczego to ja zachorowałem?” Trzecia faza to smutek, rozpacz, lęk, panika, dezorientacja ogromne przygnębienie. Pacjenci są płaczący, mają problemy z zasypianiem, brak apetytu [7]. Stan ten, w zależności od osoby, może trwać wiele dni, a nawet tygodni. Zadaniem pielęgniarki jest odpowiednie wsparcie chociażby przez rozmowę, aby zapobiec pojawieniu się depresji. Sukcesem byłoby wyzwolenie w pacjencie motywacji, energii do walki z chorobą. Części pacjentów, mimo upływu czasu, nie przyjmuje do wiadomości diagnozy ani zaleceń z nią związanych. Często posądzeni o brak racjonalizmu i upór w leczeniu. Psychologowie opisują taki stan rzeczy jako wynik działania nieświadomych mechanizmów obronnych, które ma każdy z nas większym lub mniejszym stopniu. Wg Aleksandrowicza mają one za zadanie ochronę przed uświadomieniem sobie zagrożenia, zmniejszyć lęk oraz ułatwić przetrwanie w trudnej sytuacji. Na poradzenie sobie pacjenta z chorobą składa się jego wyleczenie, a gdy jest to nie możliwe przystosowanie się do życia z chorobą [6].

W przystosowaniu się pacjenta do roli chorego, duże znaczenie ma właściwe podejście psychologa i pielęgniarki. Pielęgniarka po zapoznaniu się z sylwetką pacjenta rozpoznaje jego problemy, deficyty w samo opiece i wiedzy na temat choroby, stawia diagnozę poszerzając ją także o rodzinę angażując do realizacji swojego planu opieki najbliższe osoby chorego, ponieważ pacjent jest zmuszony do odnalezienia się w nowej roli społecznej, część obowiązków będzie musiała przejąć za niego rodzina lub inne najbliższe mu osoby [8]. Pielęgniarka edukuje rodzinę w jaki sposób może opiekować się pacjentem jest dla niej wsparciem radzenia sobie ze stresem i skonsolidowaniem sił na rzecz dobra pacjenta.

Wnioski

Traumatycznym przeżyciem dla pacjenta jest postawienie go przed faktem diagnozy jakim jest AML. Chorym często towarzyszą chwile załamania, lęk przed komplikacjami. Zadaniem personelu jest odpowiednia komunikacja z pacjentem, aby dawać mu nadzieję i mobilizację do walki z chorobą. Powikłania choroby mogą być natychmiastowe (nudności, wymioty, zaparcia, biegunka, ból i zmęczenie), opóźnione (np. niedokrwistość, zaburzenia krzepnięcia, neuropenia, zapalenie błony śluzowej jamy ustnej i problemy skórne, wypadanie włosów, neutoksyczność), późne (np. problemy seksualne). Dlatego opieka pielęgniarska ma szczególne znaczenie w opiece nad pacjentem na oddziałach hematologicznych, ponieważ

nowotworowa choroba hematologiczna atakuje nie tylko ciało, ale również psychikę pacjentów i ich rodziny.

Bibliografia

1. Rość D.: Przewodnik po patofizjologii, Skrypt dla licencjackich studiów medycznych, Bydgoszcz, 2004, tom I: 71-81.
2. Hołowicki J.: Ostre białaczki szpikowe, Polska Grupa ds. Leczenia Białaczek u Dorosłych, <http://www.palg.witaj.pl/publikacje.phtml>, 12.03.2012.
3. Sadowska M., Kauc L.: Transplantacja szpiku. Medigen, Warszawa 2004: 27-38, 105-123, 165-185.
4. Orzechowska-Juzwenko K.: Zarys chemioterapii nowotworów narządowych i układowych. Volumed, Wrocław 2000: 391-409.
5. Wronkowski Z., Brużewicz S.: Chemioterapia i radioterapia. PZWL, Warszawa 2007: 66-90.
6. Sęk H.: Psychoonkologia, Elsevier Urban & Patner, Wrocław 2004: 333-339.
7. Nowicki A.: Pielęgniarstwo Onkologiczne, Termedia, Poznań 2009: 11-23.
8. Tatur G.: Rola etyki a filozofia wsparcia i troski w pielęgniarstwie onkologicznym. Psychoonkologia 2001, nr 9: 37-40.

Kontakt na autora:

Małgorzata Filanowicz

e-mail: gosiafilanowicz@cm.umk.pl

ROLA PIEŁĘGNIARKI W PRZYGOTOWANIU PACJENTA PO ZABIEGU REWASKULARYZACJI DO FUNKCJONOWANIA W ŻYCIU CODZIENNYM

Úloha sestry v príprave pacienta po chirurgickej revaskularizácii po návrat do bežného života

Małgorzata Filanowicz, Karolina Wiese, Bernadeta Cegła, Ewa Szyrkiewicz

*Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

Wstęp

Serce człowieka w ciągu minuty potrafi przepompować ogromną ilość krwi. Pracuje ono nieustannie przez całe życie człowieka, ani przez chwile nie odpoczywając. Jednocześnie posiada ogromne zdolności przystosowawcze. Potrafi zwiększać szybkość swojej pracy, dostarczając odpowiednią ilość krwi potrzebną w danym momencie. Jednak mimo swojej wydajności serce

jest bardzo wrażliwym narządem. W dzisiejszych czasach jest wyjątkowo narażone na uszkodzenia spowodowane chorobami układu krążenia.

Dzięki pracy serca krew krąży po organizmie, zaopatrując tkanki i narządy w tlen, umożliwiając ich poprawne funkcjonowanie. Dlatego też bardzo poważnie traktuje się choroby związane z układem krążenia. Wg danych z Europejskiej Deklaracji na Rzecz Zdrowia Serca z 2005 roku, choroby sercowo – naczyniowe są najczęstszą przyczyną zgonów kobiet i mężczyzn w Europie. W Polsce z ich powodu odnotowuje się 50% zgonów rocznie.

Występowanie chorób układu krążenia jest ściśle związane ze stylem życia chorego i czynnikami fizjologicznymi, które można modyfikować. Postępowanie to zmniejsza zachorowalność i umieralność z powodu chorób sercowo – naczyniowych. Jednak często zdarza się, że decyzja o zmianie zachowań zdrowotnych i stylu życia podejmowana jest dopiero w momencie pojawienia się choroby. Działania te nazywane są prewencją wtórną, której zasadniczym celem jest zapobieganie ponownym incydentom sercowo – naczyniowym poprzez ograniczenie czynników ryzyka oraz polepszenie życia chorego. Wiąże się to z całkowitym zaprzestaniem palenia tytoniu, zmniejszeniem i utrzymaniem poprawnej masy ciała, uprawianiem systematycznej aktywności fizycznej, stosowaniem odpowiedniej diety, regularnym przyjmowaniem leków oraz kontrolowaniem i leczeniem chorób towarzyszących przede wszystkim nadciśnienia tętniczego [1].

Definicja OZW i zawału mięśnia sercowego.

Ostre zespoły wieńcowe (OZW) jest to grupa chorób, w których dochodzi do zmian w krążeniu wieńcowym. Przyczyną w każdej z tych chorób jest pęknięcie niestabilnej blaszki miażdżycowej w naczyniu wieńcowym i tworzenie się zakrzepu w uszkodzonym miejscu. Powoduje to nagłe zmniejszenie lub ustanie przepływu krwi w naczyniu. Typ OZW zależy od stopnia zamknięcia światła naczynia przez powstały zakrzep, a także od czasu jego trwania.

Do ostrych zespołów wieńcowych należą:

- zawał mięśnia sercowego,
- niestabilna choroba wieńcowa,
- nagły zgon sercowy [2, 1].

Zawał mięśnia sercowego jest postacią choroby niedokrwiennej serca, jego następstwem jest nieodwracalna martwica części mięśnia sercowego z powodu zamknięcia tętnicy wieńcowej doprowadzającej krew do tego obszaru. Zamknięcie tętnicy może wystąpić w każdym obszarze mięśnia sercowego, najczęściej dochodzi do tego w obrębie ściany lewej komory [2, 3].

Najczęstszą przyczyną zawału mięśnia sercowego jest miażdżycza tętnic wieńcowych w chorobie wieńcowej. W obrębie wewnętrznej części ściany tętnicy odkładają się tłuszcze, które z czasem przekształcają się w twardą blaszkę w wyniku włóknienia i wapnienia. Blaszka miażdżycowa rozwijająca się w tętnicy nabiera tendencji do pęknięcia. Pęknięcie blaszki powoduje tworzenie się w uszkodzonym miejscu zakrzepu, który może całkowicie zatkać tętnicę, uniemożliwiając zaopatrzenie dalszych obszarów serca w krew, które pozbawione niezbędnych substancji obumierają już po 15-30 min. Powody pęknięcia blaszki miażdżycowej nie są jeszcze do końca poznane, jednak elementem prowokującym z pewnością jest duży wysiłek fizyczny, a także stres emocjonalny i duże wahania ciśnienia tętniczego krwi [4].

Czynniki ryzyka, nie są co prawda bezpośrednią przyczyną wystąpienia zawału serca, jednak przyspieszają i nasilają tempo rozwoju choroby. Współistnienie kilku czynników ryzyka u jednej osoby zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania na zawał serca. Wyróżnić można czynniki niemodyfikowalne, na które chory nie ma wpływu oraz czynniki modyfikowalne, które można kontrolować [5].

Do głównych czynników ryzyka modyfikowalnych należą:

- Nadciśnienie tętnicze:
- Cukrzyca:
- Wysoki poziom cholesterolu:
- Otyłość:
- Nieodpowiednia dieta:
- Brak ruchu:
- Palenie papierosów

Do głównych czynników niemodyfikowalnych należą:

- Płeć:
- Wiek:
- Uwarunkowania genetyczne:
- Stres psychospołeczny:

Definicja rewaskularyzacji.

Rewaskularyzacja ma na celu przywrócenie prawidłowego krążenia w świetle naczynia. Polega na poszerzeniu i udrożnieniu zwężonego bądź zamkniętego naczynia krwionośnego. Rewaskularyzacja mięśnia sercowego jest uznaną podstawą leczenia chorób wieńcowych [6]

Powrót przepływu krwi przez zwężone lub zamknięte naczynie krwionośne można uzyskać, udrażniając tętnicę stosując poniższe metody inwazyjne [1, 7]:

- Zabiegi przezskórne (PCI),
- Pomostowanie aortalno-wieńcowe tzw. „by-pass” (CABG),

W celu właściwej kwalifikacji pacjenta do rewaskularyzacji, należy wykonać u chorego koronarografię, która jest złotym standardem w diagnostyce chorób wieńcowych. Jest to badanie inwazyjne, które polega na zarejestrowaniu w ruchu obrazu rentgenowskiego tętnic wieńcowych, po uprzednim podaniu środka cieniującego. W czasie badania miękki cewnik diagnostyczny, w kształcie litery J, umieszcza się za pomocą przewodnika, wybiórczo w ujściu prawej i lewej tętnicy wieńcowej (udowej, promieniowej lub ramiennej) poprzez nakłucie.

Obecnie coraz częściej stosuje się koronarografię z angioplastyką wieńcową jako podstawową metodę wczesnego postępowania interwencyjnego u chorych OZW, czyli w niestabilnej chorobie wieńcowej i ostrym zawałe serca, pod warunkiem że nie ma istotnych przeciwwskazań. W zawałe serca głównym wskazaniem do koronarografii z następczą angioplastyką wieńcową jest wstrząs zawałowy. Bezwzględny przeciwwskazaniem do koronarografii jest brak zgody chorego na badanie. Podczas przeprowadzania badania mogą pojawić się różne powikłania, najczęstszym z nich jest reakcja alergiczna na kontrast, która może objawiać się zaczerwienieniem skóry, skurczem oskrzeli a nawet wstrząsem anafilaktycznym [1, 8].

PCI czyli przezskórne interwencje wieńcowe są obecnie najskuteczniejszym sposobem leczenia ostrych zespołów wieńcowych, w tym zawału serca zwłaszcza w pierwszych 4. godzinach od wystąpienia bólu zawałowego. Do PCI zalicza się przezskórną śródnaczyniową plastykę tętnic wieńcowych, a także rzadziej wykonywane zabiegi aterektomii i rotablacji [1, 9].

Opieka pielęgniarska nad pacjentem podczas koronarografii i zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych obejmuje:

- psychiczne i fizyczne przygotowanie pacjenta do zabiegu; ważne jest aby pielęgniarka uspokoiła i udzieliła wsparcia choremu, w razie potrzeby uzupełniła deficyt wiedzy pacjenta na temat zabiegu i jego konsekwencji,
- przygotowanie odpowiedniego sprzętu używanego podczas zabiegu oraz leków,
- asystowanie podczas zabiegu,
- dokonywanie pomiarów parametrów życiowych pacjenta,
- zabezpieczenie pacjenta przed możliwymi urazami oraz czynnikami szkodliwymi

dla zdrowia tj. promieniowaniem rentgenowskim panującym w pracowni hemodynamicznej,

- w trakcie zabiegu informowanie pacjenta o jego przebiegu i etapie, uświadomienie o możliwości pojawienia się uczucia gorąca w momencie podawania kontrastu do tętnic wieńcowych, możliwych objawach ubocznych po zastosowaniu środka kontrastowego oraz pojawienia się bólu za mostkiem, wywołanego napełnianiem balonu i poszerzania naczynia,
- przygotowywanie i podawanie pacjentowi leków na zlecenie lekarza.

Po wykonaniu koronarografii i angioplastyki wieńcowej do zadań pielęgniarki należy poinformowanie pacjenta o konieczności pozostania w łóżku w pozycji leżącej z wyprostowaną kończyną, w obrębie której wykonywany był zabieg. Niewskazane jest również zbyt wczesne uruchamianie chorego, gdyż może to prowadzić do wystąpienia powikłań. Ponadto pielęgniarka musi obserwować i kontrolować opatrunek uciskowy, a w razie zalecenia lekarza zmniejszyć ucisk, a po 24 godzinach usunąć opatrunek. Ważne jest aby zapewnić choremu odpowiednią ilość płynów do picia lub w razie konieczności nawadnianie pozajelitowe pacjenta w celu wydalenia środka kontrastowego przez nerki oraz obserwacja ilości wydalanego moczu, gdyż istnieje możliwość wystąpienia nefropatii kontrastowej [1].

Do najpoważniejszych powikłań mogących wystąpić podczas zabiegu PCI należą:

- zamknięcie lub zator tętnicy wieńcowej - w konsekwencji mogą doprowadzić do ponownego zawału mięśnia sercowego a nawet zgonu,
- tamponada serca,
- rozwarstwienie tętnicy wieńcowej lub aorty,
- częstoskurcz komorowy,
- migotanie komór,
 - powikłania późne – ponowne zwężenie tętnicy, pogorszenie funkcji nerek związane z podaniem środka kontrastowego,
 - powikłania miejscowe związane z nakłuciem tętnicy – krwawienie, krwiak, tętniak rzekomy, przetoka tętniczo – żylna [1].

Pomostowanie aortalno - wieńcowe:

CABG czyli pomostowanie aortalno – wieńcowe, jest operacyjną metodą rewaskularyzacji mięśnia sercowego. Polega ona na stworzeniu połączenia pomiędzy aortą a tętnicą wieńcową, poprzez wszczepienie pomostu tętniczego, z jednoczesnym ominięciem

zwięzłego lub zamkniętego przez zmiany miażdżycowe naczynia. Zapewnia to poprawę ukrwienia niedokrwionego obszaru mięśnia sercowego. Pomosty wytwarza się wykorzystując żyły i tętnice pacjenta. Pomosty żyłne najczęściej wykonuje się z żyły odpiszczelowej pobranej z podudzia, rzadziej wykorzystuje się żyły odstrzałkowe czy odpromieniowe, gdyż istnieje wysokie ryzyko szybkiego zamknięcia się takiego pomostu. W przypadku pomostów tętniczych najczęściej wykorzystywana jest tętnica piersiowa wewnętrzna, rzadziej tętnica promieniowa pobierana z przedramienia. Operacja wszczepienia pomostów wykonywana jest przy całkowitym zatrzymaniu czynności serca [7, 10]

Celem wykonania CABG, podobnie jak w przypadku angioplastyki wieńcowej, jest poprawa ukrwienia mięśnia sercowego, zmniejszenie ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych, a co za tym idzie obniżenie ryzyka zgonu [10]

Jak każdy zabieg operacyjny CABG jest obciążony sporym ryzykiem powikłań. Ryzyko ich wystąpienia wzrasta u osób w podeszłym wieku i obciążonych dodatkowymi chorobami, takimi jak niewydolność nerek czy cukrzyca.

Do powikłań wczesnych, występujących w czasie hospitalizacji zalicza się:

- zgon (2 – 5% chorych),
- zawał serca,
- udar mózgu,
- zakażenie rany,
- ostra niewydolność nerek,
- krwawienie wymagające reperacji [7] .

Dąży się do uruchamiania pacjenta, w razie możliwości, jak najszybciej po wykonaniu pomostowania aortalno - wieńcowego w celu zminimalizowania wystąpienia odleżyn i zakażeń układu oddechowego. Ważne jest, aby pacjent stosował się do zaleceń lekarza. Często konieczna jest zmiana stylu życia i zachowań zdrowotnych chorego i jego rodziny. Istotnym elementem warunkującym pozytywne wyniki po operacji jest przygotowanie pacjenta przez pielęgniarkę do samoopieki i samopielęgnacji [10, 3]

Rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta po zabiegu rewaskularyzacji do funkcjonowania w życiu codziennym

Wczesne przywracanie pacjenta po rewaskularyzacji mięśnia sercowego do funkcjonowania w życiu codziennym ma ogromne znaczenie. Przede wszystkim zmniejsza ryzyko powikłań a także zapobiega spadkowi kondycji fizycznej, poprawia samopoczucie i samoocenę pacjenta oraz pozwala na stosunkowo szybki powrót pacjenta do aktywności zawodowej. Ogromną rolę w procesie przygotowywania pacjenta do samoopieki odgrywa pielęgniarka. Jej zadaniem jest otoczenie opieką psychologiczną, edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie prewencji wtórnej [1, 3]

Działania pielęgniarki, podczas pobytu pacjenta na oddziale, polegają przede wszystkim na:

- pomaganiu pacjentowi w radzeniu sobie w zaistniałej sytuacji życiowej spowodowanej chorobą oraz uzyskaniu niezależności,
- wspieraniu, asystowaniu i towarzyszeniu w rozwiązywaniu pojawiających się problemów zdrowotnych i życiowych,
- namawianiu pacjenta i jego rodziny do współpracy podczas realizacji procesu pielęgnowania,
- edukowaniu i szerzeniu zachowań prozdrowotnych, propagowaniu stylu życia sprzyjającemu zdrowiu,
- tworzeniu warunków do realizowania działań na rzecz zdrowia przez podopiecznego, które sprzyjają utrzymaniu i wzmocnieniu zdrowia [3].

Edukacja pacjenta w zakresie farmakoterapii

Leczenie farmakologiczne powinno odbywać się pod ścisłą kontrolą i według zaleceń lekarza. Największą wartość terapeutyczną u chorych po ostrym zespole wieńcowym mają te leki, które zmniejszają ryzyko wystąpienia kolejnych incydentów sercowo – naczyniowych, a także zgonu [11]

Zadaniem pielęgniarki jest edukacja pacjenta na temat znaczenia i konieczności leczenia farmakologicznego.

Pielęgniarka powinna poinformować pacjenta o tym, że:

- przyjmowanie leków jest zazwyczaj dożywotnie i musi odbywać się pod kontrolą lekarza. Po wyjściu ze szpitala chory powinien wybrać poradnię kardiologiczną i lekarza kardiologa, pod którego opieką pozostanie,
- leczenie farmakologiczne, które było stosowane w szpitalu musi być uzupełniane innymi lekami, których działanie ma na celu:
 - o zmniejszenie zapotrzebowania serca na tlen - nitraty, beta-blokery;
 - o zmniejszenie dysfunkcji serca – inhibitory konwertazy angiotensyny;

- o stabilizację blaszki miażdżycowej – statyny;
- konieczne jest równoczesne leczenie farmakologiczne czynników ryzyka choroby wieńcowej, tj. nadciśnienia, cukrzycy, zaburzeń lipidowych,
- systematyczne przyjmowanie leków zapewnia ochronę przed kolejnym zawałem, a także wpływają na wydłużenie życia,
- należy pamiętać o regularnym przyjmowaniu leków przez wyznaczony czas,
- nigdy nie wolno pacjentowi samemu odstawić leków ! Samowolne odstawienie leków przed pacjenta zwiększa ryzyko wystąpienia zakrzepicy, co może doprowadzić do ponownego zawału, a nawet zgonu.
- leki przeciwplatekcyjne zapobiegają one tworzeniu się zakrzepicy wewnątrz tętnic wieńcowych.
- zaleca się coroczne szczepienie przeciw grypie wszystkich pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego, zwłaszcza pacjentów po zabiegach rewaskularyzacyjnych [1,12].

Warto zaproponować pacjentowi prowadzenie tzw. „dzienniczka leków”, w którym może zapisywać, jakie leki i w jakich dawkach powinien przyjmować w odpowiednich godzinach. Pomocne mogą okazać się także specjalne pojemniczki na leki z przegródkami odpowiadającymi poszczególnym porom dnia.

Edukacja pacjenta pod kątem obserwacji niepokojących objawów

Po wypisaniu pacjenta ze szpitala, pielęgniarka powinna przekazać mu informacje dotyczące możliwości pojawienia się powikłań. Chory powinien wiedzieć jakie objawy mogą oznaczać zagrożenie dla jego zdrowia i kiedy należy zgłosić się do lekarza [1]

Szczególną uwagę pacjent powinien zwrócić na:

- Objawy sygnalizujące nawrót niedokrwienia mięśnia sercowego:
- Objawy sygnalizujące wystąpienie powikłań miejscowych:
- Objawy sugerujące nefropatię rozwijającą się nefropatię kontrastową:

Pielęgniarka powinna poinformować podopiecznego o standardowej kontroli medycznej, na którą pacjent zobowiązany jest zgłosić się miesiąc po rewaskularyzacji mięśnia sercowego, do ośrodka gdzie był wykonywany zabieg [12]

Edukacja pacjenta na temat modyfikacji czynników ryzyka

Modyfikacja czynników ryzyka jest podstawową strategią postępowania zarówno w prewencji pierwotnej, jak i wtórnej. Intensywność działań w prewencji wtórnej powinna być zaplanowana przez pielęgniarkę indywidualnie w stosunku do każdego pacjenta.

Istotne znaczenie w zakresie wtórnej profilaktyki chorób układu krążenia mają:

- Racjonalna dieta oraz rezygnacja z picia alkoholu,
- Regularna aktywność fizyczna,
- Kontrola masy ciała,
- Zaprzestanie palenia tytoniu,
- Spokojny tryb życia i umiejętność radzenia sobie ze stresem,
- Kontrola chorób towarzyszących – nadciśnienie tętnicze, cukrzyca [13].

Podstawowymi zasadami, którymi powinien kierować się chory po zawale mięśnia sercowego są:

1. Urozmaicenie posiłków: Wybierając produkty spożywcze warto kierować się piramidą zdrowia. Są w niej zawarte zalecane pokarmy. Mało urozmaicone posiłki mogą powodować niedobory niektórych składników pokarmowych
2. Spożywanie ryb i chudego mięsa 2 - 3 razy w tygodniu:
3. Ograniczenie spożywania soli do 4 – 5 g na dobę
4. Ograniczanie spożycia tłuszczów zwierzęcych i produktów zawierających cholesterol:
5. Unikanie alkoholu (dopuszczalna ilość alkoholu to jedna jednostka alkoholu na dzień dla kobiet lub dwie jednostki dla mężczyzn. Jedna jednostka alkoholu odpowiada 330 ml piwa, 100-150 ml wina lub 40-50 ml wódki)
6. Unikanie cukru i słodczy [1, 5]

Wnioski

Przy podejrzeniu i zdiagnozowaniu zawału mięśnia sercowego najważniejsze jest zastosowanie możliwie jak najszybciej leczenia reperfuzyjnego, którego celem jest przywrócenie przepływu krwi przez światło naczynia. Dużą rolę odgrywa tu leczenie farmakologiczne, które może jednak okazać się nieskuteczne. Wówczas wykonuje się u pacjenta zabieg rewaskularyzacyjny z wyboru: przezskórną interwencję wieńcową lub operacyjne pomostowanie aortalno – wieńcowe. Rewaskularyzacja daje pacjentowi możliwość przede wszystkim przeżycia, ale także powrotu do życia codziennego i aktywności zawodowej.

Warunkiem sprawnego funkcjonowania pacjenta po powrocie do domu jest wprowadzenie i przestrzeganie przez niego szeregu zmian do dotychczasowego życia. Edukacja pacjenta jest zadaniem pielęgniarki, która powinna przygotować pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji w zakresie stosowania farmakoterapii, właściwej diety, redukcji i utrzymania prawidłowej masy ciała, kontrolowania chorób towarzyszących, systematycznego uprawiania aktywności fizycznej i konieczności rzucenia nałogów, w szczególności palenia tytoniu.

Piśmiennictwo:

1. Arendarczyk M., Cudak E. K., Szymanowska K., Ostre zespoły wieńcowe, [w:] *Pielęgniarstwo kardiologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych*, Kaszuba D., Nowicka A. (red.), PZWL, Warszawa 2011: 18 – 22, 110 – 128.
2. Pilecki T., Choroba niedokrwienność serca. Filipiak K. J., Opolski G., Ostre zespoły wieńcowe, [w:] *Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa*, Pączek L., Mucha K., Foronczewicz B. (red.), PZWL, Warszawa 2004: 81 – 119.
3. Bielska M., *Przygotowanie do samoopieki pacjenta po zawale serca*, W cieniu czepka 2008, 1 (195):16 – 19.
4. Pietkun K., *Porady lekarza rodzinnego. Układ krążenia. Serce*, Wydawnictwo Literat, Toruń 201: 3 – 32.
5. Pietkun K., *Porady lekarza rodzinnego. Układ krążenia*, Wydawnictwo Literat, Toruń 2010: 3 – 14.
6. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw rewaskularyzacji mięśnia sercowego oraz Europejskie Stowarzyszenie Chirurgii Serca i Klatki Piersiowej (EACTS) (oprac.), *Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące rewaskularyzacji mięśnia sercowego*, Kardiologia Polska 2010; 68, supl. VIII: 569–638.
7. Dąbrowski A., Elektrokardiografia; Poloński L., Sadowki J. Wierzbicki K., Leczenie inwazyjne, [w:] *Choroby wewnętrzne. Tom 1*, Szczeklik A., Medycyna Praktyczna, Kraków 2005: 77 - 85, 152 – 180.
8. Kośmicka M. A., *Inwazyjna i nieinwazyjna diagnostyka tętnic wieńcowych – koronarografia klasyczna i komputerowa oraz rezonans magnetyczny*, Kardiologia Oparta na Faktach 2011; 1: 33–48.
9. Szabla Z., Reczek A., Brzostek T. i wsp., *Problemy pielęgnacyjne i stopień ich rozwiązania w ocenie chorych leczonych przezskórną angioplastyką wieńcową z powodu ostrego zespołu wieńcowego*, Problemy Pielęgniarstwa 2008, 16 (4):343–351.

10. Legutko J., Jąkała J., Mrevlje B. i wsp., *Rewaskularyzacja serca pod kontrolą cząstkowej rezerwy wieńcowej*, *Postępowanie w Kardiologii Interwencyjnej* 2011; 7, 3 (25):228–241.
11. Hudzik B., Szkodziński J., *Profilaktyka wtórna choroby wieńcowej*, *Choroby Serca i Naczyń* 2008; 5 (4):186 – 189.
12. Kowalski R., Brzostek T., *Inwazyjne procedury kardiologiczne na tętnicach wieńcowych. Opieka przed zabiegiem, w trakcie i po nim*, [w:] *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa specjalistycznego*, Czupryna A., Wilczek – Różycka E., Wolters Kluwer, 2010: 9 – 27.
13. Kossak J., Jędrzejczak M., Kossak D. i wsp., *Rola czynników środowiskowych w prewencji wtórnej chorób układu krążenia*, *Medycyna Rodzinna* 2/2004: 78 – 85.

Kontakt na autora:

Małgorzata Filanowicz

E-mail: gosiafilanowicz@cm.umk.pl

WYBRANE ASPEKTY WYPALENIA ZAWODOWEGO PIELEŃNIAREK

Vybrané aspekty syndrómu vyhorenia u sestier

Dorota Jachimowicz-Gaweł (p.v. Jachimowicz-Wołoszynek)¹, Ewa Kwiatkowska², Natalia Rząd²

¹ *Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,
Katedra Zdrowia Publicznego*

² *Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,
Studenckie Towarzystwo Naukowe*

Wprowadzenie

Zawód pielęgniarstwa wiąże się z występowaniem szeregu obciążających czynników, które prowadzą do niekorzystnego dla efektywności pracy jak i dla samego pracownika stanu emocjonalnego jakim jest wypalenie zawodowe. Pojęcie użyte po raz pierwszy przez Freudenbergera (1974 r.) określa stan wyczerpania jednostki, spowodowany niekorzystnym fizycznym i społecznym środowiskiem pracy nadmiernie obciążającym. Maslach (1981 r.) określiła wypalenie zawodowe jako zespół fizycznego i emocjonalnego wyczerpania, którego rezultatem jest rozwój negatywnej samooceny i negatywnego nastawienia do pracy oraz spadek zainteresowania problemami podopiecznych. Występuje w odniesieniu do osób, które wchodzi w bliskie interakcje z klientami [1, 2].

Cel badań

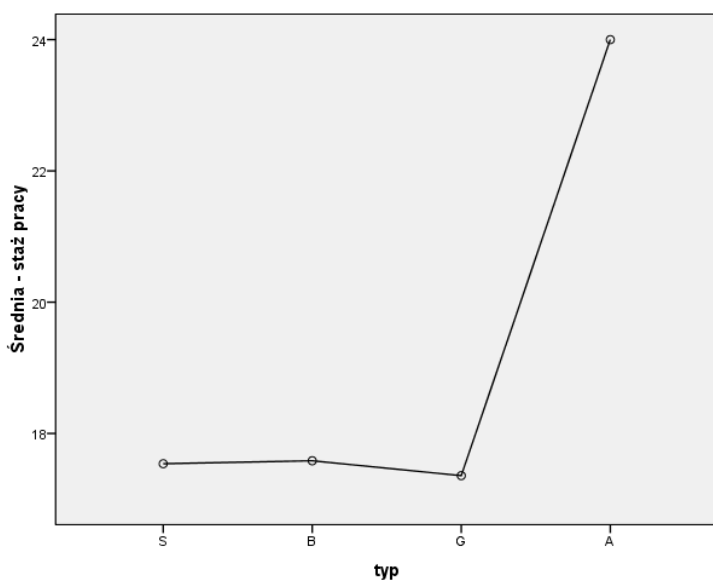
Celem prowadzonych badań była ocena typów zachowań i przeżyć związanych z pracą w grupie badanych pielęgniarek. Badano również związek pomiędzy wiekiem oraz stażem pracy a występującymi zachowaniami i przeżyciami związanymi z pracą.

Materiał i metoda

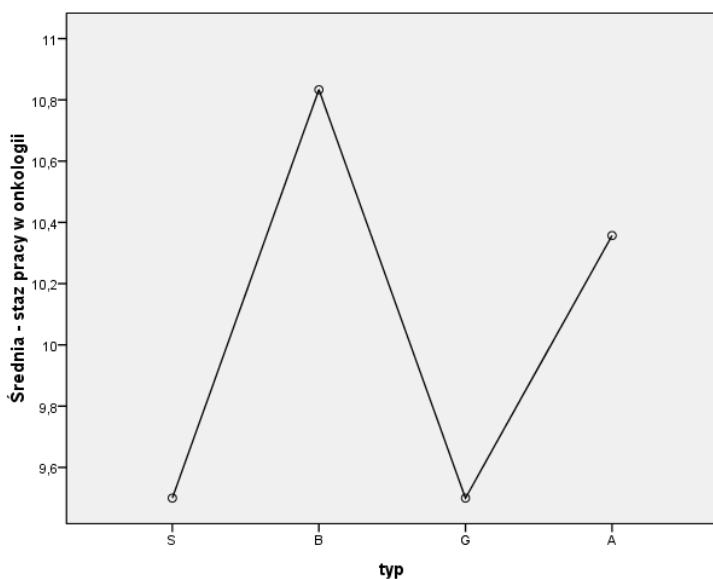
Grupę badaną stanowiły 104 pielęgniarki, zatrudnione w jednostce opieki zdrowotnej udzielającej świadczeń w zakresie opieki onkologicznej. Większość badanych (70%) stanowiły pielęgniarki powyżej 36 lat w tym połowę pielęgniarki w wieku 36-45 lat, co odpowiada średniej wieku polskich pielęgniarek. Co trzecia badana pielęgniarka mieściła się w przedziale wiekowym 26-35 lat. Przeciętny staż pracy pielęgniarek wynosił 18 lat, w oddziałach onkologicznych 10 lat. Badania przeprowadzono za pomocą kwestionariusza AVEM (*Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*), umożliwiającego określenie typów zachowań i przeżyć związanych z pracą. Kwestionariusz składa się z 66 twierdzeń. Obszar zachowań i przeżyć w sytuacjach zadaniowych opisuje 11 skal kwestionariusza (każdej ze skal odpowiada 6 pozycji - twierdzeń): subiektywne znaczenie pracy, ambicje zawodowe, gotowość do wydatków energetycznych - zaangażowania się, dążenie do perfekcji, zdolność do dystansowania się, tendencja do rezygnacji w sytuacji porażki, ofensywna strategia rozwiązywania problemów, wewnętrzny spokój i równowaga, poczucie sukcesu w zawodzie, zadowolenie z życia, poczucie wsparcia społecznego. Skale kwestionariusza przyporządkowano trzem sferom osobowości warunkującym efektywność pracy jednostki. Analiza uzyskanych odpowiedzi pozwala na wyodrębnienie 4 typów zachowań: typ zdrowy (G), typ oszczędnościowy (S), typ ryzyka nadmiernie obciążony (A), typ „wypalony” (B) [3].

Wyniki

Przeprowadzone badania wykazały, że połowa badanych pielęgniarek wykazuje typ oszczędnościowy (S), mniej niż połowa (ok. 40%) reprezentuje typ ryzyka A i B, przy czym co piąta badana pielęgniarka jest „wypalona” (reprezentuje typ B). Najlicniejsza grupa reprezentująca typ ryzyka B (wypalona) występuje w przedziale wiekowym 36-45 lat, natomiast najlicniejsza grupa reprezentująca typ S (oszczędnościowy) występuje w przedziale wiekowym 26-35 oraz 36-45 lat. Poniżej zamieszczone ryciny ilustrują zależność występujących typów od stażu pracy badanych w ogóle oraz stażu pracy w oddziałach onkologicznych. Wraz ze wzrostem stażu pracy rośnie odsetek pielęgniarek reprezentujących typ ryzyka A. Przeciętna stażu pracy w tej grupie wynosi 24 lat. Różnice te są istotne statystycznie przy poziomie istotności $p < 0,05$. Zdecydowanie rośnie odsetek badanych pielęgniarek reprezentujących typ ryzyka A i B wraz ze stażem pracy w oddziałach onkologicznych (powyżej 10 lat).



Ryc. 1. Zależność typów zachowań od stażu pracy badanych.



Ryc. 2. Zależność typów zachowań od stażu pracy w oddziałach onkologicznych badanych.

Omówienie wyników i dyskusja

Z przeprowadzonych badań, że większość badanych pielęgniarek reprezentuje typ oszczędnościowy (S). Nazwa typu odzwierciedla stosunek jednostki do pracy. Charakteryzuje go niskie subiektywne znaczenie pracy, niskie ambicje zawodowe, niska gotowość do wydatków energetycznych, obniżona skłonność do perfekcji. Typ ten cechuje wyraźna tendencja do zachowania dystansu wobec problemów związanych z pracą. Ponadprzeciętne znaczenie równowagi wewnętrznej i ogólnego zadowolenia z życia odzwierciedla pozytywny stosunek do

pełnionej roli zawodowej. Umiarkowane poczucie sukcesów w zawodzie w zestawieniu z pozytywnym nastawieniem do życia świadczy o tym, że typ S nie oczekuje stałego potwierdzenia sukcesów zawodowych, a źródłem generalnego zadowolenia z życia mogą być sytuacje nie związane z pracą. Porównywalny jest odsetek pielęgniarek które reprezentują typ nadmiernie obciążony (A) oraz typ wypalony (B). Typ A cechuje bardzo wysokie subiektywne znaczenie pracy, o wyraźnej tendencji do wzmożonego zaangażowania w problemy kariery zawodowej oraz obniżona zdolność do zachowania dystansu wobec pełnionych obowiązków zawodowych. Typ B tzw. „wypalony” cechuje bardzo niskie subiektywne znaczenie pracy, zmniejszona odporność na stres przy ograniczonej zdolności do dystansowania się, tendencja do rezygnacji w sytuacji trudnych oraz ekstremalnie niskie wartości równowagi wewnętrznej. Podobne badania przeprowadzono w latach 1999 – 2007 na terenie województwa Lubuskiego. Celem badań było ustalenie kondycji psychicznej wśród polskiego średniego personelu medycznego. Tylko co piąta badana pielęgniarka reprezentowała typ zdrowy G, najbardziej pożądany z punktu widzenia efektywności oraz zdrowia pracownika. Wyniki przedstawione w badaniach własnych jak i innych. W przeprowadzonych badaniach większość reprezentowała typ ryzyka A i B. Podobne wyniki uzyskała *D. Jachimowicz-Wołoszynek* oraz *M. Jakubowska*. Badaniami objęły 106 pielęgniarek oddziałów zachowawczych i zabiegowych. Dominującym typem zachowań był typ A i B, ponadto w oddziałach zachowawczych odsetek ten był większy. W dostępnej literaturze można znaleźć szereg badań dotyczących wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. Na podstawie uzyskanych wyników można śmiało wysunąć wnioski iż problem wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego jest znaczący. Powoduje obniżenie efektywności pracownika, spadek motywacji, obniżoną satysfakcję z wykonywanej pracy, stres i frustrację a tym zagraża zdrowiu pracowników jak i obniża jakość świadczeń. Należałoby uznać wypalenie zawodowe jako istotny problem i podjąć działania eliminujące i zapobiegające powstawaniu tego niekorzystnego stanu [4, 5, 6, 7].

Wnioski

1. Większość badanych pielęgniarek reprezentujące typ oszczędnościowy S oraz typ ryzyka A nadmiernie obciążony oraz typ B wypalony.
2. Wraz ze wzrostem stażu pracy rośnie odsetek badanych reprezentujących typ ryzyka A i B. Różnice są istotne statystycznie.
3. Wraz ze wzrostem stażu pracy w oddziałach onkologicznych rośnie odsetek badanych reprezentujących typ A i B. Różnice nie są istotne statystycznie.

Piśmiennictwo

1. Maslach C. Burnout. Human Behavior 1982, 5, 16
2. Sęk H.: Wypalenie zawodowe: przyczyny i zapobieganie. Wydawnictwo Naukowe PWN,

Warszawa, 2001

3. Rongińska T., Gaida Werner A.: Strategie radzenia sobie z obciążeniem psychicznym w pracy zawodowej, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra, 2003
4. Woderska A.: Zjawisko wypalenia zawodowego na przykładzie personelu pielęgniarskiego wybranych placówek opieki zdrowotnej. Praca licencjacka napisana pod kierunkiem dr Doroty Jachimowicz-Wołoszynek, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Toruń 2005
5. Jachimowicz-Wołoszynek D., Jakubowska M. Leźnicka M.: Analiza zachowań i przeżyć związanych z pracą na przykładzie pielęgniarek. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2011, 92(3), 436-440
6. Kwiatkowska E., Analiza obciążenia psychicznego pielęgniarek pracujących w oddziałach onkologicznych. Praca magisterska napisana pod kierunkiem dr Doroty Jachimowicz-Wołoszynek, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Toruń 2009
7. Grzelewska W.: Wypalenie zawodowe pielęgniarek pracujących na oddziale opieki paliatywnej. Praca magisterska wykonana pod kierunkiem dr Doroty Jachimowicz-Wołoszynek, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Toruń 2009

Kontakt na autora:

Dorota Jachimowicz-Gaweł (p.v. Jachimowicz-Wołoszynek)

dorotawol@gmail.com

KOMPETENCJE ZAWODOWE PIELEŃNIARKI POLSKIEJ W KONTEKŚCIE KSZTAŁCENIA PRZED I PODYPLOMOWEGO

Odborná spôsobilosť sestier a pôrodných asistentiek v oblasti pregraduálneho a postgraduálneho vzdelávania

Mariola Głowacka^{1,2,3}, Beata Haor^{4,5}, Robert Ślusarz⁴, Grażyna Rogala Pawelczyk¹

¹*Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych w Warszawie*

²*Zakład Teorii Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medium UMK w Toruniu,*

³*Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku,*

⁴*Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medium UMK w Toruniu,*

⁵*Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższa Szkoła Humanistyczno- Ekonomiczna we Włocławku*

Streszczenia

Wstęp. Pielęgniarstwo w Polsce jest zawodem regulowanym zapisami prawa dotyczącymi kształcenia przed i podyplomowego oraz praktycznych obszarów realizacji świadczeń zdrowotnych i in. zakresów wykonywania zawodu[1].

Cel pracy. Celem plakatu jest graficzne przedstawienie kompetencji polskiej pielęgniarki w zależności od poziomu wykształcenia przeddyplomowego oraz ukończonych zakresów i rodzajów kształcenia podyplomowego.

Metodyka. Autorzy dokonali analizy wiedzy i umiejętności (umożliwiających realizację określonych świadczeń zdrowotnych) zdobywanych przez absolwentów studiów pierwszego i drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz w ramach specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych w określonych dziedzinach/ zakresach.

Rozwinięcie problematyki. Pielęgniarka jako osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie oraz wykonująca zawód medyczny jest uprawniona do udzielania tych świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów [2].

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta; rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta; planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem; samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych; realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia [1].

Dyplom licencjata pielęgniarstwa uzyskuje absolwent studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, który w zakresie wiedzy posiada: szczegółową wiedzę z pielęgniarstwa, ogólną wiedzę z zakresu innych nauk medycznych, znajomość regulacji prawnych, norm etycznych i deontologii odnoszących się do wykonywania zawodu pielęgniarki; w zakresie umiejętności potrafi: korzystać z aktualnej wiedzy dla zapewnienia bezpieczeństwa i wysokiego poziomu opieki, udzielać świadczeń w zakresie promowania, zachowania zdrowia i zapobiegania chorobom, sprawować całościową i zindywidualizowaną opiekę nad pacjentem niepełnosprawnym i umierającym, samodzielnie wykonywać zawód, zgodnie z zasadami etyki ogólnej i zawodowej oraz holistycznego podejścia do pacjenta, uwzględniającego poszanowanie i respektowanie jego praw, organizować pracę własną; nawiązywać współpracę w zespołach opieki zdrowotnej oraz inicjować i wspierać działania społeczności lokalnej na rzecz zdrowia; w zakresie kompetencji społecznych: skutecznie i z empatią porozumiewa się z pacjentem,

posiada świadomość czynników wpływających na reakcje własne i pacjenta, posiada świadomość konieczności permanentnego, ustawicznego kształcenia się [3].

Absolwent studiów pierwszego stopnia jest także przygotowany do podjęcia studiów drugiego stopnia. Natomiast dyplom magistra pielęgniarstwa uzyskuje absolwent studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, który: posiada specjalistyczną wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i innych nauk medycznych; w zakresie umiejętności potrafi: rozwiązywać problemy zawodowe, szczególnie związane z podejmowaniem decyzji w sytuacjach trudnych, wynikających ze specyfiki zadań zawodowych i warunków ich realizacji, określać standardy profesjonalnej opieki w każdym wieku i stanie zdrowia pacjenta oraz wdrażać je do praktyki zawodowej, prowadzić badania naukowe w zakresie swojej specjalności oraz upowszechniać ich wyniki w celu rozwoju zawodu, wiedzy i praktyki pielęgniarstwa, podnoszenia jakości świadczeń oraz prowadzenia wymiany informacji, organizować i nadzorować opiekę pielęgniarstwą, z uwzględnieniem przyjętych teorii i koncepcji opieki, organizować pracę podwładnych i własną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zabezpieczając interesy pacjentów, pracowników i organizacji, wykorzystywać przepisy prawa w działalności zawodowej oraz stosować je w praktyce w zarządzaniu organizacją, jej częścią lub zespołem pracowniczym (pielęgniarek i położnych), opracowywać założenia polityki kadrowej oraz planu zatrudnienia personelu odpowiednio do strategii i zapotrzebowania pacjentów na opiekę pielęgniarstwą, opracowywać i wdrażać do praktyki zawodowej narzędzia monitorowania i oceny jakości opieki pielęgniarstwa, dokonywać wyboru i stosować określone metody, techniki organizatorskie i techniki zarządzania w badaniu, rozwiązywaniu problemów organizacyjnych i usprawnianiu pielęgniarstwa, dokonywać wyboru optymalnych metod nauczania i uczenia się oraz stosować wybrane z nich, w zależności od specyfiki treści nauczania oraz celu, który należy osiągnąć, opracowywać programy edukacji zdrowotnej i realizować je w odniesieniu do wybranego środowiska społecznego, z uwzględnieniem potrzeb społeczności lokalnych[3].

Absolwent studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo jest również przygotowany do podjęcia studiów trzeciego stopnia (doktoranckich) [3].

Pielęgniarka ma ustawowy obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego [1]. Ukończone formy kształcenia podyplomowego skutkują nabyciem przez pielęgniarkę określonych uprawnień w praktyce zawodowej. Przykładowo pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w określonej dziedzinie może wykonywać kompleksowe badanie fizykalne, dobierać dietę dla dziecka chorego, wykonać intubację, ordynować wybrane leki, zlecać badania diagnostyczne. Natomiast, dla przykładu, ukończenie kursu kwalifikacyjnego we właściwej dziedzinie jest niezbędne do pracy jako pielęgniarka rodzinna, pielęgniarka opieki długoterminowej, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, pielęgniarka opieki

paliatywnej i hospicyjnej, pielęgniarka anestezjologiczna i intensywnej opieki, pielęgniarka ratunkowa, pielęgniarka operacyjna, pielęgniarka ochrony zdrowia pracujących, pielęgniarka transplantacyjna. Z kolei wykonywanie niektórych świadczeń zdrowotnych warunkowane jest ukończeniem odpowiedniego kursu specjalistycznego, np. szczepienia ochronne, żywienie kliniczne, resuscytacja krążeniowo- oddechowa, leczenie ran, wykonywanie i interpretacja wyniku elektrokardiograficznego, terapia bólu ostrego i bólu przewlekłego, kompresjoterapia, techniki ciągłe pozaustrojowego oczyszczania krwi, pediatryczna domowa opieka paliatywna, rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, konikopunkcja, odbarczenie odmy przeźnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego, opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą, dializoterapia, endoskopia, hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyn, medyczna pielęgnacja stóp, pielęgnowanie dziecka wentylowanego mechanicznie, pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, pielęgnowanie w chorobach narządu wzroku, profilaktyka chorób piersi, psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin, prowadzenie psychoterapii podstawowej z wykorzystaniem elementów psychoterapii kwalifikowanej, opieka nad pacjentem ze stomią jelitową, trening pęcherza moczowego, pielęgnowanie pacjenta w warunkach leczenia uzdrowskiego, profilaktyka chorób narządu żucia oraz pierwsza pomoc w nagłych stanach stomatologicznych u populacji w wieku szkolnym, wykonywanie i ocena testów skórnych, opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową [3,4].

Zakończenie i wnioski.

Realizacja pracy zawodowej pielęgniarki bazuje na zdobyciu kwalifikacji w ramach studiów pierwszego stopnia, które kończą się uzyskaniem tytułu licencjata pielęgniarstwa. Kwalifikacje zawodowe licencjat może poszerzyć uzyskując tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa w ramach studiów drugiego stopnia.

Dla realizacji pracy w sposób holistyczny, ze szczególną starannością, zgodnie z aktualną wiedzą i zasadami etyki zawodowej pielęgniarka musi uaktualniać i poszerzać swoją wiedzę i umiejętności przez cały okres aktywności zawodowej, co jest niezbędne do pełnienia określonych funkcji i realizacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych. Może to osiągnąć kończąc kursy specjalistyczne, kwalifikacyjne i specjalizacje mające zastosowanie w jej obszarze pracy

Słowa kluczowe: pielęgniarka, kompetencje zawodowe, studia, specjalizacja, kurs.

Bibliografia

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 Nr 112 poz. 654).

3. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa ([Dz.U. z 2012 poz. 631](#))

4..Programy ramowe. www.ckppip.edu.pl

Kontakt na autora:

dr n. med. Mariola Glowacka

mariola.glowacka@wp.pl

**ANALIZA UDZIAŁU KOMÓREK KWASOCHŁONNYCH W NACIEKU
ZAPALNYM BŁONY ŚLUZOWEJ ŻOŁĄDKA I OCENA EOZYNOFILII KRWI
OBWODOWEJ U PACJENTÓW Z ALERGIĄ POKARMOWĄ**

Analýza účasti eozinofilov v zápalovej infiltrácii žalúdočnej sliznice a krvných hodnotenie eozinofílie v periférnej krvi u pacientov s alergiou na potraviny

Graczyk Małgorzata, Przybyszewski Michał, Żbikowska-Gotz Magdalena, Tlappa Jacek, Mućka Jacek, Kuźmiński Andrzej, Szynkiewicz Ewa, Napiórkowska –Baran Katarzyna, Bartuzi Zbigniew

Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr Bizuela w Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75, 85-168

Bydgoszcz; Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Zbigniew Bartuzi

CEL PRACY: Celem pracy była ocena udziału komórek kwasochłonnych w nacieku zapalnym błony śluzowej żołądka oraz ocena eozynofilii krwi obwodowej u pacjentów z alergią pokarmową.

MATERIAŁ I METODY: Badanie przeprowadzono łącznie u 80 chorych. Badana grupa chorych obejmowała 56 kobiet i 24 mężczyzn w wieku od 18 do 65 roku życia (średnia wieku 37,6 lat). Spośród tych chorych wyodrębniono grupę obejmującą 50 pacjentów, u których została rozpoznana nadwrażliwość na pokarmy typu alergicznego. Grupę kontrolną stanowiło 30 chorych w wieku 18-65 lat (średnia wieku 36,3 lat) z objawami dyspeptycznymi, u których nie stwierdzono obecności cech atopii. U każdego pacjenta zakwalifikowanego do badania wykonano gastroskopię przy użyciu aparatu GIF-E OLYMPUS. W trakcie badania oceniano makroskopowy wygląd błony śluzowej, jej czynność ruchową i sekrecyjną oraz pobrano wycinki błony śluzowej do weryfikacji histopatologicznej i na obecność H. pylorii. Wycinki pobierano ze zdrowej lub zapalnie zmienionej błony śluzowej żołądka - z okolicy antrum (dwukrotnie) i trzonu (dwukrotnie) - jego przedniej i tylnej ściany. Pobrany materiał tkankowy poddano

barwieniu eozyną i hematoksyliną oraz Giemzy. Ocena obecności zapalenia błony śluzowej żołądka, aktywności i stopnia jego zaawansowania oparta była na powszechnie stosowanych kryteriach z Sydney z modyfikacją z Houston. W ocenie histopatologicznej zwrócono szczególną uwagę na skład morfologiczny nacieku komórkowego. Dokładnie przeanalizowano liczbę komórek kwasochłonnych w zmienionej zapalnie błonie śluzowej żołądka. Ocenę przeprowadzono metodą 10 HPF \times 250, tzn. dodając liczbę badanych komórek w 10 polach przy powiększeniu 250 razy, a następnie dzieląc uzyskany wynik przez 10. Obecność kolonizacji *H. pylori* oznaczano przy użyciu metody histopatologicznej, wybarwienia (eozyną i hematoksyliną oraz Giemzy), oznaczając jego obecność jako (+) a nieobecność jako (-).

Przy opracowaniu statystycznym wyników badania do oceny danych ilościowych wykorzystano test U Manna-Whitney`a, estymację średniej arytmetycznej (\bar{x}) i geometrycznej (\bar{y}), estymację odchylenia standardowego dla średniej (s).

WYNIKI: Kolonizację błony śluzowej żołądka przez bakterię *H. pylori* wykazano u 19 (38%) chorych ze współistniejącymi objawami alergii pokarmowej. W grupie pacjentów z alergią pokarmową u 21 (42%) badanych chorych wykazano obecność eozynofilów w preparatach, przy czym liczbę komórek eozynofilowych ≥ 10 stwierdzono u 10 pacjentów, co stanowiło 20% badanej grupy chorych. Wartości liczbowe komórek kwasochłonnych stwierdzanych w badaniu histopatologicznym wycinków błony śluzowej żołądka zawarto w tabeli numer I.

Tab. I.

Liczba eozynofilów wpw	Grupa badanych z alergią pokarmową n= liczba pacjentów
1 komórka	1
2 komórki	3
3 komórki	2
5 komórek	1
7 komórek	2
8 komórek	1
9 komórek	1
10 komórek	0
12 komórek	2
15 komórek	4
20 komórek	2
21 komórek	1

30 komórek	1
≥10 komórek	10

Kolonizację błony śluzowej żołądka przez bakterię *H. pylori* wykazano u 18 (60%) chorych, u których występowały dolegliwości dyspeptyczne, bez współistniejącej alergii. U 9 (30%) badanych chorych wykazano obecność eozynofiliów w preparatach błony śluzowej żołądka, przy czym liczbę komórek eozynofiliowych ≥ 10 stwierdzono u 3 pacjentów. Liczbę komórek eozynochłonnych stwierdzonych w badaniu histopatologicznym pacjentów bez alergii pokarmowej przedstawiono w tabeli II.

Tab. II

Liczba eozynofiliów w pw	Grupa badanych bez alergii n=liczba pacjentów
1 komórka	1
2 komórki	0
3 komórki	4
5 komórek	0
7 komórek	0
8 komórek	0
9 komórek	1
10 komórek	1
12 komórek	0
15 komórek	1
20 komórek	0
21 komórek	0
30 komórek	1
≥10 komórek	3

W badanej grupie chorych z alergią pokarmową średnia wartość eozynofilii oznaczonej w krwi obwodowej wynosiła $221,34 \pm 175$ eoz/mm².

Tab. III Eozynofilia krwi obwodowej u pacjentów z alergią pokarmową

Eozynofilia krwi obwodowej/mm ²	Grupa badanych z alergią pokarmową
Liczebność grupy	50
Średnia arytmetyczna	221,34

Odchylenie standardowe	175,0104
Średnia geometryczna	163,5402
Mediana	188,00
Minimum	31,00
Kwartył dolny	94,00
Kwartył górny	300,00
Maksimum	794,00

U pacjentów z objawami dyspeptycznymi, bez współistniejącej alergii pokarmowej średnia wartość eozynofilii krwi obwodowej wynosiła $121,4 \pm 100,75$ eoz/mm².

Tabela IV. Wartości eozynofilii krwi obwodowej u badanych bez alergii pokarmowej

Eozynofilia krwi obwodowej/mm²	Grupa badanych bez alergii pokarmowej
Liczebność grupy	30
Średnia arytmetyczna	121,4333
Odchylenie standardowe	100,7450
Średnia geometryczna	84,5787
Mediana	89,00
Minimum	12,00
Kwartył dolny	44,00
Kwartył górny	156,00
Maksimum	369,00

W obu grupach badanych pacjentów występowało istotne statystycznie zróżnicowanie wartości średnich eozynofilii krwi obwodowej ($p=0,003213$)

DYSKUSJA: Częstość występowania alergii pokarmowej wykazuje tendencję wzrostową obserwowaną na całym świecie [1, 2, 3]. W przybliżeniu około 20% populacji modyfikuje swoją dietę ze względu na spostrzegane niepożądane reakcje po określonych pokarmach [2]. Dokładna częstość występowania alergii na pokarmy wśród populacji dzieci i dorosłych nie jest jednak dostatecznie poznana [4]. Częstość występowania alergii pokarmowej szacuje się na 6-8 % u dzieci i 2-4% u dorosłych [5]. Natomiast z najnowszych danych badania epidemiologicznego przeprowadzonego na terenie Polski – badanie ECAP (Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce) wynika, że alergia pokarmowa dotyczy około 9% dzieci w przedziale wiekowym 6-7 lat i aż 4% osób dorosłych w wieku 22-44 lata [3]. Działanie alergenów pokarmowych na błonę

śluzową przewodu pokarmowego może predysponować do powstania przewlekłych zmian zapalnych. Jak wiadomo przewlekle zapalenie błony śluzowej żołądka jest jednostką chorobową polietiologiczną i może przybierać różne formy makroskopowe (nadżerki, obrzęk, przekrwienie, przerost czy zanik błony śluzowej) [6]. Eozynofile powstają w szpiku, osiągają pełną dojrzałość w ciągu 5-6 dni [7]. Komórki te są przede wszystkim komórkami tkankowymi, a stosunek ich puli naczyniowej do tkankowej wynosi 1:100 [8]. Wiemy, że eozynofile krótko przebywają we krwi - po upływie około 3-8 godzin przechodzą do tkanek, szczególnie tych objętych procesem zapalnym o podłożu alergicznym [7]. Wiadomo, że mechanizm zapalenia alergicznego jest procesem niezwykle złożonym i wieloetapowym. W początkowej fazie z komórek tucznych uwalniają się liczne mediatory zapalne, a następnie dochodzi do aktywacji „kaskady mastocytowo-cytokinowej” i w etapie końcowym do wytworzenia nacieku błony śluzowej przez komórki zapalne. Ważnym elementem tego nacieku są komórki kwasochłonne [9]. Eozynofile mają właściwości cytotoksyczne i odgrywają rolę w fazach wytwarzania i podtrzymywania stanu zapalnego w błonie śluzowej żołądka u chorych z alergią pokarmową [10]. Za główne regulatory chemotaksji i aktywacji komórek kwasochłonnych uważa się cytokiny (IL-5, IL-3, IL-13, GM-CSF), chemokiny np. RANTES, eotaksyna). Eozynofile dzięki produkcji i wydzielaniu aktywnych mediatorów zapalenia mogą uczestniczyć w reakcjach cytotoksycznych i immunoregulatorowych [11,12]. Powiązanie eozynofilii w chorobach alergicznych jest szczególnie wyraźne u pacjentów z alergią przewodu pokarmowego [12]. W prezentowanej pracy wykazano u 42% badanych z alergią pokarmową wykazano obecność komórek kwasochłonnych, a liczbę tych komórek >10 wpw potwierdzono u 20 % badanych. Natomiast w grupie pacjentów z objawami dyspeptycznymi bez alergii pokarmowej eozynofile stwierdzano u 30% badanych a liczba tych komórek >10 wpw wykazano u 6,67% badanych. W obu grupach badanych pacjentów występowało istotne statystycznie zróżnicowanie wartości średnich eozynofilii krwi obwodowej.

WNIOSKI: Eozynofile mają działanie prozapalne i odgrywają istotną rolę w podtrzymywaniu stanu zapalnego błony śluzowej przewodu pokarmowego u chorych z alergią pokarmową. W przedstawionej pracy wykazano, że komórki kwasochłonne występowały zdecydowanie częściej w nacieku zapalnym błony śluzowej żołądka u pacjentów z alergią pokarmową, ale różnice te nie były istotne statystycznie. Natomiast eozynofilia krwi obwodowej była wyższa u pacjentów z alergią pokarmową i różnice te były istotne statystycznie.

PIŚMIENNICTWO

1. Bartuzi Z. „Alergia na pokarmy” pod redakcją Zbigniewa Bartuzi, Alergologia w praktyce, tom VI, Oficyna Wydawnicza MEDITON, Łódź 2006;

2. Mansueto P., Montalto G. and all. "Food allergy in gastroenterologic diseases: Review of literature" *World J Gastroenterol* 2006 December 28;12 (48):7744-7752;
3. Samoliński B., Raciborski F., Tomaszewska A. i wsp. „Częstość występowania alergii w Polsce – program ECAP” *Alergoprofil* 2007, Vol. 3, Nr 4, 26-28;
4. Wysocka M., Jędrzejczak-Czechowicz M., Kowalski M. "Nadwrażliwość na pokarmy wśród dorosłych mieszkańców Łodzi- badanie ankietowe" *Alergia Astma Immunologia* 2007, 12(4):191-199;
5. Rymarczyk B., Rogala B. „Alergia pokarmowa” *Alergologia kompendium* pod redakcją Rafała Pawliczaka, Termedia Wydawnictwa Medyczne Poznań 2013, 219-231;
6. Romański B., Bartuzi Z. "Alergia i nietolerancja pokarmów- problem społeczny i lekarski współczesnej cywilizacji" Śląsk Sp z o.o. Wydawnictwo Naukowe, 2002: 529-530;
7. Gołąb J., Jakubisiak M., Lasek W. Stokłosa T. "Immunologia" Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2007;
8. YQ Hsu, CYF Lo „A case of eosinophilic gastroenteritis", *HKMJ* 1998; 4:226-228;
9. Bartuzi Z., Żbikowska-Gotz M., „Rola pierwszej cząstki adhezyjnej śródbłonka naczyniowego (VCAM-1) u chorych z przewlekłymi zapaleniami żołądka i alergią pokarmową". *Przegląd Gastroenterologiczny* 2007;2(5):256-262;
10. Bartuzi Z. Romański B., Korenkiewicz J., Sinkiewicz W., Gocki J." Charakter nacieku komórkowego w przewlekłych zapaleniach żołądka z kolonizacją i bez kolonizacji *Helicobacter pylori* u chorych z alergią pokarmową IgE-zależną" *Alergia Astma Immunologia* 1999; 4(1):23-29;
11. Bischoff S.C., Ulmer F.A. "Eosinophil and allergic diseases of the gastrointestinal tract. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 2008; 3:455-479;
12. Khan S."Eosinophilic gastroenteritis. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 2005;2 (Vol.19):177-98

Kontakt na autora:

Małgorzata Graczyk, Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu,

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr J. Biziela, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz

Tel. 52 3655418; adres e-mail: gosgra1@poczta.onet.pl

PROBLEMY ZDROWOTNE RODZICÓW DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH – WSTĘPNE DONIESIENIA

Zdravotné problémy rodičov detí so zdravotným postihnutím - vstupná správa

Barbara Gugala, Dorota Gutkowska, Lucyna Boratyn-Dubiel

Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

Wprowadzenie

Mózgowe porażenie dziecięce (MPD) definiuje się jako niepostępujące uszkodzenie mózgu występujące w okresie ciąży, porodu lub okołoporodowym, prowadzące do powstania zaburzeń czynności ruchowych i postawy, jak również funkcji percepcyjnych mózgu. Przebieg rozwoju dzieci jest uzależniony od wzajemnego powiązania czynników środowiskowo - wychowawczych oraz rozmiaru uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (Levitt 2007 s. 16). Powszechny jest pogląd, że niepełnosprawność dziecka wywiera wielostronny wpływ na funkcjonowanie rodziny, jest również poważnym źródłem stresorów. W poprawie wydolności funkcjonalnej oczekiwania rodziców często są niewspółmierne do efektów terapii oraz słabej jakości opieki oferowanej podczas hospitalizacji dziecka (Phua et al. 2005 s. 1440) Trudna i nieustanna walka o poprawę stanu zdrowia i rozwoju dziecka, często połączona ze z wątpieniem, poczuciem winy i wstydu, przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia i jakości życia rodziców (Eker, Tüzün 2004 s. 1354).

Celem pracy jest przedstawienie zarysu oceny stanu zdrowia opiekunów dzieci z mózgowym porażeniem w kontekście psychohygieny i profilaktyki zdrowia psychicznego.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono w okresie od maja 2013 roku do czerwca 2014 wśród rodziców dzieci z mózgowym porażeniem hospitalizowanych na oddziałach rehabilitacji podkarpackich szpitali. Zastosowaną techniką badawczą była ankieta składająca się z połączenia skal standaryzowanych (Skala Obciążenia Opiekuna (CB Scale), Kwestionariusz Orientacji życiowej (SOC -29), Skala pomiaru lęku i depresji (HADS)) oraz autorskiego kwestionariusza ankiety. Całość narzędzia badawczego składała się z 5 części. Pierwsza część dotyczyła danych metryczkowych rodziców tj. płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, typ rodziny, liczba dzieci w rodzinie oraz pytań dotyczących funkcjonowania rodziny. Pytano również o dane metryczkowe dziecka tj. płeć, wiek, orzeczony stopień niepełnosprawności ruchowej i intelektualnej. Wydolność funkcjonalna dziecka oceniano skalą Barthel. Druga część ankiety służyła określeniu stopnia obciążenia rodziców opieką nad dzieckiem (CB Scale). Kolejną, czwartą część stanowiła ocena koherencji badana Kwestionariuszem Orientacji życiowej (SOC -29). Ocenę lęku i depresji badano przy użyciu skali HADS. Analiza statystyczna

została przeprowadzona z wykorzystaniem programu SPSS. Przyjęty poziom istotności wynosi $p < 0,05$.

Wyniki: Badaniem objęto 190 rodziców sprawujących opiekę nad dziećmi z mózgowym porażeniem. Średnia wieku opiekunów wynosiła powyżej 40 lat, przy rozpiętości 22 do 69 lat. Zdecydowaną większość respondentów stanowiły matki dzieci niepełnosprawnych (73%). W charakterystyce wykształcenia rodziców, podstawowe posiadało 1,0%, zawodowe 36,0 %, średnie 39,0% zaś wyższe deklarowało 24,0% badanych. Dla większości ankietowanych, wieś była miejscem zamieszkania (61,0%) zaś deklarowanymi warunkami mieszkaniowymi dla 68% badanych był dom wolnostojący. W analizowanej grupie zdecydowaną większość (91%) stanowiły rodziny pełne, w 7,0% sama matka wychowywała dzieci a 2,0% ojciec. Większość badanych tworzyła model jednopokoleniowej rodziny (51 %) ,wielopokoleniowej 49%. Ankietowani opiekunowie posiadali najczęściej dwójkę (35,3%) lub trójkę dzieci (30,0%) co piąta rodzina miała jedno dziecko (20,0%) zaś rodziny wielodzietne (więcej niż czwórkę potomstwa) zdarzały się sporadycznie (14,7 %). W ocenie liczby dzieci niepełnosprawnych w rodzinie w większości rodzin (89,5%) było jedno dziecko niepełnosprawne. Wśród badanych były i rodziny w których spośród dwójki dzieci obydwójce było niepełnosprawnymi (9%). W ocenie liczby osób sprawujących opiekę nad dzieckiem najczęściej były to 2 osoby (58%), jedna (24%), trzy (14%), cztery (4%). Głównymi źródłami dochodu dla rodziny (formalnymi i nieformalnymi) były: pensja pracownicza (92%) oraz zasiłki (67,71%). W ocenie wystarczalności środków na funkcjonowanie rodziny, jako dobre podało 14% opiekunów, średnie -36%, słabe - 36%, bardzo słabe 13%.

Dzieci nad którymi rodzice sprawowali opiekę, wszystkie miały zdiagnozowane mózgowie porażenie dziecięce. Średnia wieku dzieci była równa 11 lat. W podziale na płeć dziewczynki stanowiły 36 % ogółu podopiecznych rodziców. Znaczny stopień niepełnosprawności dotyczył 51,1% dzieci, umiarkowany 33,7% zaś lekki 15,3 %. Oprócz dysfunkcji ruchowych najczęściej występującymi objawami współistniejącymi były: zaburzenia mowy (61%), równowagi (57%) oraz upośledzenie umysłowe (56%). Około 1/3 dzieci miała głębokie (17%) bądź znaczne (17%) upośledzenie umysłowe zaś pozostali umiarkowane (12%) i lekkie (12%). W ocenie wydolności funkcjonalnej dziecka ocenianej skalą Barthel średnia wartość indeksu była równa 9 punktów kwalifikując podopiecznych rodziców do poziomu poważnie ograniczonej sprawności funkcjonalnej.

W diagnozie profilaktyki zdrowia psychicznego ocenie poddano poczucie koherencji badanych. W jej ocenie rozrzut wyników mieścił się w granicach od 29 do 203 punktów. Za normami przyjętymi w literaturze, uzyskane wyniki uporządkowano w trzy rozłączne grupy przyjmując za niski poziom poczucia koherencji granicę punktową od 29 do 116, średni od 117

do 156, wysoki od 157 do 203 punktów. Spośród badanych 41 % posiada niski poziom koherencji. Dokładne wyniki prezentuje ryc. 1.



Ryc. 1. Poziom koherencji opiekunów dzieci z mózgowym porażeniem

W analizie statystycznej nie stwierdzono znamienych różnic w poziomie koherencji pomiędzy opiekunami dzieci z upośledzeniem umysłowym i pozostałymi opiekunami.

Zaburzone poczucie koherencji predysponuje do pojawienia się objawów świadczących o pogorszeniu stanu zdrowia w różnych aspektach klinicznych dlatego w analizie wyników wzięto pod uwagę subiektywną ocenę zdrowia opiekunów. Większość ankietowanych oceniła swój stan zdrowia jako dobry. Co trzeci opiekun skarżył się na pewne dolegliwości pomimo ogólnie dobrego stanu zdrowia zaś co siódmy określał je jako przeciętne.

W dalszej ocenie stanu zdrowia poddano analizie wyniki skali HADS gdzie na podstawie przyjętych w literaturze kryteriów (norma 0-7, graniczna wartość 8-10, nieprawidłowa 11-21), ze względu na poziom lęku i depresji sklasyfikowano ankietowane osoby do trzech rozłącznych kategorii. W wyniku analizy poziom lęku u 23% badanych był nieprawidłowy a u 37% kształtował się na poziomie granicznym. Dokładne dane prezentuje ryc. 2.



Ryc. 2. Poziom zdiagnozowanego lęku u opiekunów dzieci z mózgowym porażeniem

W analizie statystycznej nie stwierdzono znamienych różnic w poziomie odczuwanego lęku pomiędzy opiekunami dzieci z upośledzeniem umysłowym i pozostałymi opiekunami. Zauważono jednak, że występuje korelacja o słabej sile ($R = 0,16$) pomiędzy stopniem upośledzenia umysłowego a poziomem lęku ($p = 0,0250^*$). Taki wynik oznacza, że poziom odczuwanego lęku przez opiekunów wzrasta wraz z wyższym stopniem upośledzenia

umysłowego dziecka. Uzupełnieniem analizy korelacji Spearmana jest zestawienie średnich miar koherencji, lęku i depresji, które obrazują tendencję wzrostową punktowej wartości oceny lęku u osób opiekujących się dziećmi ze znacznym oraz głębokim upośledzeniem umysłowym ($p=0,0127^*$). W ocenie depresji zauważono, że 20 % badanych prezentuje nieprawidłowy poziom emocji kwalifikując opiekunów dzieci niepełnosprawnych do zdiagnozowania u nich depresji. Dokładne dane prezentuje ryc. 3.



Ryc. 3. Diagnoza występowania depresji u opiekunów dzieci z mózgowym porażeniem

Szukając przyczyny powyższych wyników a kierując się specyfiką opieki nad dzieckiem z mózgowym porażeniem, analizie poddano stopień obciążenia rodziców sprawowaniem nad nim opieki. W analizie wyników podstawą była ocena sumaryczna zakresu punktowego od 1 (minimalne obciążenia) do 4 (obciążenia maksymalne), na podstawie której ankietowane osoby sklasyfikowano do trzech rozłącznych grup według skali: niskie (1.00 pkt. - 1.99 pkt), średnie (2.00 pkt. - 2.99 pkt.) oraz wysokie (3.00 pkt. - 4.00 pkt.). W uzyskanych wynikach dominują osoby o średnim poziomie obciążenia opieką. Dokładne dane prezentuje ryc. 4.



Ryc. 4. Stopień obciążenia rodziców opieką nad dzieckiem z mózgowym porażeniem

Dyskusja

Rodzina jako podstawowa komórka społeczna jest fundamentem właściwego rozwoju każdego człowieka a relacje, które istnieją pomiędzy jej członkami, są i mają charakter

wartościujący dla funkcjonowania jednostki. Prawidłowe stosunki rodzinne nabierają szczególnego znaczenia w przypadku rodzin zmagających się z wychowaniem niepełnosprawnego dziecka. Podjęcie wyzwania często oznacza konieczność zmiany życiowych celów, co łączy się z reguły z pogorszeniem położenia materialnego rodziny oraz zmianą jej sytuacji społecznej. Problem stanowi również zaakceptowanie nie zawsze zrozumianych przez rodziców form zachowania dziecka oraz odczuwane osamotnienie. Nie można także nie wspomnieć o tym, że niepełnosprawność zakłóca nie tylko relacje wewnątrz rodziny, ale również jej dotychczasowe stosunki ze środowiskiem społecznymi. Poważnemu osłabieniu, a nawet zerwaniu mogą ulec dotychczasowe kontakty z dalszą rodziną, stosunki towarzyskie, sąsiedzkie i zawodowe (Zabłocki , Brejnak 2012 s.29, Mikołajczyk- Lerman 2011. s. 73, Kaniok 2011 s.52). W ocenie specjalistów zajmujących się tematyką obciążenia opiekunów , sytuację rodziców dzieci z MPD uważa się za stresogenną do tego stopnia, iż porównuje się ją z problemami rodziców dzieci z chorobą nowotworową (Hung et al.2004 s.13). Opiekunowie w większości odczuwają zmęczenie , poczucie osamotnienia oraz rozdrażnienie. Większość również przyznaje, że odczuwa sytuacje stresowe wynikające z opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem (Rosińczuk 2013 s. 149). Zmęczenie i częste poczucie osamotnienia obniżają odporność na stres i zakłócają prawidłową regulację emocji (Wojciechowski 2005). Doświadczanie silnego lęku (np. przed zaprzepaszczaniem szans) niejednokrotnie prowadzi do poczucia bezradności i braku kontroli, a to z kolei może przyczyniać się do zakłóceń percepcji kompetencji rodzicielskich (Ones 2005 s. 232). W swoich badaniach Brehaut et al. dowiedli, iż wraz z upływem lat rodzice dzieci z MPD w porównaniu z rodzicami dzieci rozwijających się prawidłowo , znacznie częściej skarżą się na doświadczanie silnego i przewlekłego stresu, problemy emocjonalne i poznawcze, oraz zgłaszają liczne dolegliwości somatyczne, takie, jak migreny, wrzody żołądka, bóle pleców, astmę, reumatyzm czy ból (Brehaut et al. 2004 s.182). Na podstawie zaistniałych protestów i wyników badań, większa część rodziców sprawujących opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym odczuwa brak satysfakcji z otrzymywanej pomocy głównie spodziewając się większego wsparcia psychologicznego i finansowego (Rosińczuk 2013 s. 149).

Wnioski

1. W stosunku do normy opiekunowie dzieci z mózgowym porażeniem mają znacznie obniżony poziom koherencji , konsekwencją czego jest występowanie wystąpienie schorzeń psychosomatycznych.
2. Prezentowany poziom lęku i depresji u ankietowanych , wymaga wprowadzenia programu profilaktyki skupiającego się na nauce radzenia sobie w sytuacjach trudnych

Literatura

1. Levitt S. (2007) Rehabilitacja w porażeniu mózgowym i zaburzeniach ruchu. Warszawa: PZWL. s. 16 ISBN: 83-200-3422-6
2. Zabłocki K., Brejnak W (2012) Problemy rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym, Wokół niepełnosprawności i dysfunkcji Kwartalnik Naukowy. 1.s. 29-43. ISSN 2082-7067
3. Mikołajczyk- Lerman G (2011) Kobiety i ich niepełnosprawne dzieci, Acta Universitatis Lodzianis Folia Sociologica, 39, 73-90. ISSN: 0208-600X.
4. Kaniok P. E.(2011) Poczucie powodzenia małżeństwa matek dzieci z niepełnosprawnościami, „Społeczeństwo i Rodzina”. 4(29), s. 52-61.ISSN: 1734-6614
5. Phua V, Reid SM, Walstab JE, Reddihouh DS.(2005) Inpatients care of children with cerebral palsy as perceived by their parents. J. Pediatr. Child Health; 41, 8: 432–440. ISSN. 1440-1754
6. Eker L, Tüzün EH. (2004) An evaluation of quality of life of mothers of children with cerebral palsy. Dis. Reh.; 26, 23: 1354–1359. ISSN 1053-8127
7. Hung JW, Wu Y, Yeh C. (2004) Comparing stress levels of parents of children with cancer and parents of children with physical disabilities. Psycho-oncol. 13. ISSN: 1099-1611.
8. Ones K, Yilmaz E, Cetinkaya B, Caglar N. (2005) Assessment of the quality of life of mothers of children with cerebral palsy [primary caregivers]. Neurorehab. Neural Rep.; 19, 3: 232–237. ISSN: 1545-9683
9. Wojciechowski F.(2005) Obraz osobowości rodziców dziecka niepełnosprawnego. W: Pilecka W,Ozga A, Kurtka P, red. Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w ekosystemie. Kielce: Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej; ISBN 83-7133-264-5
10. Brehaut JC, Kohen DE, Raina P, Walter SD et al. (2004) The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: How does it compare with that of other Canadian caregivers? Pediatr; 114, 2: 182–191. ISSN 0031-4005
11. Rosińczuk J., Kołtuniuk A., Księżyc M., Wolniak M.,(2013) Rodzice dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym wobec problemów dnia codziennego, Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne, , 2, 4, 149-154. ISSN: 2084-8021

Kontakt na autora:

Dr n. med. Barbara Gugąła

Email: barbara.gugala@wp.pl

POZIOM WIEDZY PRACOWNIKÓW WYBRANYCH ZAKŁADÓW PRACY NA TEMAT RAKA JELITA GRUBEGO

Úroveň vedomostí pracovníkov vybraných zariadení na tému kolorektálny karcinóm

Dorota Gutkowska, Barbara Gugąła, Lucyna Boratyn-Dubiel, Agnieszka Zarych

*Institut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Polska
Institute of Nursing and Health Sciences, Medical Faculty, Rzeszow University, Poland*

Wstęp. Nowotwory złośliwe są chorobami występującymi w każdej populacji i charakteryzują się stosunkowo dużą śmiertelnością. W krajach rozwiniętych stanowią drugą przyczynę zgonów, po chorobach sercowo-naczyniowych. Jednym z częściej rozpoznawanych nowotworów złośliwych w populacji polskiej jest rak jelita grubego. Schorzenie to częściej stwierdzone jest u mężczyzn niż kobiet, a wzrost zapadalności związany jest z wiekiem. Większość zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego występuje po 50 roku życia (94%). W Polsce wzrost liczby zachorowań na nowotwory złośliwe przypisywany jest starzeniu się społeczeństwa i zwiększającej się ekspozycji na czynniki rakotwórcze m.in. tj. alkohol, nieprawidłowa dieta czy zanieczyszczenie środowiska. Narażenie na te czynniki można wyeliminować pod warunkiem posiadania niezbędnej wiedzy z zakresu prewencji nowotworów i woli do modyfikacji stylu życia [1,2,3].

Cel. Ocena poziomu wiedzy na temat raka jelita grubego wśród pracowników wybranych zakładów pracy.

Materiał i metody. Badaniem objęto 220 pracowników Urzędu Wojewódzkiego (UW) i Sądu Apelacyjnego (SA) w Rzeszowie. Wszyscy respondenci zostali poinformowani o celu badania i wyrazili świadomą zgodę na uczestnictwo w nim. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Pytania w kwestionariuszu dotyczyły danych demograficzno-społecznych oraz podstawowej wiedzy na temat raka jelita grubego. Zgromadzony materiał badawczy poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego Statistica 8.

Wyniki. Populację badanych stanowiło 61,8% kobiet i 38,2% mężczyzn. Najliczniejszą grupę tworzyły osoby w wieku 20-34 lat (42,3%). Największy odsetek ankietowanych to osoby zamieszkujące miasta liczące 20 tys. i więcej mieszkańców (43,2%). Respondenci z wyższym wykształceniem stanowili 74,6% ogółu badanych, a legitymujący się wykształceniem średnim to 25,4% badanej populacji. Pytania zawarte w kwestionariuszu pozwoliły na ocenę podstawowej wiedzy na temat raka jelita grubego wśród badanych. Z uzyskanych danych wynika, że 80,5% ankietowanych poprawnie definiowało pojęcie raka jelita grubego. Błędnych odpowiedzi w tym

zakresie udzieliło 12,7% ankietowanych, zaś 6,8 % osób nie odpowiedziało na to pytanie. W przeważającej większości pracownicy (79,1%) znali podstawowe objawy nowotworu jelita grubego. Błędnych odpowiedzi w tym zakresie udzieliło 12,3% respondentów, zaś pozostali (8,6%) nie wskazali żadnej odpowiedzi. Ponad połowa badanych (54,6%) wiedziała, że u osób powyżej 50 r.ż. zwiększa się ryzyko zachorowania na raka jelita grubego. Nieprawidłową odpowiedź na ten temat uzyskano u 35,4% ankietowanych, a 10,0% spośród nich nie miało wiedzy w tym zakresie. Załedwie 29,6% wśród badanych poprawnie twierdziło, że mężczyźni częściej zapadają na raka jelita grubego niż kobiety. Aż 56,8% osób było błędnego zdania twierdząc, iż mężczyźni i kobiety w jednakowym stopniu są narażeni na tę chorobę lub kobiety chorują częściej niż mężczyźni (5,0%). Ankietowani w większości słusznie twierdzili (74,6%), że aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko zachorowania na raka jelita grubego. Błędna opinię na ten temat posiadało 10,4% respondentów, a 15,00% badanych nie miało zdania na ten temat. Procentowo najwięcej osób (75,5%) trafnie sądziło, że profilaktyka raka jelita grubego polega na wykonywaniu regularnych badań przesiewowych, aktywności fizycznej i prawidłowej diecie. Prawie co czwarty pracownik (24,5%) wskazał nieprawidłową odpowiedź w tym zakresie. 61,9% badanych stanowiły osoby, które wiedziały jakie badania są wykonywane w ramach wczesnej diagnostyki raka jelita grubego twierdząc, że jest to kolonoskopia oraz test na obecność w kale krwi utajonej. Pozostali ankietowani (34,1%) nie posiadali wiedzy na ten temat. Ograniczenie spożywania czerwonego mięsa, smażonych i pieczonych potraw oraz utrzymanie odpowiedniej masy ciała zdaniem 65,9% respondentów zmniejsza ryzyko występowania raka jelita grubego. Pozostałe osoby udzieliły błędnych odpowiedzi (24,1%) bądź nie odpowiedziały na to pytanie (10,0%). Najlicniejszą grupę (80,9%) tworzyli ankietowani, u których w rodzinie nie występował rak jelita grubego. Pozostałe osoby (19,1%) potwierdziły fakt rodzinnego występowania tego rodzaju nowotworu. Z uzyskanych danych wynika, że dla 35,0% osób najczęstszym źródłem wiedzy na temat raka jelita grubego były środki masowego przekazu tj. prasa, radio i telewizja. Internet wskazało 29,1% ankietowanych, piśmiennictwo fachowe wymieniło 13,2% osób, następnie 12,7% respondentów wskazało lekarza i tylko 1,4% badanych podało pielęgniarkę jako podstawowe źródło wiedzy na temat tej choroby. Od pozostałych (8,6%) nie otrzymano odpowiedzi na ten temat. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi oceniono ogólny poziom wiedzy badanych na temat raka jelita grubego. Za każdą prawidłową odpowiedź ankietowany otrzymywał 1 punkt. Po zsumowaniu punktów wiedzę oceniono według czterostopniowej skali, w której zdobycie 0-6 punktów oznaczało wiedzę na poziomie niedostatecznym, 7-9 punktów świadczyło o wiedzy na poziomie dostatecznym, 10-11 punktów pozwoliło na ocenę dobrą i zdobycie 12-13 punktów potwierdzało wiedzę ankietowanych na poziomie bardzo dobrym. Najlicniejszą grupę (40,0%) tworzyli pracownicy z dostatecznym poziom wiedzy na temat raka jelita grubego. Kolejne grupy tworzyli badani

cechujący się dobrym poziomem wiedzy (28,6%) i respondenci z oceną niedostateczną (25,5%). Zaledwie 5,9% pracowników miało bardzo dobrą wiedzę na temat raka jelita grubego. Z uzyskanych danych wynika, że występuje istotna statystycznie zależność między poziomem wiedzy respondentów na temat raka jelita grubego, a występowaniem u nich w rodzinie tej choroby. W grupie ankietowanych, u których stwierdzono rodzinne występowanie nowotworu procentowo więcej było osób charakteryzujących się dobrym (50,0% v 23,6%) i bardzo dobrym (16,6% v 3,35) poziomem wiedzy nt. raka jelita grubego niż wśród badanych, u których ta choroba nie występowała w rodzinie ($p < 0,001$). Na uwagę zasługuje także fakt, iż osoby podające jako główne źródło informacji lekarza znacznie częściej cechowały się bardzo dobrym poziomem wiedzy na temat tej choroby niż ci, którzy wiedzę na temat raka jelita grubego czerpali z innych źródeł. W przypadku lekarza jako głównego źródła informacji respondenci z bardzo dobrym poziomem wiedzy stanowili 14,2%. W grupie, dla której głównym źródłem wiedzy był Internet odsetek tych osób wynosił 7,8%, w przypadku piśmiennictwa fachowego stanowił 6,9%, a w odniesieniu do prasy, radia, telewizji był równy 2,6%. Stwierdzone w tym zakresie różnice były istotne statystycznie ($p = 0,0006$).

Dyskusja. Rak jelita grubego jest jedną z głównych przyczyn zgonów związanych z zachorowaniami na nowotwory w Polsce i innych krajach Europy. Prognoza dla Polski zakłada szybki wzrost zachorowalności na nowotwory jelita grubego i umieralności z ich powodu. Szacuje się, że na nowotwory jelita grubego w 2025 roku zachoruje w Polsce około 15 500 mężczyzn i 9100 kobiet. W ciągu najbliższych dwóch dekad liczba zgonów powodowanych nowotworami jelita grubego zwiększy się prawdopodobnie w populacji mężczyzn prawie dwukrotnie (do około 10 000) i o około 1/3 w populacji kobiet (do 6400) [4]. W świetle tych niepokojących prognoz szczególne znaczenie powinny odgrywać działania profilaktyczne i propagowanie wiedzy na ich temat. Dzięki odpowiedniej wiedzy możemy świadomie zwiększyć kontrolę nad swoim zdrowiem oraz wpływać na jego wzmacnianie. Z badań własnych wynika, że najliczniejszą grupę (40,0%) tworzyli ankietowani z dostatecznym poziomem wiedzy na temat raka jelita grubego, zaś zaledwie 5,9% badanych prezentowało bardzo dobrą wiedzę na temat tego nowotworu. Stosunkowo niezadowalająca wiedza o chorobie może wynikać z bagatelizowania problemu, braku zainteresowania tą tematyką wśród społeczeństwa oraz nieskutecznymi działaniami służby zdrowia i innych instytucji powołanych do szerzenia oświaty zdrowotnej i prowadzenia promocji zdrowia. Przeprowadzone badania wykazały, że prawie co czwarty respondent (24,5%) nie wiedział, iż profilaktyka raka jelita grubego polega głównie na wykonywaniu regularnych badań przesiewowych, aktywności fizycznej i prawidłowej diecie. Z danych z literatury wynika, że obecność łatwych do wykrycia zmian przednowotworowych (polipów gruczolakowatych) lub nowotworów we wczesnym stadium zaawansowania oraz możliwość ich skutecznego leczenia sprawia, że rak jelita grubego stanowi znakomity cel do

badania przesiewowych. Pośrednie dowody wskazują, że kolonoskopia z polipektomią, wykonywana raz na 10 lat, jest prawdopodobnie najbardziej skuteczną metodą badania przesiewowego w raku jelita grubego. Według danych szacunkowych, powoduje ona zmniejszenie zapadalności na raka jelita grubego o 76–90% i zmniejszenie śmiertelności o 69% [5]. Doniesienia naukowe potwierdzają również, iż aktywność fizyczna jest jednym z ważnych elementów trybu życia, który wpływa na ryzyko zachorowania na raka. Wyniki badania prowadzonego na terenie Wielkiej Brytanii wskazują, że siedzący tryb życia odpowiada za ok. 4% wszystkich przypadków nowotworów raka jelita grubego, piersi i trzonu macicy. Opublikowane w roku 2008 badania prowadzone na terenie Szwecji, w których wzięło udział ponad 40 tys. mężczyzn dowodzą, że ludzie, którzy przez co najmniej pół godziny dziennie spacerowali lub jeździli na rowerze, mieli o 34 proc. niższe ryzyko zgonu z powodu choroby nowotworowej i o 33 proc. wyższe szanse pokonania raka niż osoby, które spędzały czas głównie siedząc. Ci z badanych mężczyzn, którzy dłużej, bo przez godzinę dziennie, byli aktywni fizycznie mieli o 16 % niższe ryzyko zachorowania na raka [3]. Kolejnym czynnikiem ważnym w profilaktyce raka jelita grubego jest właściwa dieta. Wielu badaczy na podstawie danych epidemiologicznych ostatnich lat podkreśla znaczenie diety ubogiej w czerwone i przetworzone mięso oraz węglowodany proste, za to bogatej w warzywa i owoce w profilaktyce raka jelita grubego [6,7]. Czerwone i przetworzone mięso może zwiększać ryzyko wystąpienia tego nowotworu. Jedną z przyczyn może być oksydacyjne uszkodzenie nici DNA, indukowane zarówno przez żelazo niehemowe, jak i hemowe, zawarte w dużej ilości w czerwonym mięsie. Zwłaszcza żelazo hemowe jest groźne w kontekście tworzenia wolnych rodników tlenowych, ze względu na jego wysoką biodostępność. Wiadomo, że istnieje dodatnia korelacja pomiędzy spożyciem tej formy żelaza a endogennym tworzeniem związków nitrozowych, jednych z najsilniejszych chemicznych kancerogenów [8]. Ponadto publikowana w 2011 r., analiza wyników 25 badań obejmujących w sumie około 2 mln uczestników wykonana w ramach projektu World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research's Continuous Update Project (CUP) dowiodła, że błonnik ma wpływ na ryzyko wystąpienia raka jelita grubego. W porównaniu z minimalnym udziałem pełnoziarnistych produktów w diecie, każdy wzrost spożycia o 10 g/dziennie dietetycznego błonnika wiązał się ze spadkiem ryzyka rozwoju tego nowotworu o 10%. Przy trzech porcjach pełnoziarnistych produktów (90 g/dziennie) to ograniczenie wynosiło już 20 % [3]. Wśród pokarmów, które należy ograniczać ze względu na ryzyko rozwoju raka jelita grubego jest czerwone mięso (wołowina, wieprzowina, cielęcina). Nie powinno się go jeść więcej niż 500 gram tygodniowo, a bardzo niewielką część z tej ilości mogą stanowić wędliny (zalecenia Światowego Funduszu Badań nad Rakiem - WCRF) [3]. Z badań własnych wynika, że respondenci wiedzę na temat raka jelita grubego czerpią najczęściej z prasy, radia i telewizji (35,0%) zaś najrzadziej od lekarza (12,7%) i pielęgniarki (1,4%). Taki

rozkład odpowiedzi wskazuje na fakt, że pracownicy opieki zdrowotnej nie wykorzystują w pełni możliwości przekazywania pacjentom rzetelnej wiedzy na temat choroby z powodu braku czasu w codziennej praktyce na działania wykraczające poza diagnostykę i leczenie [9]. Niedostateczne zaangażowanie personelu medycznego w prowadzenie edukacji zdrowotnej wśród podopiecznych może także wynikać z braku znajomości podstawowych zasad edukacji onkologicznej oraz świadomości jej roli w zwalczaniu epidemii nowotworów złośliwych [10]. Poza tym wybieranie przez badanych mniej wiarygodnych źródeł informacji takich jak prasa, radio, telewizja czy Internet powoduje, że informacje zawarte w takich źródłach są często nierzetelne i nie opierają się na dowodach naukowych.

Wnioski. Ogólny poziom wiedzy badanych na temat raka jelita grubego jest na poziomie dostatecznym. Wyższy poziom wiedzy posiadają ankietowani, u których nowotwór jelita grubego występował w rodzinie. Podstawową wiedzę na temat raka jelita grubego respondenci czerpią najczęściej ze środków masowego przekazu tj. prasy, radia i telewizji, jednak badani, którzy informacje uzyskiwali głównie od lekarza cechują się wyższym poziomem wiedzy na temat tej choroby. Najbardziej wskazywanym przez ankietowanych, podstawowym źródłem informacji nt. raka jelita grubego jest pielęgniarka. Należy propagować wiedzę na temat raka jelita grubego wśród całego społeczeństwa oraz wdrażać zasady profilaktyki zdrowotnej ukierunkowanej na choroby nowotworowe. Szczególną rolę w tym zakresie powinny pełnić pielęgniarki środowiskowe oraz pielęgniarki zatrudnione w służbie medycyny pracy.

Piśmiennictwo

1. Wronkowski Z., Brużewicz Sz. i wsp., Nowotwory jelita grubego, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
2. Kornafel J., Matkowski R., Łacko A., Starzenie a nowotwory, Family Medicine & Primary Care Review 2005,7, 327-335.
3. Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/nowodwory-zlosliwe-jelita-grubego>, 20.08.2014.
4. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2009, 23-8.
5. Zauber AG., Winawer SJ., O'Brien MJ., et al., Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. N Engl J Med. 2012, 366, 687-96.
6. Kono S., Host and environmental factors predisposing to cancer development, Gan To Kagaku Ryoho 2010, 37, 571-6.
7. Chan AT., Giovannucci EL., Primary prevention of colorectal cancer, Gastroenterology 2010, 138, 2029-43.

8. Ferrucci LM., Sinha R., Graubard BI. i wsp., Dietary meet intake in relation to colorectal adenoma in asymptomatic women. *Am J Gastroenterol.* 2009, 104, 1231-1240.
9. Florek-Łuszczki M., Poziom wiedzy mieszkanek wsi na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwór piersi oraz zasad profilaktyki, *Medycyna Ogólna* 2010, 16, 3.
10. Wstępne badanie poziomu edukacji onkologicznej, http://speo.coi.pl/pdf/90205_edumin.pdf, 18.08.2014.

Kontakt na autora:

Dr n. med. Dorota Gutkowska
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski
Al. Rejtana 16A , 35-310 Rzeszów
e-mail: dgutski@wp.pl

SAMOCENA STANU EMOCJONALNEGO SENIORÓW POZOSTAJĄCYCH POD OPIEKĄ PIELEŃNIARKI RODZINNEJ W ŚRODOWISKU ZAMIESZKANIA

Sebahodnotenie emocionálneho stavu seniorov v rámci starostlivosti rodinnej sestry v domácom prostredí

Haor Beata^{1 2}, Głowacka Mariola^{3 4}, Ślusarz Robert, Rogala-Pawelczyk Grażyna⁵

¹ Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego UMK w Toruniu Collegium
Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Polska

²Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku, Polska

³Zakład Teorii Pielęgniarstwa UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,
Polska

⁴ Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku, Polska

⁵ Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Polska

Streszczenie

Wstęp: Starzenie jako jedna z faz życia wiąże się także z szeregiem dynamicznych przemian fizycznych, psychicznych i społecznych, ale także świadomością postępowania powyższego procesu i zdolnością przystosowywania się do jego przebiegu. Wyraża się to specyficznymi dla danej osoby odczuciami, motywacjami i samooceną a niejednokrotnie występowaniem depresji (Borowiak et al., 2008). W projektowaniu długoterminowej, kompleksowej opieki wobec osoby

starszej, przebywającej w środowisku zamieszkania niezbędne jest stosowanie przez zespół praktyków podstawowej opieki zdrowotnej, w tym także przez pielęgniarkę rodzinną, prostych narzędzi, które umożliwiają analizę złożonej sytuacji biopsychospołecznej oraz funkcjonalnej seniora (Kostka, 2009).

Cel pracy: Celem pracy była analiza wybranych aspektów stanu emocjonalnego seniorów, przebywających w środowisku zamieszkania, którzy pozostawali pod opieką pielęgniarki rodzinnej w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej.

