



PIEŁĘGNIARSTWO WCZORAJ I DZIŚ - ROK 2020 ROKIEM PIEŁĘGNIARSTWA



pod redakcją:

Dr hab. n. o zdr. Jolanty Lewko

Dr hab. n. o zdr. Cecylii R. Łukaszuk

Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak

PIEŁĘGNIARSTWO W CZORAJ I DZIŚ.

ROK 2020

ROKIEM PIEŁĘGNIARSTWA

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wydział Nauk o Zdrowiu



**PIEŁĘGNIARSTWO W CZORAJ I DZIŚ.
ROK 2020
ROKIEM PIEŁĘGNIARSTWA**

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr hab. n. o zdr. Jolanty Lewko

Dr hab. n. o zdr. Cecylii R. Łukaszuk

Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak

Białystok 2020

Recenzenci monografii

Dr hab. Katarzyna Van Damme -Ostapowicz

Western Norway University of Applied Sciences, Faculty of Health and Social Sciences,
Førde, Norway.

Dr Maria Ponto

Kingston University & St George's University of London

Dr Cecylia Dolińska

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

ISBN- 978-83-9555921-5-7

Wydanie I

Białystok 2020

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda

Rysunek ze strony designed by Freepik

Druk:

"Duchno" Teresa Duchnowska, 15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307

*Pielęgniarstwo, tak jak poezja, to sfera, w której fakt styka się z przerośnią.
Ubytek w sercu to ubytek w sercu; pielęgniarzka tkwi pośrodku, pomiędzy chirurgiczną sztuką
latania fizycznego ubytku a lękiem i żalem pacjenta, czyli ubytkiem symbolicznym.
Pielęgniarstwo jest – lub powinno być – bezkrytycznym aktem troski, współczucia i empatii.
Powinno nam przypominać o naszej zdolności darzenia człowieka uczuciem.
Jeśli poziom rozwoju społeczeństwa wyraża się tym, jak traktuje ono swoich najsłabszych
obywateli, to sam akt opieki staje się miarą człowieczeństwa.
A jednak jest to najbardziej niedoceniania ze wszystkich profesji.
Każdy, kto na ścieżce zawodowej zetknął się z rakiem, pojmuję jednak istotę pielęgniarstwa i je
ceni, bo wie być może, że gdy człowiek staje u kresu, to nie remedium,
które zresztą często już nie działa, liczy się najbardziej.”
Christie Watson*

Światowa Organizacja Zdrowia, w związku z 200. rocznicą urodzin twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa, Florence Nightingale, ogłosiła 2020 Rokiem Pielęgniarek.

Jest to szczególnie ważna okoliczność z uwagi na fakt, że pielęgniarki i położne stanowią ponad połowę pracowników ochrony zdrowia w wielu krajach.

Howard Catton, dyrektor naczelny ICN stwierdził: *„To święto stanowi okazję do uhonorowania byłych i obecnych liderów pielęgniarstwa na całym świecie, zwiększenia prestiżu zawodu pielęgniarki w dialogu politycznym oraz zainwestowania w rozwój kompetencji personelu. Pielęgniarki, które stanowią około 50% pracowników systemów opieki zdrowotnej i które są nierozdzielnie związane z realizacją priorytetów zdrowotnych, mogą realnie wpływać na zdrowie publiczne wszystkich społeczności.”*

Powinno to stworzyć okazję nie tylko do przypomnienia sobie historii pielęgniarstwa, jego osiągnięć, ale także okazję do promocji zawodu, do zainteresowania nim młodzieży, zachęcenia jej do studiowania na tym kierunku oraz podejmowania pracy w ochronie zdrowia.

W roku 2020 po raz pierwszy zostanie opublikowany, przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), raport *World's Nursing*, opisujący stan pielęgniarstwa na całym świecie.

W Polsce, badanie przeprowadzone przez Centrum Badań Opinii Społecznych (CBOS) w 2019 roku wykazało, że aż 89% osób, które wzięły udział w badaniu uznało zawód pielęgniarki/pielęgniarskiego za najbardziej prestiżowy zawód. Profesja ta zajęła także drugie miejsce wśród zawodów cieszących się największym szacunkiem w naszym kraju, ustępując jedynie strażakowi (94%).

Wysoka ocena pielęgniarstwa wiąże się przede wszystkim z niezwykle ważną rolą, jaką pełnią reprezentanci tego zawodu w systemie opieki zdrowotnej, sprawując jednocześnie funkcję opiekuńczą, terapeutyczną, leczniczą, edukacyjną, promocyjną oraz naukową.

Serdecznie więc zapraszamy do lektury niniejszej monografii mając nadzieję, że przywoła ona wiele miłych wspomnień i wrażeń.

*Dr hab. n. o zdr. Jolanta Lewko
Dr hab. n. o zdr. Cecylia R. Łukaszuk
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulaś*

SPIS TREŚCI

Część I – Dziecięca wizja pielęgniarstwa	Str. 13
1.1 Elżbieta Krajewska-Kulak, Cecylia Łukaszuk, Jolanta Lewko, Joanna Filon, Krystyna Kowalczyk, Barbara Jankowiak, Beata Kowalewska, Krystyna Klimaszewska, Anna Baranowska, Andrzej Guzowski, Mateusz Cybulski: Czego pielęgniarki mogą nauczyć się z rysunków dzieci.....	Str. 15
1.2. Elżbieta Krajewska-Kulak, Cecylia Łukaszuk, Jolanta Lewko, Hanna Rolka, Agnieszka Lankau, Matylda Sierakowska, Katarzyna Krajewska-Ferishhah, Agnieszka Szyszko-Perłowska, Andrzej Guzowski, Mateusz Cybulski: Czego pielęgniarki mogą dowiedzieć się o sobie z wierszy i opowiadań dzieci.....	Str. 52
Część II - Znane liderki pielęgniarstwa	Str. 80
2.1. Joanna Romaniuk, Matylda Sochoń, Magda Popławska, Paulina Aniśko: Florence Nightingale - matka pielęgniarstwa, pionierka współczesnego pielęgniarstwa.....	Str. 82
2.2. Halina Kulik, Józefa Dąbek, Agnieszka Mazanek: W tym przybytku cierpienia ta lampa Pani się pali ... - w dwusetną rocznicę urodzin Florencji Nightingale (1820-1910)	Str. 96
2.3. Paulina Aniśko, Magda Popławska, Elżbieta Krajewska-Kulak Liderki światowego pielęgniarstwa.....	Str. 115
2.4. Natalia Zajkowska, Izabela Wołosz, Paulina Wyrwas, Klaudia Wojtach, Paulina Aniśko: Wybrane pionierki polskiego pielęgniarstwa.....	Str. 147
Część III - Symbole i tradycje pielęgniarские	Str. 167
3.1. Julia Andrejczuk, Zuzanna Jabłońska, Paulina Aniśko: Symbole i tradycje pielęgniarские.....	Str. 169
3.2. Elżbieta Krajewska-Kulak, Cecylia Łukaszuk, Hanna Rolka, Jolanta Lewko: Tradycje kształcenia pielęgniarek w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.....	Str. 188
Część IV – Postrzeganie zawodu pielęgniarki	Str. 223
4.1. Paulina Aniśko, Magda Popławska, Natalia Zajkowska, Julia Andrejczuk, Elżbieta Krajewska-Kulak: Czy coś się zmienia w postrzeganiu zawodu pielęgniarki - wybrane aspekty problemu.....	Str. 225
4.2. Danuta Kunecka: Etyka zawodowa nauczyciela akademickiego na kierunku pielęgniarstwo.....	Str. 252
4.3. Danuta Kunecka: Być czyli mieć – rzeczywista rola i znaczenie tytułów w zawodzie pielęgniarki w Polsce.....	Str. 268
4.4. Paulina Borowska, Halina Doroszkiewicz, Cecylia Łukaszuk: Czynniki wpływające na poziom prestiżu zawodowego pielęgniarek....	Str. 285
4.5. Kulik Halina, Dąbek Józefa: Czy w świecie nauki przestrzegane są dobre obyczaje?.....	Str. 302
Część V – Pielęgniarstwo w praktyce	Str. 316
5.1. Grażyna Nowicka, Olimpia Karczewska, Joanna Świerczek, Rafał Młynarski, Agnieszka Młynarska: Ostre zespoły wieńcowe – teoria istotna w praktyce pielęgniarskiej.....	Str. 318
5.2. Izabela Chmiel, Anna Malarz: Jakość opieki a satysfakcja z opieki pielęgniarskiej u pacjentów z ostrą białaczką szpikową	

	hospitalizowanych w Oddziale Hematologii.....	Str. 334
5.3.	Emilia Wawszczak: Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa w kontekście COVID – 19.....	Str. 355
5.4.	Agnieszka Balczun, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kulak-Bejda: Ocena wiedzy pielęgniarek na temat zaburzeń odżywiania.....	Str. 365
5.5.	Justyna Żukowska, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kulak-Bejda: Zaburzenia snu u pielęgniarek pracujących w oddziałach psychiatrycznych.....	Str. 393
5.6.	Jolanta Sawicka – Czernik, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kulak-Bejda: Edukacja personelu pielęgniarzkiego w zakresie opieki nad pacjentem innym kulturowo.....	Str. 429
5.7.	Jolanta Sawicka – Czernik, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kulak-Bejda: Ocena stosunku personelu pielęgniarzkiego wobec pacjenta innego kulturowo.....	Str. 441
5.8.	Marta Aponowicz, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kulak-Bejda: Zadania pielęgniarki w opiece nad chorym z objawami psychiatrycznymi.....	Str. 461
5.9.	Marta Aponowicz, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kulak-Bejda: Ocena wiedzy pielęgniarek na temat objawów i opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychiatrycznymi.....	Str. 489
5.10	Danuta Małanowska, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kulak-Bejda: Agresja wobec personelu pielęgniarzkiego - przyczyny, przejawy i skutki.....	Str. 521
5.11.	Danuta Małanowska, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kulak-Bejda: Zachowania agresywne wobec personelu pielęgniarzkiego ze strony pacjentów hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych.....	Str. 538
5.12.	Beata Barwińska: Zastosowanie hipotermii terapeutycznej u chorych po NZK – wiedza pielęgniarek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego na temat wskazań do zabiegu.....	Str. 559
5.13.	Aneta Jędrzejewska, Agnieszka Kijowska, Mariusz Wysokiński, Wiesław Fidecki, Hanna Kachaniuk, Ewa Krzyżanowska, Karolina Jędrzejewska: Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na poziom satysfakcji z życia pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach zabiegowych.....	Str. 573
5.14.	Martyna Olszańska, Anna Baranowska: Opieka pielęgniarzka nad pacjentem z refluksem żołądkowo – przełykowym.....	Str. 583
5.15.	Agnieszka Renn-Żurek: Opieka pielęgniarzka nad pacjentem ze schizofrenią w okresie adolescencji – studium przypadku.....	Str. 613
5.16.	Anna Ślifirczyk, Katarzyna Jańczuk, Jowita Kłujewska, Dorota Myć: Analiza postaw pielęgniarek wobec terminalnie chorego i jego rodziny na przykładzie Domowego Szpitala w Białej Podlaskiej.....	Str. 634
5.17.	Paulina Bakier, Rafał Milewski, Bianka Misiak, Sylwia Jabłońska, Mateusz Lech: Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem po urazie czaszkowo - mózgowym hospitalizowanym w Oddziale Intensywnej Terapii.....	Str. 645
5.18.	Katarzyna Cierzniałowska, Elżbieta Kozłowska, Aleksandra Popow, Justyna Dobkowska, Regina Sierżantowicz, Jolanta Lewko: Jakość opieki pielęgniarzkiej w ocenie chorych po wykonanej kolonoskopii	Str. 662

Cześć I

Dziecięca

wizja pielęgniarstwa



Czego pielęgniarki mogą nauczyć się z rysunków dzieci

**Elżbieta Krajewska-Kulak¹, Cecylia R Łukaszuk¹, Jolanta Lewko²,
Joanna Filon¹, Krystyna Kowalczuk¹, Barbara Jankowiak¹,
Beata Kowalewska¹, Krystyna Klimaszewska¹, Anna Baranowska¹,
Andrzej Guzowski¹, Mateusz Cybulski¹**

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Pielęgniarka, z racji swoich funkcji zawodowych, przekazuje innym wiedzę o zdrowiu i sposobach jego ochrony, co jest bardzo istotne, ponieważ wszelkie oddziaływania edukacyjne zwiększają szansę osiągnięcia najlepszych rezultatów w podniesieniu zachowań prozdrowotnych społeczeństwa, a zwłaszcza jeżeli realizowane są w dzieciństwie i młodości. Formy edukacji mogą przyjmować różne postacie, w tym np. przekaz plastyczny. Z jednej strony zwiększa on świadomość dzieci na temat prawidłowych zachowań, a z drugiej może stanowić źródło informacji dla pielęgniarek, inspirujące je do wybrania form i treści przekazu edukacyjnego.

Dziecko, tworząc swoje prace uzewnętrznia własne uczucia - radość, zachwyt, lęk, niechęć, smutek, rozpacz, własne oczekiwania oraz to, jak postrzega siebie i otaczający go świat [1,2,3]. Ważnym czynnikiem stymulującym rozwój twórczości plastycznej u dziecka jest środowisko zewnętrzne, powodujące u niego nagromadzenie wielu emocji i bodźców, które wyrażone np. w postaci rysunku, odzwierciedla jego sposób myślenia oraz stosunek do otoczenia [1,2,3].

Analizując rysunek dziecka, bierze się pod uwagę różne jego aspekty, w tym zdolność do wypełnienia przestrzeni arkusza, panowanie nad kreską, czy kolory [1,2,3]. Niekiedy można odnieść wrażenie, że barwy rysunku są przypadkowe, nieodzwierciedlające rzeczywistości, ale

może tak wcale nie być, ponieważ dziecko podczas rysowania posługiwało się wyłącznie ulubionymi kolorami i np. namalowało czerwoną buzię i fioletowe włosy, zaś przedmioty i postacie, których nie lubi – kredkami ciemnymi, smutnymi, mało wyraźnymi lub wręcz przeciwnie - bardzo intensywnymi i zajmującymi całą kartkę [1,2,3].

Dziecięce rysunki przydają się także do oceny emocjonalnej równowagi dziecka, np. dziecko o cechach egocentrycznych będzie się posługiwało wyraźną, precyzyjną, grubą i ciągłą kreską, a nieśmiałe - cienkimi, ledwo zaznaczonymi kreskami, z licznymi przerwami [1,2,3].

Warto też pamiętać, że czasami dziecku jest dużo łatwiej coś narysować, niż o tym opowiedzieć, zwłaszcza jeśli jest są zjawiska przykre.

Okres od 2 do 4 lat określany jest jako **początki autoekspresji** - w tym okresie wyróżnia się trzy stadia rysunkowe: bazgroł bezładnych (pierwsze przypadkowo stawiane znaki), bazgroł kontrolowanych (energiczne rysowanie, powtarzanie pewnych linii, pojawianie się pierwszych linii pionowych, poziomych i kolistych) oraz bazgroł nazywanych (dziecko zaczyna nazywać to, co narysowało) [1,2,3].

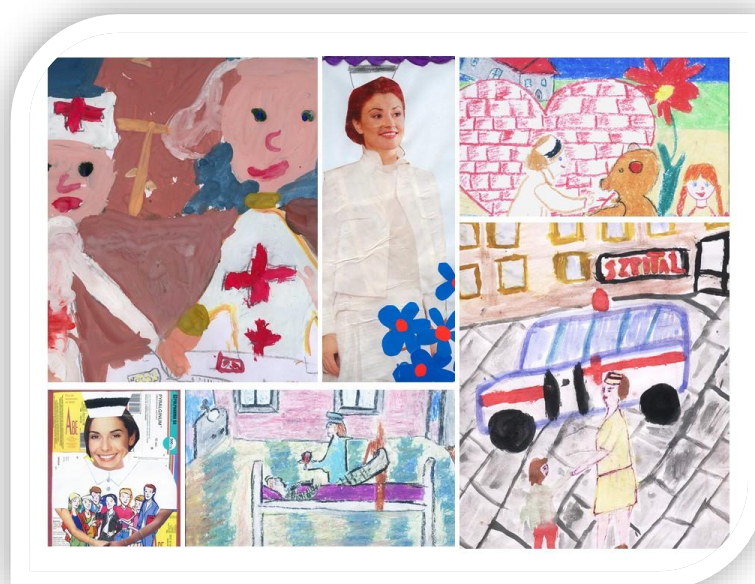


Okres od 4 do 7 lat to okres tzw. **pierwszych prób przedstawieniowych** (stadium przedschematyczne) – okres tworzenia świadomych kształtów pozostających w związku z otaczającym je światem, pozwalających odczytać, co jest ważne dla dziecka i jaki jest jego stosunek do otoczenia. Najczęściej pierwszym symbolem tworzonym przez dziecko w tym

okresie jest człowiek – „głównóg”, ale często i chętnie wykorzystuje w rysunkach nasycone plamy barwne oraz zwierzęta i ptaki [1,2,3].



Od 7. do 9. roku życia to okres **opanowania kształtu** (stadium schematyczne) – kiedy dziecko zmienia symbolikę, wyolbrzymia ważne elementy, a zmniejsza lub pomija części jego zdaniem nieważne lub te, których nie rozumie. W jego pracach zaczyna pojawiać się martwa natura, kompozycje fantastyczne, np. nawiązujące do życia w kosmosie, w podmorskim świecie oraz elementy o podłożu historycznym [1,2,3].



Od 9 do 12 lat to okres **początków realizmu** (grup rówieśniczych) – dziecko zaczyna uwzględniać cechy płci (np. dziewczęta mają sukienki, chłopcy spodnie), odkrywa naturalne

piękno, odróżnia błękit nieba od błękitu jeziora, zieleń drzewa od zieleni trawy, bawi się barwami (wyczuwa ich różnice i podobieństwa), ale także lubi „ubogacać” rysunki w różnorodne zdobienia [1,2,3].



Od 12 do 14 lat to okres **rozumowania** (stadium pseudonaturalistyczne) – to okres wykazywania zainteresowania rysunkiem postaci ludzkiej, zmiany barwy w zależności od obecności światła oraz cienia, uwzględniania zmian w odległości, dynamiki postaci i zdawania sobie sprawy z tego, że przestrzeń jest trójwymiarowa. Dzieci posiadają wyraźniejszą świadomość szczegółów, dążą do uwzględniania ubrania, stylu uczesania, rysów twarzy i głębi, a rysunki odzwierciedlają ich osobowość [1,2,3].



Od 14 do 17 lat to okres **decyzji** (sztuka w okresie dojrzewania) - zamierzonego uczenia się rysowania, malowania, używania kształtów i proporcji w sposób realistyczny, podejmowania świadomych próby deformacji i interpretacji, dzieci powracają do kompozycji wielowarstwowych i wieloelementowych, o kolorach lokalnych i abstrakcyjnych [1,2,3].



Celem pracy była analiza rysunków dzieci pod kątem możliwości pozyskania z nich informacji o preferowanych przez nie zachowaniach prozdrowotnych, postrzegania niepełnosprawności oraz postrzegania zawodu pielęgniarki i jej roli w potęgowaniu zdrowia.

Material metody

Analizie poddano prace nadesłane na konkursy z całej Polski:

- 500 prac - z konkursu nt. „Pielęgniarka – przyjaciel chorego”
- 600 prac - z konkursu nt. "Spotkanie z pielęgniarką"
- 600 prac - z konkursu nt. "Chcę być zdrowy"
- 514 prac - z konkursu nt. „Z pielęgniarką po zdrowie”
- 192 prace - z konkursu nt. "Mój niepełnosprawny przyjaciel"

Prace były wykonane różnymi technikami: wydzieranek, collage, baticu, wydrapywanek na podkładzie świecówek, kolorowanek, malowaniem farbą plakatową, akwarelą.

WYNIKI

W konkursach plastycznych brały udział dzieci w wieku od 2 do 20 lat z całej Polski, ze świetlic szpitalnych, szkół, dzieci chore, specjalnej troski i dzieci zdrowe. Najwięcej było prac dzieci w wieku od 8 do 10 lat (42,6%), od 4 do 7 lat (31,5%) oraz od 11 do 14 lat (19,2%). Pozostałe prace przygotowały dzieci od 15 do 20 lat - 6,7% osób (w tym te najstarsze niepełnosprawne intelektualnie).

Przyglądając się pracom dzieci wydaje się, że pielęgniarki mogą znaleźć w nich zaszyfrowane przez naszych milusińskich wiadomości.

Dokładna ich analiza może być z pewnością przydatna w lepszym zrozumieniu zachowania małych podopiecznych w szpitalu i umożliwieniu wyjścia naprzeciw ich ukrytym potrzebom.

Postrzeganie roli pielęgniarki w działaniach związanych z umacnianiem zdrowia

Analizując prace pod kątem działań pielęgniarek w umacnianiu zdrowia okazało się, że 22,4% prac obrazowało pielęgniarki robiące zastrzyki, a 6,4% szczepiące dzieci.



D.E. 8 lat



G.M. lat 15



P.M. lat 10



K.E. 12 lat



D.H. 12 lat



N.N. lat 13



H.K. lat 14



G.M. lat 15



A.K. lat 13



Z.P. lat 15



M.H. lat 14



H.J. lat 7

Kolejne 10% rysunków ukazywało pielęgniarkę, jako osobę udzielającą pierwszej pomocy.



Cz.M. lat 12



Ż.K. lat 12



T.A. lat 16



N.N. lat 15



K.E. lat 13.



S.J. lat 14

Pielęgniarki podające leki inną drogą niż iniekcje, obrazowało 10,1% prac.



C.A. lat 8



O.T. lat 12



M.P. 15 lat



B.M. lat 12



D.A. lat 11



Ł.A. 12 lat

Pielęgniarki mierzące temperaturę, wzrost, wagę, ciśnienie przedstawiało 6,3% prac.



H.K. lat 9



M.M. lat 11



K.M. lat 11



N.N. lat 14

Pielęgniarki podłączające kroplówkę ilustrowało 5,4%, a 3,1% - jak pomagają wstawać, poruszać się.



Borowski Krzysztof, lat 9



G.M. lat 11



F.A. lat 14



S.P. lat 11



D.P. lat 11



M.P. lat 12



F.A. lat 14



K.M. lat 13



B.N. lat 13



N.N. lat 15



J.M. lat 13



Ch.A. lat 10

Czego pielęgniarki mogą nauczyć się z rysunków dzieci

Pielęgniarki, jako osoby propagujące dbanie o higienę osobistą i środowiska obrazowało 3,3% prac, a 8,6% - pielęgniarki edukujące dzieci.



S.P. lat 9



N.N. lat 13



L.A. lat 8



K.E. lat 14



W.M. lat 13



A.A. lat 15

3,1% prac ukazywało pielęgniarki, jako osoby propagujące przebywanie i spacerowanie na świeżym powietrzu.



K.A. lat 7



K.G. lat 10



F.D. lat 15



F.A. lat 9



J.M. lat 9



K.D. lat 14

Pielęgniarkę, jako propagatora zdrowego trybu życia ilustrowało 5,6% prac.



D.P. lat 13



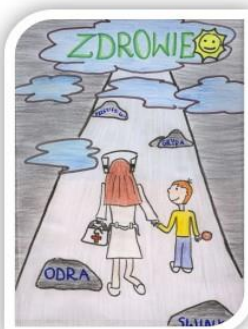
B.M. lat 12



M.N. lat 11



D.A. lat 15.



N.N. lat 12



S.A. lat 7

Także 5,4% prac pokazywało pielęgniarkę pielęgnującą małe dzieci i udzielającą rodzinie wskazówki, jak z nimi postępować.



B.A. lat 12



K.M. lat 12



L.A. lat 13



B.B. lat 13



N.N. lat 16



K.M. lat 13

Pielęgniarki aktywnie uczestniczące w badaniach diagnostycznych, w tym w badaniu fizykalnym i noszące słuchawki obrazowało 0,3% prac.



K.Z. lat 14



M.K. lat 9



M.B. lat 10



S.S. lat 11



W.M. lat 13



P.M. lat 10, K.P. lat 9,
K. D. lat 14, M. lat 10

Preferowane zachowania prozdrowotne

Zachowanie zdrowia poprzez uprawianie sportu propagowało 27% prac dzieci.



A.I. lat 12



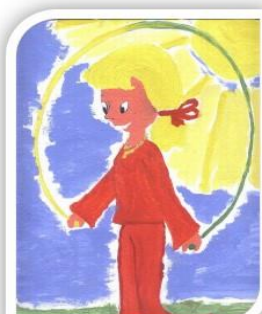
K.A. lat 13



A.D. lat 14



B.A. i B.E. lat 12



Z.J. lat 10



F.D. lat 11

Zdrowe odżywianie obrazowało 22,5% prac.



B.K. lat 12



D.A. lat 13



K.M. 15 lat



B.P. lat 10



Ch.J. Lat 14



K.J. lat 9

Wypoczynek na świeżym powietrzu w swoich pracach preferowało 15,3% dzieci.



K.N. lat 9



P.K. lat 12



Ch.M. lat 9



K.A. Lat 13



P.A. lat 11



S.B. lat 10

Kilka preferowanych sfer działań prozdrowotnych na jednym rysunku umieściło 24,3% uczestników konkursów.



B.M. lat 11



B.K. lat 14



K.D. lat 14



B.A. lat 14



D.M. lat 15



A.I. lat 13



A.A. lat 15



Ź.K. lat 7



K.M. lat 13



B.M. lat 12



B.N. lat 10



J.A. lat 11

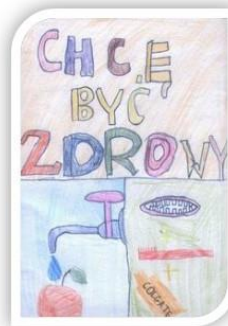
Zdrowe nawyki higieniczne obrazowało 4,5% prac.



D.P. lat 14



B.P. lat 13



B.K. lat 12



K.M. lat 10



P.P. lat 8



A.M. lat 14

3,6% prac pokazujących bezpieczne zachowania na drodze.



B.P. lat 11



Z.N. lat 11

Obraz dziecka chorego, tęskniącego za aktywnością przedstawiało 4,5% prac. Pokazujące, iż nie ma znaczenia, czy ktoś jest zdrowy, czy chory, każdy musi dbać o swoje zdrowie, pokonywać kolejne etapy choroby, by osiągnąć sukces, którym jest pełnia zdrowia



P.S. lat 13



S.K. lat 14



B.P. Lat 12



S.M. lat 14



S.T. lat 15



Ś.M. Lat 15

Prace dostrzegające zagrożenia i potwierdzające, iż dzieci wiedzą, że często muszą podejmować próby w celu dokonania właściwych wyborów stanowiły 1,5% prac.



B.B. lat 14



Sz.K. lat 13



O.M. lat 15



W.A. lat 15

Postrzeganie zawodu pielęgniarki

Dzieci są grupą najczulszych, wymagających najstaranniejszej opieki pacjentów. Dla pielęgniarek są przede wszystkim najbaczniejszymi obserwatorami ich codziennej pracy.

W większości prac dzieci (58,1%) pielęgniarki to osoby uśmiechnięte, pełne dobroci i czułości, z dziećmi w objęciach, pochylone nad ich łózkami, pełne empatii i poświęcenia, a głównym ich atrybutem była strzykawka i czepek.



K.S. lat 12



M.K. lat 14



S.K. lat 15



N.N. lat 15



M.S. lat 12



A.B. lat 10



A.K. lat 13



K.K. lat 13



Sz.A. lat 10



C.Ł. lat 10



A.G. lat 15



C.M. lat 14



K.O. lat 12



K.S. lat 12



O.R. lat 14



N.N. lat 15



M.P. lat 13



E.G. Lat 10



Ż.P. lat 13



S.J. lat 10



W.S. lat 10



D.H. lat 11



J.P. lat 10



B.A. lat 12

Jedna praca (0,2%) miała formę komiksu obrazującego dialog pielęgniarki z dzieckiem, które przyszło na zastrzyk lub szczepienie.



B.M. lat 12

Kilka prac (8,1%) przedstawiało pielęgniarki w nieco gorszym świetle. Jako krzyczące na dzieci, straszące je zastrzykiem, mające zły humor i zadające ból dzieciom. Być może są to prace dzieci, które mają złe skojarzenia z kontaktów z pielęgniarkami w szkole, przychodni lub w szpitalu.



A.F. lat 12



M.A. lat 10



J.A. lat 12



K.B. lat 13



K.K. lat 13



S.A. lat 12



N.N. lat 14

Jednak kolejne 31% prac ukazywało ponownie, że dzieci wręcz kochają pielęgniarki i stąd w tych pracach takie deklaracje, dużo serduszek lub przedstawianie pielęgniarek w postaci aniołów, lub dobrych wróżek wyczarowujących zdrowie.



B.N. lat 13



R.A. lat 13



M.A. lat 11



D.J. lat 8



R.M. lat 15



D.K. lat 7



P.R. lat 9



N.B. lat 16



K.J. lat 10



K.M. lat 12



J.M. lat 14



A.K. lat 10



Z.C. lat 14



Ż.P. lat 11



K.J. lat 14



Z.A. lat 12



N.N. lat 14



Ż.P. lat 11

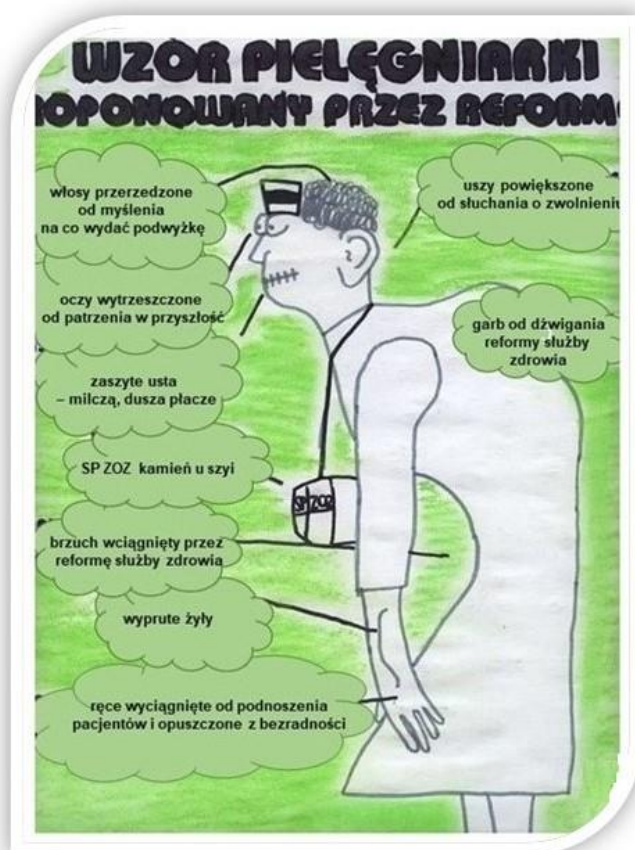


S.M. lat 12



K.J. lat 14

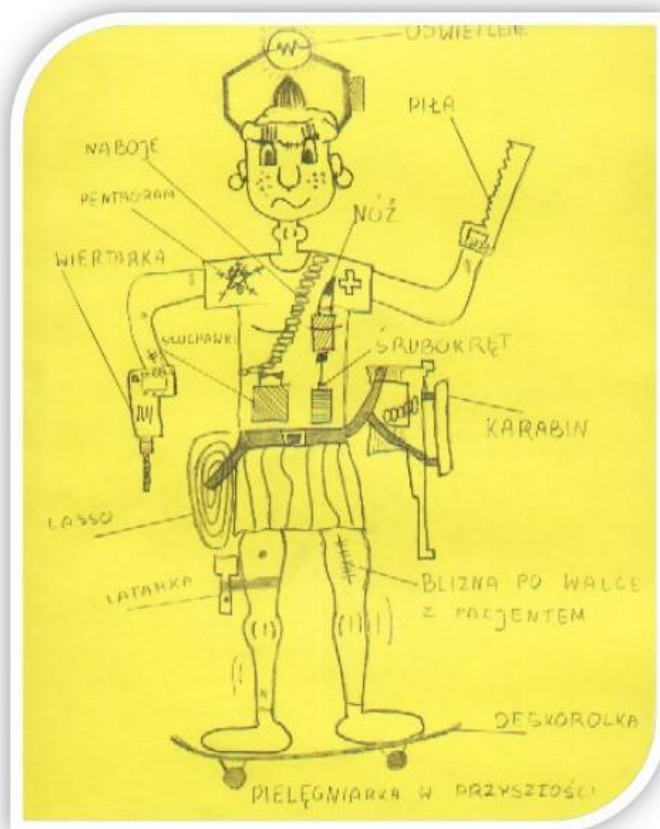
Jedna praca (0,2%) przedstawiała obraz pielęgniarki w okresie reformy, której uszy są powiększone od słuchania o zwolnieniu, z garbem od dźwigania reformy służby zdrowia, z rękami wyciągniętymi od podnoszenia pacjentów i opuszczone z bezradności, wyprutymi żyłami, brzuchem wciągniętym przez reformę służby zdrowia, z kamieniem u szyi, jakim są SP ZOZ, zaszyte usta – milczą, dusza płacze, oczy wytrzeszczone od patrzenia w przyszłość, włosy przerzedzone od myślenia na co wydać podwyżkę



P.K. lat 13

Pielęgniarka przyszłości

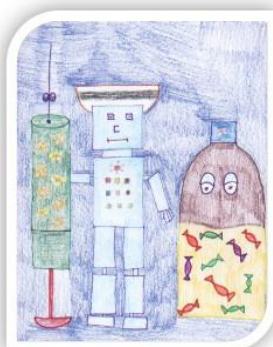
Obraz pielęgniarki przyszłości prezentowało 2,4% prac. Dzieci wyobrażały ją sobie jako osobę lecącą na Księżyc na strzykawce, na dyżur na rakiecie, mające postać robotów, wiele rąk do pracy, postać kosmitów, dwie głowy, pracującą na księżycu lub opiekującą się kosmicznymi stworami. Jedna z prac z tej grupy zobrazowała pielęgniarkę, jako supermana. Inna zobrazowała pielęgniarkę na deskorolce, z blizną po walce z pacjentem i wyposażoną w różnorodny sprzęt do walki (karabin, naboje, lasso, wiertarkę, śrubokręt, piłę...).



K.J. lat 12



N.N. lat 15



J.P. lat 12



P.B. lat 14



D.B. lat 13



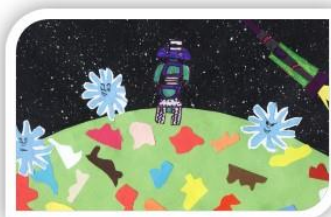
I.Ż. lat 10



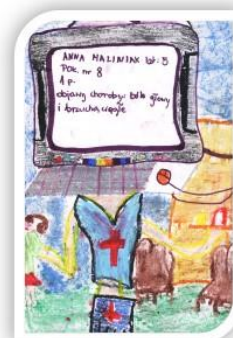
P.J. lat 12



M.P. lat 9



N.N. lat 10



A.K. lat 10



M.K. lat 13



K.N. lat 12

Postrzeganie niepełnosprawnych kolegów

Wszystkie prace dotyczące tej tematyki objawiły ogromną wyobraźnię i wrażliwość plastyczną dzieci. Rysunki były kolorowe, a uśmiechnięte twarze dzieci niepełnosprawnych i ich zdrowych towarzyszy nadawały pogodny wyraz pracom.

Najwięcej (60,4%) rysunków obrazowało niepełnosprawnego przyjaciela na wózku inwalidzkim, poruszających się o kulach (13% prac), z gipsem (1,04%), z ręką na temblaku (3,6%), usztywnionym kręgosłupem (0,5%) oraz z chodzikiem rehabilitacyjnym (0,5%).



P.M. lat 9



Z.A. lat 10



M.K. lat 14



K.W. lat 12



Z.A. lat 14



K.J. lat 8



G.M. lat 8



K.F. lat 14



M.T. lat 13



M.M. lat 15



S.K. lat 15



O.G. lat 14

Prace obrazujące osoby niewidome albo niedowidzące stanowiły 13,5% prac.



D.K. lat 11



M.N. lat 10



G.B. lat 9



A.B. lat 16



Z.A. lat 14



M.B. lat 10

Część rysunków uwzględniały obecność dwóch lub więcej niepełnosprawnych osób (3,6% prac).



P.L. lat 10



A.Z. lat 9



B.R. lat 14



I.K. lat 7



H.G. lat 8



O.S. lat 10

Było także kilka prac z uśmiechniętym słońcem (12% prac) lub tęczę (2,1% praca).



S.D. lat 9



S.K. lat 10



F.L. lat 14



P.E. lat 7



P.T. lat 10



W.E. lat 8

Z reguły akcja rysunków toczyła się na świeżym powietrzu, w parku lub na łące, na podwórku, na placu zabaw, w otoczeniu kwiatów, motyli, ptaków, zwierząt. Dzieci huśtały się na huśtawce, piekły kielbaski na ognisku, puszczały latawce, uczestniczyły w hipoterapii, bawiły się klockami lub słuchały czytanych bajek (29,2%).



P.K. lat 15



S.K. lat 10



S.K. lat 8



Z.J. lat 10



H.G. lat 7



L.S. lat 15

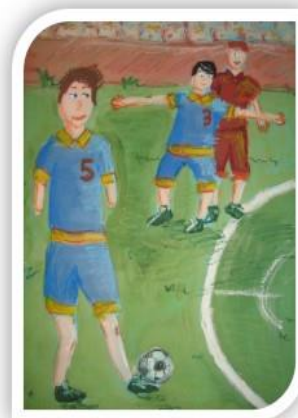
Dzieci niepełnosprawne razem ze zdrowymi uczestniczyły w zawodach sportowych, grały w piłkę i w ping-ponga, pływały (11,5% prac).



H.G. lat 7



H.G. lat 7



E.G. lat 15



H.G. lat 7



H.G. lat 7



H.G. lat 7

Scenki pomocy przejścia niepełnosprawnym obrazowano jako pomoc niepełnosprawnym przy wsiadaniu do autobusu, przejściu przez jezdnię, wchodzeniu do sklepu lub w poruszaniu się seniorom – 8,9% prac



M.N. lat 10



K.L. lat 11



C.R. lat 11



K.G. lat 9



G.H. lat 14



P.U. lat 10

Na jednym z rysunków (0,5% prac) nad dzieckiem czuwał anioł.



G.B. lat 9

Dziecko niepełnosprawne trzymane za rękę przez osobę zdrową zobrazowało 4,7%.



T.B. lat 15



C.R. lat 7



C.R. lat 7



Ch.P. lat 15



P.St. lat 10



K.A. lat 11

Jedna praca (0,5%) przedstawiała osobę z chustką na głowie, najprawdopodobniej z problemem nowotworowym.



T.St. lat 14

Dzieci przedstawiały także osobę niepełnosprawną znajdującą się w szpitalu lub leżącą w łóżku w domu (7,3%).



G.D. lat 7



S.P. lat 10



B.M. lat 15



B.E. lat 7

Były też prace, gdzie osoba niepełnosprawna ukazywana była jako zdobywca górskich szczytów (1,04%).



B.I. lat 15

Niektóre rysunki były dodatkowo wzbogacone w tekst, np. „Już w szkole”, „Razem damy radę”, „Moi przyjaciele” lub „Razem łatwiej i weselej” (2,1% prac).



T.P. lat 7



A.P. lat 8



D.Z. lat 11



K.J. lat 9

DYSKUSJA

Dzieci i młodzież stanowią obecnie niemal jedną czwartą ludności Polski i choć w następnych dekadach udział ten zmaleje, to nie ulega wątpliwości, że od poziomu wykształcenia, stanu zdrowia, potencjału intelektualnego i świadomości prozdrowotnej młodego pokolenia zależy przyszłość Polski i jej miejsce w Europie i świecie.

Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży kształtują się od wczesnego dzieciństwa, w procesie socjalizacji pod wpływem różnych czynników: w domu, w szkole, w grupie rówieśników, pod wpływem reklamy, informacji w środkach masowego przekazu, czy też bardzo często obserwacji ludzi w najbliższym otoczeniu.

W Polsce z różnych powodów ludzie, zwłaszcza młodzi, okazują niewielkie zainteresowanie swoim zdrowiem, jego ochroną i wzmacnianiem. W związku z tym należy stworzyć warunki dla realizacji zachowań prozdrowotnych w szkole, w domu, w pracy,

wszędzie tam, gdzie choćby w sposób minimalny miałyby one wpływ na postawy i zachowanie człowieka.

Edukacja zdrowotna jest fundamentalnym prawem każdego dziecka, zagwarantowanym zapisami *Konwencji prawach dziecka* [4]. Propagowana jest także przez WHO (Światowa Organizacja Zdrowia, *World Health Organization*), UNESCO (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*), UNICEF (Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci, *United Nations International Children's (Emergency) Fund*), skupiając się wokół kilku ważnych elementów obejmujących: holistyczne podejście do wszystkich aspektów zdrowia, uwzględnienie czynników warunkujących zdrowie, związanych z ludźmi i środowiskiem; wykorzystanie w edukacji zdrowotnej programów również nieformalnych, autorskich, sytuacji edukacyjnych i wzorców osobowych; dążenie do harmonizowania wiedzy o zdrowiu, którą dziecko uzyskuje od rodziców, nauczycieli, rówieśników, środków masowego przekazu, reklam itd.; zachęcanie dzieci do zdrowego stylu życia oraz stwarzanie w placówkach oświatowych warunków i możliwości sprzyjających zdrowiu [5]. Według zreformowanego systemu oświaty, w podstawie programowej nadrzędnym celem edukacji prozdrowotnej jest kształtowanie umiejętności dbania o swoje zdrowie [6,7].

Od najmłodszych lat człowiek poddawany jest wielostronnemu, społecznemu oddziaływaniu, które dotyczy m.in. zdrowia. Dziecko, tworząc własne wizje świata musi być przygotowane do stale zmieniających się warunków. Rozwijanie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie i innych to podstawa jego adaptacji do otaczającego świata. Wiedza o zdrowiu stanowi znakomitą płaszczyznę integrującą wiele różnorodnych działań edukacyjnych wspomagających wszechstronny i harmonijny rozwój dziecka. Fulghum pisał: „*Wszystkiego, co naprawdę trzeba wiedzieć, nauczyłem się w przedszkolu- o tym, jak żyć, co robić, jak postępować, jak myśleć, marzyć i wyobrażać sobie lepszy świat*” [8], stąd okres przedszkolny jest etapem życia, w którym kształtują się postawy dziecka, determinujące aktualne i przyszłe zachowania dotyczące zdrowia i aktywności ruchowej. Utrwalone wówczas przyzwyczajenia i nawyki decydują o jego późniejszym stylu życia. Edukację zdrowotną promującą aktywność ruchową należy rozpocząć jak najwcześniej, wspólnie z rodzicami dziecka. W wychowaniu przedszkolnym proces rozwijania aktywności ruchowej uwzględnia możliwości dziecka, jego poziom aktywnego i świadomego zaangażowania w zdrowy styl życia [6].

Podstawową formą aktywności dzieci w wieku przedszkolnym jest zabawa, przez którą dziecko komunikuje swoje potrzeby i zainteresowania, przeważnie w sposób pośredni.

W edukacji wczesnoszkolnej wychowanie zdrowotne zajmuje miejsce priorytetowe. Już u dzieci w wieku 7-10 lat należy zwrócić uwagę na rozwijanie właściwej postawy wobec

higieny i zdrowia [9]. Ważnym zadaniem jest rozbudzanie zainteresowań kulturą zdrowotną, zapewnienie warunków do harmonijnego rozwoju fizycznego, psychicznego, a także zachowań prozdrowotnych. W klasach niższych dziecko znajduje się na etapie, w którym jego udział w różnorodnych działaniach dotyczących zdrowia stopniowo wzrasta, pogłębia się wiedza, świadomość oraz motywacja. Uczeń w tej fazie rozwoju jest podmiotem wychowania, uczy się odpowiedzialności za swoje zdrowie oraz zdrowie innych [9].

Metody stosowane w edukacji zdrowotnej są zawsze pochodną celów i zadań, jakie stawia się w procesie wychowania. Do najważniejszych z nich zalicza się obecnie metody aktywne (aktywizujące, interakcyjne), które stwarzają przestrzeń dla aktywności dziecka [10]. Wśród wielu technik tego sposobu uczenia do najważniejszych zalicza się: pracę w małych grupach, burzę mózgów, odgrywanie ról, dramę, symulacje, zdania niedokończone, studia przypadku, dyskusję ukierunkowaną, techniki twórczego myślenia, a także technikę „narysuj i napisz” [10].

W naszym przypadku wykorzystaliśmy formę rysunku, jako przekazu już posiadanych lub wyobrażanych zachowań zdrowotnych.

Analiza rysunków pozwoliła na stwierdzenie, iż większość dzieci wiedziała: czemu służy właściwe odżywianie się, czemu służy aktywność ruchowa, o konieczności dbania o własne zdrowie poprzez stosowanie odpowiednich zabiegów higienicznych, jakie korzyści płyną z dobrego samopoczucia i sprawności ruchowej, jakie są negatywne skutki choroby własnego organizmu oraz jakie są możliwości oddziaływania na własne zdrowie, w kontekście podejmowanych przez siebie działań.

Większość dzieci rozumiała także potrzebę: prawidłowego żywienia (witaminy, składniki mineralne), ruchu i aktywności całego ciała jako źródła zdrowia; stosowania zabiegów higienicznych istotnych dla zdrowia i przeciwdziałania niekorzystnym przyzwyczajeniom i nawykom; unikania sytuacji mających negatywny wpływ na stan jego zdrowia; oraz znaczenie stosowania przez dorosłych (nauczyciela, rodziców, pielęgniarkę, lekarza) prostych zabiegów zdrowotnych, a także konieczność przestrzegania zakazów wprowadzonych w życiu codziennym i zwracania uwagi na ewentualne zagrożenia w odniesieniu do własnego zdrowia, a następnie obowiązek zgłoszenia tego nauczycielowi, rodzicom, pielęgniarence.

Rysunki dzieci świadczą także, iż większość z nich potrafiła: „żyć zdrowo”, zgodnie ze wskazaniami prawdopodobnie rodziców, nauczyciela, pielęgniarki; obserwować zmiany zachodzące we własnym organizmie pod wpływem aktywności ruchowej; dbać o własne zdrowie na miarę swoich możliwości, o czystość swojego ciała i wykonywać podstawowe

czynności higieniczne oraz dostrzegać i unikać zagrożenia, a także samodzielnie podejmować próby w celu pokonywania „własnych” uprzedzeń wobec osób chorych i niepełnosprawnych.

Prace dzieci pokazywały także ogólny trend nowocześnie postrzeganego pielęgniarstwa, które przywiązuje dużą rolę do edukacji pacjenta, w tym dzieci i młodzieży, i nie ogranicza swych działań tylko do zaspokajania potrzeb chorego, ale jest zdolne do aktywnej współpracy, towarzyszenia, doradzania w sprawach ochrony zdrowia, jego umacniania oraz likwidowania negatywnych zjawisk społecznych.

Rysowanie, jako akt twórczy jest ważne nie tylko z punktu widzenia dziecka mogącego wyrazić swoje odczucia w sposób graficzny, ale również z pozycji dorosłego, który dzięki dziecięcym obrazkom może obserwować rozwój dziecka i oceniać, jak postrzega ono otaczający świat. Często pomaga dziecku w zrozumieniu innych i samego siebie. Każde jest wynikiem twórczej pasji i szczerego uczucia. Warto więc może, żeby także pielęgniarki głębiej analizowały „dzieła” dzieci, chociażby powstające w szpitalnej świetlicy, sali szpitalnej i traktowały je jako źródło informacji do przygotowywania programów prozdrowotnych. Te „dzieła” mogą także służyć do tworzenia programów edukacyjnych, zwracają bowiem uwagę na ważne i mniej ważne problemy, które obrazuje praca dziecka. Na to, co dla niego jest istotne, aby być zdrowym. W czym mogą tkwić luki edukacyjne i na co nie zwracają uwagi rodzice, nauczyciele i pracownicy ochrony zdrowia.

Analiza rysunków umożliwiła stwierdzenie, iż większość dzieci postrzegała pozytywnie osoby niepełnosprawne. Dzieci widziały je jako osoby uśmiechnięte, aktywnie uczestniczące w zabawie i grach sportowych.

Dostrzegały różne atrybuty niepełnosprawności, od utraty ręki, przez wózek inwalidzki, laskę, kule, chodziki, po kołnierze usztywniające kręgosłup szyjny i problemy nowotworowe.

Ważne jest także, iż widziały konieczność nie tylko zabawy z niepełnosprawnymi osobami, ale i potrzebę niesienia im pomocy, od pchania wózka, podtrzymywania za rękę, pomocy w wejściu do autobusu, przejściu przez jezdnię, po czytanie książki i zwykłe towarzyszenie przy łóżku w szpitalu.

Widziały także możliwość uczęszczania dzieci niepełnosprawnych do tych samych szkół, co dzieci zdrowe, a nawet siedzenia z nimi w ławce.

Nie widziały również przeszkód, aby niepełnosprawni uczestniczyli w zawodach sportowych i zdobywali górskie szczyty.

Wszystkie powyższe spostrzeżenia są ważne, ponieważ obrazują postrzeganie kontaktów partnerskich pomiędzy dziećmi niepełnosprawnymi a zdrowymi, motywującymi dziecko do akceptowania własnych ograniczeń, uczącymi zaufania do siebie i świata,

uodparniającymi na przejawy zainteresowania ich osobą. Dzieci niepełnosprawne, naśladowując te sprawne, np. w czasie wspólnej zabawy, czynią szybsze postępy w rozwoju, pozwalają im znaleźć swoje miejsce w grupie, a także poradzić sobie z powstającymi trudnościami i przeszkodami. Z drugiej strony uczą dzieci zdrowe wrażliwości na sprawy innych.

Wszystkie prace objawiły bogatą wyobraźnię i wrażliwość plastyczną dzieci. Potwierdziły, że każde dziecko w sposób naturalny jest twórcą. To, co przekazuje rysując, malując, lepiąc lub klejąc wynika z jego psychicznych potrzeb. Jest ściśle związane z własnym, konkretnym doświadczeniem. Mali autorzy wyrażali w swych pracach swoje marzenia, radość, cierpienie, lęki albo pragnienia. Wszystko, co ma dla nich istotne znaczenie, można było odnaleźć na zamalowanej kartce papieru.

Patrząc na dziecięce „dzieła”, mimo woli oceniamy je wedle dorosłych kryteriów piękna: „ładne” lub „brzydkie”. Każde dziecko ma jednak prawo do swobodnych wypowiedzi w swojej sztuce. Każde jego „dzieło” jest dla niego jednakowo ważne. Często pomaga mu w zrozumieniu innych i samego siebie. Każde jest wynikiem twórczej pasji i szczerego uczucia. Warto więc może głębiej analizować prace dzieci, chociażby powstające w szpitalnej świetlicy, sali szpitalnej i traktować je jako źródło informacji do przygotowywania programów edukacyjnych.

WNIOSKI

- W większości prac dzieci pielęgniarki to osoby uśmiechnięte, pełne dobroci i czułości, z dziećmi w objęciach, pochylone nad ich łózkami.
- Dzieci są świadome ich ogromnej roli w działaniach na rzecz umacniania zdrowia.
- Większość rysunków dzieci świadczy o ich prawidłowych przekonaniach na temat wpływu na stan zdrowia właściwego odżywiania się, aktywności ruchowej i stosowania odpowiednich zabiegów higienicznych.
- Rysunki sugerują, iż dzieci znają możliwości oddziaływania na własne zdrowie, w kontekście podejmowanych przez siebie działań i mają świadomość, że często będą musiały samodzielnie dokonywać właściwych wyborów.
- Rysunki dzieci świadczą o ich pozytywnym nastawieniu do osób niepełnosprawnych, świadomości o potrzebie pomocy i wsparcia osobom niepełnosprawnym oraz że osoba niepełnosprawna może w pełni uczestniczyć w życiu społecznym.