Materiał i metody: Prezentowane w opracowaniu wyniki samooceny stanu emocjonalnego dokonane przez seniorów stanowiły element badania, które dotyczyły oceny stanu funkcjonalnego osób w starszym wieku, pozostających pod opieką pielęgniarki rodzinnej w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. W badaniach wykorzystano metodę szacowania, technikę skali szacunkowej i narzędzie jakim była Geriatryczna Skala Depresji (GDS, Geriatric Depression Scale – wg Yesavage J.A. i wsp., 1983; skrócona wersja 15 pkt.).

Wnioskowanie statystyczne przeprowadzono w oparciu o pakiet statystyczny STATISTICA for Windows firmy StatSoft®. Ocenę współzależności zmiennych jakościowych zbadano testem χ^2 . Przyjęto wyniki testowania na poziomie istotności $p \leq 0,05$ za istotne statystycznie. Dla zmiennych o charakterze ilościowym, do oceny różnic między analizowanymi grupami wykorzystano statystykę *t-Studenta*, uznając wartość $p \leq 0,05$ za poziom istotny statystycznie. Zmienność przedstawiono w postaci średniej arytmetycznej (*M*) i odchylenia standardowego (*SD*). W analizie korelacji wyznaczony współczynnik uznano za istotny statystycznie dla $p \leq 0,05$. Grupę respondentów stanowiło 400 pacjentów zakładów podstawowej opieki zdrowotnej Włocławka (miasto o statusie powiatu) i Bydgoszczy (miasto wojewódzkie) w wieku ≥ 65 lat. Głównymi kryteriami doboru pacjentów do badań były: wyrażenie przez seniora pisemnej zgody na przeprowadzenie badania; dobry kontakt słowny; wiek respondenta – ≥ 65 roku życia. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej.

Wyniki: Nie stwierdzono zależności istotnych statystycznie między takimi elementami samooceny stanu emocjonalnego seniorów jak: pogodne usposobienie, poczucie szczęścia, pozostawanie w domu zamiast spotkań z ludźmi, poczucie wspaniałości życia, własnej wartości i energii życiowej a miejscem ich zamieszkania. Z kolei istotne różnice w grupie osób starszych stwierdzono w zakresie takich składowych stanu emocjonalnego jak: zadowolenie z dotychczasowego życia ($p=0,0205$), ilość preferowanych zajęć / zainteresowań ($p<0,0001$), poczucie pustki w życiu ($p=0,0010$), poczucie znudzenia ($p=0,0013$), obawy w zakresie złych wydarzeń ($p=0,0003$), poczucie bezradności ($p<0,0001$), kłopoty z pamięcią ($p<0,0001$), poczucie beznadziejności położenia ($p=0,0053$), powodzenie w życiu ($p<0,0001$).

Wnioski:

1. Przeprowadzone badania wskazują na istotnie większą tendencję osób w starszym wieku z Włocławka do występowania zaburzeń emocjonalnych w porównaniu z seniorami z Bydgoszczy. Większość składowych stanu emocjonalnego badanych w sposób istotny wskazuje na wyższą samoocenę seniorów z Bydgoszczy w porównaniu z respondentami z Włocławka.
2. Wyniki samooceny stanu emocjonalnego seniorów w środowisku zamieszkania, dokonanej w ramach skali GDS stanowią punkt wyjścia do pogłębionej analizy dla pielęgniarki rodzinnej i innych profesjonalistów w podstawowej opiece zdrowotnej.

Słowa kluczowe: senior, stan emocjonalny, pielęgniarka rodzinna

Kontakt na autora:

Beata Haor

Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

u. Techników 3

85-094 Bydgoszcz, POLSKA

e-mail: beata.haor@interia.pl

OŠETROVATEĽSKÉ ASPEKTY DOMÁCEJ UMELEJ PĽÚCNEJ VENTILÁCIE

Harvan, R., Šmihulová, Navrátilová, E.

Nemocnica Poprad, a.s. Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny

Abstrakt

V prednáške sa zameriavame na domácu umelú pľúcnu ventiláciu (DUPV), so zameraním na kvalitu života pacienta s DUPV. Pacient odkázaný na UPV v zdravotníckom prostredí prežíva a subjektívne vníma svoj zdravotný stav menej traumatizujúco, ako medzi najbližšími rodinnými príslušníkmi. Súčasná doba a medicínsky pokrok, umožňuje zlepšovať kvalitu života odkázaných na UPV aj v domácom prostredí a to vďaka dostupnosti ventilátorov, oxygenátorov a ostatných monitorovacích zariadení, určených pre domácu umelú pľúcnu ventiláciu. Umelá pľúcna ventilácia predstavuje súbor umožňujúcich podporiť alebo do určitej miery nahradiť činnosť niektorých zložiek respiračného systému (pľúc, hrudnej steny a dýchacieho svalstva) funkčne spojených s výmenou plynov v pľúcach (Ševčík, Černý, Vítovec,

2003). Prednáška poukazuje na úskalia, ale aj prednosti realizovania UPV realizovaných v domácich podmienkach.

Kľúčové slová

Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Domáca umelá pľúcna ventilácia. Edukácia.

Úvod

DUPV predstavuje niekoľko legislatívnych krokov potrebných k jej realizácii. Tomu predchádza žiadosť zdravotníckeho zariadenia o samotnú realizáciu, systémom zaistenia DUPV po stránke edukačnej, materiálnej a bio-psycho- sociálnej a spirituálnej (Nemcová, Hlinková, 2010).

Domáca umelá pľúcna ventilácia

Dôležitým aspektom DUPV je najmä, včasná edukácia príslušníkov rodiny ešte počas hospitalizácie pacienta v zdravotníckom zariadení a to odborným zdravotníckym pracovníkom, hlavne v oblasti odsávania, toalety okolia tracheostómie, ako aj hygienicko-epidemiologických aspektov (Marková, Fendrychová, 2006). Nemenej dôležité je včasné rozpoznanie negatívnych symptómov, ktoré pri realizácii domácej umelej pľúcnej ventilácii môžu nastať. Každá rodina (laický ošetrojúci personál) má vypracovaný konkrétny plán ošetrovateľskej starostlivosti k jednotlivým ošetrovateľským výkonom (ventilácia, výživa, vyprázdňovanie, starostlivosť o invazívne vstupy, kožu pacienta v prevencii preležanín), pričom majú k dispozícii aj zoznam potrebného špeciálneho zdravotníckeho materiálu a liekov.

DUPV má vypracovaný podrobný postup riešenia naliehavých situácií garantovaný poskytovateľom, ako najbližšie oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny – kontinuálne možný telefonický kontakt, vymieňanie tracheostomickej kanyly, riešenie technických problémov s ventiláciou, zmluvným lekárom pacienta, posádkou rýchlej lekárskej pomoci, sestrou Domácej agentúry ošetrovateľskej starostlivosti – pravidelné návštevy (každodenne, alebo aj podľa potreby), ošetrovanie tracheostómie, poradenstvo.

Naopak negatívom domácej umelej pľúcnej ventilácie sú predovšetkým počiatočné obavy zo zlyhania prístrojov, absencia odborného zdravotníckeho personálu, 24 hod denne, strach ošetrovateľského a pacienta z nedostatočnej ventilácie pri toalete, ošetrovania okolia tracheostómie, pri odsávaní, z prerušenia elektrického prúdu, či zhoršenia zdravotného stavu. Sestra na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny je vždy pri prepustení pacienta do domácej starostlivosti na DUPV nápomocná a dôkladne edukuje rodinu a pacienta o všetkých potrebných informáciách a starostlivosti, ktoré u pacienta a rodiny eliminujú strach. Obavy napriek ťažkým

začiatkom časom pominú a pacient aj ošetrojúci laici sú úplne synchronizovaní a úspešne zvládajú domácu umelú pľúcnu ventiláciu

Legislatívne aspekty zabezpečovania DUPV

DUPV sa môže prevádzať len so súhlasom štatutárnych zástupcov navrhovateľa. Navrhovateľ môže byť súčasne aj poskytovateľ zdravotníckych služieb u ktorého je pacient hospitalizovaný a ktorý indikuje v prípade pacienta – DUPV (Zákon 576/2004 Z.z.). Žiadosť o poskytovanie DUPV predkladá MZ SR na odbor zdravotných služieb poskytovateľ a to po zvážení všetkých okolností, ktoré umožňujú DUPV realizovať. Žiadosť obsahuje metodiku k formuláru, prehľadný súpis všetkých podmienok, ktoré musia byť splnené:

- lekárske správy špecialistov zamerané na aktuálny zdravotný stav menovaného pacienta k dátumu podania žiadosti a očakávaný prínos DUPV pre pacienta s ohľadom na jeho psychický stav.
- Ošetrovateľský a liečebný plán.
- Závazná zmluva poskytovateľa zdravotníckeho zariadenia o vykonávaní pravidelných kontrol a aktualizácii ošetrovateľského a liečebného plánu.
- Informovaný súhlas pacienta
- Súhlas rodinných príslušníkov – musia byť spôsobilí, zaškolení a zvládajúci ošetrovateľskú starostlivosť predovšetkým v oblasti ovládania potrebných prístrojov. Sú oboznámení so zdravotným stavom pacienta, s rizikami a možnými následkami pri laickej starostlivosti o pacienta na riadenej ventilácii v domácich podmienkach a to nepretržite 24 hodín denne bez súvislého odborného dohľadu (Kapounová, 2007)

Záver

Domáca umelá pľúcna ventilácia predstavuje spôsob dýchania, cez ventilátor, ktorý úplne alebo čiastočne zabezpečuje dýchanie za pacienta v jeho domácom prostredí.

Najväčším pozitívom DUPV je prirodzené prostredie pacienta, ktorý oveľa lepšie znáša svoj zdravotný stav v okruhu blízkych, ako v zdravotníckom zariadení, kde je neustále vyrušovaný inými pacientmi, zdravotníckymi výkonmi, alarmami prístrojov, pôsobením röntgenového žiarenia na oddeleniach anestéziológie a intenzívnej medicíny, pojazdným röntgenologickým prístrojom a pod. Prevádzka na oddelení je nepretržitá a teda sa nedá zabezpečiť pre pacienta optimálny nočný pokoj. Obmedzenie návštev na oddelení vyplývajúci z nariadenia daného zdravotníckeho zariadenia, obmedzená intimita pacienta a v neposlednom rade je oslabený organizmus náchylný na nozokomiálne nákazy.

Zoznam bibliografických odkazov

ADAMS, B. HAROLD, C., E. 2000. Sestra a akutní stavy od A po Z. Praha : Grada Publishing, spol. s. r. o. 2000. 488 s. ISBN 80-7169-893-8

FRIMENT, J.,STUDENÁ, A, CSc. a kolektív 1. vyd. Anestéziológia a intenzívna medicína
ISBN: 80-7097-442-7

KAPOUNOVÁ, G. 2007. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 1.vyd. Praha : Grada Publishing. 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-7

MARKOVÁ, M. FENDRYCHOVÁ, J. 2006. Ošetřování pacientů s tracheostómii. 1. Vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 101 s. ISBN80-7013-445-3

MÁLEK, J. 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha : Grada Publishing, a.s. 2011, 192 s. ISBN 978-247-3642-6

NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. 2010. Moderná edukácia v ošetrovatel'stve, 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9

ŠEVČÍK, P, ČERNÝ, V. VÍTOVEC, J a kol. 2003. Intenzívni medicína. Praha : Galén, Karolinum, 2003. 424 s. ISBN 80-7262-042-8

VYHNÁNEK, R. 2004. Akutní medicína do kapsy. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2004. 208 s. ISBN 80-247-0928-7

Zákon č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Citované 20.3.2014. Dostupné na internete:
<http://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/admin/Veda-vyskum/zdravotna_starostlivost.pdf>

Kontaktná adresa autora:

Mgr. Robert Harvan, Vyšné HÁgy 26, 059 84 Vysoké Tatry

Pracovisko: Nemocnica Poprad a.s., oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny

E-mail: robert.harvan@gmail.com

VYUŽITIE NOVÝCH TRENDOV LIEČENIA RÁN V PRAXI - PODTLAKOVÁ TERAPIA

Róbert Harvan¹, Ivana Harvanová^{2,3}

¹ *Nemocnica Poprad, a.s. Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny*

² *NÚPCHaHCH-Vyšné Hágy odd. mimo pl'účnej chirurgie*

³ *Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva*

Abstrakt

Rany sú závažným zdravotníckym problémom na celom svete, nielen v zmysle ich príčiny a prevencie, ale aj liečby a vzniku komplikácií. Pokrokmí medicíny a ošetrovateľstva sa dnes upúšťa od klasickej liečby a dokonca aj vlhká terapia zaostáva v popredí podtlakovej liečby rán. Jedným z najnovších terapeutických prístupov k liečbe rán je podtlaková terapia Vacuum Assisted Closure (V.A.C.). V našej prednáške chceme priblížiť túto liečebnú metódu a zároveň demonštrovať na príkladoch z praxe.

Kľúčové slová: Kontrola infekcie. Intermitentný režim odsávania. V.A.C. Podtlaková terapia.

Úvod

Podtlaková V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) terapia pracuje na princípe rovnomerného pôsobenia podtlaku na lokalitu defektu. Tento riadený podtlak odstraňuje infekčný agens z rany, či už kontinuálne alebo v intermitentnom režime nastavenia odsávania. Existuje celá paleta vlhkej terapie v aplikácií rôznych materiálov. Na posúdenie vhodnosti adekvátnej terapie treba široké spektrum výrobkov renomovaných firiem. Pri použití V.A.C. terapie odpadá nákladné použitie materiálov určených na daný defekt.

Aplikácia V.A.C. systému

Vacuum Assisted Closure znamená uzavretie rany podtlakom, ktorá je široko uznávanou metódou pre chronické a traumatické hojenie rán (Banasiewicz, Borejsza-Wysocki et al., 2011). Prvá zmienka o tejto metóde pochádza z roku 1992 Davydovom a následne ju opisujú nemeckí autori Morykwas a Argent v roku 1997. Celý systém je uzavretý a podtlakovo riadený, pričom aktívne uzatvára ranu a napomáha kontrakcii defektu. Za výhody tejto terapie autori pokladajú v prvom rade lepšiu znášanlivosť hojenie pacientom a nižšiu bolestivosť pri preväzoch, na rozdiel od pravidelných bolestivých preväzov klasickým spôsobom, niekedy aj viac krát denne. K ďalším výhodám patrí nižší počet recidív a mortality postihnutých pacientov a skracaje dobu hospitalizácie viac ako o polovicu (Falagas et al, 2013). V.A.C. zároveň odstraňuje stagnáciu

tekutiny a nečistôt v rane, čím sa optimalizuje krvné zásobenie a granulácia, znižuje edém a infekciu rany (Weiyang, Zhenyu, 2014). V rámci kardiochirurgie stabilizuje hrudnú stenu a tým zlepšuje dýchanie. Umožňuje optická kontrola rany a exsudátu (množstvo, konzistencia, prímies krvi a pod.), je možné nastaviť požadovaný podtlak - intermitentný alebo kontinuálny režim drenáže. Výhodou je aj to, že naložený systém neobmedzuje mobilitu pacienta v rámci jeho možností (kapacita batérie 6 hod.), pričom rezervoár kontajneru pri uhlíkovom filtri vydrží až 4 dni. Celkovo môžeme zhodnotiť, že komfort pacienta s V.A.C. systémom je v porovnaní s ostatnými terapiami nevyčísliteľný.

Podstata terapie V.A.C. systému je podtlaku priamo v rane (Šimek, M., et al.). Prioritou systému je uzatvorenie veľkých defektov, či už vo fáze čistenia alebo vo fáze sekundárneho priblíženia okrajov k vytvoreniu granulácií. Pri použití V.A.C. systému odpadá zložitá sekundárna sutúra rany. Pri V.A.C. terapii máme pod kontrolou, optické sledovanie stavu rany či zápalu, kontrola odsávaného exsudátu, jeho konzistencie a vzhľadu včítane prímies z defektu.

Indikácie a kontraindikácie V.A.C. terapie

Všeobecne môžeme konštatovať, že akékoľvek druhy rán sú vhodné pre použitie podtlakovej terapie. Či už ide o rany chronické, infikované, neinfikované, traumatické, pooperačné stavy a pod. Príkladom sú rozsiahle dekubity, fistuly, abscesy, pooperačné rozsiahle dehiscentné rany, bez možnosti inej terapie. Rozsiahle straty tkaniva brušnej steny a končatín, rozsiahle vredy predkolenia, popáleniny, osteomyelitídy. Využitie je možné aj v plastickej chirurgii, či v prípade zvládnutia infekcie rán pacientov na imunosupresívnej liečbe.

Kontraindikácie sú popisované v nasledovných prípadoch. V.A.C. v hrudníkovej chirurgii z dôvodu hemodynamického vplyvu na kardiovaskulárny, ako aj jeho vplyvu na objem ľavého srdca, srdcový minútový výdaj, ejekčnú frakcia srdca a systolický krvný tlak. Nové štúdie však preukazujú pokroky aj v tejto oblasti (Falagas, 2013). K ďalším možným kontraindikáciám patrí zhubný nádor v rane, neliečená osteomyelitída sternotómia, krvácanie v spodine rany. Aplikácia na povrch ciev, nervov a čriev môže spôsobiť adhéziu peny, preto aplikujeme vždy mastný tyl ako nepriľnavý materiál. Samozrejmom kontraindikáciou je aj aplikácia V.A.C. na nekrotické tkanivo s krustou či mumifikáciou, pred ich odstránením.

Mechanizmus účinku V.A.C. terapie

Základom je rovnomerné pôsobenie podtlaku na lokalitu rany, ktorý odstraňuje z rany prebytočnú tekutinu, infekčný agens, dilatuje novovytvorené kapiláry a pena mechanicky stimuluje granulačné tkanivo spodiny rany k rýchlejšiemu rastu. Zastupuje primárnu aj sekundárnu sutúru rany. Podtlaková terapia teda zabezpečuje vlhké prostredie rany, podporuje granuláciu tkaniva, uľahčenie bunkovej migrácie, rovnomerne rozvádza podtlak, odstraňuje

infekčný materiál, znižuje opuch, podporuje prekrvenie tkaniva, vzostup teploty v rane, zabezpečuje prirodzenú mikroklimu pre proliferáciu buniek spodiny rany a mechanicky stimuluje bunky granulačného tkaniva.

Vzduchotesné uzavretie lokality rany spôsobuje vlhké hojenie rany, čo pozitívne vplyva na hojenie rán a umožní vyššiu aktivitu rastových faktorov a uľahčenie ich syntézy s matrixovým materiálom. Pri uzavretí rany všeobecne stúpa riziko najmä anaeróbnej infekcie, no VAC terapia oproti klasickému vlhkému hojeniu zabezpečí okamžité odsatie nadbytočného exsudátu a intermitentný režim aplikácie ešte viac potlačí rozvoj takejto infekcie.

VAC terapia mení extracelulárny tlak v tkanive, čím dekompenzuje rovnováhu s cytoskeletárnym systémom. Aplikovanie podtlaku teda dokáže urýchliť tvorbu granulačného tkaniva a tým urýchli i celý proces hojenia. V.A.C. urýchli vyčistenie rany, výrazne znižuje jej rozsah, zlepšuje komfort pacienta a znižuje opuchy, urýchľuje novotvorbu kapilár, urýchľuje odstraňovanie infekčného materiálu, anaeróbov z rany. V neposlednom rade je to bezbolestná metóda vlhkej terapie.

Postup aplikácie V.A.C. terapie

Liečba je nastavená na režim intermitentný, resp. podtlak pod tlakom prerušovane, čo sa vy užíva hlavne v post akútnej fáze a kontinuálny na zahájenie terapie v počiatku. Pri kontinuálnom režime je V.A.C. systém (pena) stále v kolabovanom stave t.j. odsáva exsudát do zbernej nádoby systému. Efektivita celého systému je závislá na správnom nastavení hodnôt podtlaku. Väčšinou je to v rozmedzí 125-150 mmHg.

Celý systém prvotnej aplikácie sa uskutočňuje na operačnom sále a následne na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny za prísne aseptických podmienok. Výkon na operačnom sále uskutočňuje lekár – chirurg, traumatológ, následná starostlivosť je vedená skúsenou sestrou. Pred samotným naložením špeciálneho materiálu tvoriaceho samotný V.A.C. systém sa odoberú stery na kultivácie. Pri hlbokých nekrotických defektoch je potrebné, odstrániť nekrotické ložiská, sprístupniť systému dokonalý mechanický aj chemický debriment plakov či produkcia exsudátu z rany. Toaleta rany, nekrektómia, ostrárenie plakov, oplachy peroxidom vodíka a persterilom, bohatá dezinfekcia spodiny ako aj okolia kože, odmastenie kože benzínom a pod. Po zhodnotení veľkosti defektu sa vystrihne požadovaný tvar špongie a jemne uloží do rany aj do podmínovaných častí defektu. Tesné uloženie je potrebné kvôli rovnomernému podtlaku pri odsávaní. Rutinné nalepenie fólie zo setu na ranu s otvorom v strede defektu, presahujúce kožu približne 5 cm a následné nalepenie fólie (pevné koliesko fólie) na otvor fólie s hadicami na odvod sekrétu. Spojenie hadice s prístrojom na odsávanie, kedy po zapnutí prístroja V.A.C. pena kolabuje a začína sa odsávanie, intermitentne alebo kontinuálne pod nastaveným tlakom.

Pozitíva aj negatíva

Striktné indikácie pre aplikáciu VAC terapie nie sú definované. Patria tu diagnózy ako diabetes mellitus, rozsiahle aj neinfikované rany, imunosupresia, vaskulárna insuficiencia, rany geriatrických pacientov všeobecne. Dokázaný je pozitívny efekt najmä pri chronicite hojenia. Znižuje počet chirurgických zákrokov, náklady na obvazový materiál, liečbu a ošetrovanie rán. Výsledky VAC terapie sú pozitívne aj pri infikovaných ranách. Ekonomická stránka je aj pozitívna aj negatívna. Všetky výskumy, ktoré skúmali tento faktor, potvrdzujú konečné zníženie výdavkov terapie približne o 40%. Netreba však opomenúť ani fakt, že cena jedného V.A.C. prístroja je dosť vysoká.

Záver

Dnešná doba ide dopredu vo vývoji hojenia rán. Podtlaková terapia má oproti použitiu klasickej vlhkej terapie veľa výhod. Odpadá posúdenie rany akým prostriedkom začať a skočiť terapiu. Podtlaková užíva podtlak, teda odpadá častejší preväz a následné posúdenie rany a naloženie iného absorbentu. V Európe je už V.A.C. systém používaný ako štandard v hojení rán, odpadá nepreberné množstvo aplikačných materiálov na rany, V.A.C systém zastúpi všetky tieto materiáli a zohľadňuje taktiež dobu preväzu, ktorá je závislá len od naplnenia exudačného kontajnera uzavretého systému aj pred pachmi a nedostupnosti kontaminácie okolia infikovaným materiálom z rán.

Použitá literatúra

- DAVYDOV, I., A., LARICHEV, A., B., ABRAMOV, A. 1992. Woundhealing after vacuum drainage. In: *Khirurgia Mosk.*, 1992, č. 7, s.21-26.
- STRTYJA, J. KOHUT, J. 2009. *Kontrolovateľný podtlak v lečbe rán. Hojení ran*, 2009, č. 2, s. 14-17.
- V.A.C.ATS. 2006. *Moderní terapeutický systém pro léčení ran*, 2006, s.6.
- NĚMEJCOVÁ, V., et al. 2006. Ošetrovaní operačních ran v kardiouchirurgii – specifika péče o sternotomickou ránu. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2010, č. 2, s. 13.
- KALÁB, M., et al. 2010. Rekonstrukce komplikované sternální dehiscence transverzálními titanovými AO dlahami se spongioplastikou, In: *Cor et Vasa*. 2010, č. 52, s. 314.
- ŠIMEK, M. 2008. *Léčba hluboké sternální infekce po kardiouchirurgických výkonech. Srovnání podtlakové terapie s konvenční léčbou*. 2008, s. 2.
- FALAGAS, M., E. et al. 2013. Impact of VAC therapy on Clinical Outcomes of Patients with Sternal Wound Infections: A Meta-Analysis of Non-Randomized Studies. 2013. In *PLOS ONE* (citované 10.10.2014) eISSN-1932-6203. Dostupné na internete: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0064741>

WEIYANG, W., ZHENYU, P. 2014. Vacuum-assisted closure increases ICAM-1, MIF, VEGF and collagen I expression in wound therapy. In *Experimental and Therapeutic Medicine* (citované 10.10.2014). 2014, vol 7, no. 5. ISSN 1221-1226. Dostupné na internete:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3991501/#_ffn_sectitle

BANASIEWICZ, T., BOREJSZA-WYSOCKI, M., et al. 2011. Vacuum-assisted closure therapy in patients with large postoperative wounds complicated by multiple fistulas. In *Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques* (citované 10.10.2014), 2011, Vol. 6, no. 3. p. 155-163. eISSN: 2299-0054. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3516930/>

Kontaktné údaje autora

Mgr. Robert Harvan

Adresa bydliska: Vyšné Hágy 26, 05984 Vysoké Tatry

Adresa zam.: Nemocnica Poprad, a.s., Banícka 803/28, 05845 Poprad

Email: robert.harvan@gmail.com

Spoluautor: Mgr. Ivana Harvanová

Adresa bydliska: Ul. Slovenského Odboja 182/3, 05801 Poprad

Adresa zam.: NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy, 05984 Vysoké Tatry

Email: ivana.harvanova@gmail.com

VYUŽÍVANIE HODNOTIACICH NÁSTROJOV V OŠETROVATELSKEJ PRAXI

Mária Hedvigyova, Zuzana Šenkárová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Cieľom prieskumu bolo zistiť využívanie hodnotiacich nástrojov v ošetrovateľskej praxi. Na zber empirických dát sme použili metódu neštandardizovaného dotazníka. Súbor tvorili sestry pracujúce na interných pracoviskách vybraných zdravotníckych zariadení. Z konkrétnych nástrojov sestry používajú najčastejšie Barthelovej test základných denných činností, Glasgow Coma Scale, vizuálnu analógovú škálu, MNA Test výživy. Na základe získaných výsledkov by bolo vhodné realizovať ďalšie štúdie zamerané na problematiku hodnotiacich techník.

Úvod

Ošetrovateľskú starostlivosť vykonávame metódou ošetrovateľského procesu, aby sme zistili všetky problémy pacienta a uspokojili jeho potreby. Pre skvalitnenie ošetrovateľskej starostlivosti a vypracovanie čo najefektívnejšieho ošetrovateľského plánu by sme mali o pacientovi získať čo najviac informácií. Zdrojom informácií pri posudzovaní sú určite blízki pacienta, sám pacient, spolupacienti a v rámci hospitalizácie hlavne zdravotná dokumentácia v neposlednom rade hodnotiace nástroje a techniky, tak ako uvádza Staňková (2001). *"V praxi sa objavujú prípady, že mnohokrát je realizované nedostatočné ošetrovateľské posúdenie pacienta. Problémom je aj nevyužívanie posudzovacích škál a stupníc, aj keď ich použitie je jednoduché a výpovedné"* (Csiko, Džačarová, 2011, s.4).

Hodnotiaci nástroj je vlastne škála, ktorá je charakterizovaná ako stupnica s rôznymi počtami stupňov na úsečke či kruhu. Pacient vyberá zo stupnice hodnotu, ktorá zodpovedá stupňu jeho prežívania, nálady, činností, intenzity bolesti a iných parametrov, ktoré vieme zhodnotiť (Žiaková, Galajda, Šutarík a kol., 2003). Gavora a kol. (2010) uvádza škálu ako merací nástroj, ktorým sa môžu zisťovať vlastnosti ľudí, frekvencia, intenzita osobnosti alebo činnosti človeka.

Pred hodnotením pacienta by sme mali dôkladne vybrať nástroj, aby bolo posúdenie kvalitné a objektívne. Pri výbere nástroja musíme prihliadať na niektoré kritériá: validita, reliabilita, kultúrna senzitivita, štandardizácia, multidisciplinárnosť. Ďalej sa pri výbere hodnotiaceho nástroja zameriavame na zdravotný stav, vek chorého, komunikačné zručnosti a psychický stav.

Využívanie hodnotiacich techník je úzko spojené s konkrétnou fázou ošetrovateľského procesu, v ktorom sa sestra a pacient nachádzajú. Dôležitý je aj spôsob výberu hodnotiacich techník. Rovnako je vhodné využívať totožné techniky v posúdení zdravotného stavu pacienta a pri vyhodnotení zdravotnej starostlivosti. Poslúži to objektívnejšiemu zhodnoteniu progresu v zdravotnom stave pacienta.

Ciel prieskumu

Ciel': Zistiť využívanie hodnotiace nástroje na vybraných pracoviskách.

Metódy prieskumu

Pri výbere vzorky sme použili metódu zámerného výberu. Dotazníky boli určené sestram na nami vybraných oddeleniach v Ružomberku a v žilinskom kraji, kde sa pri svojej práci stretávajú s hodnotiacimi nástrojmi.

Tab. 1 Charakteristika súboru

Špecifikácia	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť
Interná klinika	22	42%
Neurologická klinika	20	39%
Doliečovacie oddelenie	10	19%
Stredoškolské vzdelanie	14	27%
Vyššie odborné vzdelanie	7	13%
vysokoškolské vzdelanie 1. stupňa	23	44%
vysokoškolské vzdelanie 2. stupňa	8	15%
Prax do 10 rokov	29	55%
Prax do 20 rokov	14	27%
Prax do 30 rokov	7	13%
Prax nad 30 rokov	4	8%

Pri zbere údajov sme ako hlavnú metódu zberu empirických dát použili neštandardizovaný, nami vytvorený dotazník. Dotazník s názvom "Využitie hodnotiacich nástrojov v ošetrovateľskej praxi" bol zostavený z pätnástich otázok. Skladal sa z úvodu, demografických a identifikačných údajov o respondentoch a boli v ňom zahrnuté položky, ktoré zisťovali najčastejšie využívané hodnotiace nástroje. Ďalšie otázky boli zamerané na špecifiká práce s hodnotiacimi nástrojmi. Pri výsledkoch uvádzame absolútnu a relatívnu početnosť.

Výsledky prieskumu

Analýzou získaných dát sme dospeli k nasledovným výsledkom:

Tab. 2 Frekvencia využívania hodnotiacich nástrojov

Využívanie	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť
Pravidelne pri príjme pacienta	29	56%
Aspoň 1x v službe	18	35%
1x do týždňa	3	6%
Takmer vôbec	2	4%

V tabuľke 2 sme zisťovali frekvenciu využívania hodnotiacich nástrojov v priebehu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Najčastejšie sestry využívali hodnotiace nástroje pri príjme pacienta (29, 56%). Odpoveď takmer vôbec uviedli 2 sestry čo je 4% z celkovej vzorky.

Tab. 3 Hodnotiace nástroje využívané v praxi

Názov nástroja	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť
Barthelovej test	42	81%
GCS	26	50%
Vizuálna analógová škála	23	44%
MNA	16	31%
Iné nástroje (nevyužívajú)	50	96%

Tabuľka číslo 3 ukazuje na typ hodnotiaceho nástroja, ktoré sú využívané v ošetrovateľskej praxi. Barthelovej test využívalo 42 sestier čo je 81%, GCS využívalo 26 sestier, 50%, vizuálnu

analogovú škálu využívalo 23 sestier, 44%, MNA test na výživu využívalo 16 sestier, čo je 31%. Hodnotiace nástroje v inej doméne ako sebaopatera, vedomie, bolesť a výživa sestry nevyužívali, túto odpoveď uviedlo 50 (96%) sestier.

Diskusia

Naším cieľom bolo zistiť najčastejšie využívané hodnotiace nástroje, na oddeleniach, kde bol realizovaný prieskum. Hodnotiace nástroje sme skúmali v oblastiach, ako hodnotenie bolesti, vedomia, psychiky, sebačinnosti a výživy. Pri otázke "Ktorý z nástrojov Vám pomáha pri hodnotení sebačinnosti pacienta", bol najčastejšie označený hodnotiaci nástroj Barthelovej test denných bežných činností, ktorý uviedlo 42 respondentov (86 %). Čapková (2013) vo svojom výskume v roku 2010 zistila, že v našich podmienkach je používaný najbežnejšie práve Barthel index a tiež, že o tomto nástroji majú sestry najviac informácií. Pri zisťovaní, ktorý je najčastejšie využívaný nástroj pri hodnotení vedomia a psychiky, najviac 26 respondentov (50 %), označilo Glasgow Coma Scale. Test MMSE je podľa Kalvacha a kol. (2008) najpoužívanejší nástroj k určeniu demencie a zisťovaniu kognitívnych funkcií, teda najpoužívanejší vo svojom odbore. Pri hodnotení bolesti bol najviac uvádzaný nástroj vizuálna analogová škála a to u 23 respondentov (44 %). Tento nástroj je najčastejšie využívaným nie len na oddeleniach, ale aj pri určitých vybraných ochoreniach, ako napríklad osteoartróza, čo uvádza aj Lukáč, Lukáčová (2007). Hodnotenie výživy vykonáva pomocou Mini Nutritional Assessment MNA 16 respondentov z opýtaných (31 %), ktorý aj patrí k najčastejšie používanému skriningovému nástroju v oblasti výživy, čo uvádzajú vo svojom výskume aj Kaiser a kol. (2010). Tento výsledok nie je veľmi priaznivý, pretože ako aj Topinková (2007) uvádza, problémy s výživou môžu v značnej miere ovplyvniť hojenie rán a celkový priebeh choroby a tiež používanie nástrojov na hodnotenie výživy, umožní stanoviť výskyt civilizačného ochorenia. Zaujímavé je zistenie, že iné oblasti ako uvedené sestry pomocou hodnotiacich nástrojov neposudzovali. Pri otázke, ako často sestry využívajú hodnotiace nástroje, až 29 respondentov (56 %) uviedlo, že hodnotiaci nástroj použijú pravidelne pri príjme pacienta na oddelenie. Druhou najčastejšou odpoveďou bolo využitie nástrojov aspoň jedenkrát v službe, čo uviedlo 18 respondentov (39 %). Využívanie jedenkrát do týždňa uviedli traja z opýtaných (6 %) a takmer vôbec ich nevyužívajú len 2 sestry z opýtaných (4 %). Výsledky využívania nástrojov a častosti ich používania sú priaznivé oproti výskumu z roku 2007. Kvasnicová, Litvínová, Poliaková v ňom uvádzajú, že až 56, 58 % respondentiek nepoužíva pri svojej práci žiadne hodnotiace a meracie nástroje.

Záver

Cieľom prieskumu bolo zistiť využívanie hodnotiacich nástrojov v ošetrovateľskej praxi. Sestry sú v súčasnosti vedené k sústavnému vzdelávaniu sa, vykonávaniu kvalitnej ošetrovateľskej

starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu, ktorého súčasťou je aj posudzovanie pacienta najnovšími metódami a individualizovaným prístupom. K tomuto patrí použitie hodnotiacich a meracích nástrojov, ktorých použitie sme skúmali aj na vybratých klinikách.

Tento príspevok vznikol s podporou projektu KEGA číslo 034KU-4/2013 s názvom „Uspokojovanie spirituálnych potrieb zomierajúcich pacientov z pohľadu pracovníkov v zdravotníctve z hľadiska praxe“.

Zoznam bibliografických odkazov

CSIKO, M. - DŽAČAROVÁ, P. 2011. Ošetrovateľský proces – pohľad z praxe. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1663-183X. 5/ 2011, s. 4-5.

ČAPSKÁ, J. 2013. Hodnoticí nástroje úrovně sebestěče. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, roč. 05/2013, s. 38-39.

GAVORA, P. a kol. 2010. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. Bratislava: Univerzita Komenského, 2010. [cit. 2013-01-16] Dostupné na internete: <<http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk>>. ISBN 978-80-223-2951-4.

KAISER, M. J. a kol. 2010. Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment. In *Journal of the American Geriatrics Society*. ISSN 00028614, 2010, vol. 58, no. 9, p 1736.

KALVACH, Z. a kol. 2008. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KVASNICOVÁ, Z. – LITVÍNOVÁ, A. – POLIAKOVÁ, N. 2007. Hodnotiace a meracie škály v ošetrovateľskej praxi. In *Ošetrovateľstvo. Teória, výskum a vzdelávanie*. 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniová lekárska fakulta Martin, 2007, s. 260 – 262. ISBN 978-80-88866-43-5.

LUKÁČ, J. – LUKÁČOVÁ, O. 2007. Terapia bolesti pri osteoartróze . In *VIA PRACTICA*. Roč. 4 (7/8) 2007. ISSN 1339-424X. s. 353 – 359.

STAŇKOVÁ, M. 2001. *České ošetrovateľství 6: Hodnocení a měřící techniky v ošetrovateľské praxi*. Brno: Ediční rada, 2001 .55 s. ISBN 80-7013-323-6.

TOPINKOVA E. 2005. Geriatrie pro praxi. Galen: Praha 2005: 23–27. ISBN 8072623656.

ŽIAKOVÁ, K. – GALAJDA, P. – ŠUTARÍK, L. a kol. 2003. *Ošetrovateľstvo vo vnútornom lekárstve: Vysokoškolské skriptá*. 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, 2003. 261 s. ISBN 80-8866-28-6.

Kontakt na spoluautora:

Mgr. Zuzana Šenkárová, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta Zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01, Ružomberok
Slovakia
zuzanasenkarova@gmail.com

KOMUNIKACE A PALIATIVNÍ PÉČE V PROSTŘEDÍ INTENZIVNÍ MEDICÍNY POHLEDEM SESTER

Helena Kisvetrová*, Zdeňka Mikšová*, Jana Konečná*, Marcela Sekaninová*

**Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství*

Úvod

V roce 2012 zemřelo v České republice 108 189 osob. 74 % těchto úmrtí bylo v institucionálním prostředí, a z toho 23 % tvořila úmrtí na pracovištích ARO a JIP (UZIS, 2013). V souvislosti s narůstající geriatrizací populace se tak sestry stále častěji setkávají v prostředí intenzivní medicíny se staršími pacienty s akutní exacerbací symptomů život limitujících onemocnění, kteří zde umírají (Borowske et al., 2012; Sibbald et al., 2008). Rovněž na chirurgických pracovištích intenzivní péče tvoří starší pacienti stále větší podíl hospitalizovaných pacientů s vyšším procentem mortality (Mosenthal et al., 2012). Kvalita závěru života seniorů s akcentem na důstojné umírání je významně ovlivněna komunikací se zdravotníky i typem péče poskytované v terminální fázi nemoci. Smrt přestala být v současné společnosti přirozeným jevem, ale stala se technickým a institucionalizovaným procesem (Trovo de Araujo, Paes da Silva, 2004). Technologický pokrok v urgentní medicíně tak často způsobuje, že se senioři více obávají toho jak budou umírat, než samotné smrti (Beckstrand et al., 2006). Sestry na pracovištích intenzivní péče by měly být schopné vyrovnat se s realitou smrti, kterou nelze vnímat pouze jako prohru medicíny, a dokázat komunikovat s terminálně nemocnými i jejich rodinami (Scott, 2005). Tyto skutečnosti byly podkladem realizace výzkumného šetření zaměřeného na pohled sester z prostředí intenzivní medicíny na tuto problematiku.

Cíl

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit jak vnímají sestry svůj postoj ke smrti a zda frekvence setkávání se s umírajícími a délka, po kterou o terminálně nemocného seniora v prostředí intenzivní medicíny pečují, ovlivňuje jejich komunikaci a názor na potřebnost paliativní péče.

Metody

Byl použit kvantitativní přístup, průřezová studie realizovaná pomocí ad hoc strukturovaného nestandardizovaného dotazníku s pětistupňovými Likertovými škálami. Realizace výzkumného šetření byla schválena Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci pilotního šetření byl dotazník otestován na 20 respondentech. Vlastní výzkum byl realizován v roce 2013. Celkem se zúčastnilo 277 respondentů z pracovišť intenzivní medicíny. Zařazující kritériem bylo: všeobecná sestra s minimálně jedním rokem praxe v prostředí intenzivní medicíny a souhlas se zapojením do výzkumného šetření. Pro zpracování výsledků byla použita popisná statistika, Pearsonův korelační koeficient a chí quadrát-test.

Tab. 1 Demografická data souboru respondentů

Demografická data			
Věk	Min - max	22-59	
	Medián	35,00	
	Průměr	34,71	
	±SD	8,061	
Vzdělání (N = 277)	Středoškolské	139	50,2 %
	Vyšší odborné	58	20,9 %
	Vysokoškolské	80	28,9 %
Délka praxe	Min - max	1-38	
	Medián	8,00	
	Průměr	9,17	
	±SD	6,844	
Pohlaví (N = 277)	žena	261	94,2 %
	muž	16	5,8 %
Typ pracoviště (N = 277)	ARO	97	35,0 %
	JIP	181	65,0 %

Výsledky

Polovina sester (52,2 %) uvedla, že jejich postoj ke smrti nejlépe vystihuje tvrzení „je to přirozená součást života“, ale jen 16,7 % se domnívalo, že se jim daří vyrovnání se smrtí. Výsledky šetření ukázaly, že více než třetina sester (38,5 %) pečuje o pacienta v závěru života často a čtvrtina velmi často (24,0 %). Co se týká délky hospitalizace terminálně nemocného na pracovišti intenzivní péče byla nejčastější odpověď „1–2 týdny“ (40,2 %) a pouze ve 12,2 % to bylo déle než 6 týdnů. Personální podmínky pro paliativní ošetrovatelské intervence v prostředí intenzivní medicíny hodnotila třetina sester (33,5 %) jako „spíše vyhovující“ a téměř třetina (30,2 %) jako „průměrné“. V této souvislosti pouze 15,2 % považovalo časové možnosti sestry v prostředí intenzivní medicíny za vyhovující pro poskytování paliativních intervencí. Více než polovina (53,5 %) sester uvedla, že komunikovat s umírajícím je pro ně obtížné a téměř tři čtvrtiny (73,4 %) připustily, že je pro ně obtížné komunikovat s rodinou terminálně nemocného. Polovina sester (50,9 %) se nikdy nezúčastnila žádné vzdělávací akce zaměřené na paliativní přístupy a nedokázala posoudit, zda je nabídka těchto akcí dostatečná. Přesto tři čtvrtiny sester (74,5 %) „souhlasily/spíše souhlasily“ s tvrzením, že vzdělávání v paliativní péči je důležité i pro sestry z prostředí intenzivní medicíny.

Frekvence péče o terminálně nemocné ovlivňovala postoj sester ke smrti ($r=0,127$; $p=0,035$), komunikaci s umírajícím ($r=-0,174$; $p=0,004$) i komunikaci s rodinou umírajícího ($r=-0,168$; $p=0,005$). *Délka hospitalizace pacienta v závěru života* ovlivňovala názory sester na vzdělávání v paliativní péči ($r=-0,169$; $p=0,005$) a hodnocení časových možností sester v prostředí intenzivní péče pro paliativní intervence ($r=-0,191$; $p=0,002$).

Diskuse

Komunikaci s umírajícím vnímala polovina respondentů jako poměrně obtížnou. Tuto skutečnost ovlivňovala frekvence péče o umírajícího, kdy při častější frekvenci péče o umírající byla komunikace vnímána jako méně obtížná. Také zahraniční studie potvrzují, že pro sestry z JIP je často obtížné komunikovat s umírajícími. První zkušenost sestry se setkáním se smrtí v prostředí intenzivní medicíny totiž často ovlivňuje formování jejího pohledu na smrt a komunikaci s umírajícím (Thomson et al., 2010). Souvisí to s vnímáním komunikace pouze jako výměny slov, kdy nejsou zohledněny neverbální aspekty. Nonverbální signály ale umožňují sestře komunikovat s umírajícím pacientem i beze slov (Trovo de Araujo, Paes da Silva, 2004). Co se týká komunikace s rodinou umírajícího téměř tři čtvrtiny sester připustily, že je to pro ně obtížné. Na pracovišti intenzivní medicíny potřebují rodiny terminálně nemocných jednoznačnou komunikaci a jasné informace o stavu a prognóze svého příbuzného. Této komunikace se i podle zahraničních studií sestry zúčastňují jen zřídka a rodinní příslušníci ji často považují za vágní. Proto je doporučováno zaměřit se na zlepšení komunikačních

dovedností, a to jak v rámci JIP týmu tak i mezi týmem a rodinnými příslušníky pacientů v závěru života (Lind et al., 2011).

Závěr

Studie ukázala, že frekvence péče o terminálně nemocné ovlivňovala názor sester na obtížnost komunikace s umírajícím a jeho rodinou. Názor sester na důležitost vzdělávání v paliativní péči pro sestry z prostředí intenzivní medicíny ovlivňovala délka hospitalizace pacienta v závěru života. Výsledky ukazují na potřebnost zaměřit vzdělávání sester z JIP i na oblast paliativní péče, protože je předpoklad, že v důsledku geriatrizace populace a přetrvávající institucionalizace závěru života budou častěji pečovat o starší pacienty v závěru života.

Prezentované výsledky jsou dílčí částí rozsáhlejšího výzkumu zaměřeného na problematiku péče o pacienta v závěru života v prostředí pracovišť intenzivní medicíny.

Příspěvek byl podpořen v rámci IGA UP a je dedikován projektu FZV_2014_007 (NIC intervence Péče o umírající a Duchovní podpora v péči o pacienty v závěru života na pracovištích intenzivní péče).

Literatura

BECKSTRAND, R. et al. 2006. Improving End-of-Life Care Providing a "Good Death": Critical Care Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care. In: *American journal of critical care*. vol. 15, no. 1, p. 38–45. ISSN 1062-3264.

BOROWSKE, D. 2012. Straddling the Fence: ICU Nurses Advocating for Hospice Care. In: *Critical care nursing clinics of North America*. vol. 24, no. 1, p. 105–116. ISSN 0899-5885.

LIND, R. et al. 2011. Family members' experiences of "wait and see" as a communication strategy in end-of-life decisions. In: *Intensive Care Med*. vol. 37, no. 7, p. 1143–1150. ISSN 0342-4642.

MOSENTHAL, A. et al. 2012. Integrating palliative care in the surgical and trauma intensive care unit: A report from the Improving Palliative Care in the Intensive Care Unit (IPAL-ICU) Project Advisory Board and the Center to Advance Palliative Care. In: *Crit care med*. vol. 40, no. 4, p. 1199–1206. ISSN 0090-3493.

SCOTT, H. 2005. Nurses should become more skilled in palliative care. In: *British Journal of Nursing*, 2005, vol. 14, no. 12, p. 631. ISSN 966-0461.

SIBBALD, R. et al. 2008. Perceptions of the futile care among caregivers in intensive care units. In: *Canadian Medical Association Journal*. vol. 177, no. 10, p. 1201–1208. ISSN 0820-3946.

THOMSON, G. et al. 2010. Novice nurses' first death in critical care. In: *Dynamics*. vol. 21, no. 4, p. 26-36. ISSN 1497-3715.

TROVO DE ARAUJO, M., PEAS DA SILVA, M. 2004. Communication with dying patients- perception of intensive care units nurses in Brazil. In: *J Clin Nurs*. vol.13, no. 2, p. 143-149. ISSN 0962-1067.

UZIS ČR, 2013. *Zemřelí 2012*. Praha: UZIS, 2013. ISBN 978-80-7472-043-7.

Kontakt na autora:

PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

e-mail: helena.kisvetrova@upol.cz

KOMUNIKÁCIA MEDZI SESTROU A PACIENTOM AKO JADRO OŠETROVANIA CHORÝCH

Mária Kopáčiková

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok, SR

Úvod

Komunikácia..... človeku taká vlastná. Hovorí sa a naozaj je to tak, že bez nej by nemohla existovať spoločnosť. Ako spôsob vzájomnej medzilidskej interakcie má nezastupiteľnú účasť aj v procese ošetrovateľskej starostlivosti. V súčasnej dobe sa kladie čoraz väčší význam aj na ciele zameranie sa na pacientove potreby, prežívanie a správanie sa. Nakoľko sa jedná o problematiku veľmi aktuálnu, poznanie pacientovej osobnosti umožňuje zdravotníckym pracovníkom komplexne spoznať postoje pacienta k jeho ochoreniu.

Ak vnímame ošetrovanie pacienta ako systém úloh, ktoré vykonávame s presne definovanými cieľmi, potom musíme tento proces vnímať ako neustálu analýzu existujúceho stavu s cieľom definovať z hľadiska zdravotného stavu nové úlohy, ktoré musíme v ďalšom procese činnosti aj spätne vyhodnocovať. Efektivita komunikácie je závislá od našej miery schopnosti uplatniť zásady produktívnej komunikácie v praxi. Efektívna komunikácia predpokladá uplatnenie základných noriem slušného a zdvorilého správania sa.

Komunikácia má verbálnu a neverbálnu stránku, ktorá sa musí vhodne spájať. Verbálnu komunikáciu si ľudia uvedomujú, pretože vyberajú slová, ktoré používajú na sprostredkovanie správ a môžu použiť množstvo slov. Vyslovené a počuté slová nemožno zrušiť, vymazať ani vziať späť (Kristová, 2009, s. 18).

Komunikáciu nechápeme iba ako výmenu slov, ale aj dorozumievanie sa bez slov napr. dotyk, gesto (Antalová, 2004). Neverbálna komunikácia buď potvrdzuje verbálny prejav, alebo mu protirečí. Pozorovatelia si nemusia byť vždy istí správnou interpretáciou neverbálne vyjadrených emócií, pretože ten istý efekt možno vyjadriť viacerými spôsobmi. Neverbálne prejavy sestry sú pod ustavičným pátravým pohľadom pacienta. Preto je nevyhnutné, aby si uvedomovali svoje počínanie a naučili sa sprostredkovať pacientovi svoje porozumenie, ohľad

a akceptovanie. Základným predpokladom hodnotného vzťahu je individuálny prístup, komplexný pohľad na osobnosť pacienta, jeho postoje, prežívanie a správanie, nie len starostlivosť o nefunkčnú orgánovú sústavu.

Cieľom práce je zistiť súčasný stav komunikácie medzi sestrou a pacientom pri prvom kontakte s pacientom a prekážky v komunikácii medzi sestrou a pacientom.

Charakteristika prieskumnej vzorky a metódy

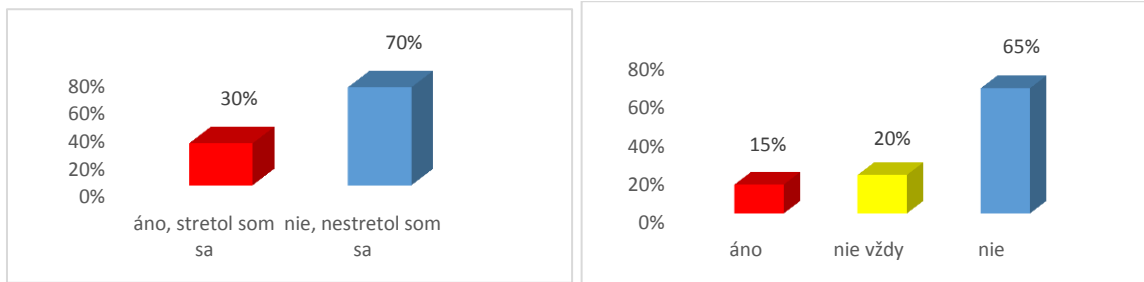
Empirická štúdia mala charakter aplikovaného prieskumu na chirurgických a interných oddeleniach zdravotníckych zariadení západného Slovenska. Prieskumnú vzorku tvorilo 160 respondentov. Za základné kritérium pre výber respondentov sme zvolili: hospitalizovaní pacienti rôznych vekových skupín, sestry rôznych vekových skupín a rôznej dĺžky praxe.

Za hlavnú metódu prieskumu sme zvolili viacpoložkový anonymný dotazník – pre sestry a pre pacientov a priamy rozhovor. Okrem identifikačných údajov obsahoval zatvorené a polozatvorené otázky. Respondenti mali možnosť výberu medzi viacerými možnosťami, prípadne i podľa potreby i dopísať. Prieskum sme realizovali v mesiacoch november 2012 až február 2013. Rozdali sme 190 dotazníkov (140 pre pacientov a 50 pre sestry). Návratnosť dotazníkov bola 84,2 % (120 dotazníkov - pacienti a 40 dotazníkov - sestry). Výsledky boli spracované pomocou Microsoft-Excel, vyjadrené v absolútnych číslach a percentuálne vyhodnotené a znázornené graficky.

Výsledky

V súbore pacientov bolo skúmaných 120 respondentov. Z toho bolo 60 (50 %) žien a 60 (50 %) mužov. Pacienti boli vo veku 18 – 70 rokov. Priemerný vek pacientov bol 45 rokov, priemerný vek mužov bol 44 rokov a žien 46 rokov. Prvý krát bolo hospitalizovaných 24 (20 %) pacientov a opakované hospitalizácie udalo 96 (80 %) pacientov. Druhý súbor tvorili sestry vo veku 18 – 55 rokov, z toho boli 4 (10 %) muži a 90 % (36) žien. Celkový priemerný vek sestier bol 27,5 roka. Priemerný vek mužov bol 27 rokov a žien 28 rokov. Podľa dĺžky zamestnania najväčšiu skupinu (1-5 rokov) tvorilo 45 % (18) sestier, 11 – 15 rokov pracuje 10 (25 %) sestier, 6 -10 rokov 15 % (6) sestier. Menej ako jeden rok praxe udali 4 (10 %) sestry a 2 (5 %) sestry pracujú 21 - 25 rokov.

Graf 1a Predstavenie a podanie ruky – pacienti Graf 1b Predstavenie a podanie ruky – sestry



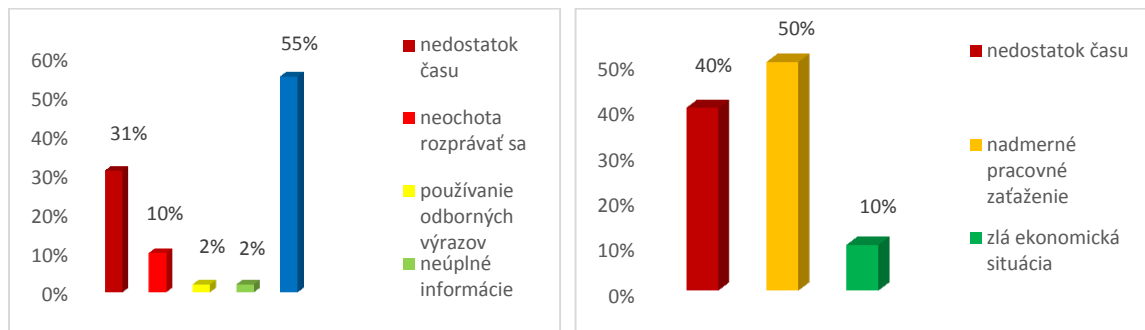
V tejto položke sme zisťovali, či sa sestry pri prijatí pacienta predstavia a podajú pacientovi ruku. Až 70 % (84) pacientov odpovedalo, že sa nestretlo s tým, aby sa im sestra predstavila a podala im na privítanie ruku. „Áno, stretol som sa“ s predstavením a podaním ruky pri prijíme sestrou uviedlo 30 % (36) pacientov (graf 1a). Pri prijíme sa pacienti predstavia a na privítanie podá ruku 6 (15 %) sestier. Nie vždy sa predstavia a podá ruku 8 (20 %) sestier a 65 % (26) sestier odpovedalo, že sa nepredstavia a ani nepodávajú ruku (graf 1b).

Najväčšiu skupinu 100 (83 %) tvorili pacienti, ktorí uviedli, že ich sestry oslovujú pán, pani. Iné oslovenie – menom uviedlo 18 (15 %) pacientov a dvaja pacienti uviedli oslovenie – dedko, babka, teta, ujo. Spokojných s oslovením je 118 (98 %) a 2 (2 %) pacientov je s oslovením nespokojných. Z odpovedí sestier vyplýva, že 90 % (36) sestier oslovuje pacientov „pán, pani“ a 4 (10 %) používa oslovenie „dedko, babka, teta, ujo“.

Veľmi spokojných s prístupom a správaním sestier je 44 (37 %) pacientov a čiastočnú spokojnosť udalo najviac 57 % (68) pacientov. Neboli spokojní 8 (6 %) pacienti. Ako dôvod uviedli odmeranosť, neochotu a nedostatok času.

Podľa pacientov 40 (33 %) majú sestry dostatok času na komunikáciu. Naopak 67 % (80) pacientov si myslí, že sestry nemajú dostatok času, pretože majú veľa odbornej a administratívnej práce, práce za nižší zdravotnícky personál a priveľa pacientov. Z odpovedí sestier prezentujeme nasledovné výsledky. Dostatok času na komunikáciu nemá 32 (80 %) sestier. Ako najčastejšie dôvody uvádzali nadmerné pracovné zaťaženie, veľa administratívnej práce a nedostatok zdravotníckeho personálu. Iba 20 % (8) sestier odpovedalo, že má dostatok času.

Graf 2a Prekážky v komunikácii – pacienti **Graf 2 b Prekážky v komunikácii – sestry**



Na grafe 2a prezentujeme prekážky v komunikácii z pohľadu pacientov. Nedostatok času je prekážkou v komunikácii podľa 31 % (38) pacientov, 10 % (12) ako prekážku uviedlo neochotu rozprávať sa. Podľa 2 (2 %) pacientov je to používanie odborných výrazov a 2 (2 %) pacienti označili neúplné informácie. V komunikácii so sestrou 66 (55%) pacientom nič neprekáža. Podľa 20 (50 %) sestier na komunikáciu najviac negatívne pôsobí nadmerné pracovné zaťaženie a podľa 16 (40 %) nedostatok času. Zlú ekonomickú situáciu považuje 10 % (4) sestier za prekážku v efektívnej komunikácii (graf 2b).

Diskusia

Dobrá komunikácia napomáha zlepšovať výsledky ošetrovateľskej starostlivosti, pôsobí povzbudzujúco a pomáha prehĺbovať medzilidské vzťahy. Až 70 % pacientov sa nestretlo s tým, aby sa im sestra predstavila a podala im na privítanie ruku a 65 % sestier sa nepredstaví a ani nepodá pacientovi ruku. sestry oslovujú pán, pani. Podaním ruky sestra pacienta nielen víta, ale sa s ním pri prepustení lúči, čím mu vyjadruje poďakovanie za spoluprácu a žela mu skoré uzdravenie (Kristová, 2009, s. 42). Veľmi spokojných s prístupom a správaním sestier je 44 (37 %) pacientov a čiastočnú spokojnosť udalo najviac 57 % (68) pacientov. Nedostatok času je prekážkou v komunikácii podľa 31 % (38) pacientov, podľa 20 (50 %) sestier na komunikáciu najviac negatívne pôsobí nadmerné pracovné zaťaženie a podľa 16 (40 %) nedostatok času. Podľa výsledkov Bednárovej (2010) veľmi spokojných bolo 44 (56,41 %) pacientov, spokojných bolo 27 (34,62 %) pacientov a nedostatok času zo strany sestier označilo 24 (27,27 %) pacientov (Bednářová, 2010, s. 53, s. 56).

Záver

V rámci sociálnej interakcie, v práci pomáhajúcich profesií, je efektívna komunikácia taká, ktorá má jasne stanovené ciele a v konečnom výsledku umožní pochopenie problémov pacienta, prípadne ich vyriešenie spoločnou aktivitou. Umožňuje spoločné rozhodovanie a smerovanie ďalších diagnostických a terapeutických intervencií. Navodzuje vzťah dôvery medzi

poskytovateľom pomoci a jej žiadateľom / klientom (Pokorná, 2008, s. 33). Pre zlepšenie komunikácie a interakcie navrhujeme:

- každého pol roka organizovať povinné školenie o základnej medzilidskej komunikácii,
- vytvoriť sestram vhodné pracovné podmienky, ktoré by ich motivovali k zlepšeniu komunikácie.

Literatúra

ANTALOVÁ, A. 2004. *Ritualizácia umierania v podmienkach hospitalizácie. In revne ošetrovateľstva a laboratórnych metódik*, 2004. č. 3 112, ISSN 1335-5090.

BEDNÁŘOVÁ, J. 2010. *Spokojnosť klientů v lůžkových zařízeních s komunikačními dovednostmi všeobecných sester*. Bakalárska práca. Brno : LF, KO, Masaryková univerzita, 2010. 89 s.

KRISTOVÁ, J. 2009. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. 3. upravené a doplnené vydanie. Martin : Osveta, 2009. 182 s. ISBN 978-80-8063-160-4.

POKORNÁ, A. 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovateľství*. 2. prepracované vyd. Brno : NZONCO Brno, 2008. 100 s. ISBN 978 -80 -7013 -466 -5.

Kontakt na autora:

Doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Námestie Andreja Hlinku 48

034 01 Ružomberok

maria.kopacikova@gmail.com

KOMUNIKÁCIA – VÝZNAMNÝ FAKTOR V PROCESE POSKYTOVANIA STAROSTLIVOSTI U PACIENTOV V DOMÁCOM PROSTREDÍ

Mária Kožuchová¹, Milina Bubeníková

¹ *Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS-SRDCE s.r.o.), Jaklovce*

Abstrakt

Komunikácia je zložitý proces, ktorý je často predmetom skúmania mnohých vedných odborov (napr. psychológia, sociológia, lingvistika). Komunikáciou vyjadrujeme svoje myšlienky, názory, pocity, vzťahy. Na dosiahnutie vzájomnej kvalitnej komunikácie v domácom prostredí je

potrebné rešpektovať požiadavky, akými sú individuálny prístup, úcta k pacientovi a pozitívny vzťah k pacientovi. Prostredníctvom efektívnej komunikácie sestry a iných profesionálov sa rozvíja ich spolupráca, ktorá im umožňuje poskytovať dobre koordinovanú, vysoko kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Cieľom predkladaného príspevku je poskytnutie informácií o komunikácii, ako o významnom faktore v procese poskytovania starostlivosti u pacientov v domácom prostredí so zameraním na špecifiká komunikácie v domácom prostredí a na porozumenie a dorozumenie sa s pacientom v domácom prostredí. Sestra pri poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti by mala prostredníctvom komunikácie odhaliť skryté problémy či obavy a poznať možné príčiny obáv pacienta.

Kľúčové slová: komunikácia, pacient, sestra, domáca ošetrovateľská starostlivosť

Abstract

The communication is a complex process that is often a subject of examination of many disciplines (e.g. psychology, sociology, linguistics). By the use of communication we express our thoughts, opinions, emotions, relations. In order to achieve mutual quality communication in home environment, it is necessary to respect requirements such as individual approach, respect for the patient and positive attitude towards the patient. By the use of effective communication of the nurse and other professionals the cooperation, that enables them to provide well-coordinated high quality health care, is developed. The aim of the presented article is to provide the information about the communication as an important factor in the process of providing health care to the patients in home environment, focused on the particularities of the communication in home environment and understanding and comity with the patient in home environment. The nurse, when providing home nursing care, should by the use of communication discover hidden problems and concerns and understand the potential causes of patients concerns.

Key words: communication, patient, nurse, home nursing care

Úvod

V súčasnej dobe si stále viac uvedomujeme význam komunikácie vo všetkých oblastiach života. Komunikácia je vo všeobecnosti definovaná ako poskytovanie informácie prostredníctvom najrôznejších signálov a prostriedkov: ústne, písomne, gestami, a ďalšími neverbálnymi prejavmi. Kvalitná a efektívna komunikácia ako dôležitá súčasť mnohých povolání si vyžaduje komunikačnú gramotnosť, komunikačné kompetencie a zručnosti. Tieto komponenty sa tiež očakávajú od sestier pracujúcich nielen v ústavných zdravotníckych zariadeniach, ale aj u sestier pracujúcich v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Pacienti, ktorým je starostlivosť poskytovaná v domácom prostredí preto veľmi citlivo vnímajú každý

slovný prejav sestry, ale aj jej neverbálne prejavy, akými sú napr. mimika, gestá, postoje a podvedome reagujú aj na celkovú atmosféru, v ktorej sa odohráva ich vzájomný kontakt.

Komunikácia pri starostlivosti o pacienta v domácej ošetrovateľskej starostlivosti má významnú úlohu. Sestra pracujúca v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá je v kontakte s pacientom a jeho blízkymi, má využívať všetky možnosti, ktoré jej komunikačný proces poskytuje. Vzťah, ktorý sa vytvorí medzi sestrou a pacientom, prípadne aj s jeho primárnymi opatrovateľmi, ovplyvňuje ošetrovanie pacienta, jeho ochotu spolupracovať, poskytovanie a prijímanie informácií, ale aj celkovú atmosféru. Sestra má ovládať zásady zlepšujúce komunikáciu, ale vedieť aj o možných komunikačných bariérach, ktoré môžu nastať zo strany pacienta, primárnych opatrovateľov, ale aj zo strany sestry (Bubeníková, 2014, s. 169).

Charakteristika komunikácie

O zložitosti a mnohostrannosti aspektov komunikácie svedčí skutočnosť, že neexistuje jej univerzálna definícia (Nemčeková a kol., 2004, s. 100). Pôvodné vymedzenie tohto pojmu bolo široké. „Communicatio“ pôvodne znamenalo „vospolné zúčastnenie“, „communicare“ znamenalo „robiť niečo spoločným, niečo spoločne zdieľať“. Komunikácia bola označovaná ako určitý druh interakcie. V poslednej dobe sa v odbornej literatúre komunikácia označuje skôr ako transakcia, teda výmena, kedy môže každá osoba fungovať súčasne ako hovoriaci aj ako poslucháč. Preto je označenie komunikácie ako transakčného procesu presnejšie (DeVito, 2008).

Watzlawick (1999 in Gabura J., Gabura P., 2004), ktorého odborníci považujú za klasika teórie komunikácie, uvádza dve definície komunikácie. Podľa širšej definície sa za komunikáciu považuje všetko, čo sa odohráva v kontakte dvoch alebo viacerých ľudí s využitím všetkých komunikačných kanálov. Človek v prítomnosti iného človeka nemôže nekomunikovať. Komunikácia nie je len prenos správy, ale aj podieľanie sa iných ľudí na komunikácií, hoci len tým, že sú prítomní. V užšej definícii Watzlawick (1999 in Gabura J., Gabura P., 2004) komunikáciu považuje len za prenos správy medzi dvomi a viacerými ľuďmi, za výmenu informácií medzi vysielateľom a prijímateľom. Podobnú definíciu uvádza aj Tubbs (1981 in Vybíral, 2000, s. 18–19), podľa ktorého je ľudská komunikácia proces vytvárania významu medzi dvoma alebo viacerými ľuďmi. Hlavným zmyslom komunikácie je dorozumieť sa, čiže pozmeniť náš vnútorný kontext v mysli, vo vedomí, v nevedomí. Informácie, ktoré pomocou komunikácie získavame, neovplyvňujú len naše aktuálne postoje a emócie a neslúžia nám iba na rozšírenie si našich poznatkov, ale stávajú sa trvalou súčasťou našej racionálnej a emocionálnej výbavy.

Špecifiká komunikácie v domácom prostredí

Sestra pri poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti komunikuje s pacientom, primárnym opatrovateľom, lekárom, sestrou a odborným zástupcom ADOS. Komunikácia v domácom prostredí je ovplyvnená kontextom situačnej roly, v ktorej sestra vystupuje pri ošetrovaní pacienta v domácnosti (Bubeníková, 2014, s. 171). Pri **komunikácii s pacientom aj primárnym opatrovateľom** sa nemá zabúdať ani na bežné pravidlá komunikácie, ako sú pozdrav a oslovenie. Pri prvom stretnutí sa má sestra predstaviť a podať ruku. Keďže sestra z ADOS je v cudzom prostredí, v domácom prostredí pacienta, musí konať a správať sa podľa toho. Keď je pacient v centre pozornosti sestry, všíma si, ako sa správa v rôznych situáciách, kedy sa jeho správanie zmení. Pri akýchkoľvek obavách je vhodné ponúknuť pacientovi informácie, pomoc, porozumenie, ale aj podporu a spoluprácu. Tento fakt si treba uvedomiť najmä pri novo prijatých pacientoch do ADOS (Bubeníková, 2014, s. 171). Niektorých pacientov treba povzbudzovať, aby hovorili o svojich ťažkostiach, problémoch, obavách, neistote. Pri rozhovore s pacientom nie je vhodné ho prerušiť, je potrebné klásť otvorené otázky, záujem nevyjadrovať len prikývnutím hlavy, alebo občasným „hm“, „hm“, alebo parafrázovaním. Sestra by sa mala dostať ku podstate oznámenia a udržať tému rozhovoru, nakoľko niektorí pacienti majú tendenciu nepridržiavať sa danej témy (Janáčková, 2008, s. 35–36). Na začiatku rozhovoru je nutné prejaviť trpezlivosť, čo u pacienta vytvorí pocit istoty a bezpečia. Zdravotné problémy, ktoré pacient má, obmedzenia, závislosť na iných, ktoré z nich vyplývajú, sú často príčinou negatívnych emócií (úzkosť, strach, beznádej, bezmocnosť, agresia a i.). Treba myslieť na to, že pacienti agresívnym správaním neraz zakrývajú svoju bezmocnosť, čím dané správanie využívajú ako obranný mechanizmus (Šupínová, 2013). Pacient má získať informácie o možnostiach ovplyvnenia fyzických aj psychických problémov (Janáčková, 2008, s. 37–39).

Sestra pri svojej práci **komunikuje s lekárom, odborným zástupcom ADOS**. Pre udržanie vyššej kvality zdravotnej starostlivosti je podstatná spolupráca a kolegiálna medzi sestrami a inými zdravotníckymi profesionálmi. Dôležitá je aj koordinácia zdravotných a sociálnych služieb v spoločnosti, ktorá zabezpečuje kontinuitu starostlivosti a podporuje ľudí zotrvať v ich domácom prostredí (Dimunová, Raková, 2014). Spôsob komunikácie, odovzdávanie informácií medzi sestrou z ADOS a lekárom neovplyvňuje len vzťahy medzi zdravotníckymi pracovníkmi, ale vplýva aj na pacientov. Zdravotnícki profesionáli potrebujú vzájomne spolupracovať pri zdravotnej starostlivosti. Lekár aj sestra v domácej ošetrovateľskej starostlivosti sú v určitých rolách, ktoré vyplývajú z ich povolania, ale aj stereotypov viažucich sa na tieto roly. Sestra z ADOS nie je v takom vzťahu s lekárom, ako je to na oddelení alebo v ambulancii, napriek tomu tu môže pôsobiť súbor očakávaní, ktoré sa vzťahujú k profesii, pozícii, situácii, kde je lekár vnímaný ako nadriadený sestre. So zmenou roly mení človek vyjadrovanie, napr. zo spolupracovníka sa stáva nadriadený, vyberá iné slová, mení tón hlasu,

tempo reči, kontroluje alebo nekontroluje mimiku, gestá a pod. Práve predstava podriadenosti, závislosti inej profesie môže negatívne ovplyvniť spôsob komunikácie medzi profesionálmi, čo sa prejaví stereotypmi v myslení (Vybíral, 2000, s. 28, 63).

Porozumenie a dorozumenie sa s pacientom v domácom prostredí

Porozumieť s pacientom si môžeme vtedy, ak máme spolu aspoň niečo spoločné. Spoločné máme slová, ale aj iné symboly, ktoré sú nutným a kvalitným nástrojom nášho dorozumenia. Sám nástroj nestačí, ale záleží na tom, ako s ním zaobchádzame. Oznamovanie významov medzi ľuďmi je sprostredkované, málokedy sa odovzdáva priamo, napr. strach pred vyšetrením, zákrokom sa prejaví tremorom rúk, rozšírením zreníc, túžbou uniknúť z ohrozujúcej situácie, ale len málokedy útekem od sestry.

Pre sestru, ktorá poskytuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť je rozhodujúce, aby si rozumela so svojím pacientom. Symboly, slová, ktoré používajú by mali mať pre obidvoch rovnaký význam – znamenať to isté. Každý máme určitý uhol pohľadu, spôsob vnímania, chápania a hodnotenia sveta, ľudí, aj seba samého, čo môže byť príčinou nepochopenia, alebo zlého pochopenia poskytovanej informácie (Plaňava, 2005, s. 26–27). Tento spôsob vnímania sestry pacienta v domácom prostredí môže vychádzať z jej prvého dojmu, ktorý si o pacientovi vytvorila, alebo zo získanej informácie od iných ľudí. Ďalšie faktory, ktoré môžu ovplyvniť jej vnímanie sú napr. hodnoty, predstavy, ako by sa mal daný človek správať.

Počas svojej praxe v domácej ošetrovateľskej starostlivosti sa sestra stretáva s rôznymi ľuďmi a môže sa jej stať, že niektorý pacient jej niekoho pripomenie. V dôsledku toho sestra u neho predpokladá aj určité vlastnosti, ktoré však v skutočnosti nemusí mať (napr. sestra sa starala o pacienta, ktorý sa správal arogantne, hneval sa na všetko a všetkých). Môže sa stať, že pacient, ku ktorému prišla prvý raz je mrzutý, podráždený. Na základe tejto informácie si môže o ňom vytvoriť obraz, že je to mrzutý, negatívne nastavený človek, problémový pacient. Nie je dobré sa ponáhľať pri vytváraní si predstavy o druhom človeku. Najmenej vhodné je spoliehať sa na prvý dojem. Dôležité je pacienta, primárneho opatrovateľa poznávať dlhšiu dobu a v rôznych situáciách. Niektorí ľudia môžu byť na prvý pohľad sympatickí alebo nesympatickí, a často si to sestra vôbec nemusí uvedomiť, napriek tomu sa nesmie dať ovplyvniť sympatiou alebo antipatiou, ale poskytovať starostlivosť všetkým pacientom rovnako (Bubeníková, 2014, s. 175).

Sestra pracujúca v ADOS by nemala zabudnúť na to, že nielen ona si vytvára obraz o svojom pacientovi, ale aj pacienti a primárni opatrovatelia si vytvárajú predstavu o nej. Pri práci s pacientom sa má zamerať na súlad medzi verbálnou a neverbálnou komunikáciou. Ťažko jej bude pacient veriť, že sa plne venuje jeho potrebám, rieši jeho problémy, ak sa bude stále pozeráť na hodinky, hovoriť o svojich ťažkostiach, byť myšlienkami niekde inde, ako pri

pacientovi. Potrebné je sa pri práci plne sústrediť na pacienta, počúvať (načúvať) čo hovorí, čo potrebuje a čo nie. Pre pacienta prítomnosť sestry, ktorá mu poskytuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť, neznamená len vykonanie ošetrovateľskej starostlivosti, ale znamená jej prítomnosť aj sociálny kontakt, zdroj informácie o vonkajšom svete, vyplnenie voľného času, narušenie samoty (Bubeníková, 2014, s. 175).

Pri komunikácii môžeme pozorovať viazanosť na spoločenský kontext, čiže spoločenské role príjemcu (pacienta) a poskytovateľa (sestry z ADOS), a s nimi je spojená asymetria aktivít. V činnostiach týkajúcich sa starostlivosti je sestra nadriadená pacientovi, ide len o to, aby aj v takomto prípade vnímala pacienta ako partnera a prispôsobila tomu aj spôsob komunikácie. Keď pacient vníma sestru ako tú, ktorá mu pomáha, potom jej otázky, informácie bude interpretovať ako pomoc, záujem o neho. Ak je medzi sestrou a pacientom vzťahová asymetria, vzťah je neosobný, udržiavajú si od seba odstup, pacient môže otázku, informáciu interpretovať ako autoritatívnu, direktívnu. Význam správy nie je len v slovách, ale v interpretácii, ktorá zahŕňa vzťah medzi účastníkmi. Sestry by si mali uvedomovať, ako komunikujú s pacientom a čo mu hovoria (Helus, 2011, s. 232; Raudenská, Javůrková, 2011, s. 84–88).

Záver

Komunikácia je účinný nástroj v ošetrovateľskom procese, ktorý využíva sestra, pacient, ale aj primárny opatrovateľ. Aby sa pacient mohol rozhodovať o vhodnej starostlivosti pre seba, potrebuje informácie o starostlivosti, liečbe, prognóze, vedľajších účinkoch liekov resp. o odmietnutí starostlivosti, čo mu umožní reálne zhodnotiť situáciu a pripraviť sa na budúcnosť.

Efektívna komunikácia je proces, ktorý spája sestru a pacienta a umožňuje im spolupracovať, dosiahnuť spoločné ciele týkajúce sa zdravia. Zároveň efektívna komunikácia umožňuje zistiť hlavné problémy a pocity pacienta, spolupracovať pri rozhodovaní o liečbe, sledovať nepriaznivé reakcie pacienta, telesné aj psychické bariéry na strane pacienta, či zistiť individuálne preferovaný spôsob komunikácie, znalosť a neznalosť toho, čo chce pacient vedieť o svojej chorobe a liečbe.

Zoznam bibliografických odkazov

BUBENÍKOVÁ, M. Komunikácia v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In KOŽUCHOVÁ, M. a kol. Domáca ošetrovateľská starostlivosť. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2014. ISBN 978-80-8063-414-8, s. 169-195.

DE VITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

DIMUNOVÁ, L. – RAKOVÁ, J. Problémy súvisiace s inštitucionálnou starostlivosťou o seniorov. In *Sestra*. 2014, roč. 13, č. 5-6, s. 36-37.

GABURA, J. – GABURA, P. *Sociálna komunikácia*. Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2004. 128 s. ISBN 80-968927-7-0.

HELUS, Z. *Úvod do psychologie : učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. 317 s. ISBN 978-80-247-3037-0.

JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7387-179-6.

NEMČEKOVÁ, M. a kol. *Práva pacientov : Medicínske, ošetrovateľské a filozofické-etické súvislosti*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2004. 214 s. ISBN 80-8863-162-X.

PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací : Přístupy–dovednosti–poruchy*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 146 s. ISBN 80-247-0858-2.

RAUDENSKÁ, J. – JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

ŠUPÍNOVÁ M. Agresivita ako faktor determinujúci komunikáciu v ošetrovateľskej praxi. In *Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. Ružomberok : VERBUM, 2013. ISBN 978-80-561-0008-0, s. 44-51.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 263 s. ISBN 80-7178-291-2.

Kontaktná adresa:

PhDr. Mária Kozuchová, PhD.

ADOS-SRDCE s.r.o.

Nová 351

055 61 Jaklovce

majka.kozuchova@gmail.com

OPTYMIZM A OPERACJE GINEKOLOGICZNE

Optimismus a gynekologické operácie

Magdalena Lewicka

*Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego,
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska*

Wstęp

Współczesna psychologia zdrowia poświęca wiele uwagi problematyce zasobów osobistych i społecznych upatrując w nich czynniki sprzyjające zdrowiu i jakości życia jednostki. Do ważnych zasobów wewnętrznych wymienianych w literaturze należy optymizm.

Optymizm ma istotne znaczenie dla ogólnego stanu zdrowia jednostki i prawidłowego funkcjonowania chorych somatycznie, szczególnie w związku z koniecznością interwencji chirurgicznej. Jest to cecha osobowości rzadko analizowana w badaniach naukowych. Pojęcie optymizmu i pesymizmu może być rozpatrywane jako osobowościowe cechy dyspozycyjne, ujmowane w kategoriach zgeneralizowanego oczekiwania w przyszłości pozytywnych lub negatywnych skutków własnego działania czy zdarzeń losowych [1].

W rozważaniach i dyskusjach teoretycznych przyjmuje się, że optymizm jest częścią natury ludzkiej. Optymizm uznawany jest przez niektórych za cechę indywidualną jednostki, zależną od osobistego doświadczenia, która może ją różnić od innych jednostek podobnie jak inteligencja, temperament czy potrzeba osiągnięć [3].

Rozwinięcie

Pojęcie optymizmu wiąże się głównie z nazwiskami Michaela Scheiera, Charlesa Carvera oraz Martina Seligmana [4, 5]. Scheier i Carver założyli, że w sytuacji, gdy ludzie aktywnie starający się rozwiązać jakiś problem napotykają przeszkodę w realizacji celu angażują wówczas (świadomie lub nieświadomie) szereg określonych zachowań i oczekiwań. Podstawowe znaczenie w tym momencie mają oczekiwania wyniku. Dotyczy to nie tylko wyników, które są rezultatem własnego działania, ale także tych, które można przypisać szczęściu, zbiegowi okoliczności itp. [6, 7]. Wynika z tego, że podmiot nie zawsze występuje w roli sprawcy oczekiwanych pozytywnych wyników. Wręcz przeciwnie, optymizm może opierać się na oczekiwaniu, że inni ludzie lub siła wyższa mogą doprowadzić do osiągnięcia celu.

Scheier i Carver [3] są zdania, że optymiści lepiej dają sobie radę ze stresem aniżeli pesymiści. Lepiej adaptują się emocjonalnie do trudnej sytuacji, albo zaczynają tę sytuację akceptować, albo w pozytywny sposób ją rekonstruuja bądź też odwołują się do poczucia

humoru. Z kolei pesymiści mają tendencję do posługiwania się wyparciem, wycofaniem z realizacji celów nawet wówczas, gdy nadal istnieje szansa rozwiązania problemu.

Według Seligmana [2] optymistyczne oczekiwania dotyczące skutków własnych działań i przyszłości pozwalają zachować znacznie lepsze subiektywne samopoczucie oraz zdrowie fizyczne. Optymizm daje możliwość nowego spojrzenia na siebie i lepszego zrozumienia własnego ja. Jest związany ze zdrowiem psychicznym człowieka pełniąc wobec niego ochronną rolę w warunkach silnego stresu. Autor uważa, że ludzie różnią się pomiędzy sobą stylem wyjaśniania zdarzeń życiowych. *„Optymistyczny styl wyjaśniania kładzie kres bezradności, natomiast pesymistyczny styl wyjaśniania jeszcze ją pogłębia. Sposób, w jaki wyjaśniamy sobie różne wydarzenia, określa nasze do nich podejście i sprawia, że stajemy się bezradni, albo że traktując spotykające nas niepowodzenia jako chwilowe, mobilizujemy się do większej aktywności”* [2 s. 32].

Styl wyjaśniania zdaniem Seligmana ma trzy wymiary: stałości (stabilne–niestabilne), zasięgu (ogólne–specyficzne), oraz personalizacji, czyli lokalizacji przyczyn (uwewnętrzzone–uzewnętrzzone). Stałość przekonań dotyczy ich trwania w czasie. Stabilne wyjaśnianie zdarzeń rozpatrywane jest w kategoriach myślowych *zawsze* i *nigdy*, z kolei interpretowanie ich jako nietrwałych zwraca uwagę na ich przejściowy charakter (*czasami* i *ostatnio*). Zasięg natomiast dotyczy aspektu przestrzennego (*uniwersalnego* lub *ograniczonego*). Natomiast personalizacja związana z uwewnętrznieniem przyczyn wydarzeń polega na przypisaniu ich sobie (*to moja wina*) lub na przypisaniu ich innym ludziom albo okolicznościom zewnętrznym (*to wina losu*).

Ocena dyspozycyjnego optymizmu pozwala na prognozowanie jakości życia w chorobie, w tym także wystąpienia objawów stresu pourazowego po okaleczających zabiegach chirurgicznych [8]. Marczyńska–Wdówik [9] uważa, że profil dyspozycji osobowościowych wyznacza preferencje w zakresie doboru technik radzenia sobie w sytuacji trudnej. Osoby optymistyczne, wierzące we własną skuteczność, częściej podejmują efektywne działania zmierzające do rozwiązania problemów oraz stosują właściwe strategie w celu łagodzenia siły i wpływu negatywnych emocji.

Leczenie operacyjne kobiet z powodów ginekologicznych stanowi przyczynę stresu i może prowadzić do zmian w ich psychice. Badania w zakresie reagowania ludzi na stres podkreślają znaczenie wpływu dyspozycyjnego optymizmu na jakość uczuć i przeżyć w sytuacjach trudnych, niezależnie od przynależności kulturowej. W dostępnej literaturze znajdują się nieliczne doniesienia dotyczące analizy poziomu dyspozycyjnego optymizmu w grupie kobiet operowanych z powodów ginekologicznych [10].

Badania przeprowadzone przez Bidzan i wsp. [11] w grupie kobiet leczonych operacyjnie z powodu raka szyjki macicy cechował wyższy poziom optymizmu w okresie pooperacyjnym aniżeli przed operacją. Inne badania tej autorki [12] wykazały, że pacjentki

poddane operacjom radykalnym (usunięcie narządów rodnych z powodu guzów nienowotworowych lub nowotworów łagodnych macicy i przydatków) są bardziej zdecydowane w działaniu, bardziej wytrwałe i odpowiedzialne oraz wykazują więcej własnej inicjatywy aniżeli badane po operacjach oszczędzających narząd rodny. Ponadto autorka stwierdziła, że kobiety te są optymistycznie nastawione do świata, zainteresowane życiem i nowymi wyzwaniem, łatwo adaptują się do nowych warunków.

Analiza badań własnych [13], przeprowadzanych w grupie 232 kobiet leczonych operacyjnie z różnych powodów ginekologicznych wykazała, że badaną grupę kobiet cechował umiarkowany poziom optymizmu w okresie okołoperacyjnym. Analizując wyniki badań własnych stwierdzono, że poziom optymizmu w okresie pooperacyjnym był wyższy (5,38) w grupie badanych kobiet, u których wykonano operację ze znacznym urazem tkanek aniżeli w grupie badanych, u których wykonano operację z miernym urazem tkanek (5,37). Ponadto uzyskane wyniki badań własnych wskazują, że kobiety leczone operacyjnie w wieku do 40 roku życia, z wyższym wykształceniem oraz pozostające w związku małżeńskim przejawiają wyższy poziom optymizmu aniżeli kobiety powyżej 50 roku życia, posiadające wykształcenie podstawowe lub zawodowe, oraz samotne.

Wnioski

Badania naukowe potwierdzają pozytywne znaczenie dyspozycyjnego optymizmu, jako czynnika sprzyjającego zdrowiu i jakości życia jednostki w okresie hospitalizacji, leczenia chirurgicznego i rekonwalescencji. Dlatego istotne jest analizowanie tej cechy osobowości wśród pacjentek leczonych chirurgicznie w oddziale ginekologii.

Piśmiennictwo

1. Seligman M.E.P., Walker F., Rosenhan D. Psychopatologia. Poznań; Zysk i S-ka: 2003.
2. Seligman M.E.P. Optymizmu można się nauczyć. Poznań; Media Rodzina of Poznań: 1996.
3. Świeciński J. Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku. Warszawa; Wyd. Akademickie „Żak”: 2004.
4. Scheier M. F., Carver C.S., Bridges M.W. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol*, 1994; 67(6): 1063-1078.
5. Scheier M. F., Carver C.S. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol*, 1985; 4(3): 219–247.
6. Schweizer K., Koch W. The assessment of components of optimism by POSO-E. *Personality and Individual Differences*, 2001; 31: 563-574.
7. Carver C.S., Scheier M.F. The hopeful optimist. *Psychol. Inquiry*, 2002; 13(4): 288-290.

8. Widera A., Juczyński Z., Popiela T. Psychologiczne wyznaczniki stresu pourazowego u pacjentów onkologicznych po okaleczających zabiegach chirurgicznych. *Psychoonkologia*, 2003; 7(2): 31-36.
9. Marczyńska-Wdówik A. Rola wybranych zasobów osobistych w radzeniu sobie ze stresem u kobiet w okresie klimakterium. *Psychiatr Pol*, 2006; 50(2): 301-310.
10. Lewicka M., Makara-Studzińska M., Sulima M., Wiktor H.: Intensification of anxiety and depression and personal resources among women during peri-operative period. *Ann. Agric. Environ. Med.* 2014, 21,1: 91-97.
11. Bidzan M., Zielonka – Sujkowska A., Smutek J. Niektóre uwarunkowania samooceny kobiet operowanych z powodu raka szyjki macicy metodą Wertheima–Meigsa. *Psychoonkologia*, 2001; 8: 57-64.
12. Bidzan M. Ja realne i ja idealne u kobiet operowanych radykalnie i zachowawczo z powodu guzów łagodnych i nienowotworowych narządów rodnych. *Psychoonkologia*, 2003; 7 (4): 101-107.
13. Lewicka M.: Poczucie koherencji, poziom lęku i depresji oraz zasobów osobistych kobiet w okresie okołoperacyjnym: praca doktorska. Promotor prof. dr hab. n. med. Henryk Wiktor. Uniwersytet Medyczny, Lublin 2009.

Kontakt na autora:

dr n. med. Magdalena Lewicka, Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, ul. Chodźki 6, 20-093 Lublin, email: m.lewicka@umlub.pl

AGRESJA PACJENTÓW A WYPALENIE ZAWODOWE PERSONELU MEDYCZNEGO

Agresivita pacientov a syndróm vyhorenia u zdravotníckeho personálu

Bogumiła Lubińska-Żądło, Bożena Kowalczyk, Ewa Kowalska, Stanisława Talaga

Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

Podhale State School of Higher Vocational Education in Nowy Targ, Poland

STRESZCZENIE

Wstęp. Pojęcie wypalenia zawodowego zostało zdefiniowane w latach 70. XX wieku przez Freudenbergera jako stan wyczerpania jednostki spowodowany nadmiernymi zadaniami

stawianymi jej przez fizyczne lub społeczne środowisko pracy [1]. Niewątpliwie nie jest to zjawisko łatwe do opisanie w jednoznaczny sposób, chociażby ze względu na jego wielowymiarowość [2]. Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu medycznego są coraz częstszym zjawiskiem.

Celem badania jest rozpoznanie częstości i rodzajów agresji występującej w pracy pracowników sektora usług medycznych oraz określenie czy ma on wpływ na wypalenie zawodowe.

Materiał i metody. Grupę badanych stanowiło 40 osób będących pracownikami Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem. W pracy zastosowano ankietę własnego autorstwa skonstruowaną na potrzeby badania oraz kwestionariusza wypalenia zawodowego wg Ch. Maslach.

Wyniki. 95% respondentów w swojej pracy doświadczyło agresji pacjentów. 90% ankietowanych uznało, że fakt ten ma wpływ na ich pracę.

Wnioski. Szeroko spotykana agresja na linii pacjent-personel medyczny jest niepokojącym zjawiskiem.

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, agresja, personel medyczny

WSTĘP

Każde środowisko pracy jest miejscem gdzie można rozwijać swoje talenty, uczyć się nowych rzeczy, podnosić kwalifikacje, umacniać poczucie własnej wartości. Obok zabezpieczenia sobie bytu dzięki pracy rozwijamy swoją osobowość i tworzymy nowy jej rodzaj zwany osobowością zawodową. Różne sytuacje takie jak ograniczenia na rynku pracy, zła organizacja pracy, jej warunki, stosunki międzyludzkie, zaniedbywanie higieny psychicznej często doprowadzają, że praca destrukcyjnie może wpływać na człowieka. Rodzi się wtedy zjawisko powszechnie zwane syndromem wypalenia zawodowego. Działalność zawodowa człowieka może być źródłem satysfakcji i samorealizacji, ale również frustracji i niezadowolenia. Pojęcie wypalenia zawodowego zostało zdefiniowane w latach 70. XX wieku przez Freudenbergera jako stan wyczerpania jednostki spowodowany nadmiernymi zadaniami stawianymi jej przez fizyczne lub społeczne środowisko pracy [1].

Niewątpliwie nie jest to zjawisko łatwe do opisanie w jednoznaczny sposób, chociażby ze względu na jego wielowymiarowość [2]. Według Aronsona E. wypaleniem zawodowym można określić „często występujący u ludzi, którzy pracują z innymi (przede wszystkim, ale nie tylko, w zawodach polegających na niesieniu pomocy) i którzy w swych relacjach z klientami lub pacjentami, przełożonymi lub kolegami są stroną dającą” [3]. Maslach Ch. i M.P. Leiterkliniknie opisuje wypalenie zawodowe jako psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób

pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób [4]. Wyczerpanie emocjonalne stanowi pierwszy i kluczowy objaw. W miarę wyczerpania się zasobów sił, wzrasta stopniowo odczucie niemożności „dawania z siebie” tyle co poprzednio. Wyczerpanie emocjonalne manifestuje się odczuciem przekroczenia granicy wytrzymałości i poczuciem wyczerpania. Osoby, u których pojawiają się te symptomy stają się drażliwe, silnie reagują emocjonalnie na słabe bodźce łatwo popadają w konflikty, stają się niekomunikatywne. Kolejnym etapem syndromu wypalenia zawodowego jest dystansowanie się do innych i cynizm w stosunku do swej pracy. Trzecim etapem syndromu wypalenia zawodowego jest spadek poczucia własnych kompetencji i obniżenie samooceny w odniesieniu do wykonywanej pracy [5]. Przeżywanie stresu w miejscu pracy jest płaszczyzną na której pojawia się i rozwija syndrom wypalenia zawodowego [6]. Wypalenie zawodowe najczęściej nie jest konsekwencją sporadycznych traumatycznych zdarzeń, lecz następującym powoli wyniszczaniem psychicznym do którego może przyczynić się przeżywanie przez dłuższy czas nasilonego stresu wynikającego z agresji ze strony pacjentów z jaką personel medyczny spotyka się coraz częściej [7,8]. Spośród wszystkich sfer funkcjonowania człowieka szczególnie narażone na pojawienie się aktów agresji są te, które wiążą się z przebywaniem z innymi ludźmi lub koniecznością nawiązywania z nimi kontaktów [9]. Zarówno agresja w miejscu pracy, jak i problemy wynikające z zawodowego narażenia na agresję są w Polsce zjawiskami mało rozpoznanymi [9]. W większości badań światowych pracownicy służby zdrowia zostali uznani za grupę, w której poziom zawodowego narażenia na agresję należy do najwyższych [10]. Aktualne raporty i podręczniki dotyczące agresji w miejscu pracy wprowadzają podział źródeł agresji na; agresję pochodzącą z zewnątrz organizacji oraz na agresję pochodzącą z wewnątrz organizacji. Przykładem pierwszej jest agresja pacjentów skierowana na personel medyczny, źródłem agresji w służbie zdrowia pochodzącą z wewnątrz mogą być konflikty interpersonalne między współpracownikami [9,11]. Różne formy zachowań agresywnych przejawianych przez pacjentów stanowią nieunikniony problem zaburzający proces leczenia oraz destabilizujący relacje między pacjentem a personelem medycznym [12]. W zależności od stopnia nasilenia agresji oraz szkodliwości dla otoczenia personel medyczny reaguje wobec nich od agresji przez obojętność do wycofania się włącznie [13].

Z badań wynika, że uciążliwe i negatywne cechy zawodów medycznych narażonych na syndrom wypalenia zawodowego zgrupować można w kilku kategoriach:

- 1. Wymagania wynikające ze specyfiki zawodu takie jak: zmianowość, nieregularny tryb życia, bliski kontakt fizyczny z chorym, ryzyko zarażenia się od pacjenta.**
- 2. Obciążenia psychiczne, wiążące się z odpowiedzialnością.**
3. Niewspółmiernie niski poziom zarobków w stosunku do wymagań zawodu i indywidualnego wysiłku wkładanego w jego wykonywanie.
- 4. Zła współpraca zespołu leczącego.**

5. Zła współpraca z pacjentem i jego rodziną.

Niniejsza praca analizuje agresywne zachowania pacjentów wobec personelu medycznego oraz wpływ tych okoliczności na wypalenie w pracy zawodowej [14].

CEL PRACY

W opracowaniu podjęto więc próbę odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy istnieje związek między agresją pacjentów a wypaleniem zawodowym personelu medycznego?
2. Jak często personel medyczny spotyka się z agresją ze strony pacjentów?
3. Jaka jest i w jakim stopniu agresja ze strony pacjenta ma wpływ na reakcję personelu medycznego?