PIŚMIENNICTWO

1. Fleck-Bangert R.: Was Kinderbilder ums erzählen Kinder setzen. Germaltes sehen und verdtehen, Kösel-Verlag GmbH&Co., München 1944.
2. Chermet-Carroy S.: Zrozum rysunki dziecka, czyli jak interpretować rysunki małych dzieci. Wyd. Ravi, Łódź 2008.
3. Lowenfeld W., Brittain Lambert W.: Twórczość a rozwój umysłowy dziecka. Warszawa 1977.
4. Konwencja o prawach dziecka, cz. I art. 24, 26, 27;
5. Rozporządzenie MENiS z dnia 29 sierpnia 2008 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2008, Nr 159, poz. 992)
6. Dutkiewicz K., Kamiński K.: Edukacja zdrowotna – program przeznaczony dla przedszkoli. Wyd. Nasza Księgarnia, Warszawa 2001.
7. Karski J.B.: Promocja zdrowia – podstawy teoretyczne oraz aktualne i zamierzone działania [w:] Promocja zdrowia, Karski J.B. Wyd. Ignis, A.J. Pruszyński, Warszawa 1999.
8. <https://lubimyczytac.pl/cytat/7454>, data pobrania 6.04.2020.
9. Więckowski R.: Pedagogika zdrowia czy edukacja zdrowotna. Życie Szkoły 1998; 10: 595-599.
10. Kubińska Z., Danielewicz J.: Metody aktywizujące. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne 2002; 11: 17-20.

Czego pielęgniarki mogą dowiedzieć się o sobie z wierszy i opowiadań dzieci

**Elżbieta Krajewska-Kulak¹, Cecylia Łukaszuk¹, Jolanta Lewko²,
Hanna Rolka¹, Agnieszka Lankau¹, Matylda Sierakowska¹, Katarzyna
Krajewska-Ferishah¹, Agnieszka Szyszko-Perłowska¹, Andrzej Guzowski¹,
Mateusz Cybulski¹**

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Rozwijanie twórczej aktywności dzieci jest bardzo ważne w ich rozwoju, a układanie wierszy, czy pisanie opowiadań sprawia im dużo spontanicznej radości i powoduje, iż stają bardziej otwarte oraz śmiałe.

Dzieci piszą o uczuciach najprostszych, często osobistych. Tworzą wiersze, które pomagają uśmiechać się i kochać. Opisują świat po swojemu, tak jak go widzą lub chciałyby widzieć. To bardzo dobrzy obserwatorzy...

W związku z tym postanowiliśmy zwrócić się do nich, aby opisali wierszem lub za pomocą opowiadania, jak widzą pielęgniarki, czy je lubią, czym się zajmują, czy są potrzebne w szpitalu, dlaczego niektóre dzieci się ich boją?

Na postrzeganie zawodu pielęgniarki mogą wpływać różne czynniki, w tym ich cechy zawodowe, postawy i kultura osobista, funkcjonujące w społeczeństwie stereotypy, przekonania i opinie, odpowiedzialność i kompetencje zawodowe, wartości wywodzące się ze specyfiki zawodu – filozofii i etyki pielęgniarstwa, wizerunek kształtowany przez media za pośrednictwem filmów, reklam, kabaretów oraz tendencyjnych programów informacyjnych, wygląd, zachowania w stosunku do współpracowników i zachowania w stosunku do pacjentów [1].

W przypadku dzieci najprawdopodobniej może to być ich własne doświadczenie z kontaktu z pielęgniarką w szkole, przychodni, szpitalu oraz opinie wyrażane o nich, a zasłyszane w domu, w szkole lub mediach.

Potwierdzają to np. badania Kojder i Zarzyckiej [2] oraz Leszczyńskiej i wsp. [3], które dowodzą, iż pielęgniarki lepiej oceniane były przez osoby mające z nimi kontakt i korzystające z ich świadczeń pielęgniarskich.

Celem pracy była analiza tekstów wierszy i opowiadań dzieci pod kątem postrzegania przez nie zawodu pielęgniarki.

Interpretacja utworu, to jedna z najważniejszych umiejętności złożonych kształconych już w szkole podstawowej i obejmuje umiejętności:

- odczytywania w tekście sensów na różnych poziomach;
- samodzielnego stawiania hipotezy interpretacyjnej;
- analizowania tekstu; weryfikowania postawionej hipotezy interpretacyjnej;
- logicznego dowodzenia; dokonywania autoanalizy siebie jako odbiorcy tekstu (opisywanie odczuć, doświadczeń itd.);
- formułowania spójnej wypowiedzi (tekst argumentacyjny);
- konfrontowania własnych koncepcji interpretacyjnych z koncepcjami innych odbiorców tekstu (otwartość intelektualna i etyczna).

MATERIAŁ I METODY

Analizie poddano teksty 98 wierszy i opowiadań dzieci nadesłanych na konkurs literacki „Pielęgniarka przyjaciel chorego”.

Brały w nim udział dzieci/młodzież w wieku od 9 do 16 lat z całej Polski, ze świetlic szpitalnych i szkół. Średnia wieku wynosiła $11,8 \pm 1,5$ lat.

W konkursie wzięło udział 3% dzieci w wieku 9 lat; 12,1% w wieku 10 lat; 33,3% w wieku 11 lat; 24,2% w wieku 12 lat; po 12,1% w wieku 13 i 14 lat oraz 3% w wieku 16 lat.

W wynikach pracy zaprezentowano wybrane wiersze i opowiadania.

WYNIKI - WIERSZE

Wszystko jest poezją, każdy jest poetą
Edward Stachura, Wszystko jest poezją, 1975

Autor: A.S., lat 10

Pielęgniarka jest jak mrówka,
Jest zawsze tam, gdzie boli główka

Jest jak pszczołka pracowita,
Gdzie potrzebna, tam zawsze zawita.
Jest jak mały duszek dobry,
Wszystkim mówi dziś dzień dobry,
Jest jak pluszowy miś,
Pobawi się może z nami dziś?
Zawsze rano wstaje
Wszystkiemu radę daje.

Autor: A.J., lat 10 lat

Nasze pielęgniarki to wesołe panie,
Gdzie się nie ruszymy, to patrzymy na nie.
Chodzą po korytarzu w fartuchu białym,
Przy niejednym łóžeczku już się naskakały.
Pomagają małym i dużym dzieciom
Wykonując zabiegi, które lekarze im zlecają.
Dziękując im za tę pracę trudną,
Przynoszę im bukiet z miną nie marudną.

Autor: M.K., lat 10

Kiedy serce albo nerki bolą,
Biegnie Ci z pomocą,
Pocieszy jak matka i babcia.
Gdy masz problem,
Porozmawia z Tobą.
Więc dlatego, nigdy nie mów
Do niej brzydko
Nawet gdy strajkuje,
Bo w domu nie nocuje.

Autor: K.D., lat 12

„Nasza siostra”

Chociaż ciągle jest zajęta, ale zawsze chodzi uśmiechnięta.

Drzwi otwiera i zamyka,
Bo ktoś zawsze o coś pyta.
Jaś zapytał o ból brzucha,
Kasia o swędzenie ucha,
Mały Piotruś katar łapie,
A Agatkę wciąż coś drapie.
Zosia palec skaleczyła,
Magda z przodu ząb wybiła,
Marcin z Maćkiem zaganiani
Uderzyli się głowami.
Robert z II e
Wymiotuje jak coś zje,
Rafał skracał sobie drogę,
Aż wykręcił lewą nogę,
Andrzej skakał przez przeszkodę
I roztrzaskał sobie brodę,
Bartek chciał na rękach stanąć
Swoją podbródek sobie raniąc.
Pielęgniarka z naszej szkoły nie ma żadnej wolnej chwili,
Więc was proszę moi drodzy bądźmy dla niej bardzo mili.

Autor: K.D., lat 12

Pielęgniarka przyjaciel pacjenta,
Pamiętaj o tym nie tylko od święta,
Ona jest przy nas życie całe,
Wie o tym nawet dziecko małe.
Kiedy ktoś trafia z nas do szpitala,
To pielęgniarka wita nas z dala
I w swej wielkiej serdeczności
Przyjmuje na oddział jak wielkich gości.
Ona do łóżka śniadanie podaje,
Umyje buzię jak ktoś wstaje,
Łóżko pościeli, włosy uczesze,

A kiedy smutno – wtedy pocieszysz.
Usnąć nie możesz – zastąpi mamę,
Zna nawet bajki, te takie same,
Robi zastrzyki, kiedy już musi,
Byś wrócił szybko do swej mamusi.
Pielęgniarka – przyjaciel pacjenta
Chyba każdy o tym pamięta.
Szczególnie my szkolne dzieci,
Bo z każdym bólem się do niej leci.
Boli nas głowa, brzuszek czasami
I nie ma wtedy koło nas mamy,
Rąk nie załamuj i roń łez,
Jest pielęgniarka i po cóż stres.
Poda kropelki lub inny lek
I Twoje bóle przeminą wnet,
Znów się uśmiechasz i tryskasz zdrowiem,
Pielęgniarka – to mój przyjaciel,
Każdemu to powiem.

Autor: J.S., lat 14

„Rymowanka o pielęgniarkach”

Nie odmówi Ci pomocy,
Zawsze czujna nawet w nocy.
Gdy Cię swędzi, piecze, boli,
Ona zaraz to ukoi.
Maści, kremy i pigułki
Jej już znane recepturki.
Wie, jak zastrzyk zrobić w pupę,
Abyś nie padł u niej trupem.
Wie gdy tabletkę Ci podać,
Aby życie uratować
Okład robi tak wspaniały,
Być przestaniesz obolały.
A szczepionkę tak Ci wkłuje,

Że jej nawet nie poczujesz.
Skręcisz kostkę, nos połamiesz,
Coś przykrego ci się stanie...
Przychodź! W skromne drzwi jej pukaj.
Ona zaraz Cię wysłucha.
Coś doradzi, coś pomoże
Zawsze pomoc niesie szczerze!
Czy już wiesz kolego drogi
O kim mówię w wierszu moim?
Wiesz, że w szpitalu pracuje,
Chorymi się opiekuje?
W szkole, gdy ją spotykasz także
Dobroć serca Ci każe.
Też w przychodniach, gabinetach
Obowiązków ma od metra.
Ta osoba dobrze znana
To pielęgniarka kochana!

Autor: O.W., lat 13

„Pielęgniarka”

Rano przywita wszystkich
Z uśmiechem na twarzy
Nie będzie w nocy spać
Poprawi Ci poduszkę
Powie dobre słowo.
Poda pomocną dłoń
Gdy samemu wstać
Nie masz sił
W biedzie zawsze Ci pomoże
Jak najlepszy przyjaciel.
Gdy ból nie daje Ci wytchnienia
Ona poda lek i uspokoi
Łagodnym spojrzeniem,
Kiedy smutek nas dopadnie

Ona wysłucha, zrozumie, pocieszy
Jest naszą opiekunką.
Poświęca się każdego dnia
By tylko ludzie nie cierpieli
Nawet nieprzyjemny zastrzyk
Robiony przez nią
Nie będzie taki straszny.
To ona
Podobna do matki
Każdego człowieka przyjaciółka
- pielęgniarka.

Autor: E.K., lat 12

Siostra Ania to moja mama.
Siostra Justyna to moja rodzina
Siostra Zosia jest kochana
Biega z termometrem już od rana.
Jest miła i uśmiechnięta,
Zawsze o nas pamięta.
Wszystkie siostry razem wzięte
Są fajne i uśmiechnięte.
Pracują przy nas wytrwale
Choć czasem sił już nie mają wcale.
Oddziałowa jest morowa
Przy niej nie rozboli głowa.
Chociaż krzyknie na nas czasem,
Tupnie nieraz swym obcasem.
Mimo tego ją kochamy,
Przy jej boku – jak u mamy.

Autor: E.Ch., lat 11

Pielęgniarka to przyjaciel pacjenta.
Niech każdy z Was o tym pamięta.
Nie wyśmiewajcie się z niej, nie bójcie,

Nie patrzcie na nią z buntem, lecz szanujcie.
Bolesny zastrzyk nie sprawia jej przyjemności.
Ona nie chce, aby gruźlica zniszczyła Wam kości.
Dba o zdrowie innych, jest życzliwa,
Wie, że z jej gabinetu zawsze wyjdiesz żywa.
Zanim Cię zmierzy, zważy,
Najpierw odpowiednio się wyposaży.
Pielęgniarka później „pogada”,
A za miesiąc – znowu zbada.
Więc nigdy nie miejcie do niej żalu.
Nawet jeśli na wiosnę kazała Ci chodzić w bawełnianym szalu.
Bo zawód pielęgniarki jest bardzo ciężki,
Ale stosunek do pacjenta – przyjacielski.

Autor: A. S., lat 11

Jak jesteś chory,
Pielęgniarka Ci ból ukoi.
Czy brzusek, czy główka
Pomoże jej miksturka.
Możesz do niej zawsze przyjść.
Udzieli Ci pomocy.
Siedzi sobie za biurkiem
I coś pisze ołówkiem.
Kiedy czas przychodzi,
Ze szpitala wychodzi.

Autor: A.J., lat 12

Pielęgniarka to przyjaciel pacjenta,
Zawsze jest miła i uśmiechnięta.
To ona pomaga przy pracy lekarzom,
Którzy bez niej sobie nie poradzą.
Ona także pocieszy człowieka,
Nikt się jej nie boi i nie ucieka.
Łatwo ją poznać,

Bo każdego dnia
Nosi białą „czapkę” i śmieje się cha, cha.
Poznacie ją również po miłym uśmiechu,
Który zawsze mówi:
„Nie martw się Lechu”.
Pielęgniarka lubi dzieci małe,
Pomoże im,
Gdy we łzach już toną całe.

Autor: D.B., lat 11

Pielęgniarka – przyjaciel pacjenta,
Pomoże, gdy coś boli, dolega,
Biegnie na każde zawołanie,
Bo pacjent na niej polega.
Zawsze zmieni bandaż,
Potem opatrunek,
Pomoże przy operacji lekarzowi,
A to wszystko, aby pomóc pacjentowi.
Czasami głowa ja boli,
W brzuchu jej kręci,
Ale ona pracuje,
Zawsze ma dobre chęci.
Pracuje dniem i nocą,
Zawsze na straży stoi,
W razie niebezpieczeństwa
Po lekarza goni,
Bo to jest właśnie ona –
- pielęgniarka.

Autor: J.G., lat 11

„Dwanaście godzin z życia pielęgniarki”
Pielęgniarka całą zmianę przy łóżku stała,
Pacjentowi całe serce oddała.
Zamiast iść spać

Musiała lekarstwa dać.
Dziecko czeka w domu,
Mama nie przychodzi,
Bo to zawsze pacjent
Bardziej ją obchodzi.
Z domu do szpitala
Droga jest daleka,
Lecz tam na siostrzyczkę
Chory bardzo czeka.
Ona się uśmiechnie,
Pocieszy chorego
I zawsze znajdzie
Czas dla każdego.
Jest na każde zawołanie,
Czy to obiad, czy śniadanie.
Pracy bardzo dużo,
Pieniędzy niewiele,
Ale od czego
Są przyjaciele.

Autor: M.G., lat 11

Pielęgniarka, tylko ona dba o pacjenta w chorobie.
Pielęgniarka, tylko ona jest jak matka,
I tylko ona troszczy się o innych.
Pielęgniarka, tylko ona wciąż pracuje,
A nikt ją nie docenia,
Lecz ona się nie załamuje
I pracuje do ostatniego tchnienia.
I tylko ona mało zarabia,
A pracuje,
Bo tylko pielęgniarka poświęca się dla innych.

Autor: A.P., lat 11

Jesteś samotny i jesteś chory,

I smutno Tobie bardzo jest,
Lecz pielęgniarka – przyjaciel pacjenta,
Nad Tobą czuwa cały dzień.
Gdy w twoich oczach widać łzę,
Gdy płakać Tobie już się chce.
To pielęgniarka wtedy pocieszy,
I na Twojej twarzy widać uśmiech.
Czasami bywa, gdy coś Cię boli
I z bólu krzyczeć Ci się chce
To pielęgniarka wtedy poda Ci lek i
Nagle przestanie boleć Cię.
Pielęgniarka jest bardzo wytrwała
I zawsze pomoc niesie nam,
Bo pielęgniarka jest przyjaciółką,
Bez której dziwny byłby świat.

Autor: A.Sz., lat 12

Pielęgniarka prowadzi pacjenta.
Robi zastrzyki i jest uśmiechnięta,
Daje leki, syropy i kłuje....
Trzeba zawsze mówić jej dziękuję.

Autor: M.O., lat 11

„Siostra Maria”

Nasza siostra Maria,
Bardzo miła jest,
Jest jak nasza mama,
Opiekuje nami się.
Lubię ją za wszystko,
Za to że ze mną tu jest.
Choroba szybciej minie,
Gdy o na przy mnie jest.
Siostrzyczka.

Autor: S.S., lat 12

„Siostra Irenka”

Siostra Irenka jest inteligentna,
Zna się na rzeczy.
Bardzo szybko pacjentów
Stawia na nogi.
Choć ciężko pracuje,
Z wdziękiem swą trudną pracę wykonuje.
Zawsze nas szanuje,
Troskliwie się nami opiekuje,
buty ortopedyczne nam sznuruje.

Autor: A.B., lat 12

Siostra Irenka jest opiekuńcza i uśmiechnięta
Zawsze opiekuje się nami,
dzielnymi pacjentami.
Codziennie rano do nas biega, by zobaczyć co nam dolega.
Nic nam się nie stanie, kiedy siostra Irenka wśród nas stanie.
Bardzo Ją kochamy i naprawdę podziwiamy
I za przyjaźń dziękujemy.

Autor: E.K., lat 13

Nasza siostra Zosia
Bardzo miła jest
Kiedy się nami opiekuje, wtedy się lepiej czuję.
Bardzo, bardzo ją lubimy i za pracę cenimy
Serdecznie ją kochamy,
Za wytrwałość podziwiamy.

Autor: B.K., lat 12

„Siostra Irenka”

Siostra Irenka jest uśmiechnięta
Bardzo lubi dzieci, bo je dobrze leczy.

Cieężko pracuje, lecz nie żałuje
To osoba bardzo miła, która dla nas się wysila.

Autor: R.P., lat 15

„Siostra Zosia”

Siostra Zosia to osoba,
Która zawsze wszystkich kocha.
Spełnia nasze prośby i życzenia
Zawsze jest opiekuńcza i troskliwa.
Nasza siostra Zosia
Jest nam bardzo potrzebna
Bo ona zawsze jest uśmiechnięta
Wnosi światło w nasze szpitalne życie
Dzięki niej mimo chorób i problemów
Zawsze jesteśmy na szczycie dobrego samopoczucia.

Autor: E.Ż., lat 14

Nasza pielęgniarka, to przyjaciółka pacjenta,
Która zawsze jest uśmiechnięta.
Zawsze z nami bywa,
Gdy ktoś pomocy wzywa.
Zawsze nam pomaga
Nasza pielęgniarka kochana
Bardzo ją lubimy
I się z niej cieszymy.
Jest bardzo pracowita
Bo od świtu do nocy z nami bywa.

Autor: P.P., lat 13

Pielęgniarka nam pomoże,
Gdy będzie nasza mina zła,
Gdy potrzebny jest nam zastrzyk,
To zrobi go w mig.
Gdy jest nam smutno w szary dzień,

To ona powie nam „Nie martw się”,
Już wkrótce będziesz zdrow jak ryba.
Pielęgniarka wszystkim nam pomoże,
Bo siostra wszystkie bóle zna,
I na wszystko czuły uśmiech ma.

Autorzy: P.M. lat 11; K.O. lat 11; M.B. lat 14

„Mądre pielęgniarki”

Pielęgniarki są mądre
Choć nie uczą nas w szkole
Dają nam pigułki
I różne kapsułki.
Kochamy je mocno
Tak jak one nas
I co wieczór nie dajemy im spać.

Autor: K.S., lat 12

„Pielęgniarka na ortopedii”

Opiekuje się nami,
Pomaga nam,
Stawia nas na nogi,
Dba o nas, podaje leki,
Bandażuje chore miejsca...
Jest jak matka
Ciepła, serdeczna, czuła
Po prostu pielęgniarka
To siostra miłosierdzia
Taka ją zapamiętam.

Autor: W.S., lat 13

„Siostrzyczki”

Nasza siostra już od rana wita nas roześmiana,
Niesie nam wesołe wieści i prowadzi gości.
Po południu też jest miła, bo ją córka odwiedziła.

Jest tu bardzo sympatycznie i lekarzom i pacjentom,
Bo od rana uśmiechnięte wszyscy buzie mają
I jest łatwiej żyć na sali.

Autor: K.Z. lat 10

„Słowo o pielęgniarce”

W pochmurny dzień,
W pochmurną noc
Myśli kolorowe otaczają mnie....
Kiedy znowu przyjdzie?...
Czy może już nie zjawi się?...
Radość już odpędza smutne chwile te,
Gdy już w drzwiach stanie postać pielęgniarki mej.

Autor: J.T. lat 13

Pielęgniarki kochają nas,
Bardziej niż własne dzieci.
Kiedy krew nam
W pokoju zabiegowym leci
Pocieszają nas i czule trzymają za rękę.
Ostrożnie zakładają kroplówki,
To dla waszego zdrowia – pocieszają,
Pielęgniarka swe życie odda,
Aby ratować nas
Chorych, małych i dużych pacjentów.

WYNIKI - OPOWIADANIA

*Kiedy piszesz, musisz zebrać w jeden strumień
wszystkie swobodne prądy serca
Amy Tan, Córka nastawiacza kości*

Autor: M.B., lat 9

Moja Mama jest pielęgniarką. Ja moją Mamę nazywam przyjacielem pacjenta, ponieważ pracuje na oddziale dziecięcym. Moja Mama jest też dla mnie przyjacielem.

Pielęgniarka powinna być bardzo miła wobec małych pacjentów. Jeśli troszkę większy pacjent, który ma około 5 i pół latek, jest niegrzeczny, to pielęgniarka powinna wytłumaczyć mu jak powinien się zachowywać i mówić tak, żeby dziecko zrozumiało i więcej tak nie robiło.

Pielęgniarka nie powinna krzyczeć, tylko spokojnie wytłumaczyć tak, aby dziecko nie płakało, tylko spokojnie słuchało i było już grzeczne. Trzeba być miłym dla pacjenta pięciolatka. Tu nie chodzi tylko o wiek dziecka, bo dziecko może być starsze lub młodsze. Jeśli dziecko chce np. iść umyć ręce i poprosi pielęgniarkę – to pielęgniarka, jeśli jest przyjacielem pacjenta, powinna to dziecko zaprowadzić do łazienki

Pacjent nie może robić z pielęgniarki służącej, bo to będzie świadczyło, że jest źle wychowany. Pielęgniarka nawet jeśli jest do pomocy, to nie jest na rozkazy.

Pielęgniarka powinna być dla pacjenta życzliwa, tak samo jak dziecko dla pielęgniarki. Pielęgniarka i pacjent dorosły lub dziecko, powinni być dla siebie serdeczni. Dziewczyna i chłopiec to jak jeden człowiek, jedna całość, tak samo jak pielęgniarka i dziecko.

Z dziecka wyrasta człowiek i ten człowiek wybiera sobie zawód, może sobie nawet wybrać zawód pielęgniarki.... Pielęgniarka powinna więc być miła dla dziecka, a dziecko powinno być miłe dla pielęgniarki.

Pielęgniarka musi pomagać każdemu małemu pacjentowi i dla trochę większych też. Większe dzieci mogą sobie również nie radzić w szpitalu i im też trzeba przyjść z pomocą. Czasem nawet bardzo dużą, bo mogą chorować na śmiertelne choroby i nie dać sobie rady. Takie dzieci potrzebują dlatego dobrej opieki.

Ja nigdy nie leżałam w szpitalu, ale często chorowałam i leżałam w łóżku w domu. Opiekowała się mną mamusia. Jeśli pielęgnuje dzieci w szpitalu tak dobrze jak mnie w domu, to na pewno jest najlepszym przyjacielem pacjenta.

Jeśli kiedyś będą leżeć w szpitalu to chciałabym, żeby zajmowała się mną taka właśnie pielęgniarka i żeby tak się mną opiekowała jak moja mama mną w domu.

Autor: E.G., lat 12

Nigdy nie zapomnę tego dnia 05.09.1994 roku. Miałam wtedy pięć lat, czarne jak węgiel włosy, a oczy piwne. Byłam ubrana w jasnoniebieską suknię w drobne kwiatuszki.

- Dzieci jedziemy do babci Jadzi! – krzyknęła mama.
- Hura, hura...! – wykrzyknęły moje dwie siostry.

Ja zaraz się spakowałam i byłam gotowa do drogi. Tata razem z nami pojechał kupić wodę mineralną i kawę dla babci. Na światłach zatrzymaliśmy się, nic nie podejrzewając.

Nagle moja starsza siostra krzyknęła:

- Tato! Uważaj! Jedzie ciężarówka!
- O, mój Boże! – krzyknęła mama.

I buch... Zderzyliśmy się. Ciężarówka wyjechała zza skrzyżowania tak szybko i gwałtownie, że nic już tata nie mógł zrobić. Samochód wiozł dużą ilość węgla. Miał niebieską zarysowaną przyczepę. Jego przednie szyby były brudne i trochę pęknięte.

Gdy byłam nieprzytomna, poczułam jak mama przytuliła mnie. Po chwili nadeszła pomoc, ale jaka, tego nie wiedziałam. Szybko ktoś obandażował moją głowę i coś twardego położył na lewą nogę.

- Jeszcze trochę mała - mówiła do mnie jakaś pani.

Po trzech godzinach obudziłam się w szpitalu. Zaczęłam płakać.

- Co się stało ? – zapytała mama.
- Gdzie jestem?
- W szpitalu. Już wszystko dobrze. Żeby nie pielęgniarka, nie wiem co by się z tobą stało kochanie – powiedziała mama.
- Chciałabym porozmawiać z tą pielęgniarką.
- No, dobrze.
- Dzień dobry – powiedziała pani.
- Dzień dobry. Czy to Pani mi pomogła? – zapytałam.
- Tak. Proszę nie mów do mnie „pani”, jestem Iza.
- Iza, co się stało?
- Później ci powiem. Wiesz, że masz złamaną nogę i zszytą głowę?
- Naprawdę?
- Tak. Lepiej już pójdę, a ty odpoczywaj.
- Do widzenia.
- Do widzenia. Dziękuję.

Uśmiechnęła się do mnie i poszła. Pamiętam, że miała białe, w czarne paski fartuszek i białą czapkę. Przypominam jej niebieskie oczy, czerwone usta, włosy zawinięte w kok. Chodziła w czarnych rajstopach i kremowych pantoflach. W stosunku do mnie i innych pacjentów była przyjacielsko nastawiona, miła, opiekuńcza i bezinteresowna.

- „To jest moja przyjaciółka” – pomyślałam.

Leżałam w dużej sali z innymi dziećmi, więc pomyślałam, że zapoznam się z jakąś dziewczynką.

- Jak masz na imię? – zapytałam
- Mam na imię Ania, a ty?
- Ewa. Co ci się stało?
- Pies mnie pogryzł, a tobie?
- Miałam wypadek samochodowy.
- Naprawdę? – zapytała
- No, tylko miałam szczęście.
- Ja też – powiedziała.
- Mnie uratowała Iza.
- Jaka Iza? – zapytała Ania.
- Taka pielęgniarka.
- Mnie też! – wykrzyknęła.
- Ona jest bardzo skromna.
- Tak.
- Ja też chciałabym być taka – powiedziałam.
- I ja. Kiedy cię wypisują? – zapytała.
- A nie wiem...

Wyszłam ze szpitala po trzech miesiącach. Nareszcie byłam w domu. Moje siostry Ula i Jola chodziły już do szkoły. One to naprawdę dobrze się czuły. Ja jeszcze przez kolejny miesiąc nie uczęszczałam na zajęcia. Jeździłam na rehabilitację, przez co codziennie spotykałam Izę. Ułożyłam dla niej nawet króciutki wierszyk.

„Pielęgniarka – to wspaniała opiekunka dla pacjenta.

Gdy ktoś jest smutny i czuje się źle, tam opiekuńcza Iza zawsze jest.

Ona dopomoże i rozweseli Cię, że już nigdy smutna nie będziesz”

- Dziękuję, dziękuję Ewciu.
- Ja to wszystko dla ciebie robię, ponieważ jesteś moją przyjaciółką.
- A ty moją.

Teraz wiedziałam, że pielęgniarka to najlepszy przyjaciel pacjenta.

Autor: A.T., lat 11

Dawno, dawno temu żyła sobie królewska rodzina. Była ona bardzo szczęśliwa. Jednak pewnego dnia zmarła matka i osierociła cztery córki.

Były to bardzo ładne dziewczynki, ale najpiękniejszą okazała się najmłodsza Beata. Miała śniadą cerę i czarne jak heban włosy. Ciemne duże oczy podkreślały jej dobrą duszyczkę.

Beata była bardzo miłą, również bystrą i mądrą dziewczyną. Bardzo lubiła czytać książki i robiła to w każdej wolnej chwili.

Lata płynęły, w końcu król postanowił wysłać swe dzieci do szkół. Beata wybrała zawód pielęgniarki. Bardzo kochała ludzi i pragnęła opiekować się nimi. Marzyła o tym, by wreszcie założyć białe fartuszek oraz słuchawki i badać swoich pacjentów.

Minał pewien okres czasu i córki wróciły do domu, by przejąć królestwo. Król był bardzo zrozpaczony, gdyż nie wiedział, która po jego odejściu zostanie na tronie. Postanowił dać im zadanie. Każda musiała znaleźć w lesie ukryte przedmioty lekarskie: apteczkę, słuchawki i termometr. Tylko jednej z nich udało się znaleźć rzeczy, które schował ojciec. Była to oczywiście Beata, gdyż znała się lepiej od siostr na przyrządach medycznych.

Po pewnym czasie król zmarł i władza królewska przypadła Beacie. Jej siostry wyjechały zaś, wraz ze swymi mężami, do oddalonych o sto mil posiadłości. Królowa wkrótce wyszła za mąż za księcia Michała. Był on pięknym królewiczem ze szlachetnego rodu. Miła niebieskie oczy i jasne włosy spadające na czoło. Wielokrotnie wykazywał się mądrością i sprawiedliwością. Lubił podróżować, toteż bardzo często wyjeżdżał.

I tak pewnego dnia król opuścił posiadłość. W tym czasie kraj dotknęła bardzo ciężka choroba.

Była to dżuma, na którą zachorowała połowa ludu. Królowa, z zawodu pielęgniarka, zaczęła pomagać chorym ludziom. Codziennie mierzyła im temperaturę, dawała zastrzyki i bandażowała chore miejsca.

Władczyni opiekowała się chorymi, troszczyła się o nich, a ludzie ją za to bardzo kochali. Nie miała czasu dla siebie, bo więcej poświęcała go dla poddanych. Wszyscy ją uwielbiali, a małe chore dzieci każdego dnia przynosiły jej bukiety róż.

Po paru miesiącach król Michał wrócił. Królowa opowiedziała mu o wszystkich wydarzeniach, które miały miejsce w czasie jego nieobecności.

Michał z Beatą żyli potem długo i szczęśliwie wraz z gromadką swoich dzieci. Przeżyli ponad 100 lat, a królowa przez te wszystkie lata pomagała nadal ludziom będącym w potrzebie.

Autor: M.K., lat 11

Kiedy miałam pięć lat, bardzo mocno zachorowałam na ostre zapalenie płuc. Przez tę chorobę nie mogłam chodzić do szkoły. Jeździliśmy do różnych specjalistów, lecz oni proponowali wyjazd za granicę na drogie badania.

Gdy mama wracała z pracy późnym wieczorem, zamykała drzwi do mojego pokoju i rozmawiała z tatą o ich zarobkach. Żaliła się ojcu, że ciągle mają za mało pieniędzy, choć i tak oszczędzają. Usłyszałam, że chyba będzie trzeba sprzedać mieszkanie.

Pewnego dnia rodziców odwiedzili znajomi. Powiedzieli, że mają doskonały pomysł. Przyjaciele postanowili zorganizować koncert charytatywny na moją rzecz.

Już po dwóch tygodniach odbyło się gigantyczne przyjęcie, na którym wystąpiły wielkie gwiazdy estrady. Po kolei każdy z wykonawców śpiewał swoje trzy największe hity. Fani byli zadowoleni z zabawy. Kilka dni po koncercie znajomi przyszli do moich rodziców i wręczyli im całą sumę. Wystarczyło na mój wyjazd.

Dni wolno leciały, a ja nie mogłam się doczekać. Wreszcie nadeszła ta chwila, ostatni całus i już znalazłam się w luksusowym samolocie. Tuż obok mnie siedziała pani doktor. Gdy wylądowaliśmy, od razu wsiedliśmy w karetkę i pojechaliśmy do szpitala.

Położyli mnie na sali w sąsiedztwie innych dzieci. Szybko się z nimi zapoznałam. W szpitalu był bardzo miły personel, a szczególnie pielęgniarki i położne. W tym budynku pracowała pewna pielęgniarka. Miała czarne włosy, piwne oczy i szerokie usta. Chodziła w białym fartuchu. Po pewnym czasie zaprzyjaźniłam się z nią. Ona także była z Polski. Kiedy inne siostry przychodziły mi robić zastrzyki i zakładać kroplówki prosiłam, żeby zawołały panią Danutę.

Pewnego wieczoru, zjawiała się Danuta i zdjęła mi kroplówkę.

- Dobry wieczór, Danusiu! Dokąd mnie wiesziesz?
- Zrobimy Ci zabieg, ale ze znieczuleniem.
- A co to jest znieczulenie?
- Gdy będziemy Cię operować, nie będziesz czuła bólu.
- Aha.

Pojechaliśmy do wielkiego pokoju. Tam czekali na mnie lekarze. Nie pamiętam, co było później. Kiedy zaś się obudziłam, leżałam już na swojej sali. Na korytarzu czekała moja ulubiona pielęgniarka. Z uśmiechem na twarzy przekazała mi dwa bilety powrotne do Polski. Zdziwiłam się, dlaczego dwa? Okazało się, że Danusia wyjeżdża razem ze mną. Nie mogłam w to uwierzyć. Cieszyłam się bardzo, że pielęgniarka jedzie ze mną i że będę mogła uściskać rodziców. Nie mogłam się doczekać, kiedy zapytam ich o zdrowie. Na pewno będą się cieszyć. Byłam ciekawa jak jest na podwórku i w szkole, jak się czują moi bliscy. Nadszedł ten dzień, wsiadamy z Danusią do samolotu i lecimy do mojego ojczystego kraju.

Autor: M.R., lat 16

Pielęgniarka - niby proste słowo, a tyle znaczy. Niektórym kojarzy się ono z jakimś nieprzyjemnym badaniem, czy zwyczajnie - białym fartuchem i czepkiem.

Dla mnie pielęgniarka kojarzy się z osobą, która codziennie czuwa nade mną, nad moim łóżkiem w szpitalu. Przynosi mi termometr, tabletki, wykonuje zastrzyki, podłącza mi kroplówki - ale nie tylko.

Wiek, w którym obecnie żyjemy stawia przed pielęgniarką ogromne zadanie. Jej obowiązkiem jest nie tylko opieka medyczna nad chorym, ale i psychiczna. Pielęgniarki wszystkimi siłami starają się umilać nam pobyt w szpitalu. Dbają, aby było czysto w naszych salach, aby leki były na czas podane, przygotowują psychicznie do trudnych badań, dbają o spożycie posiłku. Tworzą wokół nas domową atmosferę, pomagają w adaptacji do nowego środowiska szpitalnego, dbają o nasze bezpieczeństwo. Są czułe, cierpliwe, wrażliwe na nasz ból i cierpienie. Jednak ich trud nie zawsze jest przez nas doceniany. Często nie umiemy wydusić z siebie słowa „dziękuję” za ich starania. One jednak nie gniewają się za to, lecz przeciwnie - ogarniają nas coraz większą czułością - jak dobry przyjaciel.

Pielęgniarki pracują nie tylko w szpitalu, ale w przychodni i ośrodku zdrowia, gdzie także są wielkim przyjacielem pacjenta. Tam rejestrują chorych do lekarza, wykonują zastrzyki, szczepią dzieci i dorosłych. Opiekują się w domu obłożnie lub przewlekle chorymi. Wykonują szereg czynności przy chorych w domu, w różnych warunkach i sytuacjach rodzinnych, bardzo często chorym samotnym, opuszczonym, z rodzin patologicznych. Oprócz czynności typowo medycznych udzielają bardzo trudnej pomocy w zaspokajaniu wszelkich potrzeb życiowych jak np.: higiena osobista i otoczenia chorego, karmienie, palenie w piecu, zaopatrzenie go w leki i materiał opatrunkowy, dostarczenie ciekawych książek, gazet.

Pielęgniarki współpracują dla dobra pacjenta z lekarzem, pracownikiem socjalnym, organizacjami społecznymi, kościołem. Szukają wsparcia z sąsiadami, znajomymi. Bardzo często mobilizują rodzinę, która zapomniała o kimś, kto potrzebuje pomocy.

Niezależnie od pogody, czy pada deszcz, czy śnieg, czy jest wichura bądź burza, pielęgniarki zawsze docierają do pacjenta.

Jak wiadomo ze środków masowego przekazu sytuacja finansowa pielęgniarek jest coraz gorsza i bardzo niepewna. Mimo to opieka pielęgniarska nie pogarsza się - zła sytuacja finansowa nie wpływa negatywnie na ich dobroć i otwarte serce dla pacjenta.

Mam nadzieję, że każdy potrzebujący zawsze będzie miał w nich wsparcie i ujrzy pielęgniarkę nie tylko jako osobę wykonującą swój zawód, ale także jako swego przyjaciela,

który na pewno go zrozumie. Szkoda tylko, że tacy dobrzy ludzie są zwalniani z pracy... Gdyby to ode mnie zależało, to przeciwstawiłabym się takiej sytuacji.

Będąc pacjentką Oddziału Pediatrycznego w Hajnówce wnikliwie obserwowałam prace tutejszych pielęgniarek i z pewnością mogę stwierdzić, że wypełniały ją rzetelnie. Spotkałam się tu z wielką troską i szacunkiem ze strony personelu medycznego. O każdej porze dnia i nocy mogłam liczyć na ich pomoc. Doceniam ich trud i starania. Jestem im za to wdzięczna.

Autor: M.P., lat 11

W Gdańsku na ulicy zdrowej mieszkał Staś. Dwie przecznice dalej na ulicy Chorej zadomowił się Jaś.

Obaj wiedzieli jak cenne jest zdrowie, choć sami często ulegali chorobie. Gdy Staś chorował, Jaś przynosił mu lekcje, pomagał w pracy domowej.

Zazwyczaj były to krótkie choroby, a wizyta lekarska odbywała się w domu. Nigdy podczas owych męczarni z bólem głowy i wysoką temperaturą Jaś, ani Staś nie widzieli strzykawki w rękach pielęgniarki. Zawsze bali się przyrządów lekarskich, a w szczególnościstrzykawki z długą igłą na końcu.

Wiadomo, gdy jest zima, mróz szczypie w nos... łatwo o chorobę. Jaś nie zakładał czapki, ani rękawiczek, więc zachorował na zapalenie płuc.

Gdy Staś zadzwonił do swego kolegi, dowiedział się, że jest on w szpitalu. Chłopiec za wszelką cenę pragnął odwiedzić przyjaciela. Nie udało mu się to, gdyż mama poleciła mu zostać w domu.

W szpitalu Jaś bał się lekarzy, pielęgniarek, a nawet innych pacjentów. Był przerażony. Pewnego dnia, gdy leżał w swoim łóżku, podeszła do niego pani w białym fartuszu i bereciku z wyszytym czerwonym krzyżem.

- Dzień dobry Jasiu - powiedziała pani.
- Dzie- dzie- dzień dobry - wyjąkał Jaś.
- Nie martw się. Nie taki diabeł straszny, jak go malują - rzekła pielęgniarka.
- Słucham?
- Powiedziałam, że nie jestem taka straszna. Pewnie wiele razy słyszałeś, że zawsze daję pacjentom leki, niedobre jedzenie i zawsze mam ze sobą strzykawkę...

Jaś już bardziej pewny siebie uśmiechnął się, ale nadal do końca nie wierzył z pozoru miłej pani.

- A teraz cię zaskoczę!

- Naprawdę?
- Tak! Ale najpierw zadam ci pytanie, a dokładniej to będzie zagadka. Zgadnij, co będzie dziś na obiad?
- Niech no ja pomyślę... Zupa grzybowa?
- Nie.
- Fasolka po bretońsku?
- Nie.
- Jak nie, to ja się poddam.
- Dziś będzie kisiel oraz pulpeciki z ziemniakami!
- Pychota!

Jaś był szczęśliwy, pomimo tego, że chorował. Od razu poczuł się lepiej. Niedługo potem, za jakieś dwa tygodnie, Jaś wyszedł ze szpitala. Czuł się bardzo dobrze, a odjeżdżając zatęsknił za pielęgniarką. W szkole opowiedział Stasiowi, jak było w szpitalu. Wy tłumaczył mu także, jak ważna jest rola pielęgniarki.

- Wiesz Stasiu, nie taki diabeł straszny, jak go malują?
- Słucham?
- Później ci wytłumaczę. Ale powiem ci, że pielęgniarka jest prawdziwym przyjacielem pacjenta.

OMÓWIENIE

„Rysowanie jest muzyką dla oczu i wyciszeniem dla umysłu”.

Orhan Pamuk

Nauka interpretacji treści wierszy/opowiadań to swoiste kształcenie samodzielności myślenia, a istotę tej umiejętności stanowią takie uwarunkowania, jak: wyobraźnia, inwencja, otwarcie na nowy przekaz, ciekawość innego człowieka [4].

Zweryfikowane odczytanie tekstu wiele mówi o nas, interpretatorach [4]. Co nimi kierowało w spontanicznej lekturze? Jakie emocje zostały z tej okazji uruchomione? Co spowodowało, że dostrzegli w treści to coś, co dało im nowe informacje? Dlaczego nie dostrzegli czegoś innego? Jak wiele sami włożyli w odbierany tekst? Co spowodowało, że utwór wywarł na nich jakieś wrażenie - poruszył, znudził, oburzył, dał do myślenia? Do jakich

swoich doświadczeń interpretator się odwołał? Jakie miał wobec niego oczekiwania i co miały mu dać? Na jakie pytania dać odpowiedzi? [4]

W obecnej pracy staraliśmy się pozyskać informacje o tym, jak dzieci widzą pielęgniarki, jakie one powinny według nich być.

Generalnie dzieci postrzegały pielęgniarkę jako osobę w białym fartuchu, z „białą czapką” na głowie lub „białym, w czarne paski fartuszku z białą czapką”.

Niektóre dzieci, mimo iż rola pielęgniarki w zespole terapeutycznym zmieniła się, nadal widzą ją jako osobę wypełniającą zadania zlecone przez lekarza. Są jednak i takie, które stwierdziły, że pielęgniarki pomagają lekarzowi i zawsze szybko informują go, gdy zauważą jakieś niebezpieczeństwo. Jeszcze inne wyobrażały ją sobie ze słuchawkami i badającymi swoich pacjentów.

Część wierszy była poświęcona ogólnie pielęgniarkom, a część konkretnym osobom znanym dzieciom z imienia (siostrze Marii, Irencie, Zosi), pracującym na oddziale gdzie prawdopodobnie przebywali autorzy wierszy.

Inny wiersz poświęcony jest pielęgniarce szkolnej, która czuwa nad zdrowiem dzieci. Na bieżąco monitoruje, czy dzieci coś nie boli, czy nie miały żadnego urazu. Autor wiersza widzi, że ma dużo pracy, więc apeluje, aby być dla niej miłym.

W innych wierszach autorzy wyrażają przekonanie, że pielęgniarka jest zawsze z dziećmi, bez przerwy kiedy trafiają do szpitala. To ona wita ich, przyjmuje jak gościa na oddział, pościeli im łóżko, poprawi poduszkę, uczesze, pomoże umyć się, poda leki, zmieni opatrunek, ukoji ból, pocieszy, przytuli, potrzyma za rękę, tak robi zastrzyk lub poda szczepionkę, że nic się nie poczuje. Jest mądra i czujna w nocy. Sprawia, że dzieciom powraca radość. Z wytęsknieniem czekają, kiedy pojawia się przy ich łóżku.

Jeden z wierszy, najprawdopodobniej dziecka pielęgniarki, obrazuje dwunastogodzinny dyżur pielęgniarki, która w tym czasie jest ciągle aktywna, nie śpi i stoi przy łóżku chorego. Ale z drugiej strony w wierszu pokazany jest dom pielęgniarki – gdzie czeka na nią jej dziecko, ale mama nie przychodzi, bo dla niej są ważni pacjenci i jest na ich każde zawołanie. Potwierdza to autor innego wiersza, w którym pisze, że pielęgniarka bardziej kocha ich, pacjentów niż własne dzieci. To najlepszy przyjaciel pacjenta.

Bardzo pięknie porównują ją do pracowitej pszczołki, do duszka, który witając ich mówi dzień dobry lub do pluszowego misia, który pobawi się z nimi. Są wesole i zawsze chętne do pomocy. Dzięki nim nawet w pochmurne dni dzieci otaczają kolorowe myśli.

Podobne myśli i wyobrażenia o pielęgniarkach można było dostrzec w przesłanych przez dzieci opowiadaniach.

Jedno z nich napisała córka pielęgniarki. Stwierdziła w nim, że jej mama to nie tylko jej przyjaciel, ale także przyjaciel wszystkich dzieci z oddziału dziecięcego. Daje tam też rady dla pielęgniarek do wykorzystania w pracy z małymi dziećmi. Stwierdza, że pielęgniarka powinna być miła, a gdy małe dziecko jest niegrzeczne powinna mu spokojnie wytłumaczyć, jak powinno się zachowywać i że więcej tak nie powinno robić. Powinna mówić tak, aby dziecko wszystko zrozumiało. Nie powinna krzyczeć. Jeżeli dziecko o coś poprosi np. że chce iść umyć ręce, to pielęgniarka powinna mu w tym pomóc. Dziecko jednak nie może zrobić z pielęgniarki służącej, aby nikt nie pomyślał, że jest źle wychowane. Pielęgniarka jest przecież do pomocy, a nie do wykonywania rozkazów. Pielęgniarka powinna być dla dziecka życzliwa i tak samo dziecko dla niej. A ponieważ dziecko rośnie, to może nawet kiedyś wybrać zawód pielęgniarki. Ponieważ dziecko może chorować na różne choroby, nawet śmiertelne, więc potrzebuje dobrej opieki i taką daje mu pielęgniarka. Autorka wiersza nigdy nie leżała w szpitalu, bo zawsze opiekowała się nią jej mama. Ale dziewczynka pięknie napisała, że jeśli kiedyś by leżała w szpitalu to chciałaby, żeby zajmowała się nią taka pielęgniarka, jak jej mama.

Inne opowiadanie to relacja dziewczynki o imieniu Ewa o wypadku samochodowym jej rodziny, udzieleniu jej pomocy przez pielęgniarkę i swoistej więzi, jaka nawiązała się pomiędzy nią a pielęgniarką Izą.

Kolejne opowiadanie mówi o rodzinie królewskiej, której jedna z córek, Beata, postanowiła zostać pielęgniarką, ponieważ bardzo kochała ludzi i pragnęła się nimi opiekować. Pewnego razu król dał zadanie swoim trzem córkom (musiały znaleźć w lesie ukryte przedmioty lekarskie: apteczkę, słuchawki i termometr) i ta, która wykona go najlepiej, miała objąć władzę w królestwie. Beata, dzięki swojemu zawodowi, bez problemu wykonała zadanie i została królową. Ponownie wykształcenie pielęgniarskie pomogło jej w chwili, gdy kraj, którym rządziła opanowała dżuma i zachorowała połowa ludności. Królowa codziennie mierzyła im temperaturę, dawała zastrzyki i bandażowała chore miejsca, a wszyscy ją kochali i przynosili bukiety czerwonych róż.

Następne opowiadanie to relacja z przebiegu własnej choroby, problemów z nią związanych, pobytu w szpitalu za granicą i przyjaźni z pracującą tam polską pielęgniarką. W kolejnej pracy autor stwierdził, że „pielęgniarka - niby proste słowo, a tyle znaczy. Niektórym kojarzy się ono z jakimś nieprzyjemnym badaniem, czy zwyczajnie - białym fartuchem i czepkiem. Dla mnie pielęgniarka kojarzy się z osobą, która codziennie czuwa nade mną, nad moim łóżkiem w szpitalu. Przynosi mi termometr, tabletki, wykonuje zastrzyki, podłącza mi kroplówki - ale nie tylko”. W tej pracy opisano gdzie pracują pielęgniarki, kim się

opiekują i podkreślono, że niezależnie od pogody (czy pada deszcz, czy śnieg, czy jest wichura bądź burza) zawsze docierają do pacjenta.

Jedno z opowiadań to historia dwóch chłopców z Gdańska: Stasia, który mieszkał na ulicy Zdrowej i Jasia, który mieszkał na ulicy Chorej. Obaj wiedzieli, jak cenne jest zdrowie, sami często chorowali i obaj bardzo bali się strzykawki z długą igłą na końcu. Gdy Staś chorował, Jaś przynosił mu lekcje, pomagał w pracy domowej. Gdy Staś zachorował na zapalenie płuc znalazł się w szpitalu, ale nie mógł go tam odwiedzić Jaś. Staś był przerażony nie tylko miejscem, w którym się znalazł, ale także bał się personelu, w tym pielęgniarki. Okazało się jednak, że „nie taki diabeł straszny, jak go malują”, a pielęgniarka okazała się prawdziwym przyjacielem pacjenta.

PODSUMOWANIE

„Inspiracja istnieje, ale musi Cię zastać przy pracy”

Pablo Picasso

Zarówno w wierszach, jak i opowiadaniach dzieci pielęgniarki były przedstawiane jako osoby o łagodnym spojrzeniu, uśmiechnięte, miłe, opiekuńcze i bezinteresowne. To one przygotowują psychicznie pacjentów do trudnych badań, tworzą wokół nich domową atmosferę, pomagają w adaptacji do nowego środowiska szpitalnego, dbają o bezpieczeństwo, opiekują się nimi, podają im leki, zmieniają opatrunki i pomagają w pokonywaniu codziennych szpitalnych trudności.

Dzieci wiedzą też, że pielęgniarki mało zarabiają, nie krytykują pielęgniarek za strajkowanie, a wręcz twierdzą, że nie powinno się o nich mówić niepochwlebnie. Widzą też, że ich praca, trud są niedoceniane, że często pacjenci nie potrafią wydusić z siebie słowa „dziękuję” za ich starania. Pielęgniarki jednak nie gniewają się za to i mimo wszystko rzetelnie pracują.

Dzieci porównują pielęgniarki do mamy, babci, do najlepszego przyjaciela, a za ich trudną pracę chętnie by wręczały im bukiety kwiatów i dziękowały.

Warto na zakończenie podkreślić, że interpretacja treści wierszy/opowiadań nie jest jedyną możliwą [4].

Zawsze trzeba pamiętać, że każdy czytelnik może dany tekst odczytać odmiennie. Przestrzeń interpretacji to bowiem nic innego niż przestrzeń dialogu – między tekstem i

odbiorcą, a w zasadzie pomiędzy różnymi odbiorcami. Takie otwarcie na różne interpretacje to tolerancja dla inności, różnorodności, odmienności doświadczeń i sposobu myślenia. Interpretacja dzieła nigdy się bowiem nie kończy, jest zawsze tylko jedną z możliwych i jest tylko propozycją [4].

PIŚMIENNICTWO

1. Koralewicz D., Kuriata-Kościelniak E.I., Mróz S.: Opinia studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarek w Polsce. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2017; 7(4): 285–292.
2. Kojder E., Zarzycka D.: Wizerunek zawodowy pielęgniarki i jego determinanty. *Pielęgniarstwo XXI w.* 2014; 2(47): 47–52.
3. Leszczyńska M., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Sobolewski M., Kędziora-Kornatowska K., Borzuchowska A.: Opinia pacjentów o jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej na terenie miasta Jasła i jego okolic. *Probl Hig Epidemiol.* 2007; 88(3): 277–285.
4. Biedrzycki K.: Jak przygotować i napisać interpretację? Instytut Badań Edukacyjnych. Entuzjaści Edukacji, Warszawa 2014.

Część II

Znane liderki pielęgniarstwa



Florence Nightingale - matka pielęgniarstwa, pionierka współczesnego pielęgniarstwa

Joanna Romaniuk¹, Matylda Sochoń¹, Magda Popławska¹, Paulina Aniśko^{1,2}

1. Studenckie Koło Wolontariuszy Medycznych, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB
Opiekun SKN - prof. Elżbieta Krajewska-Kułak, mgr Paulina Aniśko
2. Szkoła Doktorska UMB, Doktorant Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

Każdy człowiek w pewnym momencie swojego życia, najczęściej z powodów zdrowotnych staje się opiekunem drugiej osoby. Powyższe stało się prawdopodobnie przesłanką do powstania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza.

Rok 2020, z racji na 200. rocznicą urodzin twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa-Florence Nightingale, został przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek ogłoszony Międzynarodowym Rokiem Pielęgniarek i Położnych.

Postać Florence Nightingale zasługuje na przybliżenie jej sylwetki nie tylko z racji na otrzymane order i odznaki, ale przede wszystkim na wprowadzone przez nią zmiany w dziedzinie pielęgniarstwa.

Florence Nightingale (12.05.1820-13.08.1910) urodziła się w zamożnej, czynnej politycznie rodzinie [1-11]. Młodość spędziła w Londynie, każdego roku latem przebywając w wiejskiej posiadłości w Hampshire. Pochodzenie z bogatej rodziny pozwoliło Florence i jej starszej siostrze Parthenope uzyskać wysokie wykształcenie oraz obycie polityczne i językowe. Obie były kształcone przez guwernantki, a następnie przez ich ojca. Florence studiowała klasyczną grekę i łacinę oraz nowoczesne języki - francuski, niemiecki i włoski, a także historię, gramatykę, filozofię i otrzymała korepetycje z matematyki. To umożliwiło jej zaangażowanie w wielkie sprawy tamtych czasów oraz dało podstawy w działalności naukowej [1-11].

Florencja była obdarzona niezwykłym intelektem oraz charyzmą. Już w wieku 22 lat wyrażała sprzeciw wobec panującym wówczas normom postrzegania kobiet, uważanych jako niezdolne do pełnienia zawodu. Powyższy pogląd wyraziła w roku 1852, w swoim pierwszym dziele: „Cassandra”, w którym uzewnętrzniła swoje spostrzeżenia, opinie i emocje, mające źródło w próbach udaremnienia, przez sprzeciw rodziny (uznawanej w tych czasach za

najwyższą instytucję), pragnienia pomocy innym [1-11]. Dodatkowo swoją frustrację wyraziła przez podanie doświadczeń innych inteligentnych kobiet z połowy XIX w., które według Nightingale nie mogły dzielić się z innymi swoimi spostrzeżeniami, obserwacjami, ograniczeniami, wbrew osobistym chęciom, do nauki. Zjawisko to określiła mianem „zimnej i uciążliwej konwencjonalnej atmosfery” sugerując, iż miało to wpływ na obniżenie stanu psychicznego kobiet. Jej publikacja pozwoliła innym kobietom na refleksję nad ich rolą społeczną, wykształceniem, prawem do życia zgodnie ze swoimi planami. Ewidentnie pozwoliła też na podniesienie świadomości społecznej kobiet oraz pobudziła ich pragnienie do działalności na rzecz osobistego rozwoju [1-11].



Fotografia 1. Florence Nightingale, źródło [4]

W wieku 24 lat ogłosiła, że jej pragnieniem jest zostać pielęgniarką, czym przeraziła swoją rodzinę. Związane to było z faktem, że pielęgniarki w tym okresie rekrutowały się zazwyczaj spośród prostytutek oraz osób z niskich warstw społecznych. Warunki pracy w szpitalach były bowiem tak ciężkie, że angielskie sądy chętnie zamieniały karę więzienia na pracę w szpitalu. Rodzina Nightingale uważała więc, iż żadna szanująca się dama nie powinna wykonywać tak haniebnego zajęcia. Florence była jednak bardzo stanowcza i twierdziła, że

"Bóg przemówił do mnie i powołał mnie do swojej służby", a od roku 1845 zaczęła odwiedzać szpitale oraz inne placówki medyczne, gromadząc informacje na ich temat [4].

W 1850 zdobyła zgodę matki na odbycie w Kaisewerth nad Renem 4- miesięcznego kursu pielęgniarckiego dla diakonis protestanckich, w szpitalu pastora Teodora Fliednera [1-11]. Potem doskonaliła swoje umiejętności, praktykując w kilku szpitalach w Paryżu. Po siedmiu latach, w roku 1852, uzyskała w końcu zgodę rodziców na samodzielne decydowanie o swoim życiu [1-11]. Mimo iż była atrakcyjna, szczupła i zgrabna oraz wbrew woli rodziców i rodzeństwa, postanowiła nie angażować się w związek małżeński uważając, że mogłaby być on ograniczeniem w kształceniu pielęgnowania. Warto w tym miejscu podkreślić, że kobiety tego okresu pełniły wyłącznie funkcję żony oraz matki i nie pracowały. Florence zrezygnowała mimo wszystko z małżeństwa z ukochanym mężczyzną (ostatni list od niego nosiła przy sobie do końca życia) i została w roku 1853 mianowana przełożoną w Zakładzie Opieki dla Chorych Dam w Londynie. Przejęcie tego stanowiska zapoczątkowało pracę Nightingale nad uczynieniem z tej instytucji wzorowego szpitala owych czasów. Swoją opieką objęła także szkolące się pielęgniarki, dbając nie tylko o ich wykształcenie zawodowe, ale także poziom moralny. Tymi działaniami chciała przyciągać do zawodu kobiety o nieposzlakowanym charakterze i reputacji [1-11].

Najbardziej znanym „wyczynem” Florence był udział w wojnie krymskiej [1-11]. Po jednej stronie w wojnie stanęła Rosja, która zaatakowała Turcję, a po drugiej, Wielka Brytania i Francja. Brytyjscy żołnierze, zesłani do Turcji, wkrótce stali się ofiarami cholery i malarii. Na prośbę Sidneya Herberta (brytyjskiego arystokraty i polityka) zorganizowała od podstaw opiekę nad rannymi żołnierzami, zwalczając uprzedzenia i sprzeciwy lekarzy, urzędników i oficerów [1-11]. Po przeczytaniu raportów, które zostały przesłane do Wielkiej Brytanii i stanowiły dowód w sprawie niegodnych warunków higienicznych panujących w szpitalach dla rannych żołnierzy, Nightingale za główny cel postawiła sobie udział w pielęgnowaniu poszkodowanych [1-11].

21 października 1854 roku, wraz z Nightingale, do Imperium Osmańskiego (do szpitala polowego w Scutari, na wschód od Stambułu) wysłano 38 przeszkolonych przez nią pielęgniarek, a Nightingale za własne pieniądze zakupiła potrzebne leki i środki opatrunkowe [1-11]. W roku 1881 napisano o niej : *„Ta wątła młoda kobieta ... otoczyła swoją troską chorych trzech armii”*. Florence obserwując warunki panujące w miejscu leczenia chorych stwierdziła, że są one na bardzo niskim poziomie. Żołnierze chodzili w brudnych, zniszczonych, zakrwawionych mundurach, a ostatni raz kąpali się przed wyjazdem na wojnę. Ranni żołnierze leżeli obok zakaźnie chorych. To wszystko skutkowało masowymi infekcjami

rozprzestrzeniającymi się w bardzo krótkim czasie. Brakowało im koców i pożywienia oraz leków. Zanotowała również brak sprzętu do przetwarzania żywności, co niestety uniemożliwiało przygotowanie posiłków dla chorych. Nightingale podkreślała mocno rolę przepracowanego personelu, który z braku sił z przepracowania, stawał się obojętny w swoich prowadzonych działalnościach. Do tego w całym obozie panował paniczny strach przed cholerą, tyfusem i czerwonką (codziennie umierało kilkadziesiąt osób). Po przybyciu Nightingale z pielęgniarkami wszystko w miarę polepszyło się. Chorzy zostali wykąpani, otrzymali czyste ubrania oraz posiłki i dzięki temu mogli szybciej wracać do zdrowia. Nightingale zwracała także uwagę nie tylko na potrzeby sanitarne, czy medyczne, ale również psychologiczne. W związku z tym pielęgniarki wspierały żołnierzy, pomagając im np. pisać listy do bliskich, organizując zajęcia rekreacyjne. Była jednak świadoma, iż żadna doraźna pomoc, którą zapewnia tam na miejscu nie wystarczy. Potrzebne były kompleksowe zmiany szkolenia pielęgniarek oraz uświadomienie brytyjskiego społeczeństwa, jak wygląda wojna [4-20].

Efektem zaobserwowanych warunków pracy było wysłanie przez Nightingale do The Times opisu, jak brytyjski rząd i armia traktuje swoich własnych żołnierzy oraz apelu dotyczącego konieczności poprawy warunków i stanu aparatury medycznej przez rząd [4,6]. W roku 1856 napisała - „*Stoję przy ołtarzu zabitych ludzi i póki żyję, będę za nich walczyć*”. Nie zgodziła się też z wynikiem pierwszego śledztwa, którego efektem było stwierdzenie, że nikt nie ponosił winy. Dzięki poparciu premiera i królowej Wiktorii, łatwiej jej było oskarżać wysokich rangą sekretarzy Ministerstwa Wojny o fatalne przygotowanie wyprawy oraz umożliwiło zaproponowanie szeregu zmian. Ostatecznie niestety ministerstwo odrzuciło większość propozycji Florence, ale na szczęście wprowadziło także kilka istotnych reform zmierzających do poprawy warunków sanitarnych w koszarach i szpitalach [4,6]. W rezultacie został zbudowany Szpital Renkioi. Zdaniem brytyjskiego chirurga Stephen’a Paget’a, Nightingale poprzez zainicjowanie i przeprowadzenie procesu poprawy higieny oraz wezwanie Komisji Sanitarnej, przyczyniła się do zmniejszenia śmiertelności z 46% do 2%. Historycy, np. w Encyklopedii Britannica zaznaczają jednak, że te dane nie są prawdziwe, bowiem w rzeczywistości śmiertelność była wyższa, a rząd zatajał te informacje przed opinią publiczną, hojnie wspierającą fundusz pomocy medycznej dla żołnierzy. Nightingale w szpitalu, w którym pracowała wdrożyła mycie rąk oraz inne praktyki higieniczne. Powyższe także zastosowała po powrocie do Wielkiej Brytanii [4,6].

Podczas służby w czasie wojny, osobiście odwiedzała każdego pacjenta i notowała zmiany w stanie zdrowia [4,6]. W pracy odznaczała się heroiczną cierpliwością oraz

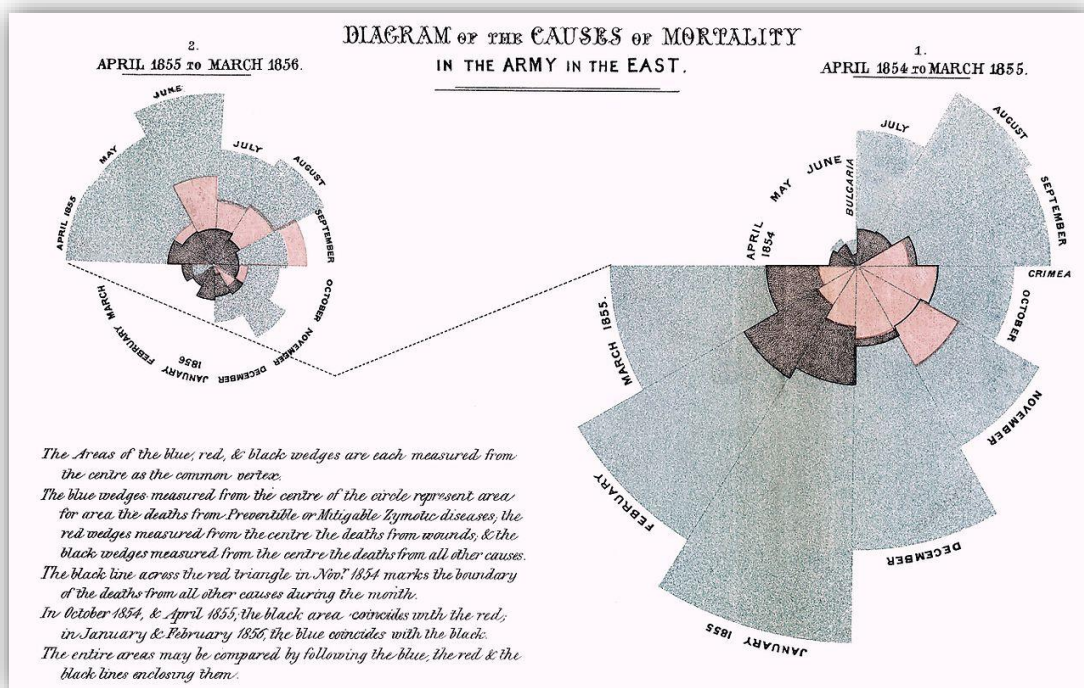
wytrwałością. Często zdarzało się jej, że pracowała nawet po 20 godzin bez przerwy. Ze względu na późną porę, w jakiej prowadziła swoje obchody, używała w trakcie chodzenia lampy naftowej. Swój przydomek „*Lady with the lamp*” – „Dama z Lampą”, nadany jej przez pacjentów, zawdzięcza właśnie samotnej nocnej służbie, kiedy przechodząc od jednego żołnierza do drugiego i służąc im pomocą przy podawaniu leków, czy spożywaniu posiłków, niosła w ręku lampę naftową, będącą jedynym źródłem światła. Lampa w późniejszych latach stała się jednym z symboli pielęgniarstwa, oznaczając opiekę pielęgniarską, niezawodność, życzliwość oraz ciepło, czyli takie cechy, które powinna posiadać każda pielęgniarka. Nightingale zyskała wielki szacunek brytyjskich żołnierzy i coraz częściej wymieniano jej nazwisko oraz nazywano bohaterką i „Aniołem z Krymu” [4,6,7,8].



Fotografia 2. Lady with the lamp, źródło [4]

Nightingale swoje spostrzeżenia podczas pobytu w Imperium Osmańskim zwizualizowała, używając do tego diagramu, zwanego Różą Nightingale [4, 12,20]. Twierdziła,

że „Aby zrozumieć myśli Boga, musimy się uczyć statystyki, gdyż jest ona miarą jego zamysłów”. Miał on uzmysłowić urzędnikom i wojskowym, jak ogromne straty są ponoszone przez niskie standardy szpitali polowych. „Grzebień koguta” (ang. *coxccomb*), jak sama często je nazywała, miały wpłynąć na wyobraźnię rządzących właśnie poprzez graficzne przedstawienie problemu. Wykres ten nazywa się także *polar area diagram*. Diagram składał się z dwunastu części i każda z nich odpowiadała konkretnemu miesiącowi w roku. W celu zachowania ich odpowiedniej wielkości, każdy z wycinków wynosił równo 30° (360° podzielone na 12 miesięcy). W odróżnieniu od klasycznych wykresów kołowych, wycinki miały więc taki sam kąt, a ocena wartości liczbowych odbywała się na podstawie pola powierzchni (nie na podstawie długości promienia). Niebieskim kolorem (z upływem czasu bardziej wygląda na szary) oznaczała ilość zgonów spowodowanych zaniechaniami higienicznymi, czerwonym - zgonów od ran wojennych, a czarnym - inne czynniki, wpływające na liczbę zgonów. Tak przygotowany wykres pozwolił jej na liczne porównania – nie jest to bowiem wykres skumulowany, a nakładający się. Dzięki swojej budowie wykres pokazał, że większość żołnierzy ginęła w kilka miesięcy po eskalacji działań wojennych, mimo iż dało się temu częściowo zapobiec. Swoich diagramów używała w raportach z wojny krymskiej doprowadzając tym samym do sanitarnej rewolucji [4,12,20].



Rycina 1. Schemat Florence Nightingale przyczyn śmiertelności w armii na wschodzie”, źródło [4]

W Turcji Florence nabawiła się tzw. „gorączki krymskiej”, z której nigdy w pełni nie wyzdrowiała [4]. Do Anglii wróciła po wojnie pod przybranym nazwiskiem. Była załamana faktem, że pomimo jej wysiłków nie udało jej się powstrzymać wysokiej śmiertelności spowodowanej chorobami zakaźnymi. Później została ekspertem Armii Brytyjskiej ds. wojskowej służby pielęgniarstwa [4].

Florence Nightingale aktywnie wspierała swoją wiedzą i doświadczeniem nie tylko brytyjską armię [12]. W latach 1858-1859 wspierała działania zmierzające do powstania Królewskiej Komisji do spraw sytuacji w Indiach. W późniejszych latach opracowała dla niej raport statystyczny warunków sanitarnych w tym kraju oraz zainicjowała wprowadzanie reform w tamtejszym „systemie sanitarnym”. Po 10 latach od rozpoczęcia prac przez Florence, opublikowano raport wskazujący jasno, że w regionach objętych jej reformami śmiertelność spadła o ok. 70%. Swoje poglądy odnośnie stanu sanitarnego systematycznie kierowała do różnych państw, w tym także Polski. Sytuacji w Polsce poświęcony był list z 1863 roku krytykujący panujące wówczas mocarstwo rosyjskie. Przekazała także 10 funtów na fundusz ofiar i chorych powstania styczniowego oraz wyraziła swoją nadzieję na uwolnienie się Polaków spod panowania „tyrana” [12].

Po powrocie z wojny krymskiej, następnym krokiem w działalności naukowej Nightingale (dziś najbardziej znanym), stał się *„Notes of nursing: What is it and what is not”* (1859) - uwagi o pielęgniarstwie, czym ono jest, a czym nie oraz *„Notes on Nursing for the Labouring Classes”* (1861) - uwagi o pielęgniarstwie dla położnych. Zawierały one definicje metod i sposobów pielęgnacji chorych i położnic, a napisane były bardzo prostym językiem, tak aby były zrozumiałe nawet dla słabo wyedukowanych kobiet. *„Notes of Nursing”* do tej pory jest uważany za pierwszy podręcznik uczący pielęgniarstwa, za wpływowe dzieło na temat pielęgniarstwa na świecie oraz początek powstawania pielęgniarki/pielęgniara jako zawodu [4,13,14,15]. Warto w tym miejscu przytoczyć słowa dr Victora Skretkowicza na temat opublikowanej pracy Nightingale *„Praca ta będzie bardzo użyteczna i interesująca zarówno dla uczonych, historyków pielęgniarstwa, teoretyków pielęgniarstwa, jak i miłośników Nightingale. Posiada znakomicie zaprezentowane tło historyczne. Zawiera on komentarze znanych na całym świecie pedagogów/historyków pielęgniarek. Zawiera ona również notatki na temat opieki nad klasami pracującymi oraz dziećmi ”*. Sama Florence już w przedmowie pracy wspomina *„Poniższe uwagi nie są w zamierzeniu regułą, według której pielęgniarki mogą uczyć się pielęgniarstwa, lecz nadal niewystarczające, by być podręcznikiem do nauczania pielęgniarek”* [4,6,13,14,15].

Poprzez opublikowanie „Notes of Nursing” możliwe było poszerzenie wiedzy osób niepracujących jako służby medyczne [4,6,13,14,15]. Z racji na przeważające uczestnictwo w tym zajęciu kobiet, pisała do nich, iż „*Każda kobieta musi czasami stać się pielęgniarką*”. Bardzo chciała, aby opisane działania miały zastosowanie w lepszej nieprofesjonalnej opiece prowadzonej przez osoby za to odpowiedzialne [4,6,17].

W 1859 roku Nightingale została wybrana jako pierwsza kobieta na członka Royal Statistical Society (Królewskie Stowarzyszenie Statystyczne) oraz została honorowym członkiem American Statistical Association (Amerykańskiego Stowarzyszenia Statystycznego) [4].

Dzięki publicznej świadomości potrzeby pracy Florence Nightingale, nie miała ona większych problemów z pozyskaniem środków na budowę pierwszej szkoły pielęgniarstwa – The Nightingale Training School (Londyn, 1860) [4].



Fotografia 3. Florence Nightingale (w środku) w roku 1886 wraz z absolwentkami pielęgniarstwa z St Thomas 'przed Claydon House, Buckinghamshire, źródło [4]

Jej szkoła stała się wzorem dla kolejnych świeckich placówek kształcących pielęgniarki na całym świecie i wkrótce podobne szkoły, które zaczęły szkolić profesjonalne pielęgniarki, także w innych częściach Wysp Brytyjskich oraz w USA, Kanadzie czy Australii. Nightingale nie tylko sformalizowała zawód pielęgniarki, ale stworzyła również szansę na godną szacunku i dobrze opłacaną pracę kobietom, które chciały pomagać chorym. Nie kierowała szkołą

osobiście, ale czuwała, aby kształcenie odbywało się ściśle wg jej zaleceń i programu, a dwie najważniejsze zasady funkcjonowania szkoły brzmiały: „1. *Pielęgniarki powinny być technicznie wyszkolone w specjalnie do tego celu zorganizowanych szpitalach*; 2. *Pielęgniarki powinny mieszkać w internatach, aby można było czuwać nad ich moralnością i karnością*”. Przez wiele lat szkoła nie wydawała absolwentkom żadnych świadectw, a jedynie zapisywano ich nazwiska w specjalnym wykazie, co zdaniem Nightingale miało "w razie złego prowadzenia się" - zapobiegać nadużywaniu dyplomu [4,6].

Florence Nightingale po wydaniu, w roku 1861, publikacji pt. *"Notes on Nursing for the Labouring Classes"*, zaczęła nauczać Linda'e Richards, która została "Pierwszą Wyszkoloną Amerykańską Pielęgniarką" [16]. Jej obserwacje i uwagi dotyczące sprawowania opieki nad chorymi do dziś są podstawowymi zasadami pielęgniarstwa. To właśnie Nightingale jako pierwsza opisała, jak planować opiekę, jak ważny jest sen i odpowiednia dieta w procesie zdrowienia oraz jak rozmawiać z pacjentami. Dzięki temu, po powrocie do Stanów Zjednoczonych, mogła przekazywać wiedzę, którą zdobyła poprzez nauki Nightingale w założonej przez nią szkole pielęgniarstwa na wysokim poziomie. W późniejszym czasie Richards stała się pionierką także w Japonii [9].

Choroba Nightingale, na którą prawie umarła podczas wojny, nie przeszkodziła jej w edukowaniu innych oraz pisaniu swoich prac [15,17]. Pomimo tego, że doskwierała jej choroba, skupiała się na robieniu projektów, które miały największy wpływ na ratowanie ludzkiego życia. W swojej publikacji z roku 1871 pt. *"Introductory Notes on Lying-In Institutions"*, przedstawiła podstawowe statystyki związane z położeniem, ale także zaproponowała organizację pracy położnych. Była to kolejna publikacja Florence, która bardzo pomogła w podniesieniu poziomu opieki sprawowanej nad kobietami. Jednakże na samym początku pracy zaznaczyła, że zważywszy na okoliczności i własną chorobę, praca jest jedynie zbiorem rzeczy, który ma nadzieję inni będą modyfikować i dodawać nowe pomysły organizacji pracy przy kobietach w położu [15,17]. W swojej pracy Nightingale na wstępie wskazała najczęstsze przyczyny zgonów u kobiet w położu. Ku jej zdziwieniu okazało się, że krwotok nie odgrywał głównej roli w statystykach śmiertelności, za to przyczyną największej ilości zgonów była gorączka związana z położeniem. W swojej publikacji Nightingale odwołała się do pracy Dr. Matthews'a Duncan'a pt. *"Mortality of Childbed and Maternity Hospital"* (1870), w której autorzy porównywali wskaźnik śmiertelności w położach po porodach odbywających się w szpitalu, jak i tych, które odbywały się w domach. Połogi, które przebiegały na oddziałach położniczych miały mniejszy wskaźnik śmiertelności, niż połóg odbywany w domu. Także warunki sanitarne na oddziale, czy w szpitalu ewidentnie wpływały na śmiertelność podczas

połogu oraz czas, który kobieta spędziła przed i po porodzie na oddziale. Przybliżony wskaźnik umieralności w roku 1867 to 5,1 na 1000, a wskaźnik przez 13 lat – także miał podobną wartość. Nightingale wysnuła tezę, iż warunki na oddziale mają bardzo duży wpływ na umieralność. Na następnych stronach swojej pracy porównywała budowę, ilość łóżek, zaopatrzenie oddziałów dla kobiet w położu w różnych szpitalach m.in. Szpitalu Królowej Charlotte, Szpitalu w Paryżu „*Hospital de la Clinique Paris*” oraz budynku, w którym szkoliły się przyszłe położne „*King's College Hospital*”. Porównywanie planów oddziałów położniczych w różnych szpitalach ze wskaźnikami umieralności nasunęło jej jeden ważny wniosek. Pomimo tego, że niektóre szpitale były nowocześniejsze, to i tak nie obniżało to wskaźnika umieralności, co sugerowało, że nie tylko nowoczesna struktura budynków i wyposażenie mają wpływ na umieralność, ale przede wszystkim zdroworozsądkowe podejście do pacjentek i zarządzanie całym oddziałem w mądry sposób [15,17]. Nightingale zauważyła także, że wpływ czasu spędzonego na oddziale ma wpływ na wskaźnik umieralności wśród kobiet w położu. Porównywała również umieralność w szpitalach, które dawały schronienie dla bezdomnych kobiet ciężarnych lub w położu na tak długo, jak mogą oraz w szpitalach wojskowych, które wypisywały kobiety tak szybko, jak mogły. W pierwszym przypadku umieralność była wysoka, a w drugim niższa, co według niej sugerowało zależność materialną, a nie zależność z umieralnością. Tłumaczyła to tym, że kobiety przebywające na oddziale dłużej, to i także bezdomne kobiety umierające częściej z powodów związanych z położem [11].

Florence Nightingale podsumowała wszystkie swoje dotychczasowe notatki i fakty w jedną całość i z tego stworzyła wzór „dokumentacji” na oddział, gdzie uczące się położne miały mieć dobre warunki do nauki, a przy tym umieralność kobiet byłaby niska. Wymieniła w niej liczbę najpotrzebniejszych przedmiotów, wyposażenie poszczególnych pokoi, ale także rzeczy, które wpływałyby na komfort pacjentki np. widok na okno. Wspomniała także, zgodnie z przekonaniem, że *„Mądre i humanitarne zarządzanie pacjentem jest najlepszą ochroną przed infekcją”*, o dobrym zarządzaniu w kilku regułach [11]:

- Pierwsza reguła – dotyczyła stworzenia dodatkowego pawilonu z około 8- łózkami, aby mogła przebiegać swobodna rotacja w razie sprzątnia
- Druga ważna zasada dobrego zarządzania polegała na tym, aby szybko wyłapywać i leczyć nowo powstające choroby lub zakażenia na takim oddziale, ponieważ może to zagrażać matce w położu lub nowo narodzonemu dziecku.
- Trzecią bardziej skomplikowaną zasadą było to, aby pacjentkę przemieszczać do wskazanych oddziałów według podanego schematu. Pierwsze około 7-8 godzin kobieta

powinna przebywać na oddziale porodowym, a dopiero potem zostać przeniesiona na oddział dla kobiet z połogiem i po porodzie. Po około 5-6 dniach powinna być przetransportowana na oddział rekonwalescencji i spędzić tam następne 10 dni. Zasada ta jest bardzo ważna, aby kobiety, które rodziły, były z kobietami, które rodzą. Są wyjątki, że kobieta po porodzie jest bardzo wyczerpana i wtedy powinna trafić na tzw. oddział przyłączony do oddziału porodowego. Florence wymieniła także personel, który powinien znajdować się na standardowym oddziale z około 40. łózkami. Na samym końcu przedstawiła kilka planów wzorcowych organizacji oddziału położniczego, na którym także miały być nauczane nowe położne. Zaznaczyła jednak, że jest to tylko przykład tego, jak mogłyby takie oddziały wyglądać.



Fotografia 4. Grób Florence Nightingale na przykościelnym kościele St Margaret's Church, East Wellow, Hampshire, źródło [4]

W 1883 roku Florence Nightingale, jako pierwsza uzyskała odznaczenie wojskowe “Royal Red Cross” [17,18,19].

Kiedy osiągnęła wiek 70 lat kontynuowała pisanie swoich prac i raportów. Jej stan zdrowia nie bardzo pozwalał na zbyt intensywną pracę, ale nie poddawała się i z pomocą różnych osób dawała radę [17,18,19].

W roku 1907 otrzymała odznaczenie Orderu Zasługi, tym samym będąc pierwszą kobietą, która go zdobyła [17,18,19].

Ostatnie lata życia spędziła u boku bliskich przyjaciółek (które też były pielęgniarkami) i krewnych. Zmarła 13 sierpnia 1910 roku, pochowano ją na cmentarzu przy Kościele Św. Małgorzaty w Wellow [17,18,19].

Do 2002 roku była jedyną kobietą, której wizerunek widniał na brytyjskich banknotach (10 funtowych).

Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża, w roku 1912 ustanowił Medal Florence Nightingale, będący prestiżowym odznaczeniem, przyznawanym zasłużonym pielęgniarkom z całego świata [21].



Rycina 2. Medal Florence Nightingale

Medal przyznawany jest m.in. za wyjątkową odwagę i poświęcenie się niepełnosprawnym, chorym, rannym lub cywilnym ofiarom kataklizmów, wojny lub w czasie pokoju oraz za wzorową i przykładową służbę lub twórcze i pionierskie idea w dziedzinie zdrowia publicznego i nauczania pielęgniarstwa. Medal może być również przyznany pośmiertnie, jeżeli osoba predysponująca do jego otrzymania zginęła podczas pełnienia obowiązków. Medale przyznawane są co dwa lata, za każdym razem może być przyznanych najwyżej 50 medali. Pierwszą Polką, która go otrzymała była Maria Tarnowska (1923) [21].

Do dnia dzisiejszego, każda nowo powołana pielęgniarka składa „przysięgę Nightingale”, a dzień jej urodzin ustanowiono Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki.

PIŚMIENNICTWO

1. <https://www.medexpress.pl/who-rok-2020-rokiem-pielegniarek-i-poloznych/75927>, (data dostępu 31.03.2020).
2. <https://www.isbzdrowie.pl/2020/01/rok-2020-rokiem-pielegniarek-i-poloznych/>, (data dostępu 31.03.2020).
3. Nightingale F.: Cassandra: An Essay. The Feminist Press at CUNY, 1993.
4. https://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale, (data dostępu 31.03.2020).
5. Calabria M.D., Macrae J.A.: Suggestions for Thought by Florence Nightingale: Selections and Commentaries, Florence Nightingale. University of Pennsylvania Press, 1994.
6. Attewell A.: Florence Nightingale (1820-1910), Prospects 1998; 28 (1): 153-166.
7. <http://www.gci.org/CO/ladylamp>, (data dostępu 31.03.2020).
8. <http://www.pioneerassociation.ie/index.php/pioneer-magazine/154-december2010article>, (data dostępu 31.03.2020).
9. http://www.bbc.co.uk/history/british/victorians/nightingale_01.shtml, (data dostępu 31.03.2020).
10. Felder D.G.: 100 kobiet, które miały największy wpływ na dzieje ludzkości, tłum. Maciej Świerkocki. Wyd. Świat Książki, Warszawa 1998.
11. Donimirski A.: Niezwykłe kobiety w dziejach. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1988.
12. <https://skuteczneraporty.pl/blog/roza-nightingale-jeden-wykres-ktory-uratowal-tysiace-ludzi-i-zmienil-historie/>, (data dostępu 31.03.2020).

13. Nightingale F.: Notes on Nursing for the Labouring Classes - Scholar's Choice Edition. Creative Media Partners, LLC, 2015.
14. Nightingale F. „Notes of nursing- what it is, what it is not”. Dover Publications, New York, Mineola, USA 1970.
15. Nightingale F.: Introductory Notes on Lying-in Institutions: Together with a Proposal for organising an Institution for training midwives and midwifery Nurses. Adamant Media Corporation 2004.
16. Richards L.: Reminiscences of Linda Richards. Whitcomb & Barrows, Boston 2015.
17. McDonald L.: Florence Nightingale on Women, Medicine, Midwifery and Prostitution. Wilfrid Laurier University Press 2005.
18. Miss Nightingale Dies, Aged Ninety". The New York Times. 15 August 1910. Retrieved 21 July 2007, <https://archive.nytimes.com/www.nytimes.com/learning/general/onthisday/bday/0512.html>, (data dostępu 31.03.2020).
19. "No. 27677". The London Gazette. 17 May 1904. p. 3185., https://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale, data pobrania 31.03.2020.
20. Straus E.W., Straus A.: 100 największych osiągnięć medycznych. Wyd. Świat Książki, Warszawa 2009.
21. https://pl.wikipedia.org/wiki/Medal_Florence_Nightingale, (data dostępu 31.03.2020).

W tym przybytku cierpienia ta lampa Pani się pali ... - w dwusetną rocznicę urodzin Florencji Nightingale (1820-1910)

Halina Kulik¹, Józefa Dąbek³, Agnieszka Mazanek³

1. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra Pielęgniarstwa Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa
2. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra i Klinika Kardiologii
3. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

*Spójrz! W tym przybytku cierpienia
ta lampa Pani się pali,
A Ona cicho w półcieniu
Z sali przechodzi do sali.*

*Zwolna, jak w sennym marzeniu
Do cienia, na ścianę co pada
Chory się zwraca w milczeniu
I z czcią swe wargi przykładą*

H. W. Longfellow (1807-1882) poeta amerykański

WPROWADZENIE

Od najdawniejszych czasów fundamentalnym mechanizmem trwania i rozwoju jednostek i grup społecznych były działania związane z utrzymaniem życia oraz zachowaniem i przywracaniem zdrowia. Obejmowały szereg aktywności związanych z samopielęgnacją i samoopieką, jak również z opieką wzajemną oraz troszczeniem się o innych. Impulsem do ich podejmowania były głównie pobudki utilitarne, współczucie i miłość.

Zanim pielęgnowanie stało się zawodem w dzisiejszym tego słowa znaczeniu, przeszło

długą drogę kształtowania się, obejmując różne formy opieki nad chorymi. Z perspektywy czasu skłonni jesteśmy niestety nie doceniać osiągnięć wcześniejszych epok, jak również przyświecających im wartości i idei. Od zarania dziejów kluczową rolę w leczeniu oraz pielęgnowaniu odgrywały kobiety [1]. Również obecnie zawód pielęgniarki należy do zawodów najbardziej sfeminizowanych. Należy jednak pamiętać, że przez stulecia opiekę nad chorymi sprawowali głównie mężczyźni, a leczenie było obszarem zarezerwowanym wyłącznie dla nich.

Aż do połowy XIX wieku pielęgniarstwo nie było wydzieloną dziedziną działalności społeczno-zawodowej. Oczekiwania wobec osób zajmujących się pielęgnowaniem chorych, jak również ich pozycja społeczna, były zróżnicowane kulturowo i uwarunkowane poziomem rozwoju danego społeczeństwa.

Już w okresie starożytności niektóre cywilizacje wyróżniały się wysokim poziomem wiedzy medycznej i rozwojem instytucjonalnych form opieki nad chorymi [2-8]. Jeszcze dzisiaj starożytne hinduskie szpitale zadziwiają lokalizacją, rozwiązaniami architektonicznymi i organizacyjnymi, jak również holistyczną opieką lekarską oraz pielęgniarzką [8].

Już w I w. n. e. Charaka, jeden z najwybitniejszych hinduskich lekarzy w takich oto słowach podsumował wymagania stawiane osobom zajmującym się pielęgnowaniem chorych w szpitalach: *„Trzeba zapewnić dozorców odznaczających się dobrym zachowaniem, czystością obyczajów i przydzielić ich do tych chorych, do których zostali zaangażowani. Dozorcy winni charakteryzować się szeroką wiedzą i różnorodnymi umiejętnościami, uprzejmością i sprawnością w wykonywaniu wszystkich usług - niezbędnych dla chorego, a także ogólną mądrością. Winni umieć przygotowywać jedzenie i przyprawy, umieć kąpać i myć chorego, a także nacierać i masować kończyny, asystować w czasie chodzenia, umieć dobrze ścielić łóżko i zmieniać bieliznę pościelową chorego, a także utrzymywać je w czystości, umieć proszkować i właściwie łączyć poszczególne składniki leków, cechować się cierpliwością i umiejętnie pomagać temu, kto cierpi, nigdy nie odmawiać wykonywania poleceń otrzymywanych od lekarza i pacjenta. Szpital powinien także zapewnić pewną liczbę mężczyzn sprawnych w muzyce, tj. takich, którzy umieją grać i śpiewać, wprawnych w śpiewaniu hymnów i recytowaniu wierszy, opowiadaniu historii i legend, umiejących odczytywać z wyrazu twarzy pacjenta czego potrzebuje, akceptowanych i lubianych przez niego, w pełni zdolnych do wykonywania wszystkiego we właściwym czasie i miejscu, towarzyskich, uprzejmych i miłych”* [8].

Zorganizowane formy opieki nad chorymi spotykamy również w starożytnym Egipcie, Grecji i Rzymie. Przyswiałynne Egipskie *Domy życia*, pełniące funkcje diagnostyczne, terapeutyczne i dydaktyczne, były pierwowzorami współczesnych klinik. Egipska armia również posiadała swoje szpitale polowe, sanitariuszy i lekarzy. Greckie świątynie Asklepiosa, zwane *asklepiejonami* były zarówno miejscem kultu, jak i opieki medycznej sprawowanej przez kapłanów i kapłanki. Były tam również wydzielone specjalne pomieszczenia, w których przebywali chorzy i ozdrowieńcy. Z czasem medycyną zajmowały się również osoby świeckie, które w swoich warsztatach medycznych nazywanych *iatreiami* z powodzeniem stosowały zarówno zachowawcze, jak i operacyjne metody leczenia [2-7].

Pierwszymi w historii obiektami o typowym charakterze szpitalnym były rzymskie *valetudinaria* powstałe około pierwszego wieku naszej ery, przeznaczone dla rannych i chorych żołnierzy. Warto podkreślić, że obok wspomnianych placówek funkcjonowały również *infirmarie* przeznaczone dla chorych bądź niezdolnych już do pracy niewolników [2-6].

W Europie olbrzymi wpływ na rozwój szpitalnictwa wywarła idea chrześcijańskiego humanitaryzmu oparta na miłości bliźniego i miłosierdziu, z której wywodzi się samarytańskie „pochylanie się” nad człowiekiem cierpiącym i potrzebującym pomocy, a więc chorym i niepełnosprawnym. Powstające od IV wieku n. e. przytulki służyły różnym grupom społecznym, a w okresie późniejszym znane były pod wspólną nazwą *domus hospitalis*. Warto podkreślić, że wymienione placówki miały charakter przytułkowy i nie należy utożsamiać ich z instytucjami leczniczymi. Istotą średniowiecznej hospitalizacji była przede wszystkim katechizacja podopiecznego i dopilnowanie przestrzegania przez niego praktyk religijnych [2,5,6].

Z rozwojem ruchów religijnych związane były początki zgromadzeń, których celem była opieka nad potrzebującymi pomocy, w tym przede wszystkim chorymi i niepełnosprawnymi. Do dnia dzisiejszego określa się pielęgniarkę mianem „siostry”, co jest wyraźnym śladem tradycji zakonnych.

Jak pisała Maria Minczewska (1922-1980), pielęgniarka, pedagog i działaczka społeczna, po wiekach pielęgniarstwa „z poświęcenia i miłości bliźniego” *nadszedł wreszcie czas pielęgniarstwa zawodowego opartego na wiedzy naukowej* [9]. W obecnych czasach „pielęgniarka” – jest samodzielnym zawodem, w ramach którego realizowanych jest szereg zadań w zakresie opieki nad zdrowiem jednostki i grup społecznych. Zawód ten zaliczany jest do grupy zawodów określanых mianem szczególnego „zaufania społecznego”, stąd jego

wysoka społeczna użyteczność i wysokie oczekiwania społeczne. Wymienione cechy zawodu, jak również autonomiczność zawodowa, wymagają od jego wykonawców nie tylko wysokich kompetencji zawodowych, wiedzy i umiejętności, ale również wysokiego poziomu wartości moralnych i etycznych.

CEL PRACY

Celem pracy było przypomnienie historii życia Florencji Nightingale (1820-1910), pionierki zawodowego i naukowego pielęgniarstwa z okazji przypadającej w bieżącym roku dwusetnej rocznicy jej urodzin.

OMÓWIENIE

O poprawę losu chorych i cierpiących zabiegała niezliczona rzesza ludzi. Do grona nielicznych, którzy pozostawili po sobie trwałe, niezatarte ślady należała bez wątpienia F. Nightingale, panna z dobrego domu, która w połowie XIX wieku łamiąc odwieczne stereotypy postanowiła w profesjonalny sposób zająć się opieką nad chorymi przebywającymi w szpitalach.

Jej inteligencja, niezwykła osobowość i determinacja w dążeniu do celu pozwoliły nie tylko na zdefiniowanie profesjonalnego pielęgnowania i pielęgniarstwa, ale również wyznaczyły drogę rozwoju zawodowego i nauki.

Urodziła się 12 maja 1820 roku we Florencji w zamożnej arystokratycznej, angielskiej rodzinie [1,7,9,10,11]. Imię otrzymała w nawiązaniu do miejsca urodzenia, podobnie jak jej siostra Frances Parthenope Verney (1819-1890), dziennikarka i pisarka, która urodziła się w Neapolu, a nadano jej imię: Parthenope (to stara, grecka nazwa wymienionego miasta).

Rodzice Florencji wiele podróżowali. Posiadali kilka majątków, najczęściej jednak przebywali na wsi w majątku Lea-Hurst. Głowa rodu, Wiliam, Edward Shore Nightingale (1794-1874) był człowiekiem wykształconym o szerokich postępowych poglądach społecznych. Obie córki otrzymały więc staranne wychowanie i wykształcenie w dziedzinie historii, matematyki i nauk przyrodniczych, znacznie przewyższające swoim poziomem dostępne wówczas kobietom w Anglii wykształcenie.

Warto w tym miejscu podkreślić, że od najdawniejszych czasów kształcenie kobiet było kwestią lekceważoną i zaniedbywaną. Stosunek mężczyzn do sprawy kształcenia kobiet

bardzo trafnie ujął w 1623 roku francuski jezuita Franois Garasse (1585-1631), który w swojej antylibertyńskiej summie przestrzegał, by kobiety trzymać z dala od źródeł wiedzy, ponieważ „*kobieta uczona to coś okropniejszego niż brodata*” [12]. Zdarzało się, że dziewczęta pragnące się kształcić podejmowały naukę w przebraniu męskim. Doskonałym przykładem jest legendarna Nawojka, Polka, która w 1407 roku w taki właśnie sposób, wbrew obowiązującym od stuleci normom społecznym, obyczajom oraz tradycji podjęła naukę na Uniwersytecie Jagiellońskim. Trudno dziś uwierzyć, że w tamtych czasach był to czyn haniebny, za który groził najwyższy wymiar kary – spalenie na stosie. Legenda głosi, że Nawojka była bardzo pracowitym i sumiennym studentem, jednak kiedy proceder został zdemaskowany groziło jej spalenie na stosie. Dzięki wstawiennictwu kolegów studentów sąd kościelny darował jej jednak życie, zamieniając karę śmierci na dożywotni pobyt w klasztorze, gdzie nieposłuszna niewiasta miała odpokutować swój brak pokory wobec Stwórcy i natury.

Przez długie stulecia panowało przekonanie, że kształcenie wpływa szkodliwie na organizm kobiety. Powszechna była również opinia, że kobieta nie jest w stanie dobrze opanować jakiegokolwiek dziedziny nauki, wypełniając jednocześnie, zgodnie z oczekiwaniami społecznymi, przypisane jej role żony i matki.

W połowie XIX wieku Karol Libelt (1807-1875), polski filozof, działacz społeczny i polityk pisał: „*Są pewne rzeczy, które jak dwa kawałki drzewa potrzebnie nieociosane, żadną miarą do siebie nie przystają, jakkolwiekbyś je obracał. Taką parą wyrazów jest przymiotnik „uczony” i rzeczownik „kobieta*” [13].

W 1892 roku wybitny brytyjski lekarz psychiatra J. Crichton-Browne opublikował na łamach ukazującego się do dnia dzisiejszego prestiżowego czasopisma medycznego „British Medical Journal” artykuł, w którym opisał nowe zaburzenie psychiczne o nazwie Anorexia scholastica, występujące wyłącznie u kobiet wykształconych [14]. W opinii uczonego przyczyną choroby była nadmierna edukacja. Choroba była nieuleczalna i kończyła się śmiercią. Objawiała się różnorodnie: od silnych bólów głowy, utraty masy ciała i utraty moralności, poprzez neurozy, lunatyzm i epilepsję, aż do śpiączki włącznie. Co ciekawe, jej istnienie potwierdzali inni uczeni, zgodnie ograniczając rolę kobiety do funkcji prokreacyjnej, a obszar jej działalności - do domu i jego otoczenia. J. P. Mobius starał się udowodnić niedorozwój umysłowy kobiety, podkreślając, że jest on z jednej strony faktem, ale także koniecznością i zarazem fizjologicznym postulatem. Z przekonaniem powtarzał, że „...*od kobiety nie powinno się wymagać więcej, jak tylko aby była „zdrowa i głupia*” [15]. Twierdził

również, że mózg kobiety jest słabiej rozwinięty niż mężczyzny i szybciej traci swoje funkcje, a „nadmierna czynność mózgu nie tylko kobietę przeinacza, ale również czyni ją chorą”[15].

Tym większy ukłon należy złożyć rodzicom Florencji, którzy pomimo tego typu poglądów i obowiązującego wówczas modelu wychowywania dziewcząt, nie zabraniali córkom nauki.

Obie siostry biegle posługiwały się kilkoma językami, m. in. francuskim, niemieckim i włoskim, a Florencja „grecki i łacinę poznała tak dobrze, że przez całe życie czytała Platona w oryginale” /.../ „Toteż nic dziwnego, że od chwili wejścia w tak zwany „świat” Florencja zdobyła sobie w nim wielkie powodzenie. Utalentowana, pełna wdzięku i uroku była równie podziwiana na balach, jak darzona przyjaźnią i chętnie widziana w sferze najwyższej inteligencji angielskiej” [10].

Życie panny z dobrego, arystokratycznego rodu było niezwykle barwne, pełne zabaw, podróży i radości. Otaczali ją dobrze urodzeni gentlemani, zainteresowani poślubieniem jej i założeniem rodziny. Ona jednak wybrała inną drogę życiową. Niezwykle wrażliwa osobowość i wewnętrzna potrzeba sprawiły, że zainteresowała się losem najbiedniejszych, chorych i niepełnosprawnych. Powołanie swoje, jak sama pisała, odczuwała już od dzieciństwa:

„Myśli i uczucia, które mam teraz, istniały we mnie zawsze od chwili, kiedy miałam sześć lat. Jakiś zawód, jakieś przedsiębiorstwo, jakieś istotne zajęcie, coś co zatrudniałoby wszystkie moje władze duchowe – to uważałam zawsze dla siebie za rzecz zasadniczą, do tego zawsze tęskniłam. Pierwszą ideą, jaką pamiętam - a także ostatnią – było pielęgniarstwo; a w braku tego – praca wychowawcza, ale raczej wychowywanie ludzi złych niż młodzieży” [10].

Już w dzieciństwie z niezwykłą czułością zajmowała się swoimi lalkami wymyślając dla nich przeróżne choroby po to, aby troskliwie się nimi opiekować. Wiele uwagi poświęcała również zwierzętom, a im były słabsze, tym troskliwiej się nimi zajmowała. Często roznosiła produkty spożywcze, leki i odzież najbiedniejszym rodzinom mieszkającym w okolicy. Do każdego przygotowanego przez matkę daru dodawała od siebie kwiaty wierząc w ich dobroczynny wpływ na chorych i cierpiących.

Była przekonana, że świat w którym żyła, pełen ubóstwa, nędzy, cierpienia i hańby, nie był światem zamierzonym przez Boga. Podczas licznych podróży starała się odwiedzać szpitale. W ten sposób ukształtował się w jej umyśle pogląd, że pielęgniarstwo może być sposobem na rozwiązanie wielu różnych problemów, nie tylko ludzi chorych i cierpiących.

W wieku dwudziestu pięciu lat postanowiła zostać pielęgniarką. Podkreślić należy, że w tym czasie pielęgniarki szpitalne rekrutowały się niemal wyłącznie z najniższych warstw społecznych. *„Między ich poziomem umysłowym, etycznym i kulturalnym a wymarzoną przez pannę Nightingale ideą ich posłannictwa leżała przepaść bezdenna”* [1].

Nie dziwi więc fakt, że kiedy w 1845 roku postanowiła wyjechać do Salisbury, by w tamtejszym szpitalu nauczyć się pielęgnowania chorych, a następnie zorganizować *„coś w rodzaju zgromadzenia siostr miłosierdzia, dla kobiet o subtelnych uczuciach, ale bez ślubowania”*, jej decyzja spotkała się z kategorycznym sprzeciwem rodziców. Był on podyktowany zarówno troską o jej wątłe zdrowie, jak również o dobre imię córki. Rodzina Nightingale zajmowała wysoką pozycję społeczną i towarzyską. Oświadczenie córki, że chce zostać „nurse” groziło wielkim skandalem, a w ślad za nim ostracyzmem towarzyskim. Zawód pielęgniarki w Anglii był w takiej pogardzie, że *„przyzwoita kobieta nie mogła go obrać pod groźbą utraty dobrego imienia”*. „Nurse” – kojarzyła się z kobietą ordynarną, brutalną, brudną oraz ciemną i rozwiązłych obyczajów [10].

Obraz ówczesnych szpitali i panujących tam warunków przybliżyć mogą zapisy regulaminów dla pielęgniarek i chorych wydanych w roku 1789. Oto niektóre z nich:

1. *Nie wolno wyrzucać przez okna kości ani łachmanów, nie wolno wieszać w oknach ubrań chorych.*
2. *Pielęgniarkom ani komukolwiek innemu nie wolno prać bielizny w wychodkach.*
3. *Pielęgniarkom pod żadnym pozorem nie wolno wpuszczać pacjentów do swojego pokoju.*
4. *Każdy kto zatai ucieczkę chorego będzie wydany.*
5. *Pielęgniarki, które nie słuchają przełożonej, albo te, co się upijają, albo zaniedbują chorych, co się z innymi pielęgniarkami kłócą i biją, albo sprzecząją się z mężczyznami, albo nie meldują władzom takich wykroczeń, jak wylewania przez chorych lekarstw, lub ich pijaństwa – zostaną wydalone.*

Regulamin dla chorych:

1. *Nie wolno bluźnić ani krzywoprzysięgać, kłamać, upijać się, źle się prowadzić.*
2. *Urzędnikom szpitala należy okazywać szacunek, nie wolno wszczynać na terenie szpitala awantur ani bijatyk.*
3. *Nie wolno bez pozwolenia opuszczać szpitala.*
4. *Nie wolno kraść mebli ani innych rzeczy* [10].

W tamtych czasach pielęgniarstwem trudniły się, oprócz zakonnic, kobiety z marginesu społecznego, a zdarzało się często, że skazańcom zamieniano karę więzienia na pracę w oddziałach szpitalnych. Rozgoryczeni rodzice chcąc wpłynąć na zmianę decyzji Florencji wysłali ją w towarzystwie swoich przyjaciół w zagraniczną podróż do Italii (1847 r.) oraz Egiptu i Grecji (1849 r.).

Podczas pobytu w Rzymie Florencja zapoznała się z pracą szpitalną katolickich sióstr zakonnych, którą od tego czasu wysoko ceniła. Odwiedziła również diakonat pastora Teodora Fliendnera (1800-1864) w skład którego wchodził nie tylko dom macierzysty diakonis ale również szpital i inne instytucje opiekuńcze. Miejsce to skłoniło ją do głębokich refleksji. W liście do przyjaciółki pisała: *„Dni nasze upływają, nie zostawiając nic trwalszego niż cień śladu. Tracimy cenne godziny na niepotrzebne zajęcia, wmawiając w siebie ich użyteczność. A potem, gdy Ojciec Niebiański nas zawoła, odpowiemy, żeśmy nie mieli czasu pracować dla Niego”* [10].