MATERIAŁ I METODY

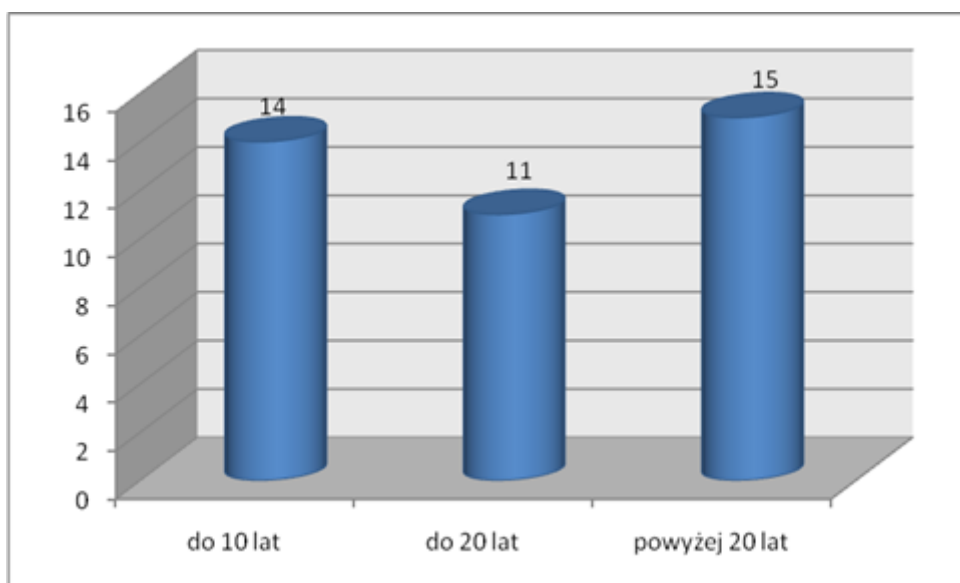
W pracy zastosowano dwie metody badawcze:

1. Ankietę własnego autorstwa skonstruowaną na potrzeby badania, która składała się z 10 pytań
2. Kwestionariusza wypalenia zawodowego wg Ch. Maslach obejmujący pytania ankiety od 1 do 20. Pytania od 1 do 9 odnoszą się do wyczerpania emocjonalnego, od 10 do 14 dotyczą zespołu objawów związanych z depersonalizacją, a pytania od 15 do 20 – satysfakcji zawodowej. Miara zagrożenia wypaleniem zawodowym wynika z sumy twierdzących w skali I i II (pytania 1- 9 i 10- 14) oraz przeczących odpowiedzi w skali III (pytania 15- 20). Wyniki ostatniej skali należy interpretować uwzględniając odmienność znaku tego wymiaru wypalenia zawodowego: wysoka satysfakcja zawodowa oznacza niską wartość wypalenia czyli wysoka satysfakcja jest odwrotnością syndromu wypalenia się. Stwierdzenia zawarte w kwestionariuszu zostały podzielone na trzy kategorie odpowiadające kolejnym aspektom wypalenia zawodowego.
 1. Wyczerpanie emocjonalne (EE).
 2. Depersonalizacja (DEP).
 3. Brak poczucia osiągnięć zawodowych (PA).

W skalach EE, DEP im wyższe są wyniki, tym bardziej nasilony jest poziom wypalenia zawodowego, zaś w skali PA im niższy wynik, tym wyższy jest wskaźnik wypalenia zawodowego. Uzyskane w czasie badania wyniki przedstawiono w postaci parametrów rozkładu: średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, wartość najmniejsza, największa, mediana, kwartył pierwszy, kwartył trzeci. Testem t-Studenta dla grup niezależnych porównywano uzyskane wyniki w zależności od płci. Analizą wariacji porównywano uzyskane wyniki w zależności od stażu pracy, który był określony w trzech kategoriach. Średnie profile budowano w oparciu o wartości średnie. Za statystycznie znamienne przyjmowano te wyniki testów, dla których

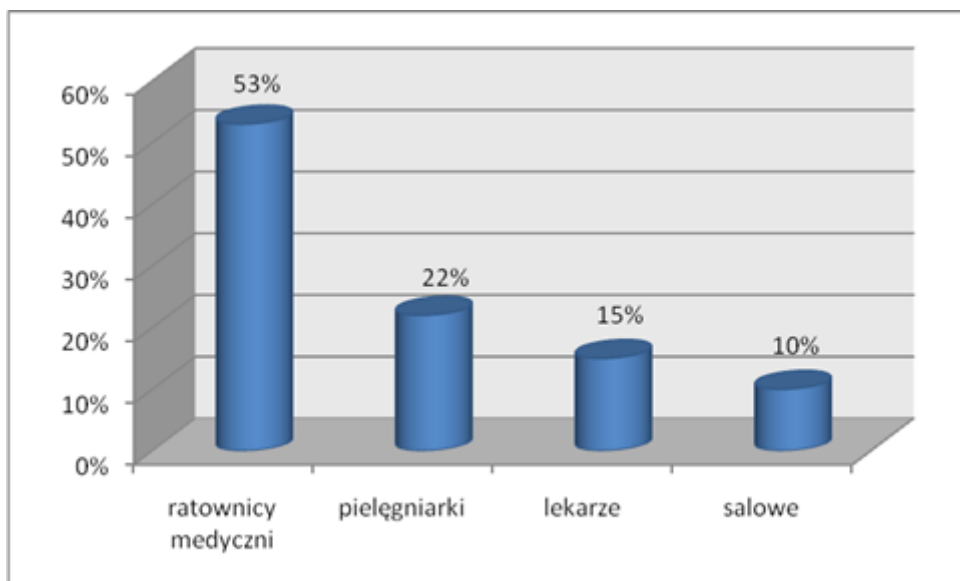
poziom istotności był mniejszy lub równy 0,05 ($p \leq 0,05$). Brak istotności statystycznej na wykresach oznaczano skrótem NS (Nieistotne Statystycznie). Obliczenia statystyczne wykonano pakietem statystycznym Statistica10 PL.

Grupę badanych stanowiło 40 osób będących pracownikami Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem. W badaniu brało udział 26 mężczyzn i 14 kobiet. Wiek respondentów wahał się od 23 do 49 lat. Średnia wieku kobiet wynosiła 37,5 lat, natomiast średnia wieku mężczyzn 31,5 lat. Największą liczbę stanowili pracownicy ze stażem pracy powyżej 20 lat pracy 15 osób. Najmniejszą liczbę stanowiły osoby pracujące od 10 do 20 lat – 11 osób. 14 osób pracowało do 10 lat (rycina 1).



Rycina 1. Staż pracy respondentów

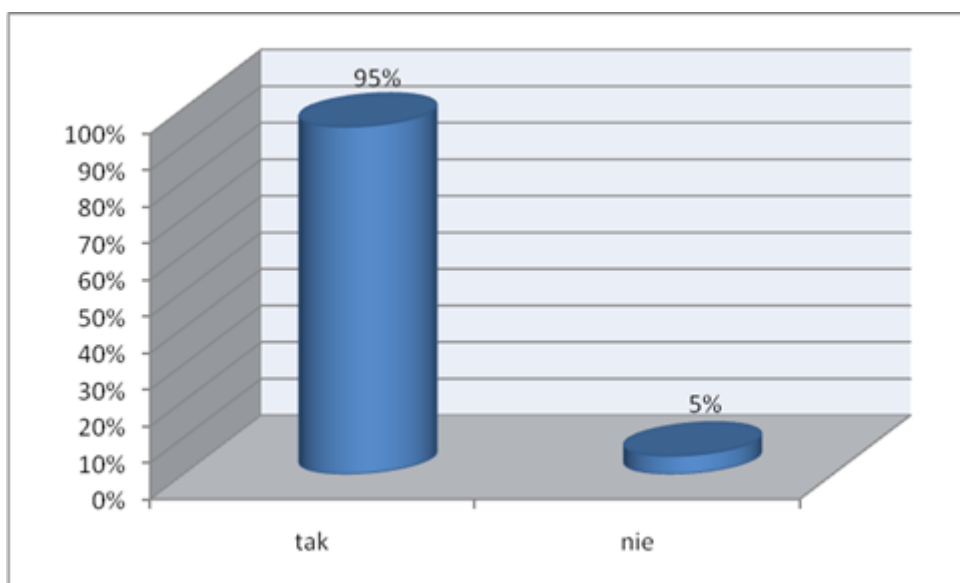
Największą liczbę respondentów stanowili ratownicy (53%), mniej liczną pielęgniarki (22%), lekarzy było 15%, a najmniej liczną grupę zawodową stanowiły panie pracujące w sekcji sprzątajacej-salowe (10%) (rycina 2).



Rycina 2. Przedstawiciele badanych grup zawodowych

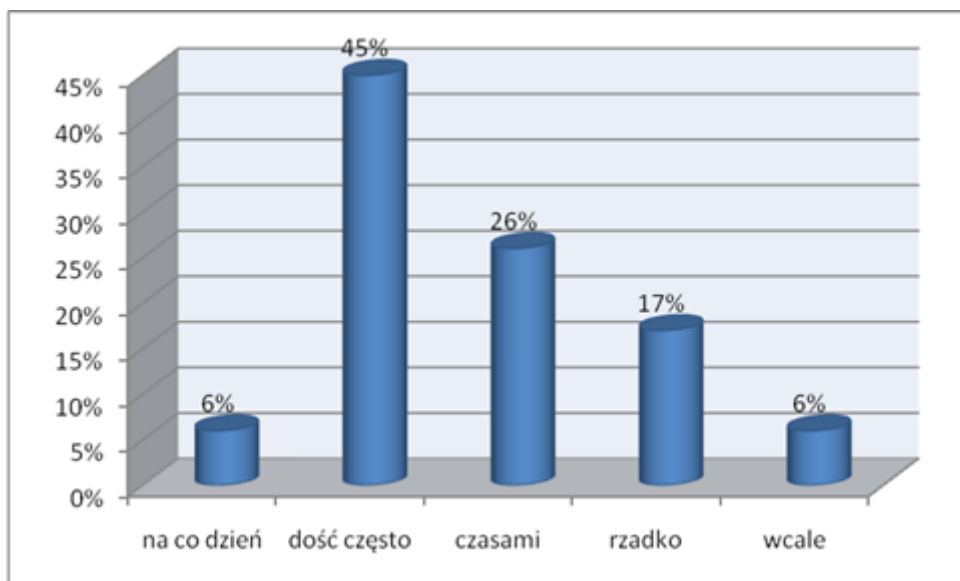
WYNIKI

Aż 95% badanych osób podało, iż w swojej pracy zawodowej doświadczyły zachowań agresywnych ze strony pacjentów. Jedynie 5% nie doświadczyło jej wcale (rycina 3).



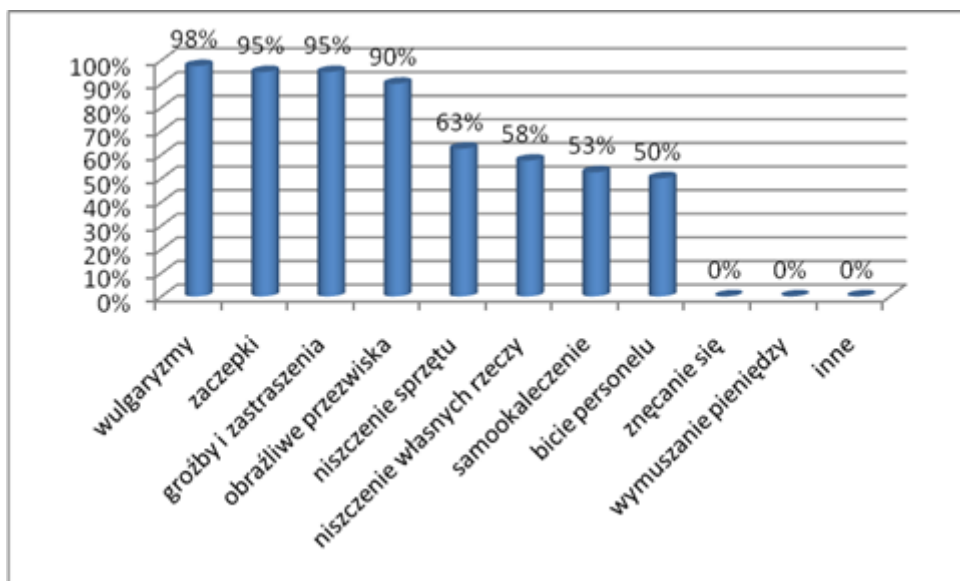
Rycina 3. Zjawisko agresji w pracy ze strony pacjentów

Badając częstotliwość spotykania się z agresywnym zachowaniem pacjentów to 3 respondentów spotyka się z nią codziennie (6%) i byli to lekarze. Największą liczbę (45%) stanowiły osoby, które spotykają się z agresją pacjentów dość często. Odpowiedź „czasami” wybrało 26% respondentów, 17% wytypowało „rzadko” i tylko 6% tj. 2 osoby nie spotkały się z agresją wcale. Osoby te pracują poniżej 5 lat na stanowisku pracy salowych (rycina 4).



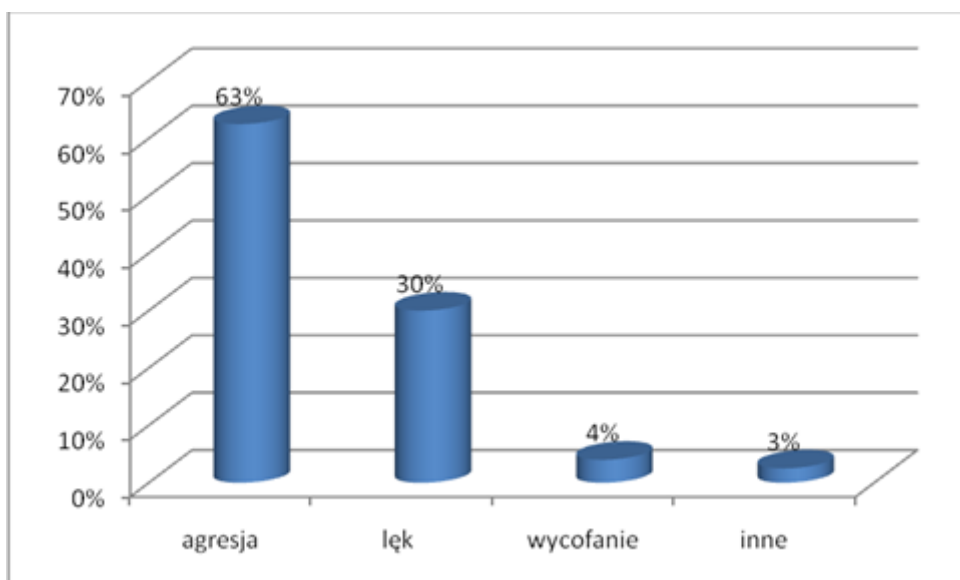
Rycina 4. Częstotliwość spotkania się z agresją pacjentów

Z dalszej analizy przeprowadzonych badań wynika, że najczęściej występującym przejawem agresji pacjentów wobec personelu są wulgaryzmy 98% (39 osób). Z zaczepkami, groźbami i zastraszeniami miało do czynienia 95% (38 osób). Nieznacznie mniej osób było narażonych na obraźliwe przezwiska 90% (36 osób). Z innymi przejawami agresji ponad połowa ankietowanych miała styczność i tak; świadkami niszczenia sprzętu szpitalnego było 63% (25 osoby), niszczenia własnych rzeczy 58% (23 osoby). Z samookaleczeniem spotkało się 53% (21 osób), a bicia personelu doświadczył co drugi ankietowany (20 osób). Żaden respondent nie spotkała się ze znęcaniem pacjentów i wymuszaniem pieniędzy. Jedna z osób napisała, że słyszała o przypadku wymuszania leków przez pacjenta, jednak sama nigdy tego nie doświadczyła (rycina 5).



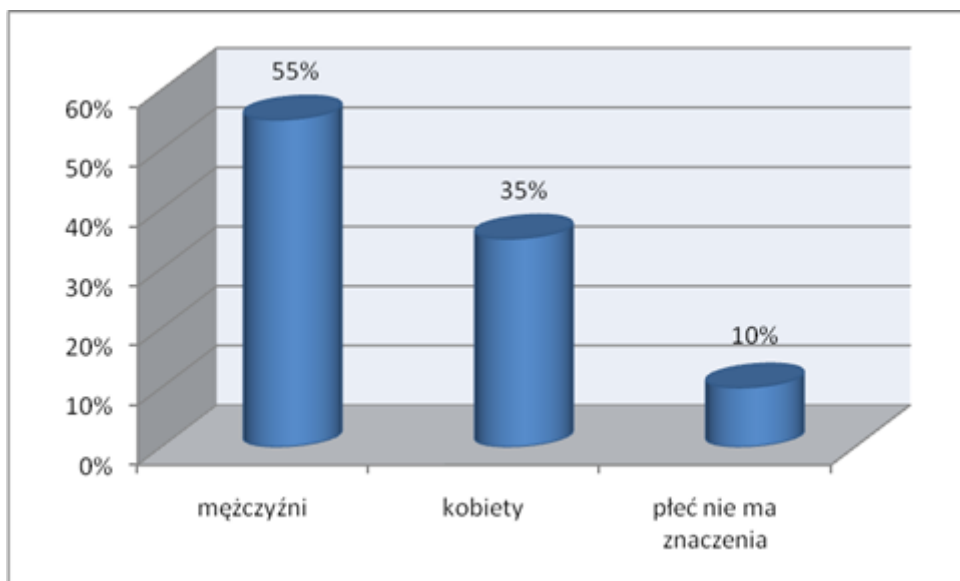
Rycina 5. Formy agresji wobec personelu medycznego

Wobec agresji ze strony pacjentów personel medyczny najczęściej reagował agresją (63%). Inną reakcją na przejawy agresji pacjentów był lęk (30%). Lęk wykazywały głównie kobiety, natomiast z agresją w 95 % stykali się mężczyźni. Tylko 4% respondentów przyjmowało postawę pasywną wobec agresywnego pacjenta (rycina 6).



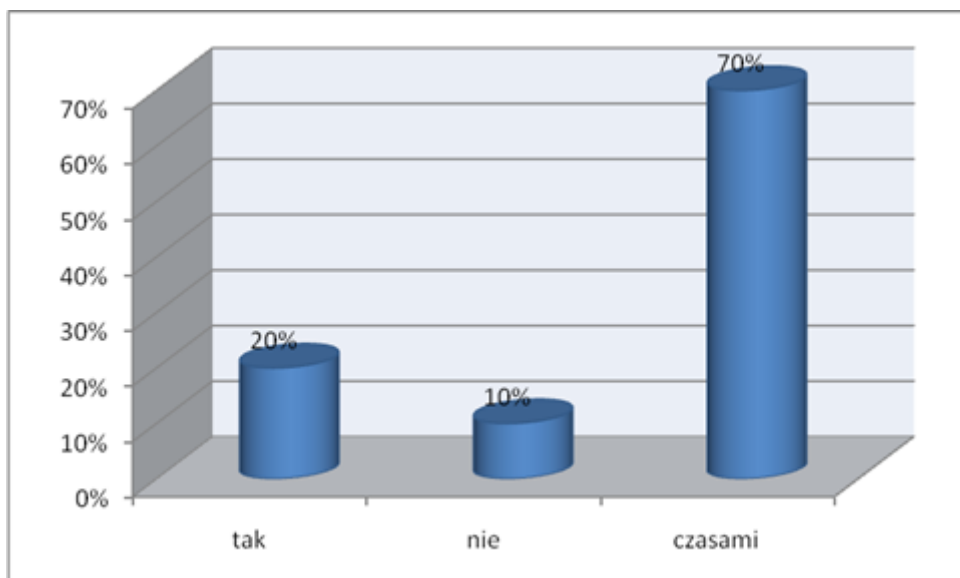
Rycina 6. Zachowanie ankietowanych wobec agresji ze strony pacjentów

Respondenci (55%) uznali, że bardziej agresywni są mężczyźni, 35% wskazało, że kobiety, natomiast 10% podało, że płeć nie ma wpływu na zachowania agresywne. Osoby które uznały, że płeć nie ma znaczenia legitymowali się ponad 20-letnim stażem pracy (rycina 7).



Rycina 7. Płeć a przejaw agresji ze strony pacjentów

Z analizy wpływu agresji pacjentów na stosunek do pracy respondenta wynika, że na 10% (4 osoby) nie ma to wpływu, na 20% (8 osób) agresja ma wpływ, natomiast najliczniejszą grupę stanowiło 70% respondentów (28 osób), na których agresja ze strony pacjentów ma wpływ tylko czasami (rycina 8).



Rycina 8. Wpływ agresji ze strony pacjenta na stosunek pracownika do pracy

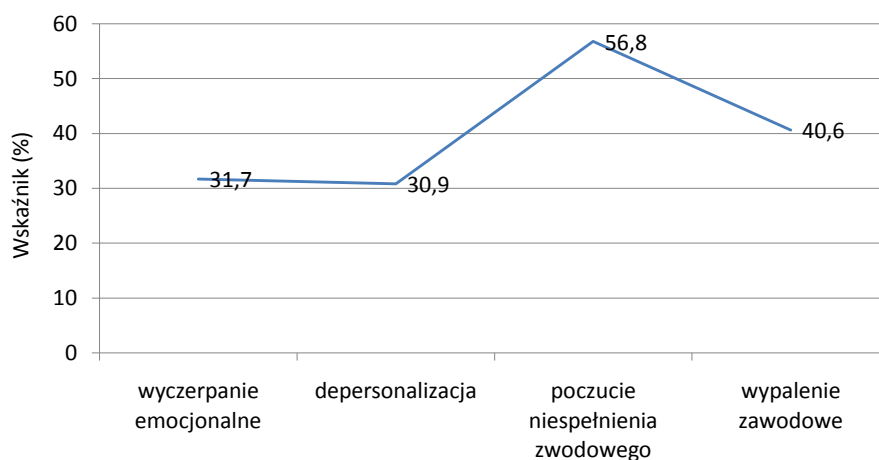
W celu głębszego zbadania problemu należałoby poddać analizie sytuacje, profil psychologiczny respondentów czy kategorię pacjentów, kiedy wpływ ten jest silniejszy i w jakim stopniu wpływa na stosunek do pracy.

Analizując wypalenie zawodowe można zauważyć, iż w całej badanej grupie kształtowało się na poziomie 40,6% przy czym analiza poszczególnych wskaźników wypalenia zawodowego

wskazuje, że największe wypalenie występowało w zakresie poczucia niespełnienia zawodowego (56,8%). Wskaźniki wyczerpania emocjonalnego i depersonifikacji kształtowały się na podobnym poziomie ok. 31% (tabela 1, rycina 9).

Tabela 1. Wskaźniki wypalenia zawodowego respondentów

skala	Wskaźniki wypalenia zawodowego (%)						
	średnia	odch.std	min	Q25	Me	Q75	max
wyczerpanie emocjonalne	31,7	23,2	0,0	22,2	33,3	44,4	100,0
depersonalizacja	30,9	20,2	0,0	20,0	20,0	40,0	80,0
poczucie niespełnienia zawodowego	56,8	31,1	0,0	25,0	62,5	87,5	100,0
wypalenie zawodowe	40,6	17,2	9,1	22,7	45,5	54,5	72,7



Rycina 9. Średni profil wypalenia zawodowego respondentów

Analizując wpływ poszczególnych czynników mogących wpływać na wypalenie zawodowe stwierdzono, iż płeć nie miała wpływu na wielkość wskaźników wypalenia zawodowego (tabela 2).

Tabela 2. Wskaźniki wypalenia zawodowego w zależności od płci

skala	płeć	Wskaźniki wypalenia zawodowego (%)							test t-Studenta
		średnia	odch.std	Min	Q25	Me	Q75	max	
wyczerpanie emocjonalne	kobiety	31,7	23,2	0,0	22,2	33,3	44,4	100,0	p=0,627
	mężczyźni	30,2	24,4	0,0	11,1	22,2	44,4	77,8	
depersonalizacja	kobiety	25,7	18,3	0,0	20,0	20,0	20,0	80,0	p=0,224
	mężczyźni	34,3	21,1	0,0	20,0	40,0	40,0	80,0	
poczucie niespełnienia zawodowego	kobiety	59,8	33,7	0,0	25,0	62,5	100,0	100,0	p=0,644
	mężczyźni	54,8	30,0	0,0	37,5	62,5	87,5	87,5	
wypalenie zawodowe	kobiety	41,6	17,5	9,1	27,3	45,5	54,5	72,7	p=0,803
	mężczyźni	40,0	17,5	18,2	22,7	45,5	54,5	68,2	

Staż pracy był kolejnym czynnikiem którego wpływu nie stwierdzono na wskaźniki wypalenia zawodowego opisujące wyczerpanie emocjonalne i depersonifikację oraz na ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego. Wypalenie zawodowe związane z poczuciem niespełnienia zawodowego istotnie ($p=0,029$) zależało od stażu pracy. Obserwuje się wzrost wartości wskaźnika wypalenia zawodowego opisującego poczucie niespełnienia zawodowego wraz ze wzrostem stażu pracy (tabela 3).

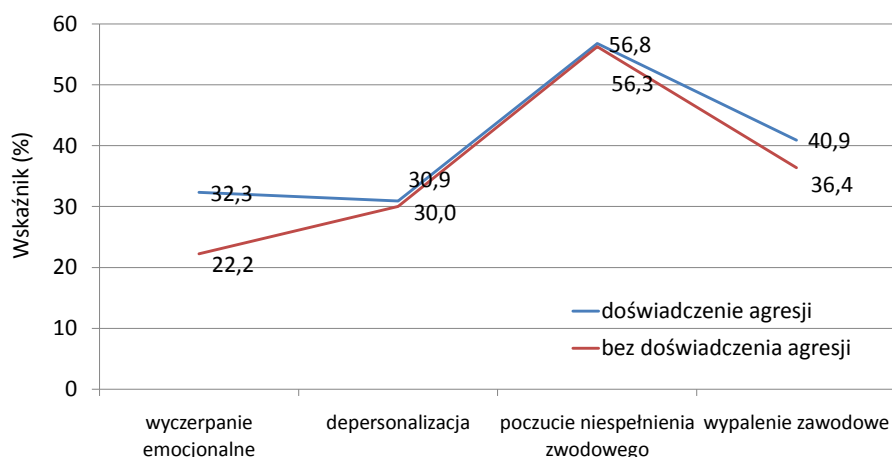
Tabela 3. Wskaźniki wypalenia zawodowego w zależności od stażu pracy

skala	staż pracy	Wskaźniki wypalenia zawodowego (%)							ANOVA
		średnia	odch.std	min	Q25	Me	Q75	max	
wyczerpanie emocjonalne	do 10 lat	34,9	26,1	0,0	22,2	33,3	44,4	100,0	p=0,344
	do 20 lat	23,2	24,6	0,0	0,0	22,2	33,3	77,8	
	powyżej 20 lat	36,7	15,8	22,2	22,2	33,3	44,4	66,7	
depersonalizacja	do 10 lat	32,9	21,6	0,0	20,0	20,0	40,0	80,0	p=0,825
	do 20 lat	30,9	22,6	0,0	20,0	20,0	40,0	80,0	
	powyżej 20 lat	28,0	16,9	0,0	20,0	20,0	40,0	60,0	
poczucie niespełnienia zawodowego	do 10 lat	42,9	26,3	0,0	25,0	37,5	75,0	87,5	p=0,29
	do 20 lat	56,8	35,5	0,0	25,0	62,5	87,5	100,0	
	powyżej 20 lat	76,3	23,2	37,5	62,5	87,5	87,5	100,0	
wypalenie zawodowe	do 10 lat	37,3	19,5	9,1	18,2	36,4	50,0	72,7	p=0,189
	do 20 lat	37,2	17,7	18,2	18,2	36,4	54,5	68,2	
	powyżej 20 lat	49,1	10,7	22,7	50,0	50,0	54,5	59,1	

Nie można przeprowadzić wnioskowania statystycznego dotyczącego wpływu doświadczenia agresji na wypalenie zawodowe, ponieważ jedynie dwóch respondentów nie doświadczyło agresji. Profil wypalenia zawodowego u tych osób wskazuje na niższe wartości wszystkich wskaźników wypalenia zawodowego niż u osób, które doświadczyły agresji (rycina 10, tabela 4).

Tabela 4. Profil wypalenia zawodowego w zależności od doświadczenia agresji

Skala	czy doświadczył agresji	Wskaźniki wypalenia zawodowego (%)						
		średnia	odch.std	min	Q25	Me	Q75	max
wyczerpanie emocjonalne	tak	32,3	23,8	0,0	22,2	33,3	44,4	100,0
	nie	22,2	0,0	22,2	22,2	22,2	22,2	22,2
depersonalizacja	tak	30,9	19,4	0,0	20,0	20,0	40,0	80,0
	nie	30,0	42,4	0,0	0,0	30,0	60,0	60,0
poczucie niespełnienia zawodowego	tak	56,8	31,7	0,0	25,0	62,5	87,5	100,0
	nie	56,3	26,5	37,5	37,5	56,3	75,0	75,0
wypalenie zawodowe	tak	40,9	17,4	9,1	27,3	45,5	54,5	72,7
	nie	36,4	19,3	22,7	22,7	36,4	50,0	50,0



Rycina 10. Średni profil wypalenia zawodowego w zależności od doświadczenia agresji

OMÓWIENIE WYNIKÓW

W pracy dokonano analizy zachowań agresywnych pacjentów zgłaszających się do szpitalnego oddziału ratunkowego wobec personelu medycznego. Przeprowadzone badania miały na celu rozpoznanie częstości występowania agresji w pracy pracowników sektora usług medycznych oraz określenie czy ma on wpływ na wypalenie zawodowe. Z przeprowadzonych badań wynika, iż personel medyczny zatrudniony na oddziale ratunkowym doświadcza zachowań agresywnych ze strony pacjentów. Podobne wnioski uzyskuje Berent D. i wsp. podając, iż spośród 30 badanych osób zatrudnionych na Izbie Przyjęć - 20 osób doświadcza zachowań agresywnych ze strony pacjentów [15]. Biorąc pod uwagę całe spektrum następstw, jakie mają dla personelu medycznego agresywne zachowania pacjentów, uzasadniona i konieczna jest dalsza analiza czynników ryzyka takich zachowań oraz zbadanie czy zachowania te przyczyniają się do wypalenia zawodowego. Problem dotyczący zachowań agresywnych stanowi jeden z elementów mogących mieć wpływ na zjawisko wypalenia zawodowego. Powyższe badania nie udzieliły jednoznacznej odpowiedzi, gdyż w badanej grupie była zbyt mała liczba osób, które nie doświadczyły agresji ze strony pacjentów co uniemożliwiło wiarygodne obliczenie tego zjawiska. Zwiększenie grupy badanej pozwoliłoby na uzyskanie odpowiedzi pod warunkiem, że zjawisko agresji nie powieliłoby się. Problem agresji w służbach medycznych nie może być całkowicie wyeliminowany, istnieje szeroka przestrzeń dla rozwoju metod dla jej ograniczania, a tym samym coraz skuteczniejszego zapobiegania jej negatywnym wpływom na personel. Elementem mogącym mieć wpływ na redukcję agresji wśród pacjentów są szkolenia personelu medycznego dotyczące rozpoznawania objawów agresji wśród pacjentów czy prawidłowej komunikacji [16].

WNIOSKI

1. Tylko dwie osoby zatrudnione w oddziale ratunkowym nie doświadczyły bezpośredniej agresji fizycznej ze strony pacjenta.
2. Główną formą zachowań agresywnych pacjentów była agresja słowna, której doświadczyło 98% ankietowanych.
3. Agresja ze strony pacjenta rodzi agresję wśród personelu medycznego do czego przyznaje się ponad 60%.
4. Szeroko spotykana agresja na linii pacjent-personel medyczny jest niepokojącym zjawiskiem, które ze względu na małą liczebność osób, które jej nie doświadczyły uniemożliwiła wnioskowanie statystyczne.

PIŚMIENNICTWO

1. Pytka D., Doboszyńska A., Kądalska E., Sienicka A.: Wypalenie zawodowe pielęgniarek pracujących w wybranych hospicjach stacjonarnych województwa mazowieckiego. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010; 4, 3: 105–110
2. Kędra E., Sanak K.: Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. *Piel. Zdr. Publ.* 2013, 3, 2, 119–132
3. Aronson E, Pines A.M, Kafry D.: Ausgebrannt. *Psychologie Heute*, 1983, 10, 21-27.
4. Maslach Ch., Leiter M.P.: Die Wahrheit über Burn out. *Streß am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*, Springer, Wien 2001, 48-60.
5. Rybakiewicz J.: Człowiek i psychologia, Wydawnictwo Park, Bielsko-Biała 2004,s. 423
6. Olech A.: Wypalenie zawodowe, *Remedium* luty 1999, s.7
7. Litzke S.M., Schuh H.: Stres, mobbing i wypalenie zawodowe, Wyd. GWP, Gdańsk 2007, 167.
8. Szostak J.: Wypalenie zawodowe osób zajmujących się pomaganiem oraz proces ich psychoprofilaktyki.
9. Drabek M., Merecz D., Mościcka A.: Skala narażenia na agresję w miejscu pracy pracowników służby zdrowia i sektora usług. *Medycyna Pracy* 2007, 58 (4):299 – 306
10. International Labour Organization: Violence on the job - A global problem. ILO, Genewa 1998
11. California Division of Occupational Safety and Health: Guidelines for Workplace Security. Division of Occupational Health and Safety, San Francisco 1995
12. Sariusz-Skąpska M.: Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005, 14 (2): 87-91
13. Markiewicz R.: Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych. *Curr Probl Psychiatry* 2012, 13(2):93-97
14. Sęk H.: Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie, PWN, Warszawa 2006, 202
15. Berent D., Pierchała O., Florkowski A.: Agresja pacjentów wobec personelu medycznego izby przyjęć szpitala psychiatrycznego. *Psychiatria i Psychoterapia*: 2009, 5: 1-2.
16. Markiewicz R.: Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych *Curr Probl Psychiatry* 2012, 13(2):93-97

Kontakt na autora:

Bogumiła Lubińska-Żądło

bogda_alina@o2.pl

tel. kom. 660 428 202

34-745 Spytkowice 17

Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

Moravcová, H., Vojtová, A., Holá, J.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Abstrakt

Článek přináší poznatky z výzkumu prováděného v rámci studentské grantové soutěže na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Projekt se zabývá zjišťováním stávajícího stavu komunikace ve vybraných zdravotnických zařízeních a určení nejdůležitějších faktorů ovlivňující komunikaci. Část projektu je zaměřena na marketingovou komunikaci zdravotnického zařízení a její význam pro prosperitu organizace, druhá část projektu se zabývá interní komunikací a jejím významem v managementu organizace.

Článek přináší výsledky základní analýzy komunikace ve vybrané nemocnici, zpracované na základě teoretické rešerše a výsledků kvalitativního výzkumu.

1. Úvod do problematiky komunikace

V každé fungující organizaci se sleduje hlavně tok informací z vnějšího okolí, informací z prostředí, ve kterém organizace provozuje svoji základní činnost. Uvnitř firmy je tok informací neméně důležitý a ještě mnohem rychlejší. Sdílení vnějších i vnitřních informací a práce s nimi, vytváření know-how, však nejsou jedinou náplní komunikace probíhající uvnitř organizace, neboť komunikace prostupuje všemi manažerskými funkcemi a je základním spojovacím článkem v procesu řízení. Bez komunikace si nelze vůbec organizaci a její fungování představit. V tomto kontextu chápeme proces komunikace jako výměnu, předávání a přijímání informací, které by měly jasně odrážet aktivitu a cíle organizace.

V praxi managementu se pak význam komunikace konkrétně projevuje zejména v těchto činnostech: sdělování zpráv, informací, rozhodnutí, vyjasňování skutečností, stavů, situací, přesvědčování, ovlivňování, implementace zpětné vazby ve všech komunikačních vztazích, konkrétní činy manažerů, jejich chování, dodržování firemních pravidel zásad i obecného etického a morálních rámce, sdílení společných hodnot. [4]

V organizaci je komunikace především podmínkou pro výkon práce a nástrojem pro ovlivňování pracovních postojů, aktivitu a chování pracovníků. Organizace tím, jak komunikuje, jak komunikují její manažeři, vytváří prostředí pro spolupráci všech pracovníků a přímo ovlivňuje dosahování cílů a prosperitu. Informace, které jsou předmětem komunikace z organizace směrem do vnějšího i vnitřního okolí, jsou součástí koordinované marketingové činnosti, resp. marketingové komunikace v rámci celého komunikačního mixu. Je velmi důležité, aby si management uvědomoval všechny směry komunikace firmy a nepodceňoval komunikaci s žádným z partnerů, vhodně volil formy komunikace se všemi cílovými skupinami (pacienti stávající a potenciální, spolupracující partneři, řídicí a kontrolní organizace, široká veřejnost).

Obrázek 1 naznačuje rozsáhlou komunikaci firmy výčtem nejdůležitějších vnějších i vnitřních partnerů fungující organizace.



Obrázek 1 Nejdůležitější vnější a vnitřní partneři firmy [4]

Poslední průzkum Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (EASHW) přinesl žebříček nejčtenějších zdrojů pracovního stresu. V celkovém výsledku zahrnujícím nejen členské země EU (celkem 31) se na čelních místech stresorů objevuje jak komunikace mezi vedením a zaměstnanci, tak nedostačující komunikace mezi zaměstnanci navzájem. V České republice se dokonce na prvních třech místech bezkonkurenčně objevuje špatná komunikace, a to mnohem výrazněji než v jiných zemích. Celých 62 % pracovníků souhlasí s tvrzením, že jim potíže při výkonu práce způsobuje nedostatečná komunikace mezi kolegy navzájem a 65 % pracovníků označuje za hlavní stresor nedostatečnou komunikaci mezi vedením a pracovníky. Tak silná nespokojenost s komunikací se nevyskytuje podle průzkumu v žádné jiné zemi. [2] Na uvedeném výzkumu je možné ukázat, jak důležitá pro pracovníky a potažmo pro organizaci, neboť komunikace zcela určitě ovlivňuje angažovanost pracovníků, jejich výkony a pracovní postoje. Z tohoto důvodu je nutné, aby management věnoval svou pozornost i interní komunikaci. Interní komunikace probíhající uvnitř organizace prostupuje všemi procesy a je spojovacím článkem v procesu řízení celé organizace. Základní potřeby managementu v oblasti komunikace vycházejí z oblastí řízení lidských zdrojů, kultury firmy, rozhodování, řešení konfliktů, řízení změny a využívání technologií. [10] Ucelenější rozsah interní komunikace z hlediska jejich cílů, klíčových procesů a metodik a jejího významu pro organizaci uvádí Holá ve své monografii. [5] Význam interní komunikace zmiňují také autoři publikací personálního managementu [1] [7] i autoři zabývající se firemní marketingovou komunikací [6]. Komunikací mezi managementem zdravotnických zařízení a jeho pracovníky se zabývá např. Gladkij a kol. [3]

Interní komunikace lze z hlediska obsahu definovat jako propojení tří základních oblastí, které současně reprezentují její hlavní cíle: informační zabezpečení pracovníků pro výkon jejich práce, informační a motivační propojení nutné ke spolupráci, formování žádoucích pracovních postojů (pracovního chování a jednání) k dosažení stability pracovníků a organizace.

Neefektivní komunikace se projevuje především nedostatkem, neaktuálností nebo nejednoznačností informací a absencí zpětné vazby. Tyto nedostatky způsobují informační šумы, které pak společně s nedostatkem prostoru pro jejich objasňování zásadně ovlivňují pracovní výkon a mohou vést až k jeho paralyzování. Z tohoto titulu lze interní komunikaci (zahrnující komunikaci mezi vedením a pracovníky, komunikaci v týmu i osobní komunikaci při spolupráci) chápat jako důležitou pracovní podmínku.[4] (Holá, 2011, s. 5)

2. Studentský projekt: komunikace zdravotnického zařízení

V rámci projektu studentské grantové soutěže na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice je zpracováváno téma komunikace zdravotnického zařízení vznikají tak dvě diplomové práce se zaměřením na marketingovou komunikaci a komunikaci interní. Projekt se zabývá zjišťováním stávajícího stavu komunikace ve vybraných zdravotnických zařízeních a určení nejdůležitějších faktorů ovlivňující komunikaci. Část projektu je zaměřena na marketingovou komunikaci zdravotnického zařízení a její význam pro prosperitu organizace. Druhá část projektu se zabývá interní komunikací a jejím významem v managementu organizace.

Ve vybraných spolupracujících nemocnicích byl proveden základní kvalitativní výzkum formou rozhovorů s manažery na zvolené téma komunikace. Na základě kompilace teoretické rešerše a výsledků kvalitativního výzkumu jsou zpracovány základní analýzy stavu komunikace v nemocnici a dále se připravují kvantitativní ověření významu interní komunikace a vliv marketingové komunikace na pacienty.

3. Marketingová komunikace ve vybrané nemocnici

Hlavním úkolem zdravotnických zařízení je kvalitní uspokojování individuálních zdravotních potřeb obyvatel, a je proto nezbytné tyto potřeby co nejlépe rozpoznat. [3] Ve zdravotnictví se marketing velmi často zjednodušuje a nejčastěji zaměřujeme především na užití nástrojů marketingové komunikace zaměřena především na public relations (dále jen PR). Marketingová komunikace zdravotnických zařízení by se však měla zaměřovat nejen na pacienty, ale také na zaměstnance, odbornou veřejnost, spolupracující firmy a nadřízené a kontrolní orgány [9].

3.1 Marketingová komunikace s pacienty

Ve sledované nemocnici (a. s. vlastněná krajem, 500 zaměstnanců) se management snaží především o marketingovou komunikaci s cílem informovat klienty o svých službách a vytvářet image nelhostejné moderní nemocnice s cílem neustále zvyšovat počty klientů, kteří si zařízení

vyberou pro svou léčbu. Marketingová komunikace zařízení je zaměřena na pacienty s odložitelnými elektivními výkony, které dále dělí do čtyř skupin:

- pacienti chirurgičtí (různé druhy operací),
- pacienti interní (především s chorobami GIT a kardiologičtí),
- pacienti vyžadující dlouhodobou intenzivní a ošetrovatelskou péči (nemocnice má jako jediná v kraji oddělení tohoto typu),
- pacienti specičtí (zejména rodičky).

O rodičky je v současné době velký konkurenční boj mezi zdravotnickými zařízeními; ovšem zajímavostí je, že právě na tuto skupinu nemocnice marketingovou komunikaci vůbec nezaměřuje, a to proto, že rodičky si mezi sebou šíří velmi dobré reference a o služby nemocnice v tomto oboru je proto obrovský zájem. Nemocnice postrádá jak plán marketingové komunikace, tak i odborníka, který by se touto problematikou profesionálně zabýval. Nemocnice se zabývá především aktivitami public relations.

PR nemocnice můžeme rozdělit do několika skupin: tvorba pozitivní image nemocnice, Press Relations, Corporate Publishing, online PR, krizová komunikace, služby navíc. [9]

Tvorba pozitivní image

Základem pozitivního image nemocnice je jednotná pozitivní prezentace organizace. Corporate identity se zaměřuje jak dovnitř (interní PR zaměřená na zaměstnance), tak i vně organizace (externí PR zaměřená na rozmanité skupiny veřejnosti – klienty, odborníky, spolupracující firmy apod.). Externí PR téměř vždy převažují [9].

Zkoumaná nemocnice úspěšně prošla v roce 2009 certifikací, nově ji také čeká akreditace. Certifikací a akreditací chce nemocnice garantovat kvalitu léčebné a ošetrovatelské péče. Nemocnice sleduje a vyhodnocuje hodnocení kvality služeb pacienty, pracuje se zpětnou vazbou od pacientů, jasně tak deklaruje ochotu zlepšovat své služby na základě přání pacientů. Ve spolupráci s městem a dalšími organizacemi pořádá nemocnice zhruba 2x do roka mini veletrh Zdravé město. Prezentuje se tedy jako místní nemocnice, poskytující kvalitní služby s ochotou zlepšovat se ve spolupráci s pacienty. Nemocnice zavedla pro své pacienty program Věrnostní slevové karty, ve kterém má pacient možnost získat slevy na nákup v nemocniční lékárně. Nemocnice také spustila program Poukázek na péči, kdy pacient věnuje nemocnici finanční příspěvek v určité výši (500, 1000, 2000 Kč), a tím si de facto zakoupí poukázku na péči a služby poskytované ve zdravotnickém zařízení. Nemocnice dále nabízí screening astma bronchiale za pomoci spirometrie, která určí riziko vzniku astmatu u dětí. Pro dospělé pacienty jsou to pak tři druhy preventivních vyšetření pro určení hladiny cukru v krvi, natočení EKG, kolonoskopie (screening kolorektálního karcinomu pro pacienty starší 55 let). Nemocnice také nově zavedla informační desky na pokojích hospitalizovaných pacientů, kde lze najít veškeré důležité informace týkající se hospitalizace (co s sebou do nemocnice, práva a povinnosti pacientů,

domácí řád oddělení, jmenný seznam personálu pečujícího o pacienty, fotografie nemocnice a oddělení, kontakty na zdravotnické zařízení, atd.).

Press Relations

Press Relations neboli vztahy organizace s médii jsou jádrem PR. Výsledkem dobrého fungování těchto vztahů je příznivá mediální publicita organizace [9].

Spolupráce nemocnice s médii je velmi omezená. S televizními stanicemi zdravotnické zařízení spolupracuje pouze na jejich výzvu. V kategorii tištěných médií spolupracuje zdravotnické zařízení pravidelně s místním deníkem, jehož pravidelnou rubrikou je stránka fotografií matek s novorozenci. Sporadicky také nemocnice spolupracuje s MF DNES. Zhruba 10x do roka rozesílá nemocnice tiskové zprávy. Díky spolupráci zdravotnického zařízení s nizozemskou firmou bylo možné vybudovat nemocniční rádio Pohoda. Jeho vysílací místnost je přímo v areálu nemocnice a rádio je propojené na všechna oddělení nemocnice a pokoje pacientů kromě dětského oddělení. Rádio vysílá pro hospitalizované pacienty v odpoledních hodinách a hraje především písničky na přání pacientů.

Corporate Publishing

Organizace často využívají ke komunikaci s interní i externí veřejností svá vlastní média, což velmi přispívá k tvorbě pozitivní image organizace. Hlavními médii corporate publishing jsou časopisy pro zákazníky a zaměstnance, výroční zprávy a další publikace pro veřejnost [9]. Tato část PR bohužel v marketingové komunikaci nemocnice chybí. Zdravotnické zařízení nevydává žádný svůj časopis, bulletin nebo noviny. Nemocnice vydává pravidelně výroční zprávy. Systémově neřeší interní PR zaměřené na zaměstnance ani jinou formu interní komunikace.

Online PR

Na rozdíl od tradičních médií dokáže internet sloučit všechny druhy komunikace s veřejností: reklamu, marketing, PR i žurnalistiku a navíc tuto komunikaci zásadně urychluje. Organizace využívají online PR především tvorbou svých webových stránek. V poslední době se online PR začínají rozšiřovat také na sociální sítě, kde si společnosti vytvářejí své profily [9].

Správu webových stránek nemocnice zajišťuje externí firma, informace mohou publikovat dedikovaní pracovníci. Na webových stránkách lze nalézt nejen profil a strategii společnosti a její medicínské zaměření, základní informace o nemocnici a jednotlivých odděleních, informace o poskytované péči a službách. Intranet nemocnice nemá k sociálním sítím má vedení nemocnice negativní postoj.

Krizová komunikace

V životě organizace existuje spousta věcí, které se nemusí podařit. Z hlediska PR je každá negativní událost organizace úzce spojena se zhoršením image a s tím spojenými důsledky. V těchto chvílích musí PR oddělení vést komunikaci s okolím a médii, aby udrželo dobrou image

organizace. Proto je pro management organizace důležité „zapojovat fenomén nepředvídatelného do úvah v řízení podniku“ [9].

Nemocnice má vypracované poplachové směrnice, v případě potřeby je svolán krizový štáb složený z vedení společnosti a primářů všech oddělení. Všichni zaměstnanci jsou v této oblasti pravidelně proškoleni. Kompetentní pro komunikaci s médii je pouze ředitel společnosti, který je zároveň i jejím tiskovým mluvčím.

Služby navíc

Služby navíc jsou aktivity organizace, které nelze zařadit do žádné z předchozích kategorií. Ovšem i tyto aktivity pomáhají vytvářet pozitivní vztah mezi organizací a veřejností a jsou nedílnou součástí marketingové komunikace organizace.

Zdravotnické zařízení poskytuje (stejně jako nyní již téměř všechny nemocnice v ČR) možnost nadstandardního ubytování na téměř všech odděleních. Dále spolupracuje s mateřskou a základní školou při nemocnici. Již čtvrtým rokem běží v nemocnici projekt dobrovolnické činnosti, ve kterém spolupracuje nemocnice se školami. Jako další službu nemocnice pravidelně pořádá bohoslužby. Ty se konají 1x měsíčně a trvají cca 20 minut, aby je mohli absolvovat i těžce nemocní pacienti. V neposlední řadě nemocnice spolupracuje s kineziologem, který zde za pomoci svého psa provádí kanysterapii.

3.2 Marketingová komunikace se zaměstnanci

Komunikace se zaměstnanci je velmi úzce spojena s komunikací s pacienty a jejím cílem jsou spokojení zaměstnanci, kteří nemocnici dále doporučují a referují o ní v pozitivním světle. Jako základ marketingové komunikace se zaměstnanci vnímá vedení nemocnice především dostatečnou informovanost zaměstnanců o všem, co se v nemocnici děje, a dále také nabídku veškerých vyšetření zdarma stejně jako pacienti. Tedy interní Public Relations.

Vedení společnosti preferuje jako informační kanál přímé osobní setkání se zaměstnanci, ke kterému dochází pravidelně minimálně 4x do roka na provozních schůzích, kde mají zaměstnanci možnost se i vyjádřit k jednotlivým krokům vedení. Dalším důležitým informačním kanálem je intranet, kde mají zaměstnanci k dispozici veškeré informace (novinky, aktuality, vyhlášky, směrnice, standardy péče atd.) a vedení společnosti při interních auditech kontroluje schopnost zaměstnanců s intranetem pracovat a také, zda si informace pročítají. Tento kanál zajišťuje především informační vybavenost pracovníků. Sociální výhody pro zaměstnance, které reprezentují respekt a zájem zaměstnavatele o své pracovníky se soustředí především na možnosti veškerých screeningových vyšetření jako pacienti, plus navíc možnost vyšetření krve dle potřeby a při zjištění nejasností na EKG mají možnost navazujícího vyšetření – zátěžového EKG. Mezi další výhody zaměstnanců patří karta umožňující parkování v areálu nemocnice a také slevy na obědy v nemocniční jídelně. V neposlední řadě také nemocnice pořádá pro své

zaměstnance semináře a přednášky v rámci celoživotního vzdělávání. Zdravotnické zařízení má také zhotovený nový systém zapracování nových zaměstnanců.

Závěrečné shrnutí

Nemocnice využívá komunikaci pouze se dvěma z pěti uvedených cílových skupin komunikace, konkrétně pak s pacienty a se zaměstnanci. Naopak v komunikaci s ostatními cílovými skupinami (odborná veřejnost, nadřízené a kontrolní orgány a spolupracující firmy) nevidí nemocnice racionální důvody pro její využívání. Nejvyužívanější formou komunikace je vnější Public Relations, ve kterém má hlavní slovo ředitel nemocnice, který současně zastává i úlohu tiskového mluvčího.

Analýze marketingové komunikace ve vybrané nemocnici ukázala, že se nejedná o systémové řešení. Nemocnice své kroky volí víceméně náhodně a rozhoduje se na základě aktuální situace, nikoli podle předem stanovené marketingové strategie. Nemocnice nemá jasně deklarovanou dlouhodobou strategii vlivem nejasného rozvoje krajského zdravotnictví, a potažmo zdravotnictví obecně. Nemocnice také neměří výsledky své komunikace, důsledky svých rozhodnutí a nemá zaměstnance, který by se na danou problematiku specializoval.

Interní komunikace v nemocnici řeší zejména po linii řízení, pro informační vybavenost využívá dokumentaci na intranetu a informační systémy, porady a mítinky, které také využívá pro interní PR.

Použitá literatura

- [1] BARON, A. ARMSTRONG, M. 2007. *Human Capital Management: Achieving Added Value Through People*. 1sted. London: KoganPage, 2007. 226 p. ISBN 978-0-7494-4938-4.
- [2] EASHW - Evropské agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví. 2010. *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risk*. Poslední revize 15. 2. 2011 [cit. 2011-06-06]. Dostupný z WWW: http://osha.europa.eu/en/slc_cse_search_results.
- [3] GLADKIJ, I. et al. 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [4] HOLÁ, J. 2006. *Interní komunikace ve firmě*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2006. 235 s. ISBN 978-80-251-1250.
- [5] HOLÁ, J. 2011. *Jak zlepšit interní komunikaci*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2011. 317 s. ISBN 978-80-251-2636-3.
- [6] HORÁKOVÁ, I., STEJSKALOVÁ, D., ŠKAPOVÁ, H. 2008. *Strategie firemní komunikace*. 2. vyd. Praha: Management Press, 2008. 254 s. ISBN 978-80-7261.
- [7] KOUBEK, J. 2004. *Řízení pracovního výkonu*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2004. 209 s. ISBN 978-80-7261-116-1.
- [8] MILLER, K. 2009. *Communication Theories: Perspectives, processes and context*. 2nded. Boston: Wadsworth Cengage Learning, 2009. 355 pp. ISBN 0-07-293794-7.

[9] SVOBODA, Václav. *Public relations moderně a účinně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 244 s. ISBN 80-247-0564-8

[10] WRIGHT, M. 2009. *Gower handbook of Internal Communication*. 1st. ed. Farnham: Gower Publishing, 2009. 468 pp. ISBN: 0-5660-8689-1.

Autorky článku:

Bc. Helena Moravcová, studentka magisterského oboru Ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Studentská 95, Pardubice, helena.moravcova@student.upce.cz

Bc. Anna Vojtová, studentka magisterského oboru Ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Studentská 95, Pardubice, anna.vojtova@student.upce.cz

Ing. Jana Holá, Ph.D, odborný asistent a vedoucí Katedry informatiky, managementu a radiologie, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, Studentská 95, Pardubice, jana.hola@upce.cz, tel: 466 037 737.

MOBBING JAKO KLĘSKA PROFESJONALIZMU ZAWODOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KONTEKŚCIE ZASAD ETYKI ZAWODOWEJ. PRZEGLĄD WYBRANEJ POLSKIEJ LITERATURY MEDYCZNEJ

Mobbing ako porážka profesionality sestry a pôrodnej asistentky v kontexte zásad profesijnej etiky. Prehľad z vybranej poľskej lekárskej literatúry

Renata Mroczkowska¹, Bogusława Serzysko¹, Karina Wawros¹, Beata Podsiadło²,
Gabriela Ptaszek¹, Barbara Stołecka¹

¹Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze Katedra Kardiologii, Wad Wrodzonych Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Wydział Nauk o Zdrowiu Katedra Zdrowia Kobiety

WSTĘP

Pierwsze wzmianki o mobbingu jako niekorzystnym zjawisku dotyczącym relacji interpersonalnych w miejscu pracy, pojawiły się w naukach społecznych pod koniec ubiegłego stulecia. Badacze zjawiska określają mobbing mianem *produktu ubocznego* zmian systemowych

wynikających z postępu technicznego i sposobu zarządzania kadrami. Wydajność będąca wypadkową rywalizacji, indywidualizmu i ryzyka zawodowego wyparła z rynku takie zalety jak: profesjonalizm, lojalność, stabilność i poczucie bezpieczeństwa. Można w tych poglądach dostrzec analogię do pierwotnego zastosowania terminu – służącego opisowi zachowań mniejszych dzikich zwierząt (etnograf Konrad Lorentz) które gromadziły się w grupy i prezentowały zachowania agresywne skierowane przeciw silniejszemu osobnikowi w celu przepędzenia go, odizolowania, pozbawienia pozycji [Lorentz, 2005]. Konrad Lorentz w książce *Regres człowieczeństwa*, źródeł mobbingu upatruje w utracie dziedzictwa naszych przodków. Współczesnych ludzi kreśli żądnymi sukcesu i przyjemności, a przez to delikatniejszymi i bezbronnymi wobec cierpienia [Lorentz, 1986]. Ludzka słabość, życie w cieplarnianych warunkach [Seligman, 2003] troska o wyższą jakość życia, mierzoną głównie zasobami o charakterze materialnym – rządzi się prawem silniejszego, a *mobbing* to jedna z technik dostępnych w tej walce [Romer, 2010].

DEFINICJA, ZNACZENIE I FUNKCJONOWANIE SŁOWA MOBBING

Słowo *mobbing* pochodzi od angielskiego *mob* – tłum, motłoch, oznacza – napadać na kogoś, zaczepiać, nagabywać, atakować. I w takim znaczeniu zjawisko to jest opisywane w miejscu pracy gdzie jest utożsamiane z psychologicznym terrorem, na który składa się systematyczny, wrogi i nieetyczny sposób komunikowania się przez kolegów, przełożonych lub podwładnych skierowany przeciwko jednostce [Matuszyński, 2004]. Brak jednoznacznej reakcji ze strony pozostałych współpracowników jest odbierany przez mobbera w kategoriach grupowej aprobaty prezentowanych zachowań i zachęty do dalszej bezzasadnej aktywności. Pewnego rodzaju kuriozum jest fakt, iż z upływem czasu *świadkowie niedoli* nabierają przekonania, że z ofiarą rzeczywiście jest *coś nie tak*. [Najda, 2012].

W literaturze anglojęzycznej, poświęconej zagadnieniu przemocy w miejscu pracy, funkcjonują dwa pojęcia: *bullying* oraz *mobbing* (termin *bullying* jest używany w Wielkiej Brytanii, Irlandii i Australii; w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie przyjęto termin *mobbing*, który używany jest również w Niemczech, Finlandii, Norwegii, Szwecji, a także w Polsce). [Fedas, 2012]. Termin *bullying*, utworzony od angielskiego wyrazu *bully*, oznaczającego: znęcać się, zmuszać siłą, terroryzować – początkowo odnoszono do przemocy występującej wśród uczniów w środowisku szkolnym, gdzie agresywne działania grupy ukierunkowane na jedną osobę, przypominały niektóre sytuacje, powstające w środowisku pracy. W innych krajach europejskich – choć termin *mobbing* zdobywa coraz większą popularność – na określenie tego zjawiska stosuje się wyrażenia, które na język polski można przełożyć jako: molestowanie moralne – *harcèlement moral* (Francja), nękanie lub maltretowanie psychologiczne – *acosto* lub *maltrato*

psicológico (Hiszpania), przymus moralny – *coacção moral* (Portugalia), molestowanie psychologiczne – *molestie psicologiche* (Włochy).[Fedas, 2012]

POLSKIE REGULACJE PRAWNE

Zjawisko mobbingu stało się na tyle częste, że znalazło swoje odzwierciedlenie w światowym prawodawstwie. Opublikowane w 2010 roku przez *Europeann Agency for Safety and Health at Work* wyniki badań obrazują m in. sytuację polskich pracowników na tle osób zatrudnionych w pozostałych krajach Unii Europejskiej. Polska należy do jednego z dwudziestu krajów Unii, w których w aktach prawnych istnieją zapisy dotyczące rozwiązywania problemów związanych z mobbingiem [Erenkfeit, 2011]. Definicja obowiązująca w Polsce (art. 94 Kodeksu Pracy), brzmi następująco: „mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękanii lub zastraszaniu, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników”. Zgodnie z literą prawa polskiego, pracownik, u którego mobbing wywołał rozstrój zdrowia, może dochodzić od pracodawcy odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Uszkodzenie ciała jest tu rozumiane jako naruszenie integralności fizycznej pozostawiające wyraźne ślady (np. rany, złamania), zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne (np. uszkodzenie organów wewnętrznych). Rozstrój zdrowia wyraża się natomiast w innych postaciach zakłócenia w funkcjonowaniu poszczególnych organów, bez ich widocznego uszkodzenia (np. zatrucie, nerwica, choroba psychiczna, obniżenie sprawności intelektualnej). To samo zdarzenie może wywołać zarówno uszkodzenie ciała, jak i rozstrój zdrowia. Należy w tym miejscu podkreślić, że Kodeks Pracy (Art. 94) zapobieganie mobbingowi określa jako jedno z podstawowych obowiązków pracodawcy.

Ponieważ problem mobbingu w miejscu pracy jest zagadnieniem stosunkowo nowym, także metodyka interwencji antymobbingowej nie stanowi usystematyzowanej dziedziny wiedzy [Merecz, 2005]. Leymann obliczył, że jeżeli średni czas jednego precedensu wynosi około 15 miesięcy, zaś każdy z nas przepracowuje około 30 lat swego życia, to ryzyko zostania ofiarą mobbingu trwającego przez co najmniej 6 miesięcy wynosi 25 %! [Fedas, 2012] dlatego niezmiernie ważnym jest szeroko zakrojona akcja uświadamiająca szczególnie w sektorach, w których działania mobbingowe dotyczą najmocniej czyli w administracji publicznej, służbach mundurowych, a także w edukacji i służbie zdrowia [Kłós, 211]

PORTRET MOBBERA

Rysując obraz mobbera należy zaznaczyć, że nie każda osoba, której zdarza się zachować agresywnie jest mobberem. Mobber działa systematycznie, długoterminowo, zawsze zgodnie z

pewną logiką, zdawać by się mogło według sobie znanego planu. Stosunkowo często jest to osoba młoda na wysokim jak na swój wiek stanowisku.

Na uwagi reaguje wściekłością albo złością. Oczekuje, że wszystkie jego decyzje i działania uzyskają bezwzględną aprobatę. Posiada nasilone cechy egocentryzmu i autorytarności, nie toleruje sprzeciwu, który traktuje jako uderzenie we własne poczucie wartości i godności, a nie odmienne zdanie innej osoby w spornej kwestii. Pracownik, który sprzeciwia się jego zdaniu staje się wrogiem. W literaturze przedmiotu znajduje się wiele charakterystyk psychologicznych i socjologicznych dręczyciela, skupiających się na następujących zagadnieniach: jakie predyspozycje osobowościowe sprzyjają angażowaniu się w działania o charakterze mobbingu, jakimi motywami i przekonaniami na temat świata społecznego kieruje się mobber nękając ofiarę oraz jakie emocje przeżywa.[Najda, 2012]. Według Strelaua nie bez znaczenia są tu zaburzenia osobowości o podłożu genetycznym. Stosunek do innych warunkuje zbiór przekonań, traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa, nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu neurofizjologicznego. Osoby te przejawiają się silną skłonnością do doświadczania negatywnych emocji takich jak: lęk, gniew, irytacja, drażliwość, wrogość. Przeżywają pewne emocje częściej i bardziej intensywnie niż inni ludzie. Uczucia te, to przede wszystkim dyskomfort, bezradność, oraz poczucie nieodpowiedniości i bycia narażonym na krzywdę. Poczucie krzywdy, wyjątkowo silne u osób podatnych emocjonalnie, może stać się motywem systematycznych ataków wymierzonych w inne osoby. [Strelau, 1999]. Narcystyczne usposobienie kładzie podwaliny nieadekwatnemu, bardzo wysokiemu mniemaniu o własnej wartości, zdolnościach, możliwościach, umiejętnościach oraz wiedzy. Egocentryzm i autorytarność są wy tłumaczeniem braku tolerancji wobec sprzeciwu oraz szacunku do odmiennego zdania w kwestiach spornych. Pracownik, który sprzeciwia się jego zdaniu, staje się obiektem charakterystycznego dla tego zjawiska karania ofiary za błędy dręczyciela. Osoby narcystyczne nie przyznają się do własnych błędów, źródła swoich niepowodzeń przypisując innym ludziom. Mobber tak jak psychopata jest ślepy na emocjonalne sygnały cierpienia, których źródłem jest ofiara[Najda, 2012]. Uprawianie mobbingu to gry, intrygi, plotkowanie manipulacje, kłamstwo. Dzięki tym zdolnościom oraz *szczególnej pozycji społecznej ofiary* (odmienność kulturowa, religijna, seksualna, materialna) udaje się mu przekonać otoczenie do odrzucenia i ukarania ofiary.

G. Namie i R. Namie – amerykańscy psychologowie, wyróżnili trzy typy prześladowców w firmie [Sidor – Rządkowska, 2003]:

1. oprawca chroniczny- szykanowanie innych daje mu satysfakcję i wynika to najczęściej z zaburzeń osobowości,
2. oprawca oportunista - nie cofający się przed niczym i jeśli do osiągnięcia celu (np. awansu) musi zniszczyć osobę – to, to zrobi,

3. oprawca przypadkowy - działa w sposób nieświadomy i można powiedzieć, że niechcący

oraz cztery obrazowo nazwane rodzaje mobberów:

- **Dwugłowy waż** (doktor Jeckyll i mister Hyde). Jest to człowiek z pozoru życzliwy zainteresowanym, dlatego ludzie mu ufają. Sprawia wrażenie osoby szczerze zainteresowanej rozwojem zawodowym pracownika, równocześnie, poprzez np. zatajanie istotnych informacji, uniemożliwiając podwładnemu wykonanie zadania. Oczekuje od pozostałych pracowników, że będą dostarczać informacji pogłębiających upatrzoną przezeń ofiarę. Posługuje się przemilczeniami, półprawdami, a w braku takich możliwości – fałszywymi danymi, aby zastraszyć osoby nie chcące z nim współpracować. Przypisuje sobie sukcesy prześladowanego pracownika, równocześnie ze współczuciem rozprawiając o jego porażkach. Jest to osoba obłudna i dwulicowa.
- **Wieczny kłamca**. Nieustannie doszukuje się błędów w postępowaniu innych, natomiast swoją działalność uważa za perfekcyjną. Manifestacyjne okazuje brak szacunku, ignoruje podwładnego, przybiera niedbałe pozy w trakcie rozmowy, używa obraźliwych gestów i słów stosując nieprzyjazną mimikę z równoczesnym unikaniem kontaktu wzrokowego, W napastliwy sposób prowadzi rozmowy („krzyżowy ogień pytań”);
- **Dyktator**. Nieustannie demonstruje ogrom swojej władzy, dążąc do całkowitego ubezwłasnowolnienia wybranej ofiary. Kontroluje działania pracowników ich korespondencję i dokumenty, pocztę.. Ignoruje obowiązujące w firmie normy i reguły, podkreślając, że on jest tu „panem i władcą”. Dąży do odizolowania prześladowanego pracownika od innych oraz uzyskania kontroli nad każdym zachowaniem i wypowiedzią swojej ofiary.
- **Krzykliwa Mimi**. Ten prześladowca zachowuje się w sposób wyjątkowo hałaśliwy, to osoba wybuchowa i impulsywna, przez co wprowadza atmosferę nerwowości i chaosu.

Heinz Leymann pogrupował sposoby stosowane przez sprawców w pięć kategorii, odnoszących się do funkcjonowania osobistego i zawodowego ofiary, oraz mogą być prezentowane zarówno przez jedną osobę, jak i ich większą grupę [Merecz, 2005]

1. Utrudnianie możliwości komunikowania się. Ograniczanie wypowiedzi, przerywanie, krzyk, ciągłe krytykowanie, groźby, poniżające gesty.
2. Wpływanie na stosunki społeczne w miejscu pracy. Unikanie rozmów, nie dawanie możliwości odezwania się, izolowanie, ostracyzm.
3. Kreowanie złego wizerunku osoby. Plotki, ośmieszanie, sugerowanie choroby psychicznej, wyśmiewanie, zmuszanie do wykonywania prac naruszających godność
4. Pogarszanie sytuacji życiowej. Brak zadań, zbyt dużo zadań, zadania poniżej kompetencji, obraźliwe, zbyt trudne.

5. Wpływanie na zdrowie, prace szkodliwe, groźenie przemocą, znęcanie się fizyczne.

Aby działania mogły zostać uznane za mobbing muszą być jednocześnie uporczywe i długotrwałe oraz polegać na nękaniu lub zastraszaniu, a ofiara nie jest w stanie obronić się sama. Należy pamiętać, że jednorazowy konflikt pojmowany jako sprzeczne dążenia zbiorowe lub indywidualne nie jest jeszcze mobbingiem, ale samo zjawisko może mieć u swojego źródła konflikt z przełożonym, który jako pierwszy stosuje przemoc psychiczną, a dopiero potem do prześladowcy dołączają współpracownicy i koledzy z zakładu pracy. Może także zacząć się od konfliktu w grupie współpracowników, którzy zaczynają maltretować psychicznie osobę ze swojego grona.

PORTRET OFIARY

Paradoksalność mobbingu polega na tym, że dotyczy on często najlepszych, najsprawniejszych, najwydajniejszych pracowników, bo stanowią zagrożenie. Mobbingowi może zostać poddany każdy, chociaż w 80% to kobiety. Mobbing może dotyczyć także osoby odrębnej płci, rasy, religii, itp., posiadające coś, czego inni nie mają, np. młodość, urodę, bogactwo, komunikatywność itd. Ofiarami mobbingu nie są osoby wcześniej dotknięte jakąś patologią lub szczególnie słabe. Przeciwnie, bardzo często zjawisko pojawia się, gdy ofiara reaguje na autorytaryzm szefa i odmawia podporządkowania się.

MOBBING – KLĘSKA NIEWIEDZY CZY PROBLEM ETYCZNY

W środowisku pielęgniarek i położnych mobbing jest zjawiskiem powszechnie zauważanym. Badania prowadzone przez Kunecką i in. dowodzą, że ten „szczególny” rodzaj konfliktu uznawany za jeden z czynników ryzyka zawodowego, dotyka znacznego odsetka pracujących pielęgniarek. We wspomnianych badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety w grupie 1578 pielęgniarek/pielęgniarzy, zatrudnionych w szpitalach w województwie mazowieckim. Analizie statystycznej poddano 1261 osób [Kunecka i wsp., 2008]. Stwierdzono, że 18,5% badanych pielęgniarek zetknęło się z przemocą w miejscu pracy, jako mobbera w 40% wskazując bezpośredniego przełożonego, co wg autorki świadczyć może o niedoskonałości procesów Zarządzania Zasobami Ludzkimi w grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy.

Zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych przez Instytut Medycyny Pracy w 2002 r. wśród 1163 pielęgniarek z województwa mazowieckiego, 5,6% pracowników służby zdrowia (personelu pielęgniarskiego) doświadczyło w ciągu ostatniego roku pracy dręczenia psychicznego ze strony osób, z którymi współpracuje. Mobbing ze strony przełożonych dotknął 4,1% badanych, ze strony kolegów – 1,1%, ze strony podwładnych – 1,6% (procenty te nie

sumują się w podany powyżej ogólny wynik jako, że ofiara mogła doświadczać mobbingu równocześnie ze strony szefów, kolegów i/lub podwładnych). [Merecz wsp., 2005]. Oceny skali zjawiska nękania psychicznego w miejscu pracy w zakładach opieki zdrowotnej na terenie aglomeracji śląskiej pojęła się Serzysko w pracy pt. *Charakter i zakres mobbingu w miejscu pracy - analiza tego zjawiska*. Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety wśród 76 pielęgniarek i 25 położnych zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia województwa śląskiego. Do najczęstszych form doświadczanej przemocy należą: uniemożliwienie wypowiedzania się (50,49%), krzyki (44,55%), krytyka (39,60%), zastraszanie i przydział nadmiernej ilości pracy (40,59%), stosowanie słownych gróźb (37,62%), traktowanie jak „powietrze” (30,69%), rozsiewanie plotek (27,72%). Sprawcami powyższych incydentów w większości byli bezpośredni przełożeni (54,45%).[Serzysko, 2013].

Zdziebło i Kozłowska [Zdziebło, 2010, str.212-219] w swych badaniach przedstawionych w pracy p.t *Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek*, zanalizowały źródła, przyczyny i formy mobbingu oraz jego konsekwencje w grupie pielęgniarek w zależności od wykształcenia i miejsca pracy. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza w grupie 198 losowo wybranych pielęgniarek pracujących w lecznictwie otwartym i zamkniętym województwa świętokrzyskiego. 40,4% badanych doświadczyło agresji w pracy. Stwierdzono statystyczną zależność skali mobbingu od wykształcenia (82,2% pielęgniarki z wykształceniem wyższym) i miejsca pracy (74,0% na oddziałach zabiegowych). Jako mobberów 83% badanych wskazało swoich przełożonych (w tym najwięcej 57,3% — pielęgniarki) [Zdziebło, 2010].

Polskie środowisko medyczne poddawane jest ciągłemu procesowi restrukturyzacji silnie zhierarchizowanego systemu zarządzania, zmian w przepisach prawnych, prób zapewnienia najwyższych standardów jakości usług medycznych w warunkach braków finansowych, co sprzyja występowaniu zjawisk przemocy i nękania psychicznego.[Sadowska L, 2009]. Dyskryminowane są głównie kobiety - pielęgniarki, w wieku 36 – 45 lat, będące dobrze wykształcone – niewątpliwe specjalistki w swej dziedzinie, pracujące w ośrodkach klinicznych. Ich oprawcami wg Sadowskiej w zdecydowanej większości, są bezpośredni przełożeni.

Przyczyn tak znacznego wzrostu *profesjonalnego znęcania się* psychicznego i fizycznego można poszukiwać w braku odpowiedniej prewencji zachowań mobbingowych z jednej strony a niskim poziomem znajomości zasad etyki zawodowej z drugiej strony.

Mimo powszechności zjawiska wiedza w środowisku medycznym na temat mobbingu jest niewystarczająca. Bujarna i współautorzy w pracy *Źródła wiedzy pielęgniarek na temat mobbingu* zwraca uwagę, że pielęgniarki, we własnym odczuciu, mają niewystarczającą wiedzę na jego temat. Większość z nich dostrzega potrzebę poszerzania swojego zasobu wiadomości i

podejmuje w tym celu starania we własnym zakresie. Ponadto deklarują one chęć udziału w szkoleniach na temat mobbingu.[Bujarna i in., 2012]. Takowych jest niestety nadal bardzo niewiele. Pracodawcy mimo, że przepisy prawa narzucają na nich przeciwdziałanie przemocy w miejscu pracy, nie są zainteresowani organizowaniem i ponoszeniem kosztów szkoleń dla podległego personelu. W badaniu przeprowadzonym przez Bujarną i współautorów pielęgniarce stosowną wiedzę czerpią z Internetu, czasopism i rozmów z koleżankami. Wybór narzędzi uzależniony jest od wieku badanych, przy czym potwierdza się tu powszechnie wiadomy pogląd, że ludzie „młodszy” korzystają głównie z Internetu, natomiast „starszy” z innych dostępnych źródeł. Autorki wskazują na potrzebę ułatwienia pielęgniarce dostępu do informacji na temat mobbingu, podsuwają pewne propozycje dotyczące form, m.in. organizowanie szkoleń przez okręgowe izby pielęgniarce i położnych, przygotowanie przez nie broszur będących kompendium wiedzy na temat mobbingu i zorganizowanie łatwego do nich dostępu oraz opracowywanie i zamieszczanie publikacji w czasopismach branżowych, a także na stronach internetowych dotyczących pielęgniarstwa [Bujarna i in., 2012].

Nasuwa się pytanie dlaczego wśród pielęgniarce pojawiają się takie zachowania jak mobbing? Zachowania podkreślmy będące w zupełnej sprzeczności z naukowymi podstawami pielęgniarstwa. Poznańska i Płaszewska-Zywko w *Wybrane modele pielęgniarstwa*, pisze „...pielęgniarstwo jako nauka humanistyczna umożliwia łączenie i integrowanie nauki z pięknem, sztuką, etyką i estetyką w pielęgniarce procesach opiekuńczej troskliwości, która występuje w relacjach człowiek – człowiek. W rozwoju pielęgniarstwa jako nauki staje się więc konieczne stosowanie metod umożliwiających poznanie wewnętrznych doświadczeń człowieka, a nie tylko świata podlegającego obserwacjom zewnętrznym”. Czyżby ta *opiekuńcza troskliwość w relacjach człowiek – człowiek* została ograniczona tylko do pacjenta? Cytując dalej; „...pielęgniarka powinna być przede wszystkim dobrym człowiekiem, który niezależnie od pełnionej roli społeczno-zawodowej i różnorodnych sytuacji w środowisku pracy będzie przejawiał i urzeczywistniał swoje człowieczeństwo”[Poznańska, 2001]

Od 2004 roku pielęgniarce polskie posiadają Kodeks Etyki Zawodowej. Znajdą zamieszczone tam zapisy, czy tylko posiadają wiedzę, że takowy kodeks istnieje?

Korczak w *Refleksje na temat Kodeksu Etyki Zawodowej polskiej pielęgniarce* pisze: „...chcemy być dobrymi pielęgniarcami, ale tylko być – to mało. Trzeba jeszcze decyzji: jak być, a więc jak nadać sens własnemu byciu. „Być (...) świadomością osoby nieświadomej, miłością życia dla samobójcy, nogą osoby jej pozbawionej, oczyma ślepego, środkiem poruszania dla dziecka, wiedzą i ufnością dla matki i ustami dla tych, którzy są za słabi, aby mówić...” (Virginia Henderson) (...)Wstępując do zawodu, podejmujemy zobowiązania, by rzetelnie wykorzystać wiedzę, wzbogacać ją nieustannie oraz przestrzegać wartości i określonych zobowiązań moralnych. Nadrzędną wartością dla pielęgniarce powinien być przede wszystkim

szacunek dla godności osoby ludzkiej.” Ułatwieniem, swego rodzaju kierunkowskazem staje się w realizacji tego zadania znajomość zasad, norm i wskazań zawartych w Kodeksie. Pielęgniarka nie znajdzie tam co prawda porad co robić w konkretnej sytuacji, ale wprowadzając jego założenia w życie zapewni „po prostu bycie z drugim człowiekiem, nie tylko stanie obok, ale autentyczne odbieranie na tych samych falach, by go zrozumieć” [Łukaszewicz-Kostro, 2005].

W badaniach przeprowadzonych przez Mroczek i współautorów, których celem było poznanie stanu wiedzy na temat Kodeksu Etyki, stwierdzono, że poziom wiedzy pielęgniarek na temat etyki zawodowej jest niezadowolający i ukazuje względnie duże deficyty. Mroczek w artykule *Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek*, zauważa, że 67% pielęgniarek potrzebuje pogłębienia wiedzy z zakresu etyki ponieważ niewiedza w tym temacie może rodzić poważne konsekwencje prawne i moralne [Mroczek, 2008].

WNIOSKI

Zasady etyczne zawodu pielęgniarki i położnej zawarte w Kodeksie Etyki Zawodowej tworzą społecznie akceptowany wzorzec moralny oparty się na szeroko pojętym poszanowaniu człowieka. Deficyt wiedzy dotyczącej zarówno samego mobbingu jak i zachowań etycznych jest niewątpliwie jedną z przyczyn rosnącej fali *profesjonalnej przemocy psychicznej i fizycznej* stosowanej przez *profesjonalne* pielęgniarki.

Ograniczenia w dostępie do specjalistycznych treści dotyczących różnych form przemocy przy jednoczesnym braku nacisku na konieczność znajomości Kodeksu Etyki Zawodowej rodzi niebezpieczeństwo dalszej eskalacji zjawiska w placówkach służby zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Bajarna B, Zdanowska J, Mendiya M *Źródła wiedzy pielęgniarek na temat mobbingu*, Pielęgniarstwo Polskie 1(43), 20–24, 2012, str.22-26
2. Erenkfeit K, Dudzińska L, Indyk A, *Mobbing in the workplace – description and effects*, In: *Medycyna Środowiskowa / Environmental Medicine* 2011; 14 (4), str.81-89
3. Fedas A, *Mobbing jako przykład agresji językowej/złamania zasad etyki komunikacji językowej. Wyniki badań empirycznych*, Uniwersytet Wrocławski, W : *Kultura komunikacji językowej* 2. *Etyka i etykieta w komunikacji językowej*. Pod redakcją Piotrowicz A, Witaszek-Samborska M, Skibski K, Poznań, 2012, str.47-69
4. Kłós B.: *Mobbing. Kancelaria Sejmu. Biuro Studiów i Ekspertyz, Wydział Analiz Ekonomicznych i Społecznych*, Warszawa 2002.
5. Korczak M, *Refleksje na temat Kodeksu Etyki Zawodowej polskiej pielęgniarki*, *Studia Medyczne* 2008; 9: str.93-95

6. Kunecka D, Kamińska M, Karakiewicz B, *Skala mobbingu wśród pielęgniarek /pielęgniarzy zatrudnionych w szczecińskich szpitalach*, Medycyna Pracy, 2008,59(3), str.223-228
7. Leyman H.: *The mobbing encyclopaedia*. /www.leyman.se/, 2001
8. Lorenz,K., *Tak zwane zło*, Warszawa, PIW, 2005.
9. Lorenz, K., *Regres człowieczeństwa*, Warszawa, PIW, 1986.
10. Łukiewicz-Kostro R. *Edukacja holistyczna – kaprys znudzonej cywilizacji, czyli szansa na rozwój człowieka XXI w.* Zdrowie Publiczne 2005; 115: str.359-364.
11. Matuszyński W, *O źródłach i sposobach przewycięzania mobbingu w organizacji* (Referat wygłoszony na VIII Ogólnopolskiej Konferencji – „Etyka w życiu gospodarczym” 13 maja 2004 r. w Łodzi, zorganizowanej przez Salezjańską Wyższą Szkołę Ekonomii i Zarządzania w Łodzi), Łódź 2004.
12. Merecz D, Mościcka A, Drabek M, *Mobbing w środowisku pracy. Charakterystyka zjawiska, jego konsekwencje, aspekty prawne i sposoby przeciwdziałania*, Publikacja Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź, 2005, http://rop.sejm.gov.pl/1_0ld/opracowania/pdf/mobbing_imp.pdf, dostęp 28.08.2014
13. Mroczek B., Kędzia A., Trzasczka M., et al. *Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek*, Problemy Pielęgniarstwa 2008, 16(4), str.369–373
14. Najda,M., *Etyka pracy a mobbing w perspektywie filozofii moralnej i psychologii*, Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem Pawła Łukowa, Warszawa 2012, str. 12-14
15. Najda M, *Etyka pracy a mobbing w perspektywie filozofii moralnej i psychologii*, Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem Pawła Łukowa, Warszawa 2012, str 155-157
16. Poznańska S, Płaszewska-Zywko L. *Wybrane modele pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Krakow 2001; 184.
17. Poznańska S, Płaszewska-Zywko L. *Wybrane modele pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Krakow, 2001; str. 184. Romer,T. Najda,M., *Mobbing-próba przybliżenia zjawiska* [w:] *Mobbing w ujęciu psychologiczno-prawnym*,Warszawa, LexisNexis, 2010, s. 11-46.
18. Sadowska L, Kańczuła S, *Występowanie mobbingu w środowisku służby zdrowia (Aspekty prawne, społeczne i terapeutyczne)*, Przegląd medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów, 2009, 3, 364 – 376.
19. Seligman, M., Walker, E., Rosenhan, D., *Psychopatologia*, Warszawa, Zysk i S-ka, 2003, s. 271.
20. Serzysko B., Bartusek M.: *Charakter i zakres mobbingu w miejscu pracy - analiza tego zjawiska. Nature and extent of bullying in the workplace - an analysis of this phenomenon.* Pielęgniarstwo: PRAWO – PRAKTYKA - ETYKA, Pod redakcją G. Rogala-Pawelczyk; J.

Kubajka - Piotrowska; M. Kilarskiej. Tom I, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; Warszawa, 2013; s.358- 371 ISBN: 978-83-927402-6-1

21. Sidor – Rządzkowska, M.; *Człowiek człowiekowi katem (1). Mobbing w pracy – definicje Sikor typologia zachowań; Personel i Zarządzanie, 1 – 31 lipca*. Warszawa, 2003
22. Strelau, *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Gdańsk, GWP, 1999, s. 535-546.
23. Wrońska I, Mariański J. *Etyka w pracy pielęgniarstwa*, Czelej, Lublin 2002; str.84.
24. Zdziebło K, Kozłowska E, *Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek*, Problemy Pielęgniarstwa, 2010; 18 (2), str.212–219

Kontakt na autora:

mgr Renata Mroczkowska

renata.mroczkowska@tlen.pl

Tel. 0048 505071054

ALERGIA NA OWOCE I WARZYWA U DZIECI I MŁODZIEŻY

Alergia na owoce a zeleninu u dospievajúcich detí

Gabriela Matulewska-Osika, Ewa Gawrońska-Ukleja, Natalia Ukleja-Sokołowska,
Zbigniew Bartuzi

*Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych,
Collegium Medicum w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

STRESZCZENIE

Choroby alergiczne, do których należy alergia pokarmowa, stanowią istotny problem zdrowotny całej populacji ludzkiej na świecie.

Rozwój alergicznej nadwrażliwości pokarmowej, podobnie jak innych chorób alergicznych, jest uwarunkowany współdziałaniem czynników genetycznych, środowiskowej ekspozycji na alergeny oraz niespecyficznych czynników wspomagających takich jak: narażenie na dym tytoniowy, zanieczyszczenie powietrza czy infekcje.

Symptomatologia alergii pokarmowej u dzieci i młodzieży jest bogata i zróżnicowana. Objawy subiektywne i obiektywne mogą pojawiać się z różnych narządów i układów. Najczęściej u ponad 70-80% dzieci występuje postać wielonarządowa, rzadziej postać monosymptomatyczna.

W diagnostyce alergii pokarmowej u niemowląt zaleca się zastosowanie zmodyfikowanych kryteriów Goldmana, a w starszych grupach wiekowych złotym standardem diagnostycznym jest podwójnie ślepa próba kontrolowana podaniem placebo.

Dodatni wynik próby prowokacji pokarmem upoważnia do zastosowania diety eliminacyjnej, która stanowi podstawowy sposób leczenia w alergii pokarmowej.

Słowa kluczowe: alergia, owoce i warzywa, dzieci, diagnostyka

WSTĘP

Alergeny owoców i warzyw stanowią bez wątpienia największą grupę alergenów pokarmowych. Przyczyny wzrostu zachorowań na alergię pokarmową na owoce i warzywa przypisuje się zwłaszcza postępującej globalizacji oraz praktycznie nieograniczonym możliwościom transportu produktów z różnych zakątków Ziemi. Wskutek tego w pewnych regionach odnotowuje się obecnie reakcje alergiczne na owoce i warzywa, które wcześniej nie stanowiły żadnego problemu, chociażby z małej dostępności do wywołujących je produktów [1].

MECHANIZMY ODPOWIEDZI IMMUNOLOGICZNEJ W ALERGII POKARMOWEJ

Alergia pokarmowa to forma niepożądanego reakcji pokarmowej organizmu, w której dolegliwości kliniczne są wyzwolone i/lub kształtowane przez immunologiczne mechanizmy patogenetyczne [2]. Mechanizmy immunologiczne odpowiedzialne za kształtowanie obrazu klinicznego alergii pokarmowej są zróżnicowane. Do najczęściej wymienianych należą cztery podstawowe typy reakcji immunologicznej według Gella-Coombsa. Uważa się, że najczęstsze są reakcja typu natychmiastowego (IgE-zależne), które są odpowiedzialne za 48-52% wszystkich obserwowanych objawów [3]. W pozostałych przypadkach obraz kliniczny jest wynikiem reakcji immunologicznej typu II, III lub IV. Zdaniem niektórych autorów reakcje immunologiczne mogą mieć charakter mieszany, to znaczy taki, w którym jednocześnie występuje kilka mechanizmów patogenetycznych, możliwe są również reakcje krzyżowe [4].

EPIDEMIOLOGIA

Częstość występowania alergii pokarmowej jest zróżnicowana w różnych krajach i społecznościach [5].

Światowa Organizacja Zdrowia uznała alergię pokarmową za problem zdrowotny dotyczący około 6-8% dzieci najmłodszych i około 3-4% młodzieży. Aktualnych informacji epidemiologiczno-klinicznych dostarczyły badania prowadzone w ramach europejskiego programu badawczego EuroPrevall, w których uczestniczyła także grupa polska. Ustalono, że częstość występowania alergii pokarmowej w Polsce wśród dzieci w wieku 1. a 3. rokiem życia

wynosi 2,8%, a częstość występowania nadwrażliwości pokarmowej u dzieci w wieku niemowlęcym wynosi 4,5%. Głównymi alergenami pokarmowymi powiązаныmi przyczynowo z nadwrażliwością pokarmową u polskich dzieci są: alergeny białek jaja kurzego, białek mleka krowiego, owoców cytrusowych, warzyw i orzeszków ziemnych [5, 6]. Na podstawie testów prowokacji alergenem określono częstość alergii na owoce na 0,1–4,3%, natomiast na podstawie objawów częstość tę oszacowano u dorosłych na 0,4–3,5%. U małych dzieci (< 3 lat) częstość ta była wyższa i wynosiła aż 11,5%. U małych dzieci wykazano także wyższe częstości uczuleń na poszczególne owoce: jabłko – 8,5%, cytrusy – 6,8% niż u dorosłych, wśród których częstości te wynosiły < 1% [7].

CZYNNIKI WARUNKUJĄCE I PATOMECHANIZM ROZWOJU ALERGII POKARMOWEJ

Alergia pokarmowa powstaje wówczas, gdy „zawodzi” tolerancja – swoista immunologiczna hiporeaktywność organizmu ludzkiego „na kontakt” z alergenem pokarmowym lub alergenami pokarmowymi. W takim organizmie rozwija się wówczas zjawisko patologiczne, przeciwstawne do tolerancji, czyli „nadwrażliwość pokarmowa”. Rozwój alergicznej nadwrażliwości pokarmowej, podobnie jak innych chorób alergicznych, jest uwarunkowany współdziałaniem czynników genetycznych, środowiskowej ekspozycji na alergeny oraz niespecyficznych czynników wspomagających takich jak: narażenie na dym tytoniowy, zanieczyszczenie powietrza czy infekcje [5]. Ryzyko rozwoju alergii u dzieci zdrowych rodziców waha się od 5 do 15%, gdy jedno z rodziców jest chore, wzrasta ono do 40%, a gdy oboje rodzice są chorzy sięga nawet 60-80% [1].

Uczulenie na pokarmy występuje najczęściej u dzieci w najmłodszym wieku (do 3 lat). Ten okres życia cechuje niedojrzałość anatomiczna i czynnościowa przewodu pokarmowego oraz niedojrzałość wielu mechanizmów immunologicznych. Wymienione predyspozycje biologiczne oraz dodatkowy udział czynników „wspomagających” mogą stanowić tzw. mechanizm spustowy rozwoju alergii pokarmowej [5].

Alergeny mogą wędrować z przewodu pokarmowego matki do gruczołu piersiowego i uczulić karmioną niemowlę. Tymi procesami należy tłumaczyć objawy nadwrażliwości obserwowane u pewnej grupy dzieci karmionych wyłącznie naturalnie [4,5].

Rozwój alergii na pokarmy, podobnie jak każdej reakcji alergicznej odbywa się dwufazowo. U osoby predysponowanej do atopii lub alergii pierwszym etapem tego procesu jest pierwotny kontakt układu immunologicznego z alergenem środowiskowym. Przy powtarzalnym kontakcie z tym samym alergenem u osób z genetyczną predyspozycją do atopii oznacza nadmierną syntezę swoistych IgE, a u osób z predyspozycją do alergii – syntezę cytokin proalergiczych.

U starszych dzieci i dorosłych możliwe są tzw. uczulenia krzyżowe, będące przyczyną dolegliwości alergicznych powstałych w wyniku jednoczesnej nadwrażliwości organizmu na alergeny pokarmowe, wziewne lub kontaktowe [5,8].

ALERGENY POKARMOWE OWOCÓW I WARZYW NAJCZĘŚCIEJ WYWOŁUJĄCE REAKCJE ALERGICZNE

Najpopularniejsze i najliczniej uprawiane w Polsce owoce to jabłka. Ma ono wiele odmian. Alergeny zawarte w poszczególnych gatunkach różnią się budową strukturalną, co jest przyczyną występowania różnych reakcji u osób uczulonych na różne odmiany owocu. Alergeny jabłka, wiśni, selera, ziemniaka oraz marchwi są bardzo podobne do alergenu zawartego w pyłku brzozy, co prowadzi do alergii krzyżowej [9,10,11].

Alergen brzoskwini jest izolowany głównie ze jej skórki. Jest odporny na temperaturę, czyli znajduje się też w przetworach z tego owocu. Reakcja ma najczęściej charakter pokrzywki i zmian w okolicy ust. Sporadycznie może dochodzić do obrzęku naczynioruchowego lub nawet do reakcji anafilaktycznej. Stwierdzono również reakcję krzyżową z wiśniami, morelami, śliwkami i migdałami oraz z pyłkami traw [9,10,11].

Ciesząc się złą sławą owoce cytrusowe także nie są tak szkodliwe jak się powszechnie sądzi. Poza znanymi wszystkim pomarańczami, cytrynami czy grejpfrutami do tej grupy roślin należą również cedr oraz bergamotka. Najczęściej reakcja alergiczna jest skutkiem spożycia pomarańczy i jest to zwykle pokrzywka lub obrzęk wokół ust. Groźne dla zdrowia objawy kliniczne występują sporadycznie [9,10,11].

Banany dość rzadko są bezpośrednim czynnikiem sprawczym alergii. Jednak często pojawiają się alergie na podłożu reakcji krzyżowych. U osób uczulonych na pyłek ambrozji może pojawić się pokrzywka, zmiany skórne w okolicy ust lub obrzęk naczynioruchowy po tym, jak zjedzą owoc. Również osoby ze stwierdzoną alergią na awokado, melona, kiwi czy kasztany powinny unikać spożywania bananów, gdyż może to prowadzić do wystąpienia objawów klinicznych. Zaobserwowano też reakcje uczuleniowe po zjedzeniu banana u alergików z nadwrażliwością na lateks i jego pochodne [8,10,11].

W ciągu ostatnich kilkunastu lat alergia na kiwi stała się przedmiotem intensywnych badań i dyskusji [12]. Związki w nim zawarte mogą prowadzić do poważnych zaburzeń układu oddechowego - skurczu oskrzeli, zapalenia oskrzeli, nawracającego zapalenia płuc.

Jednak należy pamiętać, że kiwi może być odpowiedzialne za wystąpienie zaburzeń oddychania, czasem o znacznym stopniu zaawansowania. Potwierdzono występowanie reakcji krzyżowych z sezamem, papryką, mąką żytnią i lateksem [10,11,12].

Z warzyw dzieci najczęściej alergizuje marchew. Potwierdzono reakcje krzyżowe z selerem, jabłkiem i ziemniakami. Niemowlę styka się z białkami marchwi od pierwszych chwil życia w

łonie matki, potem poprzez naturalne karmienie. Najbardziej masywny kontakt następuje w 3-4 miesiącu po urodzeniu, kiedy to zaleca się podać maluszkowi marchewkę z jabłkiem [8,9,10,11].

Alergen występujący w ziemniaku jest wrażliwy na temperaturę, więc objawy kliniczne pojawiają się zazwyczaj po kontakcie surowym warzywem. Dlatego niekiedy pacjenci, którzy nie mogą obierać ziemniaków, ale gotowane spożywają bez szkody, nie tolerują również jabłek, gruszek i marchwi [8,10,11].

Seler jest najczęstszą przyczyną wystąpienia objawów alergii u osób dorosłych, chociaż obserwowane jest również uczulenie u dzieci. Korzeń selera jest bardzo alergizujący, nie tylko dla osób z alergią pokarmową, ale także dla atopików i osób problemami oddechowym. Zazwyczaj osoby uczulone na seler są równocześnie uczulone na marchew, pietruszkę i koper, jednak seler alergizuje dużo bardziej. Reakcja na seler występuje z alergią na pyłek bylicy, tworząc tzw. zespół byliczo-selerowy, może się zdarzyć także reakcja krzyżowa z pyłkiem brzozy [9,10,11].

Alergen zawarty w pomidorze jest podobny pod względem strukturalnym do alergenów zawartych w ziemniakach, selerze czy marchwi. Osoby uczulone zwykle rozwijają typową reakcję alergiczną - pokrzywkę, zmiany w okolicy ust - po spożyciu surowego warzywa. Czasami objawy pod postacią wyprysku kontaktowego mogą wystąpić po dotykaniu nie tylko owocu, ale również po kontakcie z liśćmi lub łodygą rośliny. Wielu chorych dobrze toleruje sosy pomidorowe czy ketchup.[10,11].

Czosnek, cebula, por, szczypiorek należą do jednej rodziny i mogą wywołać objawy ze strony układu oddechowego (nieżyt śluzówek nosa czy astma) oraz kontaktowe zapalenie skóry. Z diety osób uczulonych należy wyeliminować wszystkie cztery warzywa, gdyż możliwe są reakcje krzyżowe [10,11].

OBJAWY KLINICZNE

Symptomatologia alergii pokarmowej u dzieci i młodzieży jest bogata i zróżnicowana. Objawy subiektywne i obiektywne mogą pojawiać się z różnych narządów i układów. Najczęściej u ponad 70-80% dzieci występuje postać wielonarządowa, rzadziej postać monosymptomatyczna [5, 13]. Objawy kliniczne alergii pokarmowej na alergeny owoców i warzyw są niespecyficzne. Wysoka częstość występowania objawów ze strony przewodu pokarmowego wynika z tego, że błona śluzowa tego narządu stanowi miejsce bezpośredniego kontaktu organizmu z obcymi alergenami pokarmowymi. Proces alergiczny może obejmować cały przewód pokarmowy. Objawy umiejscowione w jamie ustnej i gardle określane są jako zespół alergii jamy ustnej (OAS). Objawy zazwyczaj rozpoczynają się drętwieniem, świądem i obrzękiem warg, języka i śluzówek jamy ustnej, a następnie gardła [8]. Objawy żołądkowo-jelitowe pod postacią kolek brzusznych dotyczą głównie niemowląt, u starszych dzieci powiązanie bólu brzucha z

nadwrażliwością pokarmową jest trudne, bowiem odstęp czasowy od spożytego szkodliwego pokarmu jest zróżnicowany. Do innych objawów ze strony przewodu pokarmowego wymienić należy wymioty, biegunki czy zaparcia stolca.

Skóra jest jednym z głównych narządów, na którym dochodzi do rozwoju reakcji alergicznej. Najczęściej stwierdzanymi objawami jest wyprysk atopowy i pokrzywka.

Zmiany w układzie oddechowym to rzadsza forma lokalizacji procesu alergicznego indukowanego szkodliwym pokarmem. Najczęściej jednak stwierdzanymi objawami z tego układu są: alergiczny nieżyt nosa, zapalenie ucha środkowego, zapalenie zatok obocznych nosa, przerost migdałka gardłowego, nieżyt krtani i astma oskrzelowa. Większość reakcji alergicznych przebiega stosunkowo łagodnie. Tylko u niektórych osób uczulenie przejawia się pod postacią objawów zagrażających życiu- reakcji anafilaktycznej. Może ona wystąpić już po kilku minutach po spożyciu pokarmu. Początkowo występuje drętwienie twarzy i podniebienia, rumień obejmujący z reguły górną część ciała, nasilony świąd skóry i spojówek oraz lęk przed śmiercią. Następnie dołącza się pokrzywka, obrzęk twarzy, chrypka ze świstem krtaniowym i narastającą dusznością. Jednocześnie dołączają się objawy ze strony przewodu pokarmowego: nudności, bóle brzucha, wymioty czy biegunka. W następnym etapie dochodzi do załamania wydolności układu sercowo-naczyniowego pojawiają się bóle serca, arytmia, tachykardia, a następnie spadek ciśnienia tętniczego krwi, sinica, drgawki i utrata przytomności z możliwością zgonu. Objawy ogólne są zwykle poprzedzone miejscowymi, tylko w nielicznych przypadkach zdarza się pierwotna reakcja ogólnoustrojowa [8].

Obserwacje ostatnich lat wskazują na zmiany w obrazie klinicznym alergii pokarmowej. Wzrasta udział objawów skórnych i z układu oddechowego, a maleje udział ciężkich biegunek z enteropatią. Równocześnie wzrasta częstość izolowanych symptomów z innych narządów i układów, takich jak: układ krwiotwórczy, układ nerwowy, układ, narządu ruchu [8].

Spożywany pokarm należy uznać za jedyną przyczynę choroby tylko wówczas, gdy istnieje związek przyczynowy pomiędzy jego spożyciem a stwierdzanymi objawami.

W wieku rozwojowym obraz kliniczny alergii pokarmowej może się zmieniać. Anatomiczne i czynnościowe dojrzewanie narządów i układów będących miejscem reakcji alergicznej sprzyja wyzdrowieniu, czyli wyrastaniu z alergii pokarmowej u części chorych. U innych może dochodzić do zmiany obrazu klinicznego i wystąpienia nowych objawów choroby alergicznej tzw. marsz alergiczny. Zjawisko polega na dokonującej się wraz z wiekiem zmienności narządowej (układowej) reakcji organizmu na szkodliwe działanie alergenów [5, 14].

DIAGNOSTYKA

Podstawa rozpoznania alergii jest ustalenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy spożyciem szkodliwego pokarmu, a występowaniem dolegliwości. Diagnostyka obejmuje: analizę wywiadu alergicznego (osobniczego i rodzinnego), wnikliwe badanie pacjenta i analizę stwierdzanych objawów klinicznych oraz interpretację właściwie zaplanowanych badań alergiczno-immunologicznych. U podstaw trudności diagnostycznych nadwrażliwości pokarmowej leżą złożone mechanizmy patogenetyczne natury immunologicznej: IgE-zależne, IgE-niezależne, mieszane lub komórkowe, odpowiedzialne za stwierdzane objawy chorobowe [5].

Stosowane powszechnie metody oznaczania swoistych IgE we krwi oraz testy skórne służą głównie diagnozowaniu nadwrażliwości pokarmowej, w którą jest zaangażowany wyłącznie zależny od IgE mechanizm. Metodą rozstrzygającą o istnieniu i rodzaju nadwrażliwości pokarmowej, związku przyczynowo-skutkowym pomiędzy szkodliwym pokarmem a objawami klinicznymi (potwierdzonym lub wykluczonym) jest prowokacyjna próba z podejrzanym pokarmem. Odstęp czasowy od podania pokarmu do wystąpienia objawów chorobowych w próbie pozytywnej wskazuje na mechanizm patogenetyczny odpowiedzialny za powstawanie objawów klinicznych w tej chorobie (natychmiastowy, opóźniony, późny). Choć „złotym standardem” w diagnostyce alergii pokarmowej jest podwójnie ślepa próba prowokacyjna kontrolowana placebo, to w sytuacji niemożności jej przeprowadzenia bardzo pomocne są: natychmiastowy ekspozycyjny naskórkowy test pokarmowy (skin application food test – SAFT), atopowy test płatkowy (atopy patch test – APT) i testy typu prick-by-prick (prick-to-prick). Odpowiedni test dobiera się na podstawie objawów podawanych przez pacjenta – przy podejrzeniu reakcji natychmiastowych stosuje się testy SAFT i prick-by-prick, natomiast w razie podejrzenia reakcji późnych warto przeprowadzić ATP. Warto podkreślić, że SAFT stanowi alternatywę dla skórnych testów punktowych (skin prick test – SPT), szczególnie u dzieci poniżej 3. roku życia, w której to grupie wiekowej uchodzić może za skórny test prowokacyjny. Z kolei ATP charakteryzuje się stosunkowo wysoką czułością i swoistością w odniesieniu do reakcji późnych, porównywalną z podwójnie ślepą próbą prowokacyjną kontrolowaną placebo (double blind placebo controlled food challenge – DBPCFC). Najnowsza koncepcja diagnostyki alergii oparta na dobrze scharakteryzowanych alergizujących białkach CRD (Component Resolved Diagnosis) została zastosowana w połączeniu z techniką microarray w teście ImmunoCAP ISAC (Immuno Solid-phase Allergo Chip). Jest to nowoczesny komercyjny test przeznaczony do analizy stężeń alergenowo swoistych IgE. Wysoka swoistość i czułość oznaczeń udowodniona w licznych badaniach wskazuje, że może to być metoda z wyboru diagnostyki CRD alergii pokarmowej.

Nowe możliwości diagnostyczne wiążą się z rozwojem metod inżynierii genetycznej, które pozwalają na otrzymywanie na skalę przemysłową antygenów rekombinowanych i ich

zastosowanie w testach in vivo i in vitro. Pozwala to na precyzyjne określenie właściwej cząsteczki odpowiedzialnej za uczulenie [2, 3, 15].

LECZENIE

Leczeniem z wyboru alergii pokarmowej jest dieta eliminacyjna czyli usunięcie z pożywienia chorej osoby źle tolerowanego pokarmu, z jednoczesnym wprowadzeniem w to miejsce zastępczych składników o równoważnych wartościach odżywczych. Jak wynika z obserwacji, wczesne rozpoznanie choroby, młody wiek dziecka oraz brak obciążeń rodzinnych alergią stwarzają duże prawdopodobieństwo wyzdrowienia z alergii pokarmowej [5]. W przypadku alergii na warzywa lub owoce reakcja alergiczna następuje niemal od razu po ich spożyciu – na przykład w postaci zaczerwienienia wokół ust. W innych przypadkach sprawa jest bardziej skomplikowana, z uwagi na kilkudniowe opóźnienie wystąpienia objawów na skórze, zwykle wysypki. Osoby cierpiące na alergię pokarmową powinny notować wszystkie pokarmy, które spożyły i prowadzić jednocześnie tabelkę objawów – co pozwoli na poznanie „winowajców”.

Jeżeli zastosowanie leczenia dietetycznego nie przynosi oczekiwanych efektów, zazwyczaj wspiera się je farmakoterapią. W przypadku ciężkich postaci alergii pokarmowej zastosowanie farmakoterapii jest konieczne od początku leczenia. Oczekiwane efekty leczenia farmakologicznego polegają na stabilizacji komórki tucznej oraz na przeciwdziałaniu wyzwolaniu się histaminy i innych mediatorów reakcji alergicznej. W celu zapobiegania biologicznym efektom działania histaminy (świądowi, spadkowi ciśnienia krwi, przyspieszeniu czynności serca, skurczom mięśni gładkich oskrzeli i jelit) stosuje się leki przeciwhistaminowe, które blokują receptory histaminowe. Duże znaczenie w leczeniu alergii pokarmowej mają również kortykosterydy. Leki te wykazują bardzo silne działanie przeciwzapalne. Stosuje się je w leczeniu takich objawów alergii pokarmowej jak astma, katar sienny, alergiczne zapalenie skóry [4,5].

We wstrząsie anafilaktycznym podstawowym lekiem jest adrenalina podawana podskórnie lub domięśniowo, a w obrzęku Quinckego-hydrokortyzon, leki przeciwhistaminowe. Pacjenci silnie uczuleni, którym zagrażają ciężkie objawy ogólnoustrojowe czy obrzęk krtani, powinni zawsze mieć przy sobie adrenalinę w autostrzykawce.

Z punktu widzenia teoretycznego, najlepszą metodą leczenia alergii na pokarmy byłoby uzyskanie możliwości przywrócenia ich prawidłowej tolerancji przez organizm atopika. Trwają badania kliniczne oceniające skuteczność immunoterapii alergenowej u chorych z nadwrażliwością na pokarmy [4,5,16, 17].

PROFILAKTYKA

Profilaktykę alergii należy prowadzić w stosunku do dzieci zaliczanych do grupy ryzyka, czyli takich, u których ustalono w wywiadzie występowanie choroby atopowej lub alergicznej u rodziców, rodzeństwa lub krewnych [18]. Profilaktyka pierwotna alergii polega na kompleksowym zapobieganiu powstawaniu uczulenia organizmu. Dotyczą one okresu przedkoncepcyjnego, prenatalnego i postnatalnego. Istotną rolę w okresie postnatalnym odgrywa właściwy sposób żywienia dziecka, unikanie narażenia na wybrane alergeny oraz unikanie narażenia na inne niekorzystne czynniki środowiskowe. Profilaktyka wtórna polega na zapobieganiu nawrotom choroby alergicznej po pierwszym wystąpieniu objawów klinicznych. Profilaktyka trzeciorzędowa to zapobieganie inwalidztwu narządowemu wynikającemu z przewlekłości i nawrotowości alergicznego procesu chorobowego. Działania profilaktyczne w grupie ryzyka rozwoju alergii powinny mieć charakter kompleksowy i obejmować: powszechne propagowanie karmienia naturalnego niemowląt przez pierwsze 4–6 mies. życia wprowadzanie do żywienia niemowlęcia stałych produktów niemlecznych (w tym glutenu) nie wcześniej niż w 4. miesiącu i nie później niż w 6. miesiącu życia [18].

Ocena skuteczności diety wzbogaconej w probiotyki, prebiotyki, LC-PUFA, witaminę D i inne składniki (mieszanki mleczne lub mlekozastępcze) wymaga dalszych badań naukowych i klinicznych [4,5,18].

PODSUMOWANIE

Alergia pokarmowa stanowi narastający problem medyczny i społeczny. Podstawą rozpoznania alergii na owoce i warzywa jest ustalenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy spożyciem szkodliwego pokarmu, a występowaniem dolegliwości. W diagnostyce alergii pokarmowej u niemowląt zaleca się zastosowanie zmodyfikowanych kryteriów Goldmana, a w starszych grupach wiekowych złotym standardem diagnostycznym jest podwójnie ślepa próba kontrolowana podaniem placebo. Dodatni wynik próby prowokacji pokarmem upoważnia do zastosowania diety eliminacyjnej, która stanowi podstawowy sposób leczenia w alergii pokarmowej. Leczenie dietetyczne należy prowadzić przez 6-12 miesięcy aż do otwartej próby prowokacji, której wynik decyduje o kontynuacji lub zaprzestaniu leczenia. Rokowanie u większości chorych jest dobre, a ryzyko przetrwania alergii dotyczy tych chorych, u których w okresie niemowlęcym rozpoznano IgE-zależną alergię na owoce i warzywa [4].

LITERATURA

1. Jarosz M., Dzieniszewski J., Alergie pokarmowe, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004

2. Jaworska J., Zagórska W., Feleszko W., Diagnostyka alergologiczna u dzieci w różnych grupach wiekowych „Alergologia Info”, 2009,IV, 4, 162-169
3. Żbikowska-Gotz M., Bartuzi Z., Diagnostyka alergii pokarmowej, „Alergologia Info” ,2009, IV,2; 58-64
4. Czerwionka-Szaflarska M., Zawadzka-Gralec A., Alergia pokarmowa u niemowląt i dzieci – objawy, diagnostyka, leczenie, „Pol. Merk. Lek”, 2007, XXIII, 138, 443-448
5. Kaczmarek M., Wasilewska j., Jarocka-Cyrta E. i wsp., Polskie stanowisko w sprawie alergii pokarmowej u dzieci i młodzieży, „Postępy Dermatologii i Alergologii” XXVIII; 2011 (supl. 2)
6. Kaczmarek M., Korotkiewicz-Kaczmarek E., Bobrus-Chociej A., Aspekty epidemiologiczne, kliniczne i społeczne alergii pokarmowej, „Przegląd Pediatryczny” , 2008, VOL 38, NO 3,215-217
7. Kuźmiński A., Graczyk M., Przybyszewski M., Bartuzi Z., Alergia na pokarmy pochodzenia roślinnego-narastający problem współczesnej alergologii (część II) „Alergologia Info”,2009,IV,3; 105-111
8. Bartuzi Z. (red.), Alergia na pokarmy, Wydawnictwo Mediton Łódź 2008 wyd.1
9. Rudzki E., Alergeny, „Medycyna Praktyczna” , Kraków 2008, wyd.1
10. Engel J., Kompendium alergii , Prószyński i S-ka, Warszawa 2000, wyd.1
11. Conti L., Alergie i nietolerancje pokarmowe, Bellona, Warszawa 2007, wyd.2
12. Gawrońska-Ukleja E., Różalska A., Zbikowska-Gotz M., Bartuzi Z., Alergia na kiwi, „Asthma Alergia Immunologia”, 2012, 17(4):157-161
13. Czerwionka-Szaflarska M., Zielińska-Duda H., Alergia a nietolerancja pokarmowa u dzieci, „Family Medicine & Primary Care Review”, 2009, 11,3: 577-584
14. Swincow G, Czerwionka-Szaflarska M, Symptomatologia chorób alergicznych u dzieci, „Pediatria Polska” 3/2010, s. 141-147
15. Jean A.Capman (red) Food allergy: a practice parameter, „Asthma & Immunology”, 2006; 96: 61-68.
16. Roehr C., Edenharter G., Reimann S., Ehlers I., Worm M., Zuberbier T., Niggemann B., Food allergy and non-allergic food hypersensitivity in children and adolescents, „Clinical & Experimental Allergy”, 2004,34 (10): 1534-1541
17. Branum AM, Lukacs SL, Food Allergy Among U.S. Children: Trends in Prevalence and Hospitalizations ,NCHS Data Brief , No. 10, 2008, 1-8
18. Iwańczak F., „Profilaktyka alergii pokarmowej u noworodków i niemowląt”, Borgis - Nowa Pediatria 3/2002, s. 115-118

Kontakt na spoluautora:

Natalia Ukleja-Sokołowska

Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych,

SITUACE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V ČESKÉ REPUBLICCE – ZPRÁVA Z VÝZKUMŮ

Novák, P.

*Katolícká univerzita v Ružomberku
Pedagogická fakulta, katedra sociální práce, Slovenská republika
Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
oddělení statistické metodiky a rozborů, odbor analýz a statistik*

Cílem tohoto příspěvku je seznámit laickou i odbornou veřejnost s aktuálním stavem a počty osob se zdravotním postižením v České republice. Použitou metodou bylo využití a komparace statistických informací o osobách zdravotně postižených, tak jak je shromáždil na pokyn Vlády České republiky Český statistický úřad ve spolupráci s ministerstvy práce a sociálních věcí, zdravotnictví a školství, mládeže a tělovýchovy a s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. V souladu s usneseními vlády č. 596 a č. 1004 z roku 1995, kterými bylo uloženo předsedovi Českého statistického úřadu (ČSÚ) ve spolupráci s ministerstvy zdravotnictví, školství a tělovýchovy a práce a sociálních věcí vytvořit systém statistických informací o osobách se zdravotním postižením (OZP) k 31. 12. 2005, bylo navrhované výběrové šetření o osobách se zdravotním postižením (VŠPO 07) poprvé realizováno v roce 2007. V roce 2013, na základě usnesení Vlády ČR, provedl ČSÚ ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), a s přispěním Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV ČR) opětovné výběrové šetření osob se zdravotním postižením (VŠPO 13). Cílem těchto šetření bylo zjistit, a následně i podrobit zevrubnější analýze, následující informace:

- základní charakteristiky zdravotně postižených osob v ČR, a to podle pohlaví a věku (včetně porovnání zjištěných údajů s celkovou populací ČR),
- vzdělanostní úroveň, rodinný stav, ekonomickou aktivitu a bydlení (včetně bydlení v zařízeních sociální péče) osob se zdravotním postižením,
- zdravotní situaci osob se zdravotním postižením – typ, příčinu, délku a míru zdravotního postižení, potřebu pomůcek, důsledky zdravotního postižení, rozsah zajištění pomoci a potřeby péče,
- pobírání dávek sociálního zabezpečení.

V tomto příspěvku se zaměříme na první bod výzkumu a ukážeme, jaké jsou základní sociodemografické statistiky zdravotně postižených osob v České republice s tím, že porovnáme data z obou uskutečněných výzkumů.

Tabulka č. 1: Základní charakteristiky zdravotně postižených osob v ČR

	Počet obyvatel (stav k 31. 12. 2012) *	Počet zdravotně postižených osob **
Celkem	10 516 125	1 077 673
Pohlaví		
Muži	5 164 349	512 761
Ženy	5 351 776	564 912
Věkové složení obyvatel		
0 - 14 let	1 560 296	64 307
15 - 29 let	1 881 844	65 143
30 - 44 let	2 495 730	109 947
45 - 59 let	2 075 490	206 891
60 - 74 let	1 794 618	333 211
75 +	708 147	298 174

Zdroj: Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2013, www.czso.cz

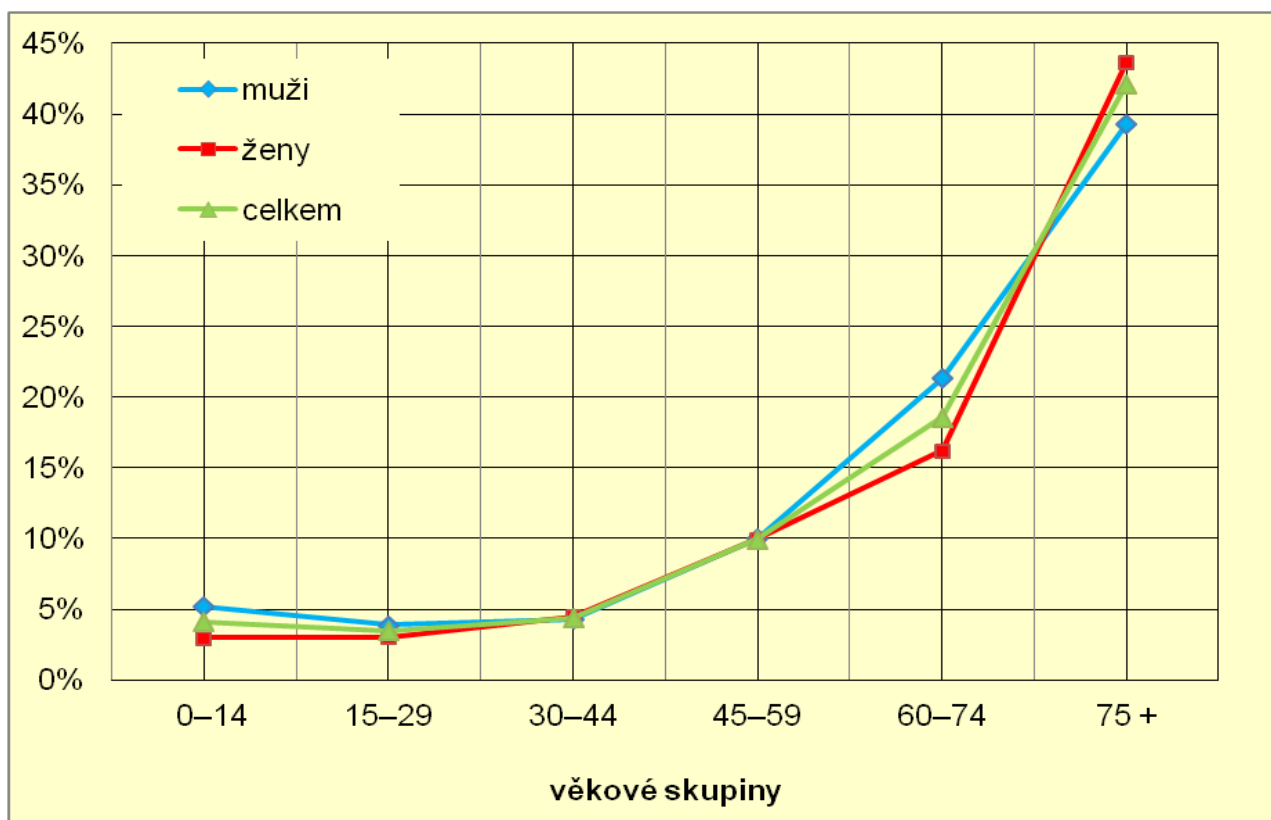
* Zdroj dat: [www.czso.cz/Kód: e-4003-13](http://www.czso.cz/Kód:e-4003-13)-Věkové složení obyvatel k 31. 12. 2012

** Narození do 31. 12. 2012

Z výsledků šetření vyplývá základní skutečnost, že z celkového počtu obyvatel ČR k 31. 12. 2012 bylo celkem **1 077 673 osob se zdravotním postižením, tj. 10,2%** (pokud bychom tento počet osob se zdravotním postižením pro úplnost porovnali s celkovým počtem obyvatel ČR k 30. 6. 2013, tedy k období, kdy probíhala hlavní fáze sběru dotazníků pro toto šetření, docházíme ke stejnému výslednému podílu – relativně malý rozdíl v počtu obyvatel ČR ve dvou uváděných koncových stavech je dán absolutně nízkým poklesem obyvatel v počtu cca 3 200 osob).

Z pohledu podílu zdravotně postižených osob na celkové populaci ČR, zjišťovaného za muže, ženy a celek v šesti věkových skupinách, byl **celkově nejvyšší podíl** zaznamenán **v poslední věkové kategorii (75 +)**, u které činí **42,1%** (podíl mužů pak 39,3% a žen 43,6%). V ostatních nižších věkových skupinách, kromě ještě druhé nejsilněji zastoupené věkové skupiny 60 – 74 let, byly zjištěny výrazně nižší podíly.

Graf č. 1: Podíl počtu osob se zdravotním postižením v celkové populaci ČR podle pohlaví a věkových skupin

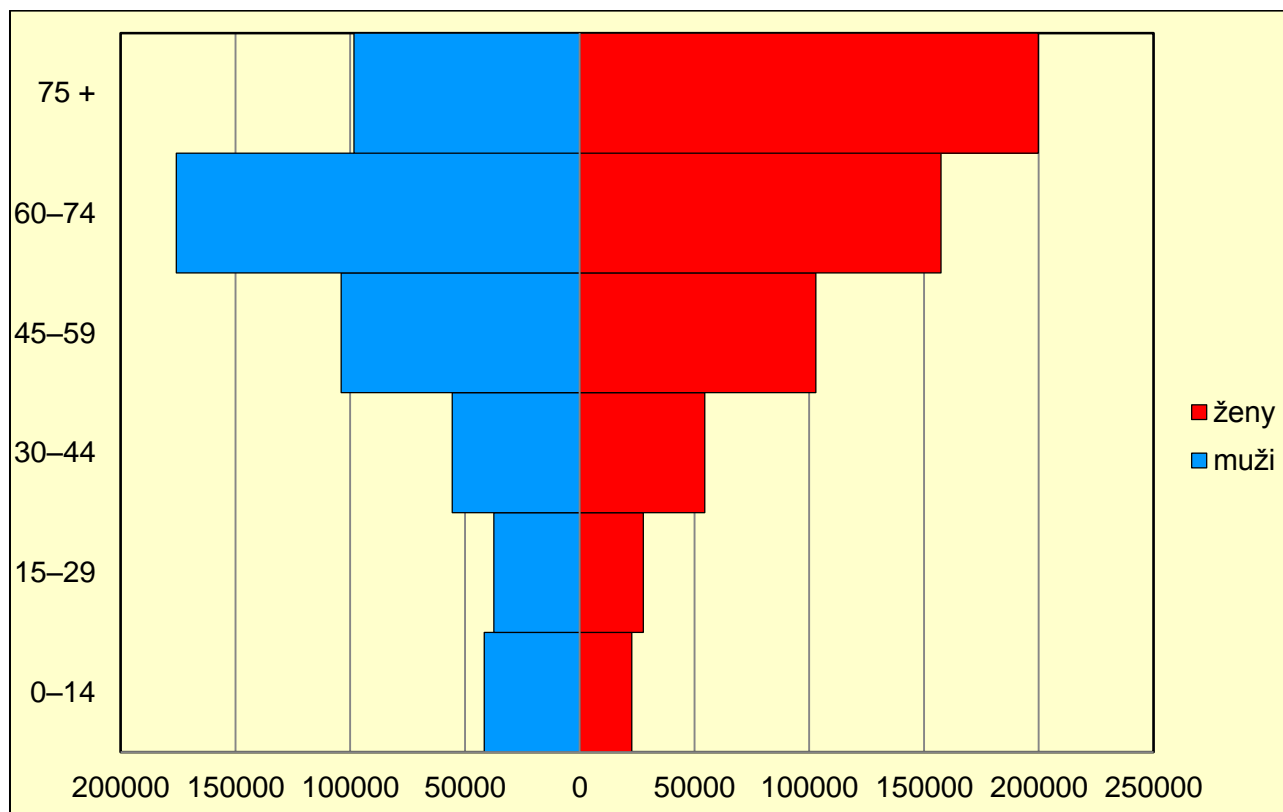


Zdroj: Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2013, www.czso.cz

Oproti předcházejícímu výzkumu jsou významnější rozdíly v nejmladší věkové skupině (nárůst o bezmála 20 tisíc osob v absolutních číslech) a zejména v obou kategoriích 45-59 a 60-74 let.

Zajímavé je také srovnání věkové struktury osob se zdravotním postižením s celkovým rozložením v populaci.

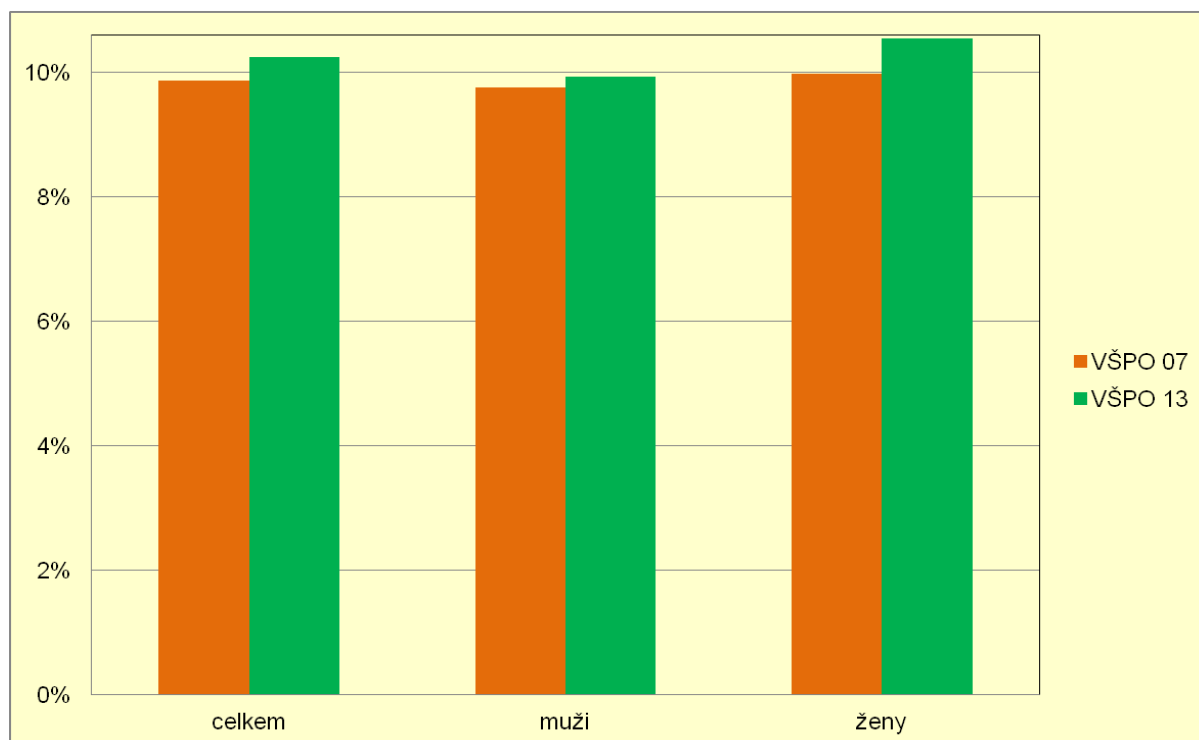
Graf č. 2: Věková struktura osob se zdravotním postižením v celkové populaci



Zdroj: Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2013, www.czso.cz

Téměř srovnatelné jsou počty mužů a žen ve dvou věkových skupinách (30 – 44 a 45 – 59let), a v podstatě i u věkové skupiny 60 – 74 let. Na druhé straně se poměrně významněji od sebe liší nejnižší a nejvyšší věkové skupiny (0 – 14 let a 15 – 75 +). Větší míru zdravotních problémů v kategorii žen v nejvyšší věkové skupině můžeme vysvětlit větší nadějí na dožití u žen a tím pádem větším počtem seniorek v populaci. Časový odstup šesti let umožnil porovnání výsledků obou šetření - VŠPO 13 a VŠPO 07 v časové řadě. Nejprve nás zajímalo, jaký je podíl počtu osob se zdravotním postižením v porovnání s celkovou populací ČR. Podíly počtu osob se zdravotním postižením na celkové populaci ČR, členěný dále na muže a ženy, názorně ukazuje následující graf č. 3.

Graf č. 3: Podíl počtu zdravotně postižených osob na celkové populaci ČR



Zdroj: Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2013, www.czso.cz

Z hodnot uvedených v grafu vyplývá, že **podíl počtu zdravotně postižených osob se za posledních 6 let zvýšil o 0,3 procentního bodu** (9,9% na 10,2%), přičemž výrazně vyšší zvýšení bylo šetřením zjištěno **u žen (o 0,6 procentního bodu – z 10,0% na 10,6%)**. **U mužů** je zvýšení podílu poměrně malé (**o 0,1 procentního bodu – z 9,8% na 9,9%**).

Na doplnění můžeme ještě uvést skutečnost, že se zvýšily rovněž i absolutní počty zdravotně postižených osob (celkově o 62 125 osob, v tom o 22 334 mužů a o 39 791 žen). Tempo růstu počtu osob se zdravotním postižením tak bylo vyšší než tempo růstu počtu obyvatel ČR - přírůstek celkového počtu osob se zdravotním postižením mezi oběma šetřeními činil 6,1%, zatímco celkového počtu obyvatel ČR jen 2,1% (rozdíl jsou 4 procentní body).

Z detailnějšího pohledu na podíl zdravotně postižených osob v celkové populaci ČR je zajímavá situace výstupů ze šetření i ve vnitřní struktuře věku a u pohlaví.

Použijeme-li ke srovnání mezi oběma šetřeními rozdílové hodnoty vyjádřené procentními body, pak u mužů dochází k nárůstu pouze ve věkových skupinách do 29 let, zatímco se ostatní čtyři věkové skupiny vyznačují poklesy. U žen je tomu tak, že ve věkových skupinách do 44 let a 75 + byl zjištěn nárůst, zatímco u věkových skupin 45 – 74 let došlo k poklesu. Z pohledu celku byly u tří věkových skupin (do 29 let a 75 +) zjištěny nárůsty, u dvou věkových skupin (45 – 74 let) pak poklesy a u jedné věkové skupiny (30 – 44 let) nebyl zaznamenán rozdíl žádný.

Pro názornost uvádím také grafické vyjádření míry zdravotního postižení, a to v relaci k věku a pohlaví všech zdravotně postižených osob v průzkumu VŠPO 13.

Graf č. 4: Struktura míry postižení podle věku a pohlaví – VŠPO 13



Zdroj: Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2013, www.czso.cz

Handicap znamená znevýhodnění. A platí úměra čím závažnější znevýhodnění, tím obtížnější začlenění se do běžného života. S různými stupni zdravotního handicapu souvisí také sociální dopady na tyto osoby. Na uplatnění zdravotně postiženého ve společnosti má vliv míra jeho soběstačnosti a adaptibility. Podstatné pro další život s handicapem je proto kladné sebehodnocení, které stojí v základu lidské sebeúcty každého, tedy i postiženého člověka, a také to, jakým způsobem se společnost ke zrakově postiženým zachová. (Křivohlavý, J., 1985). V současnosti je stále více akcentován osobní aktivní přístup a vlastní odpovědnost zdravotně postiženého vůči vlastnímu životu. Kožuchová (2014, s. 37) uvádí, že zároveň se klade důraz k zodpovědnosti za vlastní zdraví. Starostlivost o zdraví patří podle autorky mezi základní a prvořadé úlohy nejen státu, ale aj celé odborné a laické veřejnosti.

Použité zdroje:

KOŽUCHOVÁ, M. Domáca ošetrovateľská starostlivosť na Slovensku. In KOŽUCHOVÁ, M. a kol. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2014. ISBN 978-80-8063-414-8, s. 19-54.

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologická rehabilitace zdravotně postižených, Avicenum, Praha, 1985

Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007, www.czso.cz

Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2013, www.czso.cz

Kontakt na autora:

PhDr. Ing. Pavel Novák

oddělení statistické metodiky a rozborů

odbor analýz a statistik

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

Na Poříčnickém právu 1/376

128 01 Praha 2

tel: +420 221 922 217

fax: +420 221 922 319

pavel.novak@mpsv.cz

www.mpsv.cz

KOMUNIKACJA – SPOIWO ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO

Wojciech Nyklewicz

Niezależny szkoleniowiec w zakresie komunikowania interpersonalnego, Łódź

Na podstawie założeń teoretycznych i doświadczeń własnych w osobistym funkcjonowaniu w zespole terapeutycznym, sformułowałem roboczą jego definicję. Głosi ona, że zespół terapeutyczny to zorganizowana grupa profesjonalistów, sprawująca kompleksową opiekę nad pacjentem i jego rodziną. Idealny zespół terapeutyczny to taki, w którym każdy z członków ma równe prawa w odniesieniu do pozostałych, a głos każdej osoby jest równie ważny i cenny w realizacji wspólnego celu. Innymi słowy, jest to grupa zadaniowa profesjonalistów pracujących na rzecz wyzdrowienia pacjenta/rodziny/wspólnoty zamieszkania/społeczności lokalnej. W zasadzie można powiedzieć, że jest to założona a priori misja, wokół której spotkały się wszystkie zainteresowane strony. Z doświadczenia jednak wynika, że nie zawsze cele poszczególnych członków zespołu terapeutycznego są spójne z jego misją, jak i nie zawsze jest

tak, że cele indywidualne ogniskują się na tym głównym. Aby uzgadniać i negocjować warunki udziału w zespole terapeutycznym oraz aby osiągnąć pełną zgodę co do tego, czym się wszyscy zajmujemy, aby wreszcie zrealizować założony cel, poszczególni członkowie zespołu muszą się ze sobą wzajemnie komunikować w określony sposób. Można powiedzieć, że ten specyficzny sposób porozumiewania się ludzi w danej grupie wyróżnia ją spośród innych grup społecznych i dzięki temu pozwala nazwać ją zespołem terapeutycznym. Bez tego swoistego rodzaju komunikowania się, grupa profesjonalistów może pozostać na niższym etapie rozwoju jako zespół pracowniczy. W tej formie również realizowane są zadania systemu opieki zdrowotnej, lecz nieco inne niż w zespole terapeutycznym. Generalnie można powiedzieć, iż: komunikowanie terapeutyczne, partnerski styl porozumiewania się wszystkich ze wszystkimi, demokratyczny sposób zarządzania zespołem, delegowanie władzy do zespołu i poszczególnych osób, wzmaganie odpowiedzialności za siebie i swoje działania wobec innych (pacjenta, rodziny chorego, współpracowników) oraz model przepływu informacji na zasadzie każdy z każdym – to główne wyróżniki konstytuujące grupę profesjonalistów i podmiot opieki jako zespół terapeutyczny. Można stwierdzić, że ten rodzaj komunikowania się jest spoiwem zespołu terapeutycznego.

Aby zespół terapeutyczny mógł powstać, na kilka miesięcy przed startem pracownicy danego ośrodka (lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci i inni) powinni zacząć spotykać się na zebraniach zespołu. Takie spotkania muszą odbywać się jeden raz w tygodniu, zawsze o tej samej porze i uczestniczą w nich wszyscy bez wyjątku, którzy mają stworzyć zespół terapeutyczny. Celem tych zebrań jest zbudowanie zespołu, wypracowanie misji oraz sformułowanie celu głównego, a także ustalenie zasad komunikowania się i nauczenie się wzajemnego porozumiewania, oraz ustalenie zasad dokumentowania pracy zespołu. Z naszego doświadczenia wynika, że co najmniej pół roku cotygodniowych zebrań przygotowawczych, to minimalny czas, który należy zainwestować w przygotowanie się do pracy wg nowych, dotąd nieznanych w praktyce zasad. Dlaczego to jest takie ważne?

Ponieważ największym zagrożeniem zespołu terapeutycznego są nawyki funkcjonowania w paternalistycznym, ordynatorskim modelu zarządzania podmiotem leczniczym. W instytucjach o hierarchicznej strukturze (rodzina, szkoła, uczelnia, podmiot opieki zdrowotnej) przepływ informacji odbywa się poprzez ogniwa pośredniczące, a dominującymi stylami komunikowania się pracowników pomiędzy sobą i z pacjentami (studentami) są allocentryczny i egoistyczny style komunikowania się. Dyrektywne zarządzanie – dzielące zespół na tych, którzy wiedzą lepiej i kierują pracą pozostałych, od tych, którzy mało wiedzą i muszą się podporządkować – z założenia przeczy idei zespołu terapeutycznego. W krajach byłego bloku wschodniego tego typu doświadczeń mamy najwięcej. Mało tego, brakuje nam wzorców w pełni funkcjonalnych zespołów terapeutycznych, w których moglibyśmy szlifować swoje kompetencje i przenosić je

na nowy grunt, tworząc kolejne zespoły. Praktyka pokazuje, że bardzo dobrze przyswojona wiedza teoretyczna z zakresu komunikacji interpersonalnej i demokratycznego zarządzania nie przekłada się na działania. Tak więc grupa pracowników, jeśli nie przyjdzie przez fazę budowania zespołu i nie zdobędzie praktycznych kompetencji specyficznego komunikowania się, pozostanie nadal zespołem pracowniczym, a „zespół terapeutyczny” niezrealizowaną ideą.

Celem zebrań wstępnych jest m.in. zintegrowanie interdyscyplinarnej grupy profesjonalistów oraz dbałość o ukształtowanie pomiędzy nimi relacji współpracy i relacji terapeutycznych z pacjentami. Chodzi o to, aby pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego nie powstawały relacje erotyczne, koalicje przeciwko komuś lub czemuś albo koalicje na rzecz kogoś lub czegoś. W każdej grupie społecznej spontanicznie występują tego typu zjawiska, jednak jeśli pojawią się w zespole terapeutycznym – zaburzają jego funkcjonowanie. Żargonowo mówi się, że jawne lub ukryte romanse „rozwalają” pracę zespołu. Czyli, podczas wstępnych zebrań, członkowie budującego się zespołu terapeutycznego muszą być o tych zjawiskach i zasadach poinformowani. Muszą nieskrępowanie i bez narażenia na krytykę wyrazić swoje opinie na ten temat, muszą o tych sprawach dyskutować po wielokroć. Muszą wreszcie zadeklarować, czy taki sposób wzajemnego komunikowania się odpowiada im i, czy chcą w tym uczestniczyć. Pamiętajmy, że konsensus w pracy zespołu terapeutycznego, to jedyna przyjęta forma podejmowania decyzji zespołowej i indywidualnej.

Nie są to łatwe rozmowy, albowiem w wieloletnich zespołach pracowniczych, które chcą stać się zespołami terapeutycznymi, istnieją jawne i niejawnie koalicje, grupy wzajemnej adoracji, „przyboczni szefa”, „kablarze” itp. – innymi słowy, rozdzielone i obsadzone są role społeczne nakładające się na role zawodowe. Przystępując do budowania zespołu terapeutycznego, jego członkowie muszą uświadomić sobie dotychczasowe funkcjonowanie w pozazawodowych rolach w miejscu pracy i muszą zrezygnować z nich na rzecz jawnej, otwartej i bezpośredniej komunikacji wszystkich ze wszystkimi. W zespole terapeutycznym jego członkowie nie mogą mieć do siebie wzajemnie skrywanych pretensji, żywić urazy czy mieć tajemnice dotyczące sytuacji zawodowej. Te sprawy muszą być ujawnione i przepracowane na forum całego zespołu (wszyscy muszą o tym wiedzieć). Aby to uczynić, członkowie zespołu terapeutycznego muszą posługiwać się specyficznymi umiejętnościami komunikowania partnerskiego.

Budowanie zespołu terapeutycznego nieco inaczej przedstawia się w grupach pracowniczych, które właśnie powstały w celu jego utworzenia. Są to jeszcze luźno kooperujący ze sobą, mało znający się profesjonaliści, pomiędzy którymi nie wytworzyły się jeszcze dysfunkcyjne dla zespołu terapeutycznego więzi. Taki zespół buduje się od podstaw, bez konieczności zmieniania wieloletnich nawyków i przyzwyczajzeń. Jeśli w nowo powstającym zespole znajdują się pracownicy z wieloletnim stażem pracy, będą wymagali oni przepracowania dotychczasowych doświadczeń pracowniczych.

Podczas wstępnych zebrań podnoszona jest również kwestia zmiany paradygmatu postępowania terapeutycznego (filozofii leczenia i pielęgnowania). Jest to dość długotrwały proces wzajemnych uzgodnień, w którym z góry wiadomo, że żadnej z tych rzeczy nie można nauczyć się z podręcznika na pamięć. W wyniku dyskusji opartej na obiektywnej wiedzy i subiektywnych doświadczeniach i refleksjach, członkowie zespołu uzyskują coraz większe przeświadczenie o słuszności przyjętych założeń, a przy okazji w coraz większym stopniu uświadamiają sobie deficyty i zasoby specyficznych umiejętności komunikacyjnych, które muszą osiągnąć poziom nieświadomej kompetencji. Ważne jest, by każdy uświadomił sobie i przyjął za własny nowy system przekonań o swoim miejscu w zespole oraz o jego misji. Od teraz (choć to nagle nie nastąpi) wszyscy pracownicy są równi, nie ma żadnej hierarchii, każdy jest odpowiedzialny za siebie i każdy decyduje o swoich losach w zespole. Od tego momentu zamiera komunikacja pionowa (górze – dół; poprzez ogniwa pośredniczące; nie wprost), a „rozkwita” komunikacja pozioma (każdy z każdym; tu i teraz). Od tej chwili wszyscy członkowie zespołu muszą myśleć podobnie w określonym zakresie: zamiast skupiać się na chorobie i leczeniu (jak dotychczas), należy koncentrować się na wyzdrowieniu. Innymi słowy, od teraz misją zespołu jest **działanie na rzecz zdrowia** pacjenta/rodziny/wspólnoty zamieszkania/społeczności lokalnej. Jeśli wyzdrowienie nie jest możliwe, należy **działać na rzecz poprawy jakości życia** w niepełnosprawności, w życiu z chorobą przewlekłą, w umieraniu. Z doświadczenia naszego zespołu wynika, że niezmiernie pomocnym narzędziem w zmianie perspektywy postrzegania pacjenta i siebie w relacji z nim była zmiana nazwy dokumentacji medycznej. Od tej pory Historia Choroby nazwała się Historią Zdrowienia. W tym paradygmacie wyszliśmy z założenia wypracowanego przez NLP (neurolingwistyczne programowanie) i podkreślającego, że każdy człowiek kiedyś był zdrowy, zatem wie, jak się taki stan przeżywa i jak można go osiągnąć oraz po czym można go poznać. Używając jak najczęściej – w rozmowach, wywiadach i w dokumentacji – pojęć: „zdrowie”, „wyzdrowienie”, „zdrowienie”, skłaniamy siebie i pacjenta do koncentrowania się na pozytywnych aspektach naszego życia (każdy swojego). Ten zabieg pozytywnie wpływa na ogólne samopoczucie pracownika i pacjenta, a myślenie koncentruje się na wyznaczonym, jasno sformułowanym celu zespołu i podmiotu opieki.

Wypracowywanie spójności i jedności zespołu trwa długo. Temu procesowi służy specyficzny sposób komunikowania się, którego każdy członek zespołu musi się nauczyć praktycznie (tego nie da się nauczyć z podręcznika). Służą temu specjalne treningi zewnętrzne (np. trening interpersonalny), jak również można zaprosić trenera do pracy z zespołem (budowanie zespołu). Ten drugi wariant jest lepszy z uwagi na połączenie integracji z edukacją.

Gdy powstanie zespół terapeutyczny, jego członkowie bez wyjątku odczuwają **brak hierarchiczności**, niezależnie od oficjalnie pełnionych funkcji (ordynator, pielęgniarka oddziałowa, szeregowi lekarz czy pielęgniarka). Pielęgniarka odcinkowa ma poczucie, że jest na

równi z ordynatorem i że nie ma on wyższej pozycji w zespole. Podobnie ordynator nie ma poczucia, że inni mu podlegają. Jego zadaniem na tym stanowisku jest organizacja pracy, dbanie o sprawny przepływ informacji oraz wspieranie merytoryczne. **Zarządzanie niedyrektywne** polega na tym, że oficjalny przełożony deleguje do zespołu władzę decydowania o większości spraw danego ośrodka, a **decyzje podejmowane są na zasadzie konsensusu**. W trakcie zebrań zespołu oraz w indywidualnych relacjach pracowników ze sobą i z pacjentami **wszyscy komunikują się wprost** (bez ogniw pośredniczących; każdy z każdym). Przyjmuje się zasadę, że wszystkie informacje są jawne, tzn. że wiadomości pozyskane w indywidualnych rozmowach są ujawniane podczas zebrań zespołu, jeśli mają znaczenie w procesie leczenia i pielęgnowania lub zarządzania zespołem. Wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego zobowiązani są do posługiwania się **partnerskim stylem komunikowania się**. To zobowiązanie jest wymagane, choć wiadomo, że członkowie zespołu mogą różnić się pomiędzy sobą w zakresie poziomu tej kompetencji. Zdecydowanie należy wystrzegać się stylów allocentrycznego i egocentrycznego. Wysoka samoświadomość i umiejętność samoobserwacji oraz udzielanie sobie wzajemnie rzetelnych informacji zwrotnych – czynniki te mogą pomóc w rozwoju pożądanых umiejętności komunikacyjnych. Cały zespół terapeutyczny i poszczególni jego członkowie **skoncentrowani są: na zadaniach, na celu oraz na relacji z pacjentem i jego bliskimi**. Drugorzędną, lecz równie ważną funkcją zespołu terapeutycznego jest **zawodowy rozwój i kształcenie** swoich członków oraz kształcenie osób z zewnątrz (prowadzenie staży i obserwacji).

Sprawnie funkcjonujący zespół terapeutyczny odbywa cotygodniowe zebrania swoich członków zawsze o tej samej porze. Obecność na nich jest obowiązkowa, a czas ich trwania wliczany jest do czasu pracy pracowników. Zebrania służą transparentnemu przepływowi informacji, podejmowaniu decyzji, omawianiu pacjentów i problemów w leczeniu i pielęgnowaniu oraz omawianiu organizacji pracy. Zebrania są również okazją do zawodowego rozwoju i doskonalenia umiejętności, a także są forum udzielania wsparcia informacyjnego i emocjonalnego członkom zespołu. Spotkania odbywają się w kręgu, bez stołów po środku.

Organizacja pracy pielęgniarzkiej w zespole terapeutycznym powinna odbywać się na zasadach Primery Nursing, a zespół powinien powstawać „ze względu/wokół/dla” pacjenta. Po jego wypisaniu z ośrodka, zespół terapeutyczny kończy pracę (niejako „rozpada się”), a w jego miejsce powstaje nowy dla nowego chorego. Skład personalny zespołu może być ciągle ten sam, jednak przewiduje się kooptowanie innych profesjonalistów w zależności od potrzeb wynikających z leczenia i pielęgnowania.

Reasumując, można stwierdzić, że zespół terapeutyczny jest grupą profesjonalistów dysponujących specyficznymi kompetencjami miękkimi. Swoiste umiejętności komunikacyjne konstytuują grupę społeczną jako zespół, który można odróżnić od pozostałych grup po tym, w jaki sposób ci profesjonaliści ze sobą porozumiewają się. Bez względu na specjalność medyczną,

celem zespołu terapeutycznego jest działanie na rzecz zdrowienia pacjenta/rodziny/wspólnoty zamieszkania/społeczności lokalnej. Jeśli wyzdrowienie nie jest możliwe, należy działać na rzecz poprawy jakości życia w niepełnosprawności, w życiu z chorobą przewlekłą, w umieraniu. Otwartym pozostaje pytanie: czy w aktualnych warunkach obsad kadrowych możliwe jest zorganizowanie pracy na zasadzie zespołu terapeutycznego?

Kontakt na autora:

Email: wojciech.nyklewicz@gmail.com

PERIOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE Z POHLEDU MANAGEMENTU OPERAČNÍCH SÁLŮ

Pavlová, P., Holá, J.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Úvod

Řízení kvality ošetrovatelské péče na operačních sálech by mělo patřit k základním kamenům managementu operačních oborů. Nedílnou součástí vnitřních předpisů zdravotnického zařízení, ale i legislativy jako takové, by měl být popis minimální úroveň kvality perioperační péče včetně uvedení bezpečnostních standardů a ukazatelů poskytované péče. Zavedení norem by nemělo být jediným důvodem k udržování kvality ošetrovatelské péče. Je-li cílem předcházet rizikům a nežádoucím událostem vzniklým v prostředí operačního traktu, management kvality musí být každodenní součástí běžného dění na takovémto oddělení (WHO, 2008). Kvalitu tvoří především lidské zdroje, protože mají v prostředí perioperační péče nezastupitelnou roli s velkou dávkou odpovědnosti. Proto by zejména v této oblasti kontrolní činnost neměla být opomíjena.

Cíl

Cílem výzkumu je analýza a hodnocení kvality ošetrovatelské péče v prostředí operačního traktu s důrazem na identifikaci kritických bodů. **Metody**

Výzkum byl prováděn v rámci studentské grantové soutěže a navazuje na magisterskou práci (Pavlová, 2013). Sledovaná oblast specifické ošetrovatelské perioperační péče je jednou z mnoha monitorovaných aspektů projektu s názvem „Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních akutní péče v Pardubickém kraji“. Projekt zaštiťuje Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Kvalitativní část výzkumu proběhla v listopadu roku 2013. Výzkum byl realizován v pěti nemocnicích Pardubického kraje. Zvolenými výzkumnými metodami byly *pozorování*

perioperační ošetrovatelské péče a *polostrukturované rozhovory* se sestrami manažerkami, které na operačních sálech působí. Hlavním záměrem obou výzkumných metod byla identifikace nejzávažnějších rizik, která by mohla klientovi peroperačně hrozit. Jedním z výstupů z kvalitativní části výzkumu je kontrolní list pro audity ošetrovatelské perioperační péče. Audity budou podkladem pro další výzkum.

Výsledky

Zásadní téma rozhovorů s 5 vybranými odbornicemi z praxe byly rizika, která by mohla nastat na operačním sále. Respondentky mohly odpovědi vztáhnout nejen k operantovi, ale i k personálu či technicko-ekonomickému zázemí. Všechny však odpovídaly pouze ve vztahu k pacientovi. Podrobnější přehled odpovědí je uveden v tabulce č. 1. Odpovědi jsou rozděleny do domén jednotlivých rizik. V každé z domén je uvedena četnost, v kolika případech se respondentky na dané odpovědi shodly.

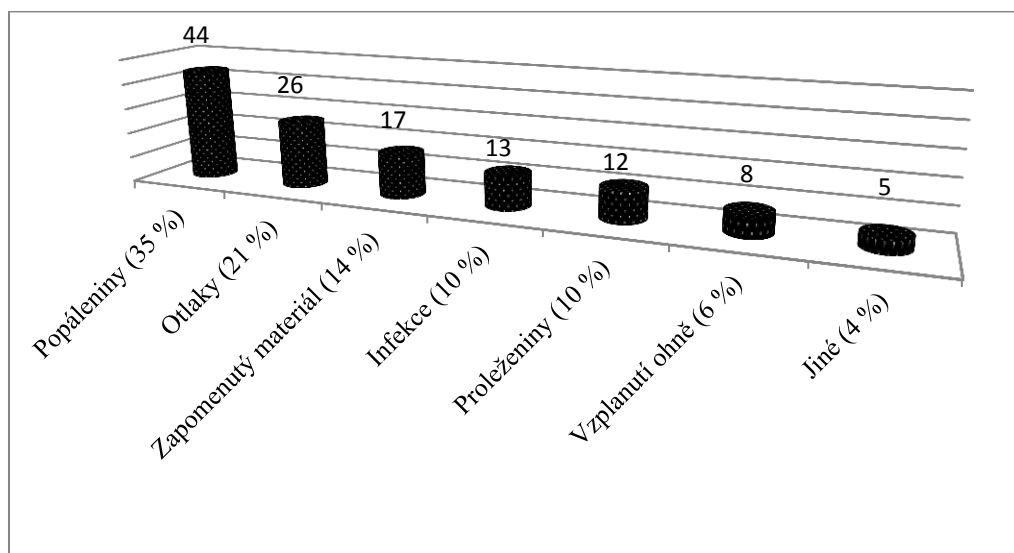
Tabulka 1: Přehled perioperačních rizik dle subjektivního názoru pěti manažerek operačních sálů

RIZIKA PRO PACIENTA DEFINOVANÁ RESPONDENTKAMI	ČETNOST ODPOVĚDÍ VE VZTAHU K DEFINOVANÉMU RIZIKU
Popálení v důsledku použití koagulace	5
Záměna pacienta	4
Nesprávné místo incize	4
Nesouhlas břišních roušek	3
Pád pacienta	3
Ztráta instrumentária	2
Alergická reakce na dezinfekční prostředek	2
Otlaky, dekubity	1

Kvalitativní výzkum poskytuje základní náhled do problematiky perioperační péče. Dle subjektivního hodnocení pěti respondentů, je největší perioperační hrozbou popálení klientů v důsledku neadekvátního použití koagulace (viz tabulka č. 1). Ze všech uvedených rizik plynou preventivní opatření, která by je měla snižovat a eliminovat. Prevence perioperačních nežádoucích událostí by měla patřit ke kritériím zajištění bezpečnosti, k metodám kontinuálního zvyšování kvality (Škrála a Škrlová, 2008).

Diskuze

Výzkum s podobnou tematikou provedla v roce 2008 Štefková. Obrázek 2 vychází z jejího šetření a graficky znázorňuje možné poškození klienta v průběhu perioperační péče, tentokrát však z pohledu řadových sálových sester a jejich pracovních zkušeností.



Obrázek 2: Možná perioperační poškození pacienta dle Štefkové, 2008

Z obrázku č. 2 je patrné, že se řadové sálové sestry za svou odbornou praxi nejčastěji setkaly s nežádoucí událostí s důsledkem vysokofrekvenčního popálení klienta. Tato odpověď byla zastoupena 35 % z celkového množství odpovědí (125). S otlaky vzniklými perioperačně se setkalo 21 % sester. Se stádiem dekubitů 10 % sester. Odpovědi ohledně zapomenutého zdravotnického prostředku v operační ráně bylo označeno 14 %. S ranou infekcí se, za dobu svého působení na operačním sále, setkalo 10 % perioperačních sester. Vzplanutí ohně, po použití dezinfekce, zažilo 6 % respondentek.

Management operačních sálů moderního zdravotnictví by měl prevenci zajistit tvorbou perioperačních standardů a kontrolou jejich plnění v pravidelných auditech. Také aktivní vyhledávání možných hrozeb a následný důkladný popis všech rizikových procesů je nezbytný (Škrla a Škrlová, 2008).

Závěr

Preventivní opatření minimalizují rizika pro všechny přítomné na operačním sále, zvláště pak pro pacienty. Dle subjektivního názoru respondentů, by největší pozornost měla být věnována všem procesům manipulujícím s koagulací. Vzhledem k tomu, že odpovědi respondentek byly vztáhnuty pouze k rizikům ve vztahu k operovanému klientovi, bylo by dobré vnímání potenciálního nebezpečí také spojit s možností poranění personálu, či k poškození nemocnice jako takové. Pokud se vymezí rizika z těchto třech oblastí: pacient, personál, poskytovatel péče, velikost jednotlivých

rizik by se pak mohla porovnat v časových řadách Stejně jako mezi zdravotnickými zařízeními Pardubického kraje navzájem. Srovnání by vedlo k rozvoji „the best practice“ a k neustálému zvyšování kvality operačních sálů (Gladkij, 2003).

Kvalitativní výzkum nebyl proveden za účelem zjištění možných rizik, které by se mohly na operačním sále přihodit Výsledky šetření v tuto chvíli lze pokládat pouze za částečné. Slouží jako podklad pro další výzkum v oblasti perioperačních rizik. Dalšími výzkumnými metodami budou postupně ověřována.

Odkazy

1. GLADKIJ, Ivan a kol. 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.
2. PAVLOVÁ, Petra. 2013. *Řízení kvality v perioperační péči*. Pardubice, Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <http://dspace.upce.cz/handle/10195/52471>.
3. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2616-8.
4. ŠTEFKOVÁ, Ivana. 2008. *Míra poškození pacienta v perioperační péči*. Brno, Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, katedra ošetřovatelství. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/142540/lf_b/.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION and WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. 2008. *Implementation manual surgical safety checklist*. 1. ed. Switzerland: WHO Press, pp. 3 - 4.
Dostupné z: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/.

Kontakt na autora:

Pavlová, P., Holá, J.

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

Průmyslová 395

530 02 Pardubice

Petra.Pavlova@upce.cz

PRZYCZYNY WYJAZDÓW ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO DO BÓLU ZLOKALIZOWANEGO W KLATCE PIERSIOWEJ

Príčiny výjazdov tímov záchranej zdravotnej služby k bolestiam lokalizovaným na hrudi

Podsiadło Beata¹, Mariola Czajkowska¹, Iwona Gałązka¹, Renata Mroczkowska², Bogusława Serzysko², Violetta Skrzypulec-Plinta¹

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Wydział Nauk o Zdrowiu Katedra Zdrowia Kobiety

² Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze

Bóle występujące w klatce piersiowej są zróżnicowane i stanowią jedną z najczęstszych dolegliwości. Mogą być spowodowane wieloma przyczynami, od bardzo niepozornych do stanowiących zagrożenie życia. Bez względu na przyczynę wszystkie struktury klatki piersiowej mogą być źródłem dolegliwości bólowych oraz mogą to być również zaburzenia czynnościowe (Cieśliński A, 2005, s. 7-642, Mrozowski T, 2009, s. 1-14).

Choroby układu sercowo-naczyniowego wciąż stanowią pierwszą przyczynę zgonów.

W materiale autorów Śpiewak T i wsp., 43% pacjentów rocznie zgłasza się z bólem w klatce piersiowej, który wymaga różnicowania z ostrym zespołem wieńcowym. W Stanach Zjednoczonych do oddziałów ratunkowych przyjmowanych jest około 4,6 miliona chorych z bólem w klatce piersiowej, przy czym u 2,1% chorych to zawał serca a u 2,3% chorych niestabilna dławica piersiowa. W Kanadzie odsetek ten jest wyższy i odpowiednio u 4,6% i 6,4% powyższe ostre stany zagrożenia życia nie są prawidłowo diagnozowane (Śpiewak T, 2008, s.39-41).

Każdego pacjenta z bólem w klatce piersiowej należy traktować jako potencjalnego pacjenta w stanie zagrożenia życia. W grupie tej znajdują się zarówno pacjenci młodociani oraz starsi, powyżej 67 roku życia z objawami mogącymi być bezpośrednią przyczyną zagrożenia życia (na przykład ostry zespół wieńcowy, tętniak rozwarstwiający aorty, zatorowość płucna) i niegroźnymi, jednak dokuczliwymi stanami mogącymi imitować zawał mięśnia sercowego na przykład zespół Tietza, choroba refluksowa przełyku. Na szczególną uwagę zasługują pacjenci z czynnikami ryzyka choroby wieńcowej oraz ci, którzy mają w wywiadzie incydenty sercowo-naczyniowe, są po zabiegach rewaskularyzacji (pomostowania aortalno-wieńcowego lub angioplastyce przezskórnej) (Śpiewak T, 2008, s.39-41).

W celu oszacowania ryzyka wystąpienia zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych u osoby, która nie ma jawnej choroby sercowo-naczyniowej, a wystąpiły u niej objawy kardiologiczne należy w przypadku wezwania Zespołu Ratunkowego postępować według ściśle określonego schematu postępowania (Śpiewak T, 2008, s.39-41).

Postępowanie przedszpitalne polega na zebraniu wywiadu z pacjentem, badaniu fizykalnym, bezpiecznym, wysokim ułożeniu i unieruchomieniu go. Założeniu wkłucia typu wenflon, tlenoterapii, wykonaniu zapisu EKG, podaniu leków oraz transportu w razie konieczności do placówki ochrony zdrowia. Ważnym elementem wstępnej diagnostyki jest określenie podstawowych klinicznych objawów obiektywnych występujących u pacjenta. Należy tu określić charakter bólu w klatce piersiowej trwającego dłużej niż ból w chorobie wieńcowej (powyżej 15 – 20 minut), nie ustępujący w spoczynku i po podaniu nitrogliceryny. Wystąpienie ogólnego niepokoju, lęku, poczucia zagrożenia życia, obfitego pocenia się (skóra poszarzała lub blada), nudności i wymiotów, uporczywej czkawki oraz przyspieszenia oddechów. Do typowych objawów kardiologicznych należy zaliczyć występowanie zaburzeń rytmu serca (tony głuuche i ciche, objawy brady lub tachykardii). Ciśnienie tętnicze, które w czasie bólu może być podwyższone (często jest jednak obniżone), umiarkowaną gorączkę około 38 stopni Celsjusza oraz u niektórych występujące objawy przepowiadające, typu duszność, osłabienie z obfitymi potami, uczucie narastającego zmęczenia oraz zawroty głowy (Śpiewak T, 2008, s.39-41).

Przyjęcie zgłoszenia dotyczącego bólu w klatce piersiowej jest jednym z etapów działania Zespołów Ratunkowych, które niejednokrotnie decyduje o życiu pacjenta. W skład organizacji systemu ratownictwa medycznego wchodzi zespół ratownictwa medycznego, Szpitalne Oddziały Ratunkowe oraz jednostki odpowiedzialne za przyjmowanie i kwalifikację zgłoszeń alarmowych określone jako Centra Powiadamiania Ratunkowego) (Gregory P, 2013, s. 7-392, Pousada L, 1999, s. 6- 626, Zawadzki A, 2011, s.6-476).

Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego w Polsce opisane jest w Ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku (Dz.U. z dnia 20 października 2006 r. nr.191, poz.1410). Ustawa wraz z aktami wykonawczymi stanowi o zasadach organizacji i funkcjonowania systemu na terenie kraju. Organami odpowiedzialnymi za jego organizację jest Minister Zdrowia (na obszarze kraju) oraz wojewodowie (na terenie województw). Opis dotyczy zakresu wykonywanych czynności między innymi: medycznych czynności ratunkowych, kwalifikowanej pierwszej pomocy, pierwszej pomocy oraz wymogów stawianych personelowi (lekarze i pielęgniarki systemu, ratownicy medyczni, dyspozytorzy medyczni) (Gregory P, 2013, s. 7-392, Pousada L, 1999, s. 6- 626, Zawadzki A, 2011, s.6-476).

Działanie systemu powiadamiania ratunkowego opisane jest w Ustawie z dnia 5 grudnia 2008r. o zmianie ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz.U. z dnia 26 stycznia 2009r. nr 11 poz.59). System Powiadamiania Ratunkowego integruje w zakres przyjmowania zgłoszeń oraz ich dysponowania (Gregory P, 2013, s. 7-392, Pousada L, 1999, s. 6- 626, Zawadzki A, 2011, s.6-476).

Sposób organizacji przyjmowania zgłoszeń ratunkowych zależy od przyjętego założenia organizacyjnego. Mianowicie dotyczy to istnienia jednego numeru alarmowego (112 lub 911), czy też odrębnych numerów poszczególnych służb. W przypadku korzystania z jednolitego numeru alarmowego – *etap pierwszy* dotyczący przyjęcia zgłoszenia, który realizowany jest zazwyczaj poprzez operatorów – Call Centers. Ich zadaniem jest zebranie danych osoby dzwoniącej, danych identyfikujących położenie telefonu oraz *wstępną ocenę* - rodzaj problemu. Następnie zadaniem operatora jest przekierowanie rozmowy do właściwej służby. W modelach zakładających rozdzielność numerów alarmowych etap przyjmowania zgłoszeń jest wykonywany przez pracowników właściwych dyspozytorni (na przykład ratownictwa medycznego, policji) (Gregory P, 2013,s. 7-392, Pousada L, 1999, s. 6- 626, Zawadzki A, 2011, s.6-476).

Następnym etapem jest prowadzenie wywiadu dyspozytorskiego. Stanowi on podstawową oś procesu decyzyjnego. Zadaniem osoby zbierającej wywiad (po wcześniejszym uzyskaniu danych dotyczących lokalizacji) jest uzyskanie informacji istotnych z punktu widzenia podjęcia decyzji o zadysponowaniu zespołu. Wywiad dyspozytorski najczęściej prowadzony jest zgodnie z procedurami postępowania dyspozytorów, stanowi formę algorytmu decyzyjnego. Pozwala na standaryzację działań oraz w przypadkach roszczeniowych na uzasadnienie podjętych decyzji (Gregory P, 2013,s. 7-392, Pousada L, 1999, s. 6- 626, Zawadzki A, 2011, s.6-476).

Na podstawie zebranego wywiadu dyspozytor podejmuje decyzje o kwalifikacji zgłoszenia. Może ono zostać zrealizowane przez zespoły ratownictwa medycznego. W pewnych jednak przypadkach zgłoszenie może zostać zakwalifikowane jako wymagające innego charakteru interwencji w postaci przekazania do innej służby lub zalecenia zgłoszenia się do SOR, poradni POZ lub skorzystania z całodobowej opieki lekarskiej. Zazwyczaj najbardziej problematyczne stają się kwestie odmów wysłania zespołu, budzące najwięcej emocji u osób wzywających. Korzystanie więc przy kwalifikacji i zbieraniu wywiadu z systemu procedur stanowi znaczne ułatwienie prowadzenia działań (Gregory P, 2013,s. 7-392, Pousada L, 1999, s. 6- 626, Zawadzki A, 2011, s.6-476).

Nadanie kodu pilności ma na celu wskazanie priorytetu działań dyspozytora. W zależności od rozwiązań organizacyjnych przyjmuje się dwu lub trójstopniowy system kodowania wezwań. Jednak najistotniejszy z kodów (priorytetów) jest kod 1, polegający na niezwłocznym podjęciu interwencji przez najbliższy dostępny zespół ratownictwa medycznego, niezależnie od jego standardu. W przypadku gdy wymagana będzie pomoc zespołu specjalistycznego, możliwe jest zastosowanie zasady „*randez - sous*”, czyli równoczesnego zadysponowania zespołu najbliższego (podstawowego) oraz specjalistycznego. Działania w kodzie 1 dotyczą sytuacji stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia poszkodowanego. W

pozostałych sytuacjach nagłych zagrożeń zdrowotnych wyjazdy realizowane są w kodzie 2 (Gregory P, 2013,s. 7-392, Pousada L, 1999, s. 6- 626, Zawadzki A, 2011, s.6-476).

Zadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego stanowi sumę dotychczas podjętych działań w zakresie oceny i kwalifikacji zdarzenia. W małych ośrodkach zarządzających kilkoma zespołami ratownictwa medycznego cała obsługa zgłoszenia włącznie z dysponowaniem wykonywana jest przez jedną osobę. W dużych dyspozytorniach często rozdziela się ogniwo obsługujące wezwania od grupy dyspozytorów, których zadaniem jest jedynie optymalne zarządzanie zespołami w terenie. W takim przypadku niezmierną pomoc okazują systemy wspomagania decyzji oraz oprogramowanie pozwalające na nadzór nad zespołami poprzez systemy GPS, system statusów oraz wykorzystywanie map cyfrowych. Dzięki niemu możliwe jest identyfikowanie wolnych zespołów, które są najbliżej miejsca zdarzenia (Gregory P, 2013,s. 7-392, Pousada L, 1999, s. 6- 626, Zawadzki A, 2011, s.6-476).

Od sprawnie działającego zespołu powiadomienia i zarządzania zależy niejednokrotnie życie pacjenta.

Cel pracy

Celem pracy była analiza retrospektywna dokumentacji medycznej Stacji Pogotowia Ratunkowego dotycząca wezwań pacjentów do bólu zlokalizowanego w klatce piersiowej. W pracy określono rodzaj objawów, charakter bólu oraz jego lokalizację. Oceniono czy wykonano zapis elektrokardiograficzny u pacjentów z bólem w klatce piersiowej oraz jakie leki zastosował Zespół Ratownictwa Medycznego u pacjentów.

Materiał i metody badawcze

Badanie retrospektywne przeprowadzono na podstawie analizy dokumentacji medycznej Karty Medycznych Czynności Ratunkowych oraz Karty Dysponenta Stacji Pogotowia Ratunkowego. Analizowano przyczyny wezwań do bólu w klatce piersiowej zespołów Ratownictwa Medycznego: zespołów specjalistycznych z lekarzem i zespołów podstawowych bez lekarza, w skład którego wchodziła pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny i kierowca-ratownik medyczny.

Zgodę na przeprowadzenie badań wydał dyrektor Rejonowego Pogotowia Ratunkowego. Dokonano analizy statystycznej kart wyjazdowych z pierwszego kwartału 2012 roku, które liczyły 2200 zgłoszeń. Wśród tej grupy wyodrębniono 153 przypadki zgłoszeń do bólu w klatce piersiowej różnego pochodzenia. Badania przeprowadzono na podstawie autorskiego kwestionariusza analizy dokumentacji medycznej zawierającego część ogólną i szczegółową. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej i przedstawiono w postaci wykresów.

Wyniki

Badaniem o charakterze retrospektywnym objęto populację 70 kobiet i 83 mężczyzn w wieku pomiędzy 21 a 68 rokiem życia. Największą liczebnie grupę badaną stanowili mężczyźni i kobiety powyżej 68 roku życia (38% i 43). Większość kobiet (79%) i mężczyzn (67%) było mieszkańcami wsi, natomiast w mieście zamieszkiwało 21% kobiet i 33% mężczyzn.

Jednym z podstawowych parametrów życiowych ocenianych u pacjenta w czasie interwencji medycznej był pomiar ciśnienia tętniczego krwi. W przypadku wystąpienia bólu w klatce piersiowej najczęściej odnotowano u pacjentów nadciśnienie tętnicze krwi (K=50%, M=39%). Objawy hipotonii częściej obserwowano u mężczyzn (17%) niż u kobiet (7%). Prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi występowały u około połowy pacjentów. Normokardię i prawidłowe zabarwienie oraz ocieplenie powłok skórnych, stwierdzono u większości pacjentów zgłaszająca ból w klatce piersiowej.

Kolejnym ocenianym parametrem była liczba oddechów na minutę. U większości kobiet i mężczyzn (K=70%, M=80%) w czasie wystąpienia bólu w klatce piersiowej liczba oddechów była prawidłowa i wynosiła od 16 do 20 oddechów na minutę. W stanie hipoksji było 10% kobiet i 12% mężczyzn. Objawy hiperwentylacji, jako objaw stresu spowodowanego wystąpieniem bólu w klatce piersiowej i możliwością wystąpienia nagłej śmierci sercowej, zaobserwowano wśród 20% kobiet i 30% mężczyzn. Duszność występowała u 27% kobiet i 20% mężczyzn.

Skóra blada, z sinicą zcentralizowaną świadczącą o niedotlenieniu występowała u 12% kobiet i 11% mężczyzn. Sinica obwodowa spowodowana zmniejszoną perfuzją tkanek na obwodzie, obserwowaną na dystalnych częściach ciała zaobserwowano u 8% kobiet i 6% mężczyzn. Prawidłową temperaturę ciała wykazano u 70% kobiet i 90% mężczyzn.

W czasie wywiadu przeprowadzonego z pacjentem, który zgłosił ból w klatce piersiowej do objawów mogących świadczyć o zawałe mięśnia sercowego należała obiektywna ocena wilgotności skóry. W przypadku 4% kobiet i 24% mężczyzn skóra była blada i wilgotna lub blada i sucha (K=6%, M=15%). U większości pacjentów (K=90%, M=60%) wilgotność skóry była prawidłowa.

U ponad połowy kobiet i mężczyzn nie odnotowano patologicznych objawów ze strony układów i narządów. Natomiast do objawów specyficznych towarzyszących bólowi w klatce piersiowej należały: wymioty, obrzęki kończyn dolnych, zasłabnięcie i wstrząs kardiogeny. Efektem nagłego zatrzymania krążenia w wyniku bólu w klatce piersiowej w następstwie zawału mięśnia sercowego był zgon pacjenta (K=2%, M=1%)

Pacjenci z bólem w klatce piersiowej najczęściej nie potrafili określić charakteru bólu (K=68%, M=65%). Pozostała grupa pacjentów (K=32%, M=35%) określiła ból o podłożu kardiologicznym jako: pieczenie, gniecienie, kłucie i ściskanie w klatce piersiowej. Większość pacjentów nie potrafiła zlokalizować bólu (K=76%, M=75%). Pozostali pacjenci

najczęściej lokalizowali go: za mostkiem, promieniujący do żuchwy, do lewej lub prawej dłoni, do łopatki, szyi oraz w okolice żołądka.

Każdy zespół Ratownictwa Medycznego posiadał w swoim wyposażeniu kardiomonitor z możliwością wykonania 12-odprowadzeniowego zapisu EKG. Różnicowanie bólu w klatce piersiowej dokonano na podstawie wykonanego zapisu EKG, co odnotowano u zdecydowanej większości kobiet i mężczyzn (88% i 82%). Po wykonaniu zapisu EKG analizie poddano rytm pracy serca. U 75% kobiet i 58 % mężczyzn stwierdzono prawidłowy rytm zatokowy serca. Wśród patologicznych zmian w pracy serca zobrazowanych w zapisie EKG zaobserwowano najczęściej: migotanie przedsionków, blok przedsionkowo-komorowy oraz świeży zawał serca. Jako badanie nieinwazyjne w przypadku wystąpienia bólu w klatce piersiowej zastosowano pulsoksymetrię u 96% kobiet i 97% mężczyzn.

Większość pacjentów (zarówno kobiet i mężczyzn), u których interweniował zespół Ratownictwa Medycznego przyjmowało leki ze względu na współistniejącą chorobę przewlekłą - kobiety (79%) i mężczyźni (76%). W czasie interwencji zespołu medycznego zdecydowana większość mężczyzn wymagała zastosowania bezpośredniej interwencji farmakologicznej. Zespół Ratownictwa Medycznego w większości przypadków stosował następujące leki: Captopril, Polopiryne, Nitroglicerynę oraz tlenoterapię wspomagającą. Lekiem pierwszego rzutu w przypadku bólu kardiologicznego była Morfina podawana w iniekcji dożylniej.

Dyskusja

Ból w klatce piersiowej jest najczęstszą przyczyną zgłoszonych wyjazdów Szpitalnych Zespołów Ratunkowych. Pacjent, który zgłasza ból w klatce piersiowej powinien być wstępnie klasyfikowany jako chory z zawałem mięśnia sercowego, co oznacza, że znajduje się w stanie zagrożenia życia. Do takiego chorego powinien być kierowany zespół „S”. Nie zawsze jednak jest to możliwe. Powinien być opracowany schemat postępowania dla zespołów, w składzie których nie ma lekarza, tak by członkowie tego zespołu na miejscu zdarzenia wiedzieli jakie czynności wykonać celem ratowania życia pacjenta (Wojewódzka-Żeleznikowicz M, 2009, s. 474-479, Szymańska A L, 2012, s.61-69).

Pierwszym etapem postępowania w przypadku przyjazdu Zespołu Ratunkowego do zgłoszenia bólu w klatce piersiowej jest zebranie wywiadu medycznego, w formie skróconej lecz umożliwiającej uzyskanie najważniejszych informacji. Należy bezwzględnie ustalić początek dolegliwości oraz ich rodzaj. Typowy ból kardiologiczny jest silny, trwa dłużej niż 20 minut, nie zmniejsza się po podaniu nitrogliceryny, promieniuje do żuchwy, pleców, lewego ramienia lub palców, na co wskazują również wyniki badań własnych (Wojewódzka-Żeleznikowicz M, 2009, s. 474-479).

U osób w podeszłym wieku dominującymi objawami mogą być: duszność, osłabienie, zasłabnięcie lub utrata przytomności. W dalszej części wywiadu należy uwzględnić przeszłość chorobową pacjenta, a także pozostałe elementy wywiadu określanego akronimem z języka angielskiego SAMPLE (objawy, alergie, leki przyjmowane przez chorego, wywiad chorobowy, ostatni posiłek, zdarzenia lub czynności poprzedzające zachorowanie). Dane te, chociaż skrótowe pozwolą na uzyskanie istotnych informacji o stanie zdrowia chorego, nie pozwalając na nadmierną utratę czasu (Wojewódzka-Żeleznikowicz M, 2009, s. 474-479).

W badaniu przedmiotowym często obserwowane jest pobudzenie układu współczulnego objawiające się błądzącością powłok ciała, potami, tachykardią oraz hipotensją. Ponadto może wystąpić niemiernie tętno, trzeci ton serca, rzęzenia lub trzeszczenia u podstawy płuc. Choremu powinno się zabronić podejmowania jakiegokolwiek aktywności fizycznej oraz ułożyć w wygodnej pozycji leżącej lub siedzącej. Kolejnym etapem jest wykonanie 12 odprowadzeniowego EKG, optymalnie w ciągu 10 minut od przybycia do pacjenta. W tym czasie w oparciu o obraz EKG powinna być podjęta decyzja dotycząca transportu chorego do odpowiedniego ośrodka (Wojewódzka-Żeleznikowicz M, 2009, s. 474-479).

Wojewódzka-Żeleznikowicz M. wskazała, że u około 80% osób z bólem w klatce piersiowej występował przedłużający się ból spoczynkowy a 20% pacjentów miało objawy narastającej dławicy (Wojewódzka-Żeleznikowicz M, 2009, s. 474-479).

W większości przypadków objawy te związane były z chorobą układu sercowo-naczyniowego oraz mogły wynikać ze schorzeń układu oddechowego, pokarmowego oraz wywodzić się ze ściany klatki piersiowej. Mogły być objawem stanów chorobowych zarówno bezpośrednio zagrażających życiu, takich jak zawał mięśnia sercowego, niestabilna choroba wieńcowa, rozwarstwienie aorty, zatorowość płucna, jak też zupełnie niegroźnych, choć bardzo dokuczliwych, na przykład refluks żołądkowo-przełykowy. Z tych właśnie powodów każdemu pacjentowi z objawami bólowymi w klatce piersiowej powinien być nadany najwyższy priorytet podczas zgłoszenia do Systemu Wyjazdowego Ratownictwa Medycznego. Każdego pacjenta z olem w klatce piersiowej należy traktować jak chorego w stanie potencjalnego zagrożenia życia do czasu wykluczenia schorzeń zagrażających życiu. Bardzo ważne jest ukierunkowanie diagnostyki na potwierdzenie bądź wykluczenie najbardziej niebezpiecznych stanów. Szybkie i trafne postawienie diagnozy w tych właśnie przypadkach jest niezmiernie istotne – pozwala na niezwłoczne wdrożenie adekwatnego leczenia (Szymańska A.L, 2012, s. 61-69, Hamm CW, 2011, s. 2999-3054).

Nagły, przedłużający się ból w klatce piersiowej o charakterze ucisku, pieczenia czy ciężaru z uczuciem dławienia, promieniowaniem do gardła, szyi, żuchwy, kończyny górnej jest typowym objawem zgłaszanym przez chorego z bólem w klatce piersiowej. Często z objawami tymi współwystępują dolegliwości nietypowe. Możliwe są różne lokalizacje

i charakter bólu, pocenie się, duszność, niepokój, zmęczenie, nudności, ból brzucha, niestrawność czy omdlenie (Canto J.G, 2002, s. 248-253, Pope J.H, 2000, s. 1163-1170, Christenson J, 2004, s. 1803- 1807).

Wnioski

W wyniku przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej przedstawiono następujące wnioski. Do objawów towarzyszących pacjentom z bólem w klatce piersiowej należało: zasłabnięcie, nudności, wymioty, biegunka oraz drgawki. Zdecydowana większość pacjentów z bólem w klatce piersiowej określiła jego charakter jako: pieczenie, gneczenie, klucie i ściskanie. Pacjenci wskazywali na lokalizację bólu okolicę zamostkową, zuchwę, lewą lub prawą kończynę górną, łopatkę, szyję oraz w okolicę żołądka. W większości przypadków u pacjentów z bólem w klatce piersiowej, Zespół Ratownictwa Medycznego wykonywał zapis elektrokardiograficzny. Do leków zastosowanych podczas interwencji medycznej należał : Captopril, Polopiryna, Nitrogliceryna oraz tlenoterapia wspomagająco. Lekiem pierwszego rzutu w przypadku wystąpienia bólu była Morfina podawana w iniekcji dożylniej.

Literatura

1. CIEŚLIŃSKI A, DUBIEL J, GIEC L. (red) Mendecki T. Kardiologia Wyd. 2 zmiany uaktualnione. Złota seria interny polskiej. PZWL; 2005, s. 7-642, ISBN: 83-200-2912-0
2. MROZOWSKI T. Zdiagnozuj ból w klatce piersiowej. Farmakoterapia 2009, s. 1-14
3. ŚPIEWAK T. Obraz kliniczny, grupy ryzyka oraz epidemiologia ostrych zespołów wieńcowych bez przetrwałego uniesienia odcinka ST. Kardiologia na co Dzień 2008; 3 (2),s. 39-41
4. GREGORY P, MURSELL J. [aut.tł.:Joanna Godlewska, Joanna Moszczyńska-Stulin, Maria Witkowska].- Wyd. pol. / pod red. Jacka Smereki. Diagnostyka i postępowanie w ratownictwie medycznym: procedury zabiegowe. Wrocław, Wyd. Górnicki; 2013, s. 7 -392, ISBN: 978-83-61257-74-5
5. POUSADA L, HAROLD H. OSBORN, DAVID B. LEVY; red. Juliusz Jakubaszko. Medycyna naukowa. Urban & Partner, Wrocław, 1999, s. 6-626
6. ZAWADZKI A. Medycyna ratunkowa i katastrof: podręcznik dla studentów uczelni medycznych. Wydawnictwo PZWL; 2011, s. 6-476, ISBN:9788320044188
7. WOJEWÓDZKA-ŻELEZNIAKOWICZ M, Czaban S.L. , Chabielska E, Jerzy Robert Ładny J.R. Ostre zespoły wieńcowe w aspekcie działań medycyny ratunkowej. Postępy Nauk Medycznych 6/2009, s. 474-479
8. SZYMAŃSKA A.L, MAŁKOWSKA B, ŁADNY J.R. Ostry zespół wieńcowy, ostry zespół aortalny oraz zator tętnicy płucnej jako najczęstsze kardiologiczne przyczyny bólu w klatce

piersiowej – problemy diagnostyczne. Przegląd Kardiologiczny 2012; 7 (2),s. 61–69

9. HAMM CW, BASSAND JP, AGEWALL S, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: the TaskForce for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2011; 32, s. 2999-3054
10. CANTO J.G, FINCHER C, KIEFE C.I, et al. Atypical presentations among Medicare beneficiaries with unstable angina pectoris. Am J Cardiol 2002; 90, s. 248-53
11. POPE J.H et al.: Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. N Engl J Med 2000, s. 342, s. 1163-70
12. CHRISTENSON J et al.: Safety and efficiency of emergency department assessment of chest discomfort. CMAJ 2004; 170, s. 1803-1807

Kontakt na autora:

Dr Beata Podsiadło

42- 440 Ogrodzieniec

Ul.Bzowska 12

Polska

Tel. + 48 600 718453

e- mail: roksi889@wp.pl

BEZPEČNĚJŠÍ MEDIKACE JE V RUKOU ZDRAVOTNÍCH SESTER

Eva Sedláčková, Eva Hlaváčková

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Úvod

Kvalita je v posledních letech stále více slychaným pojmem nejen v souvislosti s výkonem zdravotnického povolání. Vysvětlení tohoto pojmu není často jednoznačné. Například z definice kvality „*Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi*“, kterou definovali Škrla, Škrlová (2003, s. 36), není patrné „JAK“ se dělají správné věci. Proto bylo naším cílem přiblížit sestřím, JAK správně podávat léky a JAK zvyšovat kvalitu v podávání léčiv. Při nastavování procesů pro kvalitní podávání léčiv často vycházíme z dřívějších nedostatků a

omylů s cílem jejich následné eliminace. Takový omyl nazýváme nežádoucí událostí (dále jen NU). Pro termín nežádoucích událostí je stanovena definice: „*Události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout* (vyhláška 2012/2012 Sb.). Definiční také snadněji charakterizoval Vychytil, Hřib (2014) jako problém, u kterého není žádoucí, aby se opakoval. NU se v Evropské unii vyskytují až u 10 % všech hospitalizovaných pacientů, z nichž 19 % jsou pochybení sester špatně podanou medikací (Škrla, 2005). Česká republika (dále ČR), na potřebu kontinuálního zvyšování kvality ve zdravotnictví, reagovala vydáním Resortních bezpečnostních cílů a vyhláškou č. 102/2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Nyní každé zdravotnické zařízení, v této kategorii, musí sledovat a soustavně zvyšovat kvalitu péče a NU hlásit. Přestože nelékaři významně ovlivňují kvalitu péče a četnost NU, neexistuje v České republice standard, který by upravoval povinné penzum znalostí nelékařů v této oblasti.

Cíl

Hlavním záměrem příspěvku je informovat o dílčích výsledcích výzkumu v oblasti identifikace a hlášení NU, včetně možností vzdělávání nelékařů v této problematice.

Metody

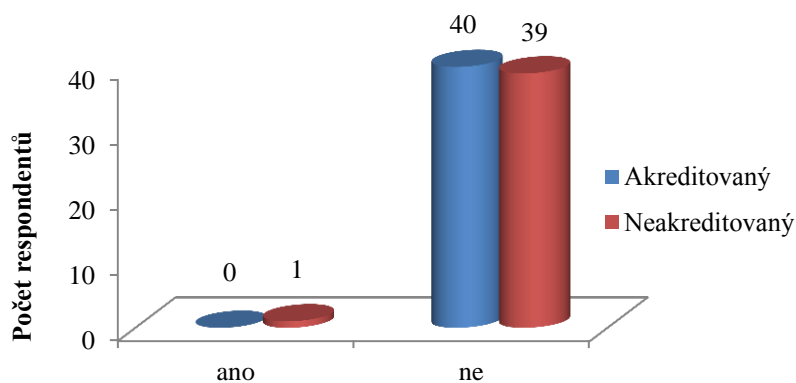
Část výzkumu je založena na kvantitativní studii *Příprava a podávání léků nelékařským zdravotnickým personálem*, který byl realizován pomocí dotazníkového šetření v akreditovaném a neakreditovaném zdravotnickém zařízení s celkovým počtem 80 respondentů - zdravotních sester. Tento výzkum především zjišťoval příčiny lékových pochybení, resp. nežádoucích událostí.

Dále příspěvek obsahuje výsledky ze studentské práce *Bezpečné podávání léčiv ve zdravotnických zařízeních z pohledu sester*. Práce zpracovávala tři oblasti - manipulace s léčivými přípravky, nežádoucí události a kvalita v podávání léčiv. Výsledky studie byly získány pomocí uspořádané vzdělávací akce pro všeobecné sestry a porodní asistentky jedné neakreditované nemocnice krajského typu pomocí pre- a post-testů. Tato část studie se zabývala efektivitou vzdělávací akce. Získaná a dále zpracovaná data byla zpracována pomocí popisné statistiky a testováním hypotéz. Projekt byl podpořen grantem SGS Univerzity Pardubice č. SGFZS02/2013.

Výsledky

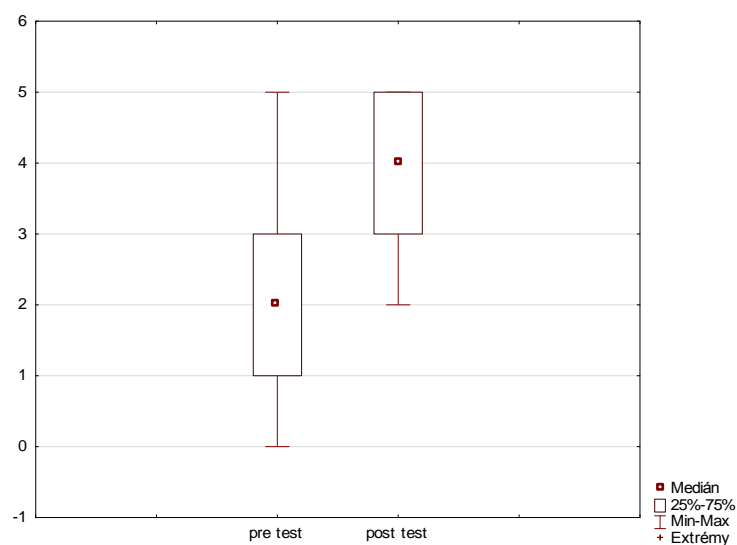
V první části výzkumu byla zjišťována správná manipulace a skladování léčivých přípravků, léková pochybení a čitelnost preskripcí v dokumentaci. Obrázek 1 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku, zda se někdy respondenti dopustili záměny léků. Z výsledků je patrné, že

se žádný respondent z akreditovaného zařízení a pouze jeden respondent z neakreditovaného dopustil záměny léku. Další zajímavé výsledky přinesla otázka na pravidelnou identifikaci pacientů. Bylo zjištěno, že 15 % respondentů pacienty před podáváním léků vůbec neidentifikuje a pouze občas ověří totožnost 55 % respondentů z neakreditovaného a 15 % respondentů z akreditovaného zdravotnického zařízení.



Obr. 1 Graf počtu pochybení přiznané sestrami

Další výzkum se zaměřil na zvýšení znalostí nelékařských pracovníků pomocí vzdělávací akce v rámci celoživotního vzdělávání. Na základě párového testu mezi výsledky pre- a post-testů byl prokázán statisticky významný rozdíl ($p < 0,001$). Statisticky významný rozdíl byl také zjištěn u subjektivního i objektivního hodnocení. Z obrázku 2 je očividné, že medián dosahuje rozlišných hodnot reprezentujících znalosti sester před a bezprostředně po skončení vzdělávací akce. Respondenti prokázali vyšší znalosti nejen v oblasti NU, ale i dalších oblastech.



Obr. 2 Krabicový graf pre- a post-testů v oblasti NU

Diskuze

Výsledky první části výzkumu ukazují, že se minimum sester přiznalo k lékovému pochybení. Výsledky absolutně nesouhlasí s publikací Škrly (2005) který tvrdí, že každý pátý pacient pocítí nějaký medikační omyl. Jedna z příčin může být nedostatečná znalost sester v identifikaci a vyhodnocování NU. Nelékaři často také chybují v průběhu adaptačního procesu. Každá nemocnice by si měla stanovit podmínky pro ukončení adaptačního procesu, aby se vyvarovala chybám z neznalosti nováčků. Z výzkumu Skupové (2009) ale vyplývá, že více než 50 % nových zaměstnanců podává léky bez dohledu školitele. Kontraproduktivní mohou být také postoje managementu nemocnice k NU v případě, že vrcholový management pohlíží na NU jako na selhání jedince s cílem ho potrestat. I identifikace pacientů je velmi důležitou, ale často opomíjenou činností před každým terapeutickým a diagnostickým výkonem. Význam identifikace také vedl k jednomu z *Bezpečnostních cílů Ministerstva zdravotnictví ČR* a vytvoření standardu, který je podmínkou pro získání akreditace (Marx, Vlček 2013). Je alarmující, že 15 % sester z akreditovaného pracoviště pacienty neidentifikuje. Při tvorbě programu vzdělávací akce jsme shrnuli základní fakta o kvalitě a bezpečí při podávání léčiv. Účastníci byli aktivně zapojeni do brainstormingu a celého workshopu. Program byl kladně hodnocen a účastníci by uvítali i další podobné vzdělávání. Hodnocení bylo kladnější než ve výzkumu Havlíčkové (2012), která tvrdí, že téměř 50 % účastníků kurzů celoživotního vzdělávání se pouze snaží získat doklad o účasti ze školení. Je nutné upozornit, že vzdělávací akce byla pouze jednorázová vzdělávací činnost a bylo by vhodné znalosti monitorovat a zvyšovat kontinuálně.

Závěr

Výsledky první části výzkumu poskytly kvalitní podnět pro uspořádání vzdělávací akce v rámci následujícího. Cílem vzdělávací akce bylo respondentům přiblížit problematiku kvality a bezpečí související s léky. Smyslem bylo také pochopit princip hlášení NU, protože každá sestra má možnost zvýšit kvalitu ve své nemocnici. V budoucnu plánujeme obdobné vzdělávací akce například i v interaktivní formě, protože jsme dokázali, že vzdělávání v této oblasti má smysl a sestry jsou motivované k prospektivním změnám na svém pracovišti.

Odkazy

- HAVLÍČKOVÁ, Jana. 2012. Postoje zdravotních sester k neformálnímu profesnímu vzdělávání. *Studia pedagogica* [online]. roč. 17, č. 1, s. 184-193 [cit. 2014-02-01]. DOI: 10.5817/SP2012-1-11. Dostupné z: <http://is.muni.cz/publication/991810>
- MARX, David a František VLČEK. 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: TIGIS, spol. s r. o., ISBN 978-80-87323-04-05.