Doświadczenia zdobyte podczas podróży nie tylko nie wpłynęły na zmianę decyzji o pielęgniarstwie, ale wręcz ją ugruntowały. Zrezygnowała również z możliwości małżeństwa. O fakcie tym pisała w swoim dzienniku: *„Mam potrzeby intelektualne, które wymagają zaspokojenia - i to znalazłabym w nim. Mam namiętności, które wymagają zaspokojenia – i to również znalazłabym w nim. Mam potrzeby moralne, potrzeby działania – i tego bym w życiu z nim nie zaznała ... Trudno zadowolić wszystkie moje żądania. Mogłabym żyć z nim, gdyby nasze siły były sprzężone dla wspólnego wielkiego celu. Ale moja natura nie czułaby się zadowolona, gdybym musiała spędzić z nim życie, zajmując się światem i sprawami domowymi. Skazać się na zawsze na kontynuowanie i pogarszanie jeszcze mojego obecnego trybu życia ... pozbawić się możliwości skorzystania kiedykolwiek z okazji, aby stworzyć sobie życie własne, prawdziwe i bogate – to równałoby się samobójstwu”* [10].

Warto wspomnieć, że kiedy Florencja wyjeżdżała do Skutarii, otrzymała od swojego wielbiciela list, w którym życzył jej powodzenia. List ten zawsze nosiła przy sobie, w małym portfeliku, aż do chwili śmierci.

W 1850 roku w swoim dzienniku zapisała: *„Próbowalam wszystkiego, podróży zagranicznych, dobrych przyjaciół – wszystkiego. Boże! Co ze mną będzie? W trzydziestym pierwszym roku życia nie widzę niczego, czego bym pożądała – oprócz śmierci”* [10].

W następnym roku pojawiła się szansa na spełnienie marzeń o zawodzie pielęgniarki. Uzyskawszy zgodę matki, wyjechała na kilkumiesięczną praktykę do ośrodka diakonis protestanckich w Kaiserswerth. Po latach wspominała: *„...nie było tam żadnego zbytku*

oprócz czystości. Nigdzie nie oddychałam tak czystym, tak zbawiennym, tak krzepiącym powietrzem duchowym...” [10]. Nigdy jednak nie wyraziła opinii, że nauczyła się tam pielęgniarstwa. Można wręcz przypuszczać, że pobyt w Kaiserswerth unaoczniał jej potrzeby i braki w zakresie wiedzy i umiejętności niezbędnych do pielęgnowania chorych.

Po powrocie z podróży jej marzeniem stało się założenie szkoły pielęgniarskiej. Wobec kategorycznego sprzeciwu rodziny, przedsięwzięcie okazało się jednak trudne w realizacji. Wprawdzie ojciec popierał jej plany, to matka i siostra nadal wyrażały stanowczy sprzeciw podyktowany obawą o zdeklasowanie rodziny.

W oczekiwaniu na zgodę rodziców z zapalem studiowała podręczniki medycyny i higieny, historię szpitali i przytułków, jak również sprawozdania komisji lekarskich i władz sanitarnych. Jej upór i wytrwałość w dążeniu do celu zaczynały stopniowo przynosić zamierzone efekty. Matka, od początku stanowczo przeciwna dziwacznym planom związanym z pielęgnowaniem chorych, z czasem zaczęła akceptować wybór córki i kiedy Florencja otrzymała propozycję objęcia stanowiska przełożonej domu zdrowia dla nauczycielek, wyraziła swoją zgodę. Florencja propozycji tej jednak nie przyjęła, chcąc poświęcić się najuboższym. Dopiero powtórna prośba zarządu wspomnianej placówki, skłoniła ją do zmiany decyzji. Warunkowała ją jednak zdobyciem doświadczenia w zakresie organizacji opieki pielęgniarskiej. W tym właśnie celu wyjechała do Paryża, gdzie zapoznawała się z zasadami zarządzania i funkcjonowaniem podobnych instytucji. Przez kilka tygodni pracowała nawet w zakładzie prowadzonym przez Siostry Miłosierdzia Św. Wincentego à Paulo. Wzruszała ją atmosfera miłości i poświęcenia, z jaką siostry opiekowały się chorymi.

Po objęciu kierownictwa Domu Zdrowia dla nauczycielek rozpoczęła batalię o poprawę poziomu opieki i komfort chorych, jak również efektywność ekonomiczną placówki. Wprowadziła system ewidencji i rejestracji chorych zakładając kartoteki dla podopiecznych, zapoczątkowała kontrolę czasu pobytu chorych w szpitalu. Nadzorem objęła również pacjentów opuszczających szpital. Zreformowała kuchnię i zorganizowała aptekę. Podupadającą lecznicę, którą powierzono jej kierownictwu, szybko przekształciła we wzorowy szpital swoich czasów.

Konflikt zbrojny pomiędzy Imperium Rosyjskim a Imperium Osmańskim i jego sprzymierzeńcami (Wielką Brytanią, Francją i Królestwem Sardynii) - zwany wojną krymską - okazał się momentem przełomowym w jej życiu. Po raz pierwszy w historii działania bojowe relacjonowali korespondenci wojenni. Entuzjastyczne wiadomości o zwycięstwach

wojsk sprzymierzonych zakłócały jednak doniesienia o tragicznych warunkach zdrowotnych rannych i chorych żołnierzy. William Russel, korespondent „Timesa”, w taki oto sposób raportował stan szpitali wojskowych w Skutarii: *„W szpitalach brak najniezbędniejszych urządzeń, nie zwraca się najmniejszej uwagi na czystość, smród straszny; cuchnące powietrze może ulatniać się jedynie przez szpary w ścianach i dachach; o ile mogę sądzić, żołnierze mrą bez wszelkiej pomocy i nikt nie czyni najmniejszego wysiłku, aby ich ratować ... Chorzy – zdaje się – są pielęgnowani przez chorych, umierający przez umierających. Czy nie ma pośród nas – pisał Russel – kobiet pełnych poświęcenia, które byłyby zdolne i chętne do pełnienia służby przy rannych i chorych żołnierzach w lazaretach w Skutarii? Czyż doprawdy żadna z cór Anglii nie zdobędzie się w tej godzinie wielkiej nędzy na czyn miłosierdzia? Francja licznie wysłała swe siostry miłosierdzia i są one na stanowiskach przy łóżkach chorych i umierających... Czyż możemy dać się ubiec Francji na polu ofiary i poświęcenia?...”* [10].

Na medialną odezwę odpowiedziały rozentuzjasmowane tłumy kobiet gotowe podjąć służbę w szpitalach wojskowych. Żadna jednak nie posiadała odpowiedniego przygotowania pielęgniarского. Lord Sidney Herbert, ówczesny minister wojny, dnia 15 października 1854 roku skierował do F. Nightingale list z propozycją zorganizowania opieki pielęgniarской nad rannymi przebywającymi w szpitalach wojskowych. *„Znam jedną tylko osobę w Anglii, zdolną do zorganizowania tej wyprawy i pokierowania nią”* – pisał w liście, podkreślając jej autorytet i pozycję towarzyską, a przede wszystkim talent organizacyjny, wiedzę i umiejętności pielęgniarские [10]. Zaskakującym zbiegiem okoliczności poprzedniego dnia również F. Nightingale napisała list do S. Herberta, w którym sama wyraziła gotowość wyjazdu, wraz z niewielką grupą pielęgniarek, do Skutarii i organizacji opieki nad rannymi. Listy minęły się w drodze do adresatów.

Niezwłocznie otrzymała nominację na przełożoną oddziału pielęgniarek w angielskim szpitalu wojskowym w Turcji. Zgodnie z jej życzeniem była jedyną osobą odpowiedzialną za personel pielęgniarский i rozkład ich pracy.

Dnia 21 października 1854 roku wraz z grupą 38 pielęgniarek i *„poważną ilością rozmaitych zapasów zakupionych za własne środki”*, opuściła Londyn udając się w podróż do Skutarii. Po dwóch tygodniach, dnia 4 listopada, *„anielska banda”* – jak przezywano oddział pielęgniarek, rozpoczęła pracę w szpitalnych barakach.

Stan sanitarny budynków szpitalnych był tragiczny: *„Główny budynek szpitalny – dawne koszary wojsk tureckich – był to wielki, czworokątny, trzypiętrowy gmach, którego*

korytarze ciągnęły się na przestrzeni 4 mil angielskich. Wzniesiony był nad wielkimi dolami kloacznymi i trujące wyziewy sięgały aż do górnych pięter. Wnętrze baraków było po prostu odrażające, istne ognisko niechlujstwa i wszelkiej zarazy. Podłogi przegniłe, ściany oblepione brudem, wszędzie roje robactwa” [10].

Żołnierze umierali nie tylko z powodu odniesionych ran, ale również zakażeń, braku opieki i chorób zakaźnych – cholery i tyfusu. Brakowało wszystkich podstawowych rzeczy: materiałów opatrunkowych, leków, łóżek, bielizny pościelowej i ręczników, talerzy i łyżek oraz odzieży i mydła. Brakowało również żywności i opału. Ignorancja i niekompetencja zarządzających, a w ślad za tym szokująca dezorganizacja sprawiały, że nikt nie czuł się odpowiedzialny za stan zdrowia żołnierzy. Prawie połowa żołnierzy umierała, śmiertelność wynosiła około 42% [1,8,10].

Jednym z pierwszych zadań było więc uporządkowanie pomieszczeń szpitalnych: szorowanie podłóg i ścian, walka z robactwem i gryzoniami oraz duszącym, uniemożliwiającym wręcz oddychanie fetorem.

Już po kilku dniach pobytu w Skutarii Florencja meldowała ministrowi wojny: *„W zeszły czwartek (8 listopada 1854 r.) mieliśmy w naszym szpitalu 1715 rannych i chorych (w tej liczbie 120 przypadków cholery) oraz 650 ciężko rannych w drugim baraku, który również obsługujemy, gdy nadeszła wiadomość, abym poczyniła przygotowania do przyjęcia 510 rannych w strasznej bitwie 5 listopada. Mialiśmy tylko pół godziny czasu do chwili przybycia okrętu z rannymi. W ciągu kilku godzin wypchałyśmy sienniki i położyłyśmy je, niestety, wprost na matach na podłodze, następnie umyłyśmy i ułożyłyśmy żołnierzy, opatrzywszy ich rany” [10].*

Równie dotkliwa, jak stan sanitarny pomieszczeń i braki w zaopatrzeniu, była bezsilność wobec niezliczonych uprzedzeń, sprzeciwów, opieszałości i złośliwości oficerów, lekarzy i urzędników. Lekarze traktowali ją podejrzliwie i niechętnie przyjmowali od niej pomoc. Jeden z cywilnych lekarzy powołanych do służby wojskowej, po latach pisał w swoim pamiętniku, że młodych lekarzy przestrzegano przed Miss Nightingale: *„im mniej będziecie mieli do czynienia z Miss Nightingale i jej ludźmi, tym będzie dla was lepiej” [10].*

Wiedza i doświadczenie, jak również takt i cierpliwość, a przede wszystkim pozytywne efekty jej pracy sprawiły, że miejsce uprzedzeń stopniowo zajmował szacunek i poważanie, a nawet posuch i respekt.

Wspomnieć również należy, że wiele problemów sprawiały jej podległe pielęgniarki, od których F. Nightingale wymagała ciężkiej pracy, bezgranicznego posłuszeństwa, dyscypliny

i metodycznej służby. Najbardziej jednak, jak sama pisała, obawiała się amateerek i „*dam filantropiek, skłonniejszych do flirtu z rannymi, niż do poważniej służby szpitalnej*”. Z literackim talentem i specyficznym poczuciem humoru pisała o nich w ten sposób: „*Kobiety przedziwne, łagodne i oddane, stworzone bardziej dla Nieba niż dla szpitala, snujące się jak anioły bez rąk, myślące o duszy rannych, a nie dbające o ich ciała, które zapominają umyć i opatrzyć. Nie skarżą się nigdy, przeciwnie, chcą się umartwiać. Ale ja nie stawiam sobie za cel zamęczać pielęgniarki, lecz zapewnić dobrą pielęgnację rannym*” [10].

Była surowa i bezwzględna wobec niedbalstwa, ale jednocześnie pełna dobroci, serdeczności i delikatności – „*żelazna ręka w aksamitnej rękawiczce*” [10]. Z odwagą i właściwą sobie stanowczością krytykowała niekompetencję urzędników państwowych, a przede wszystkim ich wygodnictwo i brak zaangażowania w sprawy zdrowia żołnierzy. Pozostawała obojętna na szykany towarzyskie, złośliwą krytykę i szydercze, zjadliwe karykatury w pismach humorystycznych, jak również uprzedzenia wyznaniowe. Z właściwą sobie inteligentną ekstrawagancją pisała o doświadczeniach zdobytych w walce z tymi przeciwnościami: „*Miły Boże! Uchroń nas od komisyj i schizmy, od panującego kościoła w Anglii i wszystkich innych grzechów śmiertelnych, od filantropii i wszelkiej chytrłości diabelskiej*” [10].

Najważniejsza była opieka nad rannymi i chorymi żołnierzami. W tej bitwie odnosiła zwycięstwo. Szpitale wojskowe w Skutarii już po upływie pół roku były wzorcowymi placówkami leczniczymi. Śmiertelność wśród rannych i chorych, najczulszy miernik poziomu opieki, spadła z 42 do 2% (podkreślić należy, że większość źródeł podaje takie właśnie dane, a jedynie M. Lipińska pisała, że śmiertelność w szpitalu w Skutarii w wymienionym okresie spadła z 42 do 22%) [1,8,10]. To w tym okresie F. Nightingale zyskała przydomek „Pani z lampą”.

Korespondenci „Timesa” relacjonowali:

„*Gdzie choroba była najstraszniejsza, gdzie ręka śmierci najbliższa, tam na pewno można było znaleźć tę nieporównaną kobietę. Gdy lekarze usuwają się na noc, gdy cisza i ciemności ogarniają chorych, odbywa ona sama jedna z małą lampą w ręku swój samotny, wieczorny obchód po salach chorych*”.

„*Toteż żołnierz przyjął ją z podziwem, uważał za matkę i opiekunkę i żywił bezgraniczne zaufanie do tej, którą nazwał „przyjaciółką żołnierzy*”.

„*Nim ona przyszła, było tu istne, podle, przeklęte piekło, lecz później zrobiło się tak świętecznie, jak w kościele*” [10].

F. Nightingale w swoim dzienniku zapisała: „*Trwam przy ołtarzu, na którym zostały złożone wszystkie owe ofiary, i póki żyć będę, nie ustanę w walce o nie*” [10].

W maju 1855 roku rozpoczęła inspekcję szpitali wojskowych na Krymie. Ciężka fizyczna praca, trudy podróży i wątłe zdrowie były przyczyną poważnej i długotrwałej choroby. Nie chciała jednak „dezertować” i odmówiła powrotu do Anglii. Wraz z poprawą zdrowia wróciła do aktywnej pracy w szpitalach wojskowych w Skutarii i na Krymie, organizując pomoc rannym i chorym żołnierzom trzech armii. Pozostała z nimi, pomimo zakończenia działań wojennych, aż do końca lipca 1856 roku. Przed wyjazdem z Krymu z własnych funduszy wystawiła krzyż z białego marmuru na górze niedaleko Bałakławy, upamiętniający poległych lekarzy i pielęgniarki.

Do ojczyzny powróciła po dwóch latach pod przybranym nazwiskiem, chcąc w ten sposób uniknąć rozgłosu. Przywiozła ze sobą wojenne trofea: Williama, marynarza z amputowaną nogą, Petersa, rosyjskiego jeńca-sierotę, dużego psa podarowanego jej przez żołnierzy i garść trawy z pola bitwy pod Inkiermanem [10].

Była bohaterką narodową. Otrzymała odręczne pismo od samej Królowej Wiktorii oraz broszkę zdobioną diamentami, tworzącymi napis: „*Błogosławieni miłośniki*”. Głośno mówiła o potrzebie właściwej organizacji szpitalnictwa wojskowego. Zaproponowała utworzenie specjalnej komisji, której celem byłaby poprawa stanu sanitarnego armii. Komisję taką utworzono, niestety F. Nightingale nie została powołana w skład jej członków. Była przecież kobietą. Nie zaproszono jej również na żadne posiedzenie uznając, że jej kobieca skromność pozwala jedynie na pisemne udzielanie odpowiedzi. Pomimo tak ograniczonych możliwości i tym razem jej stanowczość, i bezkompromisowość pozwoliły stopniowo osiągnąć zamierzony cel, a jednym z nich było powołanie do życia Wojskowej Akademii Medycznej.

Kolejnym celem jej życia stało się szkolenie pielęgniarek. Warto w tym miejscu nadmienić, że jeszcze podczas jej pobytu w Skutarii z inicjatywy księcia Cambridge odbyło się w Londynie uroczyste spotkanie na jej cześć, podczas którego podjęto decyzję o utworzeniu „*Funduszu Nightingale*” mającego ułatwić jej organizację szkoły pielęgniarskiej. W krótkim czasie zebrano 44 000 funtów szterlingów, a prawie jedną czwartą tej kwoty podarowali żołnierze.

Organizacja szkoły w praktyce okazała się nie lada wyzwaniem. Po raz kolejny F. Nightingale musiała stoczyć walkę z biurokratycznym, opieszałym, niechętnym zmianom systemem, tysiącami złośliwych oraz krzywdzących komentarzy, dyskryminującymi

stereotypami dotyczącymi pielęgniarstwa i pielęgniarek, a co ciekawe do głównych oponentów należały kobiety, zwłaszcza „damy z towarzystwa” i lekarze. Władysław Szenajch (1879-1964) polski lekarz, społecznik i organizator służby zdrowia oraz autor pierwszej polskiej monografii poświęconej życiu F. Nightingale pisał, że *„Większość lekarzy, jeżeli nie była wyraźnie wrogo nastrojona, to w każdym razie była daleka od gorącego popierania planów Nightingale. Ci zaś, którzy dotychczas kierowali pracą pielęgniarek uważali, że „wszystko było jak najlepiej w świecie pielęgniarstwie, zanim panna Nightingale do tego się nie wtrąciła” Tak przynajmniej twierdził dr South w specjalnie wydanej odezwie, w której wystąpił przeciwko planowanej szkole, uważając ją za zbyt dużą i szkodliwą. Chwalił w niej dotychczasową opiekę przy której pielęgniarki pracowały po 14 godzin dziennie, i uważał, że zadowolala ona w zupełności lekarzy i chirurgów, a jako dowód braku poparcia dla projektowanej szkoły ze strony świata lekarskiego przytaczał fakt, że na 94 lekarzy i 79 chirurgów siedemnastu szpitali londyńskich, tylko trzech lekarzy i jeden chirurg podpisali listy składek na „Fundusz Nightingale” jako członkowie wspierający”* [10].

Dzisiaj dowcipną, a wręcz groteskową wydaje się być polemika F. Nightingale z doktorem Southem. W piśmie, które autorka napisała anonimowo, stanowczo i odważnie twierdziła, że ówczesne angielskie szpitale były *„szkołami niemoralności i nieprzyzwoitości - rzecz nieunikniona - skoro przyjmowano jako pracownice kobiety wątpliwego prowadzenia, które mogły jeszcze tylko się popsuć wśród chorych płci męskiej i młodych lekarzy, i dodawała: Stwierdzono, że upijają się i śpią w nocy, zaniedbując chorych”* [10]. Doktor South nie znając autora listu w odpowiedzi napisał, że są to dalekie od prawdy oszczerstwa i nie chce wiedzieć skąd autor listu czerpał te informacje. Swoją postawę wobec pozycji pielęgniarki w strukturze szpitala określił słowami: *„Stanowisko pielęgniarki jest mniej więcej takie jak domowej służącej; nie potrzebuje się wiele uczyć – jedynie kładzenia kataplazmów, czystości i baczenia na potrzeby chorych”* [10].

Pomimo podobnych opinii środowiska lekarskiego oraz licznych sprzeciwów i zarzutów kierowanych pod adresem F. Nightingale także przez inne osoby, dnia 4 czerwca 1860 roku przy szpitalu św. Tomasza w Londynie uruchomiono pierwszą zawodową szkołę pielęgniarstwa. Miała ona charakter świecki, a przyjmowane były do niej kandydatki z różnych warstw społecznych.

„Powstała nowa sztuka i nowa wiedza. A wraz z nimi nowe, jak to mówią, zajęcie; my mówimy powołanie. Owa sztuka powstała lub została odkryta na skutek jakiejś nowej czy lokalnej jedynie potrzeby. Tak nie jest. Potrzeba jest niemal równie stara jak świat, niemal tak

wielka, jak świat, tak pilna jak życie i śmierć. To choroba. A sztuką tą jest pielęgnowanie chorych. Proszę zauważyć: chorych nie choroby. Sztukę tę chcemy nazwać właściwym pielęgniarstwem. Uprawiają ją zwykle kobiety pod naukowym kierunkiem lekarzy. To jest przyczyną, że właściwego pielęgniarstwa można się nauczyć jedynie przy łóżku chorego, w pokoju chorego, na Sali chorych. Nie można się go nauczyć ani z wykładów, ani z książek, jakkolwiek są to cenne środki pomocnicze, jeżeli się je stosuje jako takie; w przeciwnym razie to, co książka zawiera, pozostaje w książce” [10].

Funkcję dyrektorki szkoły F. Nightingale powierzyła Mrs Wardroper, którą bardzo ceniła za pracowitość i skromność, a przede wszystkim oddanie sprawie. Sama natomiast nadal nadzorowała program kształcenia i dbała o to, aby nauka pielęgnowania realizowana była w specjalnie do tego celu powołanych placówkach, czyli na oddziałach szpitalnych.

Najważniejsze zasady organizacyjne szkoły sformułowane przez F. Nightingale brzmiały następująco:

1. „Pielęgniarki powinny być technicznie wyszkolone w szpitalach specjalnie do tego celu zorganizowanych”.

2. „Pielęgniarki powinny mieszkać w internatach (domach pielęgniarek), aby można było wpływać na ich moralne prowadzenie się i karność” [10].

Nauka w szkole trwała jeden rok. Po jej zakończeniu uczennice nie uzyskiwały uprawnień do samodzielnej pracy, ale jeszcze przez następne 2-3 lata praktykowały na oddziałach szpitalnych pod nadzorem szkoły. F. Nightingale podkreślała, że zawód pielęgniarki wymaga doskonalenia przez całe życie, czyli ustawicznego kształcenia. Zwracając uwagę i zastanawiającą rzeczą jest fakt, że absolwentki przez wiele lat nie otrzymywały świadectw w trosce o nadzór nad ich postawą pielęgniarską, a ich nazwiska wpisywano jedynie w specjalnym wykazie, „...aby przeszkodzić pielęgniarkom w razie złego prowadzenia się w nadużywaniu swoich świadectw” [10].

F. Nightingale przeszła do historii powszechnej jako twórczyni zawodowego i naukowego pielęgniarstwa. Fundamentalne znaczenie dla rozwoju pielęgniarstwa miało zdefiniowanie przez wspomnianą autorkę praw opieki, które znane są jako kanony zdrowia lub natury, albo kanony pielęgniarstwa. Opracowany teoretyczny model pielęgnowania i poglądy F. Nightingale na temat funkcjonowania otoczenia i człowieka nadal są aktualne nie tylko na gruncie pielęgniarstwa, ale także: epidemiologii i ekologii [16]. Ogromne znaczenie w kreowaniu pozycji społecznej i wizerunku pielęgniarki miało określenie pożądanych w opisywanym zawodzie cech osobowościowych, takich jak: dobroć, mądrość, skromność,

punktualność i wzbudzanie zaufania, mających wartość ponadczasową. Na wymienione cechy osobowe pielęgniarek zwracali również uwagę autorzy raportu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podkreślając, że istotą pielęgnowania jest pomoc człowiekowi zdrowemu oraz choremu w utrzymaniu i potęgowaniu zdrowia, a w sytuacji jego utraty - w odzyskaniu, jak również w łagodzeniu cierpienia i godnym umieraniu. Tak szeroki zakres działalności stawia przed wykonawcą omawianego zawodu trudne zadanie wymagające specyficznych cech i osobistego zaangażowania. Szereg wymienionych wyróżników, takich jak: wrażliwość i zdolność do empatii, bezinteresowna życzliwość, zdolność do uznania czyjejś wyższości bez poczucia zagrożenia własnej wartości, dobroć i poszanowanie godności każdego człowieka - decydujących o najgłębszym etycznym wymiarze osoby ludzkiej - powinna posiadać każda pielęgniarka [17].

Cytowany wielokrotnie profesor W. Szenajch, już we wstępie swojej książki napisał: *„Nightingale to nie czcigodna relikwia, nie pełna chwały historia, która była, przebrzmiała i skończyła się – to początek, źródło wiecznie żywego pielęgniarstwa – to wymarsz kobiety w pełnej zbroi serca, rozumu i wiedzy na zdobycie nowego posterunku w służbie społecznej – to wstęp i pierwsze stronicie niedokończonych, nienapisanej jeszcze książki o tym, jak należy służyć człowiekowi w jego cierpieniu – to reforma, rewolucja ducha, powstała w majestacie prawa człowieka chorego, uświęconego miłością i oświeconego promieniami wiedzy”* [10].

F. Nightingale była autorką około 15000 opinii, wpływowych listów i stanowisk dotyczących organizacji opieki szpitalnej i spraw społecznych, a najważniejszym dla pielęgniarstwa były: „Uwagi o pielęgniarstwie – czym ono jest, a czym nie jest” („Notes on Nursing – What it is and What is not”, 1859). Był to pierwszy podręcznik pielęgniarstwa, w którym autorka zawarła całą swoją wiedzę w tym zakresie będącą efektem wieloletnich obserwacji, doświadczeń i praktyk oraz analizy danych statystycznych. Opracowane przez nią zestawienia statystyczne ewidentnie wskazywały na istnienie zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy zdrowiem człowieka a czynnikami środowiskowymi, będące podstawą stworzonej przez nią teorii pielęgniarstwa. Do innych jej pozycji autorskich należą: „Uwagi o szpitalnictwie” („Notes on Hospitas”, 1863), „Sztuka pielęgnowania” („The Art of Nursing”, 1859), „Pielęgnowanie chorego” („Nursing the Sick”, 1885) [16].

F. Nightingale zmarła w wieku 90 lat. Pogrzeb był skromny, trumnę niosło sześciu żołnierzy angielskich. Jej ciało złożono w rodzinnym grobowcu na małym, wiejskim cmentarzu niedaleko dworku, w którym spędziła swoją młodość.

W uznaniu jej zasług Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża w 1912 roku ustanowił Medal im. Florencji Nightingale, a dzień jej urodzin - 12 maja ustanowiono Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki. Od 1934 roku działa Międzynarodowa Fundacja im. Florencji Nightingale skupiająca się początkowo na prowadzeniu międzynarodowych kursów z dziedziny pielęgniarstwa obecnie zajmująca się organizowaniem międzynarodowych seminariów i badań w pielęgniarstwie. Medal im. Florence Nightingale jest odznaczeniem przyznawanym od 1920 roku przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża - dla uczczenia pamięci Florence Nightingale (1820–1910).

Historia życia F. Nightingale była tematem licznych opracowań, a reżyserzy filmowi w oparciu o jej biografię aż sześciokrotnie zrealizowali filmy: w 1912 r. - "The Victoria Cross", z Julią Swayne Gordon w roli głównej; w 1915 r. - "Florence Nightingale", w roli głównej z Elisabeth Risdon; w 1936 r. "Biały Anioł" – z Kay Francis w roli głównej; a w 1951 r. w filmie "The Lady with a Lamp" – z Ann Neagle; natomiast w 1985 r. "Florence Nightingale" – z Jaclyn Smith i w 2008 r. z Laurą Fraser w roli głównej w "Florence Nightingale".

Swoją postawą pozostawiła wyryty trwały ślad w łagodzeniu ludzkiego cierpienia, wskazując kierunek rozwoju zawodowego pielęgniarstwa i nauki.

NA ZAKOŃCZENIE

Wraz z rozwojem cywilizacyjnym i zmianami kulturowymi nastąpiło szereg przeobrażeń w zawodzie pielęgniarki. Niezależnie jednak od kręgu kulturowego i stopnia dokonywanych przekształceń, niezmienna pozostaje misja zawodu: niesienie człowiekowi ulgi w cierpieniu.

Zawód pielęgniarki związany jest z ochroną najważniejszych dla człowieka wartości: zdrowia i życia. To one właśnie decydują o jego specyfice, wysokiej społecznej użyteczności i prestiżu społecznym. Zakres funkcji pełnionych przez pielęgniarkę powoduje, że wymieniony zawód budzi powszechne zainteresowanie społeczne i jest przedmiotem szacunku oraz wysokich oczekiwań. O wysokiej pozycji społecznej zawodu pielęgniarki najlepiej świadczą wyniki badań sondażowych. Z danych opublikowanych w ostatnim raporcie przygotowanym przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) wynika, że omawiany zawód znajduje się na drugim miejscu, po zawodzie strażaka i oba cytowane zawody cechuje wysoka użyteczność społeczna. Warto dodać, że wspomniane powyżej

zawody wyprzedzają w rankingu takie, jak: robotnik wykwalifikowany (np. tokarz, murarz), górnik, profesor uniwersytetu, lekarz, nauczyciel i inżynier pracujący w fabryce [18].

PIŚMIENNICTWO

1. Lipińska M.: Kobieta i rozwój nauk lekarskich. Wydawnictwo Kasy im. Mianowskiego, Warszawa 1932.
2. Szumowski W.: Historia medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1961: 13-98.
3. Lyons A., Petrucelli R.J.: Ilustrowana historia medycyny. Wydawnictwo Penta, Warszawa 1995: 58-261
4. Thorwald J.: Dawna medycyna jej tajemnice i potęga. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1990.
5. Seyda B.: Dzieje medycyny w zarysie. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1962: 54-113.
6. Brzeziński T.: Historia medycyny (red.). Wydawnictwo PZWL. Warszawa 2000.
7. Maksymowicz A.: Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1977: 6-14.
8. Poznańska S.: Pielęgniarstwo wczoraj i dziś.. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1988: 13-25.
9. Szenajch W.: Trzy pielęgniarki. Florencja Nightingale, Katarzyna Bakunina, Zofia Szlenkierówna. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1974.
10. Szenajch W.: Florencja Nightingale i Zofia Szlenkierówna. Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa 1946.
11. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
12. Garasse P.F.: La doctrine curieuse des beauxesprits de ce temps ou pretendu tels. Paris, MDCXXIII, - cyt. za Kołakowski L. Bóg nam nic nie jest dłużny..., Kraków, Wydawnictwo Znak, 1994.
13. Liebelt K.: Humor i Prawda w kilku obrazkach. Nakładem B. M. Wolffa, Petersburg 1852: 3-4.
14. Crichton-Browne J.: The Annual Oration on Sex in Education. Delivered before the Medical Society of London. British Medical Journal 1892; 1(1636): 949-954.
15. Mobius J.P., Katkina v. Rosen: O umysłowym i moralnym niedorozwoju kobiety. Wydawnictwo Gebethner i Wolff, Kraków 1937: 39-45.

16. Zarzycka D., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane teorie pielęgniarstwa. [w:] Zarzycka D., Ślusarska B. (red.). Podstawy pielęgniarstwa, t. 1. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017: 172-183.
17. Raport Naczelnej rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. Warszawa, Wydawnictwo Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 2017: 9-10.
18. Które zawody uważamy? Komunikat z badań Nr 157/2019. Wydawnictwo: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2019.

Liderki światowego pielęgniarstwa

Paulina Aniśko¹, Magda Popławska², Elżbieta Krajewska-Kulak³

1. Student Szkoły Doktorskiej UMB, Doktorantka Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

W czasach pierwotnych ludzie żyli w niewielkich skupiskach – plemionach, które obecnie można by było porównać do rodzin [1]. Kobiety pełniły w nich funkcję opiekuńczo-wychowawczą, opiekując się domostwem, pielęgnując dzieci oraz osoby chore. Wykonywanie tych zadań pozwoliło im między innymi na poznawanie leczniczych właściwości roślin, a zdobytą w powyższym zakresie wiedzę (teoretyczną i praktyczną) przekazywały z pokolenia na pokolenie. Dopiero w późniejszym okresie rolę "medyków" przejęli szamani plemienni i kapłani, a kobiety w tych działaniach stanowiły tylko dla nich pomoc [1].

W starożytnym Egipcie kobiety wykonywały czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze [1]. Mężczyźni (jako kapłani) natomiast dysponowali wiedzą medyczną, która jak wierzone była darem z niebios. W Indiach powstawały w tym czasie święte księgi Wedy, stanowiące zbiór wiedzy dotyczący zdrowia i chorób. Były to pierwsze encyklopedie medyczne [1].

Pierwsze potwierdzone wzmianki o kobietach opiekujących się potrzebującymi znalazły się już w dziełach lekarzy hinduskich - Charaki i Sursuty [2,3]. Wskazywali oni na konieczność zawodowego kształcenia osób zajmujących się pielęgnowaniem (dozorców - pielęgniarzy). Osoby pracujące w szpitalach hinduskich były dobierane pod względem moralnym i zanim przystąpiły do pracy, musiały być przeszkolone pod względem praktycznym [2,3].

W starożytnej Grecji czynności pielęgnacyjne wykonywały kapłanki w świątyniach - pełniących funkcje szpitali, ale w późniejszym czasie zostały zastąpione „uczniami mistrza” [1,4]. Oprócz szpitali funkcjonowały tam również przychodnie, w których osoby chore mogły przebywać nawet kilka dni. Szczególnie ważną postacią w tym okresie jest Hipokrates (ok. 460-

377 r. p.n.e.), zwany ojcem medycyny oraz twórcą podstawowej zasady etycznej łac. *Primum non nocere - po pierwsze nie szkodzić*. Oprócz licznych zasad obowiązujących w medycynie opisywał również sposoby, w jaki należy pielęgnować chorych oraz jak należy wykonywać zabiegi [1,4].

Starożytny Rzym charakteryzował materializm, przejawiający się tym, że jeżeli osoby chorej nie było stać na poradę lekarską, odmawiano jej pomocy [1,5]. W tych czasach bardzo dobrze prosperowały szpitale, które leczyły rannych żołnierzy i chorych. Opiekę nad nimi sprawowali jednak niewolnicy, których wybór nie był jednak przypadkowy, ponieważ dobierano ich na podstawie kryterium charakteru oraz moralności. W związku z nastaniem okresu chrześcijaństwa, coraz większe znaczenie zaczęto przywiązywać do poszanowania godności człowieka, niesienia pomocy biednym, chorym i potrzebującym. Swoją działalność rozpoczęły stowarzyszenia diakonatu, zgromadzenia wdów, czy dziewcz. Organizacje te były „załącznikiem pielęgniarstwa”, w którym głównie kobiety (z miłością, życzliwością i empatią) opiekowały się osobami potrzebującymi. Na początku ich praca miała bardziej charakter pielęgniarstwa środowiskowego, ponieważ pacjenci byli pielęgnowani w swoich miejscach zamieszkania. W późniejszym okresie, pod kontrolą Kościoła, zaczęto powoływać szpitale, domy opieki oraz organizacje charytatywne. Aby zostać pielęgniarzką nie trzeba było mieć żadnego przygotowania, liczyła się jedynie chęć niesienia pomocy. Opieka nad chorymi polegała nie tylko na karmieniu, myciu, czy opatrywaniu ran, ale również na wykonywaniu drobnych prac domowych, np. umyciu naczyń, czy rozpaleniu w piecu. Ważnymi postaciami dla pielęgniarstwa tego okresu były patrycjuszki rzymskie - Marcela, Fabiola i Paula. Były to, co podkreśla Pismo Święte, kobiety wszechstronnie wykształcone. Marcela np. ufundowała plac pod budowę pierwszego rzymskiego klasztoru dla kobiet opiekujących się potrzebującymi. Fabiola - zainicjowała budowę pierwszego publicznego szpitala, w którym sama opiekowała się chorymi, a Paula - była inicjatorką powstania wielu szpitali [1,5].

Średniowiecze było epoką, w której Kościół odegrał kluczową rolę w procesie rozwoju pielęgniarstwa [5]. Najważniejszą wartością tego okresu był Bóg, a więc wszystkie nauki, w tym medycyna, były powiązane z teologią. Opiekę nad potrzebującymi przejęli zakonnicy którzy prowadzili szpitale, przytułki oraz szkoły znajdujące się przy klasztorach. Pierwszy klasztor, przy którym realizowano funkcję pielęgnacyjną, założył św. Benedykt w roku 529. Najważniejszą zasadą, jaką się kierowali w swych działaniach było hasło: *"Tym, co musi być podejmowane przede wszystkim i stawiane ponad wszystko, jest opiekowaniem się chorymi"* [5].

Poświęcanie się chorym było częstą zasadą reguł zakonnych [1]. Do XVIII wieku społeczeństwo uważało, że szpitale mają opiekować się ubogimi, co wiązało się z chrześcijańską ideą miłosierdzia, przy czym pacjentami klasztorów męskich byli mężczyźni, a kobietami zajmowały się klasztory żeńskie. Wstępowały do nich kobiety z arystokratycznych rodzin, gdyż dawało im szansę na pogłębienie życia religijnego, wiedzy oraz spełnienie się w innej funkcji, niż rodzinnej. Wraz z biegiem czasu opiekowaniem się potrzebującymi zaczęły zajmować się osoby świeckie. W roku 1184 powstało Zgromadzenie Beginek będące pierwszą instytucją, w której członkinie nie składały ślubów, uczestniczyły w nim dobrowolnie oraz nie obowiązywały w nim reguły kościelne. Beginki dążyły do osiągnięcia wysokiego standardu moralnego oraz kładły szczególny nacisk na niezależność kobiet. Ich działalność można uznać za początki funkcjonowania pielęgniarstwa jako niezależnego zawodu [1].

Czas od XVI do XVIII wieku jest określany „czarnym okresem szpitalnictwa” [1,2]. Jest to związane z upadkiem opieki szpitalnej, w której państwa po przejęciu placówek nie potrafiły właściwie zorganizować w nich opieki. Chorymi opiekowały się osoby bez przygotowania, doświadczenia i wiedzy. Nie przywiązywano uwagi do higieny chorych i zapewniania im posiłków. Do poprawy sytuacji przyczynił się Św. Wincenty a Paulo organizując system pomocy społecznej, reorganizując szpitale, zakładając Stowarzyszenie Pań Miłosierdzia, a także Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia [1,2].

Reformę w zakresie kształcenia pielęgniarek wprowadził Fieldner, z którego inicjatywy w szkołach dla Diakonów protestanckich kształcono w dziedzinie teorii i praktyki pielęgnowania [6]. Taką właśnie szkołę skończyła "pionierka nowoczesnego pielęgniarstwa" Florence Nightingale (1820-1910), arystokratka, której nie zraziła zła opinia panująca ówczesnie wobec osób opiekujących się innymi. Między innymi zdobyła uznanie na całym świecie, zmniejszając odsetek śmiertelności żołnierzy z 42% do 2% i założyła pierwszą szkołę pielęgniarstwa zawodowego [6].

Ważnym wydarzeniem w rozwoju pielęgniarstwa było także utworzenie w Stanach Zjednoczonych, w roku 1899, z inicjatywy Bedforda Fenwicka Ethela, Międzynarodowej Rady Pielęgniarek [1]. Była to pierwsza organizacja łącząca profesjonalistów z dziedziny pielęgniarstwa. Jest głównym zadaniem było zapewnienie komunikacji pielęgniarek na całym świecie oraz wspólne rozwiązywanie problemów w pielęgnowaniu pacjentów i rozwijanie pielęgniarstwa. Rada podejmowała wspólne działania z UNICEF, WHO, Ligą Stowarzyszeń Czerwonych Krzyży oraz Światowym Towarzystwem Medycznym [1].

DOROTHEA DIX (1802-1887)



Fotografia 1. Dorothea Dix, źródło [7]

Dorothea Dix urodziła się jako pierwsze z trójki dzieci państwa Dix [8,9]. Jej dzieciństwo nie jest dokładnie poznane, ale wiadomo, że środowisko w jakim się wychowywała uznawane jest za trudne. Ojciec Dorothe'i, Joseph Dix, był wędrownym kaznodzieją i księgowym, oddanym nurtowi religijnemu, jakim był metodyzm. Powyższe zajmowało mu większość czasu, a to „odbiło się” na ograniczeniu czasu spędzonego w domu z żoną i dziećmi. Miał on także problem z nałogiem, jakim był alkohol. Zarówno ojciec, jak i matka (Mary Bigelow), zmagali się również z depresją, przy czym matkę dotykały szczególnie wycieńczające ataki. Dorastając w takim środowisku Dorothea musiała przejąć opiekę nad gospodarstwem domowym oraz rodzeństwem. Ważnym elementem w jej życiu była jednak zdolność ojca do nauczania jej pisanie i czytania, czego skutkiem było zamiłowanie Dorothei do książek i nauki [8,9].

W wieku 12 lat Dorothea wraz z rodzeństwem przeniosła się do Bostonu, gdzie mieszkała jej zamożna babcia-Dorothea Lynde [8]. Powodem przeprowadzki była ucieczka od agresywnego ojca, stanowiącego zagrożenie dla dzieci. 14-letnia Dorothea, mająca doświadczenie w opiece nad rodzeństwem, zaczęła uczyć w Worcester w stanie Massachusetts w szkole dla dziewcząt oraz opracowała własny program nauczania, w którym nacisk położyła

na nauki przyrodnicze oraz normy etyczne. Jej działania w dziedzinie nauczania nie ograniczyły się jednak do prowadzenia lekcji. W wieku 19 lat otworzyła własną szkołę w Bostonie, której patronowały zamożne rodziny i tam kontynuowała nauczanie za pomocą opracowanego przez siebie programu. W niedługim czasie po założeniu szkoły jej uwagę zwróciły dzieci zaniedbane, z ubogich rodzin i sieroty. Te z kolei nauczała w pobliskiej stodole należącej do jej babci. Przeszkodę w realizacji pasji do kształcenia młodego pokolenia stanowił jednak jej zły stan zdrowotny. Podobnie do rodziców doskwierały jej poważne stany depresyjne, co niestety przerwało jej działalność na rzecz edukacji [8].

Po zakończeniu prowadzenia lekcji, Dorothea została zatrudniona jako guwernantka [10]. W roku 1831 założyła modelową szkołę dla dziewcząt w Bostonie, lecz w związku z chorobą ponownie musiała przerwać nauczanie (1836). Z powodu stanu zdrowia udała się do Europy z myślą o rozpoczęciu tam leczenia. Podczas pobytu w Anglii, zmarła babcia Dix, zostawiając wnuczce duży majątek, pozwalający jej na dogodne życie [10].

Z późniejszą działalnością Dorothei była ściśle związana wizyta w Greenbank, gdzie zapoznała się z ruchem reformatorskim, zajmującym się opieką nad chorymi psychicznie ludźmi, nad którymi badania prowadzili jego członkowie [10]. Po powrocie do swojej ojczyzny, przeprowadziła ogólnokrajowe dochodzenie w sprawie opieki nad chorymi psychicznie. Większość osób w Stanach Zjednoczonych była otoczona opieką polegającą na zapewnieniu im odpowiedniej ilości poświęconej uwagi, rozmowy oraz wspólnego spędzania czasu. Tak dogodnych warunków nie miały jednak więźniarki we wschodnim Cambridge, którym Dix w późniejszym okresie rozpoczęła udzielać lekcji. Obserwując zamknięte w ograniczonej przestrzeni młode kobiety, Dorothea postanowiła opisać niegodziwe warunki do życia, jakie posiadają oraz jaki wpływ wywierają na zdrowie więźniarek, a wyrazem niezadowolenia z powyższego były opublikowane wyniki w raporcie „Memorial”. Dorothea opisała to słowami: *„Kontynuuję, panowie, krótko zwróćcie uwagę na obecny stan Szalonych Osób zamkniętych w tej Rzeczypospolitej, w klatkach, straganach, kojcach! Przykuty łańcuchem, nagi, pobity prętami i przywiązany do posłuszeństwa”* [8,10].

W wieku 42, lat chcąc zaradzić zaistniałej sytuacji, odwiedziła wszystkie więzienia i przytułki w New Jersey, zapisując swoje obserwacje i fakty [10,11,12]. Po przeprowadzeniu dochodzenia, natychmiast wyszukała odpowiednią osobę do rozpoczęcia działań, które miały na celu zapewnienie odpowiednich środków potrzebnych do budowy miejsca dogodnego opiece i leczeniu osób chorych psychicznie. Stanowi to niepodważalny dowód na natychmiastową działalność na rzecz opieki zdrowotnej prowadzonej przez Dix. Placówka taka, zdaniem Dorothei, miała na celu stworzenie miejsca, gdzie ludzie chorzy psychicznie

mieli być traktowani z szacunkiem, a opiekunowie powinni kierować się trzema wartościami: skromnością, czystością i delikatnością. Chcąc podkreślić istotność swoich działań oraz uzasadnić potrzebę opieki nad chorymi psychicznie, przytoczyła liczne przykłady przebiegu historii konkretnych osób. Najbardziej poruszającą, którą opisała stała się historia mężczyzny, który z zawodu był szanowanym prawnikiem. Dorothea zastała go w przytułku. Dawniej uznawany był za godnego zaufania i odpowiedniego traktowania, w momencie znalezienia - był potrzebującym pomocy społeczeństwa [10,11,12].

24 stycznia 1845 roku wydano pozwolenie na budowę miejsca dogodnego opiece i leczeniu osób chorych psychicznie, a dzień później ogłoszono wezwanie do natychmiastowego działania [3,6].

Dix nie zatrzymała się na realizacji planów pomocy osobom chorym psychicznie i zaczęła podróże od New Hampshire do Luizjany, które odbywała w celu udokumentowania stanu zdrowotnego osób psychicznie chorych, dotkniętych także ubóstwem. Starannie prowadziła sprawozdania i opracowała wraz z komisją niezbędne przepisy i rachunki dotyczące finansów [3,6].

W celu poprawy wykształcenia, w roku 1846 wyjechała do Illinois, gdzie zaczęła studiować choroby psychiczne [3,6].

W styczniu w roku 1847, na sesji ustawodawczej złożyła dokumenty z wnioskiem o pozwolenie na budowę pierwszego szpitala psychiatrycznego w Illinois, na który dostała pozwolenie [3,6].

Mimo licznych osiągnięć, Dorothea Dix nie zaprzestała swoich działań [10,13,14]. W roku 1848, podczas odwiedzin Karoliny Północnej, kolejny raz wzywała do usprawnienia opieki nad chorymi psychicznie. Pierwsza próba przyjęcia reformy w sprawie opieki nad tą grupą chorych nie została przyjęta, ale do jej pozytywnego rozpatrzenia przyczyniła się żona jednego z członków zarządu. Umierająca wówczas kobieta poprosiła o ostatnie życzenie, jakim było przyjęcie ustawy. W wyniku jej prośby reformy proponowane przez Dix zostały zatwierdzone [10,13,14].

Kolejnym etapem w życiu Dorothei była wojna krymska, podczas której została mianowana superintendentką wojskowych opiekunów zdrowotnych [10,14,15]. Będąc osobą decyzyjną ustaliła, iż wolontariuszki powinny spełniać pewne kryteria, takie jak: 35-50 lat, zwyczajny wygląd (powinny nosić czarne lub brązowe sukienki bez kołnierzyków, nie powinny nosić biżuterii i używać kosmetyków). Miało to służyć przeciwdziałaniu możliwego wykorzystania młodych dziewczyn przez lekarzy, czy pacjentów [10,14,15].

W tym samym czasie Dorothea była zmuszona do toczenia sporu z lekarzami odnośnie kontroli placówek medycznych [10,16]. Wielu z nich było sceptycznie nastawionych do obecności opiekunek medycznych. Jednakże po rozpatrzeniu sprawy ustalono osoby odpowiedzialne za nadawanie uprawnień opiekunom medycznym oraz nadano lekarzom prawo do przydzielania wolontariuszy do poszczególnych szpitali. Niestety Dorothea została wówczas zwolniona z bezpośredniej odpowiedzialności operacyjnej [10,16]. Pracując nad usprawnianiem pracy z pacjentem, wdrażyła program armii federalnej, w którym finalnie uczestniczyło 3000 kobiet [10,16].

Niestety jej działania zostały przyćmione poprzez znacznie bardziej wpływowe postacie (Mary Edwards, Clara Barton). Sytuacja ta miała wpływ na rezygnację Dix w 1865r [10,16].

Po okresie wojny jej praca została formalnie uznana, czego wyrazem było także nagrodzenie jej dwiema flagami narodowymi. Ostatecznie założyła 32 szpitale i wpłynęła na powstanie 2 w Japonii [14,16]. Po wojnie wznowiła swoje zainteresowanie osobami chorymi psychicznie [10,14]. Prowadziła rewizję azylów i więzień na południu, chcąc zaobserwować poziom strat poniesionych przez wojnę. W roku 1881 Dix postanowiła przeprowadzić się do szpitala w New Jersey (który wcześniej założyła), a ustawodawca stanowy ofiarował jej prywatny apartament, którego używała do końca życia [10,14].

MARY JANE SEACOLE (1805-1881)



Fotografia 2. Mary Seacole, źródło [17]

Mary Seacole urodziła się na Jamajce, jako córka Jamesa Granta będącego szkockim porucznikiem armii brytyjskiej oraz wolnej kobiety z Jamajki, którą uważano za uzdrowicielkę [18]. Medycyna ludowa wówczas była bardzo popularna i dobrze rozwinięta, więc matka Mary - wraz z innymi uzdrowicielkami oraz lekarzami stosowali ją [18].

Podobnie jak matka, Mary zaczęła się interesować uzdrawianiem ludzi [18,19]. W tym celu udała się do Blundell Hall, gdzie nabyła umiejętności pielęgnacyjne, w tym stosowanie zasad higieny oraz ziołowych środków. Spisała także autobiografię, na podstawie której wiadomo, iż wykorzystując zdobytą wiedzę w Blundell oraz od swojej matki, prowadziła samodzielne prace medyczne, które ćwiczyła na lalkach, a następnie zwierzętach domowych. Po samodzielnej praktyce, wraz z matką, zaczęła leczyć ludzi [18,19].

Mary miała także okazję obserwacji działań lekarzy wojskowych [18,19]. Wyciągnięte wnioski połączyła wraz z wiedzą medycyny ludowej, osiągając w konsekwencji zadziwiające wyniki. Obecni wtedy na Jamajce europejscy lekarze pisali o masowych zgonach noworodków, podczas gdy Seacole nie straciła ani matki, ani dziecka, co było ogromnym sukcesem [18,19].

Z powodu umieszczenia placówki Imperium Brytyjskiego w Zachodnich Indiach, były one oblegane przez żołnierzy brytyjskich, którzy chronili porządek interakcji handlu zagranicznego [19,20]. Nie byli jednak przygotowani na panujące tam warunki, przez co często zapadali na choroby tropikalne, a to z kolei powodowało dużą intensywność pracy osób nimi się opiekujących, w tym Mary. Mary mieszkała wówczas przez kilka lat u starszej kobiety, gdzie była traktowana jak członek rodziny i otrzymała od niej dobre wykształcenie. Pochodzenie Seacole i poziom wykształcenia zapewniły jej wysoką pozycję w społeczeństwie. Po jej śmierci wróciła na Jamajkę, gdzie pracowała u boku swojej matki i była wzywana nawet do pomocy w szpitalu armii brytyjskiej w Obozie Up-Park [19,20].

W roku 1851 Mary udała się do Cruces w odwiedziny do przyrodniego brata [19,21]. Niedługo po jej przybyciu w mieście pojawiła się cholera i Seacole zajęła się opieką nad ludźmi, co dodatkowo podniosło jej reputację. Pacjenci nazywali ją „żółtym doktorem”. Od bogatych ludzi pobierała opłaty, lecz biednych leczyła nieodpłatnie. Gdy z powodu cholery umierało bardzo dużo pacjentów postanowiła dokonać sekcji zwłok ośmioletniego dziecka, którym się opiekowała, co pozwoliło jej na wyciągnięcie cennych wniosków. Podczas pracy podczas epidemii, sama także zachorowała na cholerę i to zmusiło ją do odpoczynku przez kilka tygodni [19,21].

W roku 1852 władze Jamajki poprosiły Seacole o pomoc w opiece nad chorymi z żółtą gorączką i mimo małych możliwości wobec ogromu problemu, Mary robiła co w jej mocy, aby uratować jak najwięcej ludzi [19,21]. Stamtąd udała się do Panamy, gdzie dotarła już

wiadomość o wojnie krymskiej. Mary szybko podjęła decyzję o podróży do Wielkiej Brytanii, by zgłosić się jako wolontariuszka do pomocy przy opiece medycznej nad rannymi [19,21].