- SKUPOVÁ, Petra. 2009. *Začleňování všeobecných sester – absolventek do pracovního procesu*. Brno, Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, katedra ošetrovatelství. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/214706/lf_b/Bakalarska_prace.pdf.
- ŠKRLA, Petr. 2005. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
- ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 477 s, ISBN 80-7172-841-1.
- Vyhláška č. 102/2012 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 22. března 2012 *O hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče*.
- VYCHYTIL, Pavel a Zdeněk HŘIB. 2009. Závěrečná práce: *Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb: analýza shromážděných dat a vytvoření doporučení pro správnou praxi* [online]. Praha, [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=10862&typ=application/msword&nazev.doc>

Kontakt na autora:

Autor: Mgr. Eva Sedláčková

Spoluautor: Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Kontakt: Sedlackova.eva@gmail.com

CZYNNIKI INDYWIDUALNE I ORGANIZACYJNE SPRZYJAJĄCE WYSTĘPOWANIU MOBBINGU W PODMIOTACH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

Individuálne a organizačné faktory ovplyvňujúce výskyt mobbingu v zdravotníctve

Bogusława Serzysko¹, Renata Mroczkowska¹, Jolanta Borgosz⁴, Karina Wawros²,
Bogusława Wiśniewska, Beata Podsiadło³

¹*Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze Katedra Kardiologii, Wad Wrodzonych Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*

²*Szpital Specjalistyczny nr 2 Bytom*

³*Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Wydział Nauk o Zdrowiu Katedra Zdrowia Kobiety*

⁴*Beskieckie Centrum Onkologii - Szpital miejski Bielsko Biała*

Pojęcie mobbingu odnosi się do sytuacji, w której pielęgniarka, położna czy inny pracownik związany z systemem ochrony zdrowia jest systematycznie, cyklicznie i przez dłuższy czas dręczony przez innych pracowników. Mobbing w dzisiejszych czasach postrzegany jest jako coś więcej niż zła atmosfera w pracy, konflikt czy plotka (Sadowska L., 2010, s. 364-376).

Coraz częściej w pracach zajmujących się zdrowiem i bezpieczeństwem zatrudnionych, analizie poddaje się występowanie psychospołecznych stresorów w miejscu pracy oraz ich wpływu na zdrowie i efektywność zawodową pracowników. Jednym spośród stresorów zaliczanych do tej grupy należało zjawisko przemocy psychicznej podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

Do lat 80-tych, głównie koncentrowano się na narażeniu pracowników na przemoc fizyczną, ponieważ przejawy oraz skutki tej przemocy można było zaobserwować oraz napiętnować formalnymi procedurami. Stwierdzono, że o ile przemoc fizyczna wobec pracowników była zjawiskiem łatwym do wykrycia, obserwacji i kontroli, to przemoc psychiczna i jej przejawy były znacznie trudniejsze do udowodnienia. Mobbing stanowił nową dziedzinę zainteresowania nie tylko w nauce, ale i w praktyce dotyczącej funkcjonowania pracownika w miejscu pracy.

Z dotychczasowych obserwacji nauk zajmujących się zjawiskiem dręczenia psychicznego czy fizycznego w miejscu pracy należało stwierdzić, że nie istnieje wyraźny schemat, który pozwoliłby na jednoznaczne określenie czy w danej organizacji i wobec określonych osób zaistniało zjawisko mobbingu. Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy określiła dręczenie w miejscu pracy jako *"powtarzalne, nieuzasadnione zachowania skierowane przeciwko pracownikowi, lub grupie pracowników, które stwarza zagrożenie jego/ich zdrowia i bezpieczeństwa"* (EASH, 2002, s.1-2).

Obecnie nie ma możliwości stworzenia wzorca pracownika skazanego na stanie się ofiarą, mobberem czy też środowiska pracy, które mogłoby stać się miejscem dla działań mobbingowych. Wskazując czynniki sprzyjające narażeniu na mobbing, można wymienić właściwości indywidualne pracowników, które w odpowiednich warunkach mogłyby prowokować do prezentowania wobec nich zachowań naruszających ich godność osobistą.

Do najczęstszych cech osobowościowych predysponujących do stania się mobberem były: dążenie za wszelką cenę do odnoszenia sukcesów, przebojowość, ekspansywność, kreatywność oraz wykształcenie. W sytuacjach szczególnych na przykład gdy chodziło o awans, prestiż czy status w miejscu pracy, cechy te mogły stać się zagrożeniem dla niektórych osób. Ponadto osoby posiadające władzę nad danym pracownikiem i/lub mające poparcie pozostałych pracowników i

silną osobowość niejednokrotnie doprowadzały do destrukcji ofiary oraz do jej destabilizacji zawodowej i osobistej (Bechowska-Gephardt A.; 2004, s.16-17).

Dochodziło również do takich sytuacji, gdy ofiarami stawały się osoby, które miały trudności w dostosowaniu się do oczekiwanych wymagań i nie radziły sobie z realizowaniem nałożonych na nie zadań lub też gdy wymagania pracodawców czy osób decyzyjnych były zbyt wygórowane w stosunku do możliwości i środków realizacji dostępnych pracownikom. Powyższa sytuacja nie powinna stać się przyczyną stosowania działań mobbingowych. Powinno stosować się formalne metody porozumiewania się, oparte na poszanowaniu godności osobistej pracownika i przestrzeganiu zasad etyki zawodowej.

Kolejnym czynnikiem, który mógłby być przyczyną dręczenia pracownika w miejscu pracy mogła być jego sytuacja życiowa. Stwierdzono, że ofiarami przemocy stawały się osoby, mające trudny okres w swoim życiu osobistym. Wówczas pojawiała się szczególna podatność tych osób na stres, nieumiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz wrogość ze strony innych pracowników. Sytuacja taka nie była przyzwoleniem, by przełożony i/lub współpracownicy wobec takiej osoby stosowali wrogie i nieetyczne zachowanie się. Gdy kultura organizacyjna lub czynniki związane z organizacją pracy nie funkcjonują prawidłowo, to w relacjach interpersonalnych mogły pojawić się specyficzne rodzaje patologii w postaci poniżania i notorycznego naruszania godności osobistej pracownika (Hirigoyen M.F; 2002, s.11).

Można wymieniać wiele czynników instytucjonalnych i sytuacyjnych, które powodowały, że pewne osoby stawały się ofiarami mobbingu, a inne jego sprawcami. Liczba potencjalnych czynników może stanowić zbiór hipotez i empirycznych obserwacji. W obszarze rozwoju badań dotyczących patologii relacji międzyludzkich, mechanizmy działania, charakterystyka oraz czynniki sprzyjające nie zostały jeszcze w wystarczającym stopniu przedstawione. Badania odwoływały się tylko do opisów przypadków lub badań epidemiologicznych, które w dużej mierze ograniczały możliwość wyłaniania naukowo wiarygodnych wniosków. Z przeprowadzanych badań naukowych, wynikało, że nie można było stworzyć statystycznego obrazu ofiary mobbingu i jego sprawcy. Mobbing dotyczył pracowników niezależnie od płci, ale częściej obserwuje się występowanie zjawiska dręczenia psychicznego kobiet, które stawały się w ten sposób ofiarami mobbingu. Czynnikiem predysponującym do stania się ofiarą mobbingu był wiek. Coraz częściej jego ofiarami stawali się pracownicy młodzi, niedoświadczeni, natomiast brak informacji na temat związku poziomu wykształcenia z byciem ofiarą mobbingu (Delikowska K., 2004, s.5-31). Podobna sytuacja dotyczyła sprawców mobbingu, nie obserwuje się istotnych różnic pomiędzy płcią i wiekiem. Powyższe aspekty, które odwołują się do cech osobowościowych i sytuacji ofiary, były bardzo istotne, jednak nie wydawały się być podstawowymi czynnikami sprzyjającymi mobbingowi. Czynniki organizacyjne wydają się determinować jakość relacji międzyludzkich w pracy,

etyczność norm oraz reguł określających formalne i nieformalne zasady życia społecznego oraz atmosferę panującą w miejscu pracy. Obserwowało się występowanie mobbingu w organizacjach o zhierarchizowanych sposobach zarządzania, gdzie sprawowanie władzy odbywało się z pozycji siły (Serzysko B., 2012,s.12-13).

W takich organizacjach pracownik traktowany był przedmiotowo i nie miał możliwości wyrażania swoich opinii. Wystąpienie mobbingu w pracy mogło być spowodowane dezorganizacją zakładu. Zła organizacja mogła wynikać z braku zakresu obowiązków, oceny wykonywanej pracy, niestabilnej struktury organizacyjnej lub braku zasadności działań na przykład nieczytelne procedury, brak przepływu informacji i podejmowania decyzji, braku wiedzy dotyczącej rozwiązywania konfliktów. Z badań wynikało, że organizacyjny nieporządek stanowił sprzyjający klimat do powstawania mobbingu. Zła organizacja pracy, błędy w zarządzaniu mogły być przyczyną zaburzenia funkcjonowania stosunków międzyludzkich (Blicharz J., 2014, s.25).

Dehumanizacja określana była w tym przypadku jako traktowanie jednostki podmiotowo, czyli pozbawienie jej tożsamości i możliwości rozwoju. Takie czynniki wywoływały u pracownika uczucie odosobnienia, apatii, frustrację, silny stres, co w konsekwencji sprzyjało występowaniu mobbingu w pracy (Blicharz J., 2014, s.25).

Innym źródłem mobbingu mógł być autokratyczny styl zarządzania charakteryzujący się ograniczoną troską o pracowników, zastosowanie lęku jako narzędzia do sprawowania władzy i kontroli nad zespołem. Autokratyczne kierownictwo nie pozostawiało żadnej swobody działania pracownikowi, ciągle dążąc do koncentracji władzy i utrzymania dominującej pozycji oraz egzekwowania posłuszeństwa od pracowników. Styl ten wykluczał wszelkie partnerskie relacje jakie mogły zachodzić pomiędzy podwładnym a przełożonym, sprzyjał ujawnianiu się oznak apatii i agresji. Zespół pracujący pod takim kierownictwem, nie przejawiał żadnych własnych inicjatyw i cechował się małą spójnością. Sprzyjało to występowaniu przemocy psychicznej wobec pracownika. Trudnym do opanowania był mobbing wynikający z nadmiernej koncentracji władzy o charakterze nieformalnym (Stoner J.A.F, 1996).

Natomiast liberalny styl zarządzania, mógł również być przyczyną wystąpienia mobbingu. Styl ten charakteryzował się zazwyczaj brakiem lub małą ingerencją w działania zespołu pracowników przez kierownictwo, unikanie podejmowania przez nich decyzji, pozostawienie spraw i zadań pracowników samym sobie. Takie zachowanie mogło przyczyniać się do dezorganizacji i braku spójności wśród zespołu, a wynikiem takiego postępowania mogły być konflikty pomiędzy pracownikami.

Kolejnym mechanizmem występowania mobbingu w pracy, mogła by atmosfera panujących stosunków interpersonalnych, sprzecznych interesów, konfliktów międzyludzkich, dążenie do formalnej i nieformalnej władzy w organizacji czy konformizm zespołowy. Grupa,

która była nadmiernie skonsolidowana i solidarna mogłaby wywierać nacisk na jednostki nonkonformistyczne, zarówno przez zespół podwładnych, jak i kadre kierowniczą. Zazwyczaj, gdy przełożony zaczynał mobbingować pracownika, to pozostali zaczęli robić to samo, uznając taki styl zarządzania ludźmi za obowiązujący. W taki sposób dochodziło do rozwoju organizacyjnej kultury mobbingu. Do innych zjawisk związanych z działalnością zakładu, należały czynniki stresogenne, mające wpływ na zachowania mobbingowe, do których zaliczyć można było pracę, która miała na celu zwiększenie efektywności, ale przy pominięciu czynników psychologicznych pracownika, wynagrodzenie niezależnie od wyników pracy i brak uznania w postaci pozytywnej gratyfikacji za wykonaną pracę. Za występowanie przemocy psychicznej w pracy często obwiniało się politykę firmy. Dlatego powinno się poza wykluczeniem istniejących już patologii, zwrócić uwagę na możliwość zapobiegania mobbingowi na poziomie organizacyjnym. Obowiązkiem każdego kierownictwa, powinno być zastosowanie takich metod zarządzania, które przyczyniłyby się do rozwoju dobrego klimatu w miejscu pracy i sprawiły, że pracownicy czuliby się bezpiecznie i byłiby zadowoleni z wykonywanej pracy.

Cel pracy

Celem pracy było poznanie istniejących czynników sprzyjających występowaniu zjawiska mobbingu w zakładach opieki zdrowotnej województwa śląskiego oraz określenia jakie są jego przejawy i skutki.

Metodologia badań

Badaniem objęto grupę 76 pielęgniarek oraz 25 położnych zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej województwa śląskiego. W badanej grupie znajdowało się 10 mężczyzn i 91 kobiety. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, stosując autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał pytania zamknięte oraz otwarte, w których respondent mógł się wypowiedzieć na temat pojęcia mobbingu. Wyniki uzyskane w badanej grupie wskazywały na brak istotnych statystycznie zależności ($p > 0,05$) w większości tych zakresów. Z tego powodu w pracy w celu ukazania skali występowania zjawiska mobbingu wyniki przedstawiono na podstawie procentowo obliczonych odpowiedzi uzyskanych wśród badanych.

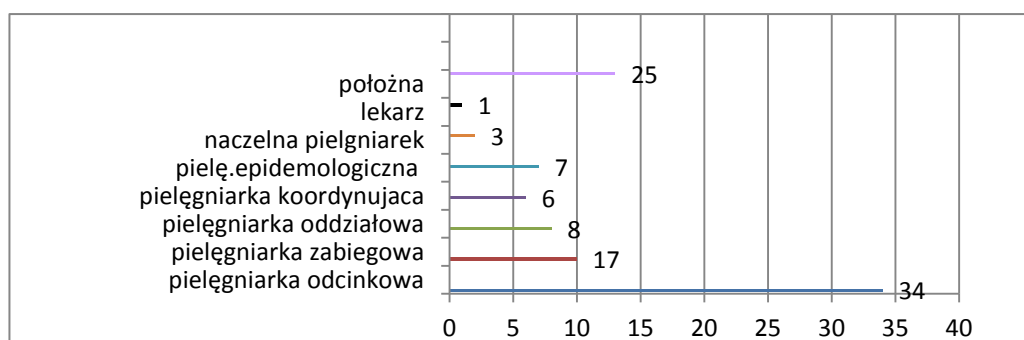
Wyniki

Najliczniejszą grupę ankietowanych, stanowiły osoby w przedziale wiekowym pomiędzy 36 a 45 rokiem życia (55%) oraz ze stażem pracy odpowiednio: 16–25 lat (54%), 26–30 lat (30%), 5–10 lat (13%) i powyżej 30 lat w zawodzie (3%). Ponad połowę badanej grupy stanowiły osoby pracujące w systemie zmianowym (58%), mające bezpośredni kontakt z pacjentem. Najczęstszym miejscem zatrudnienia dla 71,28% respondentów była placówka

szpitalna, a tylko dla 12% prywatna. 82,18% badanej grupy posiadało wykształcenie wyższe, a 17,82% średnie.

Problemem mobbingu coraz częściej zajmuje się wielu badaczy. Jednak skala danych epidemiologicznych dotyczy w dużej mierze zagranicznych środowisk pracy. Z ich analiz wynika, iż średnio 9% pracowników jest poddawanych działaniom mobbingowym w krajach Europy (Cooper C.L, 2003). Natomiast w Polsce zjawisko mobbingu nie jest do końca poznane, ponieważ przeprowadzenie badań w różnych środowiskach pracy w tym sektorze ochrony zdrowia jest niezwykle trudne. Najczęstszą przyczyną tego stanu, jest obawa pracownika przed ujawnieniem tego problemu, ponieważ bardzo trudno jest zaistniały fakt udowodnić. Postanowiono przeprowadzić badania własne wstępne w sektorze ochrony zdrowia wśród pracowników medycznych.

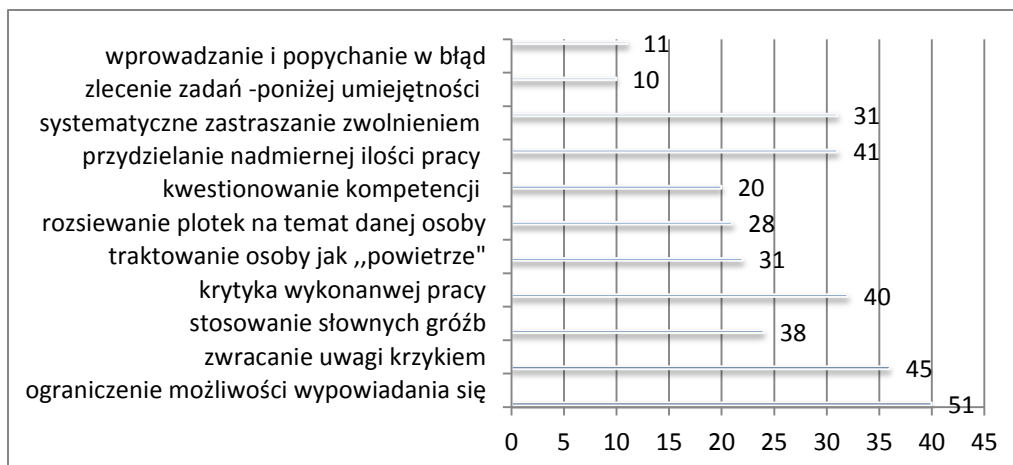
Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki i położne 75,25%, które pracowały bezpośrednio przy łóżku pacjenta. Porównywalną grupą były osoby na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej, koordynującej i oddziałowej. Szczegółowy rozkład danych przedstawiła rycina 1.



Rycina 1. Stanowisko pracy badanej grupy . Źródło: Opracowanie własne.

W grupie badanych, 38 respondentów zadeklarowało, iż wobec nich zastosowano działania mobbingowe. Natomiast 2/3 osób nie była pewna czy był to mobbing.

Respondenci mogli wymienić czynniki wskazujące na działania mobbingowe, które najczęściej były stosowane wobec nich. Do najczęściej wymienianych zaliczono: brak możliwości wypowiedzenia się (50,44%), zwracanie uwagi podniesionym głosem (44,45), krytyka wykonywanej pracy (39,60%) oraz przydzielanie nadmiernej ilości obowiązków (39,60%).

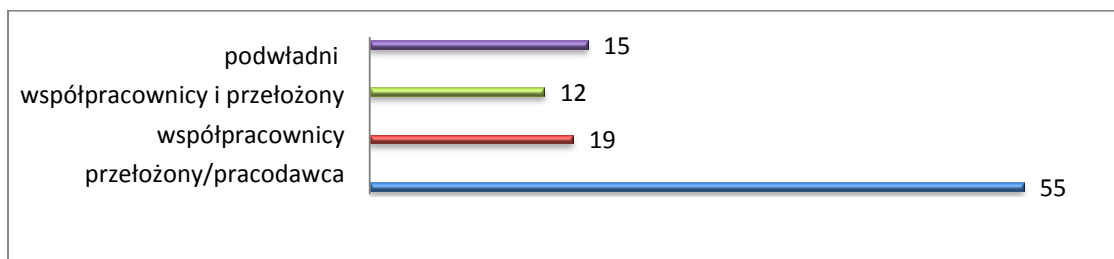


Rycina 2. Czynniki mobbingowe oddziałujące przez dłuższy czas na badaną grupę.

Odpowiedzi nie sumują się do 100% ponieważ badana grupa udzieliła więcej niż jednej odpowiedzi.

Źródło: Opracowanie własne.

Natomiast najczęstszym mobberem (54,46%) wobec badanej grupy był przełożony/pracodawca. Tylko 11,88% badanych stwierdziło, iż działania mobbingowe wobec nich prowadzili podwładni lub współpracownicy, 15,84%.



Rycina 4. Mobber jako sprawca działań mobbingowych. Źródło: Opracowanie własne

Czynnikami predysponującymi do występowania mobbingu w podmiotach działalności leczniczej według badanej grupy była: zła organizacja pracy (22,77%), niewłaściwe stosunki międzyludzkie panujące w miejscu pracy (33,66%) oraz charakter i niewłaściwa postawa mobbera (34,65%).

Niezwykle ważną kategorię stanowiły czynniki przypisane organizacji mogące mieć wpływ na występowanie mobbingu w miejscu pracy. Według badanych do takich czynników zaliczane były: nieczytelny zakres obowiązków pracownika, nadmierna kontrola czy niewłaściwy obieg informacji pomiędzy pracownikami a przełożonym.

Tabela 1. Czynniki wpływające na występowanie mobbingu w organizacji

Czynniki wpływające na występowanie mobbingu w organizacji		
Czynniki organizacji	n	%
Nieczytelný zakres obowiązków pracownika	23	22,27
Nadmierna kontrola	17	16,83
Niewłaściwy obieg informacji pomiędzy pracownikami a przełożonym	24	23,76
Sztywna struktura organizacyjna	10	9,90
Wynagrodzenia niezależne od wyników pracy	36	35,64
Brak precyzyjnych kryteriów oceny pracowników	20	19,80
Brak ustalonych metod pracy	13	12,87
Silna presja dotycząca osiągnięcia wysokich wyników w pracy	21	20,79

Odpowiedzi nie sumują się do 100% ponieważ badana grupa udzieliła więcej, niż jednej odpowiedzi.

Dyskusja

Współczesne przeobrażenia, przekształcenia, restrukturyzacje w sektorze ochrony zdrowia sprzyjają występowaniu zjawiska zwanego mobbingiem. Wpływ na to mają niewątpliwie zmieniające się przepisy oraz zhierarchizowany system zarządzania (Serzysko B. 2012, s.20-21). Podjęte działania destrukcyjne zazwyczaj kierowane są przeciwko osobom kreatywnym, w celu stworzenia dominujących układów personalnych, mających wpływ na zarządzanie organizacją. Działania takie zapewniają poczucie pewności i bezkarności osobom dominującym (Filipowicz A. 2003, s.7-32).

Obecnie do wystąpienia tego zjawiska predysponuje w placówkach opieki zdrowotnej ich struktura oraz hierarchizacja zależności służbowych. Bardzo często pracownicy w tych podmiotach traktowani są instrumentalnie i przedmiotowo, a zarządzający placówkami zapominają, że stanowią oni największy zasób i potencjał strategiczny ich firmy. Stosowanie mobbingu było najczęstszym błędem popełnianym przez przełożonych w procesie zarządzania, który mógł być jedną z przyczyn zdegradowania potencjału ludzkiego, czyli pracowników (Bechowska-Gebhardt A., 2004,s.16-17) oraz zwiększenia kosztów działalności firmy (Davenport N.,1999,s.20-29).

Pielęgniarki i położne to grupa zawodowa szczególnie zaangażowana nie tylko pod względem niesienia pomocy drugiemu człowiekowi, ale posiadająca również empatię w stosunku do drugiego człowieka (Serzysko B., 2014, s.353). Można zaobserwować, że coraz

częściej dochodzi do przeciążenia pracą personelu medycznego, co wpływa na zwiększenie stresu, lęku i obaw na tle zawodowym oraz zakłócenia równowagi psychofizycznej pracownika.

Utrata zdrowia psychicznego i fizycznego to cena jaką ponosi osoba poddana przemocy psychicznej, a skutkami psychospołecznymi tego zjawiska są zwolnienia z pracy z powodu absencji chorobowej, długotrwałego leczenia, straty osobowe i ekonomiczne (Surdykowska B. 2007, s.517-522).

Konsekwencje mobbingu ponosi również organizacja pod postacią wystąpienia obniżenia się jakości życia pracowników i jakości świadczonych usług medycznych. Pracownik pod wpływem długotrwałego stresu będzie źle wykonywał powierzone mu zadania, popełniał wiele błędów medycznych, co w konsekwencji doprowadzi do obniżenia efektywności pracy. Dla osoby mobbingowanej konsekwencją tego zjawiska mogą być odczuwane dolegliwości fizyczne i psychiczne. Na tle zawodowym będzie zachodziła obniżona motywacja do lepszej efektywności pracy, brak kreatywności i rozwoju zawodowego, częste konflikty emocjonalne lub zmiana środowiska pracy.

Uzyskane wyniki stanowiły wytyczne do podjęcia działań przyczyniających się do zmniejszenia i zapobiegania mobbingu, poprzez stworzenie odpowiednich wytycznych dotyczących ochrony zdrowia w środowisku pracy.

Od współczesnych organizacji wymaga się ustawicznego kształcenia, aby można było poprzez dobrze zarządzających przełożonych, uzyskać wiedzę z zakresu koordynowania, skutecznej komunikacji oraz reagowania na zmiany. Zarządzający powinni pamiętać, że bezpieczne środowisko pracy to takie, które będzie wpływało pozytywnie na pracowników, a w przypadku sektora ochrony zdrowia, przyczyni się do osiągnięcia wysokiej jakości świadczonych usług pielęgnacyjnych.

W przeprowadzonych badaniach dotyczących występowania mobbingu w sektorze opieki zdrowotnej zarysowuje się problem jakości środowiska w miejscu pracy. Można wyciągnąć wnioski, iż nieskuteczne będą tutaj rozwiązania prawne makrosystemowe. Natomiast istotne byłoby podjęcie działań na rzecz promowania zdrowia psychicznego w miejscu pracy. Pracodawca nie powinien pozostać sam z problemem mobbingu w zakładzie pracy. Dobrze by było, gdyby otrzymał zewnętrzne wsparcie w formie szkoleń, programów antymobbingowych, które wspomogłyby go w poprawieniu atmosfery w firmie. Powinno się uświadamiać pracodawców i pracowników, jakie koszty bezpośrednie i pośrednie zapłaciłaby firma oraz podatnicy w wyniku istnienia mobbingu w zakładzie pracy.

Również niewłaściwa organizacja pracy i zła atmosfera generowałaby u pracodawcy dodatkowe koszty publiczne. Badania przedstawiają nową perspektywę w tej dziedzinie, przedstawiając szereg pytań badawczych, dotyczących sytuacji konfliktu w miejscu pracy, ich uwarunkowań oraz możliwości rozwiązania.

Wnioski

W wyniku przeprowadzonych badań na temat działań mobbingowych w miejscu pracy, przedstawiono następujące wnioski:

1. Społeczne uwarunkowania mobbingu lokują się w mikrosystemie zakładów pracy. Zdecydowanie wiodącą rolę w tym temacie odgrywają czynniki związane z organizacją pracy w zakładzie oraz stosunkami pomiędzy pracownikami.
2. Skutki działań mobbingowe zdecydowanie częściej dotyczą kobiet niż mężczyzn. Wynika to ze specyfiki zatrudnienia osób poszczególnych płci w różnych sektorach gospodarki. To właśnie usługi są branżą, w której pracownicy najczęściej są ofiarami mobbingu.
3. Działania mobbingowe mają na celu zaburzenie społecznego odbioru osoby mobbingowanej. Należy do nich rozpowszechnianie złej, nieprawdziwej opinii o osobie mobbingowanej oraz nieobiektywna ocena jej zaangażowania w pracę.
4. Innymi działaniami utrudniającymi stosunki społeczne w miejscu pracy są: brak możliwości zabrania głosu i unikanie rozmów z przełożonym.
5. Do działań mobbingowych utrudniających komunikację należą przerywanie wypowiedzi i ograniczenie przez przełożonego możliwości wypowiedzenia się.
6. Najczęstszymi czynnikami mobbingowymi były działania wpływające na jakość sytuacji zawodowej i życiowej pracownika, czyli zlecenie bezwartościowych prac i przydzielanie dużej liczby zadań.
7. Koszty ponoszone przez osoby mobbingowane to koszty finansowe i zdrowotne. W końcowym efekcie zakłady, w których pojawia się mobbing charakteryzują się częstą fluktuacją kadry, obniżeniem dynamiki rozwoju firmy i jej małą wydajnością.

Piśmiennictwo

1. Bechowska-Gephardt A., Stalewski T.: Mobbing – patologia zarządzania personelem. Wyd. Difin, Warszawa 2004, s. 16-17; ISBN:83-7251-425-9
2. Blicharz J.: Problem mobbingu jako formy wykluczenia społecznego i prawnego. Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2014, s.25 ISBN 978-83-61370-86-4
3. Cooper C.L., Hoel H., di Martino V., Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EFILWC), Dublin 2003. Adres: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/112/en/1/ef02112en.p>
4. Davenport N., Schwarts R.D., Elliot G.P.: Mobbing: Emotional Abuse in the American Workplace. Civil Society Publishing, Ames 1999, s. 20–29

5. Delikowska K.: Raport z badań na temat działań mobbingowych w miejscu pracy. WRZOS, Społecznik, 7, 2004, s.7-31
6. EASH, European Agency for Safety and Health at Work: Bullying at work. Facts, 23, 2002 ISSN:1681-2123
7. Filipowicz A.: Mobbing: Studia Bobolanum 2003,2 7-32 ISSN 2082-369X
8. Gaymer J.: Assault course. Occupational Health, 51 (2), 1999
9. Hirigoyen M.F.: Molestowanie w pracy. Wyd. W Drodze, Poznań, 2003,s. 11, ISBN: 83-7033-479-2
10. Hoel H., Sparks K., Cooper C.L.: The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment. ILO, 2001.
11. Leymann H.: The content and development of mobbing at work. European Journal of Work and Organizational Psychology, 5 (2), 1996.
12. Sadowska L., Kańczuła S.: Występowanie mobbingu w środowisku służby zdrowia (Aspekty prawne, społeczne i terapeutyczne). Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Wydawnictwo UR, Rzeszów 2010,3,s. 364-376 ISSN 2082- 369X
13. Serzysko B., Bartusek M.: Charakter i zakres mobbingu w miejscu pracy - analiza tego zjawiska. Nature and extent of bullying in the workplace - an analysis of this phenomenon. Pielęgniarstwo: PRAWO – PRAKTYKA - ETYKA, Pod redakcją G. Rogala-Pawelczyk; J. Kubajka - Piotrowska; M. Kilarskiej. Tom I, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; Warszawa 2013; s.358- 371 ISBN: 978-83-927402-6-1
14. Serzysko B. Mobing a przemoc psychiczna w miejscu pracy. Nasze Sprawy. Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach. Listopad 2012, Nr 19 (227) część I, s. 12-13 ISSN 1232-5384
15. Serzysko B. Mobing a przemoc psychiczna w miejscu pracy. Nasze Sprawy. Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach. Grudzień 2012, Nr 19 (227) część II, s. 20-21 ISSN 1232-5384
16. Stoner J.A.F., Wankel Ch.: Kierowanie. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, 1996
17. Surdykowska B.: Autonomiczne porozumienie ramowe dotyczące nękania i przemocy w pracy. Monitor Prawa Pracy 2007, 10, s.517-522
18. Wallis Consulting: Victorian's Attitudes Towards Bullying. Wallis Consulting Group Pty Ltd, 2001

Kontakt na autora:

dr n ekonom. Bogusława Serzysko

WPLYW WYBRANYCH CZYNNIKÓW NA WYDOLNOŚĆ FUNKCJONALNĄ CHORYCH WE WCZESNYM OKRESIE PO EMBOLIZACJI TĘTNIAKA ŚRÓDCZASZKOWEGO

Vplyv vybraných faktorov na funkčnú schopnosť pacientov v ranom období po embolizácii intrakraniálnej aneuryzmy

**Robert Ślusarz¹, Agnieszka Królikowska¹, Renata Jabłońska¹, Barbara Smarszcz²,
Maciej Śniegocki³**

¹*Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego CM, UMK*

¹*Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii CM, UMK*

³*Zakład Neurotraumatologii CM, UMK*

Streszczenie

Wstęp. Jednym z głównym czynników warunkujących wynik leczenia chorych z tętniakiem wewnątrzczaszkowym jest ich stan kliniczny przed leczeniem. Większość przeprowadzonych analiz wskazuje, że stan kliniczny i przytomności pacjenta przy przyjęciu jest niezależnym czynnikiem prognostycznym odległego wyniku leczenia. Wśród czynników demograficznych mogących mieć wpływ na funkcjonowanie chorego po zabiegu, autorzy publikacji wymieniają między innymi takie czynniki jak: płeć, wiek, rasa/grupa etniczna, obszar klimatyczny, lokalizacja tętniaka, manifestacja kliniczna, czas do zabiegu czy wielkość/rozmiar tętniaka.

Cel. Celem pracy była ocena wpływu wybranych czynników demograficznych (płeć, wiek, lokalizacja tętniaka, manifestacja kliniczna, czas do zabiegu) na wydolność funkcjonalną pacjenta po leczeniu wewnątrznacyniowym tętniaka śródczaszkowego.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono w Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1. im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Do badań zakwalifikowano 118 kolejno przyjmowanych chorych z rozpoznaniem tętniaka śródczaszkowego, zakwalifikowanych do leczenia metodą wewnątrznacyniową (embolizacji). W ocenie stanu funkcjonalnego posłużono się Skalą Wydolności Funkcjonalnej (*Functional Capacity Scale*).

Wyniki. Badania wykazały, że wybrane czynniki demograficzne w większości przypadków nie mają istotnego statystycznie wpływu na wydolność funkcjonalną chorych po embolizacji tętniaka śródczaszkowego (płeć – $p=0,94$; wiek – $p=0,58$; lokalizacja – $p=0,37$; czas do zabiegu – $p=0,56$). Tylko w przypadku manifestacji klinicznej zachodzi taka zależność ($p<0,001$ i $p=0,002$)

Wnioski. W analizowanej grupie, czynniki takie jak: płeć, wiek, lokalizacja tętniaka oraz czas do wykonania zabiegu nie miały istotnego wpływu na wydolność funkcjonalną chorego w dniu wypisu z oddziału. Jedynie manifestacja kliniczna istotnie wpływa na wydolność funkcjonalną chorego w dniu wypisu. Tętniak nie pęknięty (nie manifestujący się krwawieniem podpajęczynówkowym) wpływa korzystnie na wydolność funkcjonalną chorego we wczesnym okresie po embolizacji tętniaka śródczaszkowego.

Słowa kluczowe: FCS, embolizacja, tętniak śródczaszkowy

Wstęp

Śmiertelność spowodowana krwawieniem podpajęczynówkowym (*subarachnoid hemorrhage* - SAH) z pękniętego tętniaka wewnątrzczaszkowego spadła w ostatnich dekadach o około 17% a całkowity odsetek przeżycia wynosi około 65% [1,2]. Zawdzięcza się to między innymi wcześniejszemu zabezpieczeniu tętnika, lepszemu zrozumieniu patofizjologii skurczu naczyniowego, bardziej agresywnemu i wcześniejszemu zapobieganiu oraz leczeniu powikłań ogólnoustrojowych [2]. Niewątpliwie znaczne postępy w intensywnej terapii, diagnostyce oraz szeroka dostępność leczenia wewnątrzczaszkowego przyczyniły się do znacznej poprawy wyników leczenia chorych po SAH spowodowanym pękniętym tętniakiem wewnątrzczaszkowym głównie w aspekcie wyników długoterminowych [3-5].

Ocena stanu funkcjonalnego chorych po embolizacji tętniaka śródczaszkowego jest ważnym elementem oceny końcowych wyników leczenia i rehabilitacji. Zdaniem wielu autorów poziom wydolności funkcjonalnej chorego we wczesnym okresie po zabiegu, decydująco wpływa na jego sprawność w okresie odległym, a tym samym na szeroko pojmowaną jakość życia chorego.

Jednym z głównym czynników warunkujących wynik leczenia chorych z tętniakiem wewnątrzczaszkowym jest ich stan kliniczny przed leczeniem [6-8]. Większość przeprowadzonych analiz wskazuje, że stan kliniczny i przytomności pacjenta przy przyjęciu jest niezależnym czynnikiem prognostycznym odległego wyniku leczenia. Wśród czynników demograficznych mogących mieć wpływ na funkcjonowanie chorego po zabiegu, autorzy publikacji [9-17] wymieniają między innymi takie czynniki jak: płeć, wiek, rasa/grupa etniczna, obszar klimatyczny, lokalizacja tętniaka, manifestacja kliniczna, czas do zabiegu czy wielkość/rozmiar tętniaka.

Cel

Celem pracy była ocena wpływu wybranych czynników demograficznych (płeć, wiek, lokalizacja tętniaka, manifestacja kliniczna, czas do zabiegu) na wydolność funkcjonalną pacjenta po leczeniu wewnątrznacyniowym tętniaka śródczaszkowego.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1. im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy.

Do badań kwalifikowano kolejno przyjmowanych chorych z rozpoznaniem tętniaka śródczaszkowego, zakwalifikowanych do leczenia metodą wewnątrznacyniową (embolizacji). Wśród 118 pacjentów 73 to kobiety a 45 to mężczyźni. Wiek badanych zamykał się w przedziale od 18 (najmłodszy pacjent) do 82 (najstarszy pacjent) lat (średnia wieku wyniosła $51,4 \pm 11,4$ lat), a najliczniejszą grupę stanowili chorzy w wieku 50-64 lata. Wszyscy badani byli hospitalizowani z powodu tętniaka śródczaszkowego i u wszystkich został wykonany zabieg embolizacji. W badanej grupie u 76 chorych, rozpoznano tętniaka pękniętego (manifestującego się krwawieniem podapajęczynówkowym – *subarachnoid hemorrhage* - SAH), a u 42 osób tętniaka nie pękniętego (tzw. zimnego). Tętniak najczęściej umiejscowiony był w kompleksie tętnicy łączącej przedniej (42 osoby) oraz tętnicy szyjnej wewnętrznej (33 osoby). Średnia okresu czasu do wykonania zabiegu embolizacji wynosiła 43 godziny. Najwięcej osób (85) poddano embolizacji w czasie do 24 godzin od chwili przyjęcia do oddziału.

W ocenie stanu funkcjonalnego posłużono się Skalą Wydolności Funkcjonalnej (*Functional Capacity Scale - FCS*) [18,19]. Skala ta ocenia wydolność funkcjonalną chorego jak również wyznacza obszary interwencji pielęgniarstwa w obrębie danego wyznacznika opieki. FCS ma zastosowanie w sytuacji kiedy chory jest hospitalizowany w oddziale. Skala posiada 12 wyznaczników (poruszanie się, odżywianie, czynności higieniczne, potrzeby fizjologiczne, pomiar czynności życiowych - GCS, oddychanie, diagnostyka, przygotowanie do zabiegu i opieka po, opatrunki (drenaż), stopień nasilenia bólu, farmakoterapia, stan psychiczny). Na podstawie obserwacji, w oparciu o wyznaczniki FCS, można dokonać charakterystyki badanego oraz zaszeregować chorego do jednej z czterech grup opieki. Każdemu wyznacznikowi opieki przypisano od 4 do 1 punktu, w zależności od grupy w zakresie danego wyznacznika opieki. Każdej grupie można przyporządkować określony zakres punktów: grupa I (48 – 40 pkt.) - niezależność pełna (pacjent samowystarczalny); grupa II (39 – 31 pkt.) - umiarkowana niezależność (pacjent wymaga pomocy); grupa III (30 – 21 pkt.) - umiarkowana zależność (pacjent wymaga dużej pomocy) i grupa IV (20 – 12 pkt.) - zależność pełna (pacjent wymaga intensywnej opieki).

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu *Microsoft Excel* oraz programu *STATISTICA version 10.0*. Zgodnie z przyjętymi w naukach biomedycznych założeniami; jeżeli nie zaznaczono inaczej, wyniki uznano za istotne statystycznie przy poziomie wartości $p < 0,05$.

Wyniki

Płeć a FCS

Zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn, najwięcej osób zakwalifikowanych zostało do grupy I FCS. Wyniki otrzymane w grupie I i II FCS stanowią wśród obu płci w granicach 90% badanych (kobiety 68 – 93,1%, mężczyźni 41 – 91,1%). Wartość statystyki testowej w analizie wpływu płci na wydolnością funkcjonalną pacjenta wynosi dla punktów $Z(n=118)=-0,071$; $p=0,94$ i dla grup $Z(n=118)=0,71$; $p=0,48$, co oznacza, że kobiety i mężczyźni osiągają podobne wyniki w wydolności funkcjonalnej. Płeć nie wpływa na wydolnością funkcjonalną pacjenta po leczeniu wewnątrznaczyniowym tętniaka śródczaszkowego (tabela 1).

Wiek a FCS

W badanym materiale w dniu wypisu z oddziału najwięcej pacjentów znajdowało się w grupie wiekowej od 50 do 64 roku życia. Grupa ta obejmowała prawie połowę pacjentów (54 osób). Dokonując oceny pacjentów za pomocą FCS najgorsze wyniki występują w grupie wiekowej ≥ 60 roku życia (3 pacjentów – 23,1% w III i IV grupie FCS). Najlepsze wyniki (I i II grupa FCS) otrzymano w grupie wiekowej ≤ 49 i 50-64 rokiem życia. Wartość statystyki testowej w analizie wpływu wieku na wydolnością funkcjonalną pacjenta wynosi dla punktów $H(df=2, n=118)=1,08$; $p=0,58$ i dla grup $H(df=2, n=118)=2,62$; $p=0,27$, co oznacza, że osoby w poszczególnych przedziałach wiekowych osiągają podobne wyniki w wydolności funkcjonalnej. Wiek nie wpływa na wydolnością funkcjonalną pacjenta po leczeniu wewnątrznaczyniowym tętniaka śródczaszkowego (tabela 1).

Lokalizacja a FCS

Pełną samodzielność (I grupa FCS) uzyskano w materiale własnym w 98 przypadkach (83,0%). Składało się na nią 35 pacjentów z umiejscowieniem tętniaka na tętnicy ACoA (*Anterior Communicating Artery*), 30 pacjentów z umiejscowieniem tętniaka na tętnicy ICA (*Internal Carotid Artery*), 16 pacjentów z umiejscowieniem tętniaka na tętnicy MCA (*Medial Carotid Artery*), 2 pacjentów z umiejscowieniem tętniaka na tętnicy PCA (*Posterior Cerebral Artery*) i 19 pacjentów z umiejscowieniem tętniaka w obrębie układu kręgowo-podstawnego (VBA - *Vertebral-Basilar Artery*). Pełną zależność od personelu pielęgniarskiego (IV grupa FCS)

wykazywało 5 pacjentów, a mianowicie 2 chorych z umiejscowieniem tętniaka na tętnicy ACoA, 1 chory z umiejscowieniem tętniaka na tętnicy ICA oraz 2 chorych z umiejscowieniem tętniaka na tętnicy MCA. Wartość statystyki testowej w analizie wpływu lokalizacji na wydolnością funkcjonalną pacjenta wynosi dla punktów $H(df=3,n=116)=3,11$; $p=0,37$ i dla grup $H(df=3,n=116)=4,24$; $p=0,24$, co oznacza, że osoby z lokalizacją tętniaków w różnych miejscach osiągają podobne wyniki w wydolności funkcjonalnej. Lokalizacja tętniaka nie wpływa na wydolnością funkcjonalną pacjenta po leczeniu wewnątrznaczyniowym tętniaka śródczaszkowego (tabela 1).

Manifestacja kliniczna a FCS

Materiał własny wykazał, że prawie wszyscy (41 osób – 97,6%) ze zdiagnozowanym tętniakiem nie pękniętym (zimnym) zostali zakwalifikowani do I grupy FCS (pełna niezależność) w dniu wypisu. Takich osób w przypadku tętniaka pękniętego, manifestującego się SAH, było 57, co daje 75% badanych. Wartość statystyki testowej w analizie wpływu manifestacji klinicznej na wydolnością funkcjonalną pacjenta wynosi dla punktów $Z(n=118)=5,86$; $p<0,001$ i dla grup $Z(n=118)=-3,15$; $p=0,002$, co pozwala stwierdzić, że osoby z tętniakiem nie pękniętym byli w lepszym stanie po zabiegu, w porównaniu do osób z tętniakiem pękniętym (tabela 1).

Czas do zabiegu operacyjnego a FCS

Średnia okresu czasu do wykonania zabiegu embolizacji wynosiła 43 godziny. Najwięcej osób (85) poddano embolizacji w czasie do 24 godzin od chwili przyjęcia do oddziału. Wśród tej grupy 71 pacjentów wykazywało pełną samodzielność (I grupa FCS) a tylko 5 osób wykazywało pełną zależność od personelu pielęgniarskiego (IV grupa FCS).

Wartość statystyki testowej w analizie wpływu czasu wykonania zabiegu na wydolnością funkcjonalną pacjenta wynosi dla punktów $H(df=2,n=118)=1,16$; $p=0,56$ i dla grup $H(df=2,n=118)=1,32$; $p=0,52$, co oznacza, że osoby poddane w różnym czasie zabiegowi embolizacji osiągają podobne wyniki w wydolności funkcjonalnej. W analizowanym materiale czas wykonania zabiegu embolizacji nie wpływa na wydolnością funkcjonalną pacjenta po leczeniu wewnątrznaczyniowym tętniaka śródczaszkowego (tabela 1).

Tabela 1. Wybrane czynniki demograficzne a wydolność funkcjonalna (FCS)					
	Śre.±odch (punkty (p)/grupy(g))	Mediana (p/g)	Zakres (p/g)	Z/H (p/g)	P (p/g)
Płeć					
K	43,3±7,7/1,30±0,72	47/1	15-48/1-4	-0,071/0,71*	,94/,48
M	43,5±8,1/1,27±0,75	47/1	15-48/1-4		
Wiek					
≤49	44,1±6,8/1,21±0,61	47/1	18-48/1-4		
50-64	43,6±7,3/1,26±0,68	47/1	15-48/1-4		

≥65	39,5±12,4/1,69±1,18	45/1	15-48/1-4	1,08/2,62**	,58/,27
Lokalizacja					
ACoA	42,3±8,6/1,35±0,81	46/1	15-48/1-4	3,11/4,24**	,37/,24
ICA	45,4±5,6/1,12±0,55	47/1	18-48/1-4		
MCA	41,6±9,62/1,45±0,91	46/1	15-48/1-4		
PCA†	46,0±2,8/1±0	46/1	44-48/1-1		
VBA	44,0±7,2/1,26±0,56	47/1	21-48/1-3		
Manifestacja kliniczna					
Nie pęknięty	47,1±2,2/1,02±0,15	48/1	35-48/1-2	5,86/-3,15*	<,001/,002
Pęknięty	41,2±9,0/1,43±0,87	45/1	15-48/1-4		
Czas do zabiegu					
≤24	43,0±8,3/1,30±0,80	47/1	15-48/1-4	1,16/1,32**	,56/,52
25-71	42,9±8,4/1,33±0,62	47/1	21-48/1-3		
≥72	45,2±4,6/1,11±0,32	47/1	33-48/1-2		
*test U Manna-Whitneya (Z); **test ANOVA rang Kruskala-Wallis (H) † nie uwzględniono w analizie – niska liczba n					

Dyskusja

Przeprowadzone badania dotyczyły oceny wpływu wybranych czynników demograficznych na wczesną wydolność funkcjonalną pacjentów z tętniakiem wewnątrzczaszkowym leczonym za pomocą embolizacji wewnątrzczaszkowej.

W badaniach własnych przeważała płeć żeńska (73 osoby; 61,9%). Potwierdzają to również autorzy innych publikacji, gdzie zaobserwowano zwiększone ryzyko występowania tętniaka mózgu u kobiet [20,21]. Średnia wieku badanych, która wyniosła 51,4±11,4 lat, również zbliżona jest do wyników średniej wieku z innych badań [21,22]. Liczba pacjentów hospitalizowanych z SAH (76 osób; 64,4%) i nie pękniętym tętniakiem (42 osoby; 35,6%) również znajduje odzwierciedlenie w piśmiennictwie innych autorów [23-25].

Do innych czynników mogących mieć wpływ na wydolność funkcjonalną chorego po embolizacji wewnątrzczaszkowej, wielu autorów zalicza stan kliniczny chorego, stan przytomności chorego jak również rodzaj materiału embolizacyjnego oraz wystąpienie wczesnych powikłań związanych z samym zabiegiem embolizacji. Uważa się, że krwotok podpajęczynówkowy i stan kliniczny (klasyfikacja H&H) są głównymi czynnikami determinującymi wydolność funkcjonalną oraz intensywność opieki pielęgniarskiej [16,21,26].

Wnioski

W analizowanej grupie, czynniki takie jak: płeć, wiek, lokalizacja tętniaka oraz czas do wykonania zabiegu nie miały istotnego wpływu na wydolność funkcjonalną chorego w dniu wypisu z oddziału. Jedynie manifestacja kliniczna istotnie wpływa na wydolność funkcjonalną chorego w dniu wypisu. Tętniak nie pęknięty (nie manifestujący się SAH) wpływa korzystnie na

wydolność funkcjonalną chorego we wczesnym okresie po embolizacji tętniaka śródczaszkowego.

Praca zrealizowana w ramach projektu badań statutowych CM UMK (nr 953/2014). Liczba znaków ze spacjami – 20 068.

Piśmiennictwo

1. Rinkel GJ, Algra A. Long-term outcomes of patients with aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Lancet Neurol.* 2011;10:349–356.
2. Lanzino G, Crobeddu E. Can We Predict Rebleeding After Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage (SAH)? *World Neurosurgery.* 2011;76(3-4):253-254.
3. Bor AS, Rinkel GJ, van Norden J, Wermer MJH. Long-term, serial screening for intracranial aneurysms in individuals with a family history of aneurysmal subarachnoid haemorrhage: a cohort study. *Lancet Neurology.* 2014;13(4):385-392.
4. Pyysalo LM, Niskakangas TT, Keski-Nisula LH, Kähärä VJ, Öhman JE. Long-term outcome after subarachnoid haemorrhage of unknown a etiology. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2011;82(11):1264–1266.
5. Wermer MJH, Greebe P, Algra A, Rinke GJE. Long-term mortality and vascular event risk after aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 2009;80(12):1399-1401.
6. Shirao S, Yoneda H, Kunitsugu I, Ishihara H, Koizumi H, Suehiro E, Nomura S, Kato S, Fujisawa H, Suzuki M. Preoperative prediction of outcome in 283 poor-grade patients with subarachnoid hemorrhage: a project of the Chugoku-Shikoku Division of the Japan Neurosurgical Society. *Cerebrovasc Dis.* 2010;30(2):105-113.
7. Salary M, Quigley MR, Wilberger JE Jr. Relation among aneurysm size, amount of subarachnoid blood, and clinical outcome. *J Neurosurg.* 2007;107(1):13-17.
8. Taki W, Sakai N, Suzuki H. Determinants of poor outcome after aneurysmal subarachnoid hemorrhage when both clipping and coiling are available: Prospective Registry of Subarachnoid Aneurysms Treatment (PRESAT) in Japan. *World Neurosurg.* 2011;76(5):437-445.
9. Peng T, Qian Z, Liu A, Li Y, Jiang C, Wu Z. Progressive occlusion of enterprise stent-assisted coiling of ruptured wide-necked intracranial aneurysms and related factors on angiographic follow-up: a single-center experience with 468 patients. *PLoS One* 2014;9(3):e92407.

10. van Rooija WJ, Sluzewskia M, Beuteb GN, Nijssenc PC. Procedural Complications of Coiling of Ruptured Intracranial Aneurysms: Incidence and Risk Factors in a Consecutive Series of 681 Patients. *AJNR*. 2006;27:1498-1501.
11. Pierot L, Barbe C, Spelle L, ATENA investigators. Endovascular Treatment of Very Small Unruptured Aneurysms. Rate of Procedural Complications, Clinical Outcome, and Anatomical Results. *Stroke*. 2010;41:2855-2859.
12. Starke RM, Chalouhi N, Ali MS, Penn DL, Tjoumakaris SI, Jabbour PM, Gonzalez LF, Rosenwasser RH, Dumont AS. Endovascular treatment of very small ruptured intracranial aneurysms: complications, occlusion rates and prediction of outcome. *J Neurointerv Surg*. 2013;5(Suppl 3):iii66-71.
13. Taki W, PRESAT group, Sakai N, Suzuki H. Factors predicting retreatment and residual aneurysms at 1 year after endovascular coiling for ruptured cerebral aneurysms: Prospective Registry of Subarachnoid Aneurysms Treatment (PRESAT) in Japan. *Neuroradiology*. 2012;54(6):597-606.
14. Lum C, Narayanam SB, Silva L, Shankar J, Bussiere M, Dos Santos MP, Lesiuk H. Outcome in small aneurysms (<4 mm) treated by endovascular coiling. *J Neurointerv Surg*. 2012;4(3):196-198.
15. Yue W. Endovascular treatment of unruptured intracranial aneurysms. *Interv Neuroradiol*. 2011;17(4):420-424.
16. Zang P, Liang C, Shi Q, Wang Y. Intraprocedural cerebral aneurysm rupture during endovascular coiling. *Neurol India*. 2011;59(3):369-372.
17. Choi KS, Lee JH, Yi HJ, Chun HJ, Lee YJ, Kim DW. Incidence and risk factors of postoperative headache after endovascular coil embolization of unruptured intracranial aneurysms. *Acta Neurochir (Wien)*. 2014;156(7):1281-1287.
18. Ślusarz R, Beuth W, Książkiewicz B. Functional Capacity Scale as a Suggested Nursing Tool for Assessing Patient Condition with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage – Part II. *Adv Clin Exp Med*. 2006;4:741–746.
19. Ślusarz R, Biercewicz M, Rybicka R. Functional Capacity Scale in Assessment of Patients with Intracranial Aneurysms: Reliability and Validity. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2014;46(1):46-54.
20. Mierzwa J, Rosieńczuk Tonderys J, Jarmundowicz J i wsp. Neurosurgical management with multiple superatentional cerebral aneurysmus. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia* 2005;52:437-440.
21. Dybciak G. Ocena intensywności opieki pielęgniarskiej związanej z terapią przeciwbólową u pacjentów hospitalizowanych z powodu tętniaka mózgu. *Doniesienia wstępne. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*. 2013;2(1):27-32.

22. Molyneux AJ, Kerr RS, Birks J, Ramzi N, Yarnold J, Sneade M, Rischmiller J. International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) Collaborative Group. Risk of recurrent subarachnoid haemorrhage, death, or dependence and standardised mortality ratios after clipping or coiling of an intracranial aneurysm in the International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT): long-term follow-up. *Lancet Neurology*. 2009;8(5):427-433.
23. Villablanca JP, Martin N, Jahan R, Gobin YP. Volume-rendered helical computerized tomography angiography in the detection and characterization of intracranial aneurysms *J Neurosurg*. 2000;93(2):254-264.
24. Villablanca JP, Achiriolaie A, Hooshi P, Martin N. Aneurysms of the posterior circulation: detection and treatment planning using volume-rendered three-dimensional helical computerized tomography angiography. *J Neurosurg*. 2005;103(6):1018-1029.
25. Cannon-Albright LA. Detection of aneurysms. *J Neurosurg*. 2008;108(6):1130-1131.
26. Jordan JA, Llibre JC, Vázquez F, Rodríguez R, Prince JA, Ugarte JC. Predictors of hemorrhagic complications from endovascular treatment of cerebral arteriovenous malformations. *Interv Neuroradiol*. 2014;20(1):74-82.

Kontakt na autora:

Robert ŚLUSARZ

Neurological and Neurosurgical Nursing Department CM, NCU

ul. Techników 3, 85-094 Bydgoszcz, Poland

e-mail: robert_sl@o2.pl lub zpielnin@cm.umk.pl

ROLA PIEŁĘGNIARKI ODDZIAŁU INTENSYWNEJ TERAPII W OPIECE NAD DAWCĄ NARZĄDÓW I JEGO RODZINĄ

Úloha sestry na JIS v rámci starostlivosti o darcu orgánov a jeho rodinu

Magdalena Śniegocka¹, Jolanta Kowalik¹, Celina Sawicka²

¹Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Wydział Rehabilitacji,

Zakład Podstaw Pielęgniarstwa

Kierownik: dr n. med. Ewa Kądalska

² Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii SPCSK w Warszawie,

Kierownik: dr n. med. Grzegorz Niewiński

Wstęp

Umiejętności komunikacji zarówno werbalnej, jak i niewerbalnej są niezwykle istotne dla osób sprawujących i zapewniających opiekę w ramach oddziałów intensywnej terapii. W obecnych czasach coraz częściej pacjent chce mieć szerszą wiedzę dotyczącą rozpoznania, planowanego leczenia i rokowania. Przekazywanie informacji, planowanie leczenia a także opieka w sytuacji niepowodzenia terapii, wymagają umiejętności skutecznej komunikacji zarówno z pacjentem, ale również z rodziną pacjenta.

Pacjenci oddziałów intensywnej terapii często poddawani są inwazyjnym procedurom medycznym oraz inwazyjnemu leczeniu. Cechują się również wyższym ryzykiem zgonu. Najczęściej pacjenci OIT nie są w stanie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia lub terapii z powodu zaawansowania choroby lub ostrego stanu. W takich sytuacjach decyzje dotyczące leczenia i postępowania terapeutycznego podejmowane są przez przedstawiciela, którego wskazał sam pacjent. W czasie przyjęcia na OIT personel powinien upewnić się, czy pełnomocnik taki został wyznaczony. Istotna jest również informacja dotycząca oświadczenia woli. Dokument taki powinien znajdować się w dokumentacji pacjenta, a jego treść powinna być omówiona zarówno z pacjentem, jak i jego rodziną. Niejednokrotnie pacjent nie przekazuje informacji swoim bliskim o woli oddania narządów. Wówczas lekarz powinien przedyskutować kwestię pobrania narządów od pacjenta z jego rodziną (Kollef M.H, 2010).

Pielęgniarki Oddziału Intensywnej Terapii mają ogromny udział w pracach zespołu orzekającego śmierć mózgu. Posiadają ogromną wiedzę na temat pielęgnowania dawcy wielonarządowego, a także znają zasady postępowania w określonych sytuacjach według obowiązujących standardów, które zapewniają wysoki poziom opieki pielęgniarskiej. W kompleksowej opiece nad dawcą narządów i jego rodziną uczestniczą: lekarze, pielęgniarki, psycholog, rehabilitant, oraz duchowny Pielęgniarki udzielają również wsparcia emocjonalnego rodzinie zmarłego. Przygotowanie dawcy do przeszczepu jest bardzo trudną sytuacją dla rodziny, która często nie godzi się ze śmiercią bliskiej osoby, widząc w dalszym ciągu pracujące urządzenia wspomagające i kontrolujące parametry życiowe. Sytuacja taka jest również dużym obciążeniem dla personelu pielęgniarskiego, który opiekując się zmarłym pacjentem, jednocześnie starają się wykazać empatią, delikatnością i wrażliwością wobec członków rodziny zmarłego.

Celem pracy jest przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad dawca narządów na podstawie literatury.

Rozwinięcie

Współczesna transplantologia zapoczątkowana przez A. Carrela próbami przeszczepiania narządów u zwierząt, swoją historią sięga 300 lat p.n.e., kiedy to w Indiach

podejmowano próby przeszczepiania tkanek. Przełomem w rozwoju tej dziedziny medycyny było odkrycie przez Dausset'a antygenów zgodności tkankowej HLA (ludzkie antygeny leukocytarne, białka odpowiadające za zgodność tkanek dawcy i biorcy). Pierwsze udane przeszczepy narządów to lata 70 i 80 XX wieku, przeprowadzone przez Ch. Bernarda i T. Starzt'a. W Polsce pierwszy przeszczep nerki wykonał Prof. Jan Nielubowicz w 1966 r., natomiast pierwszy przeszczep serca wykonał w 1985 r. prof. Z. Religa (Duda J. 2011, Rowiński W. i in. 2004).

W latach 60 ubiegłego stulecia kryterium śmierci było nieodwracalne zatrzymanie krążenia. W obliczu stałego postępu w dziedzinie intensywnej terapii w utrzymywaniu prawidłowych funkcji przeszczepianych narządów, oraz postęp w transplantacji narządów, kryterium śmierci okazało się niewystarczającym. Doprowadziło to do powstania definicji śmierci mózgu. Regulacje prawne dotyczące śmierci na świecie sięgają lat 70 XX wieku, kiedy to w 1968 wydany został „Komunikat na temat śmierci”, w którym to dokumencie przedstawiono nową definicję śmierci (zastąpiono „śmierć na skutek ustania czynności serca”, „śmiercią mózgową”). Natomiast w 1980 r. Komisja ds. Studiów Problemów Etycznych i Behawioralnych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych wydała „Akt Jednolitego Ustalania Śmierci” (USA). Uznano wówczas, iż w momencie, w którym pień mózgu stracił zdolność pełnienia funkcji integracyjnych, poszczególne systemy żywych organów nie tworzą już żyjącego organizmu jako całości i zaleciła stosowanie tego kryterium śmierci wszystkim stanom w Ameryce (Rutkowski B i in. 2005).

W Polsce definicję śmierci mózgowej wprowadzono w 1984 r., określając śmierć pnia mózgu jako śmierć całego organizmu. Ponadto wprowadzono uregulowania prawne dotyczące pobierania tkanek i narządów, wyrażenia sprzeciwu na pobranie komórek lub narządów ze zwłok, a także określono szczegółowe kryteria stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Zgodnie z polskim prawem po śmierci narządy mogą być pobrane od osoby zmarłej, jeśli za życia nie został wyrażony sprzeciw (zgoda domniemana). Sprzeciw można wyrazić poprzez pisemne oświadczenie potwierdzone własnoręcznym podpisem, oświadczenie ustne złożone w obecności dwóch świadków i potwierdzone przez nich pisemnie albo przez zgłoszenie do Centralnego Rejestru Sprzeciwów (ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów).

W Polsce, ze względów społecznych, kulturowych i religijnych lekarz przeprowadza rozmowę z rodziną w celu uzyskania informacji o woli zmarłego (Kowal K. 2003, Rutkowski B. i in. 2005). Polskie prawodawstwo wyklucza pobranie narządów od osoby o nieustalonej tożsamości, noworodków <7. dnia życia, osoby, której dane istnieją w CRS-ie prowadzonym przez Poltransplant (stwierdzono zapis sprzeciwu na pobranie komórek, tkanek i narządów) (Rutkowski B, Kaliciński P. 2009).

Nadrzędną jednostką koordynującą proces przeszczepiania narządów w Polsce jest Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” – państwowa jednostka budżetowa podlegająca Ministrowi Zdrowia. Główne zadania Centrum definiuje Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 1 lipca 2005 r. Zakłady opieki zdrowotnej niezwłocznie informują „Poltransplant” o każdym przypadku możliwości pobrania komórek, tkanek i narządów w celu przeszczepienia po stwierdzeniu śmierci mózgu.

Prawidłową funkcję przeszczepu warunkuje właściwy dobór dawcy i biorcy pod względem zgodności tkankowej. Istotna jest również prawidłowa metoda przygotowania i transportu transplantatu. Po przeszczepie konieczne jest zastosowanie leczenia immunosupresyjnego u biorcy oraz wczesne wychwycenie rozpoczynającego się procesu odrzutu przeszczepu. Właściwe funkcjonowanie przeszczepionego narządu lub tkanki uwarunkowane jest również istnieniem powikłań pooperacyjnych (Kruszyński Z. 2009).

Przeszczep tkanek lub narządów może być wykonany od dawcy zmarłego lub dawcy żyjącego. Pobranie narządów lub tkanek od dawcy zmarłego jest wykonywane w celach diagnostycznych, leczniczych i naukowych. Największy odsetek narządów do przeszczepiania jest pobranych od dawców, u których stwierdzono komisyjnie śmierć mózgu. Kryteria które decydują, że zmarły może być potencjalnym dawcą tkanek i narządów do przeszczepienia są następujące: ustalona przyczyna zgonu, ocena historii choroby w kierunku chorób przewlekłych, alkoholizmu, wykonanie badań wykluczających ryzyko pobrania i przeszczepiania, ocena perfuzji tkanek i narządów, oraz utlenowania krwi, rozpatrzenie przeciwwskazań względnych i bezwzględnych do pobrania narządów (Rutkowski B. i in. 2005).

Przystąpienie do procedury pobrania narządu wymaga przeprowadzenia szeregu badań: ogólnych, wirusologicznych, serologicznych oraz oceniających funkcjonowanie narządów, markerów nowotworowych, badań elektrofizjologicznych i badań obrazujących przepływ mózgowy (Kruszyński Z. 2009).

Przeciwwskazania względne do pobrania narządów od dawcy to przede wszystkim granica wieku powyżej 60 lat, zaawansowane nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu I oraz długotrwałe używanie środków farmakologicznych lub toksycznych. Osoby które nadużywały alkoholu mogą oddawać nerki, lecz nie mogą być dawcami wątroby, serca i trzustki. Natomiast palacze papierosó nie mogą oddawać serca i płuc, a w związku z ryzykiem miażdżycy naczyń dopiero po wykluczeniu tych zmian można pobrać od nich nerki i wątrobę.

Bezwzględny przeciwwskazaniem do pobrania narządów jest uogólnione zakażenie bakteryjne, grzybicze lub wirusowe. Również stwierdzenie nowotworów złośliwych, z wyjątkiem wybranych guzów mózgu (łagodne oponiaki, gruczolak przysadki, torbiel koloidowa trzeciej komory), raka podstawnokomórkowego skóry i raka szyjki macicy bez naciekania błony

podstawnej. Bezwzględny przeciwwskazaniem są również choroby układowe uszkadzające narządy oraz choroby drobnych naczyń, np. vasculitis czy amyloidoza (Rutkowski B. 2005).

Proces orzekania śmierci mózgu

Klasyczna definicja śmierci mówiła o tym, że śmierć człowieka jako całości następuje w chwili ustania oddychania i krążenia krwi. Rozwój medycyny, metod reanimacji oraz podtrzymywania oddechu wykazał, iż definicja ta okazała się niewystarczająca. W 1968 roku w Sydney po raz pierwszy zostają zdefiniowane kryteria rozpoznawania śmierci mózgu, w których po raz pierwszy zastąpiono "śmierć na skutek ustania czynności serca" "śmiercią mózgową". Jednocześnie w raporcie Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej, podano nowe kryteria śmierci. Śmierć określona była jako nieodwracalne, trwałe ustanie czynności całego mózgu (potwierdzony brak reakcji na bodźce), brak samoistnego ruchu mięśni, brak samoistnej czynności oddechowej oraz brak odruchów pniowych i głębokich odruchów ścięgnistych. W raporcie tym zalecono wykonanie badań elektroencefalograficznych i powtórne przeprowadzenie wszystkich testów klinicznych po upływie doby od pierwszego badania (Kuzyszyn Z. 2011).

W Polsce definicję śmierci mózgu wprowadzono po raz pierwszy 1 lipca 1984 r. Komunikatem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Obecnie obowiązują wytyczne zawarte w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. Wg tej definicji „Ustanie nieodwracalne funkcji pnia mózgu jest uznane za śmierć mózgu jako całości. Śmierć pnia mózgu jest czynnikiem kwalifikującym do uznania śmierci człowieka.”

Śmierć mózgu stwierdza trzyosobowa komisja składająca się m.in. z specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, oraz specjalisty neurologa i neurochirurga. Polega na potwierdzeniu nieodwracalnego ustania jego funkcji. Postępowanie jest dwuetapowe (wg Obwieszczenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 17 lipca 2007 r). Zgon stwierdzany jest pomimo trwającej akcji serca. Od momentu rozpoznania śmierci mózgu pacjent jest uznany za zmarłego, a respirator wentyluje zwłoki (Kański A. 2013).

Postępowanie kwalifikacyjne jest dwuetapowe. Etap I obejmuje wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu oraz dokonanie stwierdzeń i wykluczeń. Stwierdzenia dotyczą stanu pacjenta i obejmują m.in. pozostawanie w śpiączce o wyjaśnionej przyczynie, wentylację mechaniczną z powodu braku oddechu spontanicznego lub uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne. Wykluczenia obejmują m.in.: zatrucie lub pozostawanie chorego pod wpływem narkotyków lub leków nasennych czy zwiotczających, stan hipotermii. Etap II obejmuje wykonanie badań potwierdzających śmierć mózgu (dwukrotnie wykonywane próby kliniczne, mające na celu wykazanie braku odruchów pniowych oraz spontanicznego oddychania). Próby kliniczne, obejmują m.in.: badanie reakcji źrenic na światło, odruchu rogówkowego, spontanicznych

ruchów gałek ocznych, odruchu przedsionkowo-ocznego (próba kaloryczna), badanie reakcji na ból, badanie odruchów wymiotnego i kaszlu oraz próbę bezdechu.

W sytuacji, kiedy nie można wykonać badań klinicznych, podejrzenie śmierci mózgu należy potwierdzić wykonując badania instrumentalne: stwierdzając brak przepływu krwi w naczyniach mózgowych, za pomocą: angiografii naczyń mózgowych, przezczaszkowej ultrasonografii dopplerowskiej, scyntygrafii perfuzyjnej mózgu. Brak czynności elektrycznej mózgu potwierdza się za pomocą badania EEG (Iwańczuk W. 2010).

Do zadań pielęgniarki w trakcie wykonywania badań potwierdzających trwałe zniesienie czynności mózgu należy monitorowanie podstawowych parametrów życiowych pacjenta (tętno, ciśnienie tętnicze, saturacja krwi, temperatura) i obserwacja pacjenta, przygotowanie sprzętu potrzebnego do badania odruchów pniowych i bezdechu (jałowych gazików, strzykawki z lodowatą wodą do próby kalorycznej, sterylnych cewników do odsysania), wykonywanie zgodnie z wytycznymi (kontrolując upływ czasu) gazometrii tętniczej krwi oraz innych zleceń lekarskich. Podczas wykonywania wszystkich zabiegów muszą być przestrzegane zasady aseptyki i antyseptyki.

Po zakończeniu badań potwierdzających nieodwracalny brak czynności mózgu i stwierdzeniu zgonu przez komisję ds. orzekania o śmierci mózgu, koordynator Poltransplantu przesyła informację na temat stanu dawcy oraz wycinki węzłów chłonnych do Rejonowego Ośrodka Transplantacyjnego i Poltransplantu celem określenia miana przeciwciał HLA i doboru biorcy narządów (Iwańczuk W. 2010)

Celem pracy pielęgniarki oddziału intensywnej terapii jest zapewnienie wysokiego standardu opieki nad dorosłym pacjentem u, którego stwierdzono śmierć mózgu oraz zakwalifikowano do pobrania narządów.

Opieka nad dawcą narządów ma na celu ograniczenie niekorzystnego wpływu zaburzeń ustrojowych na funkcję narządów. Niezwykle ważna jest reakcja na zaburzenia, z które mogą wystąpić w trakcie intensywnej terapii dawcy. Z uwagi na to, że śmierci mózgu powoduje uszkodzenie ośrodków: naczynioruchowego, oddechowego i termoregulacji oraz przysadki, główne problemy związane z intensywną opieką nad dawcą narządów będą dotyczyły zaburzeń wentylacji, hipowolemii hipotensji lub hipertensji, zaburzeń termoregulacji i zaburzeń hormonalnych oraz zakażeń.

W terapii i pielęgnacji dawcy wysiłki personelu skupiają się na utrzymaniu wszystkich układów i narządów w jak najlepszej kondycji. Uwaga lekarzy i pielęgniarek skupia się na utrzymaniu stabilności układu oddechowego, krążenia, równowagi wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej oraz termoregulacji. Pielęgniarka stale monitoruje saturację krwi tętniczej (SpO₂), ciśnienie tętnicze krwi, zapis EKG, ośrodkowe ciśnienie żyłne, diurezę i temperaturę ciała. Najważniejszym celem opieki jest utrzymanie prawidłowych czynności narządów

przygotowywanych do pobrania. Szczególną uwagę należy zwrócić na parametry układu krążenia, wentylacji, diurezy i ciepłoty ciała. Należy ściśle przestrzegać zasad epidemiologicznych, aby nie dopuścić do uogólnionego zakażenia. Pielęgniarka OIT dokładnie odnotowuje informacje w karcie indywidualnej obserwacji (Kruszyński Z. 2009).

Terapia i pielęgnacja układu oddechowego

Utrzymanie stabilności układu oddechowego polega na właściwym prowadzeniu wentylacji mechanicznej, której celem jest utrzymanie prawidłowych wartości PaCO_2 na poziomie 35 – 45 mmHg i $\text{PaO}_2 > 100$ mmHg, a wartość PEEP nie powinna przekraczać 5cm H_2O . Należy zwracać uwagę na wartości gazometryczne i tak prowadzić wentylację mechaniczną, by zachować równowagę kwasowo-zasadową. W czasie respiratoroterapii unikać należy wentylacji stuprocentowym tlenem, aby nie doprowadzać do hiperoksemii i w rezultacie uszkodzenia pęcherzyków płucnych. Mięśnie dawcy często są zwiotczone, w związku z czym nie występuje odruch kaszlowy, co powoduje zaleganie treści śluzowej w drzewie oskrzelowym i zakłóca stosunek wentylacji do perfuzji. Aby nie dopuścić do zakażeń dróg oddechowych należy dbać o fizjoterapię oddechową, zmianę pozycji ciała co dwie godziny i zapewnić aseptykę przy toalecie drzewa oskrzelowego (Wołowicka L., Dyk D., 2007).

Rola pielęgniarki w utrzymaniu stabilności układu oddechowego podczas wentylacji mechanicznej polega na obserwacji objawów wskazujących na wzrost ciśnienia w drogach oddechowych, czego przyczyną może być zatkanie światła rurki intubacyjnej wydzieliną z drzewa oskrzelowego, zagięcie rurki intubacyjnej, rur przy respiratorze czy uszkodzenie mankietu uszczelniającego rurkę intubacyjną. Zadaniem pielęgniarki jest również szczegółowa kontrola i przygotowanie do pracy respiratora, sprawdzenie drożności rur oraz ich szczelności, a także szczelności mankieta uszczelniającego. Niesprawność sprzętu mogłaby doprowadzić do spadku ciśnienia w drogach oddechowych i w rezultacie do niedodmy płuca. Kontrola wentylacji dokonywana jest również przez monitorowanie parametrów: SatO_2 , tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oraz wstępną analizę wyników gazometrii krwi tętniczej, co pozwala na wczesną interwencję w przypadku wystąpienia zaburzeń wentylacji. Istotnym działaniem pozwalającym na utrzymanie drożności dróg oddechowych i prawidłową wymianę gazową jest prowadzenie fizjoterapii układu oddechowego i drenażu ułożeniowego. Przed każdym zabiegiem odśluzowywania dróg oddechowych pielęgniarka wykonuje również toaletę jamy ustnej z zastosowaniem środków antyseptycznych, mających zapobiegać rozwojowi flory bakteryjnej. Podczas zabiegów wykorzystuje się sprzęt jałowy jednorazowego użytku (Rutkowski B, Kaliciński P. 2009).

Terapia i pielęgnacja układu krążenia

Najczęstszą przyczyną zatrzymania krążenia u dawcy jest utrata zdolności hemodynamicznej. Jeśli nie zapobiegniemy hipotensji, może dojść do niedokrwienia narządów i obniżonej jakości przeszczepianych organów. W celu uzyskania dobrej perfuzji należy utrzymywać skurczowe ciśnienie tętnicze krwi powyżej 100 mmHg, średnie ciśnienie tętnicze w granicach 60-70 mmHg. Często przyczyną niskiego ciśnienia tętniczego średniego jak i skurczowego jest oligowolemia. Początkowo leczenie hipotensji polega na płynoterapii prowadzonej pod kontrolą OCŻ (ośrodkowego ciśnienia żylnego), którego prawidłowe wartości powinny wahać się pomiędzy 8-12 cm H₂O.

Ocena prawidłowego nawodnienia oparta jest na wartościach parametrów: diurezy (1-1,5 ml/kg/godz.), hematokrytu (>30%), wydolności nerek, napięcia skóry, temperatury powierzchniowej i głębokiej.

Istotnym elementem utrzymania stabilności układu krążenia jest płynoterapia. W płynoterapii stosuje się koloidy (HAES, Gelafundin, Dextran, Albuminy) i krystaloidy (hipotoniczne roztwory NaCl). Płynoterapia wykonywana jest pod stałą kontrolą diurezy, OCŻ, średniego ciśnienia tętniczego i poziomu elektrolitów. Stosowanie samych krystaloidów nie zapewnia dostatecznego wypełnienia łożyska naczyniowego a zbyt masywne ich przetoczenie może doprowadzić do uszkodzenia narządów. Płynoterapia w tym wypadku jest inwazyjną metodą leczenia i należy ją prowadzić w oparciu o wyniki badań laboratoryjnych, np. przy stosowaniu roztworu glukozy należy kontrolować poziom glikemii w krwi. W przypadku gdy hipotensja utrzymuje się pomimo przetoczeń płynów koniecznym staje się włączenie wlewu katecholamin (Dopaminy oraz Noradrenaliny dożylnie we wlewie ciągłym) (Iwańczuk W. 2010).

Zadania pielęgniarki w utrzymaniu parametrów krążenia w granicach pozwalających na prawidłową perfuzję tkanek obejmują przede wszystkim monitorowanie parametrów życiowych dawcy: tętna, ciśnienia tętniczego, SatO₂, oraz podejmowanie wczesnej interwencji w sytuacji zaobserwowania zaburzeń krążenia i perfuzji tkanek. Pielęgniarka wykonuje pomiary ośrodkowego ciśnienia żylnego, kontroluje ilość przetaczanych płynów i kolejność ich podaży, a także przestrzega zasad aseptyki i antyseptyki przy przygotowywaniu i podawaniu płynów i leków. Pobiera kontrolne badania gazometryczne i dokonuje wczesnej analizy wyników. Asystuje podczas zakładania wkłucia centralnego a także dba o utrzymanie drożności cewnika poprzez zapewnienie podaży płynów, przepłukiwanie wkłucia roztworem 0,9% NaCl lub roztworem heparyny. Kontroluje położenie i drożność obwodowych i centralnych cewników naczyniowych (Kruszyński Z. 2009).

Zapewnienie równowagi wodno-elektrolitowej

Najczęstszymi zaburzeniami równowagi wodno elektrolitowej, na które pielęgniarka musi zwrócić uwagę to oliguria (diureza $<0,5$ ml/kg/godz), spowodowana najczęściej hipowolemią, niewydolnością serca lub nerek, oraz poliuria (diureza $>3-4$ ml/kg/godz), najczęściej wywołana moczówką prostą, zwiększoną podażą diuretyków, przewodnieniem, hiperglikemią. Zaburzenia elektrolitowe najczęściej występujące to hiperkaliemia wywołana zbyt małą podażą i dużą utratą potasu, zasadowicą, insulinoterapią; oraz hiponatremia spowodowana zbyt dużą podażą roztworów hipotonicznych lub niewydolnością nerek. Istotne jest utrzymywanie poziomu sodu w surowicy <155 mmol.l (Rutkowski B. i in. 2005; Kokot K. 2005).

Zadania pielęgniarki w postępowaniu zmierzającym do utrzymania równowagi wodno-elektrolitowej organizmu dawcy obejmują prowadzenie bilansu płynów, kontrolowanie diurezy poprzez prowadzenie godzinowej i dobowej zbiórki moczu oraz kontrola ilości i szybkości płynów podawanych dożylnie. Ważnym elementem pielęgnacji jest również pielęgnacja cewnika moczowego oraz właściwe pobieranie moczu do badań laboratoryjnych (Iwańczuk W. 2010).

Kontrola termoregulacji

W trakcie opieki nad potencjalnym dawcą należy pamiętać o utrzymaniu temperatury ciała dawcy narządów w granicach 36-38 stopni Celsjusza. W wyniku śmierci mózgu dochodzi do zaburzeń funkcjonowania mechanizmów termoregulacji. Mogą występować gwałtowne wahania temperatury, od hiper do hipotermii. Najczęściej występuje hipotermia która może powodować kwasicę metaboliczną, zaburzenia elektrolitowe i spowodowane nimi zaburzenia, m.in.: bradykardię lub migotanie przedsionków; zaburzenia działania nefronu i poliurię, hiperglikemię; nietypowe działanie niektórych leków np. katecholamin.

Rzadziej obserwuje się znacznie podwyższoną temperaturę ciała u dawców narządów, co związane jest ze zwiększonym napięciem układu wegetatywnego, oraz wyrzutem amin katecholowych i steroidów do krążenia. Leczeniem hipertermii jest ochładzanie fizykalne i podawanie środków przeciwgorączkowych, np. paracetamolu w dawce 0,5-1,0g (Wołowicka L., Dyk D. 2007).

Opieka pielęgniarska ma na celu utrzymanie temperatury ciała dawcy w granicach normy. Do zadań pielęgniarki należy prowadzenie stałego monitorowania oraz dokumentowanie pomiarów temperatury ciała za pomocą termometrów zewnętrznych umieszczanych na ciele lub wewnętrznych, umieszczanych np. w przełyku. Ważne, by podczas zabiegów pielęgnacyjnych nie doprowadzać do nadmiernej utraty ciepła, a w przypadku obniżenia temperatury ciała zastosować dodatkowe okrycie, podaż ogrzanych płynów infuzyjnych, a także gazów oddechowych.

Zapewnienie kontaktu rodziny z pacjentem

Bliscy potencjalnego dawcy są pod wpływem bardzo silnych emocji związanych zarówno z okolicznościami w jakich znalazł się ich bliski w szpitalu, a także samym pobytom w miejscu dla nich obcym. Informacje przekazywane przez lekarzy czy pielęgniarki mogą być zniekształcane i rozumiane opacznie. Dlatego też w rozmowach z rodziną należy posługiwać się zrozumiałym językiem, używać nieskomplikowanego języka, ograniczyć używanie żargonu medycznego, gdyż sprawiać to może wrażenie gmatwania lub ukrywania czegoś przed rodziną. Należy pamiętać również o niewerbalnych sygnałach wysyłanych przez nasze ciało. Często gesty potrafią wystarczyć za słowa. Najtrudniejsze wydaje się przekazywanie informacji o śmierci, gdyż niezależnie od tego w jakich okolicznościach następuje, zawsze wiąże się z bólem, cierpieniem i żałobą. Każdy, kto znalazł się w sytuacji straty bliskiej osoby różnie długo będzie przeżywał każdy z etapów żałoby. Ważne, by rodzina miała możliwość i czas na pożegnanie się z osobą bliską. Wszystkie z tych etapów reakcji rodziny jest trudno do przyjęcia dla personelu medycznego. Natomiast nie należy zapominać, że wsparcie dla bliskich łagodzi stres i może pomóc w przeżyciu okresu żałoby (Mazur M., Fatyga M. 2012; Krajewska-Kułak E. i in. 2007).

Jednym z zadań pielęgniarki opiekującej się pacjentem w oddziale intensywnej terapii jest również opieka nad członkami rodziny. Celem działań pielęgniarskich jest zapewnienie odpowiednich warunków kontaktu rodziny z pacjentem. Pielęgniarka zapewnia intymność w czasie spotkania (użycie parawanów, izolatka) a także zawsze okazuje bliskim zmarłego wyrozumiałość, serdeczność. Należy pamiętać, iż moment pożegnania ze zmarłym niesie ze sobą szereg emocji, dlatego też pielęgniarka dyskretnie kontroluje samopoczucie członków rodziny zmarłego oraz osób odwiedzających, w sytuacjach trudnych umożliwia opiekę psychologiczną a także opiekę osoby duchownej. Dawca narządów zawsze musi być traktowany z należyty szacunkiem a rodzina ma możliwość godnego pożegnania się z nim.

Wnioski

Pielęgniarka oddziału intensywnej terapii odgrywa bardzo istotną rolę w opiece nad dawcą narządów. Podejmowane przez nią działania zmierzają do stabilizacji układu krążenia, zapewnienia prawidłowej wentylacji, wyrównania zaburzeń wodno-elektrolitowych i kwasowo-zasadowych, utrzymania prawidłowej diurezy i temperatury ciała. Podmiotem opieki pielęgniarskiej jest nie tylko dawca, ale również jego rodzina, znajdująca się w traumatycznej sytuacji, często nie godząca się ze śmiercią bliskiej osoby.

PIŚMIENNICTWO

1. Kollef M.H. 2010, Kompendium intensywnej terapii. Red. wydania polskiego Szreter T. Wydawnictwo Medipage, Warszawa.

2. Duda J. 2011, Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o. Warszawa.
3. Rowiński W., Wałaszewski J., Pęczak J. 2004, Transplantologia kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
4. Kowal K. 2003, Cały do grobu... czyli rzecz o kłopotach ze społeczną tolerancją przeszczepów ex moruto. Polski Portal Transplantacyjny.
5. Rutkowski B., Śledziński Z., Wujtewicz M. 2005, Wytyczne dotyczące zgłaszania i prowadzenia potencjalnych dawców narządów. Przewodnik praktyczny. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Gdańsku.
6. Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Wujtewicz M., Milecka A. 2009, Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. Praktyczny przewodnik. Wydawnictwo Via medica, Gdańsk.
7. Kruszyński Z. 2009, Wykłady z Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Intensywna terapia stanu astmatycznego. Przygotowanie dawcy narządów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
8. Kuzyszyn Z. 2011, Społeczne-etyczne aspekty transplantologii. Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu. Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
9. Wołowicka L., Dyk D. 2007, Anestezjologia i intensywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
10. Kański A. 2013, Postępowanie w stanach zagrożenia życia. Najważniejsze elementy niektórych procedur. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
11. Iwańczuk W. 2010, Śmierć mózgu. Wydawnictwo Cornetis, Wrocław.
12. Kokot K. 2005, Gospodarka wodno-elektrolitowa i kwasowo - zasadowa w stanach fizjologii i patologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
13. Mazur M., Fatyga M. 2012, Sprostać wyzwaniom. Rodzina w obliczu długotrwałej choroby i niepełnosprawności. Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, Wydział Zamiejscowy Nauk o Społeczeństwie w Stalowej Woli. Stalowa Wola.
14. Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Lewko J., Łukaszuk C. 2007, W drodze do brzegu życia. tom II. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Białymstoku, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok.

Kontakt na autora:

Magdalena Śniegocka

Tel. 509795356

Mail: magdalena.sniegocka@awf.edu.pl

ZASTOSOWANIE ADRENALINY W AMPUŁKO-STRZYKAWKACH W CHOROBACH ALERGICZNYCH

Natalia Ukleja-Sokołowska, Ewa Gawrońska-Ukleja, Zbigniew Bartuzi, Ewa Szykiewicz

Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych

Collegium Medicum w Bydgoszczy

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Objawy anafilaksji należą do stanów zagrożenia życia w alergologii. Szybkie i prawidłowe zastosowanie adrenaliny w ampułko-strzykawce jest postępowaniem pierwszego wyboru, ratującym życie w takich objawach anafilaksji jak wstrząs anafilaktyczny, pokrzywka uogólniona czy zagrażający życiu obrzęk naczynioruchowy, szczególnie dotyczący błon śluzowych krtani, tchawicy czy języka.

W artykule przedstawiono mechanizm działania adrenaliny oraz praktyczne sposoby zastosowania epinefryny w ampułko-strzykawkach. Uwzględniono również wskazania i przeciwwskazania do podania leku. Podkreślono rolę edukacji chorego zagrożonego anafilaksją oraz osób sprawujących opiekę nad dzieckiem co do obsługi auto-strzykawki oraz jej przechowywania. Przedstawiono również wskazania do stałego posiadania przy sobie ampułko-strzykawki z adrenaliną w chorobach alergicznych.

Słowo kluczowe : adrenalina, anafilaksja, ampułko-strzykawka, edukacja

Wprowadzenie

Wstrząs anafilaktyczny jest stanem zagrożenia życia w alergologii. Leczeniem z wyboru jest szybkie podanie adrenaliny domięśniowo.

Adrenalina - nazwa międzynarodowa epinefryna - jest hormonem i neuroprzebieżnikiem należącym do katecholamin. Jest ona syntetyzowana i uwalniana przez gruczoły dokrewne (rdzeń nadnerczy, komórki chromochłonne kłębka szyjnego, komórki C tarczycy), a także jest wydzielana na zakończeniach włókien współczulnych układu nerwowego. [1, 2]

Nazwa adrenalina pochodzi z języka łacińskiego od słowa ad-renes, a nazwa epinefryna z języka greckiego od epi-nephros. Obie nazwy mają to samo znaczenie, czyli „nad nerką”. [2] Adrenalina podlega szybkiemu rozkładowi przez enzymy katecholo-o- metylotransferazę (COMT) i monoaminooksydazę (MAO). Większa część leku jest wydalana z moczem w postaci metabolitów metanefryny i kwasu wanilino migdałowego (VMA). [1]

Historia

Adrenalina po raz pierwszy została wyizolowana w 1895 r. przez polskiego fizjologa Napoleona Cybulskiego, który otrzymał ekstrakt z kory nadnerczy, nazywany nadnerczyną, zawierający aminy katecholowe w tym adrenalinę. Czynna cząstka ekstraktu w formie krystalicznej została wyodrębniona w trakcie wspólnych badań Johna Abela w 1899 i Jokichi Takamine (1854-1922) w 1901 roku. Proces sztucznego wytwarzania adrenaliny został opracowany przez niemieckiego chemika Friedricha Stolz w 1904 roku. Mniej więcej w tym czasie Elliott, pracujący w laboratorium Langley, sugerował, że adrenalina uwalniana jest z zakończeń nerwowych i powoduje skurcz mięśni gładkich. Dopiero w 1946 roku von Euler wykazał, że to demetylowana adrenalina (noradrenalina) jest neurotransmiterem [2, 3].

Działanie adrenaliny

Adrenalina wydzielana jest przez organizm w wszelkiego rodzaju sytuacjach stresowych, biorąc udział w mobilizacji sił. Często mechanizm ten określa się jako "walcz i uciekaj".

Adrenalina znalazła szerokie zastosowanie w alergologii dzięki jej szybkiemu działaniu. Jest skuteczna w leczeniu objawów anafilaksji, łącznie z jej najcięższą postacią - wstrząsem anafilaktycznym, wywołanych gwałtownym uwolnieniem histaminy.

Adrenalina najsilniej działa na układ krążenia poprzez zwiększenie siły skurczu mięśnia sercowego, wzrost pojemności minutowej serca oraz zwiększenie częstości rytmu serca. Niestety to działanie nie zawsze jest korzystne - może stać się także przyczyną zaburzeń rytmu serca. Efekt działania adrenaliny zależy od dawki. W dawkach terapeutycznych rozszerza naczynia wieńcowe. Należy pamiętać, że podaż w dużej dawce może wywołać skurcz naczyń wieńcowych. Przedawkowanie czy zbyt szybkie jej podanie dożylne może wywołać ciężkie zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego, a nawet jego martwicę [4].

Adrenalina poprzez wzrost produkcji cAMP prowadzi do osłabienia syntezy i uwalniania mediatorów zapalenia. Zmniejsza więc objawy obrzęku i pokrzywki stymulując receptory α . Adrenalina powoduje również wzrost ciśnienia tętniczego, zarówno skurczowego jak i rozkurczowego. Pobudzając receptor α wywołuje skurcz prekapilarnych tętniczek skóry, błon śluzowych i nerek, a także mięśni gładkich naczyń żylnych. Istotne dla kobiet w ciąży jest to, że adrenalina działa na receptor α w macicy, wywołując jej skurcze. Stymulując receptory β_2

powoduje rozszerzenie oskrzeli i hamuje uwalnianie mediatorów zapalenia. Nasila lipolizę co powoduje wzrost wolnych kwasów tłuszczowych. Hamuje perystaltykę przewodu pokarmowego i zmniejsza wydzielanie śluzu. Jest antagonistą insuliny, wzmacnia podstawową przemianę materii prowadząc do hiperglikemii [2].

Anafilaksja

Anafilaksja, zgodnie z definicją, to nagła, potencjalnie zagrażająca życiu reakcja nadwrażliwości, związana z uwalnianiem mediatorów z komórek tucznych, bazofilów i napływających komórek zapalnych.

Zespół objawów może wystąpić w ciągu kilku minut do kilku godzin od ekspozycji na wybrany czynnik wyzwalający. Objawy mogą być łagodne, umiarkowane lub ciężkie. Anafilaksja zwykle rozwija się gwałtownie, zawsze jest stanem zagrożenia życia.

Charakterystyczne dla chorego doświadczającego anafilaksji jest uczucie "lęku przed śmiercią". Objawy ze strony organizmu mogą być ograniczone do jednego narządu lub mieć charakter wielonarządowy. Objawy dotyczące układu pokarmowego mogą dotyczyć każdego jego odcinka. Objawy ogólne to: ból brzucha, nudności, wymioty, biegunka. Ze strony jamy ustnej to świąd warg, języka, podniebienia, obrzęk warg i języka.

Groźne mogą być objawy ze strony układu oddechowego, związane z jego obturacją spowodowaną obrzękiem języka, jamy ustnej i gardła oraz krtani, skurczem oskrzeli. Poza tym typowy jest wyciek z nosa. Na skórze może wystąpić tylko pokrzywka, świąd i rumień, oraz obrzęk naczynioruchowy. Ze strony układu sercowo-naczyniowego: omdlenia, spadek ciśnienia tętniczego, wstrząs hipowolemiczny, ból w klatce piersiowej. Co więcej wystąpić może łzawienie, nietrzymanie moczu i stolca [5, 6].

Pierwsze objawy anafilaksji rozwijają się gwałtownie, osiągając szczytowe nasilenie w ciągu 3 do 30 minut od kontaktu z czynnikiem sprawczym. Po nich może, choć nie musi wystąpić okres bezobjawowy, który trwa kilka godzin. Następnie może pojawić się druga faza reakcji anafilaktycznej. Zgon pacjenta występuje zwykle w trakcie trwania pierwszej fazy choroby, w ciągu kilku minut od np. spożycia uczulającego pokarmu [5].

Choć pozornie objawy kliniczne anafilaksji są charakterystyczne i trudne do pomylenia z inną chorobą, jednak zdarza się, że przebieg reakcji budzi wątpliwości. W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić między innymi: reakcję wazowagalną, „globus histericus”, stan astmatyczny, aspirację ciała obcego (często u dzieci), zatorowość płucną, zapalenie nęcki, zawał mięśnia sercowego, zespół rakowiaka, obrzęk Quinckego, pheochromocytoma, hipoglikemię, zatrucie lekami i substancjami narkotycznymi [5].

Szczególnie interesująca jest tak zwana anafilaksja indukowana wysiłkiem fizycznym (food-dependent, exercise-induced anaphylaxis, FDEIA). Występuje ona, gdy pacjent 2–4 godziny po

spożyciu niektórych pokarmów podejmuje wysiłek fizyczny, który wzbudza anafilaksję, jest niejako czynnikiem spustowym. Sam wysiłek fizyczny nie powoduje patologicznych objawów u tych chorych. Pacjenci często mogą przyjmować pokarmy doświadczając tylko nieznacznych symptomów choroby lub całkowicie bezobjawowo. W większości opisywanych przypadków anafilaksja była poprzedzona intensywnym wysiłkiem fizycznym, takim jak tenis, bieganie czy gra w piłkę. Nie jest to jednak regułą, niekiedy także niewielki wysiłek może być wystarczającym czynnikiem prowokującym [5, 7].

Opisy wybranych przypadków anafilaksji

Co roku wiele osób doznaje reakcji anafilaktycznych, które niejednokrotnie bezpośrednio zagrażają życiu. Często przyczyną zgonów w przebiegu reakcji anafilaktycznych jest alergia pokarmowa. Każdy przypadek jest inny, jednak łączy je fakt, że wstrząs anafilaktyczny prowadzący do śmierci dotyczy zwykle osób ogólnie zdrowych, nie obciążonych chorobami przewlekłymi.

Trzynastoletnia Natalie Giorgi od 3 roku życia unikała orzechów w każdej postaci, ze względu na umiarkowane objawy alergii po ich spożyciu. Dziewczynka w lipcu 2013 przebywała z rodziną nad jeziorem Tahoe, w należącym do miasta Sacramento, ośrodkiem wypoczynkowym Camp Sacramento, gwarantującym zakwaterowanie, wyżywienie oraz program animacyjny dla rodzin z dziećmi. Dziewczynka w trakcie jednego z konkursów spożyła słodką przekąskę, o której nie wiedziała, że zawierała masło orzechowe. Po 20 minutach na oczach rodziców zwymiotowała, po czym doszło do zatrzymania oddechu. Ojciec, który jest urologiem, podał jej dwukrotnie adrenalinę w ampułkostrzykawce, bez poprawy. Niestety, mimo szybkiej reakcji otoczenia, oraz prawidłowego postępowania dziewczynki nie udało się uratować. Obecnie rodzina skarży miasto Sacramento, właściciela Camp Sacramento, o spowodowanie śmierci dziewczynki, gdyż rodzina informowała ośrodek o alergii, a mimo to żywność zawierająca orzechy nie była w sposób czytelny oznakowana [8]. Przypadek ten dowodzi, że niestety nie niekiedy nawet szybkie podanie adrenaliny nie gwarantuje uratowania życia chorego. Jednak w tak dramatycznych okolicznościach jest to jedyna szansa dla pacjenta.