Po przyjeździe do Anglii próbowała dołączyć do drugiego kontyngentu opieki medycznej na Krymie [21,22]. Swoje przemyślenia towarzyszące działaniom podczas wojny, Seacole opisała w pamiętniku: *„Teraz ani przez chwilę nie będę winić władz, które nie chciałyby słuchać oferty matczynej żółtej kobiety, by udała się na Krym i tam opiekowała się, synami”* *„cierpiącymi na cholera, biegunka i mnóstwo mniejszych dolegliwości. W moim kraju, gdzie ludzie znają nasze zastosowanie, byłoby inaczej, ale tutaj było wystarczająco naturalne - chociaż miałem odniesienia i inne głosy przemawiały w moim imieniu - że powinni się śmiać, dobrze - wystarczająco naturalnie, na moją ofertę”* [21,22].

Mary chcąc usilnie pomóc walczącym w wojnie na Krymie, próbowała złożyć wniosek o pomoc do Crimen Fund, gdzie negatywnie rozpatrzono jej propozycję [20,22]. Zgłoszenie do kontyngentu także zostało odrzucone, co skomentowała w autobiografii : *„Czy to możliwe, że amerykańskie uprzedzenia do koloru miały tu jakieś korzenie? Czy te panie nie chciały przyjąć mojej pomocy, ponieważ moja krew płynęła pod nieco bardziej obcisłą skórą niż ich?”* Szukając innej drogi, skontaktowała się z jednym z towarzyszy Nightingale oraz z żoną Sekretarza Wojny Elizabeth Herbert, ale także bezskutecznie [20,22].

Po wielu nieudanych próbach, Seacole postanowiła udać się na Krym, aby otworzyć hotel [20]. Budynek miał służyć jako bezpieczna kwatera dla chorych oraz oficerów na rekonwalescencji. Niedługo potem uzyskała kontakt z Thomasem Day'em, z którym zawarła związek partnerski. Chcąc zapewnić podopiecznym godne warunki, w roku 1855 ruszyła z mężem w rejs holenderskim parowcem do Konstantynopola. Statek zatrzymał się także na Malcie. Tam Seacole spotkała lekarza, który pomógł jej w skontaktowaniu się z Nightingale. Po okazanej pomocy, Mary poznała osobiście Florence w szpitalu Barrack w Scutari. Po zebraniu zapasów i przeniesieniu ich na statek transportowy, wyruszyła w podróż powrotną do brytyjskiego przytułku na Krym w Balaclava [20].

Hotel został zbudowany z zebranych materiałów niepotrzebnych innym placom budowy m.in. przedmiotów, takich jak: skrzynie do pakowania, czy żelazne blachy [18,21]. Został otwarty w roku 1855, a pierwszym gościem stał się Alexis Soyer (francuski kucharz), który przybył na Krym w celu poprawienia diety brytyjskich żołnierzy [18,21].

Seacole do wojska szła jako sutlerka, zajmując się ofiarami wyniesionymi z okopów wokół Sewastopola lub z Doliny Czarnej. Armia brytyjska okrzyknęła ją mianem „Matki Seacole” [18,21].

Poza pomocą medyczną Mary zapewniała także wsparcie psychiczne, poprzez ciepłe podejście do rannych i wycieńczonych żołnierzy, czy podanie im ciepłej herbaty [18,21]. Jeden z brytyjskich oficerów napisał o niej: *„Znajomość sławnej osoby, pani Seacole, kobiety w kolorze, która z dobroci serca i na własny koszt dostarczyła gorącą herbatę biednym cierpiącym [ranni mężczyźni są przetransportowani z półwyspu do szpitala w Scutari], gdy czekają, aż zostaną zabrani na łodzie... Nie oszczędzała się, gdyby mogła coś zrobić cierpiącym żołnierzom. W deszczu i śniegu, w burzy i po burzy, pojutrze w dniu, w którym znajdowała się na wybranym przez siebie stanowisku z kuchenką i czajnikiem, w każdym schronieniu, jakie mogła znaleźć, parząc herbatę dla wszystkich, którzy tego chcieli, a było ich wielu. Czasami w ciągu jednego dnia przybywało ponad 200 chorych, ale pani Seacole była zawsze równa okazji”*. Po wycofaniu się wojsk, Seacole wkroczyła na teren zniszczonego miasta, niosąc pomoc poszkodowanym bez względu na narodowość [18,21].

Po zakończonej wojnie Seacole wróciła do Anglii mając ciężką sytuację finansową spowodowaną przez niepowodzenie w sprzedawaniu zapasów [20]. Uzyskała jednak cztery potwierdzone dotychczas odznaki za przykładową postawę podczas czasu wojny z różnych państw. Nieoceniona pomoc na Krymie została dostrzeżona przez brytyjskich dziennikarzy, którzy napisali o Mary i jej działalności. To pomogło w bardziej wydajnym zbieraniu funduszy. Na ten cel został także zorganizowany koncert, podczas którego Seacole uzyskała jedynie 57 funtów [20].

W późniejszym czasie Mary powróciła do Jamajki [22]. Krótko później jej fundusz znów przeżywał kryzys, jednak tym razem uzyskała pomoc od wielu wysoko postawionych osób, dzięki którym mogła zbudować sobie dom oraz budynek pod wynajem. W roku 1870 wróciła do Londynu, gdzie przebywała do końca swojego życia. Zmarła 21 maja 1881 [22].

CLARISSA HARLOWE BARTON (1821-1912)

Clarissa Harlowe Barton urodzona na północnej części Oksfordu w stanie Massachusetts była córką Sarah Stone Barton i Stephen’a Bartona (członek miejscowej milicji i polityk). Ojciec swoimi poglądami wzbudził w córce zainteresowanie humanitaryzmem oraz poczucie patriotyzmu [23].

Gdy brat Clary doznał poważnego urazu głowy (upadek z dachu stodoły), 10-letnia Clarissa postanowiła nauczyć się wszystkich niezbędnych informacji, aby pomóc rodzeństwu w potrzebie [23]. Nauczyła się podawać przepisane leki i odpowiednio kłaść pijawki. Działania prowadziła nawet, gdy lekarze się „poddali” [23].



Fotografia 3. Clarissa Harlowe Barton, źródło [24]

Młoda dziewczyna miała niezwykle duże problemy związane z nieśmiałością, więc rodzice chcąc pomóc córce w przełamaniu się, wysłali ją do Colonel Stones High School [23,25]. Plan nie powiódł się, ponieważ środowisko, które miało ośmielić dziewczynę sprawiło, że wróciła jeszcze bardziej przygnębiona, smutna i bojaźliwa, co wymagało poświęcenia jej dodatkowego czasu na wyzdrowienie [23,25].

Bartonowie przeprowadzili się do miasta, gdzie mieszkało kuzynostwo Clary, aby pomóc wielodzietnej rodzinie po śmierci jednego z jej członków i Clara zaczęła opiekować się młodszymi kuzynami [25]. Rodzice dziewczyny w dalszym ciągu, próbując pokonać nieśmiałość córki, zaproponowali by została nauczycielką i w roku 1838 Clara zdobyła tytuł pedagoga, a rok później, zaraz po otrzymaniu certyfikatu nauczania, zaczęła uczyć. Pozytywnie zakończyła także kampanię redystrybucyjną, dzięki której dzieci pracowników miały prawo do edukacji [25].

W 1851 roku zmarła matka Barton, przez co jej rodzinny dom został zamknięty [26]. Nie porzuciła jednak zamięłowania do nauki i nauczania. Postanowiła kontynuować swoją edukację poprzez pisanie i posługiwanie się językami. Zaczęła naukę w Clinton Liberal

Institute w Nowym roku. Jej prace były czytelne, łatwe do przyswojenia oraz spójne, dzięki czemu miała szerokie grono odbiorców. Nawiązała tam wiele nowych relacji, które pozwoliły jej na poszerzenie punktu widzenia na ówczesne sprzeczne kwestie, a jej talent do nauki, zauważył dyrektor szkoły [26].

Otrzymawszy informację o braku szkół w pobliskim mieście, Barton udała się na miejsce i w roku 1852 została zatrudniona w bezpłatnej szkole w Bordetown [26]. Rok po rozpoczęciu pracy, do pomocy przy nauczaniu 600 osób, zatrudniła drugą kobietę, a miasto zebrało fundusze pozwalające na wybudowanie budynku szkoły. Panujące wówczas poglądy o kobietach wyrażały się o nich jako o opiekunkach gospodarstwa domowego. Z tego powodu na dyrektora szkoły ustanowiono także mężczyznę, a rola Barton została ograniczona do „asystentki”. Nauczycielki miały bardzo dużo obowiązków bez godnego wynagrodzenia. Pod wpływem wielu stresorów, Clara doznała załamania nerwowego i zdecydowała o rezygnacji z tej pracy [26].

W roku 1855 przeprowadziła się do Waszyngtonu, gdzie rozpoczęła nową karierę zawodową w roli urzędnika w Urzędzie Patentowym USA [26]. Była pierwszą kobietą z wysokim stanowiskiem i pensją podobną do pensji zarabianej przez mężczyzn. Podczas trzech lat pracy doświadczyła wielu zachowań ze strony kolegów z pracy, dyskryminujących ją ze względu na płeć. Jej sytuacja zawodowa zmieniała się wraz ze zmianami prezydentów. Ostatecznie jej stanowisko zmieniło się na „kopistę”, z którego miała nadzieję zrobić więcej miejsc pracy dla kobiet [26].

W roku 1861 problemy codzienności zostały przerwane przez nową sytuację [26,27]. Doszło do wojny secesyjnej, co niosło za sobą śmierć i kalectwo wielu żołnierzy, a ofiary zostały przetransportowane do Waszyngtonu (tam przebywała Clara). Widząc osoby potrzebujące pomocy, poprzez opiekę nad rannymi, postanowiła poświęcić się służbie krajowi. Zaopiekowała się 40 mężczyznami, wśród których rozpoznała swoich uczniów. Zaczęła gromadzić zapasy, aby pomóc także tym, którzy swój jedyny ekwipunek mieli w postaci mało wyposażonych plecaków. Swoim podopiecznym zapewniła także wsparcie emocjonalne. Po rozpoznaniu swoich uczniów, rozpoczęła zaopatrywać wojsko w środki medyczne. Pomimo sprzeciwu Departamentu Wojny, początkowo gromadziła zebrany asortyment we własnym domu i wraz z przyjaciółmi rozprowadzała go w wyznaczone miejsca. W owe działanie włączyły się Towarzystwa Pomocy Kobietom, które ofiarowały pomoc w wysyłce bandażów, żywności i odzieży. W roku 1862 Clara otrzymała pozwolenie do pracy na linii frontu. Uzyskała także wsparcie osób popierających jej działania i dzielących podobne poglądy [26,27]. Po pierwszym artykule opublikowanym w gazecie Massachusetts, otrzymała bogate zasoby

pozwalające na pełne zaspokojenie potrzeb. W roku 1864 uzyskała tytuł „Pani odpowiedzialnej” za szpitale lub „Florence Nightingale of America” [27].

Po zakończeniu wojny, Barton przekazywała zdobytą przez siebie wiedzę prowadząc działalność edukacyjną (wykłady) w latach 1865-1868 [27]. Prowadzenie wykładów, połączone z nieustanną zmianą miejsca, wyczerpały Clarę psychicznie i fizycznie, przez co za radą lekarza udała się w spokojne miejsce, gdzie mogła odpocząć od pracy [27].

Po zapoznaniu się z Fredrick’em Douglass’em została aktywistką na rzecz praw obywatelskich [27].

W roku 1869, w trakcie podróży do Genewy, zapoznała się z pracą Czerwonego Krzyża i dr. Appi, która zaprosiła Barton do rozpoczęcia działalności prowadzonych przez organizację w Ameryce. Zapewniła także wsparcie finansowe do podjęcia pracy [27].

Wojna secesyjna nie była jednak ostatnią w życiu Barton. W roku 1870 doszło do wybuchu wojny pruskiej, w której pomagała Wielkiej Księżnej Badenii przygotować szpitale wojskowe oraz włączyła się w działania Czerwonego Krzyża [27,28]. Następnie została przydzielona do nadzoru dostarczania pracy ubogim w Strasburgu. W roku 1871 przyjęła kolejną funkcję, jaką było zaopatrywanie osób bez środków do życia w Paryżu. Za swoje poświęcenie pod koniec wojny otrzymała odznaczenie Złotego Krzyża Badenii i Pruskiego Żelaznego Krzyża [27,28].

Zainspirowana nabytym doświadczeniem, po powrocie do ojczyzny, Barton zaczęła ubiegać się o uznanie Międzynarodowego Czerwonego Krzyża (ICRC - *International Committee of the Red Cross*) przez rząd Stanów Zjednoczonych [28]. Udało się to po zmianie prezydenta na Chester’a Artura, który sam zaproponował, aby Czerwony Krzyż pomagał także ofiarom trzęsień ziemi, pożarów i huraganów. Uzyskując zgodę państwa, Barton została założycielką amerykańskiego oddziału towarzystwa oraz zorganizowała pierwsze spotkanie, które odbyło się 21 maja 1881 roku. Pół roku później zostało założone pierwsze lokalne stowarzyszenie w Dansville [28].

Siły Amerykańskiego Czerwonego Krzyża mogły się wykazać w krótkim czasie po jego założeniu, gdyż wybuchła wojna hiszpańsko-amerykańska [27,28]. Podczas starcia Barton pomagała uchodźcom i jeńcom. Po jej zakończeniu, w ramach podziękowań za wyświadczoną pomoc, wybudowano jej pomnik na rynku w Santiago, który stoi do dnia dzisiejszego. Oprócz pomocy podczas wojen, zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami, prowadziła działania na rzecz osób cierpiących z powodów klęsk żywiołowych. Wybudowała pierwszą kwaterę główną Amerykańskiego Czerwonego Krzyża w Turcji, a w wieku 73 lat (1898 r.) pracowała w

szpitalach na Kubie. Ostatnią działalnością Barton była pomoc ofiarom huraganu Galveston w 1900 roku, gdzie wybudowała sierociniec dla dzieci [27,28].

Niestety pomimo przełamanych do tej pory barier, kobiety nadal były ograniczane społecznie [28]. Barton zaczęła być krytykowana (zarzut egocentryzmu w Amerykańskim Czerwonym Krzyżu), nowe pokolenie męskich ekspertów naukowych doprowadziło do jej zwolnienia ze stanowiska. Po tym fakcie Barton założyła National First Aid Society. Przez ostatnie lata swojego życia mieszkała w swoim apartamencie, który był również główną siedzibą Czerwonego Krzyża. W roku 1907 wydała swoją autobiografię pod tytułem: *„Historia mojego dzieciństwa”*. Zmarła 12 kwietnia 1912 roku na zapalenie płuc [28].

AGNES ELIZABETH JONES (1832-1868)



Fotografia 4. Agnes Elizabeth Jones, źródło [29]

Urodziła się w zamożnej rodzinie związanej z wojskowością oraz religią ewangeliczną [30]. We wczesnych latach, wraz z rodziną, udała się do Fahan w Irlandii. Odbýwała kształcenie domowe, a następnie ukończyła szkołę w Miss Ainsworth w Avonbank, gdzie przebywała do 1850 roku. Będąc na wakacjach na terenie Europy zaobserwowała pracę diakonistów z Instytutu Kaiserwerth, wykorzystujące nauki pielęgniarstwa Florence Nightingale. Jones postanowiła odwiedzić placówkę w Bonn, gdzie widziała szpital, azyl, sierociniec i dwie szkoły prowadzone przez diakonistów [30].

Po powrocie do Irlandii, zdecydowała wykorzystać zebrane doświadczenia [30]. W roku 1859 udała się w podróż do Londynu, gdzie spotkała się z Florence Nightingale i Sarah E. Wardroper. Florence pisała o niej: „jest „kobietą atrakcyjną, bogatą, młodą i dowcipną, a

jednak kobietą zasłoniętą i milczącą, nie wyróżniającą się niczym innym niż geniuszem boskim.”

Po tej wizycie Jones postanowiła ukończyć szkolenie pielęgniarские w szkole Nightingale i rozpoczęła naukę w roku 1862, gdzie wyróżniała się swoją inteligencją, czym zasłużyła na miano najdroższej uczennicy [30].

Po pomyślnym ukończeniu edukacji przeniosła się do Liverpoolu, gdzie stacjonował Liverpool Workhouse Infirmary [30]. Budynek pełnił rolę szpitala (rozmiar budowli pozwolił na zaspokojenie potrzeb 1200 chorych), ale także miejsca kształcenia pielęgniarek. Na prośbę Williama Rathbone’a wprowadzono do szpitala przeszkolone pielęgniarki, a w roku 1864 Agnes została zaproszona do pracy w ośrodku. Warunki panujące w szpitalu opisała jako: *„nieporządek, ekstrawagancja każdego opisu w zakładzie w niewiarygodnym stopniu”*. Podejmując pracę, do szpitala wprowadziła 12 przeszkolonych przez F. Nightingale pielęgniarek oraz 7 kuratorów sądowych, którzy także przeszli szkolenie. Wkrótce zespół powiększył się o wolontariuszy oraz 54 więźniów pracujących za niewielką opłatą [30].

Jones prowadziła szkolenia i opiekowała się prawidłowym funkcjonowaniem szpitala, wkładając w to ogrom pracy [31]. Niestety przepracowanie odbiło się na jej zdrowiu, przez co w wieku 35 lat zmarła na tyfus. W ciągu życia zdążyła opublikować jedną pracę, jaką było studium biblijne. Po jej niespodziewanej śmierci, Siostra Agnes opublikowała w roku 1871: *„Memorials of Agnes Elizabeth Jones”*. Pamięć o tej zasłużonej postaci w opiece pielęgniarskiej została uczczona przez poświęcenie Jones okna w anglikańskiej katedrze oraz postawienie pomnika w oratorium katedralnym [31].

LINDA RICHARDS (1841-1930)

Richards urodziła się 27 lipca 1841 roku w West Potsdam w Nowym Jorku, jako najmłodsza z trzech córek Państwa Richards [32]. Ojciec był kaznodzieją i nazwał córkę na wzór misjonarki Ann Judson, chcąc aby Linda obrała tą samą drogę. W roku 1845 rodzina Richards przeniosła się do domu w Wisconsin. Niestety kilka tygodni po przeprowadzce ojciec Lindy zmarł na gruźlicę. Rodzina musiała ponownie zmienić miejsce zamieszkania na dom dziadków Lindy w Newbury w stanie Vermont. Krótco po kupnie małej farmy matka Richards w 1854 roku także zmarła na gruźlicę, Linda opiekowała się matką do ostatnich chwil jej życia [32].

Doświadczenie opieki nad umierającą matką spowodowało, że Linda zainteresowała się tematem opieki medycznej [33]. W roku 1856 roku została nauczycielką w St. Johnsbury

Academy. Przez kilka lat pracowała na posadzie nauczyciela i w tym czasie stwierdziła, iż wykonywanie tego zawodu nie daje jej satysfakcji [33].



Fotografia 5. Linda Richards, źródło [34]

W roku 1860 roku poznała Georgea Poole’a, z którym się zaręczyła [33]. W momencie wybuchu wojny secesyjnej zaciągnął się do wojska, gdzie podczas walk został ranny. W roku 1865 wrócił do domu, a Linda opiekowała się narzeczoną aż do śmierci (1869) [33].

Doświadczona wielkimi stratami wyjechała do Bostonu, gdzie chciała rozpocząć pracę jako pielęgniarka [32,33]. Pierwszym miejscem pracy był szpital w Bostonie, gdzie miała trudności z przechodzeniem szkoleń. Nieudane próby nie zniechęciły jednak Lindy w dążeniu do celu. W roku 1872 zapisała się do amerykańskiej szkoły szkoleniowej prowadzonej przez dr Susan Dimock w New England Hospital for Women. Po ukończeniu szkoły udała się do Nowego Jorku, gdzie została zatrudniona w Bellevue Hospital Center na stanowisku kierownika nocnego [32,33].

Do Bostonu wróciła w roku 1874 i otrzymała tytuł kuratora Boston Training School dla pielęgniarek [32]. Po przejęciu stanowiska usprawniła program szkoły zapobiegając jej zamknięciu. W celu osobistej edukacji, w roku 1877, ukończyła program szkolenia pielęgniarek prowadzony przez Florence Nightingale. Po powrocie do Stanów Zjednoczonych stała się pionierką tworząc i nadzorując szkoły pielęgniarstwa na terenie całego państwa, a w roku 1855 roku wdrażyła program szkoleniowy na terenie Japonii [32].

Do 71. roku życia (do roku 1911) pracowała jako pielęgniarka, a następnie przeszła na emeryturę, podczas której wydała książkę „*Reminiscences of Linda Richards*” (1911). W roku 1923 doznała ciężkiego udaru mózgu, przez co była hospitalizowana do ostatnich chwil swojego życia. Zmarła 16 kwietnia 1930 roku [33].

MARY EDITH LOUISA CAVELL (1865-1915)



Fotografia 6. Edith Louisa Cavell, źródło [35]

Edith urodziła się 4 grudnia 1865 roku w Swardeston, wsi nieopodal Norwich, gdzie jej ojciec, Frederick Cavell był kapłanem przez 45 lat [36]. Miała troje rodzeństwa, z domu rodzinnego wyniosła postawę, by dzielić się z potrzebującymi, mimo iż jej rodzina nie dysponowała majątkiem [36].

W latach 1900-1905 uczyła się zawodu pielęgniarki w londyńskim szpitalu [36,37]. Dwa lata po skończeniu nauki została zatrudniona jako nauczycielka w nowo powstałej szkole pielęgniarstwa w Brukseli. W roku 1910 zdecydowała się wydać profesjonalne czasopismo pielęgniarstwa „*L'infirmière*”. W roku 1911 nauczwała pielęgniarstwa w 3 szpitalach, 24 szkołach i 13 przedszkolach. Po rozpoczęciu I wojny światowej wyjechała, aby odwiedzić swoją

owdowiałą matkę w Norfolk, we wschodniej Anglii, a gdy wróciła do Brukseli jej klinika oraz szkoła pielęgniarstwa zostały przejęte przez Czerwony Krzyż [36,37].

Po niemieckiej okupacji Brukseli, w listopadzie 1914 roku [36,37], Cavell zaczęła ukrywać brytyjskich żołnierzy oraz kierowała ich z okupowanej Belgii do bezpiecznej i neutralnej Holandii. Ranni żołnierze brytyjscy i francuscy oraz Belgowie i Francuzi, którzy mogli zostać powołani do wojska, byli przez nią ukrywani przed Niemcami oraz dostawali fałszywe dokumenty i pieniądze na dotarcie do granic państwa. W związku z tym, niemieckie władze stawały się coraz bardziej podejrzliwe wobec jej działań. 3 sierpnia 1915 roku została aresztowana i oskarżona o dawanie schronienia żołnierzom alianckim. Edith była przetrzymywana w więzieniu St. Gilles przez 10 tygodni, a przez ostatnie 2 przebywała w izolatce. W trakcie aresztowania dostawała oświadczenia napisane w języku niemieckim przyznające, że uczestniczyła w działaniach ruchu oporu. Składała trzy zeznania dla niemieckiej policji, przyznając się do pomocy w przetransportowaniu i ucieczce 60 brytyjskich i 15 francuskich żołnierzy oraz około 100 Francuzów i Belgów w wieku wojskowym. Cavell i 34 innych więźniów zostało postawionych przed sądem, a podczas nieuczciwego postępowania prowadzonego w języku niemieckim przez stronnicych sędziów, wysłano Edith oraz 4 innych więźniów na śmierć, podczas gdy pozostali oskarżeni zostali wysłani tylko na kary ciężkiej pracy. 12 października 1915 roku Cavell została stracona przez ośmioosobowy zespół strzelecki i dopiero w roku 1919 jej ciało wróciło do Anglii [36,37].

Ekzekucja Edith Cavell pomogła podsyćć wiarę w okresie wojennym, że Niemcy byli brutalni [36,37]. Cavell do dziś jest szczególnie upamiętniana w Europie jako osoba, która zainspirowała późniejsze pokolenia do bezinteresownej służby w czasie II wojny światowej. Na Trafalgar Square w Londynie znajduje się jej pomnik, na którym widnieją słowa: *"Patryjotyzm nie jest wystarczający. Nie mogę nikogo nienawidzić ani być zgorszonym"*, a 12 października w kościele anglikańskim ustanowiono dzień pamięci o Cavell [36,37].

Chociaż w chwili śmierci miała jedynie 49 lat, była już znana jako pionierka nowoczesnego pielęgniarstwa w Belgii [36].

MARY BRECKINRIDGE (1881-1965)

Urodziła się 17 lutego 1881 w Memphis, Tennessee, Stany Zjednoczone [36]. Mary dorastała w Waszyngtonie (gdzie jej ojciec pełnił funkcję kongresmena w Arkansas) oraz w Rosji. Edukację zdobywała w prywatnych szkołach w Lozannie oraz Stamford. Po latach nauki wróciła do rodzinnego domu i zawarła związek małżeński w roku 1904. Po jego nagłej śmierci

rozpoczęła naukę w St. Luke's Hospital School of Nursing w Nowym Jorku. Po studiach poślubiła Ryana Thompsona-dyrektora szkoły dla kobiet Eureka Spring w Arkansas, w której uczyła języka francuskiego oraz higieny. W roku 1916, po śmierci swojej nowo narodzonej córki oraz w roku 1918 – 4- letniego syna, postanowiła upamiętnić ich, poświęcając swoje życie poprawie warunków życia dzieci [38,39].



Fotografia 7. Mary Carson Breckinridge, źródło [40]

Podczas epidemii grypy w czerwcu 1918 roku pracowała jako pielęgniarka zdrowia publicznego [38,39]. Do jej obowiązków należało nadzorowanie innych pielęgniarek oraz pracowników pomocniczych. W tym też roku wyjechała również do Francji, jako wolontariusz American Committee for Devastated France. Przebywając w Europie przygotowywała pomoc humanitarną - program dedykowany dzieciom oraz kobietom w ciąży. Zainicjowała również powstanie Child Hygiene and Visiting Nurse Association, za które otrzymała Medal Wdzięczności Francuskiej [38].

Po powrocie do USA w roku 1921 pracowała z ludźmi ubogimi [38]. W kolejnych latach (1922-1923) odbyła kursy podyplomowe na Uniwersytecie Columbia, aby zapoznać się z najnowszymi osiągnięciami w zakresie zdrowia publicznego. W roku 1923 wyjechała do Anglii, aby zdobyć wykształcenie położnej. Po uzyskaniu dyplomu rozpoczęła poznawanie pielęgniarstwa wiejskiego w rozproszonych szkockich wiejskich miejscowościach [38].

Po ponownym powrocie Mary do Stanów Zjednoczonych w roku 1925, powołała do życia Kentucky Committee for Mother and Babies w Leslie County, który po 3 latach

działalności przekształcił się w Frontier Nursing Service [38,39]. Wprowadzenie zmian w opiece pielęgniarstwie i położniczej w opiece nad dziećmi i matkami przyczyniło się do spadku wskaźnika zgonów zarówno matek, jak i noworodków w stosunku do średniej krajowej (przy wykorzystaniu niewielkich nakładów finansowych). Kierowała tym ośrodkiem aż do swojej śmierci w roku 1965 [38,39].

Najważniejszym wkładem Breckinridge, jako pionierki w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa, był rozwój nowoczesnej opieki pielęgniarstwie w społecznościach wiejskich [38]. Zapoczątkowała powstanie pierwszego nowoczesnego systemu opieki zdrowotnej w USA oraz zapewniła profesjonalną opiekę w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarki i położne. Krzewiła również rozwój okręgowych centrów pielęgniarstwie oraz placówek szpitalnych w regionie południowo-wschodniej Kentucky [38].

VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)



Fotografia 8. Virginia Avenel Henderson, źródło [44]

Virginia Henderson urodziła się 30 listopada 1897 roku w Kansas w Stanie Missouri w Stanach Zjednoczonych [41]. Urodziła się jako piąte z ósemki dzieci w rodzinie. Jej ojciec

był adwokatem rdzennych Indian amerykańskich. Ukończyła Wojskową Szkołę Pielęgniarstwa w Waszyngtonie (decyzję o takim kierunku studiów podjęła po I wojnie światowej) [41].

Dyplom pielęgniarstwa uzyskała w Wojskowej Szkole Walter Reed Hospital w Waszyngtonie [41]. Po dwóch latach pracy w zawodzie rozpoczęła nauczanie adeptów pielęgniarstwa w Szpitalu Protestantckim w Norfolk w Stanie Wirginia. W roku 1929 pełniła funkcję opiekuna w Strong Memorial Hospital, w roku 1930 - prowadziła kursy na temat praktyki klinicznej oraz techniki analizy pielęgniarstwa w Teachers College, w roku 1932 - otrzymała tytuł Bachelor w Teachers College, a w 1934 roku - zdobyła tytuł Master of Arts w tej samej uczelni. Po uzyskaniu tytułu Master of Arts dołączyła do Uniwersytetu Columbia jako członek katedry uniwersyteckiej, gdzie pozostała tam do 1948 roku. W kolejnych latach zatrudniona była jako pracownik naukowy na Uniwersytecie Yale na wydziale pielęgniarstwa [41].

Uzyskała liczne wyróżnienia, m.in. doktorat honoris causa Katolickiego Uniwersytetu Ameryki, Uniwersytetu Rochester, Uniwersytetu Zachodniego Ontario oraz Uniwersytetu Yale [41].

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek uhonorowała ją nagrodą im. Christiane Reimann-uważaną za najbardziej zaszczytne odznaczenie w dziedzinie pielęgniarstwa [41].

Jest autorką wielu publikacji w dziedzinie pielęgniarstwa: szóstego wydania "Podręcznika zasad i praktyki pielęgniarstwa", "*The Nature of Nursing*", czy szóstego wydania "Zasad opieki" [41].

Henderson opracowała swoją definicję pielęgniarstwa nazywając ją „konceptją”. Jej liniowy model pielęgniarstwa jest pojmowany jako asystowanie choremu, by w jak najkrótszym czasie powrócił do pełni sił, uzyskał jego poprawę lub zapewnił spokojną śmierć [42,43]. Zwiększenie niezależności pacjenta jest uznawane za istotny aspekt opieki, tak aby nie opóźniać postępów chorego po okresie hospitalizacji. Rolą pielęgniarki jest niesienie pomocy w rozpoznaniu oraz zaspokojeniu potrzeb. Działania pielęgniarstwa podzieliła na 14 komponentów opartych na potrzebach ludzkich, bazując na Teorii Potrzeb Maslova [42,43].

Henderson w swojej teorii opisuje 4 pojęcia wiodące, tj. zdrowie, osoba, środowisko oraz pielęgniarstwo. "Osoba" jest traktowana jako niezależna całość, która funkcjonuje przez zaspokojenie 14 potrzeb, których zastosowanie w praktyce może pomóc we wskazaniu realnego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa. Potrzebami wg Henderson niezbędnymi do życia i rozwoju są [42,43]:

1. Potrzeba dostarczenia świeżego powietrza.
2. Potrzeba pożywienia dopasowanego do pacjenta.

3. Potrzeba do starzenia napojów.
4. Potrzeba wydalania produktów przemiany materii.
5. Potrzeba poruszania się oraz utrzymywania właściwej postawy ciała.
6. Potrzeba odpoczynku oraz snu.
7. Potrzeba właściwego ubioru oraz możliwości ubierania i rozbierania się.
8. Potrzeba utrzymania właściwej temperatury ciała.
9. Potrzeba czystości ciała.
10. Potrzeba unikania zagrożeń otoczenia.
11. Potrzeba komunikacji z innymi osobami w wyrażaniu uczuć, obaw, potrzeb oraz opinii.
12. Potrzeba odbywania praktyk religijnych.
13. Potrzeba pracy celowej.
14. Potrzeba nauki, rozwoju, zdrowia oraz korzystanie ze środków, które sprzyjają poprawie stanu zdrowia.

Została okrzyknięta "Nightingale nowoczesnego pielęgniarstwa". Virginia Henderson zmarła 19 marca 1996 roku mając 99 lat [41].

FLORENCE GUINNESS BLAKE (1907-1983)



Fotografia 9. Florence Guinness Blake, źródło [44]

Florence urodziła się 30 listopada 1907 roku w Wisconsin w rodzinie Thelmy Dunlap Blake, która była muzykiem oraz Jamesa Blake'a pełniącego obowiązek pastora w Kościele Baptystów [45].

W czasach młodości Blake była zachęcana przez rodzinę do wybrania zawodu pielęgniarki i za namową rodziny zdecydowała się wstąpić do Michael Reese Hospital School of Nursing w Chicago, uzyskując tam uprawnienia zawodowe w roku 1928 [45].

Następnie nauczała w swojej *alma mater* oraz pełniła obowiązki kierownika Szpitala Dziecięcego Sarah Morris Michaela Reese'a [45].

Cztery lata po ukończeniu studiów pielęgniarstkich jej zainteresowanie dziećmi wzrosło i postanowiła się zapisać do Teachers College na Uniwersytecie Columbia, gdzie przygotowywała się do nauczania pielęgniarstwa pediatrycznego [45,46].

Po zdobytym wykształceniu uzyskała stypendium Fundacji Rockefellera i postanawia wyjechać do Union Medical College w Peiping (obecnie Pekin) w Chinach, aby tam wykorzystać wiedzę zdobytą na Uniwersytecie Columbia. W czasie swojego 3- letniego stypendium w Chinach dopracowywała własne innowacyjne pomysły na temat zależności między praktyką pielęgniarstwa a zaawansowaną edukacją kliniczną [45,46].

Z międzynarodowym dorobkiem naukowym, Blake ukończyła studia podyplomowe na Uniwersytecie w Michigan w Ann Arbor oraz Szkoły Merrill Palmer w Detroit [45,46].

Po wykładzie wygłoszonym na Uniwersytecie w Michigan i Uniwersytecie Yale została zaproszona na Uniwersytet w Chicago, aby opracować zaawansowany program kształcenia pielęgniarstwa pediatrycznego. Na tamtejszej uczelni wykładała od 1946 do 1959 roku. Podczas tego pobytu była autorem wielu publikacji m.in. "*Essential of Pediatrics*" - często stosowanego w nauczaniu pielęgniarstwa pediatrycznego oraz "*Child, his Parents, and the Nurse*" - w której wyraża swoje obawy, iż pielęgniarka pracuje z rodzicami pod opieką dziecka. Jej publikacje zostały przetłumaczone na wiele języków oraz są używane na całym świecie [46].

W roku 1963 została zaproszona na Uniwersytet Madison, jako profesor pielęgniarstwa i kierownik programu studiów podyplomowych z zakresu pielęgniarstwa pediatrycznego [46].

W roku 1970 przeszła na emeryturę uzyskując tytuł profesora emerytowanego przez Uniwersytet w Madison oraz dalej kontynuując swoje zaangażowanie w sprawy społeczne [45]. Zmarła 12 września 1983 roku mając 76 lat [46].

DOROTHEA ELISABETH OREM (1914-2007)



Fotografia 10. Dorothea Elizabeth Orem, źródło [47]

Urodziła się w Baltimore (stan Maryland) w roku 1914 [48]. Swoją edukację zawodową rozpoczęła w Providence Hospital School of Nursing w stanie Waszyngton, a następnie uzyskała tytuł licencjata w 1939 roku oraz stopień magistra w 1939 roku w Catholic University of America w stanie Waszyngton [48].

Pracowała na licznych oddziałach, m.in. oddziale ratunkowym, chirurgicznym, pediatrycznym oraz bloku operacyjnym [48]. W kolejnych latach kierowała swoją *alma mater* (Providence Hospital School of Nursing). W roku 1949 przeniosła się do Indiana State Board of Health, gdzie pomagała w usprawnieniu opieki pielęgniarstwa w szpitalach ogólnych w stanie Indiana [48].

W latach 1958-1959 pracowała jako konsultant w Biurze Edukacji Departamentu Zdrowia, Edukacji i Opieki społecznej w Waszyngtonie [43,48]. Uczestniczyła w projektach, które miały doskonalić praktyczną naukę zawodu. Praca ta zmobilizowała ją do poszukiwania odpowiedzi, jakie czynniki/okoliczności sprawiają, iż pacjent nie może samodzielnie zadbać o swoje życie, zdrowie oraz rozwój, a także w jakich sytuacjach profesjonalna opieka pielęgniarska jest niezbędna. Jej rozważania przekształciły się w koncepcję "opieki nad sobą", a następnie w koncepcję "deficytu samoopieki". Deficyt ten oznacza stan, gdy pacjent nie jest

w stanie sam zadbać o siebie i w takim momencie pielęgniarka powinna udzielić mu pomocy. W przypadku dzieci, opieka pielęgniarska jest niezbędna, gdy opiekunowie dziecka nie są w stanie zapewnić niezbędnej opieki nad dzieckiem [43,48].

Podstawową hipotezą teorii samoopieki jest założenie, że człowiek jest naturalnie skłonny do zapewnienia opieki sobie, a także osobom, które są od niego zależne [43]. W związku z tym ma predyspozycje, które w całym jego życiu są rozwijane poprzez uczenie się nowych wzorców zachowań. Deficyt samoopieki pojawia się, gdy pacjent ma ograniczoną zdolność lub jest niezdolny do otoczenia się samoopieką, a zapotrzebowanie na opiekę jest większe w przypadku wystąpienia choroby bądź niepełnosprawności lub kiedy te obie sytuacje występują jednocześnie. Rola pielęgniarki polega na asystowaniu w samoopiece przy zastosowaniu odpowiednio dobranych metod [43].

Teoria systemów pielęgnowania Orem wyjaśnia, jak potrzeby pacjenta mogą być zaspokojone przy uczestnictwie samego pacjenta, pielęgniarki bądź obu tych osób. W zależności od stopnia deficytu oraz jego rozdziału, różna jest aktywność pielęgniarki i pacjenta. Orem wyróżnia trzy systemy: całkowicie kompensacyjny, częściowo kompensacyjny oraz wspierająco-kompensacyjny [44].

Koncepcja Orem została opublikowana po raz pierwszy w roku 1959 [47]. W kolejnych latach dalej ją rozwijała przy pomocy członków wydziału pielęgniarstwa Z Catholic University of America, a w roku 1971 opublikowała "Nursing: Concepts of Practice".

Orem została odznaczona kilkoma honorowymi stopniami naukowymi w USA oraz za granicą, jest laureatką nagrody otrzymanej przez Sigma Theta Tau - drugą największą organizacją pielęgniarską na świecie [47].

Zmarła w czerwcu 2007 roku [47].

MADELEINE LEININGER (1925 -2012)

Madelaine Leininger urodziła się 13 lipca 1925. Po uzyskaniu dyplomu z nauk biologicznych została członkiem personelu pielęgniarskiego szpitala w Omaha. Wkrótce potem studiowała pielęgniarstwo psychiatryczne, będąc pionierem w tworzeniu klinicznego programu specjalizacji w pielęgniarstwie psychiatrycznym dla dzieci [48].

Zainicjowała rozwój pielęgniarstwa transkulturowego na podstawie obserwacji dzieci w Centrum Terapii Dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi. Zauważyła ona, jak duże znaczenie ma wiedza na temat uwarunkowań kulturowych w opiece nad tymi dziećmi. Miała

wykształcenie antropologiczne, co pomogło jej w udowodnieniu, że świat potrzebuje rozwoju pielęgniarstwa, w którym opieka nad pacjentem będzie wrażliwa kulturowo [48].



Fotografia 11. Madeleine Leininger, źródło [49]

Twierdziła, że *"Ludzie rodzą się, żyją, chorują i umierają zgodnie z systemem wierzeń i praktyk kulturowych, ale w swoim wzrastaniu i przeżywaniu są zależni od ludzkiej troskliwości"*. Wyodrębniła także pojęcie troskliwości w pielęgniarstwie, rozumianej jako podstawową wartość w pielęgnowaniu [49-55]. Leininger opracowała teorię opieki kulturowej (Theory of Culture Care), aby *„odkrywać, dokumentować, interpretować i wyjaśniać przewidywane i liczne determinanty związane oraz wyjaśniające opiekę z holistycznej perspektywy czynników kulturowych”* [49-55].

Powyższa teoria była fundamentem dla rozwoju średnich oraz małych modeli teoretycznych w pielęgniarstwie transkulturowym i bazą dla tworzenia kompetencji kulturowych [49-55].

Teoria opieki kulturowej ma na celu zapewnienie kulturowo zgodnej opieki pielęgniarstwiej poprzez *„kognitywne wspomagające, wspierające, ułatwiające działania lub decyzje, które są w większości dostosowane do indywidualnych wartości kulturowych, przekonań i wyborów jednostki, grupy lub instytucji (...)* Opisuje związek między antropologią,

wierzeniami oraz zasadami pielęgnowania i jest w opozycji do rutyny i interwencji standaryzowanych, obecnych w praktyce pielęgniarstwa” [49-55].

Model opieki kulturowej obejmuje trzy komponenty w zakresie działań zapewniających korzystną oraz znaczącą opiekę [49-55]:

- Zachowanie i/lub utrzymanie – odnoszące się do zapewniania przez pielęgniarki wsparcia dla praktyk kulturalnych, takich jak np. zastosowanie akupresury lub akupunktury do leczenia niepokoju i bólu przed interwencjami medycznymi.
- Przystosowanie i/lub negocjacje – odnoszące się do negocjacji kulturowych poprzez wsparcie udzielane pacjentom i członkom ich rodzin w prowadzeniu działań swoistych kulturowo, które nie stanowią zagrożenia dla zdrowia pacjentów lub jakiegokolwiek innej osoby w otoczeniu opieki zdrowotnej, np. zachęcanie osoby będącej weganem, mającej niedobory białka, aby stosowała dietę wegetariańską z białkiem zwierzęcym nie pochodzącym z mięsa.
- Ponowne modelowanie i/lub przekształcanie – odnoszące się do wysiłków pielęgniarek skoncentrowanych na pacjencie, pomagających im modyfikować lub zmieniać ich działalność w obrębie wytycznych kulturowych. Rekonfiguracja elementów kultury jest sugerowana tylko wtedy, gdy niektóre praktyki kulturowe mogą wyrządzić szkodę pacjentowi lub osobom z nim zamieszkującym, np. podjęcie próby przekonania pacjenta z chorobą nowotworową we wczesnym stadium, stosującego tylko metody niekonwencjonalne do poddania się również tradycyjnym metodom leczenia.

W ocenie kulturowych relacji opiekuńczych w tej teorii podkreśla znaczenie takich elementów, jak: komunikacja i język, zdolność/niepełnosprawność, aktywność zawodowa, wiek, status społeczno-ekonomiczny, kwestie płci, orientacja seksualna, relacje interpersonalne, wygląd, ubranie, wykorzystanie przestrzeni, żywność, przygotowywanie posiłków, sposoby życia [49-55].

Przez kilka lat Leininger opracowała wskazania do realizacji badań umożliwiających poznanie swoistości i różnorodności w zakresie opieki warunkowanej kulturowo i fenomenu opieki pielęgniarstwa. Obejmują one takie domeny, jak [49-55]:

- Czynniki zawarte w Modelu „Wschodzącego Słońca” należy traktować nie jako model, ale aktywatory kultury.
- Trójstopniowy podział aktywności: obserwacja-uczestniczenie-refleksja.
- *Leininger’s Stranger to Trusted Friend Enabler* – polega na przejściu od bycia głównie „nieufnym nieznajomym,, do ”zaufanego przyjaciela”. Jest to niezbędne, aby uzyskać

autentyczne, dokładne i sensowne dane o kulturze i najbardziej pomocne w ustanowieniu zaufania i sprzyjającej relacji z klientami i informatorami.

- *Domain of Enquiry Enabler* – zakłada, że należy koncentrować się na pytaniach ogólnych dotyczących kultury i ich przejawów zarówno dawców opieki np. pielęgniarek, jak i odbiorców, czy informatorów.
- *Acculturation Leininger's Health Care Assessment Enabler* – pozwalający na przeprowadzenie badań kulturo-poznawczych, ocenę opieki zdrowotnej oraz pomaga określić tożsamość kulturową i odkryć kulturową zmienność wartości, przekonań i stylów życia.

Była emerytowanym profesorem Pielęgniarstwa na Wayne State University i adiunktem na University of Nebraska Medical Center w Omaha. Leininger zmarł w swoim domu w Omaha, Nebraska w dniu 10 sierpnia 2012 roku w wieku 87 lat [53].

PODSUMOWANIE

„Jeśli ocaliłeś jedno życie jesteś bohaterem,
jeśli ocaliłeś tysiące jesteś pielęgniarką”
Stephen King

Czasy współczesne charakteryzują się prężnymi innowacjami w dziedzinie pielęgniarstwa, które stało się profesją. Współczesne odkrycia, doświadczenia oraz rozwój technoinformacyjny pozwalają na usprawnianie pracy pielęgniarek i pielęgniarzy do bardzo wysokiego poziomu. Z kolei dostępny sprzęt medyczny pozwala na pielęgnację osób najbardziej wymagających i poprawia komfort pracy. Osoby kształące się w kierunku pielęgniarstwa mają dostęp do szerokiego zakresu podręczników oraz publikacji naukowych, umożliwiających im solidne przygotowanie się do pełnienia przyszłego zawodu, który wymaga posiadania dużego zasobu wiedzy. Ponadto możliwe jest zdobywanie tytułów naukowych w dziedzinie pielęgniarstwa.

Od opublikowania przez Nightingale „*Uwag o pielęgniarstwie*” do czasów współczesnych, zawód pielęgniarki/pielęgniarza stał się profesją nie wyłącznie podporządkowaną zleceniom lekarzy, lecz samodzielnym i szeroko rozwiniętym zawodem. Pielęgniarka nie jest już osobą, która pod presją konieczności zarobku jest zatrudniana do pracy najmniej prestiżowej, ale jest osobą pragnącą działać na rzecz potrzebujących i jednocześnie mieć szansę osobistego rozwoju. W ramach kształcenia kandydaci na to stanowisko

zobowiązują się do poszerzania dotychczasowej wiedzy i umiejętności. Do osiągnięcia prawa do wykonywania zawodu wymaga się zdobycia odpowiedniej wiedzy teoretycznej i praktycznej, a także przestrzegania zasad moralnych i profesjonalizmu w zakresie m.in. pielęgnacji i holistycznego podejścia do pacjenta.

Przeanalizowane osobowości wyróżniały się umiejętnością niesienia profesjonalnej pomocy osobom, które nie potrafiły pomóc sobie samym. Taką cechą powinni charakteryzować się wszyscy, których określa się mianem pielęgniarki/pielęgniara. Obowiązki wykonywane na tym stanowisku wymagają często styczności, np. z procesem umierania, na którego żaden człowiek nie jest przygotowany, a sytuacja taka wymaga szczególnej empatii, wsparcia fizycznego, psychicznego oraz społecznego. Zadaniem pielęgniarki/pielęgniara jest więc podejmowanie działań na rzecz wzmacniania zdrowia, zapobiegania chorobom, kształtowania umiejętności życia z chorobą lub niepełnosprawnością oraz towarzyszenie w godnym i spokojnym umieraniu.

PIŚMIENNICTWO

1. Leszczyńska M.: Zanim pielęgnowanie stało się zawodem. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2018; 6: 6-11.
2. Słosorz T.: Kształcenie zawodowe pielęgniarek w ujęciu historycznym. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2014; 4(41): 298-304.
3. Maksimowicz A.: Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym. Wydawnictw Lekarskie PZWL, Warszawa 1977.
4. Domosławski Z.: Wprowadzenie do medycyny. Wydawnictwo Kolegium Karkonoskie, Jelenia Góra 2007.
5. Wrońska I., Mariański J.(red): *Etyka w pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów pielęgniarskich studiów licencjackich*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
6. Supady J.: Początek nowoczesnego pielęgniarstwa w XIX wieku. *Health Promotion & Physical Activity* 2019; 2(7): 1-4.
7. https://pl.wikipedia.org/wiki/Dorothea_Dix, (data dostępu 19.05.2020).
8. Onion A., Sullivan M, Mullen M.; „Dorothea Lynde Dix” <https://www.history.com/topics/womens-history/dorothea-lynde-dix>, pobrano dnia: 27.04.2020
9. Norwood AR, National Women's History Museum, 2017: <https://www.womenshistory.org/education-resources/biographies/dorothea-dix>
10. Manon P.: "Dorothea Dix": *American Journal of Public Health*, 2006; 69: 624–625.

11. Sonya M.: "Dorothea Dix". *Journal for Theoretical Studies in Media and Culture* 1995; 17(2): 48–66.
12. Tiffany F: *Life of Dorothea Lynde Dix*. The Riverside Press, Boston, Cambridge 1890.
13. Brisk W.: *The History of Elgin Mental Health Center: Evolution of a State Hospital*. Crossroads Communications 1997.
14. Holland M.G.: *Our Army Nurses: Stories from Women in the Civil War*. Edinborough Press, Roseville 2002.
15. Hardy S., Coronas A.: The Nurse's Uniform as Ethopoietic Fashion. *Fashion Theory* 2017; 21(5): 523-552.
16. Wood A.G.: *American National Biography, Dix, Dorothea Lynde*. <https://www.anb.org/view/10.1093/anb/9780198606697.001.0001/anb-9780198606697-e-1500181> (data dostępu 10.05. 2020)
17. https://pl.wikipedia.org/wiki/Mary_Seacole, (data dostępu 19.05.2020).
18. Seacole M.: *Wonderful Adventures of Mrs. London, Seacole in Many Lands*. 1857.
19. Hall D.: *In Miserable Slavery: Thomas Thistlewood in Jamaica, 1750–86*. Jamaica, The University of the West Indies Press, 1999.
20. Siva M.: *After the Treaties: A Social, Economic and Demographic History of Maroon Society in Jamaica*. Southampton: Southampton University, Doctoral Thesis, 2018.
21. Gretchen G.: *Black London: Life Before Emancipation*. Rutgers University Press, 1995.
22. National Library of Jamaica: *Mary Seacole (1805-1881)* (data dostępu 19.05.2020).
23. https://pl.wikipedia.org/wiki/Clara_Barton (data dostępu 19.05.2020).
24. Barton C.: *The Story of My Childhood*. New York, Baker and Taylor Company, 1907.
25. Bacon-Foster C.: *Clara Barton. Humanitarian*. Records of the Columbia Historical Society, Waszyngton 1918.
26. Willard E.F., Livermory A. M.: *Great American Women of the 19th Century: A Biographical Encyclopedia*. Amherst 2005.
27. Epler P.H.: *The Life of Clara Barton*. Macmillan, 2010.
28. https://en.wikipedia.org/wiki/Agnes_Jones, (data dostępu 19.05.2020).
29. Baker A.P.: Jones, Agnes Elizabeth (1832–1868) nurse. *Oxford Dictionary of National Biography*, www.oxforddnb.com (data dostępu 19.05.2020).
30. Simkin J.: *Eva McLaren, Spartacus Educational*. <https://spartacus-educational.com/Wmaclaren.htm> (data dostępu 19.05.2020).
31. Richards L.: *Reminiscences of Linda Richards. America's firsttrained nurse*. Whitcomb & Barrow, Boston 1915.

32. Linda Richards Biography (1841-1930). <http://www.faqs.org/health/bios/0/Linda-Richards.html> (data pobrania 10.05.2020).
33. https://en.wikipedia.org/wiki/Linda_Richards, (data dostępu 19.05.2020).
34. https://pl.wikipedia.org/wiki/Edyta_Luiza_Cavell, (data dostępu 19.05.2020).
35. Leders P.K.H.: Edith's wonderland. In memoriam of Edith Cavell 12 october 1915. https://www.academia.edu/9532093/EDITH_S_WONDERLAND_IN_MEMORIAM_OF_EDITH_CAVELL_12_OCTOBER_1915, (data dostępu 19.05.2020).
36. Hallett Ch. E.: Edith Cavell and her Legend. Londyn, Palgrave macmillan, 2019.
37. Shampo M.A., Kyle R.A.: Mary Breckinridge-Pioneer Nurse Brings Modern Nursing to Rural Environmet. Mayo Clinic Proceedings, 1999; 74(12): 1312.
38. Mary Breckinridge (hasło), Encyklopedia Britannica online, <https://www.britannica.com/biography/Mary-Breckinridge>, (data dostępu 19.05.2020).
39. https://en.wikipedia.org/wiki/Mary_Carson_Breckinridge, (data dostępu 19.05.2020).
40. Younas A., Sommer J.: Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. International Journal of Caring Sciences 2015; 8: 443-450.
41. Dobińska Ż.: Opieka pielęgniarstwa-wybrane zagadnienia teoretyczne. Polski Przegląd Nauki o Zdrowiu 2014; 1(38): 59-63.
42. Zarzycka D., Ślusarska B.(red.): Podstawy pielęgniarstwa tom 1. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarstwa. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017.
43. <https://sites.google.com/site/pielęgniarstwo2731/virginia-henderson>, (data dostępu 19.05.2020).
44. <http://faculty-history.dc.umich.edu/faculty/florence-guinness-blake>, (data dostępu 19.05.2020).
45. American Nurses Association: Florence Guinness Blake (1907-1983). <http://ojin.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA/Honoring-Nurses/NationalAwardsProgram/HallofFame/19962000Inductees/blakfg5515.html> (data dostępu 19.05.2020).
46. American Association for the History of Nursing: Florence G. Blake 1907-1983. <https://www.aahn.org/blake>, (data dostępu 19.05.2020).
47. https://en.wikipedia.org/wiki/Dorothea_Orem, (data dostępu 19.05.2020).
48. Płaszewska-Żywko L.: Model teoretyczny pielęgniarstwa Dorothei Orem. W: Podstawy pielęgniarstwa (red.) B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniaczek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008r.
49. Leininger M. Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. J Trans cult Nurs 1997; 8(2): 32-52.

50. <https://pl.thpanorama.com/articles/cultura-general/madeleine-leininger-biografia-y-teo-ra.html> (data dostępu 19.05.2020).
51. Schim SM, Doorenbos AZ, Benkert R, Miller J. (2007). Culturally congruent care: Putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing* 2007; 18 (2): 103-110.
52. Xu Y, Shelton D, Polifroni E, Anderson, E. Advances in conceptualization of cultural care and cultural competence in nursing: An initial assessment. *Home Health Care Management & Practice* 2006; 18 (5): 386.
53. Leininger M, McFarland M. Madeleine Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality. In: *Nursing Theories & Nursing Practice*. M. Parker & M. Smith. Davis Company, Philadelphia 2010.
54. Ślusarska B., Zarzycka D., Majda A., Dobrowolska B.: Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie – podstawy konceptualizacji i narzędzia pomiaru naukowego, *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2017; 17(61): 40-45.
55. https://pl.qwe.wiki/wiki/Madeleine_Leininger, (data dostępu 19.05.2020).

Wybrane pionierki polskiego pielęgniarstwa

**Natalia Zajkowska¹, Izabela Wołosz¹, Paulina Wyrwas¹, Klaudia Wojtach¹,
Paulina Aniśko²**

1. Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Opiekunowie SKN- prof. Elżbieta Krajewska-Kułak, mgr Paulina Aniśko
2. Student Szkoły Doktorskiej UMB, Doktorantka Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

HANNA CHRZANOWSKA (1902-1973)



Rycina 1. Hanna Chrzanowska, źródło:[1]

Urodziła się 7 października 1902 roku w Warszawie [1-7]. Była córką historyka literatury polskiej, więc wychowała się w domu pełnym tradycji patriotycznych i literackich.

W rodzinnej posiadłości w Wiązownie oraz w Warszawie (w okazałym pałacu swoich dziadków ze strony matki), spędziła pierwsze lata dzieciństwa, a siedzibę tę, która została wybudowana pod koniec XIX wieku w eleganckiej dzielnicy Warszawy, staraniem dziadka Jana Karola Szlenkiera, nazywała „*czarodziejskim pałacem swojego dzieciństwa*” [1-7].

Idąc w ślady ojca została studentką polonistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego, jednakże zainteresowana działalnością swojej ciotki, Zofii Szlenkier oraz informacją, w roku 1921, o rozpoczęciu działalności Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, przerwała studia i wybrała ścieżkę pielęgniarstwa [1-7]. Naukę rozpoczęła dopiero z grupą słuchaczek drugiego kursu, od wiosny 1922 roku [8].

Ważną rolę w tym wyborze odegrały także tradycje społecznej dobroczynności i filantropii panujące w rodzinie matki Hanny oraz jej osobiste doświadczenia, jako pacjentki i sanitariuszki, po ukończonym kursie pielęgniarstwie PCK. W swoich wspomnieniach pisała: „*Moi dziadkowie ze strony macierzystej byli najautentyczniejszymi filantropami. Wzrastałam w atmosferze pomocy drugim i tzw. wówczas dobroczynności jako w najnaturalniejszej aurze*” [cyt. za 5].

Po maturze ukończyła krótki kurs pielęgniarstwa, aby pomagać ofiarom wojny polsko-bolszewickiej. Razem z Zofią Wajdówną bardzo chciały pomagać w walce z bolszewikami o niepodległość Polski i w związku z tym zaangażowały się w pracę sekcji Komitetu Ochrony Polski [1-7].

W listopadzie 1920 roku spełniło się jej marzenie o pracy w szpitalu [1-7]. Do Krakowa przyjechały pielęgniarki Amerykańskiego Czerwonego Krzyża i Hanna Chrzanowska wraz z Zofią Wajdówną zapisały się na 6-tygodniowy kurs pielęgniarstwa i anatomiczno-chirurgiczny. Hannę przydzielono na kurs pielęgniarstwa, prowadzony przez Amerykankę polskiego pochodzenia, Stellę Tyłską. Uzyskała na nim podstawowe wiadomości z anatomii i fizjologii oraz z zakresu pielęgnacji i zabiegów. Z wykładów zapamiętała na całe życie, że „*odleżyna u pacjenta jest „hańbą” dla pielęgnowanej go pielęgniarki*”, o czym pamiętała w swojej pracy [1-7].

Zawsze pragnęła być sanitariuszką w Legionach Józefa Piłsudskiego, jednakże czynnie, jako młoda przyuczona pielęgniarka, zaangażować się mogła dopiero podczas wojny polsko-bolszewickiej [1-7].

Swoją pasję pracy przy łóżku chorego wiązała z przeżyciami, jakich doświadczyła w Szpitalu im. Marii i Karola. Z pierwszej swojej pracy pielęgniarstwa zapamiętała nie tylko pielęgnowanych pacjentów ze strasznymi okaleczeniami, ale zachowania personelu, niestety i negatywne, nie szanujące godności chorego, a także, na szczęście częściej, pełne poświęcenia

i troski o los podopiecznych. Swoimi pacjentami zajmowała się u boku doświadczonej Wigi Boguszówny [1-7].

W roku 1924, po ukończeniu szkoły pielęgniarzkiej, wyjechała na stypendia do Francji i Belgii, gdzie pogłębiała swoją wiedzę na temat pielęgniarstwa społecznego. Pracowała jako instruktorka w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie i redagowała także miesięcznik, pierwsze czasopismo zawodowe dla pielęgniarek w Polsce, wydawane pod nazwą „Pielęgniarka Polska”. Była wiceprzewodniczącą Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych, brała udział w przygotowaniu Ustawy o pielęgniarstwie uchwalonej w roku 1935. Współorganizowała katolicki Związek Pielęgniarek Polskich [1-7].

W czasie okupacji, w Polskim Komitecie Opiekuńczym, pomagała uchodźcom, osobom przesiedlonym i więźniom w ramach pracy wolontaryjnej. Szczególną uwagę poświęcała osieroconym dzieciom (również żydowskim), znajdując im bezpieczne miejsca pobytu oraz rodziny opiekuńcze [1-7].

Po wojnie Hanna Chrzanowska rozpoczęła pracę w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarsko – Położniczej, jako kierowniczka działu pielęgniarstwa społecznego [2,9]. Wyjechała na stypendium do USA, gdzie pogłębiła swoją wiedzę w zakresie pielęgniarstwa domowego, a zdobyte tam doświadczenie wykorzystała organizując pielęgniarstwo przyszpitalne i domowe. Przez wiele lat wykładała metodykę pielęgniarstwa otwartego w Szkole Instruktorów Pielęgniarstwa w Warszawie. Jako instruktorka i wychowawczyni kładła silny nacisk na wychowanie młodych pielęgniarek w duchu autentycznej służby człowiekowi choremu, uwzględniającej jego potrzeby nie tylko zdrowotne, ale i duchowe oraz poszanowanie jego godności [2,9].

W roku 1957 Hanna Chrzanowska objęła funkcję dyrektorki Szkoły Pielęgniarstwa Psychiatrycznego w Kobierzynie, a w rok później, po likwidacji tej placówki, przeszła na wcześniejszą emeryturę. Nadal jednak pozostała obecna w życiu środowiska pielęgniarzkiego, biorąc czynny udział w pracach Polskiego Towarzystwa Pielęgniarzkiego, opracowując podręcznik – „Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej” oraz publikując fachowe artykuły na łamach czasopism pielęgniarzskich [2,9].

Otwarcie wyrażała swoje przywiązanie do wartości religijnych oraz chrześcijańskich i ich ogromne znaczenie w jej życiu [1-7]. W oparciu o struktury kościelne zorganizowała pomoc pielęgniarzką dla samotnych, niepełnosprawnych oraz pozbawionych opieki osób. Była prekursorką pielęgniarstwa domowego i parafialnego. Uważała, że osoba przewlekłe chora, która nie może być otoczona pomocą szpitalną, powinna być otoczona wielowymiarową opieką poza szpitalem. Stawiała pielęgniarkom bardzo wysokie wymagania. Podstawowym ich

obowiązkiem było okazanie szacunku oraz empatii osobie chorej oraz zainteresowanie się jej podstawowymi potrzebami, m.in. żywieniem, higieną oraz czystością pomieszczenia. Uwrażliwiała pielęgniarki na psychiczne i duchowe cierpienie podopiecznych. Organizowała im msze święte w ich domach [1-7].

Pielęgniarstwo dla Hanny Chrzanowskiej było powołaniem, a możliwość opieki nad chorym oraz towarzyszenie mu przy umieraniu, uważała za zaszczyt [1-7].

Twierdziła, że pielęgniarka powinna zainteresować chorego rozmową, starać się odwrócić jego uwagę od choroby oraz umieć wysłuchać [1-7].

Pierwsza w Polsce zorganizowała rekolekcje dla chorych w Trzebini, na których nauki wygłaszał m.in. ks. Kardynał Karol Wojtyła [1-7].

Na wszystkich polach pracy z chorymi, Hanna Chrzanowska współpracowała ściśle z ks. kard. Karolem Wojtyłą. Na jego wniosek, Ojciec Św. Paweł VI odznaczył ją medalem „*Pro Ecclesia et Pontifice*”. Z kolei jej życie wewnętrzne w znacznej mierze formowało się wg duchowości św. Benedykta (od roku 1956 była oblatką Opactwa Tynieckiego). Służąc całe życie chorym i cierpiącym coraz wyraźniej uświadamia sobie, że służy w nich samemu Chrystusowi [9,10].

W młodości Hanna Chrzanowska zaczęła pisać wiersze, a także napisała pod pseudonimem Agnieszki Osieckiej trzy powieści: *Niebieski klucz* (1934 - Warszawa: Marchoń), *Krzyż na piaskach* (1938 - Warszawa: Biblioteka Polska) i *Płonący śnieg* [6]. Ponadto jest autorką kilku pozycji dotyczących pielęgniarstwa [6]:

- Hanna Chrzanowska: *Miłosierdzie Skargi*. Krakowskie Zakłady Graficzne i Wydawnicze, Kraków 1936.
- Hanna Chrzanowska, Teresa Kulczyńska: *Zabiegi pielęgniarские*. Wyd. 1. Kraków: Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych w Warszawie, 1938.
- Hanna Chrzanowska: *Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej*. Wyd. 1. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1960.
- Hanna Chrzanowska (pod red. Izabeli Ćwiertni): *Rachunek sumienia pielęgniarki. (DOC)*. Wyd. Arbor, Kraków 2002.

W roku 1966 zachorowała na chorobę nowotworową i przeszła w jej trakcie operację chirurgiczną, a następnie sesję radioterapii [6]. 12 lutego 1973, na spotkaniu Dyrektorów Diecezjalnych Duszpasterstwa Dobroczynności, wygłosiła swój ostatni referat „*Apostolstwo świeckich w opiece nad chorymi*”. 12 kwietnia 1973 roku, kiedy była już obłożnie i ciężko chorą, przyjęła z rąk ks. Franciszka Macharskiego, późniejszego kardynała, sakrament

namaszczenia chorych, po czym 28 kwietnia straciła przytomność, a 29 kwietnia 1973 roku, około godz. 4:00, zmarła w swoim mieszkaniu [6].

Trumnę z jej ciałem przeniesiono do kościoła sióstr karmelitanek bosych po drugiej stronie ulicy Łobzowskiej, niemalże naprzeciwko kamienicy, w której mieszkała. Uroczystości pogrzebowe, pod przewodnictwem kard. Karola Wojtyły odbyły się 2 maja. Została pochowana w rodzinnym grobowcu na Cmentarzu Rakowickim [6].

6 kwietnia 2016 odbyła się ekshumacja jej szczątków z Cmentarza Rakowickiego, a po tym w Instytucie Medycyny Sądowej w Krakowie przeprowadzono stosowne badania [6]. 7 kwietnia 2016 szczątki, w obecności kard. Franciszka Macharskiego, po uroczystej mszy świętej, zostały złożone do krypty pod ołtarzem Niepokalanego Poczęcia NMP kościoła św. Mikołaja przy ulicy Kopernika 9. W dniu 4 kwietnia 2018 zostały uroczysto przeniesione do alabastrowego sarkofagu oraz umieszczone przed tym ołtarzem, a Świątynia została ustanowiona jej sanktuarium [6].

Została uhonorowana także Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski i jest patronką wielu szkół, i placówek o charakterze opiekuńczym [10].

W roku 1995 pielęgniarki skupione w Katolickim Stowarzyszeniu Pielęgniarek i Położnych, wystosowały prośbę do ks. kard. F. Macharskiego o wszczęcie procesu beatyfikacyjnego [9].

Ksiądz Kardynał twierdził, że była ona „sumieniem środowiska pielęgniarstwa” i po spełnieniu niezbędnych wymogów dokonał uroczystego otwarcia procesu w dniu 3 XI 1998 roku. Proces beatyfikacyjny Służebnicy Bożej został zamknięty na szczeblu diecezjalnym 30 XII 2002 roku. Następnie dokumenty procesowe przekazane zostały do Kongregacji ds. Świętych przy Stolicy Apostolskiej, gdzie trwały dalsze prace związane z oceną świętości życia i heroicznego cnót Służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej [9]. Ostatecznie została beatyfikowana 28 kwietnia 2018 roku w Krakowie [3].

ZOFIA SZLENKIERÓWNA (1882-1939)

Urodziła się 7 września 1882r. Z rodzinnego domu wyniosła chęć pomocy ludziom, co zaowocowało rozpoczęciem nauki na Wydziale Lekarskim. Początkowo kształciła się w domu, a w latach 1905-1907 studiowała medycynę w Genewie. Niestety z powodu choroby matki musiała dwukrotnie przerywać naukę [2,3,11].

W latach 1908-1910 studiowała w Szkole Pielęgniarstwa Florence Nightingale, a odziedziczony po śmierci rodziców majątek przekazała na wybudowanie Szpitala Dziecięcego

w Warszawie (Szpitala im. Karola i Marii dla Dzieci w Warszawie - oddany do użytku w 1913), który był uznawany za jeden z najlepszych i najnowocześniejszych w Europie. Pracujące tam pielęgniarki były pierwszymi nauczycielkami zawodu w specjalizacji pediatrycznej [2,3,11].

W roku 1928, po otrzymaniu dyplomu, została dyrektorką w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, którą przez 8 lat zarządzała. Stanowiła tam wzór pielęgniarki, ale też człowieka [2,3,11].

Po zrezygnowaniu ze stanowiska wróciła do pracy w szpitalu, w którym pacjentami opiekowały się świeckie pielęgniarki, cały czas doszkalane. Szlenkierówna wyszukiwała do niej osoby z odpowiednimi predyspozycjami i kształciła je na własny koszt. W szpitalu mogły pracować jedynie kobiety niezamężne i bezdzietne, a wzięcie ślubu oznaczało konieczność zrezygnowania z pracy. Szlenkier przekazała szpital miastu, ale pracowała w nim do końca życia jako kuratorka [2,3,11].

Była członkinią Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa oraz Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych [2,3,11].



Rycina 2. Grób Zofii Szlenkier na Cmentarzu Stare Powązki w Warszawie,
źródło:[11]

W roku 1935 otrzymała Międzynarodowy Medal Florence Nightingale (najwyższe odznaczenie pielęgniarckie), papieski order „*Pro Ecclesia et Pontifice*”, Order "Odrodzenia Polski" klasy IV - za zasługi położone dla Rzeczypospolitej Polskiej na polu działalności filantropijnej (13 lipca 1921, jako jedna z pierwszych 15 osób odznaczonych), Złoty Krzyż Zasługi, Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski (1934 - została również członkiem

Kapituły) oraz Tytuł Honorowej Obywatelki Warszawy. Kilka szkół medycznych w Polsce wybrało Zofię Szlenkier za swoją swoją patronkę [2,3,11].

W czasie II wojny światowej, w wyniku odniesionych ran, ciężko zachorowała i została bez opieki. Zmarła mając 57 lat. Pochowano ją na Cmentarzu Powązkowskim [2,3,11].

ELŻBIETA RABOWSKA (1884-1968)

Urodziła się 6 sierpnia 1881 roku we Włocławku, jako córka Eugeniusza Juliusza Rabowskiego (kupca włocławskiego) oraz Anny Wiktorii z domu Braun. Ukończyła pensję Jadwigi Sikorskiej w Warszawie, uzyskując wykształcenie średnie [2,12,13,14].

W latach 1902-1904, w związku z współpracą z Towarzystwem Tajnego Nauczania Cecylii Śniegockiej, nauczala dzieci z rodzin robotniczych na Starym Mieście w Warszawie [2,12,13,14].

W roku 1904 r. wyjechała do Szwajcarii i otrzymała szwajcarskie obywatelstwo. Następnie ukończyła Szkołę Pielęgniarstwa w Zurychu. Początkowo pracowała jako pielęgniarka oddziałowa na oddziale chirurgicznym, a potem jako starsza pielęgniarka na oddziale chorób wewnętrznych. Jednocześnie była zatrudniona w Szpitalu Czerwonego Krzyża [2,12,13,14].

Do Polski wróciła w roku 1919, gdzie rok później podjęła pracę w Dziecięcym Sanatorium Przeciwgruźliczym w Zakopanem. Następnie podjęła pracę w Szpitalu Wojskowym, a po jego likwidacji w Klinice Dziecięcej prof. Mieczysława Michałowicza [2,12,13,14].

Następnie wyjechała do Zurychu i przez dwa lata była tam dyrektorką w Szkole Pielęgniarstwa [2,12,13,14].

W roku 1923 ponownie powróciła do Polski i objęła stanowisko przełożonej pielęgniarki w Klinice Dziecięcej Uniwersytetu Warszawskiego [2,12,13,14].

W roku 1925, po przyznaniu jej stypendium Fundacji Rockefellera, mogła zobaczyć, jak wygląda praktyka i nauka pielęgniarstwa w Paryżu, Lyonie, Strasburgu, Londynie i Oksfordzie. Po powrocie, od grudnia 1925 do 30 kwietnia 1929r. pełniła funkcję dyrektorki Szkoły Pielęgniarstwa PCK w Poznaniu, zajmując się jednocześnie organizacją pierwszych placówek szkolenia praktycznego pielęgniarek w poznańskich szpitalach [2,12,13,14].

Od 1 września 1929 roku pracowała jako referentka i inspektorka pielęgniarstwa w Polskim Związku Przeciwgruźliczym, od 1 sierpnia 1932r. podjęła pracę w Wydziale

Szpitalnictwa Sekcji III Higieniczno-Lekarskiej, a od roku 1933 - w Polskim Związku Przeciwgruźliczym, gdzie była zatrudniona do wybuchu II wojny światowej [2,12,13,14].

W okresie II wojny światowej pracowała w Sanitariacie, a podczas okupacji działała w Komitecie Pomocy dla Uchodźców i Wysiedleńców, stworzonym przez Radę Główną Opiekuńczą, w której zajmowała się organizowaniem pielęgniarstwa w szpitalach [2,12,13,14].

Podczas powstania warszawskiego była ewakuowana, ale ze względu na obywatelstwo szwajcarskie, uniknęła umieszczenia w obozie. Pracując dla ludności ewakuowanej w Pruszkowie przemycała korespondencję i pomogła uwolnić wiele osób, wpisując je na listę chorych [2,12,13,14].

W październiku 1944 roku przeniosła się do Zakopanego i tam opiekowała się chorymi i dziećmi [2,12,13,14].

W grudniu 1945 wyjechała do Szwajcarii, gdzie rok później pracowała w znajdującym się pod opieką Szwajcarskiego Czerwonego Krzyża domu wypoczynkowym w Adelboden. Przebywały tam dzieci z państw, które zostały poszkodowane podczas II wojny światowej [2,12,13,14].

Była aktywną działaczką w Polskim Związku Przeciwgruźliczym i Polskim Stowarzyszeniu Pielęgniarek Zawodowych. Została też członkiem sądu honorowego pielęgniarek. W roku 1938 została odznaczona Srebrnym Krzyżem Zasługi [2,12,13,14].

W roku 1946 zamieszkała w Zurychu i tam mieszkała do końca życia. Zmarła w sierpniu 1968 roku [2,12,13,14].

HELENA NAGÓRSKA (1886-1974)

Urodziła się 23 lipca 1886 roku w Lublinie [2,15].

Początkowo pracowała jako nauczycielka w Tarnowie, a przygodę z pielęgniarstwem rozpoczęła po wybuchu I wojny światowej, od wstąpienia w szeregi siostr Czerwonego Krzyża. Ukończyła kursy sanitarne, pracowała w sanatorium Czerwonego Krzyża we Lwowie, potem pracowała w Szpitalu Garnizonowym [2,15].

Pielęgniarką oficjalnie została w roku 1916, kiedy opiekowała się pacjentami z austriackim szpitalu polowym [2,15].

Z chwilą odzyskania niepodległości rozpoczęła pracę w wojsku polskim, początkowo w Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie, a następnie w szpitalu polowym 301 oraz szpitalach wojskowych w Grodnie i Wilnie. Pracując w wielu szpitalach ogólnych i wojskowych, wywiązywała się sumiennie ze swoich obowiązków jako oddziałowa. W swojej pracy miała

kontakt z ludźmi rannymi, obłożnie chorymi, nawet z tymi cierpiących na tyfus. Odwaga, męstwo i pracowitość, to tylko niektóre z jej cech [2,3,16].

Mimo ogromu wiedzy oraz doświadczenia uzupełniła swoje wykształcenie i w roku 1924 otrzymała dyplom Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa [2,3,16].

W roku 1925 otrzymała stypendium Fundacji Rockefellera i wyjechała na roczne studia pielęgniarские do Stanów Zjednoczonych Ameryki [2,3,16].

Po powrocie objęła stanowisko asystentki i zastępczyni dyrektorki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej przy ul. Smolnej, która w roku 1929 została przeniesiona do nowego budynku przy ulicy Koszykowej. W opuszczonych budynkach Polski Czerwony Krzyż utworzył własną szkołę, której pierwszą dyrektorką została Helena Nagórska [2,3,16].

W latach 1937-1944 pracowała jako referentka w Polskim Towarzystwie Przeciwgruźliczym w Warszawie, a w czasie Powstania Warszawskiego zgłosiła się do pracy w szpitalu PCK przy ul. Smolnej. Została ciężko ranna, przez długi czas była leczona, ale pozostał jej trwały niedowład ręki. Po wojnie w 1946 r. objęła stanowisko dyrektorki szkoły pielęgniarstwa w Zabrze [2,3,16].

Była świetną koleżanką w pracy, dzielącą się doświadczeniem i wiedzą oraz zasłużoną pielęgniarką, co potwierdza otrzymanie przez nią wielu nagród, odznak, medali m.in. Medal Austriackiego Czerwonego Krzyża, Krzyż Zasługi, Honorowa Odznaka PCK (1957), Order Sztandaru Pracy II klasy (1957), Medal Florence Nightingale (1929) [2,3,16].

JADWIGA SUFFCZYŃSKA (1890-1954)

Urodziła się w 1890 roku [2,3,17]. Ukończyła kursy sanitarne, by móc pracować jako pielęgniarka w Szpitalu Ujazdowskim i Szpitalu Polskiego Czerwonego Krzyża. Potem wyjechała do punktu repatriacyjnego w Żabinie, po czym przeniosła się do Szpitala Zakaźnego w Drohiczyń Podlaskim [2,3].

Ukończyła szkołę pielęgniarską i pełniła funkcję pielęgniarki operacyjnej, a następnie przełożonej Szpitala PCK [2,3,17].

Przez rok przebywała w Londynie, a po powrocie została kierownikiem Referatu Pielęgniarstwa przy Zarządzie Głównym PCK [2,3,17].

W roku 1939 została w Warszawie, kierując sekcją siostr podczas oblężenia, organizując dostawy leków, opatrunków do szpitali oraz zapewniając szpitalom personel pielęgniarSKI [2,3,17].

W 1940 zrezygnowała z wyjazdu do Turcji (organizowanie szkół pielęgniarских) i odtworzyła konspiracyjną ewidencję siostr PCK, pomagała pielęgniarkom wysiedlonym, ewakuowanym, organizowała pomoc dla uczennic szkół pielęgniarских, opracowała plany i regulaminy dla przyszłych placówek sanitarnych, brała czynny udział w tajnym szkoleniu drużyn sanitarnych [2,3,17].

W czasie powstania warszawskiego, pod pseudonimem „Julia,” pełniła funkcję kierownika punktu sanitarnego przy ul. Jasnej 10. Po kapitulacji wyjechała do Piotrkowa Trybunalskiego, a do Warszawy wróciła w roku 1945, gdzie odtworzyła sekcję pielęgniarską PCK [2,3,17].

Po likwidacji Referatu Pielęgniarskiego w roku 1948 przeszła do pracy przy Zarządzie Głównym Pracowników Służby Zdrowia w Warszawie, w redakcji „Pielęgniarki Polskiej” [2,3,17].

W okresie międzywojennych była jedną z organizatorek Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych, brała czynny udział w Kongresach i Zjazdach w Wiedniu, Paryżu, Genewie, Brukseli i Nowym Jorku [2,3].

Zmarła w 1954 roku [2,3].

MARIA BABICKA – ZACHERTOWA (1892-1944)

Urodziła się w roku 1892. Była córką Zenona (magister farmacji) i Marii z Osińskich (nauczycielka). Zamieszkała w Warszawie, a jej mężem był dr med. Marian Zachert. Po ukończeniu gimnazjum, skończyła dwuletnie kursy pedagogiczne L. Rudzkiej i później pracowała jako nauczycielka [2,3,18,19]

Była absolwentką Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Podczas I wojny światowej była sanitariuszką na Dworcu Głównym Kolei Warszawsko-Wiedeńskiej, a w roku 1918 pracowała w pociągu sanitarnym. W roku 1919 przeniesiono ją do Wydziału Sanitarnego Sztabu Generalnego. Następnie pracowała w Szpitalu Ujazdowskim, a po ukończeniu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa została mianowana przełożoną pielęgniarek w poradni przeciwgruźliczej [2,3,18,19].

W roku 1925 uzyskała stypendium szkoleniowe i odbyła praktyki w Kanadzie i USA. Po powrocie rozpoczęła pracę w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, a następnie w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej (pierwsza pielęgniarka tam zatrudniona) [2,3,18,19].

W roku 1935 była współtwórczynią ustawy o pielęgniarstwie, a w czasie II wojny światowej pracowała w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Od roku 1940 działała w konspiracji w Związku Walki Zbrojnej - Armii Krajowej. Szkoliła sanitariuszki oraz z mężem ukrywała wydobytych z getta Żydów. Aktywnie pomagała także uczestnikom walki podziemnej (jej mieszkanie było ośrodkiem konspiracji). Współpracowała także z Komitetem Porozumiewawczym Lekarzy Demokratów i Socjalistów [2,3,18,19].

Utrzymywała kontakty międzynarodowe z Fundacją Rockefellera i Międzynarodową Radą Pielęgniarek, dzięki czemu zdobyła wielkie uznanie i wysoką ocenę dla pielęgniarstwa w Polsce, a także pomoc w formie stypendiów i kredytów na budowę i wyposażenie szkół [2,3,18,19].

Została rozstrzelana 7 sierpnia 1944 w Warszawie wraz z mężem podczas powstania warszawskiego [2,3,18,19].

W 1947 roku została pośmiertnie odznaczona Międzynarodowym Medalem Florence Nightingale [2,3,18,19].



Rycina 3. Grób Mariana Zacherta i Marii Babickiej-Zachert na Cmentarzu Wojskowym na Powązkach, źródło:[18]

TERESA KULCZYŃSKA (1894-1992)

Urodziła się 27 września 1894 roku w Krakowie, jako córka Leona Kulczyńskiego, docenta Uniwersytetu Jagiellońskiego i dyrektora Gimnazjum Św. Anny (obecnie Liceum im. Nowodworskiego) [2,3,20].

Ukończyła w Krakowie szkołę podstawową w języku niemieckim, a następnie seminarium nauczycielskie i po zdaniu w roku 1913 egzaminu dojrzałości, ukończyła kurs Akademii Handlowej dla abiturientów [2,3,20].

W roku 1914 zgłosiła się do służby pielęgniarskiej w Armii Polskiej. Przez rok pracowała w szpitalu wojskowym w Krakowie, a następnie wyjechała z grupą chirurgiczną na front wschodni i dopiero pod koniec roku 1916 wróciła do kraju [2,3,20].

W 1919 roku wstąpiła do jedynej istniejącej w Polsce Szkoły Pielęgniarskiej. Po otrzymaniu stypendium Amerykańskiego Czerwonego Krzyża, w latach 1921-1923 ukończyła Szkołę Pielęgniarską w Bostonie oraz przeszła wakacyjny kurs podyplomowy na Uniwersytecie Kolumbia w Nowym Jorku [2,3,20].

Do Polski wróciła w latach 1923-1925 i rozpoczęła pracę, jako kierowniczką i nauczycielką w Warszawskiej Szkole Pielęgniarskiej, gdzie pełniła również funkcję zastępcy dyrektora [2,3,20].

Po otrzymaniu kolejnego stypendium mogła udać się w podróż szkoleniową po południowych stanach USA i Kanadzie, podczas której poznała praktyczne aspekty pielęgniarstwa społecznego [2,3,20].

W latach 1926-1939 pracowała w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarskiej i Higienistek w Krakowie, początkowo jako instruktorka, a następnie jako zastępca dyrektora [2,3,20].

W roku 1934 ponownie wyjechała na stypendium zagraniczne, gdzie zapoznała się z metodami kształcenia w szkołach pielęgniarskich w Wiedniu, Budapeszcie, Paryżu, Brukseli, Oslo i Helsinkach [2,3,20].

Pierwsze dwa lata okupacji hitlerowskiej spędziła w Krakowie, prowadząc internat dla pielęgniarek, pracując jako przełożona w „Domu dla Słabych” oraz jako naczelną pielęgniarką w Ubezpieczalni Społecznej [2,3,20].

Od roku 1941 kierowała Szkołą Położnych w Warszawie. Po likwidacji tej placówki objęła stanowisko dyrektorki prowadzonej potajemnie Szkoły Pielęgniarek i Położnych. [2,3,20].

Po wojnie pomagała reaktywować Krakowski Uniwersytet Szkoły Pielęgniarstwa, a od

roku 1950 zaczęła pracę w krakowskim oddziale Instytutu Gruźlicy. W tym samym czasie jednocześnie, aż roku 1963 (przeszła na emeryturę) szkoliła uczennice i kadry szkół pielęgniarstwa [2,3,20].

Z chwilą powstania Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego włączyła się do pracy w Oddziale Krakowskim i została członkiem Zarządu Oddziału oraz Komisji Historycznej [2,3,20].

Całe swoje życie utrzymywała kontakt z zawodem i pielęgniarkami. Opracowała wiele notatek o życiu pielęgniarek, działalności Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych i Szkółach, w których pracowała. Jej artykuły drukowano w miesięczniku Pielęgniarka Polska w okresie międzywojennym, jak i po wojnie do roku 1958. W okresie międzywojennym został wydany pierwszy podręcznik „Zabiegi Pielęgniarskie” opracowany przez Kulczyńską i Chrzanowską [2,3,20].

Została odznaczona:

- Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski (1957),
- Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia (1954),
- Medalem X-lecia Polski Ludowej (1955),
- Odznaką Honorową PTP (1974.)
- Medalem komisji Edukacji Narodowej (1978) [2,3,20].

Napisała liczne biografie pielęgniarek oraz opracowania o działalności Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych i szkół, w których pracowała. Opracowała szereg artykułów publikowanych w miesięczniku Pielęgniarka Polska [2,3,20].

Zmarła w roku 1992 [2,3,20].

JADWIGA KANIEWSKA-IŻYCKA (1908 –1988)

Urodziła się 29 września 1908, jako córka Teodora i Julii [2,3,21].

W roku 1929 ukończyła Uniwersytecką Szkołę Pielęgniarstwa w Krakowie. W latach 1930-1931 pracowała jako instruktorka w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa. W roku 1934 otrzymała stypendium Rockefellera i przez 1,5 roku kształciła się na Wydziale Pielęgniarstwa w Toronto. Po powrocie do Polski objęła funkcję wicedyrektora Szkoły Pielęgniarskiej w Krakowie [2,3,21].

W czasie kampanii wrześniowej pielęgnowała jeńców w szpitalu polowym, a podczas okupacji była inspektorem pielęgniarek w Wydziale Szpitalnictwa Zarządu Miejskiego w Warszawie [2,3,10, 21].

W sierpniu 1939 r. została zmobilizowana w Krakowie z przydziałem do 51. samodzielnego zespołu chirurgicznego Armii "Kraków". Dotarła do Zamościa i tam pełniła funkcję zastępcy przełożonej. Po przerwaniu działań wojennych powróciła do Krakowa 1.10.1939 r. Działała w Armii Krajowej pod pseudonimem „Róża”. Szkoliła patrole sanitarne, opracowała punkty ratownicze, sporządzała fałszywe dokumenty dla ukrywających się [2,3,10, 21].

W czasie wybuchu Powstania Warszawskiego udzielała pomocy żołnierzom i ludności cywilnej. Trafiła do obozu przejściowego w Pruszkowie, skąd wyjechała do Krakowa. Tam uczestniczyła w transporcie leków do obozu pruszkowskiego. Niestety, 6.01.1945 była wzięta w łapancę i trafiła do obozu w Płaszowie, skąd zdołała uciec na kilka dni przed wyzwoleniem [2,3,21].

W lutym 1945 roku reaktywowała Szkołę Pielęgniarską w Krakowie [2,3,21].

W roku 1946 wyszła za mąż i wraz z mężem wróciła do Warszawy, i tam otrzymała posadę naczelnika Wydziału i wicedyrektora Departamentu Średnich Szkół Medycznych w Ministerstwie Zdrowia [2,3,21].

Była inicjatorką powołania Wyższej Uczelni Pielęgniarskiej w Lublinie i uczestniczyła w opracowywaniu programów egzaminów państwowych [2,3,21].

W latach 50. była członkiem nieformalnej grupy pielęgniarek, która doprowadziła, w roku 1957, do powstania Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, gdzie przez wiele lat pełniła funkcję przewodniczącej Komisji Historycznej oraz prowadziła Komisję Szkoleniową [2,3,21].

Z jej inicjatywy, w roku 1967, przeprowadzono pierwszą Olimpiadę dla uczennic Szkół Pielęgniarskich. Była też współautorką Encyklopedii Pielęgniarstwa [2,3,21].

Działała również w organizacjach międzynarodowych, m.in.: w Międzynarodowej Radzie Pielęgniarskiej i Departamencie Światowej Organizacji Zdrowia [2,3,21].

Otrzymała honorowe członkostwo Brytyjskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz liczne odznaczenia, m.in.

- Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski,
- Warszawski Krzyż Powstańczy,
- Medal za Udział w Wojnie Obronnej 1939,

- Srebrny Krzyż Zasług,
- Tytuł honorowy "Zasłużony dla Zdrowia Narodu" (nadany przez Radę Państwa)
- Tytuł Honorowy Członka Królewskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Brytyjskich 1980 – tytuł nadawany za szczególne i trwałe wartości wniesione w rozwój pielęgniarstwa [2,3,21].

W roku 1973 roku przeszła na emeryturę.

Zmarła 29 czerwca 1988 roku w Warszawie. Śmierć nie pozwoliła dokończyć pracy nad „Historią Pielęgniarstwa” [2,3,21].

WANDA ŻURAWSKA (1903-1996)

Urodziła się 27 stycznia 1903 [2,3,22]. Absolwentka Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, a w roku 1924 była stypendystką Rockefellera na Uniwersytecie Columbie w Nowym Jorku oraz Kanadzie [2,3,22].

W roku 1932 wstąpiła do Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo w Warszawie, gdzie złożyła śluby: ubóstwa, czystości, posłuszeństwa oraz służby ubogim chorym i została szarytką [2,3,22].

Od roku 1935 prowadziła kursy przygotowawcze dla sióstr zakonnych, przygotowujących je do zdania państwowego egzaminu pielęgniarckiego [2,3,22].

W roku 1939 założyła szkołę pielęgniarstwa dla zakonnic przy szpitalu Przemienienia Pańskiego, która działała przez całą okupację. Dawała schronienie i ratowała przed wywiezieniem do obozów polskich i żydowskich dziewcząt. W czasie bombardowań przeniosła chorych i rannych ze szpitala Przemienienia Pańskiego do szkoły na Grochowie. Ukrywała członków AK [2,3,22].

W styczniu 1945 roku organizowała szpital polowy w Wawrze [2,3,22].

Po wojnie kierowała istniejącą przy szpitalu szkołą pielęgniarstwa, która w roku 1950 została upaństwowiona. Zawsze była czynna, wyrozumiała i troskliwa, jednocześnie konsekwentna, przypominająca pielęgniarce o ich powinnościach, obowiązkach i etyce zawodowej [2,3,22]. Pełniła też funkcję dyrektora Szkoły Pielęgniarstwa, ale w 1949 roku została zwolniona [2,3,22].

W roku 1957 utworzyła nową Szkołę Pielęgniarską dla sióstr zakonnych, ale niestety w roku 1962 zamknęły ją władze komunistyczne [2,3,22]. Następnie zajęła się organizowaniem i prowadzeniem trzymiesięcznych kursów pielęgniarstwa dla zakonnic. W roku 1981 władze

zezwoliły jej na otwarcie Międzyzakonnego Zawodowego Studium Medycznego w Warszawie, którym kierowała aż do przejścia na emeryturę, w wieku 89 lat [2,3,22].

Była zawsze wyrozumiała, troskliwa, ale jednocześnie konsekwentna, przypominająca pielęgniarcom o ich powinnościach, obowiązkach i etyce zawodowej. Umiejętnie potrafiła przekazać nie tylko fachową wiedzę i umiejętności [2,3,22].

Została odznaczona Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Warszawskim Krzyżem Powstańczym, Odznaką Honorową Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Medalem im. Florence Nightingale (1985) [2,3,22].

Zmarła 2 stycznia 1996 [2,3,22].

ANNA RYDLÓWNA (1884-1969)



Rycina 3. Anna Antonina Rydlówna, źródło:[23]

Urodziła się 30 października 1884 w Krakowie, jako córka okulisty Lucjana Rydla i siostra poety Lucjana Rydla. Stanisław Wyspiański w *Weselu* przedstawił ją jako Haneczkę [2,3,23,24].

W latach 1901-1902 ukończyła kurs dla kobiet im. Adriana Branickiego i w roku 1904 Szkołę Gospodarstwa Domowego w Kuźnicach (obecnie dzielnicy Zakopanego) [2,3,23,24].

W roku 1909 rozpoczęła działalność społeczną w Stowarzyszeniu Pań Ekonomek im.

Św. Wincentego à Paulo. Była współorganizatorką ambulatorium chirurgicznego dla ubogich i chorych działającym przy stowarzyszeniu. Brała udział w utworzeniu Sali operacyjnej przy ulicy św. Filipa 15 w Krakowie. Dzięki jej pomocy powstał także szpital, a w roku 1911 Szkoła Pielęgniarek Zawodowych Stowarzyszenia Pań Ekonomek, w której w roku 1913 ukończyła wraz z innymi współzałożycielkami pierwszy kurs. W szkole tej Rydlówna była instruktorką klasową i szpitalną oraz kierowniczką internatu [2,3,23,24].

Podczas I wojny światowej Anna Rydlówna zajmowała się szkoleniem pielęgniarek na potrzeby wojskowe [2,3,23,24].

Pełniła również funkcję pielęgniarki przełożonej w jednym z krakowskich szpitali wojskowych oraz wojskowej stacji opatrunkowo-wypoczynkowej znajdującej się na dworcu kolejowym w Krakowie. Była jedną ze współorganizatorek szpitali epidemicznych, tzw. Książęco-Biskupiego Komitetu (KBK), które powstawały w celu walki z epidemiami [2,3,23,24].

Następnie Rydlówna przeprowadziła się z Krakowa na prowincję, gdzie pełniła funkcję przełożonej pielęgniarek w szpitalu dla chorych na dur brzuszny i czerwone [2,3,23,24].

Po zamknięciu Szkoły Zawodowej Pielęgniarek, źródłem jej utrzymania była prywatna praktyka pielęgniarska [2,3,23,24].

W roku 1924 Fundacja Rockefellera złożyła jej propozycję rocznego stypendium i zwrócono się również z propozycją pracy w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek [2,3,23,24].

W latach 1924-1925 odbyła szkolenia w Londynie, Filadelfii, Nowym Jorku i Toronto, a następnie w latach 1925-1939 pracowała w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek, najpierw jako nauczycielka, następnie jako zastępca dyrektora, a od 1930 jako dyrektorka [2,3,23,24].

W roku 1934 Fundacja Rockefellera ponownie przyznała jej stypendium, dzięki któremu mogła poznać pracę pielęgniarek psychiatrycznych i dietetycznych w Budapeszcie, Wiedniu, Lyonie, Brukseli, Oslo i Helsinkach [2,3,23,24].

Po wybuchu II wojny światowej zawieszono działalność Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek, jednak niektóre uczennice i pracownice placówki zamieszkały w budynku szkoły i pracowały w krakowskich szpitalach. Po tym, jak Niemcy zajęli budynek, Anna Rydlówna wraz i innymi mieszkankami musiała go opuścić [2,3,23,24].

W marcu 1945 roku Rydlówna powołała Szkołę Pielęgniarsko-Położniczą [2,3,23,24].

Pomimo, iż 1 stycznia 1950 Ministerstwo Zdrowia przejęło średnie szkoły medyczne, to Anny Rydlówny nie zaangażowano w żadnej z nich, przyznano jej emeryturę. Pomimo to od 1 marca 1950 podjęła pracę w Centralnej Wojewódzkiej Przychodni Wenerologiczno-

Dermatologicznej. Pracowała tam najpierw w centralnej kartotece, a potem w pracowni bakteriologicznej. Kolejnym jej stanowiskiem była przełożona pielęgniarek. 1 grudnia 1961 przestała być aktywna zawodowo [2,3,23,24].

W roku 1938 odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi. W roku 1946 została uhonorowana przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża Medalem Florence Nightingale. Jednak medal zatrzymały polskie władze i został on jej przekazany dopiero w 1967. W 1956 przyznano jej Order Sztandaru Pracy 1 klasy [2,3,23,24].

Zmarła 6 marca 1969 roku w Krakowie [2,3,23,24].

HELENA RABOWSKA-WITKIEWICZ (1918-1994)

Urodziła się 9 kwietnia 1918 roku w Lozannie. Żona Rafała Witkiewicza. W roku 1939 ukończyła Warszawską Szkołę Pielęgniarstwa [6,24].

Po wybuchu wojny rozpoczęła pracę w Wojskowym Szpitalu Ujazdowskim i mimo odniesionych ran nie opuściła posterunku i opiekowała się rannymi [6,24].

W czasie Powstania Warszawskiego ratuje zestawy operacyjne i opatrunki, aby udzielać pomocy rannym (oddaje własną krew).

W czasie okupacji prowadziła kursy sanitarne, organizowała pomoc medyczną, zapomogi, odzież i żywność. Wyszukiwała miejsca zakwaterowania dla „cichociemnych”. Prowadziła szkolenia w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa [6,24].

Po kapitulacji Mokotowa trafiła do obozu Dulag 121 w Pruszkowie, gdzie zajmowała się chorymi [6,24].

Po wyzwoleniu wyjechała na Żuławy, aby organizować Ośrodek Zdrowia. Zaangażowana w pracę w Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim [6, 24].

Obdarzona szczerze wieloma zaletami ducha i umysłu, dzieliła się chętnie swoim doświadczeniem i mądrością. Zaangażowana w pracę w Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim.

Zorganizowała referat zdrowia na Ochocie.

Została odznaczona:

- Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski,
- Medalem „Za udział w wojnie obronnej 1939”,
- Warszawskim Krzyżem Powstańczym,
- Międzynarodowym Medalem Florence Nightingale,
- Odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”,

- Srebrną Odznaką Honorową „Za zasługi dla Warszawy”,
- Srebrnym Krzyżem Zasługi,
- Złotą Odznaką Związkowa,
- Odznaką Honorową PCK oraz Odznaką Honorową PTP [6,24].

Zmarła 3 lipca 1994 [6,25].

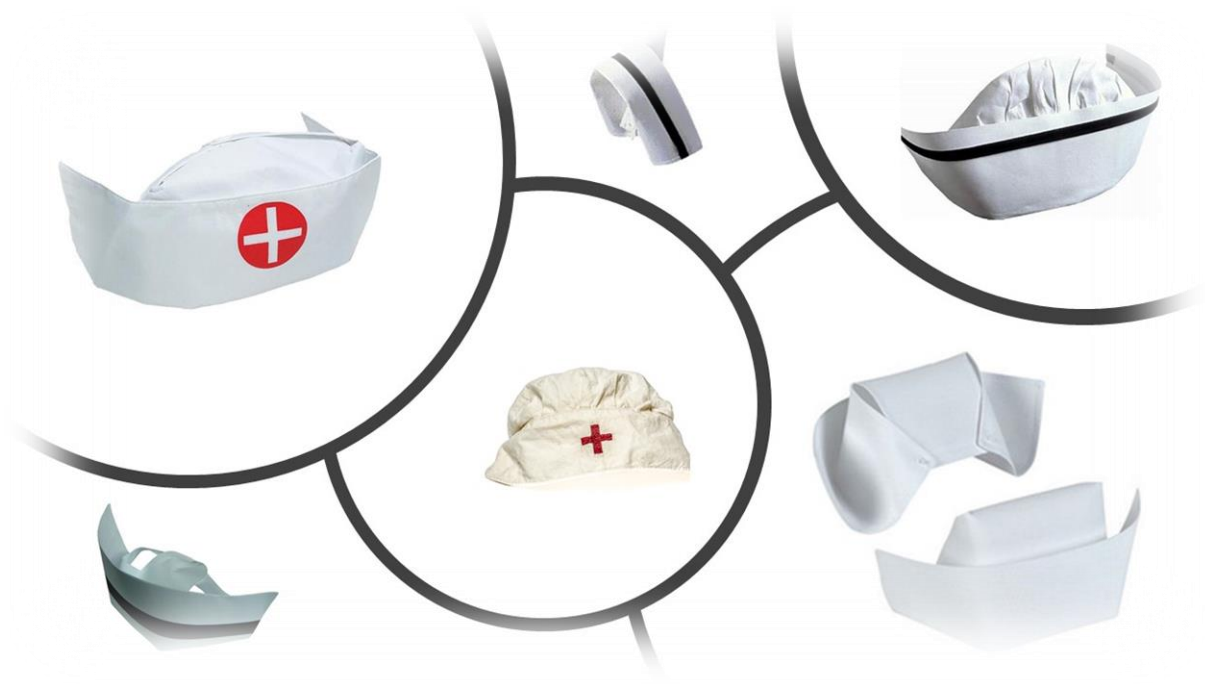
PIŚMIENNICTWO

1. https://pl.wikipedia.org/wiki/Hanna_Chrzanowska, data pobrania 30.03.2020.
2. Kobosz T.: Sylwetki polskich pielęgniarek, Służba Zdrowia, 2000, 11 maja , nr 38-39, https://www.sluzbazdrowia.com.pl/artukul.php?numer_wydania=2931&art=3, (data dostępu 31.03.2020).
3. Szumlak P.: Wybitne polskie pielęgniarki, <https://everethnews.pl/newsy/wybitne-polskie-pielęgniarki/>, data pobrania 30.03.2020.
4. Dziedzic M.: Hanna Chrzanowska : biografia niepospolitej pielęgniarki na tle epoki (cz. I). W kręgu patriotycznej powinności i trudnych wyborów. Niepodległość i Pamięć 2015; 1(49): 239-256.
5. Rumun A.: Hanna Chrzanowska. [w:] Chrzescijanie, t. III, Bejze B. (red.). Warszawa 1978, 387.
6. Jędrzyk A.: Hanna Chrzanowska – prekursorka pielęgniarstwa rodzinnego, praca licencjacka. Śląska Akademia Medyczna – Wydział Opieki i Oświaty Zdrowotnej. Kierunek: Pielęgniarstwo, 2004, <https://docplayer.pl/7325-Hanna-chrzanowska-prekursorka-pielęgniarswa-rodzinnego.html>, (data dostępu 31.03.2020).
7. <http://www.wmpp.org.pl/pl/wzorcowe-osobowe/hanna-chrzanowska.html>, (data dostępu 31.03.2020).
8. Iżycka-Kowalska A.: Powstanie Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa i jej rozwój w latach 1921–1928. Warszawa 1989.
9. <https://hannachrzanowska.pl/sample-page/>, (data dostępu 31.03.2020).
10. Urbanek B.: Pielęgniarki i sanitariuszki w Powstaniu Warszawskim w 1944 r. Wyd. PWN, Warszawa 1988.
11. https://pl.wikipedia.org/wiki/Zofia_Szlenkier, (data dostępu 31.03.2020).
12. Bogusz J.: Encyklopedia dla pielęgniarek, Warszawa; Wyd. PZWL, 1990.
13. <http://www.wmpp.org.pl/pl/wzorcowe-osobowe/rabowska-el%C5%BCbieta.html>, (data dostępu 31.03.2020).

14. https://pl.wikipedia.org/wiki/El%C5%BCbieta_Rabowska, (data dostępu 31.03.2020).
15. <http://www.wmpp.org.pl/pl/galeria-medalistek/77-medalistki/136-helena-nagorska>, (data dostępu 31.03.2020).
16. <http://www.wmpp.org.pl/pl/galeria-medalistek/77-medalistki/136-helena-nagorska>, (data dostępu 31.03.2020).
17. <http://www.wmpp.org.pl/pl/galeria-medalistek/77-medalistki/140-jadwiga-suffczy%C5%84ska>, (data dostępu 31.03.2020).
18. https://pl.wikipedia.org/wiki/Maria_Babicka-Zachertowa_Michalska, (data dostępu 31.03.2020).
19. <http://www.wmpp.org.pl/pl/galeria-medalistek/77-medalistki/152-maria-babicka-zachertowa>, (data dostępu 31.03.2020).
20. <http://www.wmpp.org.pl/pl/wzorce-osobowe/teresa-kulczy%C5%84ska.html>, (data dostępu 31.03.2020).
21. <http://www.wmpp.org.pl/pl/wzorce-osobowe/jadwiga-kaniewska-i%C5%BCycka>, (data dostępu 31.03.2020).
22. <http://www.wmpp.org.pl/pl/galeria-medalistek/77-medalistki/181-wanda-%C5%BCurrawska>, (data dostępu 31.03.2020).
23. https://pl.wikipedia.org/wiki/Anna_Rydl%C3%B3wna, (data dostępu 31.03.2020).
24. <http://www.wmpp.org.pl/pl/galeria-medalistek/77-medalistki/155-anna-rydel>, (data dostępu 31.03.2020).