Kuldip Singh Bhamra, lat 43, w 2003 roku wybrał się wraz z małżonką do świątyni Ramgarhia w Londynie, gdzie odbywał się ślub w obrządku sikhizmu. Religia ta wywodzi się z Indii, jednak obecnie jej wyznawcy znajdują się na całym świecie, m. in. w Wielkiej Brytanii jest ich około pół miliona. Zaplanowano wesele dla 500 osób. Rodzina wynajęła firmę cateringową, która miała przygotować tradycyjne potrawy. Pan Bhamra wiedział o alergii na jajko, jednak w trakcie wesela czuł się bezpieczny, ze względu na zasady sikhizmu, które absolutnie wykluczają spożycie jajek. Chory nie zabrał ze sobą adrenaliny w ampułkostrzykawce, którą zwykle nosił ze sobą, gdyż uważał, że nie będzie ona mu potrzebna. Spożył deser ras malai, który, jak się później

okazało firma cateringowa zamówiła u zewnętrznego dostawcy i który zawierał jajko. Doznał ciężkiej reakcji anafilaktycznej, został przewieziony do szpitala, gdzie nie odzyskał przytomności i po 3 dniach, 27 sierpnia 2003 roku, zmarł w Oddziale Intensywnej Terapii. W 2008 roku sąd nakazał firmie cateringowej zapłatę odszkodowania wysokości 415 tys. funtów brytyjskich. Decyzję podtrzymał w 2010 roku sąd apelacyjny [9].

Wskazania do stosowania adrenaliny w chorobach alergicznych

Lek z wyboru w leczeniu wstrząsu anafilaktycznego lub anafilaktoidalnego

UWAGA: Należy pamiętać, że opóźnienie zastosowania adrenaliny może być przyczyną narastania objawów wstrząsu aż do zgonu pacjenta włącznie!

Dlatego lekarze zajmujący się pacjentami po przebytej uogólnionej reakcji anafilaktycznej, czy anafilaktoidalnej muszą przekonać prowadzonych przez siebie chorych o konieczności wykonania iniekcji adrenaliny przed wezwaniem pomocy medycznej. Zwlekanie z podaniem adrenaliny i np. najpierw zatelefonowanie na pogotowie może spowodować, że dojdzie do utraty przytomności, bądź objawów ze strony układu krążenia i chory nie będzie już w stanie podać sobie leku.

Pokrzywka uogólniona o dużym nasileniu

Obrzęk naczynioruchowy zagrażający życiu np. obrzęk krtani, języka, tchawicy.

Mastocytoza [1, 2, 10]

Przeciwwskazania do stosowania adrenaliny

W przypadku wystąpienia reakcji anafilaktycznej powodującej bezpośrednie zagrożenie życia adrenalinę należy uznać za lek z wyboru. W tej sytuacji jedynym przeciwwskazaniem jest nadwrażliwość na adrenalinę lub inne składniki leku. W sytuacji wystąpienia reakcji anafilaktycznej potencjalne korzyści z podania adrenaliny przeważają nad ryzykiem wywołania powikłań, takich jak wymienione powyżej zaburzenia rytmu serca.

U kobiet w ciąży lek stosowany tylko w przypadku, gdy korzyści przewyższają potencjalne ryzyko dla płodu. Należy pamiętać, że w sytuacji wstrząsu anafilaktycznego matki adrenalina jest lekiem, który daje szansę przeżycia kobiecie ciężarnej [2].

Do przeciwwskazań w stosowaniu adrenaliny w innych przypadkach zalicza się: nadwrażliwość na samą adrenalinę, bądź inne składniki leku nadczynność tarczycy niewydolność wieńcowa nadciśnienie tętnicze ciężę zator płucny [1]

Karmienie piersią

Ze względu na śladowe przenikanie adrenaliny do mleka kobiecego jest mało prawdopodobne, aby lek wywierał wpływ na dziecko karmione piersią.

Prowadzenie pojazdów i obsługa maszyn

Po zastosowaniu adrenaliny pacjent nie powinien prowadzić pojazdów i obsługiwać maszyn do czasu ustąpienia zaburzeń, które były wskazaniem do podania leku.

Objawy niepożądane

niepokój

bladość powłok skóry

kołatanie serca

Powikłania ciężkie

Udar mózgu

Ciężka arytmia aż do migotanie komór włącznie

Dusznicza bolesna

Niewydolność mięśnia serca sercowego (dotyczy pacjentów z uprzednio chorobowo zmienionym mięśniem serca) [2]

Preparaty adrenaliny w ampułkostrzykawkach.

W Polsce są dostępne następujące preparaty adrenaliny w ampułko-strzykawkach:

1. Fastjekt- roztwór do wstrzykiwań (amp. 2,05ml) producent Allergopharma.
2. Anapen ampułko-strzykawki roztwór do wstrzykiwań (330 mcg/0,3 ml) producent UCB Pharma.
3. Anapen Junior ampułko-strzykawki roztwór do wstrzykiwań (150 mcg/0,3 ml) producent UCB Pharma.
4. EpiPen 0,3 mg adrenaliny w ampułko-strzykawkach producent ALK
5. EpiPen 0,15mg adrenaliny w ampułko-strzykawkach dla dzieci o masie ciała poniżej 30 kg.
6. Adrenalina WZF ampułko-strzykawki 1ml, roztwór do wstrzykiwań (300ug/0,3 ml) Producent Polfa Warszawa. [1, 9]

Niestety w Polsce żaden z preparatów adrenaliny w ampułko-strzykawkach nie jest refundowany [8, 11].

18-36% chorych z reakcją anafilaktyczną ze względu na tzw. reakcję dwufazową (sprzyja im opóźnione podanie leku) wymaga co najmniej dwukrotnego podania adrenaliny. Z tego powodu w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej dostępne są opakowania pozwalające chorym na dwukrotne podawanie adrenaliny (2 pack EpiPen, 2 Pack EpiPen Jr oraz Twinject) [11, 12].

W USA oraz krajach Europy Zachodniej dostępna jest również adrenalina wziewna. Popularne aerozole ciśnieniowe zostały wycofane ze względu na obecność nośników freonowych. Ich odpowiedniki ekologiczne np. Medihaler Epi mogą mieć zastosowanie w przypadku, gdy

głównym objawem anafilaksji jest szybko narastający obrzęk gardła. W innych sytuacjach ze względu na to, że wymagają mechanicznego generowania aerozolu siłą mięśni pacjenta ich skuteczność w szybko narastającej anafilaksji poddaje się w wątpliwość. W krajach tych są prowadzone także badania nad adrenaliną w tabletkach podjęzykowych [12, 13].

Sposób podania ampułko-strzykawki z adrenaliną.

Ampułko-strzykawka z adrenaliną powinna być wstrzyknięta domięśniowo w przednio-boczną część uda. Miejsce wstrzyknięcia powinno być lekko masowane przez 10 sekund. Ten sposób podania leku umożliwia szybsze w porównaniu do podaży podskórnej lub domięśniowej w okolicę ramienia uzyskanie maksymalnego stężenia leku we krwi oraz, co należy podkreślić, jest prawie pozbawione miejscowych działań ubocznych [1, 2, 13].

Pacjent powinien być poinformowany, że adrenaliny nie należy podawać w miejsca położone dystalnie np. ręce, stopy, uszy gdyż może dojść do martwicy spowodowanej skurczem naczyń. Po wstrzyknięciu działanie preparatu jest natychmiastowe i trwa 90-120 sekund. Epinefryna ma bardzo krótki okres półtrwania w osoczu - około 2-3 min.

Niepowodzenia w terapii adrenaliną

Sytuacja w której podanie adrenaliny nie wywoła pożądanego efektu może być niejednokrotnie tragiczne w skutkach, dlatego warto zdawać sobie sprawę z przyczyn ewentualnych niepowodzeń w terapii.

1. Zwłoka w podaniu leku (dlatego lekarz musi przekonać pacjenta z grupy zwiększonego ryzyka o natychmiastowym podaniu leku w razie wystąpienia objawów anafilaktycznych przed wezwaniem pogotowia ratunkowego). Niezbędna jest ciągła edukacja chorych, ale także lekarzy pod których opieką pacjenci pozostają.
2. Zastosowanie zbyt małej dawki leku
3. Niewłaściwa droga podania leku np. podskórna zamiast domięśniowa
4. Zastosowanie leku przeterminowanego [1, 14].
5. Niewłaściwe przechowywanie leku. Lek powinien być przechowywany w fabrycznym opakowaniu w temp. 2-8 stopni C przez cały okres ważności. Przez 6 miesięcy można przechowywać lek w temp poniżej 25 stopni. Natomiast w gorącym klimacie (temp. 38 stopni C) przy niskiej lub wysokiej wilgotności występuje konieczność wymiany leku co 3-4 miesiące. W razie zmiany zabarwienia leku lub jego zmętnienia preparat należy wyrzucić. Nie zauważono wpływu światła na jakość leku [15].

Kto bezwzględnie powinien posiadać ampułko-strzykawki z adrenaliną?

1. Chory uczulony na jad owadów błonkoskrzydłych (nawet w czasie immunoterapii)

2. Pacjent z reakcją uogólnioną anafilaktyczną bądź anafilaktoidalną w wywiadzie.
3. Chory uczulony na pokarmy
4. Pacjent z anafilaksją indukowaną wysiłkiem
5. Chory z mastocytozą. [2]

Edukacja pacjenta

1. Bardzo ważne jest wcześniejsze przeszkolenie pacjenta z ryzykiem anafilaksji bądź w przypadku dzieci ich opiekunów (nie tylko rodziców, ale również nauczycieli, instruktorów sportu oraz osób zajmujących się wychowywaniem dziecka) w zakresie prawidłowej obsługi ampułko-strzykawki z adrenaliną bowiem opóźnienie w podaniu adrenaliny wynikające z braku umiejętności technicznych bądź lęku przed podaniem leku wpływa na wzrost śmiertelności anafilaksji [16].
2. Konieczna jest ustawiczna edukacja lekarzy, średniego personelu medycznego w zakresie zasad profilaktyki i postępowania interwencyjnego [8].

Są to bardzo ważne postulaty bowiem z danych literatury wynika, że wielu lekarzy nie podejmuje decyzji o zapatrzeniu pacjenta w strzykawki z adrenaliną, ani nie kieruje pacjentów zagrożonych anafilaksją do alergologa. Z badań przeprowadzonych w Australii wynika, że w adrenalinę jako lek pierwszej pomocy zaopatrzono zaledwie 17,5% dzieci pomimo iż przebywały one w szpitalu z rozpoznaną ciężką anafilaksją. Dane te są zatrważające, gdyż są to chorzy, u których istnieje wysokie ryzyko zgonu w trakcie kolejnej anafilaksji [17].

Z badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii wynika, że tylko 22% zmarłych w wyniku anafilaksji wywołanej przez pokarmy i 18% osób które zmarły w wyniku ukłucia bądź użądlenia przez owada błonkoskrzydłego przeżyło wcześniej epizod o ciężkim przebiegu [18]. Tego typu badania na pewno spowodują rozszerzenie wskazań do profilaktycznego posiadania adrenaliny w ampułko-strzykawkach. Niepokojące są również wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w Niemczech. Okazało się, że tylko 1/3 pacjentów z anafilaksją w wywiadzie otrzymała skierowanie do alergologa. W leki ratunkowe lekarze niemieccy zaopatrzyli 69% chorych. Jednakże adrenalinę uwzględniono tylko w co drugim zestawie. Poza tym tylko 30% pacjentów, którzy otrzymali adrenalinę było poinformowanych o zasadach użycia leku [19].

Podsumowanie

Współczesna cywilizacja niesie wiele zagrożeń otaczających chorego ze wszystkich stron. Choroby alergiczne rozprzestrzeniają się w zastraszającym tempie na całym Świecie, przede wszystkim w krajach rozwiniętych. Chorzy codziennie stykają się zarówno ze znanymi im alergenami jak również z alergenami ukrytymi. Częstą przyczyną zgonów w przebiegu reakcji

anafilaktycznych jest alergia pokarmowa. Każdy przypadek jest inny, jednak łączy je fakt, że wstrząs anafilaktyczny prowadzący do śmierci dotyczy zwykle osób ogólnie zdrowych, nie obciążonych chorobami przewlekłymi.

Adrenalina jest lekiem z wyboru w leczeniu wstrząsu anafilaktycznego lub anafilaktoidalnego. W sytuacji wystąpienia reakcji anafilaktycznej potencjalne korzyści z podania adrenaliny przeważają nad ryzykiem wywołania powikłań.

Bardzo ważne jest przeszkolenie pacjenta z ryzykiem anafilaksji bądź w przypadku dzieci ich opiekunów (nie tylko rodziców, ale również nauczycieli, instruktorów sportu oraz osób zajmujących się wychowywaniem dziecka) w zakresie prawidłowej obsługi ampułko-strzykawki z adrenaliną bowiem opóźnienie w podaniu adrenaliny wynikające z braku umiejętności technicznych bądź lęku przed podaniem leku wpływa na wzrost śmiertelności anafilaksji.

Szybkie, prawidłowe podanie adrenaliny może uratować choremu życie. Każdy pacjent z ryzykiem anafilaksji powinien otrzymać adrenalinę w ampułkostrzykawce, która umożliwia noszenie leku zawsze przy sobie, i szybkie, bezpieczne podanie w sytuacji zagrożenia życia.

Piśmiennictwo

1. Lisowska B., Olszewska M., Adrenalina w ampułko-strzykawkach jako lek pierwszego rzutu w leczeniu wstrząsu anafilaktycznego, *Farmacja Współczesna* 2009; 2: 117-120
2. Lange J., Krauze A., Adrenalina i jej zastosowanie we wstrząsie anafilaktycznym, *Alergoprofil* 2007; 3(2):2-5
3. Bennett MR., One hundred years of adrenaline: the discovery of autoreceptors., *Clin Auton Res.* 1999 Jun;9(3):145-59.
4. Ring J., Brockow K., Duda D. i wsp, Akuttherapie anaphylaktischer Reaktionen, *Allergo J* 2007; 16: 420-34
5. Lockey R. F., Anafilaksja, *Przegląd Alergologiczny*, tom 2. nr 3. wiosna 2005, 9-12
6. Lieberman PL. Anaphylaxis and anaphylactoid reactions. In: Middleton-Allergy: Principles and Practice. Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW, Bochner BS, Holgate ST, Simons FER, 6th edition Mosby, Philadelphia 2003, pp 1497-1522.
7. Barg W., Wolańczyk-Mędrala A., Anafilaksja zależna od pokarmu i indukowana wysiłkiem a osobniczo zwiększone uwalnianie histaminy – nowe spojrzenie na patomechanizm, *Alergologia Info*, 2008,III,3; 90-95

8. Furillo A., Family sues city after girl's peanut-allergy death at Camp Sacramento, Sacramento Bee, Friday, Apr. 18, 2014
9. Caterer ordered to pay £415,000 to man killed by egg allergy at Sikh wedding, The Telegraph, 20 Jan 2010
10. Cichocka Jarosz E.: Algorytm postępowania ratunkowego w anafilaksji u dzieci i dorosłych. *Alergia*, 2010, 2: 17-23
11. Cichocka-Jarosz E.: Postępy w anafilaksji. Część II – diagnostyka, leczenie, profilaktyka. *Alergia*, 2008, 2: 11-14
12. Rawas - Qalaji M.M., Simons F.E., Simons K.J.: Sublingual epinephrine tablets versus intramuscular injection of epinephrine: dose equivalence for potential treatment of anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 2006, 117: 398-403
13. Simons FE, Gu X, Johnston LM, Simons KJ., Can epinephrine inhalations be substituted for epinephrine injection in children at risk for systemic anaphylaxis?, *Pediatrics*. 2000 Nov;106(5):1040-4.
14. Simons FE. Epinephrine (adrenaline) in the first-aid, out-of-hospital treatment of anaphylaxis. *Novartis Found Symp* 2004; 257: 228-43.
15. Rawas-Qalaji M, Simons FE, Collins D, Simons KJ. Long-term stability of epinephrine dispensed in unsealed syringes for the first-aid treatment of anaphylaxis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2009; 102: 500-3.
16. Pongracic JA., Kim JS.: Update on epinephrine for the treatment of anaphylaxis. *Curr Opin Pediatr* 2007, 19: 94-98.
17. Braganza S., Acworth J., Mckinnon D., Paediatric emergency department anaphylaxis: different patterns from adults, *Arch Dis Child* 2006;91:159-163
18. Pumphrey RS., Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions., *Clin Exp Allergy*. 2000 Aug;30(8): 1144-50.
19. Sabine Schnadt, Versorgung und Aufklärung Anaphylaxie-gefährdeter Patienten – Eine Patientenbefragung des Deutschen Allergie- und Asthmabundes e.V. (DAAB), *Journal für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit*, Volume 4, Supplement 2 (2009), 57-66

Kontakt na autora:

Natalia Ukleja-Sokołowska

Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych

Collegium Medicum w Bydgoszczy

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

ukleja@10g.pl

PSYCHOSOCIÁLNE ASPEKTY UMIERANIA Z POHLADU SESTIER

Jaroslav Stančiak, Rodana Péčiová

Fakulta sociálnych vied, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave

Úvod

Umieranie a smrť sú neoddeliteľnou súčasťou našich životov. Aj napriek tomu je téma umierania a smrti pre našu spoločnosť stále tabu. Ľudia sa neboja smrti ako takej, ale prevláda v nich strach a úzkosť z umierania. Zdravotnícki pracovníci sa s umieraním a smrťou stretávajú veľmi často, no veľakrát ani oni nie sú na túto skutočnosť vnútorne pripravení. Nemôžeme túto realitu ignorovať a popierať, musíme ju prijať ako súčasť nášho bytia. Preto si musia zdravotníci sami ujasniť svoj vzťah k smrti a umieraniu. Musia sa tiež naučiť pracovať nielen s pacientom, ktorý má nádej na uzdravenie, ale aj s pacientom nevyliciteľne chorým, či zomierajúcim.

Stupne zomierania

Keď sa Dr. Elisabeth Küblerová-Rossová starala o ťažko chorých pacientov, usilovala sa viesť s nimi dialóg – a zomierajúci sa stali jej učiteľmi. Na základe svojich mnohoročných skúseností s ťažko chorými a umierajúcimi opísala päť konečných fáz života so všetkými úzkosťami, obavami a nádejami. Pochopenie týchto piatich štádií nám má pomôcť podporiť a lepšie sa starať o našich drahých zomierajúcich a lepšie sa pripraviť na vlastnú smrť.

1. Negácia, šok, popieranie, 2. agresivita, hnev, vzburá, 3. Dohadovanie, vyjednávanie, 4. Depresia, smútok, 5. Zmierenie, súhlas

Pocity umierajúceho človeka

Obavy z toho, čo bude ďalej, či už prichádza koniec. Čo bude s jeho rodinou. Strach z bolesti, strach o rodinu, strach zo straty ľudskej dôstojnosti, strach z opustenosti. Úzkosť sa objavuje ako nepríjemný pocit, ale pacient nedokáže popísať z čoho to je. Pocity viny, za to, že nedodrжал správnu životosprávu, za to že fajčil, za to, že hneval mamičku. Smútok sa nesnažíme u umierajúceho potláčať, naopak sa snažíme ho pochopiť. Hnev, umierajúci je často nespravodlivý, agresívne na seba i na svoje okolie. Nádej, táto pozitívna emócia je dôležitá buď pacient verí, že sa uzdraví alebo veria, že po smrti bude pokračovať ďalej v inej podobe. Empatia, vcítiť sa. Viera u umierajúceho môže byť zameraná k takým predstavám, ku ktorým má dôveru. Láska, umierajúci je schopný rozdávať úsmevy a lásku do poslednej chvíle. Radosť, umierajúci môže byť spokojný so všetkým, čo sa mu v živote podarilo. (Kelnarová, 2007)

Skupiny podľa toho, ako sa pacient k odchodu zo sveta stavia.

1. Pacienti so silnou vierou, ktorá ich vedie k statočnosti a nádeji. 2. Pacienti „psychicky mŕtvi“ sú apatickí, ľahostajní. 3. Pacienti, ktorí sú pri plnom vedomí, smrť vnímajú ako samozrejмый koniec života. 4. Pacienti so silnou vierou, ktorá ich vedie k statočnosti a nádej. 5. Pacienti „psychicky mŕtvi“ sú apatickí, ľahostajní. 6. Pacienti, ktorí sú pri plnom vedomí, smrť vnímajú ako samozrejмый koniec života. 7. Ľudia, ktorí nechcú zomrieť. 8. Ľudia euforickí a dobrej nálady do konca svojho života. Nemyslí na smrť, často si myslia, že sa stane zázrak a smrti sa vyhnú. 9. Pacienti, ktorí sú už duchom inde, mlčia a na smrť sú pripravení. 10. Chorí vyčerpaní, zoslabnutí a ktorí nechcú žiť. 11. Chorí, ktorí uvažujú o sociálnom vplyve ich možného odchodu, nechcú brať na vedomie, že sa blíži ich koniec.

(Kelnarová, 2007)

Sestry a vytesňovanie

Zdravotnícki pracovníci sa musia naučiť vidieť smrť aj z iného uhla pohľadu, nielen ako dôsledok svojho profesionálneho zlyhania. Ak sme si zvolili profesiu, pri ktorej s umierajúcim prichádzame do styku denne, nemôžeme si dovoliť vytesniť smrť zo svojho života. Každý zdravotník by sa mal zamýšľať nad psychologickou a filozofickou problematikou života a smrti. U sestry, ktorá nie je pripravená na konfrontáciu so smrťou, hrozia dve nebezpečenstvá: Dôjde u nej samotnej k psychickej traumatizácii takého stupňa, že nemôže ďalej vykonávať prácu sestry a povolanie opustí. Alebo behom času dospeje k profesionálnej deformácii, ktorá sa prejaví necitlivým až agresívnym správaním k umierajúcemu, k jeho rodine a začne sa vzdal'ovať ako psychicky tak fyzicky od umierajúceho (Čechová, 2003).

Syndróm vyhorenia

Práca s umierajúcimi alebo ťažko chorými je nielen fyzicky ale aj psychicky náročná. Psychickú záťaž pociťujú všetci, ktorí na starostlivosti participujú. Predpokladá sa, že psychicky vyrovnaný ošetrojúci bude vedieť viesť k potrebnej duševnej hygiene aj rodinu zomierajúceho, ktorá je tiež vystavená extrémnej psychickej záťaži. Ak ošetrojúci nepraktizuje duševnú hygienu, alebo je príliš dlho vystavený nadlimitnej záťaži, môže sa u neho prejaviť tzv. Syndróm vyhorenia. Syndróm vyhorenia sa prejavuje najčastejšie absenciou na pracovisku, pracovník si skracuje dobu, ktorú trávi u pacienta. Sestry používajú slová a obraty, ktorými devalvujú pacientov. Zosmiešňujú kolegov alebo ďalšie osoby a zaujímajú početné ďalšie obranné postoje. Syndróm vyhorenia sa najčastejšie rozvíja 2-5 rokov po nástupe do zamestnania. Ideálna prevencia je tá, ktorá zahŕňa nielen dôslednú duševnú hygienu, ale aj kvalitnú prípravu na špecifiká práce s umierajúcimi. Dostatočný a pravidelný odpočinok (Haškovcová, 2007).

Materiál, metodika, výsledky

Pre výskum sme zvolili dotazníkovú metódu. Dotazník bol anonymný a zameraný sestry. Otázky boli uzavreté, otvorené a poloopené. Respondenti odpovedali celkom na 12 otázok. Cieľom dotazníka bolo zistiť názory sestier na prežitie posledných dní života. Čiastkové výsledky výskumu Vám predkladáme v tejto publikácii vo forme tabuliek.

Dĺžka praxe	Počet respondentov	%
do 1 roku	16	31,36%
do 3 rokov	21	41,16%
do 5 rokov	14	27,44%
spolu	51	100%

Myslíte si že ľudia premýšľajú o prežívaní posledných dní života?

Typ odpovede	Počet respondentov	%
Áno, potom lepšie prijímajú fázy umierania	48	94,08%
Nie, umieranie je nevyhnutné a nie je nutné sa tým zaoberať	3	5,88%
spolu	51	100%

Kde by podľa Vás mali ľudia stráviť posledné dni života?

	Počet respondentov	%
Domáce prostredie	41	80,36%
Nemocnica	2	3,92%
Hospic	8	15,68%
Spolu	51	100%

Koho by chceli podľa Vás mať pri sebe ľudia v posledných dňoch života?

	Počet respondentov	%
Rodina	45	88,2%
Zdravotnícki pracovníci	2	3,92%
Duchovní	3	5,88%
Kamarát/kamarátka	1	1,96%
Spolu	51	100%

Aká je Vaša predstava ideálneho odchodu z tohto sveta?

	Počet respondentov	%
Zomrieť na starobu a doma obklopený blízkymi	37	72,52%
Zomrieť v spánku	5	9,8%
Zomrieť bezbolestne, so všetkým zmierený	4	7,84%
Rýchle a nečakane	1	1,96%
Hospic	3	5,88%
Neviem	1	1,96%

spolu	51	100%
-------	----	------

Diskusia a záver

Problematika zomierania je síce chronicky známa, avšak neustále aktuálna. Smrť je síce prirodzenou súčasťou života, často sa však stretávame s tým, že sú ľudia prekvapení, keď nadíde jej čas. Smrť však nezaskočí len laikov – pacientov, ale často aj profesionálov – zdravotníkov. V našom výskume sme sa zamerali na začínajúce sestry. Ich odpovede naznačili značne idealizované názory na umieranie. Ich odpovede naznačujú, že preferujú umieranie doma resp. v domácom prostredí obklopený blízkymi (73 - 88%). Nemocnicu ako ideálne miesto na umieranie označili iba 4% opýtaných. Myslíme si, že nie je až tak dôležité, či človek zomiera doma alebo v nemocnici. Podstatné je, aby sme ako zdravotníci dokázali aj v nemocnici vytvoriť čo najpríjemnejšie prostredie, v ktorom si pacient nebude pripadať ako nevítaný hosť. Na to je však nutné, aby všetci zúčastnení navzájom úzko spolupracovali. Nie je možné individualistické či nadradené správanie. Do popredia sa musí dostať empatia, úcta a vzájomná spolupráca, nakoľko pre zomierajúceho je najdôležitejší pokoj a pohoda, nie nemocničný zhon. Musíme byť pripravení rozlišovať a rešpektovať fázy zomierania a udržiavať u pacienta nádej. Do popredia sa teda dostáva paliatívna medicína a hospicová starostlivosť. V príprave sestier by sme mali dávať väčší priestor na aktívny tréning v komunikácii s pacientom. Sestry je nutné naučiť správne komunikovať s pacientmi, rozlišovať medzi ich potrebami a požiadavkami.

Literatúra

1. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. 2003. Speciální psychologie. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 173 s. ISBN 80-701-3386-4.
2. HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 224 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
3. KELNAROVÁ, J. 2007. Tanatologie v ošetrovatelství: nauka o umírání a smrti. Vyd. 1. Brno: Littera, 2007, 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
4. KÜBLER-ROSS, E. 2012. Světlo na konci tunelu. Brno : Jota, 262 s. ISBN 978-80-7462-145-1.
5. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. 2013. Přežít svou smrt. Liberec : Dialog, 2013. 112 s. ISBN 978-80-7424-058-4.
6. PAVLATOVÁ, E. 2001. Bojíte se smrti?. 1. vyd. Praha: Olympia, 2001. 189 s. ISBN 80-703-3061-9.
7. PARKES, C., RELF, M., COULDRICK, A.: 208. Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2008, 180 s. ISBN 978-80-87029-23-7.

8. SÍGL, M., THAREAUOVÁ, I., KOZLÍKOVÁ, A. 2006. Co víme o smrti: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. Vyd. 1. Praha : EPOCH, 2006, 415 s. ISBN 80-870-2711-6.
9. SVATOŠOVÁ, M. 2011. Hospice a umění doprovázet. Dačice : Karmelitánské nakladatelství, 2011, 152 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

Kontakt na autora:

doc. PhDr. Jaroslav Stančík, PhD., MPH

FZV UCM Trnava

j.stanciak@gmail.com

CHOROBA PARKINSONA, PRZYCZYNĄ IZOLACJI SPOŁECZNEJ – ZAKRES I CHARAKTER POMOCY PIEŁĘGNIARSKIEJ UDZIELANEJ RODZINIE.

Parkinsonova choroba, príčina sociálnej izolácie - Rozsah a povaha pomoci poskytovaná rodine sestrou

Monika Brucka-Stempkowska¹, Anna Cisińska²,

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie^{1,2},

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie:

Choroba Parkinsona jest drugą po chorobie Alzheimera neurodegradacyjną chorobą na świecie. Jest procesem postępującym, charakteryzującym się pokaźną liczbą objawów motorycznych i nie motorycznych, istotnie wpływających na funkcjonowanie chorego i jego opiekunów. Obraz kliniczny chP to powolność ruchów (bradykinezja), drżenie spoczynkowe, sztywność mięśni i niestabilność postawy. Chorobie często towarzyszyć mogą także objawy natury psychicznej, co stanowi kolejny element znacząco oddziałujący na jakość życia pacjentów. Nasilenie objawów doprowadza do pogorszenia sprawności fizycznej, reakcji emocjonalnych oraz izolacji społecznej. Tak więc wiedza, a także świadomość choroby i umiejętność wyszukiwania źródeł pomocy jest ważnym elementem stwarzającym możliwości poprawy życia chorego i jego opiekunów.

Wstęp

Choroba Parkinsona po raz pierwszy została opisana w 1817 roku przez lekarza z Londynu Jamesa Parkinsona, który opublikował artykuł na jej temat pt. „The shaking palsy” (drżączka porażna), a choroba została nazwana imieniem odkrywcy. Jego uwagę zwrócił

odmienny wygląd i niestandardowe zachowanie kilku londyńczyków, mianowicie pochylona postawa ciała, niekontrolowane ruchy rąk, maskowata twarz oraz poruszanie się drobnymi krokami. Mimo, że choroba została opisana prawie 200 lat temu, nadal w pełni nie są poznane jej wszystkie przyczyny^[1]. Każdego roku 11 kwietnia obchodzony jest Światowy Dzień Osób z Chorobą Parkinsona. Wybór daty nie jest przypadkowy, gdyż w ten właśnie dzień przypada rocznica urodzin Jamesa Parkinsona. Również ciekawy jest symbol tulipana uznany za logo wielu fundacji i organizacji parkinsonowskich. Otóż pewien duński hodowca tulipanów, cierpiący na to schorzenie w 1980 roku odkrył nowy gatunek tulipana, który formą jego zdaniem świetnie oddawał wygląd i samopoczucie osoby cierpiącej na Parkinsona^[2].

Jak dotychczas wiadomo, choroba Parkinsona jest chorobą zwyrodnieniową ośrodkowego układu nerwowego, dotyczącą układu pozapiramidowego. Komórki istoty czarnej produkujące dopaminę, dostarczają ją do prążkowiec oraz innych części mózgu. W chorobie dochodzi do zaniku neuronów dopaminergicznych, co powoduje zmniejszenie produkcji dopaminy.^[3] Parkinson rozpoczyna się od drżenia podczas spoczynku. Początkowo dotyczy to jednej kończyny, z czasem dołącza się drżenie brody, warg i języka. W końcu obejmuje kończynę drugą. Charakterystyczna jest również sztywność mięśniowa, którą oceniamy podczas wykonywania ruchów biernych zginania i prostowania. Gdy występuje, napotyka się stały opór napięcia mięśniowego na początku i pod koniec ruchu. Wówczas ujawnia się sztywność mięśni karku oraz szyi, wywołując tzw. objaw poduszki. Chory leżąc, utrzymuje w powietrzu uniesioną głowę. Ponadto następuje spowolnienie ruchów dowolnych, podczas wykonywania czynności dnia codziennego np. wolny chód, wstawanie z fotela, ubieranie się. Oprócz tego dochodzi do zubożenia ruchów automatycznych – nieświadomych, mrugania powiek, przełykania śliny, spowolnienia mowy i wystąpienia hipomimicznej twarzy (maskowatej o zmniejszonej ekspresji, nie zdradzającej emocji)^[4]. Sylwetka chorych jest pochylona ku przodowi. Wraz z postępem choroby nasilają się jej degradujące osobowość pacjenta symptomy.^[5] Tym bardziej zwiększa się zależność chorego od otoczenia i zapotrzebowanie na kompleksową opiekę, sprawowaną między innymi przez pielęgniarki i odpowiednio przeszkolone grono opiekunów.^[6]

Rola pielęgniarki w opiece nad chorym i jego rodziną.

Pomoc osoby kompetentnej jest nieodzowna na każdym etapie choroby. Istotnym zadaniem pielęgniarki w początkowej fazie choroby, w momencie jej zdiagnozowania jest przygotowanie merytoryczne i psychiczne chorego do zaznajomienia się z chorobą, a rodziny do opieki – aż do stadium zaawansowanej choroby, kiedy to niezbędna może okazać się bezpośrednia opieka medyczna. W opiece nad chorym ważna jest współpraca pielęgniarki i lekarza z rodziną/opiekunami. Współpraca ta skutkuje poprawą jakości życia chorego

i jego opiekunów. Rola pielęgniarki jest szczególna, pomaga choremu w jak najdłuższym podtrzymaniu jego autonomii w czynnościach życia codziennego. Poprzez profesjonalne działania umożliwia opóźnić powikłania ruchowe, emocjonalne oraz wegetatywne. Szczególnie ważna jest również jej rola edukacyjna, skierowana zwłaszcza do osób opiekujących się chorym.

Osobę opiekującą się pacjentem należy przygotować poprzez przeszkolenie edukacyjne. Niezbędne jest poinformowanie o objawach, przebiegu i sposobach leczenia choroby. Ponadto, przeprowadzenie instruktażu odnośnie metod postępowania w rozlicznych sytuacjach, które mogą mieć miejsce, a także zagwarantowanie wsparcia psychicznego. Trzeba pamiętać, że chory to jednostka indywidualna, dlatego należy opracować indywidualny plan opieki. Istotne również będzie wprowadzenie i przestrzeganie kilku reguł, eliminujących niepożądane zachowania (np. upadki). W tym względzie, pielęgniarka musi uwrażliwić rodzinę/opiekuna na to, aby nie wykonywać wszystkich czynności za swojego podopiecznego. Istotna jest aktywizacja, by ograniczyć całkowitą utratę samodzielności. Pacjent powinien wykonywać czynności domowe, tak długo jak tylko zdoła i być zachęcany do realizacji ulubionych zajęć, oczywiście w miarę jego możliwości. Tym bardziej, że nadrzędny problem opiekunów stanowią postępujące zaburzenia ruchowe, które w przebiegu choroby Parkinsona nasilają się, zwiększając niebezpieczeństwo upadku. Ważnym staje się więc prowadzenie codziennych, regularnych ćwiczeń fizycznych dostosowanych do wydolności danej osoby. Opiekunowi należy także uświadomić, jakie znaczenie ma tembr jego głosu, zachowanie spokoju i okazywanie życzliwości w kontaktach z chorym. Ponadto, wykazać, jak znamionym czynnikiem w starciu z chorobą jest ruch. Niewielki nawet, ale regularny wysiłek fizyczny korzystnie wpływa na stan zdrowia i samopoczucie chorego. Toteż znamioną rolą pielęgniarki jest porozumienie i współpraca z rehabilitantem w celu dobrania ćwiczeń dostosowanych do fazy choroby i ich zademonstrowanie. W początkowym stadium choroby pacjent może wykonywać czynne ćwiczenia fizyczne w różnych pozycjach, ćwiczenia oddechowe i logopedyczne. W następnym etapie, gdy ma już większe problemy z poruszaniem się, a ruchy są spowolnione, należy zadbać by miał nieograniczony dostęp do świeżego powietrza. W głębokiej chorobie, gdy pacjent pozostaje w łóżku, zalecane jest stosowanie gimnastyki biernej, której celem m.in. jest zapobieganie zakrzepom oraz przykurczom mięśniowym. W związku z powyższym w pielęgnowaniu chorego leżącego trzeba wdrożyć także profilaktykę przeciwoleżynową, udzielić rodzinie instruktażu co do postępowania, zaplanować wspólne działania oraz zapoznać z możliwymi udogodnieniami. Zadaniem priorytetowym dla pielęgniarki, w tym względzie winna być edukacja zdrowotna wobec pacjenta i jego opiekuna/członka rodziny. Pomoże to zapewnić dobrą jakość opieki w jakże ciężkim dla całej rodziny okresie życia. Ponadto, zaangażuje w edukowanie

opiekuna/rodzinę, zmotywuje do pomocy w rozwiązywaniu problemów dotyczących pielęgnacji i odżywiania.

Nawiąże współpracę z lekarzem, dostarczając mu informacji o stanie zdrowia chorego, tym samym koordynując działania opiekuńcze.

Innym zasadniczym aspektem w pracy z chorym, a w szczególności z jego opiekunem jest szeroko rozumiane wsparcie psychiczne, które powinno uwzględniać sferę poznawczą rozumianą jako wymiana i przekazywanie informacji ułatwiających zrozumienie sytuacji, sferę emocjonalną pojmowaną, jako dostarczanie emocji stwarzających poczucie bezpieczeństwa oraz instrumentalną pokazującą metody postępowania. Reasumując rola pielęgniarki w opiece nad chorym na Parkinsona i jego opiekunami jest kluczowa.^[7]

Jakość życia osoby chorej na Parkinsona.

Niewątpliwie schorzenie, jakim jest choroba Parkinsona ma ogromne oddziaływanie na pogorszenie jakości życia chorego. Nieuchronne, patologiczne zmiany zachodzące podczas choroby oraz nieunikniony proces starzenia się mają znaczący wpływ na funkcjonowanie chorego w środowisku, społeczeństwie i rodzinie. Przygotowując chorego do zmiany jakości życia należy najpierw określić i wyjaśnić mu co to jest jakość życia, jaka jest jej specyfika u człowieka chorego na chP oraz jakimi narzędziami dysponuje pielęgniarka, by ją ocenić w celu usprawnienia funkcjonowania chorego i jego rodziny.^[8] Rozważając powyższą problematykę należy uwzględnić fakt, iż większość osób cierpiących na tę chorobę to osoby, których średni wiek wynosi 60 lat^[9]. Jest to zatem populacja ludzi starszych, która pod względem psychicznym, fizycznym, zdrowotnym i socjalno – ekonomicznym, charakteryzuje się większym zróżnicowaniem aniżeli inne grupy wiekowe. Zależy ona bowiem od ogólnego stanu ich zdrowia, indywidualnego procesu starzenia się organizmu oraz od chorób współistniejących^[10]. W okresie choroby w znacznym stopniu ogranicza się przestrzeń fizyczna, powodując trudności w poruszaniu się, a choremu coraz ciężiej przemieszczać się gdzieś dalej. Często bariery architektoniczne (np. schody) stanowią trudność nie do pokonania bez pomocy opiekuna. Również przestrzeń społeczna pacjenta ulega ograniczeniu. Umierają ludzie bliscy, zmniejsza się krąg znajomych i sąsiadów, ogranicza się uczestnictwo w ważnych dotąd grupach - zawodowych, towarzyskich, kurczy się rodzinne siedlisko. W końcu zaburzenia dotyczą sfery psychicznej – pojawiają się problemy ze słuchem, pamięcią, pogorszeniu ulega wzrok^[11].

Czynniki mające wpływ na podniesienie jakości życia chorego z chP:

- zrozumienie istoty choroby,
- zażywanie leków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- wykonywanie poleceń pielęgniarskich,

- obserwacja zmian, powiadamianie i reagowanie na nie,
- czynna aktywność fizyczna uzależniona od możliwości chorego,
- uczestnictwo w grupach wsparcia,
- edukacja w zakresie choroby i wykorzystanie posiadanej wiedzy do łagodzenia jej skutków^[12].

Mówiąc o sukcesie chorego i pielęgniarce w procesie przygotowania pacjenta do zmiany jakości życia potrzebna jest współpraca między pacjentem, jego rodziną/opiekunami, a całym zespołem interdyscyplinarnym. Wszyscy muszą wykazywać chęć pracy ku polepszeniu komfortu życia i monitorować postępowanie w kwestii realizacji wyznaczonych celów. Dla chorego celem tym jest podwyższenie poziomu jakości życia, a dla pielęgniarce satysfakcja z dobrze wykonanej roli zawodowej poprzez poprawianie codziennej egzystencji pacjenta^[13].

Jak już wiadomo celem działań edukacyjnych skierowanych do rodziny pacjenta musi być utrzymanie najlepszej jakości jego życia. Zrozumienie istoty choroby, umiejętność postępowania w procesie opieki nad nim i sposób radzenia sobie w nowej sytuacji. Rodzina chorego winna zrozumieć, powagę jak najdłuższego utrzymania samodzielności pacjenta, bez wyręczania go ze wszystkich czynności. Tak, więc, działania opiekuńcze zależą będą od stopnia zaawansowania choroby. W początkowym okresie powinny być ograniczone do minimum i skupiać się głównie na dyskretnym nadzorze, organizacji życia codziennego, by wraz postępowaniem choroby zwiększać stopniowo zakres pomocy.^[14]

Opieka nad osobą chorą na Parkinsona jest odpowiedzialna, trudna, wymaga zrozumienia i cierpliwości, a w szczególności wiedzy. Przewlekła i postępująca wpływa na całą rodzinę. Najczęściej chorymi zajmują się małżonkowie lub dzieci. Wiąże się to, często z ogromnymi wymuszonymi zmianami^[15]. Na pierwszym miejscu w procesie edukacji rodziny uplasowuje się przedstawienie możliwych faz odczuć chorego, co do swojej choroby lub jak chorzy często ją nazywają „podróży”. Wyróżniamy jej dziewięć etapów między innymi: reakcję na diagnozę; szok, złość, wyparcie; komunikację; wzmocnienie/edukację; akceptację; zaangażowanie^[16]; udział; działalność; zmianę. Należy pamiętać, że nie wszystkie etapy przebiegają w ten sam sposób u każdego chorego. Problem jest bardziej złożony i wymaga podejścia indywidualnego.^[17]

Formy wsparcia społecznego dla chorych na Parkinsona

Jak wynika z przeprowadzonych badań, za główne i podstawowe źródło wsparcia osób chorych na Parkinsona uważa się środowisko rodzinne. To właśnie w rodzinie nawiązuje się silne więzi emocjonalne, niezbędne do zaspokajania potrzeb psychologicznych jednostki. Bliskie relacje z innymi tworzą naturalną ochronę przed osamotnieniem i poczuciem

wyobcowania. Oprócz pierwszorzędного źródła wsparcia – rodziny, podkreśla się także dużą rolę przyjaciół, sąsiadów i znajomych^[18]. Osoby bliskie mogą łagodzić wpływ cierpienia i sytuacji stresujących dla chorego oraz dopomóc mu w procesie akceptacji i integracji. Nie zawsze jednak rodzina jest zdolna udźwignąć ciężar sprawowania opieki nad chorym. Stanowi ona, bowiem pewien aparat, którego funkcjonowanie zostaje zaburzone przez chorobę/niepełnosprawność jednego z jej członków. W większości zmianie ulega wypełnianie ról rodzinnych, najczęściej doprowadzając do ich ograniczenia. Jedynie w obszarze czynności pielęgnacyjno – opiekuńczych można zaobserwować nasilenie, z powodu wzmożonej aktywności w opiece nad osobą chorą. Udziałem rodziny staje się przesadna koncentracja na wybranych zadaniach, co jednocześnie jest powodem przeciążenia obowiązkami. Stosunki wewnątrzrodzinne zmieniają się, niejednokrotnie przyjmując zaburzone formy. Warto zwrócić uwagę na zakłócone relacje pomiędzy osobą chorą, zniedołężniałą, a pozostałymi członkami rodziny. Najczęściej przytacza się następujące rodzaje zaburzonych więzi, jakie mogą wystąpić na linii chory – rodzina:

1. Nadopiekuńczość – nadmiar opieki, który prowadzi do demobilizacji i uzależnienia chorego od pomocy innych osób.
2. Brak opieki lub opieka niedostateczna – spowodowane zakłóconą wydajnością opiekuńczo – pielęgnacyjną rodziny.
3. Manipulowanie – zarówno osobą chorą, jak i rodziną przez osobę chorą.
4. Znęcanie się fizyczne lub psychiczne – skrajne przypadki agresji fizycznej i słownej, skierowane do chorego, niepełnosprawnego.^[19]

Rozpoznawaniem relacji rodzinnych zajmują się pracownicy socjalni, a także pielęgniarki środowiskowe. Ich zadaniem jest podejmowanie adekwatnych działań w celu ochrony chorego. Uwzględniając powyższe, należy jednak zdecydowanie zaakcentować, że to przede wszystkim rodzina bierze czynny udział w procesie adaptacji chorego do zaistniałej sytuacji, daje mu poczucie bliskości, wsparcia, wzmacnia jego psychikę oraz przyczynia się do wzrostu samooceny i samorealizacji. Więzy rodzinne, przyjacielskie, sąsiedzkie chronią przed odizolowaniem i wywierają korzystny wpływ na zaspokojenie integracji społecznej, przynależności.

Zapewniają troskę, opiekuńczość, modelują poczucie własnej wartości obu stron opiekuńczych i wzajemnego szacunku, dają możliwość poszerzania kontaktów i uzyskiwania nowych informacji, np. poprzez spotkania rodzinne.

Zdjęcie nr 1. Pomoc rodziny choremu na chP podczas czytania.



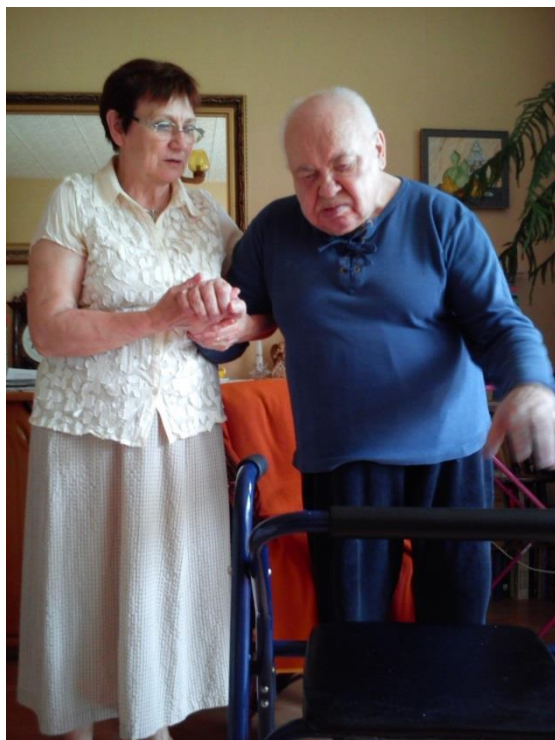
Źródło: album rodzinny zdjęć autorki Ławskiej J.

Zdjęcie nr 2. Pomoc choremu na chP przy wstawaniu.



Źródło: album rodzinny zdjęć autorki Ławskiej J.

Zdjęcie nr 8. Pomoc choremu na chP przy poruszaniu się.



Źródło: album rodzinny zdjęć autorki Ławskiej J.

Opieka nad osobą dotkniętą chorobą Parkinsona jest złożona i wymaga ogromnego zaangażowania ze strony opiekuna. Chory, jeśli jest to możliwe, powinien pozostać w miejscu swego zamieszkania, jednak gdy opieka domowa staje się niewykonalna, trzeba rozważyć umieszczenie chorego w instytucji opiekuńczej. Osoby z chorobą Parkinsona mogą korzystać z domów dziennego pobytu lub opieki stacjonarnej. Zalicza się do niej Domy Pomocy Społecznej oraz Zakłady Opiekuńczo – Lecznicze. Pomoc organizowana jest również przez organizacje pozarządowe, tj.: fundacje, stowarzyszenia.^[20]

Podsumowanie

Choroba Parkinsona jest schorzeniem przewlekłym, znacznie wpływającym, na jakość życia pacjentów, ich rodzin i opiekunów. Często trwa latami i „starzeje się” razem z chorym, dlatego wraz z nim do obcowania ze schorzeniem musi również przygotować

się jego rodzina. I tu ważną rolę spełnia pielęgniarka, posiadająca dużą wiedzę na temat choroby wypełniając lukę w deficycie wiedzy, jaką ma pacjent i jego bliscy. Choroba Parkinsona to choroba występująca globalnie. Jest rozpowszechniona w wielu środowiskach, niezależnie od rasy, poziomu edukacji, czy zamożności społeczeństwa. Jednym z czynników powodujących chorobę są geny. Dlatego ważne jest, aby dzieci osoby chorej znały przyczyny choroby, pierwsze objawy i wiedziały, gdzie mają się udać, gdy wystąpią jakiegokolwiek wątpliwości. I tu istotną rolę odgrywa edukacyjna postawa pielęgniarki, której zadaniem jest pomoc w uzupełnieniu deficytu wiedzy na temat choroby. Ważnym aspektem jest również zrozumienie, że mimo problemów w poruszaniu się, chory powinien czynnie w miarę swoich możliwości prowadzić aktywny tryb życia. Podnosi to znacznie jego jakość życia. Zwykle osoba chorująca na Parkinsona to osoba w starszym wieku, z powodu utrudnień ruchowych niemogąca poradzić sobie w czynnościach podstawowych, potrzebuje opiekuna. Często jednak zapomina się o ogromnej roli opiekuna, którym zazwyczaj jest współmałżonek. Boryka się on nie tylko z problemami chorego, ale również ze swoimi, popadając często w depresję. Istotne jest, aby pielęgniarka wskazała instytucje wsparcia dla chorego oraz stowarzyszenia, w których pomoc i porady otrzyma także opiekun. Reasumując, pojawienie się ciężkiej choroby w rodzinie wymaga podjęcia czynności, które w rezultacie pomogą w codziennym funkcjonowaniu. Posiadanie wiedzy na temat choroby, zdaje się być więc kluczowym elementem poprawiającym jakość życia wszystkich osób zaangażowanych w chorobę.^[21]

Wnioski

Analizując powyższą problematykę warto wyciągnąć następujące wnioski:

1. Wiedza pielęgniarki na temat omawianej jednostki chorobowej jest konieczna by móc w sposób profesjonalny ocenić zmieniający się stan chorego, a zdobyte wiadomości niezbędne by zrównoważyć braki wiedzy u innych członków rodziny.
2. Wyrównanie deficytu wiedzy u opiekunów może ułatwić zrozumienie postawy chorego, a także pomóc w opiece i pielęgnacji.
3. Uzyskana wiedza pozwala na wskazanie źródeł wsparcia dla chorego i opiekuna. Istotnym czynnikiem w podnoszeniu jakości życia chorego oraz opiekuna jest umiejętność korzystania z pomocy organizacji działających na rzecz choroby Parkinsona.

Piśmiennictwo:

1. Brzeziński K.: Ból w chorobie Parkinsona. Ból. Wydawnictwo ELIPSA-JAIM s. c., 10(3); Lublin 2009; 9.

2. Graham L.: A blooming partnership. EPDA Plus brochure, 4; UK 2007; 2.
3. Friedman A.: Choroba Parkinsona – mechanizmy powstawania, leczenia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005; 13.
4. Ibidem.
5. Wieczorowska – Tobis K., Talarska D. [W:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2008, 2010; 99.
6. Kuran W.: Żyję z chorobą Parkinsona. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2009; 12-14.
7. Misiak K., Kopydłowska E. Przygotowanie rodziny do opieki nad osobą starszą, cierpiącą na chorobę otępienną. [W:] Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, 1(1), Wrocław 2011;73-74.
8. <http://www.webmd.com/parkinsons-disease/guide/eating-right>, dostęp: 01.04.2014
9. Ibidem.
10. Górna k., Jaracz K.: Jakość życia osób starszych. [W:] Wieczorkowska – Tobis K., Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2008, 2010; 343-344.
11. Brzezińska A., J.: Aspekt psychologiczny. Czynniki wpływające na jakość życia w okresie starości. [W:] Wieczorkowska – Tobis K., Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010; 26.
12. Ibidem.
13. Mendel T. Odrębności przebiegu wybranych patologii w starości. Układ nerwowy. Choroba Parkinsona. [W:] Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010; 99.
14. Trzeciak H.: Opieka nad pacjentem z chorobą Parkinsona. Wybrane kategorie diagnoz. Kategoria: ograniczona sprawność w wykonywaniu czynności w zakresie samoopieki. [W:] Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010; 108.
15. Misiak K., Kopydłowska E. Przygotowanie rodziny do opieki nad osobą starszą, cierpiącą na chorobę otępienną. [W:] Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu 1(1), Wrocław 2011; 67.
16. Isaacs T.: Od diagnozy do spełnionego życia [W:] Parkinson – Polska. Wydawnictwo Fundacja „Żyć z chorobą Parkinsona”, 1(10); Warszawa 2014; 7-9.
17. Ibidem.

18. Olejniczak P. *Wsparcie społeczne i jego znaczenie dla osób starszych* [W:] *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. Wyd. Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, 3(2); Wrocław 2013; 184-188.
19. Majchrowska A.: Pomoc społeczna wobec niepełnosprawności w rodzinie. [W:] Wrońska J. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. Wydawnictwo Czelej, 3; Lublin 2006; 58.
20. <http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna/> dostęp: 12.05.2014
21. <http://www.fundacijaparkinsona.pl/index.php/o-nas/misja-i-cele/html> dostęp: 24.04.2014

DYLEMATY ETYCZNE, ROLA PSYCHIKI I STATYSTYKA W OGÓLNIEM POJĘTEJ NIEPŁODNOŚCI

Etické dilemy, úloha psychiky a všeobecné štatistiky neplodnosti

Monika Brucka-Stempkowska¹, Anna Cisińska²,

*Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie^{1,2},
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Streszczenie:

Światowa Organizacja Zdrowia uznaje niepłodność za chorobę społeczną. Dzieje się tak z uwagi na wysoką częstość występowania, jak również niezwykle szeroki zasięg społeczny choroby. Niepłodność nie dotyczy tylko jednego człowieka, ale bezpośrednio dotyka dwoje ludzi, a pośrednio wpływa na ich otoczenie – rodzinę, relacje ze znajomymi i przyjaciółmi, a nawet wydajność pracy. Szacuje się, że częstość występowania niepłodności wynosi ok. 9% (3,5 – 16,9%), z czego 56% par aktywnie poszukuje możliwości leczenia, ale jedynie 22% jest leczonych. Jedynym objawem choroby jest niemożność zajścia w ciążę i posiadania dziecka. W chwili szczęśliwych narodzin można uznać parę za całkowicie wyleczoną, niezależnie od przyczyny, organicznej, czynnościowej czy psychologicznej, wywołującej niepłodność. Jest to chyba jedyna choroba, w której leczenie objawowe może prowadzić do całkowitego wyleczenia. Z tego względu w ocenie skuteczności metod leczenia najważniejsze znaczenie ma tzw. wskaźnik taken home baby, odpowiadający liczbie zdrowych dzieci urodzonych w wyniku zastosowanych terapii.

Wstęp

Niepłodność nie jest jednostką chorobową, która pojawiła się dopiero w XXI wieku, lecz w znacznym stopniu nasiliła poprzez odraczanie czasu, w którym para chce, bądź „może” pozwolić sobie na luksus, jakim jest posiadanie dziecka. Problem niepłodności staje się bardzo powszechny. Na szczęście, dzięki nowoczesnym metodom można temu zaradzić. Na aktualny stan wiedzy składają się lata, jak nie wieki pracy ludzi, dzięki którym obecnie możemy walczyć z niepłodnością.

W XXI wieku szkodliwe oddziaływanie czynników środowiskowych na organizm ludzki przekłada się na osłabienie jego rozrodczości. Jest to szczególnie widoczne przede wszystkim w rozwiniętych cywilizacyjnie krajach. Należy zwrócić uwagę, że problem niepłodności dotyczy jednakowo obu płci. Niepłodność może być wynikiem chorób współistniejących, przebytych operacji, wieku kobiety, stylu życia pary – w tym stosowania używek w postaci narkotyków, nikotyny, alkoholu, leków, czy też spowodowana czynnikiem genetycznym. Poważnym problemem XXI wieku jest całkowite podporządkowanie człowieka ekonomii, która zdominowała jego życie. Świat, w którym przyszło mu egzystować, to świat konsumpcjonizmu. Ludzie dążą do posiadania rzeczy, które w rzeczywistości nie są im potrzebne, a do których namawia ich niemalże każda reklama w telewizji, bądź radiu. W związku z tym poświęcają połowę swojego życia na zdobywanie pieniędzy, zapominając, że o ich „wartości stanowią oni sami, a nie ich ubrania czy samochody”. W późniejszym okresie życia pojawia się potrzeba posiadania potomstwa. Przeważnie jest ona wynikiem przebudzonego instynktu macierzyńskiego albo uczucia pustki, swoistego niedopełnienia. Okazuje się wówczas, że zajście w ciążę, nie jest takie proste, jak mogłoby się to z początku wydawać. U człowieka, biologicznie najlepszy czas na posiadanie dziecka przypada między 19 a 25 rokiem życia, poza tym w przypadku kobiet, trudne jest pogodzenie pracy z rolą matki. W tym miejscu warto przytoczyć badanie przeprowadzone w 1992 roku przez Instytut Zarządzania (Institute of Management) na grupie kierowników, które wykazało, że dzieci miało 86% mężczyzn pozostających w związku małżeńskim, a tylko 49% kobiet zamężnych.^[1]

Na szczęście rozwój medycyny coraz bardziej przyczynia się do dość szczegółowego diagnozowania przyczyn niepłodności, jej leczenia i wspomagania rozrodu poprzez szereg technik, takich jak: inseminacje, procedura IVF, embrio transfer, czy też wykorzystanie komórek macierzystych do wyhodowania gamet, co nadal pozostaje w fazie eksperymentów. Podobnie, jak klonowanie, które oczywiście w przypadku ludzkich zarodków jest zabronione. Kolejny pozytywny fakt, iż niepłodność przestaje być tematem tabu. Ludzie dzięki znajomości omawianych zagadnień sami w znacznym stopniu mogą zapobiegać jej powstawaniu, wspomnianym wcześniej prozdrowotnym stylem życia, nie

zażywaniem używek, bądź też uzmysłowieniem sobie tego, że „dobrego czasu na dziecko nie ma, a gdy się pojawi, może nie być już tak prosto zająć w ciążę”.

Biorąc pod uwagę powyższe przesłanki nasuwa się szereg dylematów, zarówno natury etycznej, jak i psychologicznej. Z uwagi na szczególny charakter analizowanego problemu koniecznym staje się zaakceptowanie faktu, iż liczba osób borykających się z problemem niepłodności będzie nadal wzrastała w XXI wieku.

Pojęcie niepłodności i jej rodzaje

Z powodu niepłodności na świecie cierpi milion par. Przed zakwalifikowaniem danej osoby do grupy niepłodnej, należy przeprowadzić dokładny wywiad, badanie fizykalne oraz diagnostykę laboratoryjną. WHO przyrównuje niepłodność do schorzenia systemu reprodukcyjnego charakteryzującego się brakiem wystąpienia ciąży klinicznej po 12 miesiącach albo zwiększeniem regularnego współżycia w celach koncepcyjnych”.^[2]

„Pojęcie niepłodność” znajduje zastosowanie wówczas, gdy nie udało się zająć w ciążę kobietom przed 35 rokiem życia po 12 miesiącach regularnych, niezabezpieczonych stosunków płciowych lub po 6 miesiącach u kobiet 35 letnich i starszych.”^[3] W końcu „niepłodność rozumiana jest także, jako brak poczęcia dziecka poprzez normalną aktywność seksualną bez stosowania środków antykoncepcyjnych, lub jako niemożność donoszenia ciąży do pełnego terminu rozwiązania”.^[4] W równym stopniu dotyczy mężczyzn, jak i kobiet w wieku rozrodczym i stanowi przeszkodę w realizacji ich pełnego zdrowia reprodukcyjnego. Niesie ze sobą silny stres, stracone nadzieje oraz uczucia powiązane ze smutkiem, izolacją i poczuciem swoistej niedoskonałości. Odciska znacząco piętno na samopoczuciu danej jednostki i jej zdrowiu, ale także na funkcjonowaniu w społeczeństwie, rodzinie, pracy, czy w relacjach partnerskich. Wielopłaszczyznowo porusza sferę fizyczną, psychiczną i społeczną. Może towarzyszyć chorobom nabytym, bądź wrodzonym. Stanowiąc objaw współistniejący w infekcjach narządów płciowych, chorobach ogólnoustrojowych, genetycznych takich jak: zespół Downa, Klinefeltera, czy Turnera, zaburzeniach czynnościowych np. tarczycy, jajników, przysadki. Wymaga specjalistycznego postępowania, zarówno diagnostycznego, jak i leczniczego. Wyróżniamy dwa rodzaje niepłodności: pierwotną i wtórną. O pierwotnej mówimy wówczas, gdy kobieta nigdy w swojej przeszłości nie poczęła dziecka, ma trudności z poczęciem oraz nigdy nie była zdolna do urodzenia żywego potomka, a mężczyzna nie doprowadził do koncepcji u partnerki. Niepłodność wtórna odnosi się natomiast do kobiet, które w przeszłości były w jednej ciąży, bądź wielu, ale mają trudności pomimo starań z zająciem w kolejną. W odniesieniu do mężczyzn mamy do czynienia z niepłodnością wtórną wówczas, kiedy pacjent w przeszłości doprowadził do koncepcji u partnerki, a czego nie może uczynić obecnie.^[5] Do najczęściej przytaczanych

przyczyn niepłodności pierwotnej zaliczamy: uwarunkowania genetyczne, immunologiczne, anatomiczne oraz endokrynologiczne. Poza tym większość czynników ryzyka powstawania problemów z płodnością jest wspólnych dla kobiet i mężczyzn. Te dominujące, to palenie papierosów (udowodniono toksyczny wpływ substancji, zawartych w dymie tytoniowym na bardzo wrażliwe komórki rozrodcze, zwłaszcza komórki jajowe), ponadto brak, bądź intensywny wysiłek fizyczny, stan psychiczny – stres, depresję, cukrzycę, choroby wątroby, nerek, spożywanie alkoholu, BMI>26 lub <18 (nadwagę i niedowagę – wywołujące zaburzenia miesiączkowania), narażenie na wysokie temperatury, chemikalia, radiację, niektóre leki, silne pole elektromagnetyczne oraz zanieczyszczenie powietrza i gleby.^[6]

Dylematy etyczne związane z technikami wspomaganego rozrodu

Jedno z wielu moralnych dylematów stanowi spojrzenie na embrion, który przedstawia taką samą (symboliczną) wartość, co dziecko, w istocie będące już człowiekiem, spośród tych wszystkich etycznych aspektów, prowadzących do licznych filozoficznych rozważań i prawnych debat.^[5] W tym miejscu warto zastanowić się nad fetoredukcją/embrioredukcją, które niestety są wynikiem mnogich ciąż, skutkujących, częstym zjawiskiem ubocznym technik wspomaganego rozrodu. Aby szerzej przybliżyć wspomniane zagadnienia, należy wyjaśnić znaczenie wyżej wymienionych pojęć. Fetoredukcja/embrioredukcja - to zredukowanie nadliczbowej liczby zarodków zagnieżdżonych w jamie macicy. Polega na odessaniu najbliższej położonych embrionów. W Polsce nie wykonuje się embrioredukcji. Ciąża trojacza i liczniejsze niosą ze sobą wysokie ryzyko poronienia, porodu przedwczesnego, wystąpienia nadciśnienia u kobiety, niewydolności krążenia i zakrzepicy. Kolejnym dylematem może być genetyczna diagnoza przedimplantacyjna. Nasuwają się tutaj liczne pytania, między innymi, czy mamy prawo ingerować w genetykę, ulepszać, wpływać na genotyp? Czy przypadkiem nie prowadzi to, do chęci posiadania perfekcyjnych dzieci, a jednocześnie do powstania klasy „lepszych” i gorszych” ludzi? Poza tym, czy etycznym zachowaniem jest chęć urodzenia dziecka, które poprzez HLA, dopasowanie może uratować swojego starszego brata/siostrę? Następnym, budzącym szereg kontrowersji problemem natury moralnej jest dawstwo komórek jajowych i nasienia. Przecież każde dziecko ma prawo znać swoje korzenie, pochodzenie, a przede wszystkim swoich genetycznych rodziców. Z tych wszystkich dylematów nasuwa się konkluzja, iż w obecnych czasach ludzie za wszelką cenę starają się spełniać swoje marzenia. Chęć posiadania dziecka nie jest niczym złym, aczkolwiek dziecka spełniającego oczekiwania rodziców tak. Dziecko zaczyna być traktowane instrumentalnie, a egoizm rodziców prowadzi niejednokrotnie do zmanifestowania się u niego poważnych zaburzeń emocjonalnych, psychologicznych i socjologicznych. Często, takie dziecko jest

wychowywane w kłamstwie i ułudzie. Zdaje się bardzo prawdopodobnym, iż rzadko które dowiaduje się, że jest wynikiem IVF, jego mamą nie jest mama biologiczna, czy tata biologiczny, ewentualnie obydwójce rodziców. Pomimo braku wyników badań, potwierdzających powyższe hipotezy można przypuszczać, że takie rewelacje mogą zniszczyć świat „wymarzonego dziecka”, przede wszystkim jego psychikę. Weźmy pod uwagę ryzyko znalezienia, jako partnera życiowego osoby spokrewnionej, siostry, brata, a nawet ojca. Takie sytuacje są jak najbardziej realne – i co wtedy? Czy dwoje ludzi żyjących w ciągłym zakłamaniu może normalnie egzystować bez żadnych wątpliwości i nawet cienia podejrzenia? Czy nie należałoby więc, zacząć liczyć się z uczuciami nienarodzonego dziecka? Czy anonimowość dawców nasienia, bądź komórki jajowej jest zasadna? Dla rodziców tak, ale czy zawsze jest pozytywna dla dziecka?^[6,7]

Wpływ czynnika psychologicznego na zajście w ciążę

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (2013) definiuje psychologię, jako naukę o umyśle i zachowaniu, a to obejmuje wszystkie aspekty ludzkiego doświadczenia. Terapia niepłodnej pary jest zwykle długa i nie zawsze kończy się urodzeniem żywego i zdrowego dziecka. Niepłodność dotyka nie tylko ludzki umysł lecz również serce, zachowanie i każdy aspekt życia osoby borykającej się z niepłodnością, dlatego też do osoby takiej należy podchodzić holistycznie. Emocje, jakie wywołuje bezpłodność obejmują żal, szok, uczucie bezradności, wyobcowanie, frustrację, depresję, wrogość, gniew i utratę poczucia kontroli nad własnym losem. W społeczeństwie niepłodność traktowana jest, jako swoistego rodzaju niepełnosprawność. Niepłodne kobiety czują się przeważnie nieakceptowane, często – może w wyniku przeczulenia - nawet napiętnowane. Uczucia te, wywołują u nich drażliwość, lęk, cierpienie, rozpacz, a w konsekwencji determinują cechy o charakterze neurotycznym. Przedłużające się problemy z niepłodnością w wielu przypadkach prowadzą do depresji. Należy zaznaczyć, iż chęć posiadania dziecka przez kobietę jest rzeczą naturalną i podyktowaną przede wszystkim przez instynkt. W aktualnej rzeczywistości, kobieta na pewnym etapie swojego życia zobowiązana jest podjąć decyzję, czy chce założyć rodzinę, czy zapewnić sobie w pierwszej kolejności pozycję zawodową i bezpieczeństwo ekonomiczne. Dlatego też, większość balansuje pomiędzy ekonomią, a instynktem. Tłumi potrzebę posiadania dziecka, odkładając ją na drugi plan. Przecież nikt przy zdrowych zmysłach nie wyda na świat potomstwa, któremu nie będzie w stanie zapewnić godnej egzystencji – bytu, który niestety „dużo” kosztuje. W związku z tym, znaczna część populacji ludzi przedkłada bezpieczeństwo ekonomiczne nad posiadanie dzieci. Nawet obserwując przyrodę można zauważyć, że „ptaki najpierw wiją gniazdo, a dopiero później wysiadują jajka. Ciężko byłoby je wysiadywać, gdyby były narażane na ciągły stres i potrzebę jednoczesnego zdobywania

pożywienia”. Konkluzja jest prosta bez wsparcia partnera i odpowiednio implementowanej polityki prorodzinnej, nigdy nie będzie odpowiedniego czasu na dziecko. Tym bardziej, że pojawiają się problemy z zajściem w ciążę, gdyż zegar biologiczny nie przestaje tykać, a natury nie da się oszukać. Dla kobiet posiadanie dziecka jest czymś naprawdę ważnym toteż, reakcje emocjonalne wynikające z problemów w jego poczęciu bywają bardzo trudne. Zgodnie z artykułem zawartym w Przeglądzie Menopauzalnym 6/2010 „Lęk i depresja u kobiet leczonych z powodu niepłodności” (Makara-Studzińska M., Moryłowska-Topolska J., Wdowiak A., Bakalczuk G., Bakalczuk Sz.), s. 418: „Nasilenie lęku i depresji u kobiet z problemem niepłodności”, bywa porównywana z wieloma poważnymi stanami doświadczanymi w chorobach przewlekłych, jak zaburzenia krążenia, czy nowotwory.”^[8] U mężczyzn pojęcie płodności i wydolności seksualnej traktowane jest jako jedność, dlatego ich problemy natury prokreacyjnej manifestują się przeważnie wzmożoną seksualnością pozamałżeńską. Poza tym, płęć męska przejawia tendencje do uciekania w pracę zawodową i aktywność socjalną. Ogromną rolę odgrywa również czynnik psychologiczny, wpływając na dysfunkcje seksualne. Jednym z nich jest uprzedmiotowienie witalności seksualnej tylko do prokreacji. Takie postępowanie ma wpływ na zmniejszenie libido, spadek poczucia własnej wartości, a także zaprzestanie spontanicznego współżycia.^[8,9] Niekiedy reakcje mężczyzn i kobiet znacząco się różnią, zwłaszcza w stosunku do niepłodności np. podejście mężczyzn jest bardziej racjonalne, analityczne, a kobiet emocjonalne. Leczenie niepłodności należy do bardzo trudnych, porównywanych często do poziomu długotrwałe oddziałującego stresu, czy leczenia onkologicznego.

Trwa miesiącami, a nawet latami, dlatego jest wyczerpujące emocjonalnie, a przedłużający się stres powoduje spustoszenie organizmu osób poddawanych ciągłym procedurom i diagnostyce. Kobiety znacznie częściej przechodzą przez badania lekarskie, co wynika z ich biologii reprodukcyjnej. Ponadto, przyjmują leki wpływające na układ hormonalny, wywołujące dolegliwości bólowe w obrębie jamy brzusznej, wzdęcia, a niekiedy bóle głowy, wykonują USG i są poddawane procedurom ginekologicznym, m.in. histerosalpingografii (HSG), laparoskopii, a w przypadku decyzji o IVF pobraniu komórek jajowych. Mężczyźni, natomiast w niektórych przypadkach kierowani są na biopsję jąder, odwrócenie wazektomii, mikrochirurgiczną aspirację plemników z najądrzy (MESA), ekstrakcję plemników z jądra (TESE), czy też korektę żyłaków. Fizyczne oznaki wzmożonego niepokoju, to trudności z zasypianiem, zmiana apetytu, zawroty i bóle głowy, bóle odcinka szyjnego i lędźwiowego kręgosłupa, mdłości, drżenie i płytki oddech. Objawy psychologiczne, to np.: problemy z koncentracją, skłonność do zapomniania, uczucie strachu i paniki, utrata zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały przyjemność, uleganie szybkiemu rozdrażnieniu i irytacji, wybuchowość w relacjach z innymi ludźmi.^[10]

Na tym etapie istotne jest prowadzenie szczerych, otwartych rozmów pomiędzy partnerami i zrozumienie dla obaw i nadziei drugiej osoby. Wzajemne wspieranie się może częściowo zmniejszyć stres i zapobiec oddalaniu się od siebie. Wspólne stawianie czoła problemowi pomoże nawet umocnić związek, jeżeli dwoje tworzących go ludzi zrozumie, że mogą na sobie polegać bez względu na przeciwności. Niepłodność zawsze dotyczy dwojga ludzi i najlepiej z nią walczyć wspólnymi siłami. Warto też pamiętać, że im szybciej uda się ustalić przyczynę, tym większa jest szansa na wyleczenie. Leczenie niepłodności nie jest podobne do leczenia innych chorób. Z powodu tego, że dotyczy niezwykle intymnych relacji zachodzących między dwojgiem ludzi. Ponadto lecząca się para angażuje i podporządkowuje całe swoje dotychczasowe życie terapii. Częste wizyty u lekarza, badania, pobyty w szpitalu, uzależnienie stosowanego leczenia od cyklu miesięcznego kobiety, wszystko to może prowadzić do zjawiska nadmiernej koncentracji na problemie. Ograniczeniu ulegają kontakty towarzyskie, każda wolna chwila, w tym urlopy czy wakacje podporządkowane zostają kolejnym etapom leczenia. Pojawia się wrażenie, że niepłodność zawładnęła całym życiem. Jeżeli dotyka to jednego z partnerów, może on czuć się osamotniony, wyizolowany, niedoceniany przez drugiego.

Kluczem do przezwyciężenia takiej sytuacji są otwarte, szczerze rozmowy, opowiadanie sobie wzajemnie o lękach i emocjach. Niekiedy warto poszukiwać nowych zainteresowań, tak by nie poświęcać całej uwagi wyłącznie zagadnieniom płodności. Szczególnie często w relacjach kobiet pojawiają się problemy z seksualnością, określane jako brak zadowolenia ze współżycia. Werbalizują one, że od chwili rozpoczęcia leczenia seks staje się czynnością niezwykle stresującą, podporządkowaną reżimowi leczenia. To sytuacja bardzo powszechna wśród par leczących się z powodu niepłodności. Planowanie kontaktów płciowych pozbawia seks spontaniczności. Wrażenie, że miłość zmienia się w automatycznie wykonywaną czynność może rodzić poczucie winy. Tym bardziej, że terapia trwa często wiele lat, a utrzymujące się napięcie emocjonalne może powodować zmiany zachowania, skutkujące licznymi konfliktami i osłabieniem pozytywnych uczuć względem drugiej osoby. Niektórzy ludzie poddający się leczeniu z powodu niepłodności, czują się jakby byli na prawdziwej huśtawce nastrojów – na początku leczenia nadzieja, rozczarowanie, a nawet rozpacz, jeśli leczenie w tym cyklu się nie powiodło. Znowu inni są znacznie bardziej podatni na stres dnia codziennego. Większość ośrodków, zajmujących się leczeniem niepłodności oferuje pomoc psychologiczną i seksuologiczną. Ponadto, ułatwia nawiązanie kontaktów z grupami i stowarzyszeniami pacjentów, gdzie można podzielić się doświadczeniami z innymi parami zmagającymi się z tymi samymi problemami. Jedną z takich instytucji jest Assisted Conception Taskforce (ACT) - Międzynarodowa Grupa Ekspertów i Pacjentów. Jej głównym celem jest edukacja, doradztwo i pomoc dla niepłodnych par, zaś priorytetowym zadaniem dostarczanie informacji o możliwościach

leczenia oraz certyfikowanie ośrodków leczenia niepłodności, oferujących nowoczesne i skuteczne metody diagnostyki i leczenia.^[11]

Statystyka rozrodu świata

Tabela nr 1 Perspektywy zaludnienia świata populacja w wieku 15-24 lata, 2000 i 2030

REGION	PŁEĆ	POPULACJA WIEK: 15-24 W ROKU 2000	SUMA % POPULACJI W ROKU 2000	POPULACJA WIEK: 15-24 W ROKU 2030	CAŁKOWITY % POPULACJI W ROKU 2030	RÓŻNICA % W LATACH 2000-2030
Świat	Ogółem	1062283	17.5	1247438	15.1	17.4
	Mężczyźni	543745	17.8	638259	15.4	17.4
	Kobiety	518538	17.3	609179	14.8	17.5
Regiony bardziej rozwinęte a)	Ogółem	162467	13.6	126725	10.4	-22.0
	Mężczyźni	82902	14.3	64973	11.0	-21.6
	Kobiety	79565	13.0	61753	9.9	-22.4
Regiony bardziej rozwinęte b)	Ogółem	899816	18.5	1120712	15.9	24.5
	Mężczyźni	460843	18.6	573286	16.1	24.4
	Kobiety	438973	18.3	547426	15.6	24.7
Kraje mniej rozwinęte	Ogółem	130300	19.8	260100	19.8	99.6
	Mężczyźni	65890	20.0	131596	19.9	99.7
	Kobiety	64410	19.6	128504	19.7	99.5
Afryka	Mężczyźni	81035	20.4	149481	20.0	84.5
	Kobiety	79890	20.1	146753	19.8	83.7
Azja	Mężczyźni	336119	17.9	373168	14.9	11.0
	Kobiety	316018	17.6	351630	14.4	11.3
Europa	Mężczyźni	51331	14.6	33404	10.3	-34.9
	Kobiety	49353	13.1	31667	9.1	-35.8
Ameryka Łacińska i Karaiby	Mężczyźni	51117	19.9	55100	15.5	7.8
	Kobiety	50206	19.2	53306	14.5	6.2
Ameryka Północna	Mężczyźni	21682	14.0	24119	12.4	11.2
	Kobiety	20784	13.1	23001	11.4	10.7
Oceania	Mężczyźni	2461	16.0	2986	14.3	21.3
	Kobiety	2287	15.1	2823	13.5	23.4

Źródło: World Population Prospects: The 2000 Revision vol. I, Comprehensive Tables (United Nations publication Sales No.E01.XIII.8)

Dane, dotyczące prognozowania rozrodu ludności świata opierają się szacunkowo na średnich zmiennych populacji Narodów Zjednoczonych:

- a) obejmują wszystkie regiony Europy, a także Ameryki Północnej, Australii, Nowej Zelandii i Japonii,
- b) obejmują wszystkie regiony Afryki, Azji (za wyjątkiem Japonii), Amerykę Łacińską i Karaiby oraz Malezję i Polinezję.

Statystyki wieku:

- poniżej 30 roku życia, ryzyko poronienia wynosi 1/5 ciąż,
- kobiety w wieku 35-39 są w połowie tak płodne, jak były w wieku 25 lat,
- Kobiety powyżej 40 roku życia są w połowie tak płodne, jak były w wieku 35 lat, a ryzyko poronienia wynosi 1/2 ciąży^[12]

Statystyka rozrodu Polski

Tabela nr 2 Dane przedstawiające czynnik męski w niepłodności

Autor	Rok publikacji	Liczba małżeństw niepłodnych	Czynnik męski	%
Nowicki	1965	700	94	13,40
Gromadzki, Nowicki	1965	200	19	9,50
Waroński	1977	-	-	30-40,00
Bokiniec	1978	322	142	44,10
Chrzanowski	1982	102	48	47,06
Szymański i wsp.	1983	409	145	35,40
Skałba	1988	802	165	20,50
Semczuk	1994	80	42	52,50
WHO	1993	9000	-	50,00 ^[13]

Źródło: Semczuk M., Kurpisz M., (red.): Andrologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, s. 349

W dniu 30 stycznia 2014 roku przygotowane przez GUS na konferencję prasową materiały zawierające dane odnośnie podstawowych informacji o rozwoju demograficznym Polski do 2013 roku wykazały, że zapoczątkowane w latach 90-tych ubiegłego wieku przemiany struktury rozrodu spowodowały przesunięcie najwyższej płodności kobiet z grupy wiekowej 20-24 lata do grupy 25-29 lat, a także znaczący wzrost płodności w przedziale 30-34 lata. W konsekwencji nastąpiło podwyższenie (w szczególności w minionych 10 latach) mediany wieku kobiet rodzących dziecko, która w 2012 roku wyniosła 29 lat wobec 26,1 lat w 2000 roku (w 1990 roku niewiele mniej, bo 26 lat). Zwiększył się także, w tym okresie średni wiek urodzenia pierwszego dziecka z 23,7 do 27,0 lat, tj. o ponad

3 lata (w 1990 roku wynosił 23 lata). W ostatnich latach zmieniła się też struktura poziomu wykształcenia matek. W 2012 roku - w stosunku do początku lat 90-tych - odsetek matek z wykształceniem wyższym wzrósł prawie 7-krotnie, tj. z 6% do ponad 45% (w 2000 roku wynosił 19%), natomiast 3-krotnie zmniejszył się odsetek matek z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia - z 18% do 4,5% (w 2000 roku - 12%). Udział kobiet z wykształceniem średnim nie zmienił się istotnie i wynosi ok. 33%. Obserwowane zmiany to efekt wyboru, jakiego dokonują ludzie młodzi, decydując się najpierw na osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia oraz stabilizacji ekonomicznej, a dopiero potem (ok. 30-tych) na założenie rodziny oraz jej powiększenie.”^[14]

Podsumowanie

Starania o dziecko i związana z tym, problematyka płodności i niepłodności, to nie tylko zagadnienia z zakresu biologii, czy medycyny. To także zakrojone na szeroką skalę rozważania natury psychologicznej, etycznej i społecznej. Kwestie rozrodu dotyczą wszak jednej z najbardziej intymnych sfer życia człowieka, które wiążą z nią również pojęcia zdrowia i prawa reprodukcyjnego. Zdrowie reprodukcyjne odnosi się do całokształtu aspektów związanych z systemem rozrodczym człowieka. Ludzie mogą więc prowadzić bezpieczne, odpowiedzialne i dające satysfakcję życie seksualne. Mają zagwarantowaną swobodę reprodukcji i dowolność decydowania o tym, kiedy i jak często chcą mieć dziecko. Tak rozumiane zdrowie reprodukcyjne w państwach demokratycznych, przyjęto jako standard obejmujący głównie edukację, profilaktykę i poradnictwo rodzinne, w obszarach którego mieści się właśnie zapobieganie oraz leczenie niepłodności.^[15]

WNIOSKI

Rozważania podjęte w niniejszym artykule doprowadziły do następujących konkluzji:

1. Niepłodność w XXI wieku stała się chorobą cywilizacyjną, problem ten dotyczy większości społeczeństw. Wynika on m.in. z przeobrażeń wzorca płodności, odraczania macierzyństwa w czasie, dążenia w pierwszej kolejności do stabilizacji ekonomicznej, jak i problemów z zajściem w ciążę z powodów zdrowotnych, mających swój związek z czynnikiem psychologicznym, jak i środowiskowym.
2. Do najważniejszych metod stosowanych w leczeniu niepłodności zalicza się inseminację i metodę IVF.
3. Techniki wspomaganego rozrodu niosą za sobą dylematy etyczne:
 - zachowanie anonimowości dawców nasienia, komórek jajowych, przez co pozbawienie dziecka prawa do poznania rodziców genetycznych.

- urodzenia dziecka HLA dopasowanego w celu ratowania życia brata/siostry, innymi słowy służącego jako „materiał zastępczy”.
 - prawa do selekcjonowania zarodków poprzez genetyczną diagnozę przedimplmentacyjną, bądź embrioredukcję.
 - traktowanie dziecka instrumentalnie
4. Niezdrowe jedzenie, nieprawidłowe BMI, przewlekły stres, stosowanie używek, m.in. alkoholu, czy palenie papierosów wywiera negatywny wpływ na płodność u obu płci.
 5. Niepłodność dotyka nie tylko ludzki umysł, ale również serce, powoduje lęk, drażliwość, rozpacz.
 6. Uczucia występujące w niepłodności są porównywalne ze stanami doświadczanymi w poważnych chorobach przewlekłych, takich jak zaburzenia krążenia, czy też nowotwory.
 7. Zapobieganie oraz leczenie niepłodności gwarantuje prawo reprodukcyjne, monitorowane przez międzynarodowe regulacje prawne, przyłączone do rejestrów krajowych poszczególnych państw członkowskich.

Piśmiennictwo:

1. Handy Ch.: Wiek paradoksu. W poszukiwaniu sensu przyszłości. Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1996; 170.
2. Humanan Reproduction, 24(11); 2009; 2683–2687 Advanced Access publication October 4, 2009 doi: 10.1093/humrep/dep343.
3. Seli E., Arici A.: Infertility. Gynecology in practice. Wiley Blackwell, 2013; 232-248.
4. World Population Monitoring, Reproductive rights and reproductive health, United Nations 2004; 43.
5. Brinsden P.R.: Textbook of In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction; The Bourn Hall Guide to Clinical and Laboratory Practice; United Kingdom, Taylor & Francis Group, 2005; 16; 590.
6. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000369.htm>.
7. International Journal of Childbirth Education, 28(3); July 2013; 41-47.
8. Makarska-Studzińska M., Moryłowska-Topolska J., Wdowiak A., Bakalczuk G., Bakalczuk Sz.: Lęk i depresja u kobiet leczonych z powodu niepłodności. Przegląd Menopauzalny (6) 2010; 418.
9. Tkaczuk-Włach J., Robak-Chołubek D., Jakiel G.: Niepłodność męska. Przegląd Menopauzalny (5) 2006; 335.

10. Daniluk J. C.: Niepłodność. Szkoła przetrwania. Wydawnictwo Helion SA, Gliwice 2010; 119-125.
11. Chrostowski B.: Emocjonalne i psychologiczne aspekty niepłodności. Centrum Medycyny Rozrodu Artvimed, Warszawa 2010; <http://www.nieplodnosc.pl/artykuly-i-wywiady/emocjonalne-i-psychologiczne-aspekty-nieplodnosc>, dostęp: 05.05.2010.
12. Davies M., Overton C., Weber L.: Infertility, Oxford University Press, 2009; 3.
13. Semczuk M., Kurpisz M. (red.): Andrologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998; 349.
14. <http://www.stat.gov.pl>
15. Kęsek A.: Płodność, a wartości humanistyczne i etyczne; <http://www.staraniowy.pl/plodnosc-a-wartosci-humanistyczne-i-etyczne>, dostęp: 14.07.2014

Dane do korespondencji:

Dr n. med. Monika Brucka-Stempkowska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi; monika.brucka-stempkowska@umed.lodz.pl

ŁĘK A PORÓD PRZEDWCZESNY-ROLA POŁOŻNEJ

Úzkost' a predčasny pôrod – rola pôrodnej asistentky

Magdalena Sulima

*Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego,
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

Wstęp

Poród przedwczesny stanowi nadal jeden z podstawowych problemów współczesnej perinatologii z powodu intensywnego i kosztownego leczenia matki i dziecka, zaburzeń psychofizycznych występujących u wcześniaków oraz wysokiego odsetka umieralności okołoporodowej [1,2,3].

Wśród przyczyn porodu przedwczesnego wymienia się czynniki medyczne, socjalne, środowiskowe, genetyczne, infekcyjne oraz czynniki psychogenne. Rolą położnej w opiece nad ciężarnymi z zagrażającym porodem przedwczesnym, jest nie tylko realizowanie

zadań z zakresu pielęgnacji, ale także rozpoznawanie podwyższonego poziomu lęku i podejmowanie działań zmierzających do jego redukcji [4,5,6].

Rozwinięcie

Lęk jest jedną z najważniejszych emocji, towarzyszącą jednostce przez całe życie. Lęk uważa się za mechanizm niezbędny do życia człowieka, ponieważ chroni go przed niebezpieczeństwami oraz pozwala na ich przewidywanie. Posiada funkcję mobilizującą, ponieważ pobudza jednostkę do działania, pozwala na wnikliwe spojrzenie na doświadczany problem, służy uwolnieniu aktywności i poszukiwaniu rozwiązań występującej sytuacji [7,8,9].

Najczęściej lęk traktowany jest jako zespół reakcji emocjonalnych wywołanych przez wewnątrznie lub zewnątrznie działający bodziec. Reakcje te mają specyficzne przykre zabarwienie, doświadczane są jako coś uporczywego i przykrego. Jednostka czuje się wobec nich bezradna, doświadcza poczucia ich irracjonalności, towarzyszą temu fizjologiczne reakcje organizmu [10].

Riemann [11] przedstawił cztery podstawowe formy lęku tj.: lęk przed rezygnacją z siebie, przeżywany jako utrata własnego „ja” i bycie zależnym, lęk przed samorealizacją, odczuwany jako brak poczucia bezpieczeństwa i możliwość popadania w izolację, lęk przed zmianą, przeżywany jako nietrwałość istnienia i niepewność oraz lęk przed koniecznością, odczuwany jako podleganie czemuś nieodwołalnemu, bycie ograniczonym.

W literaturze dotyczącej lęku dużo miejsca poświęca się problematyce jego powstawania. Można wyodrębnić dwa kierunki poszukiwań uwarunkowań tego zjawiska. Pierwszy koncentruje się na roli czynników biologicznych (układ limbiczny człowieka, kortykolibera – CRH wydzielna przez podwzgórze), drugi zaś kładzie nacisk na czynniki środowiskowe (lęk przed bodźcami środowiskowymi), szczególnie społeczne (różnorodne urazy emocjonalne, sytuacje traumatyczne, przeżycia doświadczane w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym, niezaspokojone potrzeby jednostki, doświadczanie wewnętrznych konfliktów) oraz sposób funkcjonowania w społeczeństwie [12].

Objawy lęku można podzielić na objawy poznawcze (obejmujące uczucie niepokoju, przerażenia), objawy behawioralne (przejawiające się nadmierną ruchliwością, osłupieniem, słowotokiem, strachliwością, wyrazem twarzy odzwierciedlającym lęk) oraz objawy wegetatywno-somatyczne (rozszerzenie źrenic, tachykardia, uczucie kołatania serca, ucisk w klatce piersiowej, suchość w jamie ustnej, hiperwentylacja, zmiany ciśnienia tętniczego krwi, częste oddawanie moczu i stolca, drżenia oraz uczucie zawrotów głowy). Ponadto występują zmiany biochemiczne we krwi: podwyższenie poziomu noradrenaliny, kortyzonu oraz hiperglikemia [13].

Zaburzenia lękowe częściej występują w okresie przed i poporodowym, aniżeli w innych etapach życia kobiety. Do tych zaburzeń należą: lęk napadowy, nerwica natręctw, zespół lęku uogólnionego, fobia społeczna oraz fobie specyficzne [14,15].

Elementami, które przyczyniają się do wystąpienia lęku u ciężarnych są: lęk o stan zdrowia dziecka, lęk przed bólem, cierpieniem, porodem, karmieniem piersią. Ponadto na podniesienie poziomu lęku w grupie kobiet ciężarnych wpływa obawa przed utratą posiadanej dotychczas pozycji życiowej, erotycznej i zawodowej [16,17].

Powstawanie lęku u kobiety ciężarnej rozpatrywane powinno być również w kontekście wieloczynnikowych zależności. Do czynników wywołujących lęk u ciężarnych zalicza się następujące aspekty: choroby własne i w rodzinie, śmierć w rodzinie, sytuacje konfliktowe z mężem i rodzicami, sytuacje konfliktowe, które wynikają ze stanu wolnego, sytuacje stresowe wynikające z niekorzystnych warunków mieszkaniowych, obciążenia pracą zawodową i domową, obciążony wywiad położniczy oraz niedostateczna opieka nad ciężarną. Ponadto lęk u ciężarnych wywołują dolegliwości somatyczne występujące w ciąży [18].

Istotnym elementem, który przyczynia się do podwyższenia poziomu lęku u kobiet ciężarnych jest wystąpienie objawów zagrażającego porodu przedwczesnego i konieczność hospitalizacji pacjentki w oddziale patologii ciąży. Lęk o niskim natężeniu, dzięki mobilizacji układu wegetatywno-endokrynnego, może pobudzać mechanizmy obronne ustroju, działając w pewnym stopniu korzystnie na przebieg ciąży. Natomiast lęk zbyt silny i utrwalony działa niekorzystnie, predysponując do wystąpienia nieprawidłowego przebiegu ciąży i zaburzeń rozwoju płodu [19,20,21].

Podsumowanie

W sytuacji stwierdzenia podwyższonego poziomu lęku u ciężarnych konieczne jest wdrożenie odpowiedniego postępowania psychoprofilaktycznego. Działania realizowane przez położną obejmują właściwą opiekę, edukację ciężarnej, psychoprofilaktykę z udzieleniem wsparcia społecznego oraz dobrą współpracę z rodziną.

Piśmiennictwo

1. Victora CG, Rubens CE. Global report on preterm birth and stillbirth (4 of 7): delivery of interventions. *BMC. Pregnancy. Childbirth.* 2010; 23; 10 (1): 1–19.
2. Azar ZF, Hakimi P, Ghojazadeh M, Ghatresamani F. Pre- and post- McDonald cerclage cervical length, width and funneling rate and their association with duration of pregnancy. *Pak. J. Bio.l Sci.* 2011; 14 (8): 502–506.

3. Kalinka J, Bitner A. Nieprawidłowy czas trwania ciąży. W: Bręborowicz GH, Paszkowski T. red. Medycyna matczyno-płodowa. Położnictwo. Tom II. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
4. Sawulicka-Oleszczuk H, Oleszczuk J. Organizacyjne możliwości zmniejszenia częstości porodów przedwczesnych. *Med. Wieku. Rozw.* 2003; 3 (1): 35–39.
5. Kazimierczak M, Sipiński A. Profilaktyka zaburzeń psychicznych występujących w okresie poporodowym. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2005; 59 (5): 413–417.
6. Czajkowski K. Zapobieganie porodom przedwczesnym. W: Bręborowicz GH, Paszkowski T. red. *Poród przedwczesny*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych; 2006.
7. Głowczak-Polak M. Psychoterapia stanów lękowych. *Psycho Info* 2007; 3/4: 26–27.
8. Kiedrowska M. Lęk i jego rola w regulacji zachowania człowieka. *Wychowanie na co dzień* 2007; 12: 22–25.
9. Śliwiński K. Lęk...Przyjaciół czy wróg. *Psycho Info* 2007; 3/4: 28–29.
10. Siek S. Osobowość. Struktura, rozwój, wybrane metody badania osobowości. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1982.
11. Riemann F. *Oblicza lęku*. Wydawnictwo WAM, Kraków 2005.
12. Śliwka A., Jarosz A. Znaczenie lęku w życiu człowieka. *Wiad. Psych.* 2007, 10, 2: 117-122.
13. Cummings J.L, Mega M.S. *Neuropsychiatry*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005.
14. Krzyżanowska-Zbucka J. *Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2008.
15. Mojs E, Czarnecka-Iwańczuk M, Głowacka MD. Poziom lęku jako stanu i jako cechy oraz depresji we wczesnym połogu- doniesienie wstępne. *Psychiatr. Pol.* 2013; XLVII (1): 31-40.
16. Zdziennicki A. Lęk jako czynnik zagrożenia w perinatologii. *Wiad. Lek.* 1994; XLVII (17–18): 698–699.
17. Lobel M, Cannella L, De Vincent C, Schneider J. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Heal Psychol.* 2008; 27 (5): 604–615.
18. Kornas-Biela D. *Wokół początku życia ludzkiego*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX; 2004.
19. Sittner B, DeFrain J, Hudson D.B. Effects of high-risk pregnancies on families. *Am. J. Matern. Child. Nurs.* 2005; 30 (2): 121–126.
20. Price S, Lake M, Breen G, Carson G, Quinn C, O'Connor. The spiritual experience of high-risk pregnancy. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.* 2007; 36 (1): 63–70.
21. Danerek M, Dykes AK. A theoretical model of parents' experiences of threat of preterm birth in Sweden. *Midwifery.* 2008; 24 (4): 416–424.

Kontakt na autora:

dr n. o zdr. Magdalena Sulima

msulima13@wp.pl

POZAPŁACOWE CZYNNIKI MOTYWUJĄCE PIEŁĘGNIARKI JAKO PUNKT WYJŚCIA DO ZARZĄDZANIA

Nefinančné motivačné faktory sestry ako východiskový bod pre riadenie zdravotníckeho zariadenia

**Ewa Szynkiewicz^{1,2}, Małgorzata Filanowicz¹, Renata Jabłońska³, Aleksandra Popow³,
Wanda Korzycka-Wilińska³**

¹*Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Collegium
Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

²*Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Szpitala
Uniwersyteckiego nr 2 im. J. Bizuela w Bydgoszczy*

³*Szpital Uniwersytecki nr 2 im. J. Bizuela w Bydgoszczy*

*Ludzie pracują za pieniądze,
ale pójdą za tobą dodatkowy szmat drogi,
jeśli okażesz im szacunek, nagrodzisz pochwałą i uznaniem
D. Carnegie*

Współczesne instytucje ochrony zdrowia coraz lepiej dostosowują się otaczającej rzeczywistości, konkurencji oraz wzrastających wymagań klientów. Sukces organizacji zależy w znacznej mierze od pracowników, których kwalifikacje i umiejętności stanowią filar każdej organizacji. To ich działania przyczyniają się do podnoszenia jakości świadczonych usług.