Część III

Symbole i tradycje pielęgniarskie



Symbole i tradycje pielęgniarские

Julia Andrejczuk¹, Zuzanna Jabłońska¹, Paulina Aniśko²

1. Studenckie Koło Wolontariuszy Medycznych, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB
Opiekun SKN - prof. Elżbieta Krajewska-Kułak, mgr Paulina Aniśko
2. Szkoła Doktorska UMB, Doktorant Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

WPROWADZENIE

*Powtórzenie symbolu jest
najprostszym sposobem podkreślenia jego znaczenia
Dan Brown - Kod Leonarda da Vinci*

Ratowanie życia, ochrona zdrowia, opieka nad poszkodowanymi - czynności te realizowano już w starożytności, gdzie nadzór nad chorymi był nieodłączną częścią funkcjonowania społeczeństwa. W średniowieczu pielęgnowaniem oraz osobami potrzebującymi pomocy np. bezdomnymi zajmowali się zakonnicy. Sprawowanie pieczy nad słabszymi należało do nich ze względu na poglądy oraz status społeczny.

Ogromny przełom nastąpił w momencie pojawienia się Florence Nightingale, gdyż to ona zapoczątkowała nowoczesne postrzeganie pielęgniarstwa. Dzięki niej zaczęto dostrzegać opiekę nad chorymi jako profesjonalny oraz odrębny zawód.

Gdy spojrzymy wstecz, na pielęgniarstwo XIX wieku bądź wcześniejsze, możemy zauważyć, że zawsze dominowały w nim symbole. Od lampy, której Nightingale używała podczas nocnych obchodów, po mundur i czepek pielęgniarский, które są najbardziej rozpowszechnionymi symbolami tego zawodu. Swoją początek mają w przeszłości, natomiast istnieją do dziś i spełniają bardzo istotną rolę w społeczeństwie.

Z definicji słowa „symbol” można wywnioskować, iż jest to motyw, który oprócz swojego dosłownego znaczenia ma również drugie niejednoznaczne znaczenie. Nie ma jednego określenia i dlatego można go interpretować na różne sposoby. Symbole służą nam między innymi do identyfikacji. Umożliwiają na przykład rozpoznanie, czym dany człowiek się zajmuje, nawet jeśli pochodzi z drugiego końca świata. To właśnie dzięki nim możemy już na pierwszy rzut oka przydzielać osoby do grup zawodowych [1].

Skupiając się stricte na symbolice w pielęgniarstwie można powiedzieć, że jedną z najważniejszych funkcji, jaka przysługuje symbolom w tej dziedzinie jest przypisanie ról. Każdy z nich miał za zadanie ustanowić i pokazać rangę społeczną pielęgniarek w świecie. Zajmowały one również istotne miejsce w procesie kształtowania osobowości zawodowej uczennic - przyszłych pielęgniarek [1].

Różne funkcje pełnione przez dany symbol można pokazać na przykładzie lampy Florence Nightingale, która służyła jej do wieczornego obchodu na salach chorych. Dzięki niej ta młoda kobieta mogła kontrolować stan zdrowia swoich pacjentów nawet w nocy, gdy wszyscy byli pogrążeni we śnie. Symbol ten ma dwojakie znaczenie. Pierwsze z nich jest dosłowne, oznacza przedmiot, który był i jest niezbędny, a raczej pomocny do widzenia w ciemności. Jest także drugie, głębsze znaczenie - a mianowicie lampę, która oznacza troskę oraz chęć niesienia pomocy w każdym czasie [2].

A co z tradycjami? Dzięki tradycjom można z kolei wypracować pewne hierarchie, które pomagają w dobrej organizacji zespołu i jego pracy. Umożliwia to nie tylko integrację między członkami danego teamu w tej samej profesji, ale pozwala również na nawiązanie lepszego kontaktu i języka z osobami zajmującymi się innymi, podobnymi dziedzinami [3].

Tradycje w pielęgniarstwie pozwalają młodym pokoleniom spojrzeć wstecz. Od momentu rozpoczęcia się tworzenia zawodu, od jego początków oraz na czym tak naprawdę polega. Gdyby nie one, wiele pielęgniarek i studentek pielęgniarstwa mogłoby zapomnieć o istocie tej profesji - o idei, jaka przyświecała Florence Nightingale, decydując się na tą drogę, aby rozpowszechnić pielęgniarstwo jako profesjonalną dyscyplinę medyczną.

SYMBOLE PIELĘGNIARSKIE

Czepek pielęgniarский

Jest to tradycyjne, owalne nakrycie głowy w kolorze białym z czarnym, poziomym paskiem (lub wstążką) o szerokości 2 cm, biegnącym przez jego środek. Wyróżnia się trzy typy czepków: czepek z welonikiem (granatowy welonik doczepiany był w celach reprezentacyjnych), czepek okrągły oraz motylek. Do 1990 roku był on obowiązkowym elementem ubioru każdej pielęgniarki, a od roku 1991 zakładany jest jedynie do stroju galowego. W praktyce czepki miały służyć ochronie i zabezpieczeniu włosów, zaś pod względem symbolicznym oznaczały pokorę i chęć niesienia pomocy drugiemu człowiekowi [4].

Pierwsze czepki noszono w 1876 roku w szpitalu Bellevue (Stany Zjednoczone), a w Polsce pojawiły się one wraz z powstaniem Szkoły Zawodowych Pielęgniarek Stowarzyszenia Panien Ekonomek w Krakowie w 1911 roku. Najwcześniejsze modele okrywały całą głowę i miały za zadanie ochronę przed kurzem, lecz szybko zaczęły ulegać modyfikacjom (za wyjątkiem ich białego koloru). Wykonywane były z różnorodnych materiałów: muslinu, organdy, płótna, batystu, a także plastiku. Czepki różnych szkół różniły się między sobą detalami, np. wielkością, proporcjami, wysokością wyłogów, materiałem, zdobieniem czy zakończeniem, były również symbolem przynależności do danej uczelni oraz powodem do dumy każdej pielęgniarki [5].

Uczennice szkół pielęgniarских (współcześnie studenci drugiego roku studiów) otrzymywały czepek podczas podniosłej uroczystości czepkowania, która symbolizowała ukończenie pierwszego etapu kształcenia. Stopień wtajemniczenia i tym samym rangę zawodową oznaczano poprzez nakładanie na niego czarnych, aksamitnych pasków w zmiennej ilości, o różnym umiejscowieniu, a czasem też o innej grubości. Na początku młode adeptki dostawały czepki nieprzyozdobione żadnymi paskami. Z pisma ogólnego wydanego przez Ministerstwo Zdrowia w 1950 roku wynikało, że tylko absolwenci szkoły pielęgniarskiej mogli nosić to nakrycie głowy – było ono bowiem symbolem pozwalającym odróżnić pielęgniarkę od reszty personelu medycznego. W roku 1990 Samorząd Pielęgniarek i Położnych na I Krajowym Zjeździe zniósł obowiązek noszenia czepka (zastąpiono go identyfikatorem przypinanym do munduru, zawierającym imię, nazwisko i tytuł zawodowy), jednak pozostawiono go jako element stroju galowego pielęgniarek [6].

Wzór czepka, jako symbolu zawodu, widnieje na wszelkiego rodzaju książkach, podręcznikach i pismach naukowych o tematyce pielęgniarskiej. W 1912 roku, razem z lampką oliwną, zdołał pierwszy znaczek Szkoły Pielęgniarek i Higienistek Polskiego Czerwonego Krzyża w Poznaniu. Towarzyszy on ważnym wydarzeniom, uroczystościom i świętom zawodowym. Pojawia się też często w logo różnych organizacji pielęgniarских. Współcześnie, motyw ten występuje również na przypinkach otrzymywanych przez studentów pielęgniarstwa podczas ceremonii czepkowania [7].

Mundur pielęgniarский

Jest to zestaw odzieży, na który składa się czepek, fartuch (najczęściej z szarego płótna), bawet (biały fartuch krzyżowy), peleryna sukienna i trzewiki profilaktyczne. Niegdyś był ściśle związany ze strojem kobiecym obowiązującym w danym okresie historycznym lub z habitem zakonnym. Praktycznym zadaniem mundurów była ochrona przed zakażeniem skóry,

przenoszeniem bakterii czy nieczystości. Symbolicznie natomiast oznaczał on ubóstwo oraz gotowość do służby Bogu i ludziom. Miał również za zadanie integrowanie społeczności pielęgniarской. Szczególnie podkreślana była istotność czystości stroju pielęgniarского [2].

Pierwsze wzmianki o ujednoliceniu ubioru kobiet sprawujących funkcje opiekuńczo-pielęgnacyjne (*diakonisi*) pochodzą z literatury z czasów wczesnego chrześcijaństwa. Dokładny opis stroju pielęgniarского pojawił się dopiero w roku 1633 – siostry szarytki ze Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia, które były opiekunkami chorych, nosiły szare suknie z szerokimi rękawami oraz białe chusty na głowach. Ubiór ten nie był jednak określany jeszcze jako mundur. W późniejszych latach kolejne szkoły pielęgniarские wprowadzały zasadę jednokolorowej garderoby u swoich uczennic [7,8].

W Polsce strój pielęgniarский pojawił się na początku XX wieku i wzorowany był na amerykańskich modelach. Składał się on z bawełnianej sukni (często kolorowej lub z delikatnym wzorem) z długimi rękawami, usztywnianym kołnierzem i mankietami, a także fartucha z bawetem (fartuch bez rękawów, typu krzyżak), czepka, pantofli na niskim obcasie, pończoch w kolorze obuwia i kolorowej peleryny sięgającej do połowy uda. Niektóre szkoły jednak wcielały w życie własne projekty munduru chcąc dążyć do indywidualności [8].

Kwestia ubioru pielęgniarek z czasem zaczęła być regulowana ustawowo. W 1935 roku w Ustawie o pielęgniarstwie pojawił się zapis o wprowadzeniu przez Ministra Opieki Społecznej wzorów mundurów pielęgniarских – były to pierwsze formalne uregulowania w tej dziedzinie. W roku 1961 Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wydało Regulamin Szpitalny, w którym znalazła się wzmianka o prawidłowym umundurowaniu pielęgniarek. Za to w Zarządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1977 roku wymieniono skład wymaganego ubioru: sukienka, ubranie dwuczęściowe, fartuch krzyżowy, fartuch biały, trzewiki profilaktyczne, półbuty tekstylne, peleryna sukienna oraz czepek [2].

Wzory umundurowania ulegały modyfikacjom na przestrzeni lat, co podyktowane było doświadczeniami, potrzebą poprawy funkcjonalności, wiedzą o zakażeniach, a także zmianami w panującej modzie. Przeprojektowane zostały głównie kołnierze, długość stroju i długość rękawów, co miało na celu ułatwienie utrzymania higieny [7].

W czasie wojennym do munduru (lub zamiast munduru) dodawano symbole i znaki czerwono-krzyżowe. Obowiązkowym wyposażeniem stroju stał się przypinany zegarek z sekundnikiem oraz nożyczki z zaokrąglonymi końcówkami (trzymano je zazwyczaj w kieszeni). Ważnym aspektem było też noszenie obuwia profilaktycznego, a także powstrzymanie się od zakładania biżuterii w czasie pracy [7].

W latach 1990-1995 mundur pielęgniarский zaczął być zastępowany odzieżą ochronną zgodną z obowiązującymi zasadami BHP, zaś pod koniec XX wieku w stroju pielęgniarek nastąpiły wręcz rewolucyjne zmiany, gdyż dopuszczono noszenie w pracy garniturów i garsoniek. Obecnie zestaw zawierający suknię, fartuch, pelerynę, czepek i trzewiki już nie funkcjonuje. Popularnymi fasonami stały się za to sukienki do kolan czy garnitury. Panującą wcześniej biel można swobodnie zastępować dowolnymi barwami, zgodnie z upodobaniami osoby, która będzie nosić uniform. Dozwolona jest odzież medyczna kolorowa lub we wzory. Materiały, z których się ją wykonuje, mają bardziej przydatne właściwości, np. nieprzemakalność, elastyczność czy antybakteryjność. Stroje są też bardziej funkcjonalne – wygodniejsze w noszeniu, nie ograniczają ruchów oraz nie przeszkadzają w wykonywaniu codziennych czynności. Długie, ciężkie suknie zostały wyparte przez krótkie i lżejsze [8].

Hymn pielęgniarский

Jest to uroczysta pieśń pochwalna, która opiewa wzniosłe idee i znaczne czyny pielęgniarek. Najczęściej wykonywana jest jako utwór czterozwrotkowy. Ma ona dwa znaczenia: pierwszym jest wartościowanie postrzegania humanitarnych idei i chwalebnych działań pielęgniarek – podkreślenie ich zasług w ważnych chwilach dla narodu oraz dawanie poczucia, że ich zawód jest potrzebny i wymaga wielkiej odpowiedzialności. Drugim zaś jest integracja środowiska pielęgniarek i tworzenie więzi z zawodem poprzez jednoczenie się w czasie śpiewania hymnu lub słuchania jego dźwięków – sprawia to, że pielęgniarki czują przywiązanie do swojej grupy zawodowej. Dzięki temu możliwa jest efektywna praca w grupie, a także oddawanie się swoim obowiązkom z właściwą przychylnością, wrażliwością i empatią [4].

Muzykę i tekst hymnu napisał Jan Kielarski na zamówienie Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża w 1935 roku. Po wojnie został on zmieniany przez pielęgniarki: Danutę Sobolewską (odtworzenie słów hymnu, w celu podkreślenia roli i posłannictwa pielęgniarek, w latach 1948-1949), a potem Małgorzatę Lisowską (adaptacja przez nią słów hymnu, zaś muzyki przez Chamerskiego i zaakceptowanie tych modyfikacji przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarские w latach 1962-1971). Zmiany dotyczyły odniesienia się w pieśni do krwawych i ciężkich okresów wojennych („*Sztandar nasz przeszedł wielkie dni chwały, gdy o wolność się walki toczyły. Pielęgniarki na frontach ginęły, lecz ofiarnie swą służbę pełniły.*”), a także wyrażenia nadziei na nastanie czasów pokoju („*My nie chcemy dziś wojen ni boju, dość krwi bratniej i ofiar faszyzmu.*”) [4].

Na przestrzeni lat hymn był jeszcze wielokrotnie modyfikowany zarówno w zakresie słów, jak i melodii, jednak jego treść zawsze zwracała uwagę na najważniejsze wartości, postrzeganie humanitaryzmu oraz powszechną integrację zawodową. Ostateczna, obowiązująca wersja została zatwierdzona przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego na posiedzeniu plenarnym 20 lutego 1989 roku [6].

„Hymn Pielęgniarek” śpiewany jest podczas ważnych uroczystości zawodowych. Towarzyszy on także ceremonii czepkowania studentów i absolwentów pielęgniarstwa na uczelniach medycznych. Niegdyś wykonywany był również przez uczennice liceów pielęgniarских [6].

Pierwsza wersja hymnu: „Hymn Pielęgniarek PCK”

Przed majestat idziemy cierpienia
Z wiekuistym dobroci sztandarem
Z nami wielka jest moc wszechistnienia
Z nami słowo – co walecznym łśni czarem
Krwia żalane doliny i góry
Już widziały siostr białych tysiące.
Ile już z nich przeniosło tortury?
Ile padło ratując ginących.
Niech świat cały się burzy i wali,
Niech grom w gromy uderza, szaleje,
Stać będziemy u naszych szpitali
jak nie zgasłe cierpiących nadzieje

Ostateczna wersja hymnu: „Hymn Pielęgniarek”

W świat niesiemy swe serca gorące
Najpiękniejszą głosimy ideę
Aby ludziom dać pokój i słońce
By cierpiącym przywrócić nadzieję.

Zawód nasz przeszedł wielkie dni chwały
Gdy o wolność się walki toczyły
Pielęgniarki na frontach też były
I ofiarnie swą służbę pełniły.

W służbie naszej przodować będziemy
Dla Ojczyzny – Jej dobra pracować
A gdy trzeba i ginąć będziemy
Aby życie człowieka ratować.

My nie chcemy, ni wojen, ni bojów
Dość krwi bratniej i ofiar faszyzmu
My jesteśmy siostrami pokoju
Służyć chcemy idei humanizmu.

Lampka Nightingale

Jest to lampka oliwna, którą posługiwała się Florence Nightingale, doglądając rannych i chorych w czasie wojny krymskiej. Symbolizuje ona opiekę pielęgniarскую jako źródło niezawodności, a także podkreśla cechy pielęgniarки, takie jak wiedza, życzliwość oraz ciepło okazywane pacjentowi niezależnie od pory dnia. Ma również znaczenie personalistyczne i integracyjne – poprzez nawiązanie do twórczyni współczesnego pielęgniarstwa [4].

Wizerunek Florence z lampką przedstawiany jest w stylizowany sposób w różnych miejscach w celu podkreślenia jej cech osobowości godnych najwyższego uznania społecznego. Jej podobizna widnieje np. na obrazach (w Muzeum F. Nightingale w Londynie), rysunkach, witrażach w kościołach (w Glasgow), znaczkach (znaczek Szkoły Pielęgniarek i Higienistek Polskiego Czerwonego Krzyża w Poznaniu z 1921 roku), dyplomach (dyplom medalu Florence Nightingale), medalach (Medal Florence Nightingale ustanowiony w roku 1912 przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża), broszkach szkół pielęgniarских, pismach krajowych i zagranicznych. Stawiane są też pomniki przedstawiające jej postać (np. we Florencji w Kościele Santa Croce), której nieodłącznym elementem jest trzymana w dłoni lampka, rozjaśniająca mrok [7].

W roku 1999 Międzynarodowa Rada Pielęgniarek podjęła decyzję o zmianie swojego logo na takie, które składa się z podstawy, lampy (stylizacja lampy oliwnej), płomienia i kuli. Odbyło się to na Konferencji Jubileuszowej z okazji 100-lecia Międzynarodowej Rady Pielęgniarek pod nazwą „Uczenie przeszłości pielęgniarstwa, zyskanie przyszłości” [7].

Lampka oliwna jest międzynarodowym symbolem pielęgniarek. Towarzyszy ona największym uroczystościom zawodowym – zapalana jest m.in. podczas ceremonii czepkowania studentów pielęgniarstwa na uczelniach wyższych. Jest to tak charakterystyczny

dla pielęgniarstwa i jego historii przedmiot, że Florence od lat określana jest tytułem „damy z lampką” [7].



Fotografia 1. Obraz "Dama z lampą" Florencja Nightingale autorstwa Henrietta Rae (1891), źródło: [9]

Białe Serce

Jest to uniwersalny symbol pielęgniarstwa i wszystkich osób wykonujących ten zawód. Zaprezentowany został przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek w 2003 roku. Odzwierciedla on opiekuńczość, wiedzę, humanitaryzm i duchowość tej profesji [5].

Kolor biały stanowi bazę wszelkich innych barw, dzięki czemu jest wyrazem pielęgniarskiej akceptacji wszystkich ludzi, niezależnie od ich rasy, wieku, narodowości, wyznania itp. Biel w ogólnościowym komunikowaniu kojarzy się z pielęgnowaniem, troską, higieną i komfortem. Granat natomiast przywołuje na myśl sposób oznaczenia osoby pełniącej funkcję sanitariusza lub opiekuna. Z kolei kształt serca komunikuje humanitaryzm i jego centralne miejsce w zapewnianiu jakości opieki pielęgniarskiej [10].

W Polsce „Białe serce” , jako symbol jednoczenia pielęgniarstwa na całym świecie, wręczane jest wyróżnionym osobom w dowód uznania dla działań na rzecz konsolidacji

środowiska pielęgniarskiego i wspierania działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Takim „Białym sercem”, w trakcie V Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „*Życiodajna śmierć – pamięci Elizabeth Kübler-Ross*”, połączonej z obchodami 10-lecia Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB, która odbyła się w dniach 10-13 grudnia 2009 roku, została odznaczona prof. Elżbieta Krajewska-Kułak. „Białe serce”, w imieniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, przekazała jej Wiceprzewodnicząca ZGPTP – mgr Anna Kulikowska.



Fotografia 1. ‘Białe serce’ przyznawane przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Źródło: [własne]



Fotografia 2. Mgr Anna Kulikowska i Prof. Elżbieta Krajewska-Kułak, Źródło: [własne]



Rycina 1. Dyplom potwierdzający przyznanie „Białego serca” prof. Elżbiecie Krajewskiej-Kulańskiej

TRADYCJE PIELĘGNIARSKIE

Czepkowanie

Jest to uroczystość organizowana jako oznaka pierwszego stopnia wtajemniczenia do zawodu pielęgniarского. Do czasu czepkowania studentki nie podejmowały praktyki zawodowej [2].

Podczas ceremonii uczennice szkół, liceów oraz studiów pielęgniarских otrzymywały białe czepki – symbol tej profesji [2]. W miarę postępów w kształceniu adeptki dostawały kolejne paski – aksamitki o szerokości 1 cm, odnoszące się do historii paska jako znaku wysokiej jakości opieki – mocowane na czepku. Postępowanie to reprezentowało przekaz informacji z zakresu przygotowania zawodowego. W czasie akademii wykonywano m.in. Hymn Pielęgniarski oraz składano uroczyste ślubowanie. Oznaczało to symboliczne dołączenie do grona pielęgniarek. Miało również znaczenie refleksyjne, gdyż wyzwalało myślenie oparte na idei humanizmu [2].

Pierwsze ceremonie czepkowania odbywały się w szkole krakowskiej w 1911 roku [2]. Pół wieku później, w roku 1961, uroczystość ta została przemodelowana. Związane to było z reformą szkolnictwa i utworzeniem liceów medycznych. Ostatecznie, w 2000 roku, szkoły i

uczenie zaczęły odchodzić od klasycznej formy nakładania czepka i zastępowały go metalową broszką z tym symbolem, która była przypinana do munduru [2].



Fotografia 3. Uroczystość czepkowania na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB - symboliczne czepki do wpięcia w klapę, źródło: [własne]

Obecnie powraca się do tradycji czepkowania. Czepki, wraz z czarnym paskiem, są zakładane absolwentom na znak ukończenia szkoły pielęgniarskiej lub też studentom drugiego roku w ramach umownego przyłączenia do społeczności pielęgniarek i pielęgniarzy. Na niektórych uczelniach ceremonia ta wiąże się z obchodami Święta Symboliki Zawodowej. Uroczystości mają znaczenie motywacyjne i wartościujące – zachęcają do dalszego kształcenia i zdobywania kolejnych oznak wtajemniczenia zawodowego [6].



Fotografia 4. Uroczystość czepkowania na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB – symboliczne zapalenie świecy na pamiątkę Lamki Florencji, źródło: [własne]



Fotografia 5. Uroczystość czepkowania na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB - symboliczne nakładanie czepka studentom II roku studiów I stopnia, źródło: [własne]

Paskowanie

Jest to uroczystość, podczas której na biały czepiek pielęgniarский zakładana była, w poprzek lub wzdłuż, czarna aksamitka, najczęściej o szerokości 1 cm. Liczba, umiejscowienie i rozmiar wstążek były wyrazami poziomu wtajemniczenia zawodowego. Tradycja ta nawiązywała do historii paska jako znaku wysokiego stopnia opieki. Miała również znaczenie wartościujące – wyzwalała pozytywne emocje, poczucie zadowolenia oraz przeświadczenie o własnej wartości, wynikające z kolejnego etapu kształcenia. Dodatkowo, motywowała przyszłe pielęgniarki do dalszej nauki i zdobywania następnych odznaczeń [4].

Aksamitka, podobnie jak w wojsku, ukazywała rangę osoby w zawodzie (uczenica, pielęgniarka dyplomowana). Tylko absolwentki szkół miały prawo do noszenia na czepkach pojedynczego, szerokiego pasa, uczennice zaś – kilku wąskich, w liczbie zależnej od poziomu wyedukowania. Wstążka ta, w przysługującym pielęgniarkom kolorze czarnym, odzwierciedlała ich profesjonalizm. Pochodzenie tego symbolu, związane jest z dawnym przywilejem noszenia kapturki wykonanego z aksamitu przez osoby wykazujące się niezwykłymi umiejętnościami i wiedzą pielęgniarską [5].

Pierwsze prototypy paska na czepku, czyli aksamitne kołnierze i łańcuchy, przedstawiono w roku 1636. Z kolei pierwsze właściwe paskowanie wprowadziła szkoła pielęgniarская w Warszawie, wzorując się na zwyczajach amerykańskich i zakładając uczennicom na czepku jeden wąski pasek, na pół roku przed zakończeniem przez nie nauki. Trzy wstążki umieszczane poprzecznie na wyłogu czepka przyjęto prawdopodobnie w 1961 roku, wraz z kształceniem w liceach medycznych, a później na studiach pielęgniarских [7].

Warunki uzyskania prawa do noszenia oznak zawodu regulowało pismo ókólne Ministra Zdrowia z dnia 8 lutego 1950 roku (Dz. U. Min. Zdr. z dn. 5 lutego 1950 r.): „*pielęgniarki, które ukończyły szkołę pielęgniarek lub złożyły państwowy egzamin, mogą nosić na czepkach pasek szerokości 2 cm w kolorze czarnym. Zgodnie z pismem, zabrania się noszenia wyżej podanych oznak przez inny personel*” [5].

Ostatnia ceremonia nakładania na czepkę aksamitek odbyła się w roku 2002/2003 w związku z zakończeniem edukacji pielęgniarek w systemie szkół pomaturalnych, w związku z uchYLENIEM konieczności noszenia tradycyjnego nakrycia głowy, jako identyfikatora zawodu, a więc równocześnie z tą decyzją zanikł zwyczaj paskowania. Tradycja czepkowania jednak jest kultywowana, a współczalni studenci pielęgniarstwa otrzymują czepkę, na którym od razu naniesiony jest gotowy wzór pojedynczego, czarnego, poziomego paska. Nie praktykuje się już również umieszczania tego motywu w różnej liczbie, rozmieszczeniu i o zmiennej szerokości [5].

Ślubowanie

Jest to uroczysta przysięga, którą składa uczeń wobec szkoły czy uczelni, zaś absolwent – wobec społeczeństwa, grupy zawodowej i samej profesji pielęgniarskiej. Stanowi ona zobowiązanie do przestrzegania norm kodeksu etyki zawodu pielęgniarки. Ma znaczenie normatywne, gdyż obliгуje do wdrażania w praktyce zasad moralnych akceptowanych społecznie i prawnie, ale posiada też wartość etyczną – odnosi postępowanie danej osoby do przepisów zawartych w regulaminie i wyciąga konsekwencje w sytuacji ich nieprzestrzegania [7].

Najwcześniejsza przysięga pielęgniarcka została opracowana przez Florence Nightingale w 1893 roku. Przez wiele lat była ona traktowana jako pierwowzór kodeksu etycznego. Według Iżyckiej, pierwsze ślubowanie pielęgniarckie odbyło się w Szkole Pielęgniarstwa PCK w Warszawie w roku 1938. Tekst przyrzeczenia, który można znaleźć w monografii tej uczelni, został zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz odnosił się do wierności ideom czerwonołrzyckim i nakazom etyki zawodowej [7].

W roku 1973, a następnie 1984 nastąpiła nowelizacja treści ślubowania pielęgniarckiego wraz z przykazaniami moralnymi przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarckie. Z kolei w 1995 oraz 2003 roku przyjmowano kolejne wersje „Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarek i położnych”, a wraz z nimi i nowe postaci tekstu przyrzeczenia [2,11].

Aktualnie obowiązująca przysięga zawarta jest w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęg니arki i Położnej RP (załącznik do uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęg니arek i

Położnych z 9 grudnia 2003 roku). Jej tekst ulegał modyfikacjom wiele razy na przestrzeni lat, jednak jego założenia pozostały takie same. Nie zmienił się również podniosły charakter uroczystości ślubowania, który związany jest też z odśpiewaniem Hymnu Pielęgniarskiego [7,11].

Tekst „Ślubowania Florence Nightingale”:

„Przyrzekam uroczyście przed Bogiem w obecności wszystkich tu zebranych, że w życiu moim będę zawsze postępować nieskazitelnie, a w pracy zawodowej zawsze będę zasługiwać na zaufanie. Będę daleka od tego wszystkiego co szkodliwe i zgubne, nigdy sama nie zażyję, ani też nikomu nie podam tego, co mogłoby mu zaszkodzić. Będę dokładać wszelkich starań, aby przyczynić się do podnoszenia poziomu mojego zawodu, a także będę zachowywać w tajemnicy wszystkie informacje dotyczące spraw osobistych i rodzinnych pacjenta, które zostaną mi powierzone w czasie praktyki zawodowej. Będę lojalnie pomagać lekarzowi w jego pracy oraz pracować z poświęceniem dla dobra tych, którzy będą powierzeni mojej opiece.”

Tekst ślubowania składanego przez absolwentki szkół PCK:

„Przyrzekam i obiecuję być wierną idei Czerwonego Krzyża, przestrzegać nakazów etyki zawodowej, wypełniać swe obowiązki sumiennie, nie uchylać się od opieki nad żadnym chorym i dążyć do szerzenia zasad zdrowotności i higieny życia codziennego na terenie mej pracy.”

Tekst ślubowania obowiązującego obecnie:

„Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki i uroczyście przyrzekam:

- 1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim.*
- 2. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.*
- 3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.*
- 4. Okazywać pacjentom należyty szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.*
- 5. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.*
- 6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.*
- 7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie” [11].*

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej

Jest to dzień podniesiony do rangi święta osób wykonujących zawód pielęgniarki oraz okazja do zwrócenia uwagi szerokiej opinii publicznej na problemy tej specjalności i miejsce pielęgniarki w opiece zdrowotnej [2].

Obchodzony jest 12 maja – w dzień urodzin Florence Nightingale. Jego celem jest wzmacnianie struktury pielęgniarstwa na całym świecie i podkreślenie rangi profesji. Ponadto, ma zadanie informacyjne: potęguje przekaz informacji o sytuacji pielęgniarstwa w społeczeństwie. Poprzez nawiązanie do postaci Nightingale, daje też przykład i motywację do przykładowego pełnienia zawodu. Podczas tej uroczystości wręczane są wyróżnienia dla zasłużonych pielęgniarek jako uznanie dla ich pracy [2].

Święto to zostało ustanowione przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN - *International Council of Nurses*) na Międzynarodowym Kongresie Pielęgniarek w Meksyku w 1965 roku jako jedna z możliwości globalnego wpływu osób wykonujących ten zawód. Od roku 1971 ICN wprowadza tematy kolejnych uroczystości. Ma to na celu połączenie społeczności pielęgniarskiej na całym świecie wokół jednego istotnego zagadnienia [7].

Corocznie, w każdym państwie członkowskim ICN organizowane są wydarzenia, które pokazują społeczeństwu oraz osobom rządzącym znaczenie pielęgniarstwa w działaniach na rzecz wyznaczonego przez ICN w danym roku głównego motywu. W obchodach święta bierze także udział WHO (*World Health Organization*) [7].

ZNACZENIE SYMBOLI I TRADYCJI DAWNIEJ ORAZ WSPÓŁCZEŚNIE

Symbole i tradycje zawsze odgrywały ważną rolę w historii oraz społeczeństwie. Pozwoliły na sprecyzowanie rangi i pozycji pielęgniarek w zawodzie i w społeczności. Jeżeli sięgniemy do przeszłości, tej dalekiej, jak i trochę nam bliższej, możemy zauważyć, iż te znaczenie na przestrzeni lat się zmieniło i zmieniać się będzie [6,10,12].

Przyszłe pokolenia, mając na uwadze obecne spostrzeżenia na temat tradycji i przywiązanie do nich, najprawdopodobniej będą mieć inny pogląd na ceremonię czepkowania czy hymn pielęgniarский [6,10,12].

Historia wskazuje, iż jest to jak naturalna kolej rzeczy. Wszystko zależy od czasu, w jakim się znajdujemy, od sytuacji panującej na świecie, mentalności społeczeństwa oraz rozwoju cywilizacji [6,10,12].

SYMBOL/ TRADYCJA	KIEDYŚ	DZIŚ
Czepek pielęgniarski	Dawniej był to symbol przynależności do zawodu pielęgniarского. Był on wyraźnym zaznaczeniem, iż dana osoba należy do społeczeństwa medycznego. Oznaczał także pokorę i chęć służenia pomocą innym.	Obecnie jest zastępowany przez identyfikator. Jest to forma mniej wyrazista, natomiast nadal symbolizuje przynależność do zawodu. Mimo iż czepek dokładnie pokazywał pozycję danej pielęgniarki, to identyfikator przejął tę funkcję.
Mundur pielęgniarski	Dawniej stanowił on ochronę, ale spełniał również walory estetyczne (była to szara, długa suknia i chusta zakrywająca włosy).	Obecnie pełni funkcję ochronną, zgodnie z przepisami BHP. Estetykę i elegancję zamieniono na wygodę i bezpieczeństwo.
Hymn pielęgniarski	Symbolizował ducha walki. Jest to pieśń pochwalna dla idei tego zawodu.	Znaczenie się nie zmieniło. Hymn jest wciąż śpiewany na szczególnych uroczystościach, aby przypomnieć pielęgniarkom o ich misji.
Lampa Nightingale	Był to symbol opieki nad chorymi podczas wojny. Ukazywał chęć pomocy i troskę o innych.	Aktualnie jest to symbol wiedzy oraz niezawodności pielęgniarki, jej opieki i życzliwości.
Czepkowanie	Kiedyś była to tradycja, która stanowiła pierwszy krok do wejścia w pielęgniarstwo. Oznaczało to początkowe wtajemniczenie do zawodu.	W dzisiejszych czasach również oznacza to pierwszy stopień wkroczenia w zawód pielęgniarский.
Paskowanie	Dawniej był to symbol wysokiej jakości opieki.	Dziś również jest to oznaka dobrze sprawowanej opieki. Ta uroczystość daje poczucie zadowolenia z kolejnego etapu kształcenia.
Ślubowanie	Symbol zobowiązania wobec godnego wypełniania swojej pracy w tym zawodzie.	Aktualnie, pielęgniarka składając ślubowanie zobowiązuje się do przestrzegania zasad etycznych zawartych w kodeksie zawodu pielęgniarki.
Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej	Jest to tradycja zapoczątkowana w 1965 r. w celu zwrócenia uwagi szerokiej opinii publicznej na problemy pielęgniarstwa oraz miejsce pielęgniarki w opiece zdrowotnej.	Uroczystość ta ma na celu przekazanie informacji o tym jaką rolę pełnią pielęgniarki i położne w społeczeństwie.

BADANIA NAUKOWE

Czy współcześnie symbole są uznawane za przeżytek i coś, co istniało w czasach m.in. wojny? Jak teraz są postrzegane tradycje i symbole przez studentów pielęgniarstwa? Czy odgrywają podobną rolę jak za dawnych lat?

Przeprowadzono na ten temat badania. Były one realizowane od października do listopada 2013 roku w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie. Jako narzędzie badawcze wykorzystano dwa autorskie kwestionariusze ankiety: dla studentów pielęgniarstwa studiów pierwszego stopnia oraz dla pielęgniarek uzupełniających kształcenie na studiach pomostowych. W badaniu wzięły udział 143 osoby (w tym: 78 pielęgniarek i 1 pielęgniarz oraz 61 studentek i 3 studentów pielęgniarstwa Krakowskiej Akademii). Średnia wieku pierwszej grupy wynosi 25 lat, drugiej – 42 lata [13].

Spośród badanych pielęgniarek i pielęgniarzy, 80% nosiło w swojej pracy zawodowej czepek pielęgniarский, a 52% przechowuje go w domu. Tylko 13% pielęgniarek uważało, że czepek pielęgniarский powinien być ponownie noszony przez grupę zawodową pielęgniarek i położnych, ponieważ jest symbolem zawodu (90%) oraz dzięki nim personel był łatwo rozpoznawany przez pacjentów (50%). Z kolei 45% studentów pielęgniarstwa chciałoby nosić czepek pielęgniarский, ponieważ jest symbolem przynależności zawodowej (62%) oraz umożliwia rozpoznawanie personelu przez pacjentów (72%) [13].

Pielęgniarki i pielęgniarze ze studiów pomostowych argumentowali powody, dla których czepki pielęgniarские nie powinny być noszone. Najbardziej popularnym zdaniem było to, że czepki pielęgniarские były niewygodne (86%), niepraktyczne (83%) oraz przeszkadzały w pracy (88%). Osoby ze studiów licencjackich, które nie chciałyby nosić czepków pielęgniarских, swoją decyzję uzasadniały podobnymi argumentami [13].

Lampa Nightingale kojarzy się z wojną krymską i troską o dobro rannych. Florence z kolei - z lampką oliwną. Podobne skojarzenia miało 69% studentów studiów pielęgniarских pierwszego stopnia licencjackich oraz 75% pielęgniarek/pięgniary [13].

Zachowanie tradycji umacnia daną grupę zawodową. Symbole i ceremonie pozwalają na nowo przeżywać ważne momenty i wydarzenia, które budowały pielęgniarstwo. Połowa (52%) badanych pielęgniarek uważała, że tradycje pielęgniarские są zapomnianym reliktem przeszłości, a znaczna część nie udzieliła zdania w tej kwestii [13].

Spośród wszystkich badanych, 81% pielęgniarek uważało, że studenci pielęgniarstwa powinni znać tradycje i symbole zawodowe. Ponadto 45% respondentów uczęszczających na studia pomostowe oraz 75% studentów uważało, że nie powinno się zrezygnować z

kultywowania tradycji zawodowych na studiach licencjackich na kierunku pielęgniarstwo w obecnym systemie kształcenia [13].

Z badań wynika, że społeczeństwo jest na ten temat podzielone, natomiast większość twierdzi, iż tradycje i symbole są potrzebne, szczególnie w tym zawodzie [13].

Symbole oraz tradycje zawsze były oraz będą niezbędne. Jest to jedna z rzeczy, która może pozwolić na dogłębne poznanie naszej kultury (jak również pozostałych - z całego świata) przyszłym pokoleniom. Pozbawienie ludzkości symboliki czy zwyczajowości zaburzyłoby życie w społeczeństwach i bardzo utrudniłoby funkcjonowanie w rzeczywistości danego środowiska [2].

Patrząc na pielęgniarstwo dawnych lat, tj. wiek XIX czy XX oraz na to współczesne, można powiedzieć, że to właśnie tradycje i symbolizm je ukształtowały. Tak jak ludzkości jest potrzebne zachowanie pewnych zwyczajów, tak jest i również w tym zawodzie. Pamięć o niektórych zdarzeniach jest w pewnym sensie niezbędna, aby pielęgniarstwo wciąż mogło się rozwijać. Na samym początku tworzenia się tej profesji nie miały możliwości spojrzenia w historię. Czepkowanie, paskowanie, Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej, to są właśnie momenty, kiedy osoby uprawiające ten zawód mogą popatrzeć na swoją pracę z większej perspektywy i zobaczyć, co jeszcze można ulepszyć, co jeszcze można zrobić lepiej, aby troska o dobro drugiego człowieka była dokładniejsza i bardziej efektywna [4].

Dlatego tak ważna jest pamięć o tradycjach i symbolach. Dzięki nim pielęgniarki mają poczucie własnej tożsamości zawodowej, zaś ten zawód może stawać się lepszy i w przyszłości nie ulec zapomnieniu. Integrują one bowiem środowisko, motywują do dalszej pracy i chronią w jej trakcie, a także dają przykład właściwej postawy. Dbłość o symbole i tradycje jest kluczowa dla jakości wykonywanego zawodu [2].

PIŚMIENNICTWO

1. Symbol w Encyklopedii PWN, 2005.
2. Zarzycka D., Dobrowolska B., Ślusarska B.: Symbole i ceremonie zawodowe pielęgniarstwa — relikty przeszłości czy wartość zawodowa? Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17: 54-52.
3. Goetz M.: Tradycja i nowoczesność, Głos Pedagogiczny, Lekcja Wychowawcza z pomysłem, 2018: <https://www.glospedagogiczny.pl/artukul/tradycja-i-nowoczesnosc> (data dostępu 25.04.2020).

4. Skrzeczkowska U.: Znaczenie symboliki zawodowej w zawodzie pielęgniarки. https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5-:https://tostoflondon.files.wordpress.com/017/02/etyka_symbole_pielęgniarskie.pdf+&cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl&client=firefox-b-d. (data dostępu 26.04.2020).
5. Niechwiadomicz-Czapka T.: Symbole i ceremonie zawodowe pielęgniarstwa. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, 11.2012. <http://wsm.opole.pl/473/symbole-i-ceremonie-zawodowe-pielęgniarstwa.html>, (data dostępu 26.04.2020).
6. Gibas B., Dębska G.: Zasadność tradycji i symboliki we współczesnym pielęgniarstwie. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2014.
7. Wolska-Lipiec K.: Symbole Pielęgniarskie. Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego. <http://www.wmpp.org.pl/pl/symbole-pielęgniarskie.html>, (data dostępu 26.04. 2020).
8. Wolska-Lipiec K.: Mundur pielęgniarски. Wirtualne muzeum Pielęgniarstwa Polskiego. <http://www.wmpp.org.pl/pl/symbole-pielęgniarskie/mundur.html>, (data dostępu 26.04. 2020).
9. https://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale], (data dostępu 26.04. 2020).
10. Relikt przeszłości i wartość zawodowa – o symbolach w pielęgniarstwie. <https://pielęgniarkabyc.pl/blog/2017/02/08/relikt-przeszlosci-wartosc-zawodowa-o-symbolach-pielęgniarstwie/> (data dostępu 26.04.2020).
11. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarки i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im. Hanny Chrzanowskiej, Kraków 2016.
12. Krupniewicz A.: Podstawy Pielęgniarstwa. Repetytorium Przedegzaminacyjne. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
13. Gibas B., Dębska G.: Symbole i tradycje pielęgniarские w opinii studentów kierunku pielęgniarstwo. Pielęgniarstwo XXI wieku 2016; 15: 50-54.

Tradycje kształcenia pielęgniarek w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku

Elżbieta Krajewska-Kulak¹, Cecylia R. Łukaszuk¹, Hanna Rolka¹,
Lewko Jolanta²

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

POCZĄTKI UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

*Prawdziwe przywiązanie do postępu i przyszłości polega na poznaniu tego, co nam
podawała przeszłość*
Chachard

Akademię Medyczną w Białymstoku powołano mocą rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 lutego 1950 roku. Organizatorem i pierwszym Rektorem Akademii był profesor Tadeusz Kielanowski. Siedzibą Akademii jest były pałac Branickich, obiekt historyczny z XVIII wieku. Pierwsze zakłady podstawowych nauk medycznych zlokalizowano w przyległym do pałacu *Collegium Primum*. W roku 1951 Uczelnia uzyskała uprawnienia do nadawania stopnia naukowego doktora nauk medycznych. W roku 1953 powołano pierwsze kliniki. W 1954 roku oddano do użytku budynek *Collegium Universum*, który pomieścił większość zakładów nauk podstawowych, w roku 1953 powołano pierwsze kliniki, a w roku 1955 pierwsi absolwenci Wydziału Lekarskiego otrzymali dyplomy lekarza. W roku 1962 oddano do użytku Państwowy Szpital Kliniczny. W roku 1988 rozpoczął działalność Dziecięcy Szpital Kliniczny. W roku 1999 przekazano do użytku budynek *Collegium Novum*.

W dniu 21 grudnia 2006 roku, Senat Akademii Medycznej w Białymstoku przyjął uchwałę (Uchwała nr 58/06) w sprawie zmiany nazwy z Akademii Medycznej w Białymstoku na Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. 23 stycznia 2008 roku Sejm RP uchwalił ustawę o zmianie nazwy Akademii Medycznej w Białymstoku na Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, a Senat RP, uchwałą z dnia 7 lutego 2008 roku, przyjął powyższą ustawę bez

poprawek. W dniu 26 lutego 2008 roku Prezydent RP podpisał ustawę o zmianie nazwy Akademii Medycznej w Białymstoku na Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, która została ogłoszona dnia 7 marca 2008 roku w Dzienniku Ustaw Nr 39 poz. 224 i weszła w życie dnia 22 marca 2008 roku.

POCZĄTKI KSZTAŁCENIA PIEŁĘGNIAREK

*Ucz się tak, jakbyś niczego jeszcze nie osiągnął,
i lękaj się, byś nie stracił tego, co już osiągnąłeś*
Konfucjusz

Początki kształcenia pielęgniarek w Akademii Medycznej w Białymstoku datują się od roku 1956, kiedy to przy uczelni rozpoczęła działalność Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa. Została ona zorganizowana przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Białymstoku, w porozumieniu z władzami Uczelni.



Fotografia 1. Pierwsza Dyrektor Szkoły Pielęgniarskiej przy AMB - pani dr hab. Franciszka Bakun, źródło:[zdjęcie własne подарowane przez Franciszkę Bakun]

Uruchomienie kształcenia pielęgniarek w Akademii Medycznej miało doniosłe znaczenie dla Uczelni i dla dalszego rozwoju Służby Zdrowia w województwie białostockim. W tym okresie istniała bowiem w Białymstoku tylko jedna Szkoła Pielęgniarstwa przyjmująca kandydatki po 9-klasach. Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa przy AMB była dostępna

wyłącznie dla absolwentek liceów ogólnokształcących, posiadających świadectwo maturalne. Celem działalności szkoły było przygotowanie wysokospecjalistycznej kadry pielęgniarek i instruktorek dla rozwijających się i nowo powstających klinik Akademii Medycznej.

W momencie rozpoczęcia działalności szkoły naukę podjęło 35 słuchaczek. Pierwszą Dyrektorką Szkoły była pani dr hab. Franciszka Bakun, a opiekunem szkoły profesor Witold Stasiewicz.



Fotografia 2. Pierwsi studenci Szkoły Pielęgniarskiej przy AMB przed budynkiem szkoły, źródło:[zdjęcie własne подарowane przez Franciszkę Bakun]



Fotografia 3. Pierwsi studenci Szkoły Pielęgniarskiej przy AMB z dyrektorką panią doc. Bakun, źródło:[zdjęcie własne подарowane przez Franciszkę Bakun]

Akademia Medyczna udostępniła sale wykładowe, pracownie i laboratoria oraz umożliwiła odbywanie zajęć praktycznych w klinikach i poradniach. Zapewniła także kierownictwo szkoły oraz pracowników naukowych, którzy prowadzili wykłady zgodnie z programem tego typu szkoły. Na podstawie uchwały Rady Wydziału podjęto decyzję, że najlepsze absolwentki szkoły zostaną przyjęte na dalsze studia w Akademii Medycznej.

W okresie dwuletniej nauki teoretycznej obowiązywały trzy okresy zajęć praktycznych od stopnia podstawowego do samodzielnie organizowanej pracy na stanowisku pielęgniarki w poszczególnych oddziałach Klinik Akademii Medycznej.



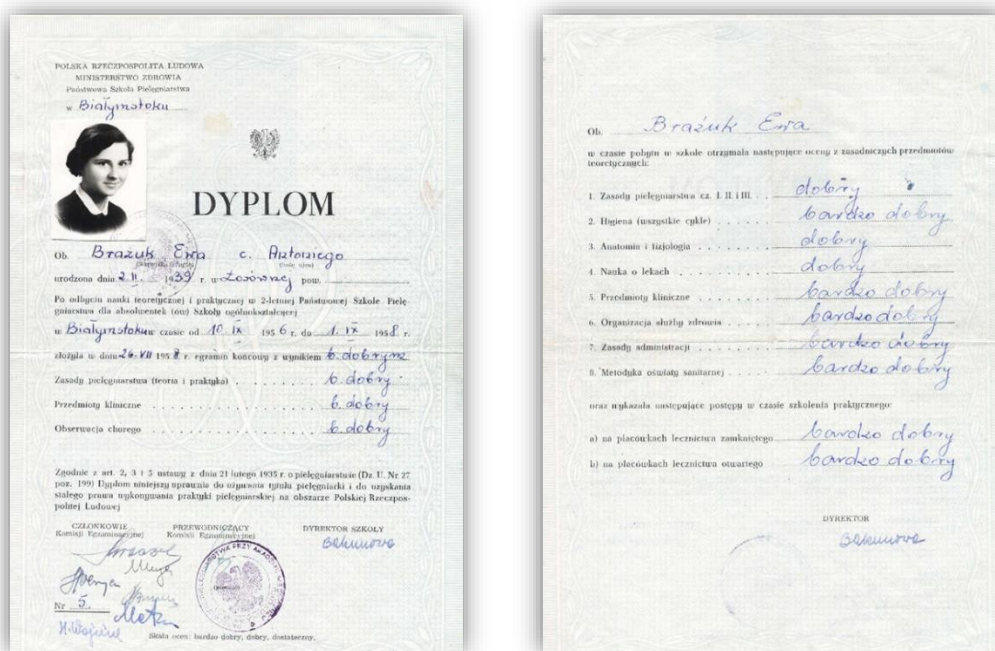
Fotografie 4 i 5. Pierwsi studenci szkoły pielęgniarskiej przy AMB na zajęciach, źródło:[zdjęcie własne подарowane przez Franciszkę Bakun]

„Dziewczęta w bieli” nie tylko zdobywały doświadczenia zawodowe, ale także prowadziły działalność naukową. Jedną z nich, Ewa Brażak-Tabor badała motywacje podjęcia, przez słuchaczki, nauki w zawodzie pielęgniarki. Stwierdziła między innymi, że najważniejszym bodźcem do podjęcia kształcenia w Państwowej Szkole Pielęgniarskiej była chęć zdobycia zawodu pielęgniarki na wyższym poziomie, a przez to uzyskanie większego szacunku dla zawodu pielęgniarki w społeczeństwie. Kolejnym powodem było uzyskanie, po ukończeniu nauki, możliwości zatrudnienia w zawodzie na wyższym stanowisku niż szeregowej pielęgniarki, np. instruktorki w szkole, oddziałowej, przełożonej. Część słuchaczek były osobami, które z różnych powodów nie mogły studiować na Akademii Medycznej. Jedną z nich, Teresa Noworadke, po rozpoczęciu nauki w szkole, stwierdziła „*uwazam, że zły byłby ze mnie lekarz, gdybym nie znalazła pracy pielęgniarskiej*”.



Fotografia 6. Artykuł archiwalny o Szkole Pielęgniarskiej przy AMB, w Gazecie Białostockiej „Dziewczęta w bieli”, źródło:[zdjęcie własne podarowane przez Franciszkę Bakun]

Pierwsze absolwentki Szkoły opuściły jej mury w 1958 roku. W swoim wystąpieniu Dyrektor Szkoły skierowała do nich słowa, w których apelowała; „*miejcie zawsze w pamięci określenie pielęgniarstwa przez Florencję Nightingale: pielęgniarstwo jest najpiękniejszą ze sztuk pięknych. Jako sztuka piękna Wasza praca powinna być twórcza w każdym zakresie i w każdym miejscu, czy to przy łóżku chorego, czy to w zakresie pielęgniarstwa społecznego. Można posiadać rozległą wiedzę zawodową i umiejętności techniczne, ale jeżeli nie posiada się pierwiastka twórczego, jeśli cała dziedzina duchowa milczy, to wówczas pielęgniarstwo zostaje zredukowane do rzemiosła i przestaje być pielęgniarstwem w całym tego słowa znaczeniu*”.



Fotografia 7. Dyplom absolwenta szkoły pielęgniarskiej przy AMB, źródło:[zdjęcie własne podarowane przez absolwentkę]



Fotografia 8. Dekorowanie absolwenta Szkoły Pielęgniarskiej symboliczną broszką-medalionem, źródło:[zdjęcie własne podarowane przez Franciszkę Bakun]



Fotografia 9. Pamiątkowa broszka - medalion absolwenta Szkoły Pielęgniarskiej, źródło: [zdjęcie własne]

Absolwentki otrzymywały dyplom i broszkę-medalion z inicjałami każdej absolwentki. Medalion był symbolicznym wyrazem pracy pielęgniarek. Znicz wryty na medalionie symbolizował nigdy nie gasnącą siłę ducha, dawanie ciepła i rozjaśnianie mroków. Był oznaką nigdy nie gasnącej wiary w potrzebę i sens służby pacjentom i ojczyźnie.

Pierwszą studentką, która została wytypowana do podjęcia nauki na Akademii Medycznej była Stefania Dąbrowska.

Szkoła prowadziła swoją działalność do roku 1959.