Działalność zawodowa powinna umożliwiać samorealizację oraz przynosić satysfakcję. Często jednak staje się wręcz odwrotnie jest źródłem frustracji i niezadowolenia. Negatywne skutki długotrwałego stresu oraz nieskutecznego radzenia sobie z przeciążeniami zawodowymi dotyczą pracowników ochrony zdrowia, pacjentów, oraz ich rodziny.

Pielęgniarki stanowią najliczniejszą grupę zawodową w każdej jednostce organizacji ochrony zdrowia. Nowoczesna pielęgniarka jest profesjonalistką w zakresie pielęgnowania, samodzielnie zapewnia działania dostosowane do potrzeb i problemów zdrowotnych w zakresie promowania zdrowia, zapobiegania chorobom, oraz przywracania zdrowia. Podejmuje działania

z zakresu edukacji zdrowotnej, oddziałuje wychowawczo, jest współpartnerem w zespołach interdyscyplinarnych. Dąży do nieustannego podnoszenia jakości i efektywności pielęgnowania.

Skuteczne motywowanie to nie tylko nieustające zwiększanie wydatków na uposażenia pracowników. Bardzo często właśnie pozamaterialne sposoby przynoszą wbrew pozorom największe korzyści. Doświadczony i zmotywowany pracownik stanowi marzenie każdego pracodawcy. Motywacja materialna jest skuteczna tylko do pewnego momentu i jako taka nie spełnia właściwie swojego zadania. Płaca stanowi w wielu krajach podstawową siłę motywacyjną. Pełni kilka funkcji: kosztową, dochodową, motywacyjną, społeczną oraz rynkową. Swoją wysoką pozycję jako motywator zachowa do momentu wzrostu zamożności większości społeczeństwa. Wtedy wzrośnie znaczenie innych motywatorów. Płaca motywuje do lepszej pracy tylko wtedy gdy zapewniony jest godziwy poziom wynagrodzenia zasadniczego a część pracy jest uzależniona od rezultatów, postaw i zachowań pracownika.

Dostępne badania wskazują na aktualność problemu motywacji w jednostkach ochrony zdrowia. Niestety w dotychczasowym przedmiocie uwagi, nie zostały uwzględnione specyfika i odrębności sprawowania opieki w pielęgniarstwie zabiegowym i zachowawczym.

Celem niniejszej pracy jest zbadanie opinii pielęgniarek na temat wybranych pozapłacowych czynników motywujących.

Metody

Badanie składało się z jednego etapu. Wzięli w nim udział pielęgniarze i pielęgniarki zatrudnieni w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im dr Jana Bizuela w Bydgoszczy. Ankietowanych podzielono na grupy: zachowawczą i zabiegową, gdzie kryterium podziału stanowiła specyfika jednostek, w których byli zatrudnieni.

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki wywiadu. W tym celu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety zawierający pytania na temat danych społeczno - demograficznych oraz motywacji pozapłacowej. Badania przeprowadzono w miesiącach marcu oraz kwietniu 2013 roku. Uczestniczyło w nim 95 pielęgniarek i pielęgniarzy. Grupę I stanowiły pielęgniarki zatrudnione w oddziałach i klinikach o profilu zachowawczym, grupę II pielęgniarki zatrudnione w oddziałach i klinikach o profilu zabiegowym.

Charakter oddziału określa specyfikę sprawowanej opieki przez pielęgniarki. Oddziały zabiegowe cechuje leczenie operacyjne. Szybka diagnostyka, zabieg i okres rekonwalescencji. Odmienne wygląda zakres sprawowanej opieki pielęgniarstwie na oddziałach zachowawczych. Ze względu na podeszły wiek pacjenta oraz liczne schorzenia czas diagnostyki i terapii ulega wydłużeniu. Zakres opieki jest nastawiony na działania opiekuńczo- pielęgnacyjne. W opisie przeprowadzonych badań pisząc pielęgniarka brano pod uwagę także pielęgniarza.

Do badań kwalifikowano pielęgniarki i pielęgniarzy SU nr 2 w Bydgoszczy. Rozdano 120 ankiet. Badaną grupę stanowiło 95 osób. Wśród nich było 90 kobiet i 5 mężczyzn. Najliczniej reprezentowane były grupy wiekowe w przedziałach powyżej 30 lat. W przedziale 31 - 45 lat - 47 osób (45%), powyżej 45 lat - 48 (46%) badanych. Mieszkańcy miast stanowili prawie ¾ ankietowanych (72%). Ponad połowa (47%) posiadała wyższe wykształcenie.

W badaniu uczestniczyli pielęgniarki i pielęgniarze z oddziałów zabiegowych (49,4%) i zachowawczych (50,6%).

Analizy statystycznej wyników dokonano przy użyciu pakietu programów „Statistica” v. 9.0. Za istotny statystycznie uznawano $p < 0.05$.

Opinia pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w oddziałach zachowawczych i zabiegowych na temat badanych elementów pracy: wynagrodzenie oraz satysfakcja z wynagrodzenia, polecenie pracy znajomym, uznanie przełożonych za wykonywaną pracę, znaczenie pochwały, docenienie przez przełożonych i zgodność oczekiwań związanych z systemem motywacyjnym.

Zarobki brutto

Tabela 1. Deklarowane wynagrodzenie

Grupa		Zarobki			Razem
		do 2500zł	2501-3500 zł	powyżej 3500 zł	
Zachowawcza	<i>n</i>	19	17	7	43
	%	44.2%	39.5%	16.3%	100%
Zabiegowa	<i>n</i>	11	16	21	48
	%	22.9%	33.3%	43.8%	100%
Test dla 2-ch frakcji	<i>u</i>	2.17	0.61	2.93	
	<i>p</i>	0.03	0.54	0.003	

Odsetek udzielonych przez ankietowanych odpowiedzi dotyczących najniższych z podanych zarobków (do 2500 zł) jest istotnie większy na oddziałach zachowawczych niż na zabiegowych, natomiast wyższe pobory (powyżej 3.500 zł) częściej wskazują pracownicy oddziałów zabiegowych.

Odsetek udzielonych odpowiedzi przez pracowników oddziałów zachowawczych dotyczących najniższych zarobków (poniżej 2500 zł - 44.2%) jest istotnie większy niż odsetek zarobków większych od 3500 zł (16.3% $p=0.003$) natomiast na oddziałach zabiegowym sytuacja jest odwrotna ($p=0.03$). Stąd nasuwa się wniosek, że pielęgniarki/pielęgniarze z oddziałów zabiegowych otrzymują wyższe uposażenie.

Powyższe wyniki przedstawia tabela 1.

Zadowolenie z wynagrodzenia

Tabela 2. Satysfakcja z otrzymywanego uposażenia

Grupa		Zadowolenie z wynagrodzenia			Razem
		tak	nie	brak zdania	
Zachowawcza	<i>n</i>	6	37	4	47
	%	12.8%	78.7%	8.5%	100%
Zabiegowa	<i>n</i>	6	33	9	48
	%	12.5%	68.8%	18.8%	100%
Test dla 2-ch frakcji	<i>u</i>	0.04	1.11	1.48	
	<i>p</i>	0.97	0.27	0.14	

Odsetek odpowiedzi pielęgniarek/pielęgniarzy zadowolonych z wynagrodzenia, niezadowolonych i nie mających zdania nie różni się istotnie w porównywanych grupach, natomiast odsetek niezadowolonych w każdej z grup jest istotnie większy niż procent zadowolonych ($p < 0.0001$), (tabela 2).

Gdyby znajomi chcieli rozpocząć pracę w firmie gdzie pracuję, to...

Tabela 3. Czy poleciłbym pracę w mojej firmie znajomym?

Grupa		odradziłbym	opisałbym plusy i minusy	zachęciłbym	Razem
Zachowawcza	<i>n</i>	7	35	4	46
	%	15.2%	76.1%	8.7%	100%
Zabiegowa	<i>n</i>	7	36	5	48
	%	14.6%	75.0%	10.4%	100%
Test dla 2-ch frakcji	<i>u</i>	0.09	0.12	0.28	
	<i>p</i>	0.93	0.90	0.78	

Odpowiedzi respondentów w porównywanych grupach są wyjątkowo zgodne i nie różnią się istotnie. Najwięcej odpowiedzi było typu „opisałbym plusy i minusy” – odsetek udzielonych odpowiedzi w każdej grupie jest istotnie większy niż odsetek odpowiedzi pozostałych ($p < 0.0001$). Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Aprobata za dobrze wykonaną pracę

Tabela 4. Otrzymywane od przełożonych pochwały

Grupa		Czy jest Pani/Pan chwalona/y			Razem
		tak	Nie	brak zdania	
Zachowawcza	<i>n</i>	18	25	4	47
	%	38.3%	53.2%	8.5%	100%
Zabiegowa	<i>n</i>	19	28	0	47
	%	40.4%	59.6%	0.0%	100%
Test dla 2-ch frakcji	<i>u</i>	0.21	0.62	-	
	<i>p</i>	0.83	0.53	-	

Nie ma istotnej różnicy między odsetkiem udzielonych odpowiedzi „tak” oraz „nie” w porównywanych grupach. Nie ma także istotnej różnicy między odpowiedziami „tak” i „nie” w badanej grupie respondentów zatrudnionych w oddziałach zachowawczych ($p=0.15$) i zabiegowych ($p=0.06$). Wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Znaczenie pochwał uzyskiwanych od przełożonych w opinii pracowników

Tabela 5. Ranga uznania przełożonych zdaniem badanych

Grupa		Ważność pochwały			Razem
		tak	nie	brak zdania	
Zachowawcza	<i>n</i>	40	6	1	47
	%	85.1%	12.8%	2.1%	100%
Zabiegowa	<i>n</i>	43	5	0	48
	%	89.6%	10.4%	0.0%	100%
Test dla 2-ch frakcji	<i>u</i>	0.66	0.36	-	
	<i>p</i>	0.51	0.72	-	

Nie wykazano istotnej różnicy między odsetkiem odpowiedzi „tak” oraz „nie” w badanych grupach. Natomiast odsetek odpowiedzi „tak” świadczących o znaczeniu pochwały jest istotnie większy niż procent „nie” w obydwu grupach ($p<0.0001$), (tabela 5).

Docenienie przez przełożonych

Tabela 6. Poczucie dowartościowania

Oddział		Docenianie w firmie		Razem
		tak	nie	
Zachowawczy	<i>n</i>	15	29	44
	%	34.1%	65.9%	100%
Zabiegowy	<i>n</i>	16	32	48
	%	33.3%	66.7%	100%
Test dla 2-ch frakcji	<i>u</i>	0.08	0.08	
	<i>p</i>	0.94	0.94	

Odsetek odpowiedzi „tak” lub „nie” oznaczających aprobatę dla wykonywanych działań nie różni się istotnie w porównywanych grupach ($p=0.94$).

Istotna różnica została wykryta pomiędzy odsetkiem odpowiedzi „tak” i „nie” - procenty odpowiedzi „nie” są istotnie większe w grupie zachowawczej ($p=0.002$) oraz zabiegowej ($p=0.0009$), (tabela 6). Większość ankietowanych uważa, że nie są docenieni w obecnej pracy.

Zgodność obowiązującego w organizacji systemu motywacyjnego z oczekiwaniami pracowników.

Tabela 7. System motywacyjny w opinii ankietowanych

Grupa		Zgodność z oczekiwaniami			Razem
		tak	nie	brak zdania	
Zachowawcza	<i>n</i>	3	43	1	47
	%	6.4%	91.5%	2.1%	100%
Zabiegowa	<i>n</i>	2	43	3	48
	%	4.2%	89.6%	6.3%	100%
Test dla 2-ch frakcji	<i>u</i>	0.49	0.32	1.04	
	<i>p</i>	0.63	0.75	0.30	

Nie wykryto istotnej różnicy między porównywanymi grupami pod względem odsetek odpowiedzi na „tak” i „nie”. Natomiast w obydwu grupach procent pielęgniarek/pielęgniarzy, deklarujących niezadowolenie z powodu obowiązującego obecnie systemu motywacyjnego jest istotnie większy niż opinie pracowników mających odmienną opinię ($p < 0.0001$), (tabela 7).

Zmiana pracy

Tabela 8. Możliwość zmiany pracy

Grupa		Wyraziłabym przejęcia do innej firmy			Razem
		Tak	nie	zastanowiłabym się	
Zachowawcza	<i>n</i>	4	8	35	47
	%	8.5%	17.0%	74.5%	100%
Zabiegowa	<i>n</i>	8	8	32	47
	%	16.7%	16.7%	66.7%	100%
Test dla 2-ch frakcji	<i>u</i>	1.21	0.05	0.84	
	<i>p</i>	0.22	0.96	0.40	

Porównywane grupy nie różnią się istotnie pod względem częstości odpowiedzi „tak”, „nie” i „zastanowiłabym się”. Natomiast w obu grupach odsetek pracowników zastanawiających się nad przejściem do innej firmy, jest istotnie większy niż procent pielęgniarek/pielęgniarzy o innym zdaniu ($p < 0.0001$).

Powyższe wyniki przedstawia tabela 8.

Dyskusja

Pielęgniarstwo w Polsce szczyty się długą zawodową tradycją. Wpływ na nią miały różnorodne historyczne uwarunkowania, nadając im bazowy kształt i charakter pracy. W przeszłości pielęgniarki tradycyjnie zajmowały niższą podporządkowaną pozycję co znajduje odzwierciedlenie w dzisiejszej rzeczywistości. Zakres działalności zawodowej pielęgniarek zmieniał się przez lata i był spowodowany rosnącymi umiejętnościami technicznymi oraz

wzrostem poziomu intelektualnego. Pomimo wielu nierozwiązanych i pilnych spraw, sytuacja zawodowa tej grupy zawodowej cyklicznie ulega kolejnym powolnym przemianom podnoszącym status zawodowy i społeczny.

Pielęgniarstwo należy do jednych z najbardziej sfeminizowanych zawodów. Na całym świecie ponad 90% pielęgniarek stanowią kobiety. Jest to czynnik sprzyjający niskiemu postrzeganiu rangi zawodu. Towarzyszą mu inne typowe dla zawodów kobiecych elementy w postaci: niskich płac i statusu społecznego, złych warunków pracy oraz przemoc [1, 2, 3].

W objętej badaniem grupie pielęgniarek, kobiety stanowiły 95% ankietowanych. W obu porównywanych grupach zachowawczej i zabiegowej liczbowy procent zatrudnionych kobiet był istotnie większy niż mężczyzn ($p < 0.0001$).

Średnia wieku pielęgniarek w Polsce według danych opublikowanych w 2010 roku przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych wynosi 44,6 lat. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN, 2009) alarmuje, że podobna sytuacja występuje w Kanadzie, Danii, Irlandii, Islandii, Wielkiej Brytanii oraz Stanach Zjednoczonych.

W Polsce zarejestrowanych jest ponad 300 tysięcy pielęgniarek. Statystycznie na tysiąc mieszkańców przypada 5 zatrudnionych pielęgniarek. W Unii Europejskiej prawie dwa razy tyle. Niestety nadal względy ekonomiczne a nie rzeczywiste potrzeby, poparte przeprowadzanymi badaniami norm zatrudnienia są wskaźnikiem zatrudnienia.

W badaniach własnych opisywane grupy były jednorodne pod względem wiekowym. Zdecydowana większość ankietowanych to osoby powyżej 30 roku życia. Odpowiednio w wieku 31 - 45 lat - 46,8% natomiast powyżej 45 lat 48,9% w grupie pielęgniarek zachowawczych i odpowiednio po 50% zabiegowych. Potwierdzają to także badania Bidzińskiej, Sobczak i Rakowskiej [4], Sekuły i Sabat [5] oraz Kuneckiej [6].

Kolejna grupa danych poddanych analizie dotyczyła miejsca zamieszkania. Badania własne wykazały, że procentowy udział badanych w porównywanych grupach nie różni się istotnie. W obu przypadkach mieszkańcy miast stanowią $\frac{3}{4}$ ankietowanych.

Edukacja zawodowa pielęgniarek jest fundamentalnym aspektem profesjonalizacji, decydującym o rolach i zadaniach przypisanym tej grupie zawodowej. Współczesne kształcenie pielęgniarek odbywa się na poziomie uniwersyteckim. Coraz większa gama różnorodnych form doskonalenia zawodowego oraz możliwość uzupełnienia wykształcenia sprawia, że pielęgniarki licznie uczestniczą w tego typu zajęciach [7].

W dalszym etapie badań analizie poddano wykształcenie badanych. Zarówno w grupie pielęgniarek zachowawczych jak i zabiegowych nie wykryto istotnej różnicy w zakresie posiadanego wykształcenia. Wykształceniem średnim w pierwszej grupie badanych legitymowało się 44,7%, wyższym 55,3%. Wśród pielęgniarek zabiegowych odpowiednio 52,1% oraz 47,9%.

Stosunkowo niskie, w porównaniu do innych zawodów, wynagrodzenie powoduje, że, poza ograniczonymi perspektywami kariery zawodowej, pielęgniarki często podejmują czynności pozwalające na uzyskanie lepszych perspektyw. Należą do nich migracja zarobkowa, przebranżowienie oraz podejmowanie dodatkowego zatrudnienia.

Uzyskane w badaniu własnym dane dotyczące poziomu zarobków w grupach porównywanych pielęgniarek, ukazują istotne różnice dotyczące I (do 2500 pln – 42,2% vs 22,9%) oraz III przedziału (powyżej 3500 pln - 16,3% vs 43,8%). Wskazuje to na zróżnicowane wynagrodzenie na korzyść pielęgniarek z oddziałów zabiegowych. Prawdopodobnie powyższa sytuacja spowodowana jest różnymi formami zatrudnienia ankietowanych (umowa o pracę, umowa cywilno – prawna) i wymaga dodatkowych badań.

Pomimo poprawy sytuacji finansowej nadal pensje pielęgniarek w Polsce oscylują poniżej średniej krajowej. Praca nie jest należycie wyceniona [8]. Średnie wynagrodzenie stanowi 61% przeciętnego wynagrodzenia w Polsce [9]. Nie będzie zatem budziło zdziwienia niezadowolenie z wynagrodzenia wśród badanych. Odsetek rozczarowanych w każdej z grup (78,7% vs 68,8%) jest istotnie większy niż zadowolonych (12,8% vs 12,5%).

Zdaniem społeczeństwa pielęgniarstwo należy do pewnych zawodów w trudnych czasach, ale wybór ich nie jest konieczny, jeśli dostępne są inne gwarantujące godziwą pracę i płacę zawody [10, 11]. Dlatego też na zadane pytanie czy polecilibym pracę w mojej firmie znajomym? odpowiedzi w badanych grupach były porównywalne. W obydwu z nich ponad ¾ respondentów wskazywało „opisanie dobrych i złych stron organizacji”. Odsetek udzielonych odpowiedzi w każdej grupie jest istotnie większy niż odsetek odpowiedzi pozostałych ($p < 0.001$). Zdecydowanie tak odpowiedziały co 10 badana (8,7% vs. 10,4%), zdecydowanie nie co 7 ankietowany (15,2% vs. 14,6%).

Zadowolenie z wykonywanej pracy nie jest wartością stałą. Wpływają na nie różne czynniki: etap życiowy, staż pracy, warunki finansowe, stopień wypalenia zawodowego, kultura organizacyjna oraz poczucie satysfakcji zawodowej. Dobrze wykonana praca powinna zawsze kojarzyć się pracownikowi z aprobatą przełożonych, poczuciem dowartościowania [12, 13, 14]. W badaniach przeprowadzonych przez Kunecką [15] zwrócono uwagę jak istotny wpływ na odczucie zadowolenia z wykonywanej pracy mają relacje interpersonalne z przełożonymi i kolegami. Na podstawie wyniku testu dla 2 – ch frakcji nie wykazano istotnej różnicy pomiędzy odpowiedziami w grupie zachowawczej i zabiegowej oraz pomiędzy nimi, na temat pochwał otrzymywanych od przełożonych. Większość badanych w obydwu grupach (53,2% vs. 59,6%) utrzymuje, że nie jest chwalona przez przełożonych. Co czwarta z badanych pielęgniarek z zakresu pielęgniarstwa zachowawczego i zabiegowego jest przeciwnego zdania (38,3% vs. 40,4%). Uznanie przełożonego ma dla ankietowanych zasadnicze znaczenie. Odsetek odpowiedzi potwierdzających rangę pochwały wynosi odpowiednio 85,1% vs. 89,6% $p < 0,0001$.

Podobnie przedstawia się sprawa w przypadku następnego pytania o poczucie docenienia respondentów przez przełożonych. Większość ankietowanych uważa, że nie są doceniani w obecnej pracy (65,9% vs. 66,7%). Istotna różnica wykryta pomiędzy odsetkami wybranych odpowiedzi w obydwu grupach ($p=0,002$, $p=0,0009$).

Wynagrodzenie pełni funkcję społeczną, kosztową, dochodową i motywacyjną. Stąd zasadność zapytania respondentów o zgodność z oczekiwaniami systemu motywacyjnego obowiązującego w organizacji. W obydwu badanych grupach większość ankietowanych (91,5% vs. 89,6%) uznaje, że nie spełnia on ich oczekiwań ($p<0,0001$).

Poruszając tematykę satysfakcji z wykonywanej pracy należy uwzględnić subiektywne podejście każdego z badanych. Zadowolenie będzie wprost proporcjonalne do pożądanego zachowania środowiska pracy, w sektorze materialnym i niematerialnym. Pracownik zadowolony ze środowiska pracy i zasad panujących w organizacji jest lojalny względem pracodawcy. Jeżeli jednak omawiane powyżej elementy nie zostaną uwzględnione pracownik nie czuje się związany z organizacją.

Kolejne z omawianych zagadnień dotyczyło decyzji o zmianie pracy. Za zmianą optowało 8,5% vs. 16,7% badanych. Zdecydowanie nie odpowiedziało 17,0% vs. 16,7%. Natomiast aż $\frac{3}{4}$ zastanawia się nad przejściem do innego pracodawcy. Odpowiednio 74,5% vs. 66,7%, $p<0,0001$.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej zgromadzonego materiału badawczego oraz otrzymanych wyników badań własnych, opracowano następujące wnioski.

1. Badane grupy pielęgniarek są homogeniczne pod względem porównywanych czynników społeczno - demograficznych.
2. Pomimo uzyskiwania wyższych zarobków przez pielęgniarki z oddziałów zabiegowych, obydwie z badanych grup wykazują niezadowolenie z gratyfikacji finansowej za wykonywaną pracę.
3. Ankietowani zastanawiają się nad zmianą pracy. Obecne zatrudnienie odradza znajomym co 7 badany.
4. Znaczenie pochwały oceniane jest bardzo wysoko. Pielęgniarki nie czują się docenione w pracy przez przełożonych. Deklarują niską motywację do pracy.

Bibliografia

1. Krysicki W., Bartos J., Dyczka W. i wsp.: *Rachunek prawdopodobo - bieństwa i statystyka matematyczna w zadaniach, część II*, PWN, Warszawa 1997

2. Kucharz M. (2005): *Badanie satysfakcji pielęgniarek z pracy zawodowej*. Praca dyplomowa Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania przy Akademii Ekonomicznej w Krakowie. [Dostęp on-line
3. Kunecka D. (2008): *Negatywne zachowania w miejscu pracy, a zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek*. Niepublikowana praca doktorska, WNoZ, Pomorska Akademia Medyczna, s. 69
4. Kunecka D. *Satysfakcja pracownika a jakość usług medycznych*. *Prob Hig Epidemiol* 2010, 913 (3):451-457
5. Kunecka D. *Analiza czynników wpływających na motywację w pracy pielęgniarki*. *Family Medicine & Primary Care Review* 2008 10, 2: 158-161
6. Kunecka D., Kamińska M., Karakiewicz B. *Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Badanie wstępne*. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007,
7. Leśniewski A., Berny J. *Motywowanie płacowe i pozapłacowe w przedsiębiorstwie - ujęcie teoretyczne*. *Zeszyty Naukowe UPH w Siedlcach* 2011, 90, 17:97 - 108
8. Lewandowska A., Litwin. *Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki*. *Annales Academiae Stetinensis* 2009,55,3, 86-89
9. Moczko J.A., Bręborowicz G.H., Tadeusiewicz R.: *Statystyka w badaniach medycznych*. Springer PWN, Warszawa 1998
10. Ogólnopolskie Badanie Wynagrodzeń prowadzone przez firmę Sedlak & Sedlak. Obliczenia przygotowano na podstawie odpowiedzi 393 000 osób.
11. Penc J. *Strategie zarządzania. Perspektywiczne myślenie, systemowe działanie*. Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2002, s. 18
12. Sekuła Z., Sabat. *Motywowanie średniego personelu medycznego* .www.wis.com.pl/www.content/uploads/2012/03/secula_sabat_zzl_2008.pdf (28.05.2013)
13. Sikorski C. *Motywacja jako wymiana – modele relacji między pracownikami a organizacją*,
14. Stoner J.A.F., Freeman R.E., Gilbert D.R. *Kierowanie*. Wydawnictwo PWE, Warszawa 1998, s. 609
15. Widerszal-Bazyl M. *Źródła stresu i satysfakcji w pracy pielęgniarki. Czy istnieje polska specyfika?* Materiały Konferencyjne: Pielęgniarek polskich portret własny z Europą w tle, czyli raport z badań europejskiego projektu NEXT Warszawa 2005, s. 5-17.

Kontakt na autora:

Dr Ewa Szynekiewicz

Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych

Szpital Uniwersytecki nr 2 im dr Jana Biziela w Bydgoszczy

Ul. Kornela Ujejskiego 75
Bydgoszcz 85-168
Tel.502358797
ewaszynkiewicz@wp.pl

WPŁYW WYBRANYCH DETERMINANTÓW NA JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH Z REUMATOIDALNYM ZAPALENIEM STAWÓW-CZĘŚĆ II

Vplyv vybraných faktorov na kvalitu života u pacientov s reumatoidnou artritídou-časť II.

Ewa Szynkiewicz^{1,2}, Małgorzata Filanowicz¹, Małgorzata Graczyk², Katarzyna Napiórkowska²,
Natalia Ukleja-Sokołowska², Bernadeta Cegła¹

¹*Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Collegium
Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,*

²*Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Szpitala
Uniwersyteckiego nr 2 im. Dr J. Biziela w Bydgoszczy*

Wstęp

Rozumienie pojęcia „jakość życia” (QOL – Quality of life) zmieniało się wielokrotnie podczas ubiegłych stuleci. Hipokrates definiował szczęśliwe życie jako rezultat stanu równowagi pomiędzy nami a otoczeniem. Natomiast zdaniem Arystotelesa najważniejszą aspiracją człowieka było dążenie do eudajmonii, określanej jako stan zaspokojenia wszystkich swoich potrzeb. W wiekach średnich celem człowieka było życie pełne poświęcenia i wyrzeczeń co zapewniało życie wieczne [1, 2]. Określenie Quality of life uległo rozpowszechnieniu w Stanach Zjednoczonych oraz krajach skandynawskich po zakończeniu II wojny światowej. Określało dobre życie i było używane dla oznaczenia poziomu rozwoju cywilizacyjnego na podstawie posiadanych dóbr materialnych. W kolejnych latach, zwiększano sukcesywnie zakres tego pojęcia dołączając do niego kolejne czynniki [3, 4, 5, 6]. Jakość życia w medycynie może zostać określona w sposób zarówno obiektywny jak i subiektywny. Do czynników obiektywnych zaliczymy: status socjoekonomiczny, satysfakcję życiową, aktywność, środowisko, fizyczne i psychiczne samopoczucie, wskaźniki społeczne oraz integrację socjalną. Natomiast subiektywny wymiar określa postrzeganie jakości życia oraz satysfakcję z niej określoną przez badanego [2, 3, 6, 7, 8].

W latach 90. XX wieku wprowadzono termin *Health Related Quality of Life (HRQL)* oznaczający „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez pacjenta” [6, 9, 10, 11].

Percepcja *HRQOL* obejmuje główne dziedziny życia: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną, warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne. Ponadto zwraca uwagę na takie sfery funkcjonowania ludzi chorych jak seksualność, uczestnictwo w kulturze oraz duchowość. *HRQOL* zyskała miano kryterium obiektywnego [1, 2, 3, 9]. Kwestię jakości życia związanej ze zdrowiem prezentuje definicja zdrowia stworzona przez *WHO* opisująca je jako „*stan pełnego psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko brak choroby*” [9, 10, 11]. Definicja pozwala na ukazanie subiektywnego aspektu *QOL*.

Najbardziej przydatne i proste narzędzia do pomiaru jakości życia stanowią badania kwestionariuszowe, pozwalające na opis ilościowy dokonany w oparciu o uzyskany wynik punktowy. Możemy je podzielić na dwie grupy: ogólne i specyficzne. Kwestionariusze ogólne (*generic scales*) służą do pomiaru jakości życia w różnorodnych schorzeniach. Najczęściej uwzględniają kilka dziedzin i znajdują zastosowanie podczas porównania i oceny *QOL* różnorodnych grup badanych oraz dużych społeczności. Omawiane kwestionariusze pozwalają na pomiar globalny oraz parcjalny, oceniają wpływ objawów chorobowych na jakość życia ankietowanych. Wadą przeprowadzonych badań przy użyciu skal generycznych jest mała czułość na powstałe specyficzne zmiany spowodowane przez dane schorzenie [1, 2, 12, 13, 14]. Do najczęściej używanych zaliczamy: *WHOQOL* – World Health Organization Quality of Life Instrument, *WHOOL - BREF*, *SF - 36 Short Form Health Survey*, *NHP* – Nottingham Health Profile, *SIP* - Sickness Impact Profile. W reumatoidalnym zapaleniu stawów często używane są kwestionariusze specyficzne: *Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ)*, *Kwestionariusz MHAQ* jest zmodyfikowaną, krótszą wersją *HAQ*, *Arthritis Impact Measurement Scale – AIMS*, *Problem Elicitation Technique (PET)*, [15,16,17].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów oraz określenie zależności pomiędzy jakością życia a odczuwanymi dolegliwościami bólowymi, czasem od rozpoznania choroby, wglądem w chorobę, radzenia sobie ze stresem, zdolnością do samoopieki.

Materiał i metody

Badania jakości życia przeprowadzono w okresie od lutego do lipca 2010 roku w Oddziale Klinicznym Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej oraz Poradni Reumatologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy. W tym czasie rozdano 150 ankiet. Badana grupa liczyła 120 osób dorosłych – 24 (20%) mężczyzn i 96 kobiet (80%). Wiek respondentów w ujęciu na przedziały: <30 lat, 36-55 lat oraz >55 lat przedstawiał się następująco: 14 (12%), 52 (43%), 55 (45%) ankietowanych. Ponad 2/3 (80 osób - 66,7%)

badanych mieszkało w mieście, pozostali (40 osób - 33,2%) na wsi. Z pośród ankietowanych prawie ¼ (27 osób - 22,5%) było stanu wolnego, natomiast 92 osoby (77,5%) pozostawały w związku małżeńskim. Wykształcenie podstawowe lub zawodowe posiadało 38 (32%), średnie 58 (48%), natomiast wyższe 24 (20%) respondentów. Aktywne zawodowo były 44 osoby (36%) pozostałe 74 (64%) nie pracują. Zdecydowana większość ankietowanych deklarowała dobre warunki materialne (104 - 86% vs 16 - 14%).

W badaniach posłużono się Polską wersją skali Światowej Organizacji Zdrowia WHOQOL - Bref. Kwestionariusz służy do oceny ogólnej jakości życia. Odpowiedzi w badaniach przedstawiane są na 5 stopniowej skali Likerta (gdzie większej wartości odpowiada wyższa jakość życia). Narzędzie ocenia:

- Indywidualną ogólną percepcję jakości życia,
- Indywidualną ogólną percepcję własnego zdrowia oraz określa jakość życia w dziedzinach:
 - Fizycznej,
 - Psychologicznej,
 - Relacji społecznych,
 - Środowiska [18].

W wyniku przeprowadzonej analizy każdy badany otrzymywał ocenę Jakości Życia w skali 4-20. W celu unormowania oceny JŻ (doprowadzenia do skali 0-1) zastosowano przekształcenie:

$$J\check{Z}_{0-1} = \frac{J\check{Z}_{4-20} - 4}{16}$$

gdzie: $J\check{Z}_{4-20}$ – ocena jakości życia w skali 4-20,

$J\check{Z}_{0-1}$ – ocena jakości życia w skali unormowanej.

W grupie badanej najmniejsza unormowana ocena jakości życia wynosiła 0.25, maksymalna 0.87. W pracy wykorzystano funkcjonalne możliwości pakietu Excell oraz programu Statistica v.9. Metody statystyczne zastosowane w pracy:

- parametryczny test Shapiro-Wilka w celu weryfikacji hipotez o normalności rozkładów badanych cech.
- Parametryczne testy F Snedecora i Levene'a w celu weryfikacji hipotezy o jednorodności wariancji w dwóch porównywanych grupach.
- Parametryczny test t Studenta w celu porównania wartości średnich w dwóch grupach w przypadkach normalności rozkładów i jednorodności wariancji w dwóch

porównywanych grupach. W przypadku normalności obu rozkładów ale różnych wariancji zastosowano parametryczny test Cochran-Coxa.

- Test jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA w celu weryfikacji hipotezy o równości średnich w więcej niż w dwóch grupach przy założeniu normalności rozkładów i jednakowości wariancji.
- Nieparametryczny test Manna-Whitney'a w celu porównania dwóch grup w przypadku braku normalności rozkładów [19, 20].

Jako miarodajny przy weryfikacji postawionych hipotez był przyjęty poziom istotności $p=0.05$ dla którego podane wartości krytyczne. Podano także wartości p -value. Przy $p<0.05$ różnica uznawana za statystycznie istotną.

Wyniki badań

1. Jakość Życia w poszczególnych dziedzinach

Tabela 1. Jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów.

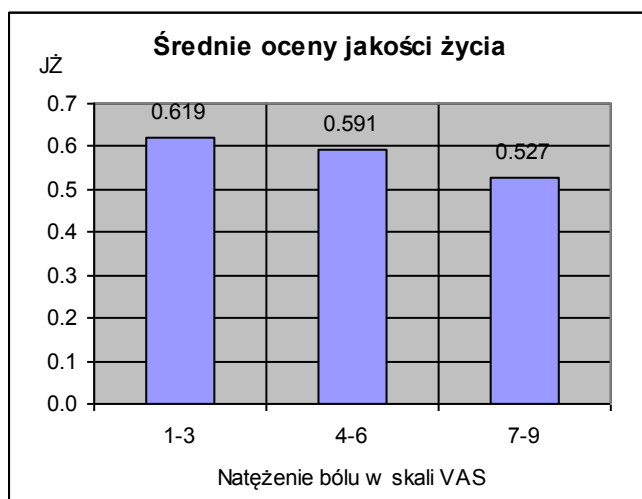
	Parametry	Dziedziny			
		Fizyczna	Psychologiczna	Relacje społeczne	Środowisko
Jakość Życia	<i>n</i>	120	120	120	120
	min	0.179	0.167	0.083	0.313
	max	0.821	0.958	0.917	0.906
	mediana	0.518	0.583	0.667	0.625
	średnia	0.520	0.560	0.649	0.605
	<i>SD</i>	0.130	0.142	0.150	0.121

2. Ustalenie zależności między Jakością Życia a oceną bólu w skali NRS (Numerical Sting scale).

Wszystkie wartości w skali numerycznej (w granicach od 0 do 10) zapewniają zróżnicowanie udzielanych odpowiedzi dotyczących natężenia bólu. Pacjent wskazuje cyfrę określającą ból w danej chwili. Cyfra 0 określa brak bólu, a 10 najgorszy ból jaki można sobie wyobrazić. Cała populacja była podzielona na trzy podgrupy wg wysokości ocen bólu: 0-3 (natężenie małe), 4-6 (średnie), 7-10 (duże).

Tabela 2. Zależność jakości życia od odczuwanych dolegliwości bólowych.

	Parametry	Natężenie bólu w skali NRS		
		0-3 (małe)	4-7 (średnie)	8-10 (duże)
Jakość Życia	<i>N</i>	18	78	23
	Min	0.320	0.286	0.248
	Max	0.869	0.845	0.756
	Mediana	0.663	0.609	0.555
	Średnia	0.619	0.591	0.527
	<i>SD</i>	0.138	0.098	0.131
	Test normalności Shapiro-Wilka	<i>W</i>	0.920	-
<i>W_{kr}</i>		0.897	-	0.914
normalność		tak	-	tak
Test Levene'a (<i>F_{kr}</i> =3.07)	<i>F</i>	2.56		
	<i>P</i>	0.08 (<i>ns</i>)		
Test ANOVA (<i>F_{kr}</i> =3.07)	<i>F</i>	4.11		
	<i>P</i>	<0.02		



Rycina 1. Odczuwanie bólu a jakość życia.

Test ANOVA wykazał, że nie wszystkie średnie są sobie równe, różnica istnieje co najmniej między wartościami skrajnymi: Jakość Życia w podgrupie z małym natężeniem bólu jest istotnie większa niż w podgrupie, gdzie ból jest mocno odczuwany.

3. Ustalenie zależności między Jakością Życia a czasem rozpoznania choroby

Tabela 3. Jakość Życia a czas od rozpoznania choroby

	Parametry	Czas rozpoznania choroby (w latach)		
		0-9	10-20	>20
Jakość Życia	<i>N</i>	48	42	28
	Min	0.248	0.342	0.330

	Max	0.869	0.748	0.744
	Mediana	0.625	0.592	0.563
	Średnia	0.596	0.578	0.565
	SD	0.136	0.091	0.106
Test normalności Shapiro-Wilka	W	0.955	0.954	0.957
	W _{kr}	0.947	0.942	0.924
	normalność	tak	tak	tak
Test Levene'a ($F_{kr}=3.08$)	F	3.08		
	P	0.05		
Test ANOVA ($F_{kr}=3.08$)	F	0.69		
	P	0.50 (ns)		

Test ANOVA nie wykrył różnicy między średnimi – oznacza to, że Jakość Życia nie zależy od czasu rozpoznania choroby.

4. Ustalenie zależności między Jakością Życia a czynnikami psychologicznymi - wgląd pacjenta w chorobę

Spośród 120 ankietowanych 3 pacjentów odpowiedziało, że nie czują się chorzy, 108 – że czują się chorzy i akceptują leczenie natomiast 9 chorych stwierdziło, trudno określić. Ze względu na niskie liczebności w powyższych grupach nie przeprowadzono analizy statystycznej wpływu jakości życia na wgląd w siebie i chorobę.

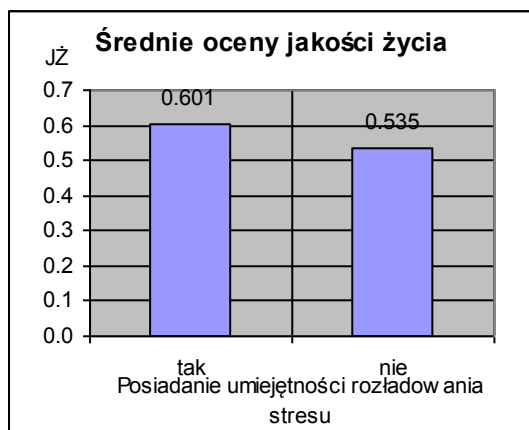
5. Posiadanie umiejętności radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych

Tabela 4. Jakość życia a radzenie sobie ze stresem

Parametry	Posiadanie umiejętności		
	tak	nie	
Jakość Życia	N	88	32
	Min	0.342	0.248
	Max	0.845	0.869
	mediana	0.615	0.545
	średnia	0.601	0.535
	SD	0.100	0.136
	Test normalności Shapiro-Wilka	W	-
W _{kr}		-	0.930
normalność		-	tak
Test F Snedecora ($F_{kr}=1.58$)	F	1.87	
	P	0.012	
Test C Cochran-Coxa ($C_{kr}=2.03$)	T	2.50	
	P	0.014	

W związku z tym, że test F Snedecora wykrył różnice między wariancjami zastosowano test C Cochran-Coxa, który wykrył, że średnia Jakość Życia w podgrupie która posiada

umiejętności rozładowania stresu jest istotnie większa niż w grupie, która z tym sobie nie poradzi.



Rycina 2. Zależność jakości życia od sposobów radzenia sobie ze stresem.

6. Ocena zdolności do samoopieki w sytuacjach zaostrzenia schorzenia

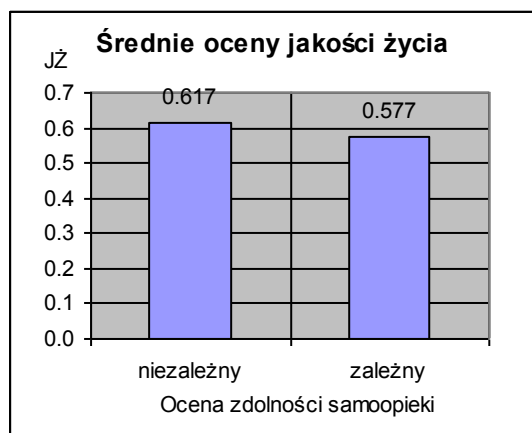
Spośród 120 ankietowanych 20 odpowiedziało, że są samowystarczalni, 96 - że są częściowo zależni od innych osób i czworo że całkowicie zależą od innych osób. Ze względu na małą liczebność trzeciej grupy, druga i trzecia grupy były połączone.

Tabela 5. Jakość życia a zdolność do samoopieki

	Parametry	Ocena zdolności samoopieki	
		jestem samowystarczalny	jestem zależny od innych osób
Jakość Życia	<i>N</i>	20	100
	Min	0.286	0.248
	Max	0.741	0.869
	Mediana	0.659	0.587
	Średnia	0.617	0.577
	<i>SD</i>	0.124	0.112
Test normalności Shapiro-Wilka	<i>W</i>	0.766	-
	<i>W_{kr}</i>	0.905	-
	normalność	nie	-
Test <i>F</i> Snedecora (<i>F_{kr}</i> =1.69)	<i>F</i>	1.19	
	<i>P</i>	0.28 (ns)	
Test <i>t</i> Studenta (<i>t_{kr}</i> =1.98)	<i>T</i>	1.47	
	<i>P</i>	0.14 (ns)	
Test Manna-Whitney'a (<i>u_{kr}</i> =1.96)	<i>U</i>	2.57	
	<i>P</i>	0.024	

Test normalności Shapiro-Wilka odrzucił hipotezę o normalności rozkładu Jakości Życia w grupie samowystarczalnych, dlatego był zastosowany nieparametryczny test sumy rang Manna-Whitney'a który wykrył istotną różnicę między grupami. Porównując wartości średnie

można dojść do wniosku, że poziom Jakości Życia w grupie pacjentów samowystarczalnych, zdolnych do samoopieki jest istotnie większy niż w grupie pacjentów którzy wymagają pomocy od innych osób.



Rycina 2. Jakość życia a samoopieka

Omówienie i wnioski

Zagadnienie jakości życia stało się jednym z ważniejszych pojęć w medycynie. Badania różnorodnych dziedzin i obszarów życia stanowią uzupełnienie oceny stanu zdrowia chorych, ułatwiając holistyczną terapię i zindywidualizowaną opiekę. Pozwalają na upodmiotowienie pacjenta. Mają nieoceniony wpływ na poprawę jakości życia we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka.

Jakość życia w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychologicznego, relacji społecznych oraz środowiskowego w badaniach własnych oceniona została przez respondentów na poziomie średnim. Przeprowadzona analiza wykazała, że najwyżej oceniona została dziedzina relacji społecznych (0,649), następnie środowiskowa (0,605), psychologiczna (0,560) oraz fizyczna (0,520). Podobne wyniki przy użyciu kwestionariusza WHOQoL- BREF przedstawione zostały w badaniach Matyldy Sierakowskiej i wsp.[21] na grupie 64 chorych gdzie najlepiej ocenione zostały dziedziny społeczna (14,7 po unormowaniu 0,668), psychologiczna (12,1 po unormowaniu 0,506), środowiskowa (11,3 po unormowaniu 0,456) oraz fizyczna (11,6 po unormowaniu 0,475). W badaniu Jankowskiej i wsp. [22] 60 pacjentów w wieku 23-79 lat uzyskano następujące wyniki: domena psychologiczna 15 (po unormowaniu 0,687), somatyczna 17,8 (unormowana 0,862), socjalna 13,8 (unormowana 0,612), środowiskowa 19,2 (unormowana 0,95). Analizując badania Wysockiej Skórskiej i wsp. [23] przy użyciu skali SF-36 na grupie 100 chorych wykazano dość słabe funkcjonowanie chorych w sferze fizycznej. Natomiast w sferze psychicznej respondenci ocenili je na poziomie średnim.

Czynniki kliniczne wpływające na proces niepełnosprawności u chorych z rozpoznaniem RZS to między innymi: ból, obrzęk stawów, utrzymująca się sztywność poranna, stany

gorączkowe oraz zwiększona męczliwość. W badaniach własnych natężenie bólu w skali NRS ankietowani wskazywali jako niskie (0-3) 18 osób, średnie (4-6) 78 chorych oraz wysokie (7-10) 23 ankietowanych. Odczuwanie dolegliwości bólowych wpływało na ocenę jakości życia (odpowiednio dla grup odczuwanych dolegliwości bólowych I - 0,619 i jest istotnie większa, II - 0,591, III - 0,527) co potwierdzają także inne badania [21, 22, 23].

Kolejne pytania dotyczyły długości trwania schorzenia w pierwszej grupie (0-9 lat - 0,596) znalazło się 48 osób, kolejnej (10-20 lat - \bar{J} 0,578) 42, ostatniej (powyżej 20 lat - 0,565) 28 chorych. Czas trwania schorzenia jest jednym z parametrów klinicznych wpływających negatywnie na jakość życia chorych z RZS. Wynika to z faktu, że schorzenie ma charakter postępujący doprowadzając do inwalidztwa. Wraz z czasem trwania choroby aktywność procesu zapalnego oraz stopień zaawansowania radiologicznego i czynnościowego nieustannie zwiększa się. W dostępnym piśmiennictwie w badaniach przeprowadzonych przez Prajsa chorzy z dłuższym okresem trwania schorzenia gorzej oceniali swoją jakość życia. Potwierdzają to także badania własne [24].

Wśród czynników wpływających na proces niepełnosprawności u chorych z rozpoznaniem RZS do czynników psychicznych zaliczamy lęk i depresję oraz radzenie sobie w sytuacjach trudnych. W badaniach własnych ponad 2/3 respondentów (88 osób) stwierdziło, że potrafi radzić sobie ze stresem, pozostali (32) mają z tym problem. Średnia jakość życia jest istotnie większa w grupie deklarującej umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych (0,601 vs 0,535).

Ankietowani w zdecydowanej większości akceptowali chorobę i terapię (108 respondentów), tylko kilka osób (3) nie miało poczucia choroby. Spośród respondentów 9 nie miało odpowiedzi na to pytanie. Kolejne zagadnienie dotyczyło zdolności do samoopieki podczas zaostrzenia schorzenia. Samowystarczalnymi deklarowało się 20 osób, częściowo-zależnymi 96 badanych, natomiast zależnymi od pomocy i opieki najbliższych 4 respondentów. Reumatoidalne zapalenie staw jest schorzeniem przewlekłym prowadzącym do niepełnosprawności i kalectwa. Dlatego kluczowym zadaniem jest utrzymanie jak najdłużej sprawności fizycznej oraz niezależności w czynnościach dnia codziennego. W badanej grupie pacjenci określili swoją wydolność czynnościową (w stopniach według Goftona). Prawie 1/10 (8,3%) badanych zakwalifikowała się do I° z pełną wydolnością czynnościową, pełną sprawnością w wykonywaniu ruchów z zakresu samoobsługi i lokomocji. Ponad połowa ankietowanych (53,3%) z II° oceniła swoją wydolność jako wystarczającą do wykonywania czynności życia codziennego pomimo bólu jednego lub kilku stawów. Natomiast pozostali (38,4%) z III° mają wydolność znacznie ograniczoną i mogą wykonywać bardzo proste czynności przy których często konieczna jest pomoc drugiej osoby. Do IV° nie kwalifikował się

żaden z badanych (jestem unieruchomiony na wózku bądź w łóżku, z niemożnością obsługi samego siebie, konieczna jest pomoc innej osoby).

W badaniach Bączyk tylko 6,8% było zdolnych do wykonywania czynności dnia codziennego, 2,8% zgłaszało ogromne ograniczenia, natomiast pozostali (90,4%) wykonywali czynności dnia codziennego z pewnymi utrudnieniami [25].

Badania jakości życia stanowią nieocenione źródło informacji o chorych. Umożliwiają uzyskanie różnorodnych danych poprzez analizę wielu płaszczyzn oraz dziedzin życia badanego. Pozwalają na identyfikację zagrożeń, ułatwiając indywidualizację holistycznej opieki oraz wybór odpowiedniego sposobu terapii. W oparciu o zastosowane procedury medyczne dostarczają danych niezbędnych do oszacowania analiz ekonomicznych [26].

Celem terapii jest uzyskanie możliwie najlepszych efektów w dziedzinie medycznej oraz pozamedycznej. W przypadku schorzeń o charakterze przewlekłym nie zawsze jest możliwe osiągnięcie celów medycznych, dlatego realizacja pozamedycznych aspektów *QOL* jest czasami postrzegana jako bardziej istotna.

Wnioski:

1. Jakość życia badanych oceniona została na poziomie średnim, najwyżej w dziedzinie relacji społecznych najniżej w płaszczyźnie fizycznej.
2. Silniejsze dolegliwości bólowe wpływają na gorszą ocenę jakości życia.
3. Umiejętność radzenia sobie ze stresem wpływa na poprawę jakości życia.
4. Ograniczenia w zakresie samoopieki zdecydowanie wpływają na jakość życia są uwarunkowane czasem trwania schorzenia oraz aktywnością choroby.

Bibliografia

1. Trojanowska A.: Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. *Zdrowie Publiczne* 2011, 121, 1: 99 – 103
2. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych - systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health* 2011; 46 (1): 25 – 31
3. Chrobak M.: Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Prob. Pielęgn.* 2009, 17, 2: 123 – 127
4. Kochman D.: Jakość życia. Analiza teoretyczna. *Zdrowie Publiczne* 2007, 117, 2: 242 – 248
5. de Walden - Gałuszko K.: Jakość życia - rozważania ogólne. W: de Walden - Gałuszko K., Majkovicz M.: (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego. Gdańsk 1994: 13 – 39
6. Dziurawicz - Kozłowska A.: Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia jakości życia*. *Academica SWPS Warszawa* 2002, 1, 4: 77 – 100

7. Gruszczyński W., Goc S.: Pojęcie jakości życia w medycynie. *Kwart. Ortop.* 2004, 3: 151 – 155
8. Baumann K.: Jakość życia w okresie późnej dorosłości - dyskurs teoretyczny. *Gerontol. Pol.* 2006, 14, 4: 165 – 171
9. Daszykowska J.: Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegl. Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, Rzeszów 2006, 2, 1: 122 – 128
10. Bidzan M.: Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu. *Impuls Kraków* 2008: 55 - 73
11. Bujok G., Tombarkiewicz M.: Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jako nowy problem kliniczny. *Wiad. Lek.* 2005, 58, 1 - 2: 67 – 70
12. Farnik - Brodzińska M., Pierzchała W.: Jakość życia chorych z astmą oskrzelową. *Chor. Ukł. Oddech.* 1999, 4, 1: 22 – 25
13. Pierzchała W., Farnik - Brodzińska M.: Jakość życia i jej ocena u chorych na astmę. *Alerg. Astma Immun.* 1997, 2, 4: 203 – 206
14. Farnik - Brodzińska M., Pierzchała W.: *Badania jakości życia w chorobach układu oddechowego.* Śląska Akademia Medyczna Katowice 1999
15. Wiland P., Madej M., Szmyrka-Kaczmarek M.: *Monitorowanie stanu pacjenta w chorobach reumatycznych.* Górnicki Wydawnictwo Medyczne Wrocław 2008
16. Koligat D., Leszczyński P., Pawlak-Buś K. i WSP.: Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów leczonych leflunomidem – przegląd literatury, *Reumatologia* 3/2012
17. Prais K.: Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów w odniesieniu do sprawności fizycznej i stanu psychicznego. *Annales Academiae Medicae Stetinensis* 2007, 53, 2:72-75
18. J.A. Moczko, G.H. Bręborowicz, R. Tadeusiewicz. *Statystyka w badaniach medycznych.* Springer PWN, Warszawa, 1998.
19. Pakiet programów do obliczeń statystycznych „Statystyka”. v 9.0.
20. Wołowicka L., Jaracz K.: Polska wersja WHOQOL - WHOQOL 100 i WHOQOL BREF. W: Wołowicka L.: (red.). *Jakość życia w naukach medycznych.* Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001: 235 – 280
21. Sierakowska M., Matys A., Kosior A. i wsp.: Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia* 2006; 44, 6: 298 – 303
22. Jankowska B., Uchmanowicz I., Polański J., i wsp.; Czynniki kliniczne i socjodemograficzne determinujące jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS), *Family Medicine & Primary Care Review* 2010,12,4:1027-1034

23. Wysocka Skórska I., Sierakowska M., Sierakowski S.: Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów zależności od stosowanej terapii farmakologicznej. *Reumatologia* 2012, 50, 1:16-23
24. Prajs K.: Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów w odniesieniu do sprawności fizycznej i stanu psychicznego. *Annales Academiae Stetinensis* 2007,53,2: 72-82
25. Bączyk G.: Przegląd badań nad jakością życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2008; 46/6: 372 – 379
26. Tylka J.: Czy badanie jakości życia jest kryterium oceny skuteczności rehabilitacji? *Rehabil. Med.* 2003,7,4:50-53

Kontakt na autora:

Dr Ewa Szynekiewicz

Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych

Szpital Uniwersytecki nr 2 im dr Jana Biziela w Bydgoszczy

Ul. Kornela Ujejskiego 75

Bydgoszcz 85-168

Tel.502358797

ewaszynkiewicz@wp.pl

OSOBITOSTI ZÁCHRANY ĽUDSKÉHO ŽIVOTA V PODMIENKÁCH KONCENTRAČNÝCH TÁBOROV

Andrea Ševčovičová

Prápor radiačnej, chemickej a biologickej ochrany v Rožňave

Abstrakt

Koncentračné tábory zakladané počas druhej svetovej vojny na podnet nacistického Nemecka predstavovali miesta pre masové sústredenie veľkého počtu nepohodlných osôb. Deportované osoby mali v krutých táborových podmienkach len malé šance na prežitie a záchranu života. Ťažká a úmorná práca, obmedzená priestorová kapacita, nízky stupeň hygieny, nedostatočné prídely potravy, prítomnosť krýs, vší a bĺch významne prispievali k vzniku a šíreniu epidémii rôznych chorôb. Absencia zdravotnej starostlivosti a nedostatok materiálu na ošetrovanie prispievali k zvyšujúcej úmrtnosti väznených. Prejavy solidarity a akákoľvek forma pomoci vystavovala väzňov neľútostným trestom z odhalenia. Aj napriek týmto skutočnostiam

dochádzalo k realizácii opatrení, ktoré v konečnom dôsledku prispeli k záchrane životov v neľudských podmienkach koncentračných táborov.

Kľúčové slová: Koncentračný tábor. Choroby väzňov. Záchrana života. Formy pomoci.

Abstract:

Concentration camps founded during World War II and initiated by Nazi Germany were places for mass concentration of a large number of unwanted people. Deported people had only little chances to survive and save their lives in cruel conditions of the camps. Hard and exhausting work, limited spatial capacity, low degree of hygiene, insufficient food rations, presence of rats, lice and flea contributed to the occurrence and spread of epidemics of different diseases. The absence of health care and lack of material for treatment contributed to increasing number of prisoners' deaths. The signs of solidarity or any form of help endangered the prisoners in the form of merciless punishment if revealed. In spite of these facts there were some measures taken, which contributed to saving lives in inhuman conditions of concentration camps.

Key words: Concentration camp. Prisoners' diseases. Saving life. Forms of help.

Úvod

Na území Nemecka a v krajinách okupovaných nacistami počas 2. svetovej vojny došlo v rokoch 1933-1945 k hromadnému vzniku sústavy koncentračných a vyhladzovacích táborov. V koncentračných táboroch boli sústredení väzni bez súdneho procesu a na neurčitú dobu. Išlo zväčša o politických odporcov, príslušníkov etnických menšín alebo postihnuté osoby, ktorí trestaní prácou žili v tábore pri obmedzenom pohybe pod neustálym dozorom. Najznámejšími koncentračnými tábormi boli Auschwitz-Birkenau v Osvienčime, Bergen-Belsen, Ravensbrück, Buchenwald, Dachau, Majdanek, Mauthausen, Sachsenhausen. Vyhladzovacie tábory (Treblinka, Belžec, Sobibór, Chelmno) slúžili výhradne na úplnú likvidáciu a masové vyvražďovanie prenasledovaných osôb nepohodlných pre nacistov.

Najväčší koncentračný tábor v poľskom Osvienčime Auschwitz – Birkenau sa od roku 1942 stal zároveň strediskom hromadného vyvražďovania Židov. Zaregistrovaní číslami a umiestnení v tábore boli práceschopní Židia zo spoločných transportov, ktorých počas selekcie lekári SS uznali za objekty svojich zločineckých pokusov. Členovia organizácie SS (*Schutzstaffeln*, Ochranné oddiely) tvorili táborové posádky a preberali veľa funkcií štátnej správy, polície a vojska. Esesáci okrem stráženia a spravovania táborov vykonávali tresty smrti na väzňoch a zúčastňovali sa na ich vyvražďovaní (6). Väčšina židovských detí umierala hneď po príchode v plynových komorách; iné vybrané v priebehu selekcií posielali do tábora a museli ťažko pracovať. Niektoré deti (hlavne dvojčatá) slúžili na zločinecké genetické a antropologické experimenty Dr. Josepha Mengeleho (5).

Kruté životné podmienky

Väzni prichádzali do koncentračných táborov z krajín okupovaných nacistami vysilení, hladní a smädní v zúboženom stave po niekoľkodňových deportáciách v dobytčích vagónoch. Po príchode prechádzali selekciami, kde ich lekári SS delili podľa možnosti pracovného využitia. Mnoho žien a detí, starých, chorých a ranených bola posielaná na likvidáciu v plynových komorách a krematóriách. Selekcia pre nich znamenala nenávratné ukončenia života. Šanca na záchranu vzrástla u tých, ktorých povolanie bolo vyhľadávané pre potreby aktuálne vykonávanej pracovnej činnosti v tábore a jeho pobočkách. Svoje uplatnenie našli v tábore väzni s jazykovými znalosťami a tí, ktorých esesáci potrebovali pri správe tábora. Niektorí väzni tak vo vidine lepšieho zaobchádzania uvádzali aj falošné údaje a vydávali sa napr. za zubárov, holičov, zámočníkov, kamenárov, mechanikov. Hrabovecká (1998) uvádza, že lekárky, ošetrovatel'sky, tlmočníčky, holičky, pracovníčky v kancelárii alebo väzenkyne pôsobiace ako vedúce blokov, zástupkyne, či pisárky v bloku mohli prežiť vďaka znesiteľnejším pracovným podmienkam. Ak ľudia v detstve trpeli a museli sa pretĺkať sami, mali v tábore väčšiu šancu prispôsobiť sa a prežiť, než ľudia z vyšších sfér. Túto skutočnosť potvrdzuje aj člen Sonderkomanda – špeciálneho oddielu, ktoré sa v Osvienčime podieľalo na vynášaní ľudí z plynových komôr a ich pálení v krematóriách, Shlomo Venezia. V tábore zužitkoval holičské skúsenosti, ktoré nadobudol z núdze po smrti otca (9).

Vybratých Židov po príchode do tábora ostrihali, oholili na celom tele a v Auschwitz-Birkenau im okrem registrácie tetovali čísla. Z obáv zo zavedenia infekčných chorôb posielali väzňov zaradených do tábora na niekoľko dní do karantény. Ak vzniklo podozrenie na ochorenie, lekári SS rozhodli o splyňovaní celého baraku, bez ohľadu na zdravotný stav ostatných. Aj v Ravensbrücku boli po príchode nové väzenkyne v karanténe a potom celý mesiac prenášali ťažké náklady piesku z jednej kopy na druhú, aby v nich zlomili odpor. Tábor bol o vyhladzovaní prácou (7).

Životné podmienky boli v jednotlivých obdobiach táborov rôzne, vždy však kruté. Ovplyvniť ich mohli predovšetkým vedúci blokov, ich pomocníci a kápiovia, ktorí sa snažili byť väzňom nápomocní (1). Väzenské oblečenie neplnilo svoj účel, keďže neposkytovalo dostatočnú ochranu pred chladom. Bielizeň sa vymieňala väzňom po niekoľkých týždňoch až mesiacoch, pričom si ju nemali možnosť vyprať (5). Veľkosť obuvi a odevu bola náhodná. Ženy v Ravensbrücku mali pre vypratie k dispozícii len studenú vodu a pieskové mydlo, preto chodili ku práčovni, kde do vedra zachytávali špinavú ale teplú vodu z vypratej bielizne so stopami prášku (4). Nosenie špinavého a roztrhaného oblečenia prinášalo dozorcovi dôvody pre tresty, ktoré si užívali z nevidanou brutalitou.

Práve nízka hygienická úroveň väzňov a ich šatstva prispela k vzniku a šíreniu epidémii rôznych chorôb, čo sa odzrkadlilo na ich zdravotnom stave. Hlad a ťažká práca viedli k úplnému vysileniu organizmu a chorobnému vyhladovaniu, ktoré končili smrťou (5). Poslednou fázou podvýživy bol muzulmanizmus. U takto vyčerpaného a úplne podvyživeného väzňa došlo k spomaleniu pohybov, vyhasínaniu reflexov až neschopnosti pohybu, opuchom nôh a k rýchlej smrti (8). V táboroch preto prevládala výmenný obchod. Získanie chleba, akejkoľvek stravy alebo teplejšieho oblečenia, či obuvi sa stalo tým najcennejším pre prežitie.

Pre jednotlivé tábory bolo pohromou nedostatok vody, katastrofálne hygienické podmienky a množstvo krýs. Ubytovanie väzňov v murovaných alebo drevených barakoch, na tvrdých pričiach so zhnitou slamou, prikrytých tenkými, roztrhanými prikrývkami, v ktorých sa hemžili vši a blchy, neprispievalo k ich pohodliu. V zime väzňov trýznil mrazivý chlad, preto sa tísli blízko k sebe, aby sa aspoň čiastočne zahriali a v lete zase neznesiteľné horúčavy a dusno. Ak došlo k prekročeniu kapacít táborov, vnútri barakov sa tlačilo veľké množstvo väzňov. Ovzdušie bolo nedýchatel'né v dôsledku dusna, zápachu potu z neumytých tiel a exkrementov.

Pre záchranu života a pod zámienkou sľubov o skorom prepustení končili ženy ako prostitútky vo verejných domoch tábora, kde poskytovali služby esesákovi a iným privilegovaným. Zabezpečovali si tak znesiteľnejšie podmienky. Pracovali v nich však aj skutočné prostitútky z povolania, ktoré prišli v jednotlivých transportoch.

Záchrana chorých väzňov

Prítomnosť krýs a hmyzu v Auschwitz-Birkenau prispela k šíreniu epidémii rôznych chorôb, najmä škvrnitého a brušného týfusu a svrabu. Veľký počet chorých nemohol byť hospitalizovaný pre preplnenie nemocnice. Preto lekári SS uskutočňovali periodické selekcie medzi chorými a uzdravujúcimi sa a medzi väzňami v blokoch. Oslabených ľudí bez vyhliadky na skoré uzdravenie posielali na smrť v plynových komorách alebo ich zabíjali injekciami fenolu do srdca (5). Ak do lágru prišla tehotná žena židovka, zobrali ju ešte pre pôrodom alebo hneď do plynu. Nežidovke umožnili dieťa porodiť a poslali ho do domova alebo do nejakej rodiny v Nemecku (1). Výnimočný režim, prepracovanie, nedostatok spánku, strava a zlé zaobchádzanie viedli v Osvienčime k vzniku črevných porúch. Väzni najprv zvracali, potom mali desať, dvadsať alebo až štyridsať stolíc denne s neznesiteľnými bolesťami a dráždením análneho zvierača. Tekuté stolice väzňov dehydratovali. Dostavila sa horúčka a za 5 – 8 dní sa väzeň zmenil v „balík kostí potiahnutých pergamenovou kožkou“ (8).

V Ravensbrücke posielali ľudí do plynu až na konci vojny. Svoj život však mohli stratiť nedostatkom jedla a následkom chorôb. Väzenkyne nedostávali lieky a každej, ktorá ochorela, hrozila smrtiaca injekcia, preto nechceli byť choré. So selekciami starých a chorých sa začalo,

keď už v tábore dochádzalo miesto. Na poľských študentkách robili v tábore nemeckí nacisti lekárske pokusy, pri ktorých im rozrezali nohy a infikovali rany. Niektoré prežili a iné po operáciách neskôr zastrelili (7).

Väzni Mauthausenu, Gusenu I a Gusenu II mali prístup k oddelenému tábore pre chorých, tzv. *Krankenlageru*. Napriek tomu, že medzi medikmi pracovalo asi 100 väzňov, nemohli poskytnúť žiadne lieky iba základnú prvú pomoc. Preto bola toto miesto v skutočnosti poslednou zastávkou pred smrťou pre tisíce väzňov a iba veľmi málo z nich malo šancu na zotavenie sa (2).

Väzenská lekárka Schwalbová (2011) spomína na obdobie Auschwitzu, keď väzenkyne chodili do práce len v drevákoch, v starých uniformách po sovietskych vojnových zajatcoch, so šatkami na oholených hlavách. Veľmi rýchlo mali nohy poranené, zhnisané, spálené a dostávali zápaly pľúc, hnačky. Keď v tábore vypukla epidémia zápalu mozgových blán, všetky postihnuté boli usmrtené fenolovou injekciou do srdca. Hrabovecká (1998) o nej hovorí ako o nesmierne obetavej žene, ktorá dokázala zabezpečovať pomoc len s minimálnymi liečebnými možnosťami a v minimálnych hygienických podmienkach. Pri diktovaní čísel väzňov na splyňovanie úmyselne vynechávala čísla, zamieňala ich s už nežijúcimi väzňami a po odchode lekára SS, manipulovala s nadiktovanými číslami tak, aby zachránila čo najviac väzňov. Vyžadovalo si to veľa sústredenia, pohotovosti a sebakontroly, pričom pri odhalení riskovala vlastný život.

Ďalšie zdravotníčky sa naučili kryť a schovávať pred selekciou ženy, ktorých život sa im zdal ohrozený falšovaním diagnóz a dĺžky pobytu na revíri, schovávanie na záchodoch, prenášanie chorých do blokov, kde už selekcia prebehla a podobne. Bola to však nesmierne ťažká, vyčerpávajúca a riskantná práca. Inokedy sa ohrozené ženy skrývali medzi personálom alebo sa im podarilo schovať kartotečný lístok. Pracovníčky revíru sa zúčastňovali aj záchranných akcií v tábore, keď v nestráženom okamihu vymieňali väzenkyne určené do plynu umiestnené v na to určenom baraku za mŕtvolu, ktoré zomreli na revíri. Večer sa zakrádali do tábora s chinínom, živočíšnym uhlím, obväzmi a vodou, aby pomohli mierniť táborové utrpenie. Napriek neznesiteľným podmienkam dokázali zdravotníčky v roku 1943/1944 priamo na revíri s trochou medikamentov pomaly uzdravovať pneumónie, škvrnitý týfus, niekedy aj sepsy a dyzentérie, ťažké omrzliny a amputácie. Pacientky však naďalej umierali hladom, na flegmóny, škvrnitý týfus a dyzentériu. Uzdravovaniu neprospevala úbohá strava (pol litra brómovej polievky, kúsok chleba). Svrab bol indikáciou do plynu. Táborové ošetrovatelky nemali postavenie ošetrovateliek z civilného života (3).

Záver

Životné podmienky väzňov boli v jednotlivých koncentračných táboroch nesmierne kruté. Zlé zaobchádzanie, neskutočné pracovné vyťaženie, nedostatok plnohodnotnej stravy,

hlad, smäd, potláčanie základných ľudských potrieb, si vyžiadali svoju daň priamo v tábore, aj po oslobodení. Pre záchranu svojich životov podstupovali riziká, ktoré sa im stali osudné. Krádež jedla, ale aj výmena vlastného zlatého zuba za chlieb nechávala po odhalení priestor pre krutovládu dozorcov, ktorí neváhali dobiť väzňa k smrti. Aj napriek týmto skutočnostiam sa však našli väzni, ktorí dokázali prepašovať pri návrate z práce do tábora jedlo, o ktoré sa delili s tými, s ktorými zdieľali spoločný osud. Všade sa však našli zradcovia, ktorí pre zlepšenie vlastných podmienok a vyzdvihnutie v očiach dozorcov hlásili spozorované prípady solidarity.

Vysilujúca a úmorná práca v kombinácii s podvýživou sa odzrkadlila v pracovnom tempe väznených. Tí, ktorí vládali viac, pomáhali vyčerpaným, aby sa plnili normy; počas nočných zmien nechávali chorých a nevládných, ak to situácia umožňovala, nabrat' sily trochou spánku. Niektorí však nedokázali čeliť krutému režimu a plní apatie a beznádeje sa rozhodli pre dobrovoľnú smrť zastrelením alebo na drôtoch elektrického napätia, ktoré obklopovali tábor. Iní sa pokúsili o útek, ktorý sa iba vo výnimočných prípadoch úspešne zdaril. Prichyteným väzňom už nebolo pomoci a po dolapení zomierali na výstrahu priamo pred očami zvyšku tábora.

Osobitne sa na záchrane životov a uzdravovaní chorých a ranených podieľal zdravotnícky personál. Napriek nedostatku materiálu, medikamentov ale aj kvalifikovaného personálu robili všetko pre zlepšenie situácie v tábore a uľahčenie celkového stavu väznených. V mnohých prípadoch sa však museli priamo podieľať alebo asistovať pri nevinnom vyvražďovaní alebo pseudopokusoch väzenských lekárov.

Bez ohľadu na postavenie sa každý snažil podľa vlastného uváženia a schopností robiť všetko pre zlepšenie vlastnej situácie v tábore. Svoj podiel na záchrane väznených majú aj ľudia, ktorí nepôsobili v tábore, ale organizovali pomoc zvonku. História pamätá na Oskara Schindlera, ktorý zachránil okolo 1200 židov pred smrťou v koncentračných táboroch zamestnaním v pobočke svojej továrne. Vedúca osobnosť poľského protinacistického odboja Irena Sendlerová zasa zorganizovala záchranu viac ako 2500 židovských detí z varšavského geta.

Literatúra

1. HRABOVECKÁ, H. 1998. *Ruka s vytetovaným číslom*. Bratislava: Vydavateľstvo PT, 1998. ISBN 80-88912-04-0
2. Koncentračný tábor Mauthausen-Gusen. Otvorená slovenská online encyklopédia. [cit. 2014-09-15] Dostupné na internete: http://sk.wikipedia.org/wiki/Koncentra%C4%8Dn%C3%BD_t%C3%A1bor_Mauthausen-Gusen
3. SCHWALBOVÁ, M. 2011. *Vyhasnuté oči*. Bratislava: Marenčin, PT, 2011. 154 s. ISBN 978-80-8114-104-1

4. SKLENIČKOVÁ, J. 2012. *Jako chlapce by mě zastřelili*. Nymburk: VEGA-L, 2012. 158 s. ISBN 978-80-87275-54-2
5. SMOLEŇ, K. 2008. *Štátne múzeum Auschwitz-Birkenau v Osvienčime. Sprievodca*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2008. 24 s. ISBN 978-83-60210-45-1
6. ŚWIEBOCKA, T. - PINDERSKA-LECH, J. - MENSFELT, J. 2011. *Auschwitz-Birkenau. Dejiny a súčasnosť*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2011. 31 s. ISBN 978-83-7704-023-2
7. TRSÁKOVÁ, I. 2008. Boli sme menej ako pes, ktorý nás strážil. In: Melišová, A. 2008. *Boli sme menej ako pes, ktorý nás strážil*. [on-line]. [cit. 2014-09-15] Dostupné na internete: <http://spravy.pravda.sk/domace/clanok/157930-boli-sme-menej-ako-pes-ktory-nas-strazil/>
8. TRUCKOVÁ, B. – TRUCK, R.P. 1983. *Lékaři hanby. Pravda o lidských morčatech v Osvětimi*. Praha: Práce, 1983. 151 s.
9. VENEZIA, S. 2010. *V pekle plynových komor*. Praha: Rybka Publishers, 2010. 222 s. ISBN 978-80-87067-68-0

Kontakt na autora:

PhDr. Andrea Ševčovičová

Prápor RCHBO

Ťažká rota dekontaminácie

Šafárikova 109

048 01 ROŽŇAVA

ANAFYLAKTICKÁ REAKCIA – intervencie rozhodujúce o živote a smrti

Marek Šichman

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Príspevok rozoberá problematiku anafylaktickej reakcie od definície, etiológie, klinického obrazu, diagnostiky až po jednotlivé intervencie, ktoré je potrebné realizovať na jej úspešné zvládnutie. Bližšie rozoberáme manažment pacienta sestrou v prípade, ak lekár nie je v danej chvíli k dispozícii. V rámci úvodu uvádzame kazuistiku 8 ročného chlapca s anafylaktickou reakciou, kedy lekár nebol na mieste k dispozícii.

Kľúčové slová

Sestra. Intervencia. Ohrozenie života. Anafylaktická reakcia. Krajná núdza.

Kazuistika

Dieťa, 8 ročný chlapec, alergik bol dňa 18. 7. 2012 v čase 18:48 uštipnutý včelou do oblasti krku. Dieťa už v minulosti malo alergickú reakciu po uhryznutí bodavým hmyzom. Matka mu ihneď po uhryznutí chcela podať Epipen, no pri otváraní a odistení jej Epipen vypadol z ruky na zem, čím došlo k jeho nechcenej aktivácii. Dieťa, podľa udania matky, sa začalo bezprostredne po incidente sťažovať na pocit opuchnutia jazyka, pier a problémy s dýchaním. Vzhľadom ku skutočnosti, že bývali asi 50 metrov od Lekárskej služby prvej pomoci, rozhodla sa matka s dieťaťom okamžite navštíviť túto pohotovosť. Dieťa v doprovide matky prišlo na ambulanciu v čase o 18:51, kde bola prítomná len sestra, lekárka bola na návšteve. Zo zdravotnej dokumentácie: *„dieťa pri príchode pri vedomí, bez kvalitatívnej poruchy vedomia, prítomný výrazný angioedém, na koži v oblasti tváre, končatín i trupu prítomná žihľavka, voľným uchom počuteľný inspiračný stridor, prítomné známky akválnej cyanózy, TK 70/40 Torr, P 140/min, slabo hmatný na periférii“*. Sestra v čase 18:54 aktivovala linku tiesňového volania s udaním dôvodu výzvy: *„alergická reakcia u 8 ročného dieťaťa po uštipnutí bodavým hmyzom, dieťa je alergik, pri vedomí“*. Operátorka Operačného strediska záchranej zdravotnej služby v čase 18:55 vyslala na miesto zásahu najbližšiu voľnú posádku. Medzitým u dieťaťa došlo k progresii ťažkostí, objavilo sa zvracanie, profúzne potenie, dieťa bolo postupne dezorientované, prehĺbila sa cyanóza a v čase 18:58 došlo k poruche vedomia spojenou so zástavou obehu a následne dýchania. Sestra v čase 18:58 opäť kontaktovala linku tiesňového volania, pričom urgovala svoju výzvu a operátorku upozornila, že u dieťaťa došlo k zástave obehu a že ho resuscituje. Základnú kardiopulmonálnu resuscitáciu vykonávala sestra až do príchodu ambulancie záchranej zdravotnej služby. Z dokumentácie záchranej zdravotnej služby: *„čas príchodu 19:03, 8 ročný chlapec, uštipnutý včelou, alergik, leží na zemi, sestra vykonáva základnú kardiopulmonálnu resuscitáciu, GCS 3, zrenice mydriatické, bez výbavnej fotoreakcie, prítomná areflexia, bez spontánnej dychovej aktivity, pulz na periférii i centrálne neprítomný, periférny žilový systém skolabovaný, prítomná akrálna cyanóza, TK, P, SaO2 nemerateľné, glykémia 6, 4 mmol/l, EKG asystólia vo všetkých zvodoch“*. Posádka záchranej zdravotnej služby pokračovala na mieste v rozšírenej kardiopulmonálnej resuscitácii.

Sestra, ktorá v tom čase pracovala na ambulancii Lekárskej služby prvej pomoci mala ukončené vysokoškolské vzdelanie I. stupňa, 10 ročnú prax v primárnej zdravotnej starostlivosti. Na ambulancii bolo k dispozícii kompletné vybavenie protišokovej skrinky, ktorej súčasťou bol Adrenalin, kryštaloidy, pomôcky na oxygenoterapiu a iné.

Výskyt alergických reakcií má v súčasnosti stúpajúcu tendenciu. Najťažšou formou alergickej reakcie je anafylaktická reakcia, ktorá môže vyústiť do anafylaktického šoku. Výskyt anafylaktickej reakcie sa podľa údajov pohybuje na úrovni 30 –950 prípadov na 100 000 obyvateľov, pričom rizikovými skupinami sú deti a mladí ľudia. Definícia anafylaktickej reakcie je dôležitá vzhľadom k špecifickosti zásahov potrebných na jej zvládnutie. European Academy of Allergy and Clinical Immunology navrhla, aby sa anafylaktická reakcia definovala ako: „*ťažká, život ohrozujúca, generalizovaná, systémová hypersenzitívna reakcia*“. Vo všeobecnosti možno povedať, že sa jedná o rýchlo sa rozvíjajúci život ohrozujúci stav, v rámci ktorého môže dôjsť k nepriechodnosti dýchacích ciest a alebo k ťažkostiam s dýchaním a alebo obehovou nestabilitou, pričom je zvyčajne spojený so zmenami na koži a slizniciach.

Anafylaxia môže byť vyvolaná niektorým z veľmi širokej škály spúšťačov, medzi ktoré najčastejšie patria lieky, cudzorodé bielkoviny či polysacharidy v podobe hmyzieho a hadieho jedu a rôzne potraviny. Je dôležité si uvedomiť, že v mnohých prípadoch nie je možné identifikovať vyvolávajúcu príčinu. Mortalita nesprávne diagnostikovanej či neliečenej anafylaktickej reakcie je veľmi vysoká. Ak je spúšťačom anafylaxie potravinou, smrť bez adekvátneho zásahu nastáva v priemere do 30 –35 minút od jej požitia. Ak je spúšťačom anafylaxie bodnutie hmyzom, smrť bez adekvátneho zásahu nastáva v priemere do 10 –15 minút od vpravenia jedu do organizmu. Ak je spúšťačom anafylaxie liek podávaný intravenózne, smrť bez adekvátneho zásahu nastáva v priemere do 5 minút od jeho podania.

Pre diagnostikovanie anafylaktickej reakcie podľa Resuscitation Council United Kingdom je potrebné, aby boli splnené všetky nasledovné kritéria:

1. náhly nástup a rýchly priebeh príznakov,
2. problémy v rámci udržania priechodnosti dýchacích ciest a alebo problémy s dýchaním a alebo problémy s obehovou nestabilitou,
3. zmeny postihujúce kožu a sliznice v podobe angioedému, začervenania či žihľavky.

Treba mať však na pamäti, že zmeny prejavujúce sa na koži a slizniciach samy o sebe nie sú známkou svedčiacou pre anafylaktickú reakciu a zároveň sa nemusia vyskytnúť až u 20% anafylaktických reakcií. Súčasne sa môžu vyskytnúť príznaky z gastrointestinálneho systému v podobe vomitu, abdominalgíí či inkontinencie. Pokorný uvádza, že pre diagnostikovanie anafylaktickej reakcie je potrebné, aby boli postihnuté minimálne dva alebo viaceré telesné systémy. V rámci respiračného systému sa môže vyskytnúť opuch jazyka, nosohltana, hrtana, inspiračný stridor, čo sú symptómy svedčiace pre problémy s udržaním priechodnosti dýchacích ciest a dyspnoe, tachypnoe, cyanózy až apnoe. V rámci kardiovaskulárneho systému sa môže vyskytnúť tachykardia či bradykardia, hypotenzia, ischemické zmeny v EKG zázname až zástava obehu.

Medzi základné liečebné opatrenia u pacienta s anafylaktickou reakciou patrí:

1. **polohovanie** – protišoková poloha, pri dyspnoe fowlerova poloha,
2. **oxygenoterapia** – podávanie kyslíka pomocou tvárovej masky s rezervoárom s prietokom 10 – 15 l/min.,
3. podanie **Adrenalínu** pri šokových prejavoch a dyspnoe v nasledovnej dávke:
 - dospelý - **500 µg Adrenalínu/0,5 ml**
 - dieťa staršie ako 12 rokov - **500 µg Adrenalínu/0,5 ml**
 - dieťa 6 – 12 rokov – **300 µg Adrenalínu/0,3 ml**
 - dieťa mladšie ako 6 rokov - **150 µg Adrenalínu/0,15 ml**

Všeobecne platí pravidlo, že dospelým sa podáva **5 µg/kg Adrenalínu** a u detí **1 µg/kg Adrenalínu**. Odporúča sa podávať ho do svalu, pričom miesto aplikácie je anterolaterálna strana stehna v jeho strednej tretine. Podmienkou úspešnej aplikácie je dostatočne dlhá injekčná ihla, ktorá zabezpečí aby bol Adrenalín podaný do svalu. Podanie je možné opakovať v 5 – 15 minútových intervaloch podľa aktuálneho stavu pacienta. Intramuskulárna cesta podania je výhodná aj v prípade, ak bol Adrenalín podaný v neindikovanom prípade, nakoľko sa minimalizuje možný výskyt jeho nežiadúcich účinkov v porovnaní s intravenóznym spôsobom podania.

4. **Objemová terapia** pomocou kryštaloidov u dospelých v dávke 30 ml/kg a u detí v dávke 20 ml/kg. Podávanie koloidov nie je indikované, nakoľko v súčasnosti neexistujú žiadne vedecké dôkazy, ktoré by poukazovali na výhody použitia koloidov pred kryštaloidmi.
5. **Podanie antihistaminík** aj napriek tomu, že vedecká sila dôkazov pre ich použitie je slabá, no i napriek tomu existujú logické dôvody pre ich použitie. Aplikujú sa intramuskulárne alebo pomaly intravenózne. Podat' sa môže Dithiaden v úvodnej dávke 1 mg u dospelého človeka a detí starších ako 6 rokov, u detí mladších ako 6 rokov je úvodná dávka 0,5 mg. Pozornosť treba venovať riedeniu Dithiadenu, nakoľko podľa výrobcu sa môže riediť len 5% glukózou.
6. **Podávanie kortikoidov** intramuskulárnym spôsobom alebo intravenóznym spôsobom, pričom je potrebné sa vyvarovať rýchlej venózne aplikácií pre riziko prehĺbenia hypotenzie. V rámci dávkovania Hydrocortisonu je odporúčané dodržať nasledovnú schému:
 - dospelý a deti nad 12 rokov – Hydrocortison v dávke 200mg
 - deti 6 – 12 rokov – Hydrocortison v dávke 100 mg
 - deti 6 mesiacov – 6 rokov -Hydrocortison v dávke 50 mg
 - deti mladšie ako 6 mesiacov – Hydrocortison v dávke 25 mg

7. **Podávanie symptomatickej liečby** v podobe bronchodilatačných liekov, podanie Glukagónu u pacientov, ktorí užívajú betablokátory a v prípade závažnej bradykardie je možné podanie Atropínu.

Anafylaktická reakcia je život ohrozujúci stav, ktorý vyžaduje akútny medicínsky i ošetrovateľský zásah, ktorého účelom je efektívne zvládnutie anafylaktickej reakcie a stabilizácia klinického stavu pacienta. V rámci ošetrovateľských intervencií môže sestra na základe svojho vzdelania a v rámci svojich kompetencií v prípade podozrenia na anafylaktickú reakciu samostatne indikovať a realizovať kroky 1 – 2. Kroky 2 – 4 sú mimo rámec rozsahu kompetencií sestry, ale v prípade, ak sa jedná o záchranu života pri stave ohrozujúcom život postihnutého bez okamžitej liečby, čo anafylaktická reakcia predstavuje, za súčasne splnenej podmienky, že lekár nie je k dispozícii, môže sestra tieto intervencie samostatne indikovať i realizovať. Kroky 5 – 6 sú mimo rámec kompetencií sestry, pričom ich realizáciu je možné odložiť o pár desiatok minút a vyčkať tak na indikáciu lekára v jeho neprítomnosti. Ak sestra poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť pri anafylaktickej reakcii podľa uvedených krokov, právne je tento postup považovaný za postup lege artis.

Zoznam bibliografických odkazov

- Emergency treatment of anaphylactic reactions. 2013. In *Resuscitation Council (UK)*. [online]. 2013, p. 1-50, [cit. 2014-09-04] Dostupné na internete: <<http://www.resus.org.uk/pages/reaction.pdf>>.
- ESTELLE, F. et al. 2012. 2012 Update: World Allergy Organization Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. In *Current Opinion in Allergy & Clinical Immunology*. 2012, Vol 12, No. 4, Pages 389-399.
- ESTELLE, F. SIMONS, R. 2009. Anaphylaxis in infants: Can recognition and management be improved?. In *Current Allergy & Clinical Immunology*. 2009, Vol 22, No. 2.
- POKORNÝ, J. a kol. 2010. Lékařská první pomoc. 2. vyd. Praha : Galén, 2010. 474 s. ISBN 9788072623228
- ROSEN, P. et al. 2010. Rosens emergency medicine: concepts and clinical practice. 7th edition. Philadelphia : Mosby Elsevier, 2010. 2731 s. ISBN 13-978-0-323-05472-0
- RUSSELL, W. , S. , et al. 2013. Evaluating the management of anaphylaxis in US emergency departments: Guidelines vs. Practice. In *The World Journal of Emergency Medicine*, 2013, Volume 4, Issue 3.
- NOWAK, R. et al. 2013. Customizing Anaphylaxis Guidelines for Emergency Medicine. In *The Journal of Emergency Medicine*, 2013, Volume 45, Issue 2, Pages 299-306.

Kontakt na autora:

PhDr. et Bc. Marek Šichman

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva

Námestie Andreja Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: sichmanmarek@gmail.com

ZVLÁDANIE AGRESÍVNEHO PACIENTA V OLÚP N.O. PREDNÁ HORA

Ildikó Takáčová, Marta Klimková

OLÚP, n. o. Predná Hora

Abstrakt

S ľudskou agresivitou sa stretávame odjakživa. Práca nielen v zdravotníctve ale aj mimo nej prináša rôzne situácie, s agresívnym pacientom. Aj takýto človek môže byť v bezprostrednom ohrození života a vyžaduje si rýchlu a neodkladnú pomoc. Agresívne správanie pri rôznych psychiatrických ochoreniach je často dôvodom pre hospitalizáciu pacientov aj bez ich súhlasu. Rizikové faktory agresívneho správania môžu byť rôznorodé od psychických, sociálnych, organických až po psychotické poruchy. (Grange, 2002, Havlíková 2008)

Kľúčové slová: agresivita, závislosť

Úvod

Agresivita je subjektívna vlastnosť individua prítomná v dispozičnej báze osobnosti ako trvalý latentný sklon reagovať vplyvom určitých podmienok prostredia agresívne. **Agresívnosť** je zase individuálna osobnostná vlastnosť prejavujúca sa v dôsledku spojenia agresivity s opakovanými agresívnymi reakciami, ktoré sa v priebehu vývinu jedinca upevnili a generalizovali (Dobrotka, in Pářičková, 1980).

Hartl a Hartlová (2000) uvádzajú, že pri agresii môže ísť o reakciu na frustráciu z neuspokojenia svojej potreby.

Tewes a Wildgrube (1992, in Nakonečný, 1996) uvádzajú tri typy agresie:

1. Zlostná agresia (reaktívna), ktorá vyjadruje nevdôľu alebo odplatu.

2. Inštrumentálna agresia (reaktívna), ktorá vystupuje ako obranná agresia alebo agresia k dosiahnutiu víťazstva.

3. Spontánna (aktívna), až sadisticky motivovaná agresia spôsobuje emocionálne uspokojenie agresora.

Príčiny agresívne správajúceho sa jedinca.

Príčin samotného agresívneho správania je viacero. Ako najčastejšie sa uvádzajú **dedičnosť, úraz a učenie** k agresívnemu správaniu. K ďalším príčinám patria **útok na osobu jedinca, frustrácia** (deficit nejakej potreby), **zlosť**, ale aj **zvýšená aktivačná úroveň** (tzv. „arousal“) u ľudí v stave zvýšenej psychickej excitácie. To môže byť častým problémom napr. u narkomanov, kde jedným z faktorov je aj modelovanie – imitovanie alebo napodobňovanie a učenie sa agresívnemu správaniu v drogujúcej partii. Takéto správanie je pre nich „in“, odmeňované ako jediné a žiaduce a sú aj stredobodom pozornosti.

Formy agresie

- bezprostredná agresia - útok agresora na obeť
- sprostredkovaná agresia - medzi agresorom a obeťou je medzičlánok (napr. iná osoba, vec)
- fyzická agresia - fyzické napadnutie obeť
- verbálna agresia - vyhrážanie sa, nadávky, irónia a pod.

Alkohol a agresívne správanie

Alkohol pôsobí na agresívne správanie jedinca sprostredkované a nie priamo. Nie je izolovaný od osobnostných faktorov a prijímania vlastnej zodpovednosti. Typickými prejavmi alkoholizmu bývajú úzkosť, panika, depresia, vzťahovačnosť, pocity viny, rozrušenie, prehnaná žiarlivosť, výpadky pamäti. K najčastejším násiliam alkoholikov patria násilia páchané na ich partnerkách a na okolí. Najhorší dopad alkoholizmu je práve na fungovanie rodiny závislého. (Tyler, 1988)

Prvá pomoc pri agresivite, hneve a zlosti u drogovzo závislých.

Základným cieľom prvej pomoci u agresívneho jedinca (Křivohlavý, 2004) je:

- zaistiť bezpečnosť agresívneho jedinca
- zaistiť vlastnú bezpečnosť
- zaistiť bezpečnosť ľudí nachádzajúcich sa v blízkosti agresívneho jedinca.

Pri stupňovaní násilia treba zapojiť do situácie ďalších členov ošetrovateľského tímu,

- pristupovať k pacientovi v **trojuholníkovej formácii**
- člen ošetrovateľského tímu na vrchole trojuholníka komunikuje s pacientom:
- má vyrovnaný hlas, hovorí tichšie, stručne, nechá pacienta rozprávať bez prerušenia
- podáva pacientovi jasné informácie a opakuje ich
- je istý, postoj tela má uvoľnený
- vyvaruje sa rýchlym pohybom

- neklame pacientovi
- ostatní členovia formácie počúvajú , pomaly odstraňujú z okolia :
 - nebezpečné predmety a držia sa tesne za členom ošetrovateľského tímu na vrchole trojuholníka
 - vyhrážky pacienta berieme vážne

V štandardnom postupe je potrebné myslieť na nasledovné:

- zachovať klud, pokoj a rozvahu (hlavne pokojný, kludný hlas a pohyby tela)
- sledovať slovný a mimo slovný prejav agresívneho jedinca
- nenarušovať jeho osobný priestor (udržiavať vzdialenosť od neho aspoň ½ metra)
- dbať o to, aby mal vždy možnosť voľného odchodu (nestavať sa napr. medzi neho a dvere)
- nedotýkať sa ho (dotyky môže vnímať ako prejav agresie voči nemu)
- neokrikovať ho (dovoliť mu zavolať si, nadávať, či kričať)
- nestavať sa mu do cesty, aj keď niečo rozbíja (dbať pritom na vlastnú bezpečnosť a ak sa dá, odstrániť z jeho blízkosti nebezpečné predmety)
- vedieť zvládnuť vlastnú psychiku pri konfrontácii s agresívnym jedincom (udržať si pokoj a klud, zvládnuť obavy, strach, odpor, snažiť sa agresívneho jedinca akceptovať ako ľudskú bytosť, ktorá je chorá)
- pokúsiť sa mu pomôcť rozpoznať stratu kontroly nad sebou a jeho vlastnú úzkosť (čo mu pomôže identifikovať príčiny svojej zlosti a hnevu)
- vedieť mu navrhnúť alternatívne riešenie jeho aktuálnej situácie
- neriešiť všetko sám, zvažovať možnosť pomoci iných ľudí (dbať na bezpečnosť okolia)

Ten, kto v kríze pomáha agresívnemu by mal vedieť stabilizovať agresívneho jedinca a zaistiť, aby sa takáto kríza neopakovala. Usilovať sa nasmerovať ho na adaptívne možnosti riešenia jeho problémov a pritom podporovať jeho kompetencie a samostatnosť.

Pri zvládaní hnevu a zlosti sa pomáhajúci snaží zlost' zrkadliť, dáva dotyčnému možnosť o svojej zlosti hovoriť, napr.: ...,chápem, že tak kričíš za to, čo ti XY urobil, muselo ťa to riadne naštvat' "..., pričom necháva jeho zlost' a hnev ventilovať.

Záver

Primerané profesionálne zvládnutie agresivity u psychiatrického pacienta je veľkou výzvou pre ošetrojúcich. Preverí nielen odbornú ale aj ľudskú pripravenosť, schopnosť sebadisciplíny a sebaovládania. Potrebné schopnosti a zručnosti na túto činnosť je možné získať, popri teoretickej príprave, najmä praxou, pod vedením osobnostne zrelých a skúsených odborníkov. (Grange, 2002, Havlíková 2008).

Zoznam bibliografických údajov:

1. HAVLÍKOVÁ, E.: Neurologické příčiny agresivity v prednemocničnej starostlivosti. In: Zborník z II. konferencie Falck Záchranná, Rožňava, 2008; s, ISBN: 978-80-8068-884-4.
2. GRANGE, J.T., CORBETT, S.W.: Violence against emergency medical services personnel. Prehosp Emerg Care. 2002;6:186-90.
3. BENKOVIČ, J. MARTINIVE. M.: Agresia a závislý jedinec. Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. o. Predná Hora, Publikácia, Článok, 2009
- 4.

Kontakt na autorov:

Ildikó Takáčová dipl.s., Marta Klimková dipl.s.

OLÚP n.o. Predná Hora

Muráň 2

CUKRZYCA TYPU 2 W PODESZŁYM WIEKU

Cukrovka typu 2 v pokročilom veku

Stanisława Talaga, Maria Kozioł, Bogumiła Lubińska-Żądło

Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

Streszczenie

Cel pracy

Celem pracy było poznanie rodzaju powikłań cukrzycy u respondentów, ich udziału w samokontroli oraz źródeł wiedzy o chorobie.

Metoda badań i materiał badawczy

Do zebrania materiału badanego zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Badania ankietowe zostały przeprowadzone w szpitalu w Gorlicach, w oddziale geriatrycznym. Badaniom objęto 30 pacjentów z rozpoznaną cukrzycą typu 2 którzy ukończyli 60 rok życia.

Wyniki badań

Wykrycie cukrzycy u większości chorych było przypadkowe. Najczęstszymi powikłaniami cukrzycy w podeszłym wieku była retinopatia cukrzycowa, choroby serca, stopa cukrzycowa. W badanej grupie problem stanowiła nadwaga i otyłość wynikająca z nieprzestrzegania diety oraz niskiej aktywności fizycznej. Niewielka liczba chorych prowadziła systematycznie dzienniczek

samokontroli, dokonywała pomiarów RR, kontrolowała skórę i stopy. Uwagę zwraca niska satysfakcja pacjentów lub jej brak z edukacji w cukrzycy. Ankietowani niechętnie uczestniczyli w spotkaniach edukacyjnych dotyczących cukrzycy. Swoją wiedzę na temat choroby chorzy najczęściej czerpali z dostępnych broszur i ulotek, rzadziej czytali na ten temat książki. Pacjenci ze świeżo rozpoznaną cukrzycą oczekiwali na edukację.

Wnioski

1. Należy propagować wykonywanie badań kontrolnych glikemii po 40 roku życia, u osób o podwyższonym ryzyku zachorowania.
2. Należy motywować chorych do samokontroli i samopielegnacji w cukrzycy oraz zapewnić chorym materiały do nauki samopielegnacji w cukrzycy i merytoryczną opiekę personelu medycznego.
3. Zachodzi potrzeba kształcenia pielęgniarek diabetologicznych, które miałyby czas w profesjonalny, ciekawy sposób przygotować chorych i ich rodziny do życia z cukrzycą.

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 2, powikłania, zachowania zdrowotne, wiek podeszły

W Polsce w r. 2011 wskaźnik chorobowości z powodu cukrzycy w dorosłej populacji wynosił 10,6%. Jest to 3,050 mln osób. Przewidywana wielkość na rok 2030 wyniesie 12,2% tj. 3.410 mln osób (15). Jak podaje zestawienie Głównego Urzędu Statystycznego liczba zgonów w Polsce z powodu cukrzycy w 2010 r objęła 29.000 osób.

Cel pracy

Celem pracy było poznanie rodzaju powikłań cukrzycy u respondentów, ich udziału w samokontroli oraz źródeł wiedzy o chorobie.

Pytania badawcze:

1. Jakie były powikłania cukrzycy w badanej grupie?
2. Jakie zachowania zdrowotne prezentowali ankietowani?
3. Jaki był udział respondentów w samopielegnacji cukrzycy?
4. Z jakich źródeł wiedzy korzystali ankietowani i jakie mają oczekiwania w zakresie poszerzania wiedzy?

Metoda badań i materiał badawczy

Do zebrania materiału badanego zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Badania ankietowe zostały przeprowadzone w szpitalu w Gorlicach, w oddziale geriatrycznym. Badaniom objęto 30 pacjentów z rozpoznaną cukrzycą typu 2, którzy ukończyli 60 rok życia.

Wyniki

Nieco liczniejsza była grupa kobiet 53% (16), mężczyzn było 47% (14). Najliczniej reprezentowana była grupa w wieku 60-69 lat (80%) (24), w wieku między 70 – 80 rokiem życia byli pozostali uczestnicy badania. Liczniejszą grupę badanych stanowiły osoby mieszkające na wsi 60% (18). W badaniu najwięcej 47% (14) respondentów było z wykształceniem zawodowym, 33% (10) legitymowało się wykształceniem podstawowym. Wykształcenie średnie podawało 17% (5) badanych, a wyższe 3% (1) badanych.

Czas leczenia choroby u poszczególnych osób był zróżnicowany. Najliczniejszą grupę 43% (13) stanowili chorzy z cukrzycą, której czas trwania wynosił od 5-10 lat. Powyżej 10 lat chorowało na cukrzycę 30% (9), a najmniej respondentów 27% (8) leczyło się od 1-5 lat. Najczęściej rozpoznawano chorobę przypadkowo w czasie pobytu w szpitalu 47% (14) z powodu innego schorzenia. U 36% (11) ankietowanych cukrzycę rozpoznano w czasie kontrolowania leczenia innej jednostki chorobowej. Najmniej 17% (5) badanych podało, że chorobę rozpoznano w czasie badań okresowych w pracy.

U pacjentów była stosowana insulina wraz z lekami doustnymi, tak podało 33% (10) badanych. Stosowanie tylko leków doustnych było u 30% (10) badanych, dietę jako jedyną formę leczenia wymieniła 1(4%) osoba. 17% (5) chorych z lekarzem diabetologiem konsultowało się raz na 2-3 miesiące, raz na 5-6 miesięcy 20% (6) pacjentów, 1 raz w roku wizytę u diabetologa odbyło 30% (9) chorych, a rzadziej niż jeden raz w roku odwiedziło diabetologa 33% (10) chorych.

73% (22) badanych miało stwierdzone powikłania cukrzycowe. Najczęściej wymienianym powikłaniem były problemy ze wzrokiem 38% (17), następnie choroby układu krążenia 26% (12), stopa cukrzycowa 20% (9) [tabela 1].

Tabela 1. Powikłania cukrzycowe

Kategoria odpowiedzi	N=30	%
Zaburzenia widzenia	17	38
Choroby układu krążenia	12	26
Udar mózgu	3	7
Uszkodzenie nerek	4	9
Stopa cukrzycowa	9	20

40% (12) pacjentów, od momentu zdiagnozowania choroby zaprzestało palenia i picia alkoholu, 40% (12) chorych przyznało się do wypijania alkoholu okazjonalnie, natomiast 20% (6) badanych nigdy nie paliło papierosów i piło alkoholu.

W badanej grupie 53% (16) chorych miało nadwagę, otyłość I stopnia stwierdzono u 10% (3) pacjentów, zaś otyłość II stopnia u 4% (1) badanych. Pozostałe 33% (10) osób miało prawidłową masę ciała.

10% (8) badanych prowadziło dzienniczek samokontroli. 26% (22) stosowało dietę cukrzycową. 25% (21) respondentów wykonywało pomiary glikemii. Systematycznie kontrolowało ciśnienie tętnicze krwi 10% (8) pacjentów, aktywnie spędzało czas wolny 11% (9) osób, stan skóry i stóp kontrolowało 18% (15) pacjentów [tabela 2].

Tabela 2. Elementy samoopieki

Kategoria odpowiedzi	N=30	%
Prowadzenie dzienniczka	8	10
Stosowanie diety	22	26
Pomiary glikemii	21	25
Kontrola RR	8	10
Aktywność fizyczna	9	11
Kontrola skóry i stóp	15	18

57% (17) badanych było zadowolonych z edukacji prowadzonej przez pielęgniarkę, aż 43% (13) było odmiennego zdania.

Wiedzę na temat choroby pacjenci poszerzali korzystając z dostępnych ulotek i broszur 37% (15), 30% (12) badanych czytało książki na temat cukrzycy, z Internetu korzystało 8% (6) pacjentów. Udział w spotkaniach edukacyjnych potwierdziło 18% (8). 7% (3) nie było zainteresowanych uzupełnianiem wiedzy.

Chęci do poszerzenia wiedzy na temat choroby zgłaszali chorzy od 0-5 lat 16% (8) od wykrycia cukrzycy. Wiadomości o stosowaniu diety chcieliby poszerzyć 27% (13) badanych. O powikłaniach i ich rodzajach oraz sposobach zapobiegania chętnie dowiedziałoby się 20% (10) chorych, a o samokontroli i samopielęgnacji 29% (14) pacjentów. Zasady podawania insuliny chcieliby zgłębić 8% (4) badanych [tabela3].

Tabela 3. Zainteresowanie tematyką o chorobie

Kategoria odpowiedzi	N=30	%
Dieta w chorobie	13	27
Ogólna wiedza o chorobie	8	16
Zapobieganie powikłaniom	10	20
Samokontrola i samopielęgnacja	14	29
Miejsca podawania insuliny	4	8

Omówienie wyników

Nieleczona lub źle leczona cukrzyca wiąże się z zaburzeniami czynności i niewydolnością wielu narządów, szczególnie oczu, nerek, serca i naczyń krwionośnych. Prawidłowe leczenie cukrzycy polega na osiągnięciu wszystkich celów terapeutycznych. Według Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego są to następujące cele: normoglikemia, normolipidemia, normotensja, normoglikacja, utrzymanie prawidłowej masy ciała.

Chory nie może zostać sam z tak ciężką i wymagającą dużej dyscypliny chorobą, w przebiegu choroby ważna jest świadomość pacjenta na temat rozwoju powikłań i prawidłowego wyrównania cukrzycy [1].

Badania ankietowe zostały przeprowadzone w szpitalu w Gorlicach, w oddziale geriatrycznym. Udział w badaniu wzięli zarówno mężczyźni jak i kobiety. Nieznacznie więcej było kobiet. Najlicniejszą grupą byli ankietowani w wieku 60-69 lat, nieliczni byli w wieku powyżej 70 roku życia. Najstarsi mieli 80 lat. Wykształcenie badanych było w większości zawodowe i podstawowe. Liczniejszą grupę badanych stanowiły osoby mieszkające na wsi 60% (18). Przeważali chorzy z cukrzycą, której czas trwania wynosił od 5-10 lat.

Przedstawione wyniki badania wskazują, że najczęściej cukrzyca rozpoznawana była przypadkowo w czasie pobytu ankietowanego w szpitalu z powodu innej choroby.

Stosowanie się do zaleceń lekarskich przez chorych stanowi jeden z podstawowych warunków właściwego przebiegu leczenia choroby. Według danych z piśmiennictwa wyniki badań dotyczące stopnia wypełniania zaleceń lekarskich przez chorych są niezadawalające ; 57-70% oznacza poziom glukozy we krwi, 62-69% przestrzega diety, 42-59 dokonało zmiany w trybie życia [2].

W naszym materiale 26% (22) stosowało dietę cukrzycową. 25% (21) respondentów wykonywało pomiary glikemii, 10% (8) badanych prowadziło dzienniczek samokontroli. Systematycznie kontrowało ciśnienie tętnicze krwi 10% (8) pacjentów, aktywnie spędzało czas wolny 11% (9) osób, stan skóry i stóp kontrolowało 18% (15) pacjentów. 40% (12) chorych przyznało się do wypijania alkoholu okazjonalnie. Tylko 17% (5) chorych z lekarzem diabetologiem konsultowało się raz na 2-3 m.

Intensywne leczenie cukrzycy i zapobieganie jej powikłaniom obejmuje dążenie do normalizacji masy ciała. Wyniki badania świadczą o niezadawalającym postępowaniu większości respondentów w tym zakresie.

W badanej grupie 53% (16) chorych miało nadwagę, otyłość I stopnia stwierdzono u 10% (3) pacjentów, zaś otyłość II stopnia u 4% (1) badanych.

Powikłania ostre mogą przynieść pacjentowi niezapomniana traumę, a powikłania późne mogą powodować dolegliwości, które obniżają jakość życia i mogą przyczyniać się do wycofywania chorego z aktywności. Wśród przewlekłych powikłań cukrzycy największe

praktyczne znaczenie mają powikłania oczne, powikłania nerkowe, zwiększona zapadalność i umieralność na choroby sercowo-naczyniowe i udary mózgu, zwiększona zapadalność na zgorzel stopy i związane z tym często amputacje, neuropatie w ośrodkowym, obwodowym i autonomicznym układzie nerwowym, zwiększona podatność tych chorych na wszelkiego typu zakażenia [3,4,5,]. Badania własne wykazały, że aż 73% (22) badanych miało stwierdzone powikłania cukrzycowe. Najczęściej wymienianym powikłaniem były problemy ze wzrokiem, choroby układu krążenia, stopa cukrzycowa.

Leczenie cukrzycy wymaga podejmowania intensywnych działań edukacyjnych, ukierunkowanych na zapoznanie pacjenta z istotą choroby, zasadami postępowania w chorobie, pożądanymi zachowaniami, a także na rozwijanie potrzebnych umiejętności samoopieki i budzenie odpowiedniej motywacji w tym kierunku. Pielęgniarstwo wnosi własny wkład w realizację tych zadań [6]. Z badań własnych wynika, że 57% (17) badanych było zadowolone z edukacji prowadzonej przez pielęgniarkę, aż 43% (13) było niezadowolonych.

Praca pielęgniarki, której celem jest poprawa życia diabetyka to edukacja, podnoszenie świadomości chorego odnośnie ograniczeń wiążących się z istnieniem choroby, działania które mają na celu pozytywnie nastawić pacjenta do terapii oraz do życia z cukrzycą [7]. Niezbędne informacje dotyczące wiedzy o cukrzycy i postępowaniu dietetycznym badana grupa zdobywała w różny sposób. Najczęściej wymieniano, iż informacje te uzyskali korzystając z dostępnych ulotek i broszur, z książek medycznych, szkoleń (spotkań edukacyjnych), z Internetu. Nieliczni ankietowani nie byli zupełnie zainteresowani edukacją w zakresie choroby.

Szerokie zastosowanie w opiece diabetologicznej znalazła teoria samoopieki Doroty Orem, opublikowana w 1971 roku w Stanach Zjednoczonych. Jest ona jedną z najpopularniejszych teorii w światowym pielęgniarstwie i szczególnie przydatną w opiece nad ludźmi z chorobami przewlekłymi [8]. Najliczniej reprezentowaną grupą chorych zgłaszających oczekiwania w zakresie poszerzenia wiedzy o cukrzycy byli diabetycy z najmłodszym stażem trwania choroby. Tematyka dotyczyła przede wszystkim wiedzy o stosowaniu diety, zapobiegania powikłaniom, samopielęgnacji.

Wnioski

1. Wykrycie cukrzycy u większości chorych było przypadkowe.

Należy propagować wykonywanie badań kontrolnych glikemii po 40 roku życia, u osób o podwyższonym ryzyku zachorowania. Należy stosować testy przesiewowe, które pozwolą na wcześniejsze leczenie osób o dużym zagrożeniu, także szczegółowo zbierać wywiady cukrzycowe i ocenić, czy występują takie czynniki ryzyka, jak otyłość, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, obecność cukrzycy ciężarnych w przeszłości oraz powikłania cukrzycy.

2. Należy motywować chorych do samokontroli i samopielegnacji w cukrzycy.
3. Należy zachęcać chorych do zmiany zachowań w celu poprawy jakości życia.
4. Zachodzi potrzeba kształcenia pielęgniarek diabetologicznych, które miałyby czas w profesjonalny, ciekawy sposób przygotować chorych i ich rodziny do życia z cukrzycą.
5. Przeprowadzone badania starszych osób wskazują na pilną potrzebę edukacji zdrowotnej i zwiększenia możliwości uzyskania informacji w zapobieganiu ubocznym skutkom choroby i poprawy jakości życia.

Pismiennictwo

1. Walicka M., Czerwińska E., Marcinkowska-Suchowierska E.: Leczenie cukrzycy typu 2 z wyłączeniem insuliny” Postępy Nauk Medycznych 5 2006/2014 str.:355-363, wydawnictwo BORGIS.
2. Kwissa Z.: Sposoby optymalizowania realizacji zaleceń lekarskich przez chorych na cukrzycę. Medycyna Metaboliczna. 2006, 2,47.
3. Brodawko B., Mosiewicz J., Czepło C.: Przewlekłe powikłania cukrzycy i świadomość osób z cukrzycą odnosząca się do problemów ich choroby. Medycyna Metaboliczna. 2005, 2, 90-94.
4. Denys A., Tatoń.: Infekcje tkanek stopy u osób z zespołem stopy cukrzycowej – niedokrwiennej, neuropatycznej lub mieszanej. Medycyna Metaboliczna. 2006, 1, 33-39.
5. Tatoń J., Denys A.: Zagrożenia i odrębności infekcji układu moczowego w subpopulacji osób z cukrzycą. Medycyna Metaboliczna. 2006, 1, 28-32.
6. Poznańska S.: Doroty Orem- Model samoopieki i deficytu samoopieki (w:) Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo UJ, Kraków, 2001, 107-132.
7. A. Bocian „Znaczenie edukacji pacjenta z cukrzycą dla promowania zachowań prozdrowotnych” PFED – Magazyn Edukacyjny 6/I/2009.
8. Lipińska M.: Pielęgniarstwo a społeczeństwo. Pielęgowanie według teorii D.E. Orem. Pielęgniarstwo 2000. 1993, 2(7), 7-10.

Kontakt na autora:

dr n. med. Stanisława Talaga

talagowa@interia.pl

ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE W PRACY PIEŁĘGNIARKI ANESTEZJOLOGICZNEJ NA BLOKU OPERACYJNYM – OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

Nežiaduce účinky v práci anesteziologickej sestry v operačnom úseku – perioperačná riadiaca karta

Karina Wawros¹, Beata Naworska², Renata Mroczkowska³, Bogusława Serzysko³

¹Szpital Specjalistyczny nr 2, Bytom 41 – 900, ul Stefana Batorego 15

²Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa WnoZ, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, w Katowicach

³Śląskie Centrum Chorób Serca, 41-800 Zabrze, ul. M. Curie-Skłodowskiej 9

ABSTRACT:

Operating block is one of the organizational units of the hospital with a complex structure, premises, organizational. Due to its multi-band nature of the work is a place very high risk of adverse events. Well-defined and well-developed rules of procedure allow for smooth implementation of the medical devices. One of the teams whose work is fraught with the risk of the anesthetic team. The relevant substantive preparation of the team and also reliable compliance procedures to minimize the risk of adverse events. Awareness of complications which may be encountered in their work anesthetic nurse allows her to effectively prevent them from occurring. Another helpful tool in reducing the risk of adverse events is created in 2008 Perioperative control card, which is coordinated by a nurse anesthetic. The results of the pilot perioperative Cards JCC, published in "The New England Journal of Medicine" in January 2009, showed a significant reduction in complications.

STRESZCZENIE:

Blok operacyjny to jedna z komórek organizacyjnych szpitala o złożonej strukturze, lokalowej i organizacyjnej. Ze względu na swój charakter i konieczność pracy wielozespołowej jest miejscem bardzo wysokiego ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych. Dobrze sprecyzowane zasady oraz opracowane i wdrożone procedury pozwalają na płynną realizację czynności medycznych. Jednym z zespołów których praca może być obarczona tym ryzykiem jest zespół anestezyjologiczny. Rzetelne przygotowanie merytoryczne a także przestrzeganie procedur, pozwala zminimalizować ryzyko występowania zdarzeń niepożądanych. Świadomość powikłań z jakimi może się zetknąć w swojej pracy pielęgniarka anestezyjologiczna umożliwia skuteczne ich monitorowanie jak i zapobieganie ich występowaniu. Narzędziem pomocnym w ograniczeniu ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych jest stworzona w 2008 r okołoperacyjna karta kontrolna, której koordynatorem jest pielęgniarka anestezyjologiczna.

Wyniki pilotażu Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej, opublikowane w "The New England Journal of Medicine" w styczniu 2009 roku, wykazały istotną redukcję powikłań okołooperacyjnych.

Słowa kluczowe: zdarzenia niepożądane, blok operacyjny, anestezjologia

1 Organizacja pracy bloku operacyjnego

Blok operacyjny to jedna z komórek organizacyjnych szpitala o bardzo złożonej strukturze. Jest miejscem pracy kilku zespołów: Lekarzy zabiegowych, anestezjologów, pielęgniarek operacyjnych, anestezjologicznych oraz sanitariuszek. Zespoły te łączy wspólny cel – prawidłowe wykonanie operacji, dobrego znieczulenia oraz zachowania higienicznych warunków. Na bloku operacyjnym istnieje bardzo wysokie ryzyko zakażeń w szczególności miejsca operowanego i układu oddechowego, oraz ryzyko zdarzeń niepożądanych. Bardzo ważne jest aby zespół pracowników bloku operacyjnego różnych stanowisk i kompetencji, był dobrze zorganizowany i zarządzany. Zarządzanie w rozumieniu : jakość, ryzyko i profilaktyka zakażeń.(Ciuruś 2012)

Blok operacyjny jest kosztowną jednostką organizacyjną szpitala zarówno z powodu konieczności zatrudnienia wysoko wykwalifikowanej kadry jak i amortyzacji specjalistycznego sprzętu który działa całą dobę. Podstawą zasadą dobrego kierowania zespołem jest zasada ważności każdego członka zespołu. (Ciuruś 2012)

Jasno sprecyzowane zasady, polecenia oraz dobrze opracowane procedury pozwalają na płynną realizację procedur medycznych. Istotną rolę w prawidłowym przebiegu pracy mają szkolenia zwłaszcza wewnątrzoddziałowe, które pozwalają nie tylko utrwalić istniejące procedury, ale także wyjaśnić ich cel. (Grabowska E. 2012, str 1-1)

1.1 Zadania pielęgniarki anestezjologicznej na bloku operacyjnym

Podstawa prawna wykonywania obowiązków pielęgniarki anestezjologicznej w Polsce:

- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.)
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15)
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).

Pielęgniarka anestezjologiczna jest członkiem zespołu bloku operacyjnego, głównie współpracuje z lekarzem anestezjologiem podczas znieczulenia. Powinna być osobą posiadającą odpowiednie kwalifikacje- kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego

i intensywnej opieki lub specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki medycznej. Ponadto powinna posiadać predyspozycje osobowościowe, charakteryzować się dużą odpornością na stres i pracą pod presją czasu. (Kusza K,2012,str 202 - 212)

Do zadań pielęgniarki anestezjologicznej pracujących na bloku operacyjnym należy:

- Przygotowanie stanowiska znieczulenia: przygotowanie i sprawdzenie funkcjonowania, kompletności, sprawności , dat ważności sprzętu i aparatury medycznej potrzebnej do wykonania i prowadzenia znieczulenia.
- Przygotowanie sprzętu dodatkowego zabezpieczającego (np. worek samorozprężalny „Ambu”, defibrylator, prowadnica Bougie)
- Przygotowanie leków do znieczulenia
- Przygotowanie dokumentacji medycznej prowadzonej w trakcie znieczulenia
- Przyjęcie pacjenta w bloku operacyjnym zgodnie z obowiązującą procedurą. (Identyfikacja)
- Przygotowanie pacjenta do znieczulenia
- Asystowanie do znieczulenia
- Czuwanie nad bezpieczeństwem pacjenta w trakcie znieczulenia
- Prowadzenie dokumentacji znieczulenia
- Przekazanie pacjenta po znieczuleniu personelowi sali pooperacyjnej lub oddziału pooperacyjnego
- Dezynfekcja, porządkowanie stanowiska znieczulenia.

Rejestr zdarzeń niepożądanych powinien być narzędziem pomocnym w ich zapobieganiu i zmniejszeniu zapobiegania(Kusza K,2012,str 202 -212)

2 Zdarzenia niepożądane w anestezjologii na bloku operacyjnym

Zdarzenie niepożądane to szkoda wywołana w trakcie lub w wyniku leczenia, nie związana z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia pacjenta.

Najczęstsze przyczyny:

- Przeciążenie pracą
- Zła organizacja pracy
- Czas pracy
- Liczba i kwalifikacje personelu
- Świadomość personelu
- Przestrzeganie zasad dobrej praktyki

Głównym zadaniem zespołu bloku operacyjnego jest stworzenie bezpiecznych warunków procesu leczniczego. Procedury wykonywane na sali operacyjnej należą do głęboko ingerujących

w organizm człowieka i wiążą się z wysokim ryzykiem wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Wyeliminowanie ich jest niemożliwe, ale w ramach zarządzania ryzykiem powinno się je monitorować, analizować, oraz podejmować działania zapobiegawcze i naprawcze w celu zmniejszenia występowania. Zdarzenia niepożądane podzielone są na rzeczywiste i potencjalne. Zdarzenia niepożądane powinny być rejestrowane oraz powinny być podjęte działania naprawcze. (Kusza K, 2012, str. 202-212)

Zdarzenia niepożądane znieczulenia:

- Niewłaściwy pacjent

Obowiązek identyfikacji pacjenta spoczywa nie tylko na pielęgniarce anestezjologicznej, ale także anestezjologu, lekarzu specjalności operacyjnej a także pielęgniarce instrumentariuszce czyli jest procesem wieloetapowym. Podczas identyfikacji pacjenta należy ściśle stosować się do obowiązujących procedur. Zazwyczaj stosuje się identyfikację poprzez sprawdzenie danych osobowych, rodzaju zabiegu operacyjnego oraz kontrolę opaski identyfikacyjnej. Pielęgniarka anestezjologiczna zobowiązana jest również do kontrolowania zgodności dokumentacji medycznej danego pacjenta. Powinna także zwrócić uwagę na fakt, że pacjent będący pod wpływem środków premedykacji może mieć problemy z orientacją, oraz na pacjentów w wieku podeszłym z zaburzeniami psychicznymi, pediatrycznymi u których należy zastosować dodatkowe sposoby kontroli identyfikacji. (Gaszyński T, 2011, 4; 214-219)

- Odcewnikowa infekcja łożyska naczyniowego

Za zakażenia odcewnikowe najczęściej są odpowiedzialne: gronkowiec skórny, gronkowiec złocisty i inne bakterie Gram-dodatnie, bakterie Gram-ujemne, grzyby zwłaszcza Candida, oraz wirusy.

Przyczynami bakteriemii odcewnikowych są bakterie z rąk personelu i bakterie chorego przeniesione przez personel. Dlatego przestrzeganie opracowanych procedur pozwala na zmniejszenie ryzyka tego powikłania. (Trzpiel K 2012, str. 14 - 16)

- Odrespiratorowe zakażenie układu oddechowego związanego ze stosowaniem wentylacji mechanicznej i instrumentacji dróg oddechowych.

Flora bakteryjna występująca w jamie ustnej może być przyczyną zakażenia układu oddechowego. Bakterie z płytek nazębnych najczęściej doprowadzają do zakażeń układu oddechowego. Wszelkie manipulacje w skontaminowanej jamie ustnej, takie jak intubacja dotchawicza, odsysanie, wprowadzanie sondy żołądkowej, badania inwazyjne, łatwo mogą doprowadzić do kolonizacji dróg oddechowych. Zakażenie układu oddechowego podczas stosowania oddechu zastępczego nazywamy odrespiratorowym zapaleniem płuc (VAP - ventilator associated pneumonia). Wskazane jest aby pacjent przed zabiegiem operacyjnym miał

wykonaną toaletę jamy ustnej oraz do operacji planowych powinny być wyleczone ubytki uzębienia. (Kusza K,2012,str 202 -212)

- Komplikacje dla pacjenta spowodowane nieprawidłowym podnoszeniem, przemieszczaniem pacjenta oraz ułożeniem na stole operacyjnym.

Zabieg operacyjny niesie ze sobą duże ryzyko .Zagrożenia wynikające z warunków, w jakich przeprowadzane są procedury. Należy ułożyć pacjenta w określonej pozycji, co nie pozostaje bez wpływu na układ krążenia, wentylację i ryzyko wystąpienia urazów nerwów czy skóry. Odpowiedzialność za ułożenie pacjenta ponosi operator, jednak zespół anestezjologiczny może również być pociągnięty do odpowiedzialności np. w sytuacji gdy uszkodzeniu uległ nerw łokciowy z powodu nieprawidłowego ułożenia kończyny górnej, ręka nie była przedmiotem operacji, a zespół anestezjologiczny korzystał z kaniuli dożylniej w celu podawania leków i płynów infuzyjnych. Istotne jest ułożenie głowy i szyi - jeśli nie jest ona wspólnym polem działań anestezjologa i

operatora, to anestezjolog powinien zadbać o właściwe ułożenie i zabezpieczenie. (Baumgart K,2014)

- Obcogrupowe przetoczenie krwi

Powikłań potransfuzyjnych nie da się uniknąć. Liczbę ich można jednak zmniejszyć przez: ograniczenie wskazań do przetaczania krwi jedynie do przypadków w pełni uzasadnionych, prawidłowe wykonywanie badań serologicznych przed dokonaniem transfuzji oraz wyeliminowanie błędów natury organizacyjnej.

Stosowanie właściwych preparatów krwiopochodnych w zależności od istniejących w ustroju biorcy niedoborów.

Propagowanie środków farmakologicznych w leczeniu niedokrwistości zamiast substytucyjnego leczenia krwią.

Zwykle spotykane błędy organizacyjne, polegające na zamianie próbek krwi służących do wykonania badań serologicznych, oraz proste błędy w dokumentacji są przyczyną wielu obcogrupowych przetoczeń krwi(Gaszyński T, 2011,,4; 214-219)

- Komplikacje związane z podawaniem leków.

Błędy popełniane przy podawaniu leku związane są zarówno z dawką, rodzajem leku jak i ryzykiem podania leku pozanaczyniowo. Procedura trzykrotnego sprawdzania leku przed podaniem zmniejsza ryzyko pomyłki. Przeprowadzenie wnikliwego wywiadu anestezjologicznego wyklucza wystąpienia powikłań związanych z podaniem leku. (Trzpiel K 2012, str. 14 – 16)

- Komplikacje związane z trudnymi drogami oddechowymi

Postępowanie powinno uwzględniać właściwą identyfikację osób „ z trudnymi drogami oddechowymi”, opracowanie algorytmu postępowania w „trudnej intubacji”, zapewnienie odpowiedniego sprzętu, dobre działanie zespołowe. (Trzpiel K 2012, str. 14 – 16)

- Komplikacje związane ze sprzętem

Okresowa kontrola techniczna, kontrole bieżące, prawidłowa eksploatacja, częste szkolenia personelu w zakresie obsługi, dostępność instrukcji obsługi aparatury oraz zgodne z zaleceniami producenta postępowanie ze sprzętem pozwala na minimalizację wystąpienia problemów ze sprzętem (Trzpiel K 2012, str. 14 – 16)

- Zachowania i relacje interpersonalne

Komunikacja z pacjentem na bloku operacyjnym ma bardzo specyficzną cechę. Jest nią ograniczenie podmiotowej strony kontaktu na rzecz płaszczyzny przedmiotowej, związanej z koncentracją na stanie funkcjonowania biologicznego organizmu.

Dlatego należy mieć świadomość, że pacjent widzi, słyszy zwłaszcza pierwszym etapie znieczulenia i odbiera wszelkie niepokojące zachowanie i sytuacje panujące na sali operacyjnej. (Gaszyński T, 2011,4; 214-219)

- Komplikacje związane z organizacją pracy

Zapewnienie odpowiedniej liczby wykwalifikowanego personelu zapewnia nie tylko płynność pracy, ale pozwala w dużym stopniu wystąpienia zdarzeń niepożądanych. (Kusza K,2012,str 202 -212)

- Zachłyśnięcie

Jest niebezpiecznym powikłaniem znieczulenia, którego ryzyko wzrasta przy braku odpowiednio długiej przerwy pokarmowej przed znieczuleniem lub przy zaleganiu kwaśnej treści żołądka w nadczynności wydzielniczej. (Kusza K,2012,str 202 -212)

- Powikłania intubacji

W okresie pooperacyjnym być przyczyną przejściowych trudności w połykaniu, przemijającej chrypki i bardzo rzadko jest przyczyną uszkodzenia strun głosowych. Uszkodzenie zębów dotyczy głównie tych, które są ruchome i nawet wtedy dochodzi do uszkodzenia bardzo rzadko. (Gaszyński T, 2011,4; 214-219)

2.1 profilaktyka zdarzeń niepożądanych w anestezjologii

Rozpoznawanie i ocena zjawisk fizjologicznych i patologicznych towarzyszących zabiegom operacyjnym, procesom chorobowym i zabiegom terapeutycznym .Standardy w Polsce w dziedzinie anestezjologii określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą(Dz. U. z 2013 r. poz. 15)

Postępowanie zespołu anestezjologicznego w czasie pobytu pacjenta na bloku operacyjnym i oddziale pooperacyjnym jest wielotorowe. Niezwykle istotna jest identyfikacja w sposób ciągły lub powtarzalny w odstępach czasu trendów prognostycznych: monitorowanie, analiza danych, interpretacja, decyzja kliniczna.

Monitorowanie uwzględnia:

- Stałą obecność wykwalifikowanego personelu anestezjologicznego, sprzętu, stanu pacjenta, wczesne wykrywanie szkodliwego wpływu anestezji na stan pacjenta oraz wykrywanie powikłań wynikających z manipulacji chirurgicznych
- Monitorowanie standardowych czynności w czasie znieczulenia
- Standardowe wyposażenie stanowiska anestezjologicznego/wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15)

Dodatkowe zabezpieczenie powinno uwzględniać:

- Całodobowa możliwość wykonywania podstawowych badań laboratoryjnych: gazometria, morfologia, jonogram, glukoza we krwi, grupa krwi, próba zgodności, podstawowe badania z układu krzepnięcia
- Zakres monitorowania od stanu pacjenta choroby współistniejące rozległość zabiegu operacyjnego

Zakres monitorowania:

- Rutynowy – stosowany u każdego pacjenta
- Specjalistyczny/specjalny nadzór danego parametru np..ICP
- Wszechstronny – przy rozległych zabiegach, pacjenci np. z urazem wielonarządowym , z niewydolnością krążenia,

Kontrola sprzętu: aparatu do znieczulenia, układu dostarczania gazów, przepływu gazów, obwodu oddechowego pacjenta, ciśnień, monitora O₂,CO₂.temp. (Kusza K,2012,str 202 -212)

Kontrola pacjenta: ułożenie, wentylacja, funkcje układu krążenia, głębokość znieczulenia oraz wypełnienie łóżyska naczyniowego. Nadzór nad stanem neurologicznym. Metody monitorowania dzielimy na: Inwazyjne i nieinwazyjne. Należy zawsze pamiętać, że żadna aparatura nie zwalnia z obowiązku badania przedmiotowego pacjenta: obserwacją, dotykiem, osłuchiwaniami. Zawsze powinno się obserwować: zabarwienie skóry, błon śluzowych, płytki paznokciowej - krążenie, natlenienie, ruchy klatki piersiowej – oddychanie, prawidłowa wentylacja, położenie rurki, ruchy gałek ocznych, szerokość źrenic, ruchy palców, odruchy – głębokość znieczulenia, zwiotczenie. Temperatura skóry daje nam informację o krążeniu, wilgotność o odczuwaniu bólu, infekcji krążeniu. Nadzór i kontrola położenia rurki intubacyjnej,

ocena szmeru pęcherzykowego, kontrola szczelności mankietu uszczelniającego rurki intubacyjnej. (Kusza K,2012,str 202 -212)

Monitorowanie obejmuje: układ oddechowy – pulsoksymetria, kapnografia, objętość oddechowa/TV, obj. minutowa/ciśnienia w drogach oddechowych,kapnografia,EtCO2 .Monitorowanie układu sercowo- naczyniowego: częstości rytmu serca RR/ bezpośredni i pośredni, środkowego ciśnienia żylnego, ciśnienia w tętnicy płucnej, ciśnienia zaklinowania, rzutu serca, elektrokardiografia/EKG/

Monitor EKG pozwala na rejestrację: częstości pracy serca: bradykardia, tachykardia, rytm: zaburzenia nad-komorowe ,obecność pobudzeń

dotychczasowych, zaburzenia przewodnictwa zatrzymanie akcji serca .niedotlenienie m. sercowego. (Gaszyński T, 2011,,4; 214-219)

3 Okołooperacyjna karta kontrolna

Zdarzenia niepożądanych związanych z leczeniem operacyjnym stanowią najczęściej brak weryfikowania tożsamości, operowanie niewłaściwego chorego; niewłaściwa procedura operacyjna niewłaściwa strona operowana, brak właściwego przygotowania do zabiegu. Stres jaki towarzyszy całemu zespołowi operacyjnemu w trakcie zabiegu jest nieporównywalnie większy niż podczas leczenia zachowawczego a w medycynie zabiegowej łatwiej o wystąpienie zdarzenia niepożądanego. Przyczyną większości z nich jest brak umiejętności współpracy w zespole operacyjnym, oraz problemy z komunikowaniem. Aby zmniejszyć liczbę powikłań i zgonów okołooperacyjnych, Światowa Organizacja Organizacja Zdrowia (WHO) zidentyfikowała i zarekomendowała zestaw działań, które poprawiają bezpieczeństwo pacjentów chirurgicznych, i w 2008 roku, po konsultacjach ze specjalistami opublikowała Okołooperacyjną Kartę Kontrolną (OKK). Zaobserwowano zmniejszenie śmiertelności oraz częstości powikłań. Okołooperacyjna karta kontrolna jest dostępna na stronie WHO .Jest narzędziem służącym do wspierania przyjętych działań dla poprawy bezpieczeństwa i promowania skutecznej komunikacji oraz dobrej współpracy w wielodyscyplinarnym zespole zabiegowym, służy lekarzom i innym pracownikom medycznym zaangażowanym w poprawę bezpieczeństwa świadczonych usług i ograniczenie liczby możliwych do uniknięcia zgonów i powikłań. Okołooperacyjną Kartę Kontrolną w Polsce koordynuje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i WHO.W Europie Okołooperacyjną Kartę Kontrolną wprowadzono w styczniu 2009 roku. W Wielkiej Brytanii od lutego 2010 roku zalecono jej obligatoryjne stosowanie w publicznych i prywatnych szpitalach. (Ciuruś 2012)

Wyniki pilotażu Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej, opublikowane w "The New England Journal of Medicine" w styczniu 2009 roku, wykazały istotną redukcję powikłań (z 11% do 7%;

p <0,001) i śmiertelności (z 1,5% do 0,8%; p = 0,003) po wprowadzeniu Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej w szpitalach biorących udział w badaniu. Na każdym z etapów osoba odpowiedzialna za zaznaczanie poszczególnych punktów (tzw. koordynator) – musi uzyskać od zespołu wyraźne potwierdzenie, że zrealizowano określony wymóg weryfikacyjny. Uzyskanie potwierdzenia warunkuje przejście do kolejnej fazy zabiegu. W miarę zdobywania doświadczenia i wprowadzenia poszczególnych weryfikacji w rutynowy przebieg zabiegu zespół ustnie potwierdza kolejne weryfikacje, bez wyraźnego udziału koordynatora. Aby nie ominąć żadnej z kluczowych czynności, określone osoby potwierdzają kolejne weryfikacje umieszczone na Karcie.

Etap1 (przed wykonaniem znieczulenia) weryfikacji podlega 8 elementów: potwierdzenie tożsamości pacjenta tryb zabiegu, rodzaj planowanej procedury, miejsce operowane, wyrażenie zgody na wykonanie zabiegu i znieczulenia oraz kontrola oznaczenie miejsca operowanego. Anestezjolog dokonuje oceny bezpieczeństwa przebiegu znieczulenia czyli : sprawności sprzętu, dostępności leków. ryzyka anestezjologicznego dla operowanego oraz sprawdzić, czy i jakie alergie rozpoznano u pacjenta. Należy sprawdzić także, czy zapewniono odpowiednie monitorowanie stanu pacjenta. Lekarz anestezjolog potwierdza także dokonanie oceny trudności związanych z utrzymaniem drożności dróg oddechowych, ryzyka zachłyśnięcia i jeśli je przewiduje – sprawdza, czy dostępny jest odpowiedni sprzęt. Ostatnim elementem weryfikowanym w Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej jest ustalenie, czy pacjent jest obciążony ryzykiem wystąpienia krwawienia większego niż 500 ml u dorosłych (>7 ml/kg mc. u dzieci). Jeżeli tak, należy przed nacięciem skóry założyć dwa dostępy obwodowe lub wkłucie centralne. Dodatkowo zespół powinien potwierdzić dostępność płynów, krwi i preparatów krwiopochodnych. Na tym etapie faza "Rozpoczęcie" jest zakończona i można przystąpić do znieczulenia (Kusza K,2012,str 202 -212).

Etap 2 (przed nacięciem) weryfikacji podlega 6 elementów. Jeśli w zespole operacyjnym jest nowa osoba, koordynator prosi, by każdy obecny na sali operacyjnej przedstawił się z nazwiska i roli. Następnie tuż przed nacięciem ponownie potwierdza się tożsamość pacjenta, nazwę procedury operacyjnej, miejsce operowane, właściwe ułożenie pacjenta oraz przygotowanie odpowiednich narzędzi przez pielęgniarkę operacyjną. Kolejnym elementem weryfikowanym przez Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej jest określenie możliwych odstępstw od zaplanowanej procedury operacyjnej ze strony chirurga (modyfikacja przebiegu operacji na przykład z powodu wystąpienia zdarzeń krytycznych, zmianę typu/techniki zabiegu, wydłużenie czasu operacji, oczekiwaną utratę krwi) na poziomie anestezjologii (modyfikacja przebiegu zabiegu z poziomu anestezjologii) i pielęgniarki operacyjnej (weryfikacja sterylności narzędzi i materiałów używanych do zabiegu operacyjnego). Kontrola profilaktykę antybiotykową w ciągu ostatnich 60 minut oraz profilaktykę przeciwzakrzepową zgodnie z

ocenionym przed zabiegiem ryzykiem Przed nacięciem skóry sprawdza się również, czy potrzebne są wyniki badań obrazowych i jeśli tak, to czy są one dostępne na sali operacyjnej. Na tym etapie faza jest zakończona i przystępuje się do kontynuacji zabiegu (Ciuruś 2012).

Etap 3 (przed opuszczeniem bloku operacyjnego przez pacjenta) analizie podlega 7 elementów. Faza ta często przebiega równolegle np. z zakończeniem operacji czyli zamykaniem rany. Potwierdza się nazwę procedury wykonanej i opisywanej w protokole operacyjnym, zgodność ilości użytych narzędzi i materiałów oraz prawidłowe oznaczenie materiału do badań. Dodatkowo sprawdza się, czy wystąpiły powikłania w trakcie zabiegu oraz określa się, jakie problemy mogą wystąpić w okresie pooperacyjnym (chirurgicznych i anestezjologicznych). Weryfikacji podlegają także, zlecenia pooperacyjne i udokumentowanie oceny stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego na oddział czy salę pooperacyjną (Kusza K,2012,str 202 -212).

Wypełniona okołooperacyjna karta kontrolna powinna zawierać element historii choroby. Karta ulega wielu modyfikacjom, ponieważ szpitale dostosowują ją do specyfiki zabiegów i organizacji pracy w danym szpitalu. Koordynatorem Karty jest najczęściej anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna lub pielęgniarka operacyjna. Najczęstsze trudności z wprowadzeniem Karty w szpitalach dotyczyły: wyboru koordynatora Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej, oraz oporu przed dodatkowym dokumentem, koniecznością przeprowadzenia szkolenia dla zespołów zabiegowych i prowadzeniem nadzoru nad prawidłowością prowadzenia karty. Korzyści z wprowadzenia Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej są niewymierne gdyż: ujednolicenie postępowania z pacjentem, pewność i poczucie bezpieczeństwa wśród personelu, usystematyzowanie przebiegu poszczególnych czynności, rzetelna identyfikacja pacjenta, miejsca operowanego, poprawę bezpieczeństwa operowanego pacjenta. (Kusza K,2012,str 202 - 212)

Wnioski

Zdarzenia niepożądane definiuje się: jako - szkodę wywołaną w trakcie lub w wyniku leczenia, nie związaną z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia pacjenta. Zarządzanie ryzykiem oraz zachęceniu do zgłaszania zdarzeń niepożądanych daje lepsza możliwość ich minimalizowania do minimum przez prowadzenie szkoleń, wypracowanie dokumentów i standardów dostosowanych do profilu ośrodka. Zadaniem personelu medycznego jest nie tylko wykonywanie procedur medycznych ale, także zapewnienie bezpieczeństwa i ograniczenie występowania zdarzeń niepożądanych. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych nie służy identyfikacji pacjenta i personelu czy wyciąganiu konsekwencji, stanowi jedynie narzędzie pomocne w opracowywaniu profilaktyki zdarzeń niepożądanych w praktyce pielęgniarskiej. Wprowadzenie Okołooperacyjnej Karty Kontroli pozwala zarówno pielęgniarkom

anestezjologicznym jak i pozostałym członkom zespołu operacyjnego na bezpieczniejsze wykonywanie procedur anestezjologicznych i chirurgicznych, które niejednokrotnie muszą być wykonywane pod presją czasu.

Włączenie przedstawicieli różnych specjalności i grup zawodowych w proces monitorowania zdarzeń niepożądanych, opracowywania procedur, pozwala nie tylko na podwyższenie standardu opieki ale, także na skuteczniejsze ich wdrożenie.

LITERATURA:

[1] Baumgart K, Marczyńska A, Miętkiewicz S. Ułożenie i pozycja pacjenta na stole operacyjnym z perspektywy zespołu anestezjologicznego. Forum zawodowe 1 (88) 2014 ISSN 1213 – 2046

[2] Ciuruś M. Zarządzanie blokiem operacyjnym - kierownictwo bloku operacyjnego – pielęgniarka XII Sympozjum Blok operacyjny, M.C/ 2012 [2] ISSN 1898-5556, www.blokooperacyjny.pl

[3] Gaszyński T, Jakubiak J, Woźniak K, Trafidło T, Ratajczyk P, Gaszyński W. Badanie satysfakcji chorych i ich opinii na temat jakości świadczeń anestezjologicznych w świetle objawów niepożądanych znieczulenia Anestezjologia Intensywna Terapia, 2011, XLIII, 4; 214-219

[4] Grabowska E. Zarządzanie nowoczesnym blokiem operacyjnym Magazyn Pielęgniarki Operacyjnej 4/2012, str 1-1

[5] Kusza K, Kübler A, Maciejewski D, Mikstacki A, Owczuk, R

Wujtewicz M, Piechota M Wytoczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady, warunki oraz organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii Anestezjologia Intensywna Terapia 2012, tom 44, numer 4, 201–212 ISSN 0209–1712 str 202 - 212

[6] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15)

[7] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540)

[8] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15)

[9] Trzpiel K. Organizacja terapii dożylnych. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 11/2012. ISSN 1425-6789, str 14 - 16

[10] Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.);

Kontakt na autora:

Karina Wawros

ankada@op.pl

Chorzów 41-506

ul Gagarina 10/11

ZNACZENIE HIGIENY PSYCHICZNEJ PIEŁĘGNIAREK W ODNIESIENIU DO TRUDNYCH SYTUACJI ZWIĄZANYCH Z WYKONYWANIEM ZAWODU

Význam duševného zdravia vo vzťahu k zložitým situáciám spojených s profesiou sestry

Bogusława Kupczak – Wiśniowska¹, Jolanta Borgosz¹, Bogusława Serzysko³

¹ Beskidzkie Centrum Onkologii - Szpital Miejski Bielsko - Biała

³Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze Katedra Kardiologii, Wad Wrodzonych Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wstęp

Sytuacje trudne, z którymi spotyka się człowiek dotyczą zarówno życia zawodowego, jak i pozazawodowego. Praca pielęgniarki powoduje obciążenia fizyczne i psychiczne powstające na kanwie sytuacji trudnych.[1] Obciążenia te wynikają z istoty samej pracy, złożoności ról zawodowych, składających się z określonych zadań, oczekiwań, wymagań, standardów oraz możliwości rozwoju i kariery zawodowej. [2]Specyfika zawodu pielęgniarki wynika z faktu niesienia pomocy innym. To praca, która bywa nieprzewidywalna co do czasu, sposobu i zakresu działań jakie podejmuje się celem ratowania ludzkiego życia i zdrowia. Dlatego niezwykle ważnym aspektem dla równowagi psychiki pielęgniarki powinna być dbałość o higienę psychiczną [12].

Higiena psychiczna jest to nauka, która traktuje o warunkach zachowania psychicznego zarówno jednostki jak i grupy. Przyjęta definicja przez WHO mówi, że „zdrowie to całkowity dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby lub niedomagania”[2] Definicja ta podkreśla, że zdrowiem należy zajmować się w sposób holistyczny, a zatem zdrowiem psychicznym nie tylko w kontekście zdrowia fizycznego, ale również i pod kątem społecznym. Pojęcie zdrowia psychicznego opiera się na wszechstronności, prawidłowości oraz dynamice rozwoju [10].

Higiena psychiczna ukazuje prymat podejścia całościowego do człowieka, w swych założeniach nawiązuje do medycyny psychosomatycznej, która jest medycyna holistyczną, czyli całościową, traktując o tym, że organizm będzie zawsze reagował jako całość. Zadaniem higieny psychicznej jest zapewnienie normalnego, intelektualnego i emocjonalnego rozwoju człowieka oraz przywracanie osób nie zrównoważonych emocjonalnie do stanu normalnego. Do metod oddziaływania higieny psychicznej zalicza się zabiegi psychoterapeutyczne zaś psychoterapia to celowe i świadome wykorzystanie pewnych środków psychologicznych w celu uregulowania określonych pozytywnych zmian w osobowości.[10]

Rozwinięcie

Higiena psychiczna jako nauka powstała w XX wieku, początek ruchu higieny psychicznej w Polsce przypada na 1930 rok, a jego twórcą i organizatorem był profesor Kazimierz Dąbrowski, który zintegrował dyscypliny naukowe, aby chronić zdrowie współczesnego człowieka, podejmując tym samym kroki przeciwdziałające licznym zaburzeniom psychosomatycznym [3].

Definicja zdrowia psychicznego jaką podaje Cwynar (1983) mówi o tym, że „zdrowie psychiczne mierzy się stopniem dobrego samopoczucia i odpowiedniego do sytuacji nastroju, wrażliwością na własne potrzeby oraz potrzeby innych ludzi, a także stopniem aktywnej zaradności, w każdej sytuacji życiowej, stopniem wyrozumiałości i tolerancji w stosunku do spraw, które z obiektywnych względów nie mogą być aktualnie korzystniejsze niż są”[10].

Natomiast w psychologii sytuacja trudna utożsamiana jest z sytuacją stresową i stresem, zawierając czynniki, które skutkują zakłóceniem bądź też uniemożliwieniem działania zmierzającego do osiągnięcia celu takiego jak rozwiązanie zadania, zaspokajania potrzeby, bądź powodują, że człowiek zostaje pozbawiony cenionych wartości. Sytuacja trudna powoduje stan podwyższonej aktywizacji i przeciąża system regulacji zachowania [3].

Środowisko pracy pielęgniarek nacechowane jest stresem, które wynika ze specyfiki trudnych sytuacji. Praca zawodowa w życiu człowieka ma istotne znaczenie i jest jedną z bardzo ważnych aktywności w jego życiu. Może ona działać pozytywnie, jak i negatywnie - być źródłem frustracji [19,]. Kontakt z pacjentem nawarstwia różne problemy. [21] O sytuacji trudnej w pracy pielęgniarskiej mówimy, wówczas gdy skumulowane problemy zawodowe powodują powstanie takiej sytuacji, z którą pielęgniarka sobie nie radzi [1]. W literaturze pielęgniarskiej został opisany podział sytuacji trudnych w roku 1984 przez Mosakowską Z. -Młonek i podzielony na pięć następujących grup:

1. Sytuacje zagrożenia, są związane z lękiem przed zarażeniem wirusem np. HIV, HCV, lękiem, który może wywołać kontakt z agresywnym pacjentem.

2. Sytuacje deprawacji, występujące w wyniku niedostatecznego zaspokojenia potrzeb psychicznych pielęgniarki, mogące powstać w wyniku braku uzyskiwania pozytywnych efektów w opiece nad chorym.
3. Sytuacje przeciążenia, najczęściej związane z niedostateczną ilością personelu pielęgniarskiego. Innym rodzajem przeciążenia może być sytuacja związana ze śmiercią i umieraniem.
4. Sytuacje utrudnienia, to sytuacje, do których dochodzi gdy pojawiają się problemy w odbiorze informacji koniecznych do wykonania zadania.
5. Sytuacje konfliktowe dzielą się na:
 - a) intrapersonalne (wewnątrzpsychiczne, osobiste)
 - b) interepersonalne (pomiędzy osobami) : relacje pielęgniarka – pacjent; pielęgniarka – inne pielęgniarki, inny personel medyczny (Formański J. 1993). [3]

Zawody pielęgniarki i położnej należą, przez swoją specyfikę do zawodów o podwyższonym ryzyku wystąpienia zagrożeń związanych ze zdrowiem.[6] Zagrożenia te mają charakter zarówno fizyczny (przemoc ze strony pacjenta, zakłucia głównie w bloku operacyjnym), jak i psychiczny (obcowanie ze śmiercią, cierpieniem, praca zmianowa, stres) [17]. Pielęgniarki i położne są nadmiernie obciążone pracą i zestresowane, a konsekwencją długotrwałego stresu i nieskutecznego radzenia sobie z przeciążeniami zawodowymi jest zespół wypalenia zawodowego, który charakteryzuje się obniżeniem wydajności w pracy nawet o 50%. [20] Zmęczony personel, pracujący na kilku etatach, może być zagrożeniem dla pacjentów i dla samego siebie. Pielęgniarki to najliczniejsza grupa zawodowa w systemie ochrony zdrowia. Ten trudny, odpowiedzialny zawód najczęściej wykonują kobiety, które jednocześnie są żonami i matkami. Środowisko pracy pielęgniarki jest często niebezpieczne w skutek :

- a) jego zanieczyszczeń przez niebezpieczne odpady,
- b) zawodowych czynników ryzyka, np. czynniki fizyczne, chemiczne, hałas, promieniowanie,
- c) pracy zmianowej, która zaburza codzienny tryb wzrastających roszczeń natury emocjonalnej, psychologicznej, społecznej i duchowej pracującej pielęgniarki, która jest uzależniona od układów politycznych, kulturalnych, socjalnych i ekonomicznych,
- d) wypadków przemocy,
- e) niedostatku ułatwień ergonomicznych, (22)
- f) nieodpowiedniej alokacji środków,
- g) izolacji [18,].

Sytuacje trudne, z którymi spotyka się pielęgniarka dotyczą życia zawodowego, jak i pozazawodowego, a umiejętność radzenia sobie ze stresem, w kontekście fizjologii pracy, można uznać za jedną z kluczowych kompetencji, które podnoszą efektywność i jakość pracy [17]. Z

obserwacji klinicznych wynika, że u ludzi niezadowolonych z pracy częściej występują różne schorzenia, niż u tych którzy pomimo ciężkiej pracy są zadowoleni z wykonywanego zawodu (18).

Atmosfera w miejscu pracy ma duże znaczenie dla zdrowia psychicznego.[23] Miejsce pracy może mieć bowiem pozytywny wpływ na stan zdrowia, a współpracownicy mogą stanowić duże wsparcie społeczne, które sprzyja zdrowiu i zachęca do zachowań prozdrowotnych [12].

Na satysfakcje z pracy wpływa także wysokość zarobków. Niskie płace, niepewność i poczucie zagrożenia utraty pracy mogą stanowić powód do powstawania sytuacji stresujących, które prowadzi niejednokrotnie do strajków i dramatów ludzkich. Niskie płace powodują, utratę komfortu psychicznego i satysfakcji zawodowej, a prestiż zawodowy spada. Pielęgniarki są dodatkowo zmuszone do podejmowania prac dodatkowych, kosztem wypoczynku. [24]

Coraz częściej mówi się również o mobbingu czyli sytuacji, w których ktoś wygłasza groźby czy przykre słowa sprawiając tym samym adresatowi przykrość. Formą negatywnego działania może być też przemoc fizyczna polegająca na popychaniu, szturchaniu, sprawianiu komuś bólu fizycznego. Ofiarami mobbingu najczęściej stają się osoby bojaźliwe z poczuciem braku pewności. Wysoki poziom stresu w pracy zawodowej zazwyczaj prowadzi do konfliktów w rodzinie, a napięcie emocjonalne może być bardziej szkodliwe, niż wyczerpanie fizyczne [12]. Coraz częściej mówi się również o mobbingu czyli sytuacji, w których ktoś wygłasza groźby czy przykre słowa sprawiając tym samym adresatowi przykrość. Formą negatywnego działania może być też przemoc fizyczna polegająca na popychaniu, szturchaniu, sprawianiu komuś bólu fizycznego. Ofiarami mobbingu najczęściej stają się osoby bojaźliwe z poczuciem braku pewności. Wysoki poziom stresu w pracy zawodowej zazwyczaj prowadzi do konfliktów w rodzinie a napięcie emocjonalne może być bardziej szkodliwe niż wyczerpanie fizyczne.[12] Konsekwencje mobbingu ponosi również organizacja pod postacią wystąpienia obniżenia się jakości życia pracowników i jakości świadczonych usług medycznych. Pracownik pod wpływem długotrwałego stresu będzie źle wykonywał powierzone mu zadania, popełniał wiele błędów medycznych, co w konsekwencji doprowadzi do obniżenia efektywności pracy. Dla osoby mobbingowanej konsekwencją tego zjawiska mogą być odczuwane dolegliwości fizyczne i psychiczne. Na tle zawodowym będzie zachodziła obniżona motywacja do lepszej efektywności pracy, brak kreatywności i rozwoju zawodowego, częste konflikty emocjonalne lub zmiana środowiska pracy. Od współczesnych organizacji wymaga się ustawicznego kształcenia, aby można było poprzez dobrze zarządzających przełożonych, uzyskać wiedzę z zakresu koordynowania, skutecznej komunikacji oraz reagowania na zmiany. Zarządzający powinni pamiętać, że bezpieczne środowisko pracy to takie, które będzie wpływało pozytywnie na

pracowników, a w przypadku sektora ochrony zdrowia, przyczyni się do osiągnięcia wysokiej jakości świadczonych usług pielęgnacyjnych.

W przeprowadzonych badaniach dotyczących występowania mobbingu w sektorze opieki zdrowotnej zarysowuje się problem jakości środowiska w miejscu pracy. Można wyciągnąć wnioski, iż nieskuteczne będą tutaj rozwiązania prawne makrosystemowe. Natomiast istotne byłoby podjęcie działań na rzecz promowania zdrowia psychicznego w miejscu pracy. Pracodawca nie powinien pozostać sam z problemem mobbingu w zakładzie pracy. Dobrze by było, gdyby otrzymał zewnętrzne wsparcie w formie szkoleń, programów antymobbingowych, które wspomogłyby go w poprawieniu atmosfery w firmie. Powinno się uświadamiać pracodawców i pracowników, jakie koszty bezpośrednie i pośrednie zapłaciłaby firma oraz podatnicy w wyniku istnienia mobbingu w zakładzie pracy.

Również niewłaściwa organizacja pracy i zła atmosfera generowałyby u pracodawcy dodatkowe koszty publiczne. Badania przedstawiają nową perspektywę w tej dziedzinie, przedstawiając szereg pytań badawczych, dotyczących sytuacji konfliktu w miejscu pracy, ich uwarunkowań oraz możliwości rozwiązania.

Warto zauważyć ponadto, że w tradycyjnym modelu pracy szpitalnej pielęgniarka podlegała lekarzowi, jej zadaniem było ściśle wykonywanie poleceń lekarza. Tradycyjna dominacja lekarza nad pielęgniarką zagrażała systemowi pracy zespołowej [8].

Ważną strategią postępowania w trybie pracy zespołowej jest podjęcie roli kierownictwa (oddziałowa, naczelna) w chwili potrzebnej dla podmiotu działalności leczniczej, jak również umiejętność oddania go innym w sytuacji gdy zachodzi taka konieczność.

Obecnie warto zaznaczyć, że we współczesnym lecznictwie nie ma już podległości zawodowej pielęgniarek, a wynika to z wyższego poziomu ich wykształcenia. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej, mówi o rozszerzeniu kompetencji i większej swobodzie działania przez pielęgniarkę (Ustawa o zawodzie Pielęgniarki i Położnej) 20011 Zauważyć jednak trzeba, że wzajemne stosunki między lekarzami, a pielęgniarkami nie są proste, różnice występują w zakresie działań, wykształcenia, wysokości zarobków i pozycji w społeczeństwie, które często prowadzą do nieporozumień. [2]Na złe relacje w zespole mają również wpływ osoby, które chcą dominować i autokratycznie podejmować decyzje. [4]Wszystkie te sytuacje są przyczyną źródła stresu dla wielu pielęgniarek [10].

Do relacji interpersonalnych, które działają stresogennie jest także kontakt z pacjentem. Wzajemny stosunek pielęgniarek i pacjentów, zależy w dużej mierze od nabytych doświadczeń i wcześniejszych interakcji. Pielęgniarka stale styka się z ludzkim nieszczęściem, cierpieniem i śmiercią.[1] Często towarzyszy jej strach, napięcie, poczucie bezsilności i desperacja. Obciążenia psychiczne w pracy pielęgniarek wynikają ponadto z konieczności sprawowania stałego nadzoru nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi, z zaburzeniami świadomości czy otępieniem.

[5]Pielęgniarki spotykają się z licznymi oczekiwaniami odnośnie swojej roli, nie tylko ze strony pacjentów, ale także ich rodzin [11].

Pielęgniarka w miejscu pracy narażona jest również na agresję, zarówno słowną, jak i fizyczną. Najczęściej agresja płynie ze strony pacjentów, którzy krzyczą, grożą i chcą użyć siły [9]. Szczególnie silne stresy psychiczne uwidaczniają się w pracy pielęgniarek operacyjnych. Najczęściej stresogenne bywają zabiegi z przyczyn nagłych u pacjentów z mnogimi urazami. Również duże obciążenie stresem występuje w czasie asystowania do operacji, gdy przeprowadza się zabieg polegający na pobieraniu narządów. W takich sytuacjach personel medyczny boryka się z wieloma dylematami etycznymi. Niezwykle przykra i przygnębiająca jest sytuacja, gdy dochodzi do zgonu w trakcie zabiegu, jaki i po operacji [12].

Sytuacje trudne mogą wynikać też:

- a) z konieczności współpracy z różnymi zespołami chirurgów,
- b) konieczność asystowania do zabiegów różnych specjalności, na niektórych blokach pielęgniarki asystują do kilkunastu rodzajów chirurgii,
- c) z niedostatecznego wyposażenia w materiał potrzebny do operacji,
- d) z przeciążenia pracą.

Do dużego obciążenia psychicznego dochodzi na oddziałach gdzie występuje wysoki procent śmiertelności, chodzi głównie o oddziały intensywnej terapii i opieki medycznej, oddziały onkologiczne czy neurologiczne [12].

Bardzo duże znaczenie dla zdrowia psychicznego ma system pracy zmianowej.[1] Jest to szczególnie męcząca forma wykonywania obowiązków zawodowych, ponieważ wiąże się z brakiem wyregulowania organizmu w systemie dzień – noc. [9] Wykonywanie pracy w nietypowych godzinach może doprowadzić do popełnienia błędu jatrogennego, tym samym doprowadzając do sytuacji narażenia zdrowia i życia pacjenta. Pielęgniarka, która popełniła błąd, naraża siebie na odpowiedzialność karną. Dłuższe wykonywanie pracy w systemie zmianowym często powoduje zaburzenia snu, funkcji układu pokarmowego i naczyniowego, co w konsekwencji może prowadzić do chronicznego zmęczenia. Skutki pracy zmianowej dotyczą nie tylko zdrowia, ale i życia pozazawodowego. [10] Utrudnia ona uczestniczenie w życiu rodzinnym, społecznym i politycznym. [18] Często dochodzi do depresji, zaburzeń snu i braku satysfakcji zawodowej [20].

Zagrożenia wynikające z specyfiki sytuacji trudnych mogą doprowadzać do zaburzeń somatycznych takich jak: bóle głowy, zmęczenie, podenerwowanie, trudności w zasypianiu, trudność w koncentracji, bóle kręgosłupa [13].

Wyrazem emocjonalnego stosunku do pracy jest poczucie sukcesu w zawodzie, zadowolenie z życia oraz poczucie wsparcia społecznego. Przeżycia emocjonalne towarzyszące pracy warunkują skuteczne zmaganie się z problemami zawodowymi. Obciążenia psychiczne w

zawodzie dotyczy szczególnie sfery emocjonalnej, a wsparcie społeczne występuje jako czynnik ochrony w sytuacjach krytycznych i stresowych [1,14,16]. Satysfakcja zawodowa ma wpływ nie tylko na higienę psychiczną, ogólny dobrostan fizyczny, ale również na relacje międzyludzkie oraz podwyższenie lub obniżenie jakości życia [11].

Do czynników higieny pracy zaliczamy:

- a) warunki pracy,
- b) płacę,
- c) stosunki w środowisku pracy,
- d) stałość pracy,
- e) osiągnięcia
- f) uznanie,
- g) możliwość awansu [11].

Ważnym czynnikiem wpływającym na higienę psychiczną jest umiejętność radzenia sobie ze stresorami w różnych zagrażających sytuacjach. Istnieją cztery rodzaje strategii radzenia sobie:

- poznawcze zbliżanie się,
- behawioralne zbliżanie się, które ukierunkowane jest na rozwiązanie problemu
- poznawcze unikanie
- behawioralne unikanie oba ukierunkowane na regulację emocji [8].

Popularnym zjawiskiem stają się treningi polegające na użyciu metody mostu somatyczno – emocjonalnego opracowane przez Araoza D.A, których celem jest ułatwianie kontaktu z uczuciami, emocjami i doznaniem cielesnymi [15].

Wnioski

1. Czynniki psychospołeczne w miejscu pracy i stres z nimi związany powoduje niebagatelne skutki zarówno dla pracowników, jak i organizacji, Przyczynia się do powstawania i zaostrzania przebiegu wielu zaburzeń w stanie zdrowia, sprzyja w powstawania wypadków, obniża wydajność pracy.
2. Zadaniem higieny psychicznej dla jednostki jest uzyskanie emocjonalnej równowagi, w przystosowaniu do tempa współczesnego życia. Szczegółowe cele higieny psychicznej to nabywanie umiejętność lepszego rozumienia siebie, wglądu w siebie oraz przygotowanie jednostki do życia w rodzinie.
3. Zawód pielęgniarki należy, przez swoją specyfikę, do zawodów o podwyższonym ryzyku wystąpienia zagrożeń związanych ze zdrowiem. Zagrożenia te mają charakter zarówno fizyczny np. przemoc ze strony pacjenta, zakłucia, jak i psychiczny np. narażenie na stres, obcowanie z cierpieniem i śmiercią, praca zmianowa, lobbing. Tak więc fizjologia pracy i fizjologia

odpoczynku zajmują szczególne miejsce w kontekście utrzymania i umacniania zadowalającego stanu higieny psychicznej.

4. Źródła stresu w pracy pielęgniarek jest wiele, wobec braku umiejętności radzenia sobie z nim, odpowiednie zaplanowanie wypoczynku może zmniejszać wpływ stresu na organizm, niwelując jego negatywne skutki, do których zalicza się błędy jatrogenne, problemy interpersonalne na linii pielęgniarka – pacjent, pielęgniarka – lekarz.

4. Najważniejsze w higienie psychicznej jest nauczenie się relaksu, posiadanie umiejętności radzenia sobie ze stresem psychicznym, lękiem i niepokojem oraz formowanie dojrzałego, pozytywnego obrazu siebie.

5. Aktywny i efektywny wypoczynek dotyczy zarówno sfery psychicznej jak i fizycznej.

Piśmiennictwo:

1. Andruszkiewicz A.: Typy zachowań i przeżyć w pracy w grupie pielęgniarek Problemy Pielęgniarstwa 2007;tom18, zeszyt nr 2, 3 s. 157 – 161
2. Andruszkiewicz A. Banaszek M.: Promocja Zdrowia 2010 Warszawa Wyd. Lek. PZWL s. 157 – 181
3. Formański J.: Psychologia 2003 Warszawa Wydawnictwo Lekarskie PZWL s. 157- 181
4. Formański J.: Nie dajmy się wypaleniu Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 3/2009 s.27
5. Górna K. Jaracz K. Pielęgniarstwo Rybakowski J.: Pielęgniarstwo Psychiatryczne; 2012 Warszawa Wydawnictwo Lekarskie PZWL s. 86 – 95
6. Gugała B.: Sytuacje trudne w środowisku pracy pielęgniarek a umiejętność radzenia sobie z nimi, Zdrowie Publiczne,2004;114(30) 367 - 370
7. Grabowski P.: Relacje emocjonalne i personelu, Magazyn Pielęgniarki i Położnej
8. Grygorczuk A.: Pojęcie stresu w medycynie i psychologii; Psychiatria 2008, tom 5, nr. 3 s. 111 – 114
9. Grzegorzewska M.: Zawód nadmiernie obciążony, Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 3/2008 s.20 – 21
10. Iwanicka A.: Znaczenie psychohigieny w profilaktyce zaburzeń psychosomatycznych Ann. Acad .Med. Siles. 2006,60,6 s. 554 – 556
11. Kaniewska E.: Stawny P.: Pielęgniarstwo Polskie 2(44), 81 – 84, 2012
12. Karczewski J.K.: Higiena podręcznik dla studentów pielęgniarstwa; Czelej, Lublin 2002 s. 138 – 151
13. Kicia M. Iwanowicz – Palus J.: Praca zawodowa pielęgniarki i położnej źródłem stresu; Pielęgniarstwo XXI wieku (14/15) 2006 s. 41 – 43
14. Kilańska D.: Pielęgniarka XXI wieku, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 1- 2/2012 s. 6 – 8
15. Korzewski J.: Trening regulacji emocji a radzenie sobie ze stresem zawodowym

Acta Bio-Optica et Informatica Medica 2/2009, vol 14, s. 112 – 114

Kuliga M.: Być tylko czy aż pielęgniarką, Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 12/2013 s.4 – 5

16. Olejniczak D.: Nocne dyżury – ile cie to kosztuje, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 05/2014 s. 26 27
17. Olejniczak D.: Czas na odpoczynek, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 06/2014 s. 4-6
18. Olkiewicz J. Andruszkiewicz A.: Związek między typami zachowań i przeżyć w pracy a zmiennymi społeczno – demograficznymi w grupie pielęgniarek neurologicznych, Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne 2012,tom 1,numer 2, s. 70 -75
19. Rogala – Pawelczyk G.: Obciążenie praca zmianową, Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 4/013 s. 4 – 5
20. Sochacka L. Wojtyłko A. Kliś-Pstrusińska K.: Spostrzeżenie stresu zawodowego przez pracowników ochrony zdrowia, Family Medicine&Primary 2009; 60(6) 523 -527
21. Suwała A.: Zjawisko przemocy w Zakładach Opieki Zdrowotnej, Problemy pielęgniarskie 2008, tom 16, zeszyt 1, 2 s. 157 – 162
22. Waszkowska M. Merez D. Drabek M.: Program prewencji stresu zawodowego – strategię, techniki, ocena skuteczności. Cz.I Narodowe i Międzynarodowe Działania na rzecz przeciwdziałania stresowi w miejscu pracy; Medycyna Pracy 2009;60(6) s.523 - 529
23. Woźniak I.: Czynniki stresogenne. Praca pielęgniarek oddziałów szpitalnych i sterylizacji; Magazyn Pielęgniarki i Położnej 04/2014 S. 38 – 39

Kontakt na autora:

mgr Bogusława Kupczak- Wiśniowska

bokuwi@poczta.onet.pl

WPŁYW PRAWIDŁOWEJ KOMUNIKACJI NA PRACĘ W ZESPOLE TERAPEUTYCZNYM

Účínok správnej komunikácie pre prácu v terapeutickom tíme

Małgorzata Wojciechowska, Urszula Paprocka, Jolanta Kowalik

*Akademia Wychowana Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Zakład Podstaw
Pielęgniarstwa*

Wstęp

„(..) tym co sprawia, że budowanie zespołu staje się sztuką, są jego elementy składowe, ulepione z różnych typów gliny i nie do końca przewidywalne we wspólnym działaniu” Ken Blanchard

Zespół to grupa o charakterze zadaniowym, którą wyróżniają bezpośrednio interakcje między ludźmi, poczucie identyfikowania się z grupą, reguła odrębności, dzielenie wzajemnych wartości oraz posiadanie wspólnych zamierzeń [8]. W tej formie współpraca przyjmuje większą formę, aniżeli osiągnięcia każdego członka z osobna. Założenie, że ludzie którzy się nawzajem wspierają i którym dobrze się ze sobą pracuje, mogą działać znacznie więcej niż ludzie, którzy nie udzielają sobie wzajemnie wsparcia i którzy nie umieją ze sobą pracować nosi miano efektu synergii [3]. W przypadku odniesienia się do pracy w ośrodkach medycznych zespoły noszą miano zespołów terapeutycznych (interdyscyplinarnych). Jest to „heterogeniczna grupa ludzi o zróżnicowanym wykształceniu fachowym, współdziałających dla osiągnięcia wspólnego celu związanego ze zdrowiem i wzajemnie akceptujących zakres poszczególnych ról” [7 s. 192]. W czasach odległych jedynymi profesjonalistami, którzy posiadali wiedzę naukową, dotyczącą opieki zdrowotnej byli lekarze. Stroną wykonawczą tego proceduru były pielęgniarki, których rolą była pomoc medyczna pod względem technicznym. Obecnie tworzą go również profesjonaliści różnych specjalności: psychologowie, socjologowie, rehabilitanci czy terapeuci, a wszyscy członkowie zespołu pracują zgodnie ze swoimi kompetencjami zawodowymi.

Współcześnie opieka nad zdrowiem sprawowana jest przez dwa rodzaje zespołów: jedno oraz interdyscyplinarne. Pierwszy rodzaj zespołu skupia pracowników jednej dyscypliny, są to np.: zespoły lekarskie, pielęgniarskie. Zapewniają ciągłość i dalsze poszerzanie swojej wiedzy podczas pełnionej przez nich pomocy. Profesjonaliści w drugim zespole należą do różnych dyscyplin (niekoniecznie medycznych) i zapewniają opiekę pacjentom w zależności od ich zapotrzebowania w danej placówce. Ilość członków powinna zapewniać korzystne rezultaty dla pojedynczej jednostki oraz całego zespołu. Cechami zespołu terapeutycznego są:

- wspólny cel sprecyzowanego działania oraz odpowiedzialność za jego realizację,
- wzajemne ustalanie zakresów działań wraz ze związanymi z nimi obowiązkami i uprawnieniami,
- praca zespołowa oparta na zasadzie współpartnerstwa oraz samodzielności,
- aktywny sposób skali informowania się w zespole [6].

Głównym celem pracy całego zespołu terapeutycznego jest dążenie do zagwarantowania pacjentowi jak najlepszej, kompleksowej opieki zdrowotnej. Na powodzenie i efektywność zespołu w dużej mierze mają wpływ ludzie. Każdy z członków zespołu podejmując działania, przyjmuje również określone role [8].

Komunikatem jest każde zachowanie człowieka, które następnie jest wysyłane dalej. Próba uniknięcia jakiegokolwiek komunikacji jest również formą przekazu. Jest nią także cisza. Znaczenie milczenia przejawia się w zależności od sytuacji, relacji, kultury. Może być oznaką dobrego kontaktu i głębokiej komunikacji bądź odwrotnie - może oznaczać złą relację i jej patologiczny charakter [6]. Znajomość zasad komunikacji interpersonalnej jest niezwykle przydatna członkom zespołu terapeutycznego, z uwagi na ich pełną odpowiedzialność za swoje działania, które w dużej mierze są poprzedzone właśnie rozmową. Komunikacja interpersonalna jest procesem, który służy wymianie informacji pomiędzy jej uczestnikami. Obejmuje wspólny system społeczny - porozumiewają się co najmniej dwie osoby tworząc zwarty system informacji. Człowiek poprzez ten proces podejmuje wszelkie działania, które pozwalają na rozwiązywanie zadań oraz odbieranie i przetwarzanie informacji [7]. Efektywność procesu komunikowania niezależnie od poziomu i sposobu jego przekazu umiejętnie łączy dwie podstawowe formy: komunikowanie werbalne i komunikowanie niewerbalne [2]. Postać werbalna służy wymianie myśli u nadawcy lub odbiorcy na przekaz w formie ustnej bądź pisemnej. Forma ustna zezwala na większe możliwości ekspresji uczuć i myśli, gdyż przekaz jest często równocześnie wzmocniony środkami niewerbalnymi. Pisemna forma komunikacji jest najczęściej sformalizowana, a zjawisko sprzężenia zwrotnego może w ogóle nie mieć miejsca. Niezaprzeczalne jest jednak to, iż informacje tam zawarte są utrwalone fizycznie - umożliwia to analizowanie wielokrotnie znaczących treści. Może przyjmować formę listu klasycznego bądź e-mailowego, w przypadku oficjalnych pism jest to polecenie, instrukcja działania, akty prawne, zaś na poziomie masowym - strony internetowe lub media drukowane [1]. Ludzie nie porozumiewają się wyłącznie poprzez mowę. Są wyposażeni w zmysły odgrywające kluczową rolę w komunikowaniu interpersonalnym. Mówimy, słyszymy, poruszamy się, dotykamy oraz czujemy - ujawniamy wiele zdolności komunikując się ze sobą. Bez względu na swój cel komunikacyjny, osiągnąć go można poprzez kanały komunikacji niewerbalnej [4]. Za komunikaty niewerbalne uznaje się: gestykulację, mimikę, postawę ciała, dystans fizyczny, wygląd fizyczny, kontakt wzrokowy oraz zachowania dotykowe [7]. Zgodność

intencji nadawcy oraz odbiorcy jest gwarantem ich porozumienia. Na proces komunikacji ma jednak wpływ wiele czynników wewnętrznych i zewnętrznych, które uniemożliwiają wymianę słowną między ich członkami. Przeszkody te noszą miano barier komunikacyjnych. Skutkować mogą wszelkimi możliwymi problemami choćby utratą czasu, zaufania, wiarygodności czy samego prestiżu [5]. Skuteczność pracy w zespole, której warunkiem jest prawidłowa komunikacja, zależy zatem od: umiejętności poszczególnych członków, wiedzy praktycznej zespołu, kompetencji społecznych (postawy zawodowej, kultury osobistej), znajomości i przestrzeganiu zakresu uprawnień poszczególnych jednostek [2].

Cel

Celem głównym badania pracy było określenie wpływu prawidłowej komunikacji między zespołem terapeutycznym w trakcie pełnienia ich obowiązków zawodowych.

Z tak sformułowanego celu głównego można było sprecyzować cele szczegółowe:

1. Ocenę wpływu komunikacji w zespole terapeutycznym na jakość leczenia pacjentów.
2. Ocenę wpływu komunikacji w zespole terapeutycznym na zjawisko wypalenia zawodowego.
3. Ocenę wpływu komunikacji na organizację pracy w zespole terapeutycznym.

Metoda i teren badań

Badanie przeprowadzono z zastosowaniem metody sondażu diagnostycznego. Technika była ankieta, narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety.

Do udziału w badaniu została zaproszona grupa zawodowa lekarzy, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, psychologów bądź psychologów/terapeutów zajęciowych. Badanie zostało przeprowadzone w grupie 42 osób w okresie między lutym, a majem 2014 r.

Wyniki

Kobiety stanowiły większość - 35 osób (83%), mężczyźni 7 osób (17%). Tabela 1 przedstawia charakterystykę grupy badanej tzw. metryczkę.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej. Źródło: Opracowanie własne.

Przedział wiekowy	Liczba	%	K*	M**
Od 22 do 30 roku życia	8	19 %	6	2
Od 31 do 40 roku życia	15	36 %	12	3
Od 41 do 50 roku życia	17	40%	15	2
Powyżej 50 roku życia	2	5%	5	0
Rodzaj wykonywanej pracy				
Lekarz	5	12%	2	3
Pielęgniarka	24	57%	24	0
Położna	7	17%	7	0

Fizjoterapeuta	4	9%	0	4
Psycholog/Terapeuta zajęciowy	2	5%	2	0
Staż pracy w wykonywanym zawodzie				
Od 0 do 5 lat	7	17%	6	1
Od 6 do 15 lat	14	33%	9	5
Od 16 do 25 lat	6	14%	5	1
Powyżej 25 lat	4	9%	4	0
Ilość osób pracujących w zespole terapeutycznym				
Od 2 do 5 osób	10	24%	8	2
Od 6 do 9 osób	2	5%	2	0
Od 10 do 15 osób	7	17%	7	0
Powyżej 15 osób	23	55%	18	5

* K – Kobiety, ** M – Mężczyźni

W tabeli 2, która dotyczyła organizacji pracy w zespole pytania zostały tak skonstruowane, aby można było dowiedzieć się, czy prawidłowe komunikowanie ma związek z pracą organizacyjną w zawodzie

Tabela 2. Organizacja pracy w zespole terapeutycznym. Źródło: Opracowanie własne

Organizacja pracy w zespole	Zdecydowanie Tak	Raczej TAK	Nie mam zdania	Raczej NIE	Zdecydowanie NIE
1. Każdy członek zespołu sumiennie wypełnia swoje obowiązki w pracy	21%	67%	7%	5%	—
2. Biorę udział w szkoleniach lub/i indywidualnie zgłębiam wiedzę wykorzystując ją w praktyce	69%	26%	5%	—	—
3. Osoba przełożona daje jasne i wyraźne wytyczne dotyczące pełnionych obowiązków	55%	43%	2%	—	—
4. Osoba przełożona stale monitoruje i sygnalizuje postępy pracowników podczas pełnionej zmiany	40%	38%	17%	5%	—
5. Członkowie zespołu otwarcie i szczerze przekazują sobie informacje i spostrzeżenia	36%	50%	12%	2%	—
6. Członkowie zespołu nie ingerują w pracę	19%	45%	17%	17%	2%

pozostałych osób w zespole					
7. W przypadku czasowej nieobecności członka zespołu obowiązki są sprawiedliwie przydzielane pomiędzy pozostałe osoby	50%	40%	7%	2%	—
8. W zespole regularnie omawiane są sposoby poprawy pracy całego zespołu	45%	33%	7%	12%	2%
9. W zespole można zauważyć zwiększona rotacje pracowników.	2%	2%	9%	48%	9%
10. Udział w szkoleniu dotyczącym prawidłowej komunikacji w zespole terapeutycznym jest dobrym rozwiązaniem	55%	24%	21%	—	—

Wypalenie zawodowe jest zjawiskiem, które niewątpliwie utrudnia pełnienie obowiązków w czasie pracy. Poniższe wyniki w tabeli 3 pokazują, jak poszczególne relacje interpersonalne wpływają na jego rozwój.

Tabela 3. Wypalenie zawodowe. Źródło: Opracowanie własne

Wypalenie zawodowe	Tak	Trudno powiedzieć	Nie
1. Rozpoznaję kiedy inny członek zespołu potrzebuje pomocy, zanim dana osoba o to poprosi	67%	31%	2%
2. Błędy lub niewłaściwe zachowanie członków zespołu nie są ignorowane, lecz omawiane z zespołem	67%	26%	7%
3. Utrzymuję kontakty z osobami ze swojego zespołu poza miejscem pracy	59%	24%	17%
4. Szanuję członków swojego zespołu	100%	—	—
5. Członkowie zespołu są świadomi mocnych i słabych stron innych członków zespołu z którymi pracują	81%	19%	—
6. Osoba przełożona okazuje wsparcie i chęć pomocy pracownikom	81%	19%	—
7. Wskazówki i polecenia ze strony członków zespołu traktuję z należyтым profesjonalizmem	90%	10%	—
8. Mam zaufanie do członków swojego zespołu	79%	19%	2%
9. Oddzielam życie prywatne od zawodowego	88%	10%	2%
10. Nie zawsze czuję się doceniony/a w pracy	31%	36%	33%
11. Stres jest nieodłącznym elementem w mojej pracy	57%	31%	12%
12. W zespole widoczny jest podział ze względu na status zawodowy	38%	21%	41%

Ostatnia część wyników w tabeli 4 dotyczyła kwestii wpływu komunikowania się na jakość leczenia pacjentów.

Tabela 4. Jakość leczenia pacjentów. Źródło: Opracowanie własne

Jakość leczenia pacjentów	Zdecydowa nie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Nie wiem	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam
1. Asertywność jest ważnym elementem w mojej pracy	59%	36%	2%	2%	—
2. Problemy dotyczące pacjentów oraz metody ich zwalczania są szczegółowo omawiane w zespole terapeutycznym	41%	50%	2%	7%	—
3. Komunikacja w zespole terapeutycznym w dużym stopniu wpływa na jakość leczenia pacjentów	77%	19%	2%	2%	—
4. Członkowie zespołu, którzy nie komunikują się efektywnie zwiększają ryzyko popełnianych błędów	65%	26%	7%	2%	—
5. Czuje się odpowiedzialny/a za błędy popełnione przez zespół	29%	36%	14%	19%	2%
6. Słaba komunikacja jest najczęstszą przyczyną zgłaszanych błędów w czasie pracy	43%	41%	14%	2%	—

7. Konflikty między członkami zespołu wpływają istotnie na jakość leczenia pacjentów	52%	36%	5%	7%	—
8. Wysoki standard leczenia pacjentów jest priorytetem w mojej pracy	86%	9%	5%	—	—
9. Pacjenci są zadowoleni z jakości ich leczenia	57%	36%	7%	—	—

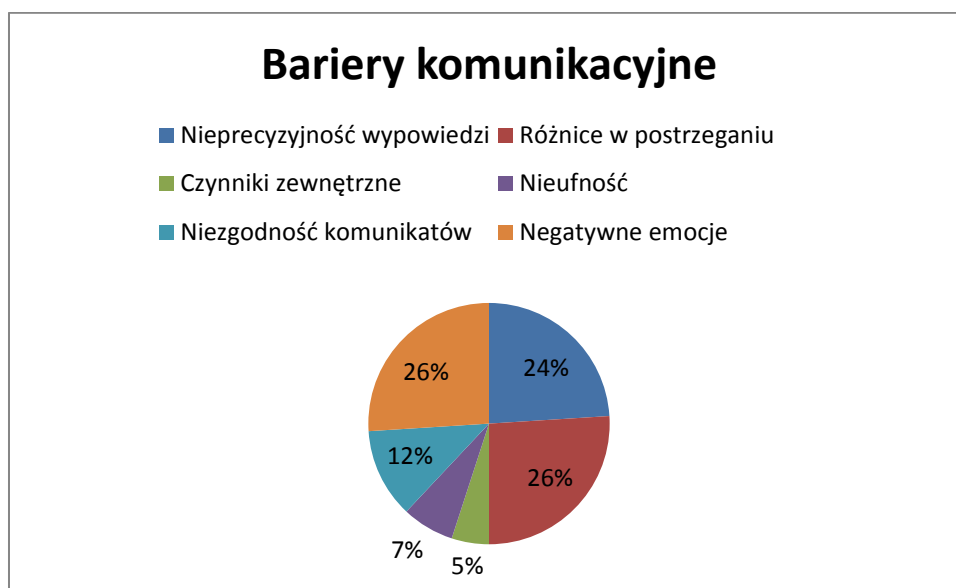
Zadaniem ankietowanych był również wybór tylko jednej odpowiedzi, która dotyczyła najbardziej pożądanej cechy podczas komunikowania się w zespole terapeutycznym (Rycina 1). Największy odsetek - 17 osób (41%) uznało, że najważniejsza w komunikowaniu się jest otwartość. Tymczasem najmniej istotną cechą była bezstronność, za którą opowiedziała się zaledwie 1 osoba (2%).



Rycina 1. Pożądanee cechy podczas komunikowania się w zespole terapeutycznym. Źródło: opracowanie własne.

Ostatnie pytanie dotyczyło najczęściej występującej bariery komunikacyjnej w miejscu pracy respondentów (Rycina 2). Najczęstszymi odpowiedziami były negatywne

emocje oraz różnice w postrzeganiu, które wybrało po 11 osób (26%). Najbardziej zaś odpowiedzią tyczyła się czynników zewnętrznych, które wybrały 2 osoby (5%).



Rycina 2. Bariery komunikacyjne w zespole terapeutycznym. Źródło: Opracowanie własne.

Dyskusja

Wyniki, które zostały zanalizowane w toku przeprowadzonych badań, dotyczą wielu czynników, które bezpośrednio mają wpływ na jakość leczenia pacjentów. Jednym z nich jest asertywność, którą ankietowane osoby uznały za wysoko pożądaną cechę w ich zawodzie. Nie oznacza bowiem ona jednoznacznie odmowy, lecz także dbanie o pacjenta i zaspokajanie jego jedynie uzasadnionych potrzeb bez szkody zarówno dla niego, jak i zespołu terapeutycznego. Co częściej większość respondentów omawia problemy, które mają miejsce w czasie pracy, co powoduje ich późniejsze eliminowanie. To, iż komunikowanie się ma znaczący wpływ na leczenie pacjentów, a jego brak skutkuje błędami podczas pracy, wie przeważający procent badanych. Poruszając kwestie odpowiedzialności za pomyłki poniesione przez zespół, ankietowani (65%) potwierdzili, że ją w sobie odczuwają. Prawdopodobnie większość traktuje swoich współpracowników w partnerski sposób, nie uchylając się od rzekomej odpowiedzialności. Według badanych opinie konflikty istotnie wpływają na wartość niesionej pomocy pacjentom, jednakże zjawisko występowania ich w miejscu pracy jest bardzo rzadko spotykane. Można także stwierdzić, iż pacjenci wykazują zadowolenie z wykonywanych przez zespół usług, co potwierdza przewaga odpowiedzi dotyczącej sprawowania wysokiego poziomu opieki nad pacjentami jako priorytetu w ich pracy. Wypalenie zawodowe może rozwijać się u przedstawicieli dowolnej profesji, dominuje ono jednak u osób pracujących w zawodach wymagających ciągłego kontaktu z innymi ludźmi. W przedstawionych badaniach zjawisko to

miałoby się ujawnić w przebiegu ich nieprawidłowych relacji wobec osób współpracujących. Wyniki jednak przemawiają w stronę odmienną bowiem ankietowani szanują się nawzajem oraz przejawiają ufność wobec siebie. Co więcej, potrzeba wsparcia i pomocy jest odczuwalna w zespole zwłaszcza ze strony osoby przełożonej. Może to świadczyć o jej właściwych kompetencjach i dobrych relacjach z podwładnymi. Ponadto zespół na tyle dobrze się ze sobą zna, iż potwierdza to znajomość wzajemnych mocnych i słabych stron. Prawie wszyscy (90%) profesjonalnie podchodzą do uwag i wskazówek swoich kolegów, co może wskazywać na ich pokorę i umiejętność współpracy. Niewielka przewaga odnosi się do zaprzeczenia, jakoby zjawisko w ich zespole istniało. Interesujące gdyż tylko o 3% mniej ankietowanych posiadało zupełnie odmienne co do tego zdanie. Może to wynikać z indywidualnego odczucia każdej z osób, które trudno zdefiniować. U 88% ankietowanych koniec pracy oznaczał unikanie tego tematu w życiu prywatnym, co na pewno jest pozytywnym odreagowaniem na stres. Jednocześnie kontakt z osobami z zespołu utrzymuje ledwie ponad połowa (59%). Jest to jednak usprawiedliwione ze względu na częstość kontaktów w miejscu pracy. Nieprecyzyjna odpowiedź w kwestionariuszu ankiety dotyczyła stwierdzenia, iż jednostka nie zawsze czuje się dowartościowana w pracy - 31% zatwierdziło tą tezę, 33% ją podważyło. Skutkiem takiego rodzaju odpowiedzi mogła być subiektywna ocena, ale również niewłaściwa interpretacja ze względu na początkowe określenie „nie zawsze”, które może być mylące co do reszty zdania.

Dobra organizacja pracy w zespołach zadaniowych powinna opierać się na dobrej komunikacji. Dostarcza ona niezbędnych informacji w przebiegu pełnionych funkcji oraz przyczynia się do realizowania przydzielonych celów. W przypadku zespołów terapeutycznych, respondenci w 67% potwierdzają swoją sumienność podczas wypełniania obowiązków. W przypadku zaistniałej nieobecności pracownika przeważająca grupa nie stwierdza ich niesprawiedliwego podziału na resztę osób. Podziela to opinia na temat poleceń ze strony osoby przełożonej, które są z góry jasno określone. Stwarza to wrażenie „właściwej osoby na właściwym miejscu”. Jedynie 5% osób stwierdza, że osoba ta raczej nie monitoruje obowiązków w pracy, tak jak 17% nie miała zdania na ten temat. Może to oznaczać zapewne słaby kontakt z osobą kierującą zespołem. Połowa ankietowanych twierdzi, iż w zespole można raczej zaobserwować szczerść i otwartość w przekazywaniu sobie informacji, 36% jest co do tego przekonana, a 2% raczej nie. Niewiele inaczej przedstawia się sytuacja regularnego omawiania sposobów poprawy pracy zespołu. Mimo przewagi osób zgadzających się z tym założeniem, 12% raczej tego nie potwierdza, zaś 2% zdecydowanie nie. Oznacza to prawidłowe zaangażowanie się zespołu w kwestiach zawodowych. Ingerencję członków zespołu w swoją pracę zatwierdza tylko 19% pracowników, 17% z nich nie wyraża żadnej opinii. Skutkuje to założeniem, iż zespół pracuje swoim własnym trybem pracy i nie podważa umiejętności osób, które z nimi pracują. Szczególnie ważne w podwyższaniu swoich umiejętności są wszelkiego rodzaju szkolenia - 95% osób bierze w nich

udział bądź też indywidualnie zgłębia swoją wiedzę. Jednocześnie 79% ankietowanych uważa, iż powinno się takowe odbyć w odniesieniu do tematyki prawidłowej komunikacji w zespołach terapeutycznych. Respondenci zatem zdają sobie sprawę z tego jak bardzo istotne w ich zawodach jest ciągle poszerzanie swojej wiedzy z różnych zakresów. Omawiając wyniki dotyczące najbardziej pożądanej cechy w zespole terapeutycznym wynik był zaskakujący, który powtarzał się w 41%, mianowicie - otwartość. Może to wynikać z tego, iż w pracy zespołowej ważna jest umiejętność łatwego nawiązywania kontaktów z ludźmi, która procentuje efektywnymi wynikami w pracy. Prawdomówność (24%) oraz szczerowość (14%) według ankietowanych są równie istotne, tak jak sam szacunek do rozmówcy (12%). Najbardziej wybieranymi cechami okazały się: umiejętność słuchania (7%) oraz bezstronność (2%), które być może respondenci uznali za mało skonkretyzowane. Natomiast wynik dotyczący najczęstszych barier komunikacyjnych w zespołach ankietowanych był mniej jednoznaczny. Najczęstszymi odpowiedziami były negatywne emocje oraz różnice w postrzeganiu, których udzieliło po 26% badanych, zaś niewiele mniej opowiedziało się za różnicami w postrzeganiu (24%). Negatywny stosunek do innych jest niezaprzeczalnym problemem, który od pierwszej chwili można zauważyć w drugiej osobie i sprawia, że ludzie niechętnie komunikują się z takimi osobami. Odmienne postrzeganie jest także niekorzystne z uwagi na pracę zespołową badanych, która nie jest zawsze możliwa przy różnych poglądach, gdyż uniemożliwia to przebieg całego procesu terapeutycznego pacjenta. Najmniej istotną barierą były czynniki zewnętrzne (5%), które mogą objawiać się niezależnie od sytuacji, a więc trudno mieć na nie jakikolwiek wpływ.

Wnioski

Przeprowadzone badanie oraz jego analiza pozwoliła sformułować następujące wnioski:

1. Umiejętność dobrej komunikacji interpersonalnej jest niewątpliwie niezbędnym elementem w pracy zespołowej, w której kontakt z ludźmi jest na porządku dziennym.
2. Relacje z współpracującymi powinny przejawiać się otwartością i prawdomównością, tak aby jakość niesionej pomocy w stosunku do pacjenta była możliwie jak najwyższa.
3. Właściwe porozumiewanie z zespołem oznacza dobre organizowanie pracy własnej oraz innych, mniejszą ilość popełnianych błędów oraz własną niezależność, która z kolei przenosi się na jej psychologiczne aspekty. Powoduje zatem zmniejszenie stresu w wykonywanym zawodzie, zmniejszając ryzyko wystąpienia w przyszłości wypalenia zawodowego.
4. Największą satysfakcją, która przejawia się skutecznym komunikowaniem między członkami zespołu jest zadowolony, właściwie zdiagnozowany oraz wyleczony pacjent.

Piśmiennictwo

1. Cierniak-Szóstak E.: Zespół w organizacji. Dostęp internetowy: <http://www.exbis.pl/vademecum/vademecum.php?dzial=23>, [15.04.2014r.]
2. Dobek-Ostrowska B.: Komunikowanie polityczne i publiczne, Wyd. PWN, Warszawa 2007
3. Griffin. R. W.: Podstawy zarządzania organizacjami, Wyd. PWN, Warszawa 2005
4. Leathers Dale G.: Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2007
5. Majewski D., Wojciechowska M.: Bariery skutecznego komunikowania się w organizacji. [w:] Lendzion J. P., Szczepanik M. (red): Praktyka zarządzania zasobami ludzkimi. Wyd. Media Press Łódź 2010 Rozdział 10, 169-182.
6. Rola kapelana w zespole terapeutycznym. Cechy zespołu terapeutycznego. Dostęp internetowy: http://www.diecezja.waw.pl/dsz/aktualnosci/Promulgacja_Referat.htm [16.04.2014r.]
7. Ślusarska B., Zahradniczek K., Zarzycka D. (red).: Podstawy pielęgniarstwa, Tom 1. Wyd. CZELEJ Lublin 2004
8. Zahradniczek K. (red): Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych, Wyd. PWN, Warszawa 2004

Kontakt na autora:

D n. med. Małgorzata Wojciechowska
92-524 óódź, Polska
Ul. Gorkiego 26 m 65
Tel. 601241125