POWRÓT DO TRADYCJI KSZTAŁCENIA PIEŁĘGNIAREK

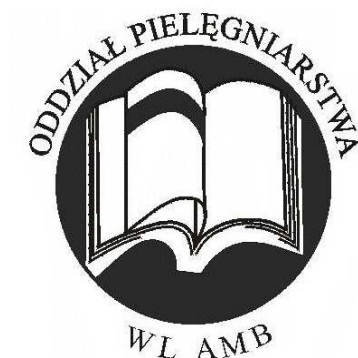
*Zawsze idź przez życie tak jakbyś miał
coś nowego do nauczenia się, a tak się stanie*
Vernon Howard

Do tradycji kształcenia pielęgniarek w Akademii Medycznej w Białymstoku powrócono dopiero pięćdziesiąt lat później, w roku 1999, kiedy to utworzono Oddział Pielęgniarstwa przy Wydziale Lekarskim.

Oddział Pielęgniarstwa został powołany mocą Uchwały Senatu Akademii Medycznej w Białymstoku nr 4/99 z dnia 29.01.1999 roku, a podstawami prawnymi były:

- Ustawa o Szkolnictwie Wyższym z dnia 12.09.1990 (Dz.U. nr 65, poz. 385 z późn. zm., wg stanu na dzień 01.09.2001) – art. 4 ust. 2– 4. oraz 149 ust. 2.
- Uchwała nr 152/97 Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego z dnia 13.11.1997 w sprawie określenia minimalnych wymagań programowych dla studiów magisterskich na kierunkach fizjoterapia, turystyka oraz wychowanie fizyczne. Dziennik Urzędowy MEN, nr 3, poz. 12.

- Zarządzenie ministra Edukacji Narodowej z dnia 09.04.1992 w sprawie określenia rodzajów dyplomów i tytułów zawodowych oraz wzorów dyplomów wydawanych przez uczelnie (Mon. Pol. nr12, poz. 85 z późn. zm.).
- Regulamin studiów dziennych w Akademii Medycznej w Białymstoku – Białystok 2001.



Rycina 1. Logo Oddziału Pielęgniarstwa (autorstwa Władysława Pietruka), źródło:[zdjęcie własne]

Pierwszym Prodziekanem Oddziału był dr hab. n. med. Jan Karczewski.



Fotografia 10. Dr hab. n. med. Jan Karczewski, źródło:[zdjęcie własne]

Nauczanie rozpoczęło w dniu 1 października 1999 r. w ramach zaocznych studiów magisterskich. Na pierwszy rok studiów przyjęto 91 osób.



Fotografia 11. Pierwsi studenci Oddziału Pielęgniarstwa, źródło: [zdjęcie własne]

Jako pierwszy utworzono Zakład Teorii Pielęgniarstwa, który swoją działalność naukowo-dydaktyczną rozpoczął w listopadzie 1999 roku.



Fotografia 12. Rok 1999 - pierwsi pracownicy Oddziału Pielęgniarstwa z Zakładu Pielęgniarstwa Ogólnego AMB (w kolejności od prawej: mgr Jolanta Lewko, dr n. med. Cecylia Łukaszuk, dr n. biol. Wiesława Ciechaniewicz, dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułak), źródło:[zdjęcie własne]

Kierownikiem Zakładu została prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak, a pierwszymi pracownikami: dr n. przyr. Wiesława Ciechaniewicz, dr n. med. Jolanta Lewko oraz dr n. med. Cecylia Łukaszuk. Od 1999 roku zaczęło także działać w nim pierwsze koło naukowe, którego opiekunem została prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułak.



Fotografia 13. Pierwsze Studenckie Koło Naukowe Oddziału Pielęgniarstwa z Zakładu Pielęgniarstwa Ogólnego AMB, źródło:[zdjęcie własne]

W roku 2000, na bazie dawnego Studium Medycznego, powstał Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, a jego kierownikiem została mgr Halina Wyszowska.

Od roku 2000 rozpoczęto kształcenie na dziennych studiach licencjackich na kierunku pielęgniarstwo.

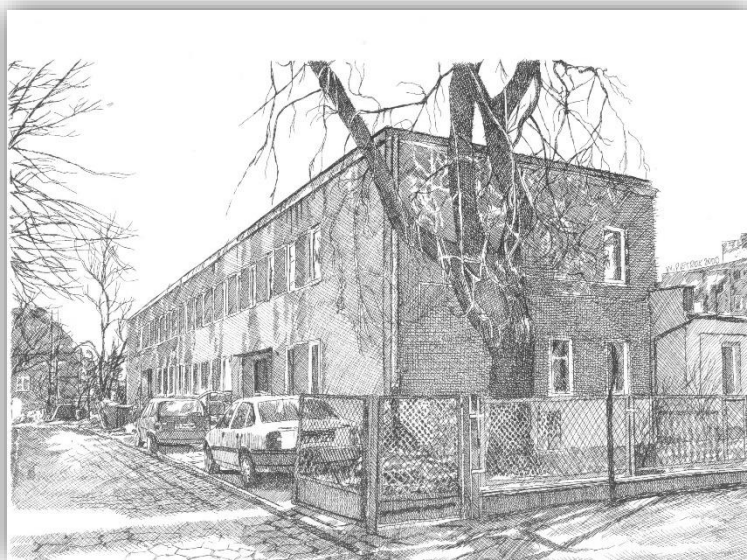


Fotografia 14. Pierwsi studenci kierunku pielęgniarstwo studia stacjonarne rok 2000, źródło:[zdjęcie własne]

W marcu 2000 r. Zakład wspólnie z Białostockim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz firmą Novartis zorganizował w Białymstoku I warsztaty mikologiczne dla lekarzy i pielęgniarek. W zajęciach teoretycznych, jak i praktycznych uczestniczyło łącznie 36 osób: 18 lekarzy i 18 pielęgniarek. Celem tych pilotażowych warsztatów było ustalenie miejsca pielęgniarki w procesie rozpoznawania i zwalczania zakażeń grzybiczych. Kolejne edycje warsztatów mikologicznych odbyły się w lutym 2001 r. w Białymstoku oraz kwietniu i październiku 2001 r. w Lublinie przy współpracy Zakładu Pedagogiki Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie. Patronat nad szkoleniami z zakresu grzybic objął Zarząd Sekcji Mikologicznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Największym pierwszym przedsięwzięciem nowego oddziału było zorganizowanie w maju 2000 roku, przy współudziale Zakładu Higieny i Epidemiologii AMB, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z Oddziałem w Białymstoku, Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Medycznego Studium Zawodowego - I Podlaskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „*Pielęgniarstwo we współczesnej medycynie*”. Podczas trwania konferencji czynna była wystawa prac pielęgniarek, wystawa prac dzieci „*Pielęgniarka w oczach dziecka*” oraz wystawa prac białostockiego artysty grafika Władysława Pietruka.

Rok 2001 był przełomowym, bowiem Zakład Teorii Pielęgniarstwa przeniósł się do nowych pomieszczeń, mieszających się w wyremontowanym budynku przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 7a. Zmienił też nazwę na Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego. W tym też czasie zwiększyła się liczba pracowników pełnoetatowych Zakładu.



Rycina 2. Nowe pomieszczenia Zakładu Pielęgniarstwa Ogólnego w wyremontowanym budynku przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 7a (grafika Władysława Pietruka)



Fotografia 15. Otwarcie pierwszego Zakładu – Zakładu Teorii Pielęgniarstwa, rok 2001, źródło:[zdjęcie własne]

Tradycyjnie w maju 2001 roku odbyła się II Podlaska Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. *”XXI wiek – nowe wyzwania pielęgniarstwa”*, której inicjatorem był Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego.

W 2001 i 2002 roku zostały zorganizowane przez ZG PTP, Royal College of Nursing UK, Zakład Teorii Pielęgniarstwa AMB Letnie Warsztaty Szkoleniowe w Supraślu dla pielęgniarek i położnych.

W roku 2003, mocą Uchwały Senatu Akademii Medycznej w Białymstoku nr 24/03 z dnia 30.05.2003 roku na podstawie art. 64 ust. 2 o szkolnictwie wyższym z dnia 12.09.1990 roku (Dz. U. NR 65 poz. 385) powołano Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia.



Rycina 3. Logo Wydziału Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia (autorstwa Władysława Pietruka)

Dziekanem Wydziału został prof. dr hab. med. Jan Karczewski, a prodziekanami prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułać i dr hab. med. Robert Latosiewicz.



Fotografia 15. Pierwszy dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia AMB, źródło:[zdjęcie własne]

Od roku 2003, zgodnie z limitami dydaktycznymi przyznanymi przez Ministerstwo Zdrowia, w ramach rekrutacji przyjmowanych jest 90 osób na kierunek pielęgniarstwo i 30 na kierunek położnictwo oraz 20 osób na 2-letnie magisterskie studia uzupełniające.

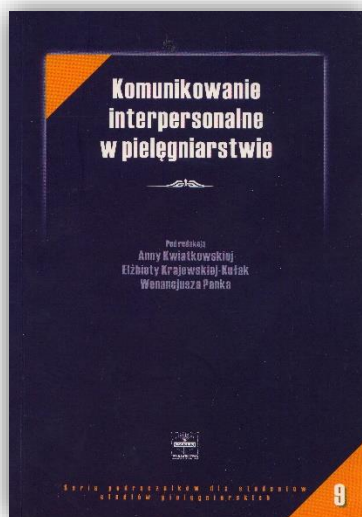


Fotografia 16. Pierwsza obrona pracy dyplomowej na Wydziale Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia AMB, źródło:[zdjęcie własne]



Fotografia 16. Pierwsi absolwenci – rozdanie dyplomów 2003, źródło:[zdjęcie własne]

W roku 2003 pracownicy Wydziału wydali swój pierwszy podręcznik o tematyce pielęgniarskiej: Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.): Komunikowanie interpersonalne. Wyd. Czelej i Sp., Lublin 2003, 1-289. ISBN 83-89309-11-4.



Rycina 4. Okładka pierwszego podręcznika dla pielęgniarek współautorstwa pracowników Wydziału

Od roku akademickiego 2003/2004 zostały uruchomione „Studia pomostowe” dla pielęgniarek posiadających świadectwo maturalne oraz tytuł zawodowy pielęgniarki/położnej,

uzyskany w wyniku ukończenia pięcioletniego liceum medycznego lub medycznej szkoły zawodowej.



Fotografia 17. Studentki studiów pomostowych, źródło:[zdjęcie własne]

Absolwenci w/w studiów otrzymywali tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa, a ich kwalifikacje są uznawane automatycznie we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej. Studia te nie miały charakteru obligatoryjnego. Pielęgniarki mogły (ale nie musiały) skorzystać z tej formy podniesienia kwalifikacji zawodowych. Osoby, które nie zdecydowały się na ich podjęcie nie utraciły posiadanego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej w Polsce.



Fotografia 18. Absolwentki studiów pomostowych, źródło:[zdjęcie własne]



Fotografia 19. Absolwentki studiów pomostowych, źródło:[zdjęcie własne]

W kadencji 2005-2012 Dziekanem była prof. dr hab. Elżbieta Krajewska – Kułak, Prodziekanem ds. studentów prof. dr hab. Sławomir Terlikowski, a Prodziekanami - prof. dr hab. Elżbieta Maciorkowska i prof. dr hab. Jerzy Robert Ładny



Fotografia 20. Dziekan Wydziału - prof. dr hab. Elżbieta Krajewska - Kułak - 2005-2012, źródło:[zdjęcie własne]



Fotografia 21. Od góry – Pracownicy Dziekanatu - mgr Katarzyna Sochoń, mgr Katarzyna Gryko, mgr Urszula Krasuska, mgr Emilia Górską, mgr Helena Tołoczko oraz Władze Dziekańskie - prof. Sławomir Terlikowski, prof. dr hab. Elżbieta Krajewska-Kułak, dr hab. Marek Szczepański, źródło:[zdjęcie własne]

W kadencji 2012-2016 Dziekanem był prof. dr hab. Sławomir Terlikowski Prodziekanem ds. studenckich prof. dr hab. Elżbieta Krajewska – Kułak, a Prodziekanami - prof. dr hab. Elżbieta Maciorkowska i prof. dr hab. Jerzy Robert Ładny.

Na kadencję 2016-1.06.2019 Dziekanem został ponownie wybrany prof. dr hab. Sławomir Terlikowski, Prodziekanem ds. studenckich prof. dr hab. Elżbieta Krajewska – Kułak, Prodziekanem ds. Rozwoju Wydziału – prof. dr hab. Halina Car, Prodziekanem ds. Nauki – dr hab. Bożena Dobrzycka, Prodziekanem ds. Jakości Kształcenia i Programów Studiów – dr hab. Ludmiła Marcinowicz.

Od 1.06.2019 - 30.09.2019 funkcję Dziekana sprawowała prof. dr hab. Bożena Dobrzycka, a od 1.10.2019 – ponownie prof. dr hab. Sławomir Terlikowski

W dniu 27 marca 2008 r., decyzją Senatu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku została zmieniona nazwa Wydziału Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia na Wydział Nauk o Zdrowiu.



Fotografia 22. Dziekan Wydziału – prof. dr hab. Sławomir Jerzy Terlikowski 2012 - 31.05.2019 oraz od 1.10.2019, źródło:[zdjęcie własne]

W październiku 2011 r. rozpoczęły się zajęcia w nowo wybudowanym, nowoczesnie wyposażonym Centrum Dydaktyczno-Naukowym Wydziału Nauk o Zdrowiu, gdzie mieści się większość zakładów Wydziału.



Fotografia 23. Rozpoczęcie budowy Centrum Dydaktyczno-Naukowego Wydziału Nauk o Zdrowiu – Prof. Elżbieta Krajewska-Kułak, Prof. Jan Górski, mgr Waldemar Kuczyński, źródło:[zdjęcie własne]

Zadanie inwestycyjne rozpoczęto w 2006 r., a jego realizacja planowana była na lata 2006-2010. Ostatecznie zakończono ją w 2011 roku. Roboty budowlano-montażowe rozpoczęto we wrześniu 2007 po podpisaniu w dniu 17.09.2007 r. umowy z wykonawcą robót - Przedsiębiorstwem Budowlanym „POLBUD” Sp. z o.o. z Bielska Podlaskiego, wyłonionym w drodze przetargu ograniczonego



Fotografia 24. Położenie kamienia węgielnego pod budowę Centrum Dydaktyczno-Naukowego Wydziału Nauk o Zdrowiu - Prof. Elżbieta Krajewska-Kułak i Prof. Jan Górski, źródło:[zdjęcie własne]



Fotografia 25. Centrum Dydaktyczno-Naukowego Wydziału Nauk o Zdrowiu, źródło:[zdjęcie własne]



Fotografia 26. 1 czerwca 2011r. – otwarcie Centrum Dydaktyczno-Naukowego Wydziału Nauk o Zdrowiu – Minister Nauki Szkolnictwa Wyższego – Prof. Barbara Kudrycka, dr n. o zdr. Cezary Żemek, Prof. Jacek Nikliński, źródło:[zdjęcie własne]

Wydział, od roku 2003 sukcesywnie uzyskuje akredytacje Krajowej Rady Akredytacji Szkolnictwa Medycznego (KRASZM) – obecnie Krajowej Rady Szkół Pielęgniarek i Położnych (KRASzPiP), od roku 2004 akredytacje Państwowej Komisji Akredytacyjnej (PKA), obecnie Polskiej Komisji Akredytacyjnej, na kształcenie na kierunku Pielęgniarstwo.

Kształcenie pielęgniarek odbywa się na bazie takich jednostek organizacyjnych Wydziału, jak:

- Klinika Alergologii i Chorób Wewnętrznych
- Klinika Geriatrii
- Klinika Medycyny Ratunkowej
- Klinika Medycyny Ratunkowej Dzieci
- Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka
- Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej
- Klinika Rehabilitacji
- Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym "Dać Szansę"
- Samodzielna Pracownia Diagnostyki Układu Oddechowego i Bronchoskopii
- Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Narządu Wzroku
- Studium Filozofii i Psychologii Człowieka

- Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Zakład Dietetyki i Żywienia Klinicznego
- Zakład Farmakologii Doświadczalnej
- Zakład Fonoaudiologii Klinicznej i Logopedii
- Zakład Ginekologii i Położnictwa Praktycznego
- Zakład Higieny, Epidemiologii i Ergonomii
- Zakład Medycyny Klinicznej
- Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof
- Zakład Medycyny Rodzinnej
- Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego
- Zakład Neurologii Inwazyjnej
- Zakład Patomorfologii Ogólnej
- Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego
- Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej
- Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo-Ginekologicznej
- Zakład Prawa Medycznego i Deontologii Lekarskiej
- Zakład Radiologii Dziecięcej
- Zakład Statystyki i Informatyki Medycznej
- Zakład Technologii i Towaroznawstwa Żywności
- Zakład Zdrowia Publicznego
- Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Wydział posiada uprawnienia do nadawania:

- stopnia doktora nauk medycznych w dyscyplinie medycyna (2006)
- stopnia doktora nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu (2010)
- stopnia doktora habilitowanego nauk medycznych w dyscyplinie medycyna (2010)
- stopnia doktora habilitowanego nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu (2011)
- uprawnienia do prowadzenia studiów doktoranckich

W roku 2001 stopień dr n. med. uzyskał pierwszy pracownik Wydziału pielęgniarka – mgr Jolanta Lewko (rozprawa doktorska nt. *”Badanie nad wpływem żywienia na zawartość magnezu”* – promotor dr hab. Jan Karczewski)



Fotografia 27. Obrona rozprawy doktorskiej – dr n. med. Jolanty Lewko, źródło:[zdjęcie własne]

W roku 2007 odbyły się pierwsze obrony doktoratów na Wydziale dr n. med. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz oraz dr n. med. Krystyna Kowalczuk.



Fotografia 28. dr n. med. Katarzyna van Damme-Ostapowicz i dr n. med. Krystyna Kowalczuk , prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułak, źródło:[zdjęcie własne]

Pierwszą w polskim systemie nauki doktor habilitowaną nauk o zdrowiu była Ludmiła Marcinowicz.



Fotografia 29. Ludmiła Marcinowicz - pierwsza w Polsce dr hab. nauk o zdrowiu,
źródło:[zdjęcie własne]

TRADYCJA CZEPKOWANIA

*Wychodźcie z tradycji, bo tylko na niej
można budować nowe drogi i odnaleźć siebie.*

Tadeusz Makowiecki

Rokrocznie, od 2001 roku studenci II roku licencjatu kierunku pielęgniarstwo i położnictwo mają uroczystość „czepkowania”, bardzo podniosłego święta, specyficznego dla środowiska pielęgniarek.

Symbolika tej uroczystości jest bardzo wymowna. Kształtowała się na przestrzeni dziejów pielęgniarstwa i położnictwa. W Polsce kultywowana jest od roku 1911, kiedy to po raz pierwszy wprowadzono ją w szkole pielęgniarzkiej w Krakowie. Od tego roku w sposób oczywisty kreowała i nadal kreuje tożsamość zawodową pielęgniarki i położnej.

Nazwa „czepkowanie” pochodzi od symbolu zawodu pielęgniarki – białego czepka, pierwszego wtajemniczenia zawodowego. Czepek i przysięga są symbolami przynależności studentów do społeczności pielęgniarzkiej, pierwszego ich wtajemniczenia w arkana tych pięknych zawodów. Przyjmując czepek studenci poświadczają, że są świadomi swych

obowiązków wobec pacjenta, a w uroczystym przyrzeczeniu oddają, co pielęgniarka i położna powinny w przyszłości ofiarować innym: poświęcenie i zaangażowanie, mądrość i wiedzę, bezinteresowność i oddanie, wrażliwość i służenie drugiemu człowiekowi w podtrzymaniu oraz zachowaniu jego zdrowia i życia, a także skromność i miłość wobec drugiego człowieka.



Fotografia 30. Pierwsze czepkowanie w roku 2001 – prof. Zbigniew Puchalski, dr n. med. Jolanta Lewko i Studenci, źródło:[zdjęcie własne]

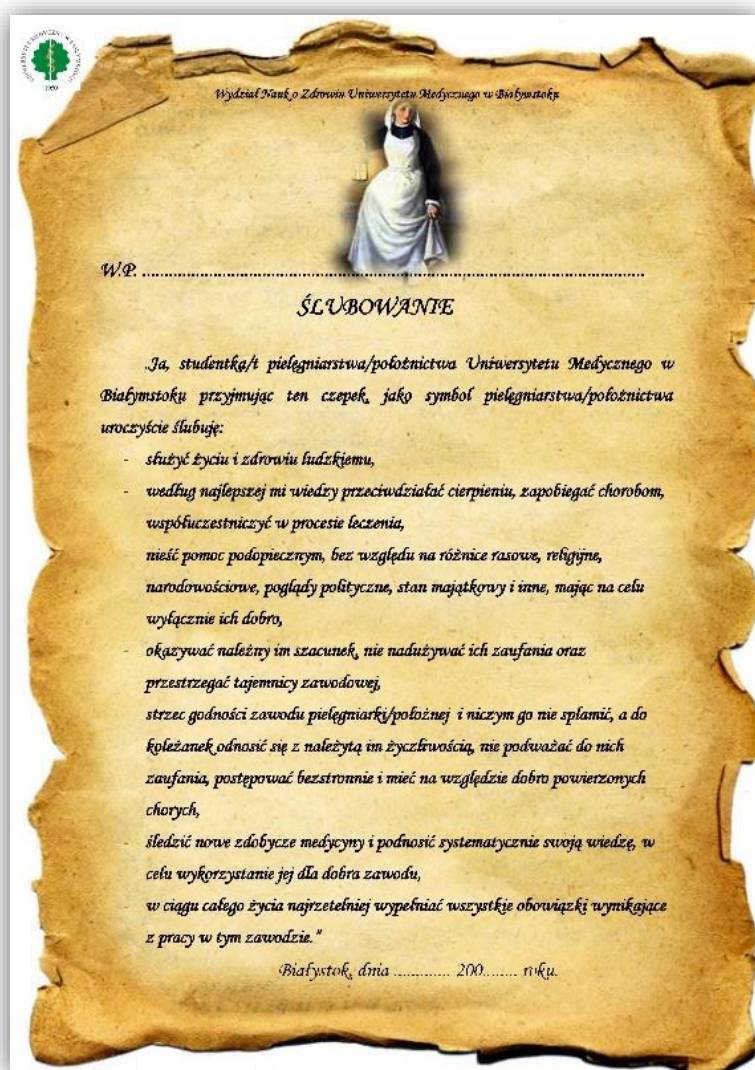
Po złożeniu przysięgi studenci otrzymywali symboliczny czepek w klapę z symbolem – logo Wydziału oraz pamiątkowy dyplom z tekstem przysięgi.



Rycina 4. Symboliczny czepek – broszka, otrzymywany przez studentów kierunku pielęgniarstwo na uroczystości czepkowania do roku 2003, projekt- Władysław Pietruk



Rycina 5. Symboliczny czepek – broszka, otrzymywany przez studentów kierunku pielęgniarstwo na uroczystości czepkowania – po roku 2003, projekt – Władysław Pietruk



Rycina 6. Pamiątkowy dyplom z tekstem przysięgi



Fotografia 31. Czepekowanie 2008 rok, źródło:[zdjęcie własne]



Fotografia 31. Czepekowanie 2010 rok, źródło:[zdjęcie własne]



Fotografia 32. Czepkowanie 2011 rok – zakładanie czepka pielęgnarskiego, źródło: [zdjęcie własne]



Fotografia 33. Czepkowanie 2011 rok – symboliczne zapalanie świecy, źródło:[zdjęcie własne]



Fotografia 34. Czepkowanie 2012 rok – symboliczne zapalanie świecy, źródło:[zdjęcie własne]



Fotografia 35. Czepkowanie 2012 rok, źródło:[zdjęcie własne]



Fotografia 36. Czepkowanie 2017 rok, źródło:[zdjęcie własne]



Fotografia 36. Czepkowanie 2018 rok, źródło:[zdjęcie własne]



Fotografia 38. Czepkowanie 2018 rok, źródło:[zdjęcie własne]

PRACOWNIA HISTORII PIELĘGNIARSTWA

*Kto nie zna przeszłości,
nie może kosztować przyszłości*
Reiner Kunze

Od kwietnia 2002 roku, w Zakładzie Pielęgniarstwa Ogólnego powstała Pracownia Historii i Filozofii Pielęgniarstwa oraz Położnictwa. Najważniejszą część Pracowni stanowi jej akcent muzealny.

Ideą stworzenia Pracowni było dokładniejsze przybliżenie studentom historii oraz tradycji zawodu pielęgniarki i położnej. Konfucjusz twierdził bowiem: „*opowiedz mi swoją przeszłość, a ja powiem ci, jaka będzie twoja przyszłość*”. W związku z powyższym pracownicy Wydziału starają się zapoznać studentów ze specyfiką wybranych przez nich zawodów, nie wszyscy bowiem kandydaci na studia na kierunku pielęgniarstwo czy położnictwo wiedzą, że pielęgniarstwo należy do najstarszych przejawów aktywności człowieka, a zawód pielęgniarki ma już tysiące lat, gdyż jego początki sięgają czasów biblijnych.

Pracownia ma także na celu pozyskiwanie, gromadzenie i zabezpieczenie wszelkich materialnych śladów powstania, działalności i funkcjonowania pielęgniarstwa na terenach województwa podlaskiego oraz w kraju.

W zbiorach jest już wiele cennych dokumentów i eksponatów.



Fotografia 39. Pracownia Historii Pielęgniarstwa, źródło:[zdjęcie własne]

Jedna z gablot poświęcona jest np. symbolom pielęgniarstwa (czepkowi, mundurowi, hymnowi, lampie oliwnej). Można w niej zobaczyć, jak np. na przestrzeni wieków zmieniał się kształt czepka pielęgniarskiego. Wśród eksponatów jest np. oryginalny czepiec pielęgniarek greckich noszony przez nie od 1875 roku. Jest także mundur uczennicy dawnej szkoły pielęgniarskiej (liceum medycznego), czy mundur pielęgniarki z Białorusi.

W kolejnej gablocie znajdują się zdjęcia liderów polskiego pielęgniarstwa (Zofii Szlenkierówny, Jadwigi Ilżyckiej, Hanny Chrzanowskiej, Elżbiety Rabowskiej).

W innych umieszczone są informacje (zdjęcia, dokumenty) o tradycjach kształcenia pielęgniarek w Akademii Medycznej w Białymstoku, kiedy to w latach 1956-1959 funkcjonowała w niej Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa. Cennym eksponatem z tego okresu jest broszka-medalion z inicjałami absolwentek, którą otrzymywały na zakończenie nauki w szkole.

Ponadto w gablotach i szafach znajduje się wiele innych ciekawych eksponatów, między innymi odznaka złotego czepek, paratusy, stare termofory, poidelka, szklane strzykawki, stare igły, cewniki, aparaty do mierzenia ciśnienia, infuzory, maski anestetyczne, wieszadła na kroplówki, stary fotel ginekologiczny, stary rower lekarski, wagi do ważenia dzieci, zaciskacie do korków, zwijacze bandaży.

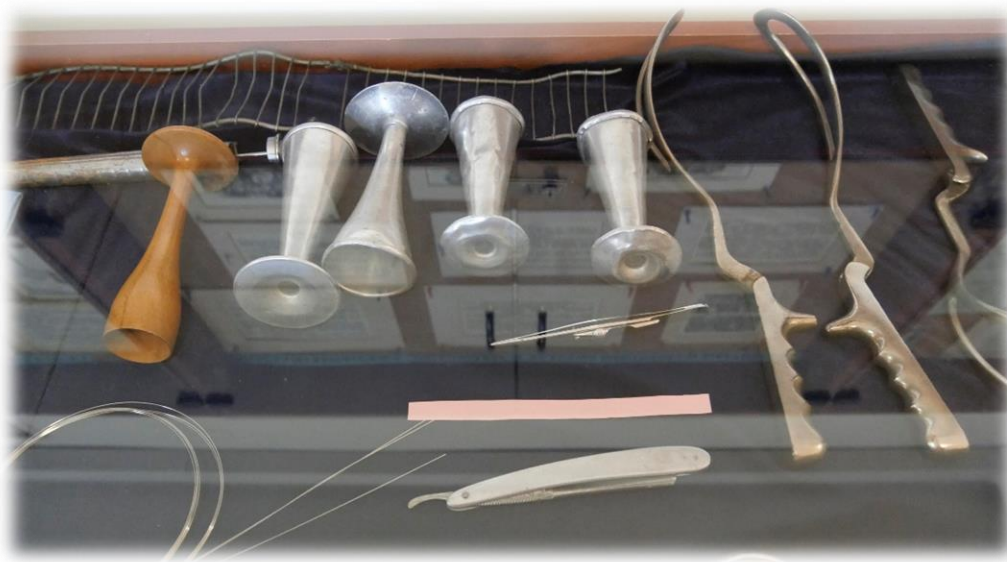


Fotografia 40. Przykładowa gablota w Pracowni Historii Pielęgniarstwa, źródło:[zdjęcie własne]

Są też książki, z których dawniej uczyły się pielęgniarki, między innymi *„Odżywianie dziecka w pierwszym roku życia”* Tom I i II, Prof. Mieczysława Michałowicza z roku 1920; *„Zbiór prac z zakresu ludzkiej patologii wewnętrznej”* Prof. Kazimierza Rzętkowskiego z 1923 roku oraz *„Gruźlica i jej zwalczanie”* Prof. Stanisława Ciechanowskiego z 1927 roku.

Niezwykle cenny jest zbiór starych fotografii z okresu I wojny światowej ukazujących pracę pielęgniarki frontowej.

Ściany Pracowni zdobią zdjęcia подарowane przez Greckie Towarzystwo Pielęgniarskie, obecnie Esne-Elinikos Sindesmos Nosilevton Elados, odzwierciedlające pracę pielęgniarki w tym kraju, w okresie przed i międzywojennym.





Fotografia 41,42,43,44. Przykładowe gablota w Pracowni Historii Pielęgniarstwa

Zabalsamowane w ścianach Pracowni wspomnienia w postaci zdjęć i eksponatów stwarzają niepowtarzalny nastrój, który udziela się wszystkim studentom w czasie zajęć z teorii i filozofii pielęgniarstwa oraz tradycji zawodu położnej. W takich warunkach łatwiej i chętniej przyswajają się wiedzę.

PODZIĘKOWANIA

Autorzy pracy dziękują Pani Doc. Franciszce Bakun i pierwszym Absolwentkom Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa przy AM w Białymstoku za udostępnienie materiałów dotyczących kształcenia w w/w Szkole.

PIŚMIENNICTWO

1. Materiały archiwalne doc. Franciszki Bakun
2. Materiały archiwalne pierwszych Absolwentek Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa przy AM w Białymstoku
3. Fragmenty wystąpień Dyrektor Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa przy AM w Białymstoku Doc. Franciszki Bakun
4. Materiały archiwalne Akademii Medycznej/Uniwersytetu medycznego w Białymstoku
5. Materiały archiwalne Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB
6. https://www.umb.edu.pl/o_uczelni/historia, (data dostępu 31.03.2020).

Cześć IV

Postrzeganie zawodu pielęgniarki



Czy coś się zmienia w postrzeganiu zawodu pielęgniarki - wybrane aspekty problemu

Paulina Aniśko¹, Magda Popławska², Natalia Zajkowska², Julia Andrejczuk², Elżbieta Krajewska-Kulak³

1. Student Szkoły Doktorskiej UMB, Doktorantka Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Opiekunowie SKN - prof. Elżbieta Krajewska-Kulak, mgr Paulina Aniśko
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Widzimy ludzi i rzeczy nie takimi, jakimi są, ale takimi, jakimi my jesteśmy.

Anthony de Mello - Przebudzenie [1]

W ostatnich latach zauważalne są zmiany w sposobie postrzegania oraz traktowania pielęgniarek/pielęgniarzy. Warto jednak zastanowić się nad wizerunkiem pielęgniarstwa i sprawdzić, czy na powyższe mógł mieć wpływ fakt, że współcześnie profesję tę uznaje się za bardziej niezależną i stawiane są jej wysokie wymagania.

Pielęgniarstwo wydaje się być atrakcyjnym zawodem dla młodych ludzi zarówno ze względu na prezentowane przez niego wartości, jak też przez długą, szczytną tradycję i szlachetną misję. Opiekuńczy charakter zawodu, za Koralewicz i wsp. [2], wydaje się sprzyjać temu, że pielęgniarstwo wybierają głównie kobiety i dlatego w swojej pracy nadal nazywane są siostrami.

W Sztuce pielęgnowania [3] z 2013 roku zacytowano słowa Beaty Dobrowolskiej z UM w Lublinie, która jest przekonana, że to w jaki sposób postrzega społeczeństwo zawód pielęgniarki, ewidentnie zależy od tego, jaką postawę pielęgniarki prezentują w swojej pracy zawodowej.

Do czynników określających/współokreślających prestiż zawodu pielęgniarki, za Kołodziej [4], zaliczane są:

- ściśle, historyczne powiązanie pielęgniarstwa jako odrębnego zawodu, związanego z pracą kobiet
- negatywna ocena pracy fizycznej.

Devereux i Weiner [5] przy opisywaniu początków nowoczesnego pielęgniarstwa podkreślali, że lata 1860-1930 to okres, w którym pielęgniarstwo rozwijało się jako odrębny i świecki zawód kobiet, przede wszystkim niezamężnych kobiet. Niestety kolejne okresy rozwoju społeczeństwa, co podkreśla Szacka [6], pokazały historyczną zasadę nierówności płci w sferze pracy, ponieważ praca kobiet była niżej ceniona od pracy mężczyzn. Powyższe powoduje, że scharakteryzowanie zawodu pielęgniarki, jako zawodu typowo kobiecego, jest jednym z głównych czynników „zaniżających” jego status [5].

Długofalowe działania nastawione na rozwój pielęgniarstwa w Anglii i Norwegii spowodowały, za Babiarczyk i wsp. [7], że w tych krajach zawód pielęgniarki propagowany jest jako atrakcyjny, pielęgniarki mają większe uprawnienia i lepsze możliwości rozwoju.

Jak wynika z badań Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) z 1999 roku (gdzie po raz pierwszy wpisano zawód pielęgniarki na listę sondażową) 57% badanych deklarowało duże poważanie wobec tego zawodu [8]. W badaniu CBOS [9] dotyczącym prestiżu zawodów w Polsce, zrealizowanym w roku 2008, pielęgniarka zajęła pod względem rangi 4. miejsce od góry po profesorze uniwersytetu, strażaku i górniku, a przed lekarzem, inżynierem i nauczycielem. W badaniu tym aż 77% respondentów określiło jako duże swoje poważanie w odniesieniu do pielęgniarki, 20% - jako średnie, 2% - jako małe, a 1% - nie potrafiło udzielić odpowiedzi [9]. Z kolei badania CBOS [10] z roku 2013 ukazały, że pierwsze miejsce w rankingu profesji cieszących się największym uznaniem społecznym zajął strażak (87%), pielęgniarki znalazły się na 6. miejscu (78%), a następnie - inżynierzy pracujący w fabryce, górnicy, robotnicy wykwalifikowani oraz profesorowie uniwersytetów. Podobne badanie CBOS z roku 2019 [11], przeprowadzone na liczącej 965 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski wykazało, iż ranking zawodów, które cieszą się największym społecznym uznaniem także otwierał strażak (94%), a na drugim miejscu znalazła się pielęgniarka (89%). Stosunek do tych profesji był słabo zróżnicowany społecznie. Wśród absolwentów wyższych uczelni profesor uniwersytetu (90% deklaracji dużego poważania) pod względem poważania wyprzedzał zarówno robotnika wykwalifikowanego (81%), jak i górnika (80%), sytuując się na bardzo zbliżonej pozycji do pielęgniarki (91%) i nieco niżej niż strażak (94%) [11].

Sobczak i Kamińska [12] wskazały natomiast, iż pozycja zawodowa pielęgniarek w ciągu ostatnich 20 lat nie uległa zmianie i jest oceniana jako średnia. Podobnie 120 osób badania Siwek i Nowak-Starz [13], zamieszkających w województwie świętokrzyskim twierdziło, iż w ciągu 10 lat prestiż ten wzrósł bądź utrzymuje się na tym samym poziomie.

Respondenci z badania Koralewicz i wsp. [2] mieli zróżnicowane opinie co do pozycji pielęgniarek na tle innych zawodów medycznych, ponieważ 18,5% twierdziło, że jest bardzo niska, a 13,8% – że wysoka i 3,7% - że bardzo wysoka. Zdecydowanie najmniejszy wpływ na prestiż zawodu pielęgniarskiego, według badanych, ma historia zawodu (5,9%) oraz samodzielność zawodowa (7,9%). Według 12% studentów decydujące znaczenie dla prestiżu zawodu ma wykształcenie. Nieco mniej respondentów (11,6%) uznało, że o randze pielęgniarstwa decyduje wynagrodzenie oraz doskonalenie zawodowe (9,2%) [2].

Respondenci Mędrzyckiej-Dąbrowskiej i wsp. [14] stwierdzili, iż zawód pielęgniarki jest zawodem szczególnego zaufania oraz szacunku społecznego (50,8% kobiet i 46,2% mężczyzn).

Za czynniki wpływające na wizerunek pielęgniarstwa, za Koralewicz i wsp. [2], można uznać przede wszystkim:

- cechy zawodowe pielęgniarek/pielęgniarzy
- funkcjonujące w społeczeństwie stereotypy, przekonania i opinie będące konsekwencją traktowania pielęgniarstwa w przeszłości jako zawodu pomocniczego
- kulturę osobistą przedstawicieli tego zawodu
- odpowiedzialność i kompetencje zawodowe,
- postawy prezentowane przez przedstawicieli tego zawodu
- poziom wynagrodzeń
- prestiż zawodowy
- umiejętności oraz relacje interpersonalne w środowisku zawodowym
- umiejętności zawodowe
- wartości wywodzące się ze specyfiki zawodu – filozofii i etyki pielęgniarstwa
- wizerunek kształtowany przez media za pośrednictwem filmów, reklam, kabaretów oraz tendencyjnych programów informacyjnych
- wygląd
- zachowania w stosunku do współpracowników
- zachowania w stosunku do pacjentów.

Pewną rolę odgrywa także wykształcenie pielęgniarek. W badanych populacjach przeważały opinie, od 67-74,6%, iż pielęgniarki posiadają wykształcenie licencjackie [13-17]. Zdaniem respondentów z powiatu bydgoskiego pielęgniarki mają dobre wykształcenie (83%), ale powinny uaktualniać swoją wiedzę ze względu na postęp technologiczny i naukowy rozwój (69%) [17].

Także badani przez Siwek i Nowak-Starz [13], bez względu na płeć uznali, iż podnoszenie kwalifikacji zawodowych jest najważniejszym elementem, mogącym wzmacniać wizerunek zawodowy pielęgniarek. Prawie 80% kobiet powyżej 60. roku życia stwierdziło, iż ważnym czynnikiem budującym wizerunek pielęgniarek jest ich doświadczenie zawodowe nabywane wraz ze stażem pracy [13].

W opinii Grabskiej i Stefańskiej [18] model współczesnej pielęgniarki w dużej mierze zależny jest od kondycji systemu ochrony zdrowia oraz posiadanych przez pielęgniarkę specjalizacji.

Z kolei Kojder i Zarzycka [19] dowodzą, iż pielęgniarki lepiej oceniały osoby, które mają/miały z nimi kontakt i korzystają/ły z ich świadczeń pielęgniarskich.

Również Leszczyńska i wsp. [20] zauważyli, iż opinia pacjentów na temat pielęgniarek jest ściśle połączona z oceną jakości świadczonych usług pielęgniarskich.

MOTYWACJA DO PODEJMOWANIA NAUKI/PRACY W ZAWODZIE PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA

*Czasami trzeba zrobić coś nie do pomyślenia,
bo to jedyny sposób, by dokonać niemożliwego.*

Danielle L. Jensen - Ukryta łowczyni [21]

W badaniu Koralewicz i wsp. [2] kierunek pielęgniarstwo wybierały przede wszystkim osoby interesujące się medycyną (60,7%), kierujące się dużym zapotrzebowaniem na rynku pracy (50%) oraz chęcią niesienia pomocy innym (50%). Studentami tego kierunku stało się przez przypadek 14,9% osób, a 10,1% dlatego, że nie dostało się na inny wymarzony kierunek. Prestiż zawodu był motywem wyboru studiów jedynie dla 3,3% studentów [2].

Podobnie w badaniu Rachubińskiej i wsp. [22], którym objęto 322 studentów kierunku pielęgniarstwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie stwierdzono, iż 52,2% badanych wybrała kierunek pielęgniarstwo świadomie i samodzielnie, 32,9% – z nadzieją, że po uzyskaniu dyplomu będą mieli zapewnioną pracę, 6,83% – z powodu niedostania się na inny

kierunek, 1,6% - za namową innych osób, kolejne 1,6% - bo odczuwało potrzebę kontynuacji tradycji rodzinnej, a 1,2% - chciało mieć wyższe wykształcenie, zaś - 3,7% podało inne powody swojej decyzji. Większość badanych (47,8%) była raczej zadowolona z wyboru studiów [22].

Aleksiejczuk [23] przeprowadziła badanie w dwóch państwowych uczelniach wyższych: Państwowej Wyższej Szkole Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży oraz Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Suwałkach, w grupie 363 studentów 1 i 2 roku. Badani studiowali na kierunkach medycznych pierwszego stopnia, w tym 73 osoby - pielęgniarstwo, 89 osób – ratownictwo medyczne, 43 osoby - fizjoterapię, 71 osób - dietetykę i 87 - osób kosmetologię. Najczęstszą, wskazywaną motywacją wyboru studiów medycznych w przypadku studentów kierunku Pielęgniarstwo była chęć niesienia pomocy medycznej społeczeństwu (71,2%), zainteresowanie dziedziną zawodu (69,9%), możliwość znalezienia pracy w kraju (54,8%), możliwość znalezienia pracy za granicą (45,2%), chęć niesienia pomocy medycznej w rodzinie (30,2%), powiązania rodzinne z zawodem lub zawodem spokrewnionym (17,8%), możliwość otworzenia własnego miejsca pracy po ukończeniu studiów (11%) oraz związek z obecną pracą i możliwość awansu w przyszłości (4,1% studentów). Przyczyną wyboru kierunku studiów u dwóch studentów pielęgniarstwa były własne problemy zdrowotne [23].

Zdaniem młodzieży szkół licealnych badanych przez Franek i wsp. [24] czynniki zachęcające do nauki/pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza to głównie motywy wewnętrzne, takie jak: chęć niesienia pomocy, kontaktu z ludźmi i bycia potrzebnym, a zniechęcające to: wynagrodzenie, opinia rówieśników oraz opinia społeczeństwa o zawodzie.

POSTRZEGANIE ZAWODU PIEŁĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA PRZEZ RÓŻNE OSOBY NIEZWIĄZANE Z MEDYCYNĄ

Widzimy ten sam świat, a jednak postrzegamy go zupełnie inaczej.

Cassandra Clare - Pani Noc [25]

Siwek i Nowak-Starz [13] badaniem objęły 120 osób, w tym 62 kobiety oraz 58 mężczyzn, zamieszkałych w województwie świętokrzyskim. Zaufanie społeczne wobec pielęgniarek było wyższe wśród kobiet po 30. roku życia (39%). W grupie mężczyzn, bez względu na wiek, ponad 50% badanych wykazało wobec pielęgniarek zaufanie społeczne na wysokim poziomie. Zdaniem badanych kobiet zaufanie w relacjach z pielęgniarką jest wzmacniane wówczas, gdy wykazuje ona postawę cierpliwości w kontaktach z pacjentem

(77%). Mężczyźni z kolei wskazywali na sumienne i dokładne wykonywanie powierzonych obowiązków zawodowych (72%). W opinii badanych takie cechy, jak: uczciwość (81%), umiejętność słuchania (71%) oraz inteligencja (69%) nie mają istotnego wpływu na tworzenie relacji pielęgniarki z pacjentem. Przekonani jednak byli, iż współczesna pielęgniarka to osoba, która rzetelnie i dokładnie wykonuje swoje obowiązki zawodowe (po 42% kobiet i mężczyzn) [13]. Respondenci uznali także, że istotne znaczenie w postrzeganiu współczesnej pielęgniarki ma jej gotowość do systematycznego zwiększania wiedzy (po 33% kobiet i mężczyzn), a tym samym profesjonalizmu zawodowego. Ponad 30% kobiet oraz 40% mężczyzn w wieku powyżej 60 lat uważało pielęgniarkę jako osobę moralnie odpowiedzialną za zdrowie i życie pacjentów. Duży odsetek kobiet (97%), jak i mężczyzn (90%) postrzegało pielęgniarkę w roli edukatora i promotora zdrowia oraz jako osobę uprawnioną do rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych pacjenta, a także do planowania i realizowania opieki pielęgnacyjnej (93% ogółu badanych). Niestety blisko 44% kobiet oraz 34% mężczyzn poniżej 30. roku życia uważało, iż pielęgniarka nie ma w Polsce uprawnień do samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych. Prawie 40% kobiet oraz prawie 42% mężczyzn w wieku 31–40 lat było przekonanych, iż w Polsce pielęgniarki nie mają uprawnień do prowadzenia działalności naukowo-badawczej w dziedzinie nauk o zdrowiu, a prawie 40% mężczyzn w wieku 51–60 lat – iż nie mają uprawnień do nauczania zawodu pielęgniarki [13].

W badaniach Stachoń i Rybki [26] okazało się, że lepszym zaufaniem obdarzali pielęgniarki mężczyźni oraz osoby w wieku 31–50 lat.

W badaniu Pierzak [27] udział wzięło 105 uczniów klas maturalnych, wśród nich 67% kobiet oraz 33% mężczyzn, w tym 61% dziewiętnastolatków i 39% dwudziestolatków. Zawód pielęgniarki/pielęgniarsza za godny zainteresowania uznało 54,3% ankietowanych, za mało atrakcyjny - 28,6%, a 57,1% - że cieszy się małym prestiżem. Podjąć pracy w tym zawodzie nie chciałoby aż 51,4% badanych. Podobne wyniki uzyskali Mędrzycka -Dąbrowska i wsp. [14], ponieważ ich respondenci zdecydowanie nie myśleli o podjęciu pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza.

Większość maturzystów z badania Pierzak [27] stwierdziło, że każda osoba wybierająca zawód pielęgniarki/pielęgniarsza, powinna czuć powołanie i chęć niesienia pomocy innym. Niestety większości z nich zawód pielęgniarki/pielęgniarsza kojarzył się z określeniem „asystent/pomocnik lekarza” i uważali, że do głównych obowiązków zawodowych pielęgniarki należy podawanie leków.

Badani przez Wójcika [28] pracę pielęgniarki kojarzyli z byciem potrzebnym (75%), a przez Mędrzycką- Dąbrowską i wsp. [14] - z niesieniem pomocy innym ludziom (85%).

W opinii badanych przez Pierzak [27] dobra i wzorowa pielęgniarka to taka, która charakteryzuje się przede wszystkim poczuciem odpowiedzialności, komunikatywnością oraz wiedzą teoretyczną i praktyczną. Podobnie Kapała i wsp. [29] wykazali, iż dobrą pielęgniarką jest osoba, która charakteryzuje się zdolnościami manualnymi, umiejętnościami przekazywania informacji medycznych, gotowością, życzliwością i troskliwością.

W opinii ok. 60% osób starszych, z badania Sobczak i Kamińskiej [12], pozycja zawodowa pielęgniarek wśród innych zawodów medycznych, tj. lekarz, rehabilitant, ratownik medyczny, kształtowała się głównie na średnim poziomie, a zdaniem 20% - na poziomie wysokim. Za najbardziej istotny czynnik umacniający pozycję zawodową pielęgniarstwa uznali badani działalność społeczną (56%) oraz działalność naukową (37%). Młodzież była także przekonana, że w Polsce pozycja zawodowa pielęgniarek wśród innych zawodów medycznych kształtuje się na średnim i wysokim poziomie [12].

POSTRZEGANIE ZAWODU PIEŁĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA PRZEZ CHORYCH I ICH RODZINY

*...obca osoba widzi nas takimi, jakimi jesteśmy,
a nie takimi, jakimi staramy się jej wydać...
Carlos Ruiz Zafón - Cień wiatru [30]*

W badaniu Włodarczyka i Tobolskiej [31] wzięło udział 50 pacjentów, którzy widzieli pielęgniarki jako osoby mniej zaradne, kreatywne, postępowe, a także rzetelne, niż postrzegały siebie same.

Według pacjentów oddziałów zachowawczych przebadanych przez Moczyłowską i wsp. [32] pielęgniarka w grupie członków zespołu terapeutycznego jest osobą najbardziej przygotowaną do sprawowania opieki (42,7%), a według pacjentów oddziałów zabiegowych – najważniejszy jest lekarz (63,7%), a dopiero potem pielęgniarka (22,3%). Według pacjentów z oddziałów zabiegowych najistotniejsze czynności pielęgniarstwa, to: przygotowanie pacjenta do badań diagnostycznych (24,3%), usprawnianie pacjentów (15,0%), pomiar ciśnienia (11,0%) i czynności higieniczne (11,0%). Z kolei grupa pacjentów z oddziałów zachowawczych uznała za najważniejsze: pomaganie pacjentowi w czynnościach samoobsługowych (19,7%), przygotowanie do badań diagnostycznych (18,3%), usprawnianie

pacjentów i wykonywanie iniekcji (12,3%). Pacjenci najbardziej oczekiwali od pielęgniarek takich cech, jak: budzenie zaufania (77,7%), bezinteresowność (64,0%), opiekuńczość (59,5%), poszanowanie godności (59,0%) [32].

W badaniach Strzeleckiej i Nowak-Starz [33] 52,6% pacjentów uważało, że pielęgniarki to osoby miłe, uprzejme, pomocne i ponad 40% badanych oceniło pozytywnie ich pracę.

Jurkiewicz i Kobos [34] polecieli 140 hospitalizowanym pacjentom dokonać ogólnej oceny elementów pracy pielęgniarek w skali od 1-5 i okazało się, że 4,27 punktów otrzymało zaspokajanie podstawowych potrzeb pacjenta, 4,25 - troska i życzliwość, 4,16 - komunikacja, 4,03 - umiejętności, 3,85 - koordynacja opieki pielęgniarskiej, 3,80 - wsparcie emocjonalne, a 3,25 - informowanie i prowadzenie edukacji.

Z kolei w opinii badanych mieszkańców województwa małopolskiego pielęgniarki odznaczają się takimi cechami osobistymi, jak: wysoki poziom wiedzy (34%), opiekuńczość (29%) oraz profesjonalizm (26%) [16].

Grupa pacjentów z oddziału chirurgii jednego dnia badanych przez Kołpę i wsp. [35] uważała, że pielęgniarki cechują się: zaangażowaniem emocjonalnym, współczuciem, fachowością, niesieniem spokoju, przynoszeniem ulgi.

Opinia respondentów Głowackiej i wsp. [17] zamieszkujących powiat bydgoski, na temat samodzielności zawodowej pielęgniarek była zróżnicowana, ponieważ 39% z nich twierdziło, że pielęgniarka jest asystentem lekarza, 37% - że pracownikiem samodzielnym, a 24% - iż pracownikiem fizycznym. Głównymi skojarzeniami związanymi z zawodem pielęgniarki były: strzykawka -27,4% osób, zwrot „siostra” - 21,2% osób, czepek - 17,3% osób oraz strój pielęgniarski -16,3% osób. Badani zapytani, czy pielęgniarka może wykonywać świadczenia zdrowotne bez zlecenia lekarskiego w 52% odpowiedzieli „nie”, a 48% - „tak” [17].

Pacjenci w badaniach Leźnickiej i wsp. [36] pozytywnie oceniali życzliwość pielęgniarek (90%) oraz jako bardzo dobrą i dobrą staranność wykonywanych zabiegów (90%), natomiast jako negatywne cechy uznali: brak uprzejmości (38%) i/lub empatii (21%) oraz obojętność (10%).

Według rodziców hospitalizowanych dzieci, w badaniach Gawlik i wsp. [37] pielęgniarstwo to zawód i powołanie (76%). Aż 58,4% z nich nie zauważyło negatywnych zachowań zespołu pielęgniarskiego, a z pozytywnych cech wymieniali najczęściej: życzliwość (89,1%), komunikatywność (75,2%), otwartość na potrzeby dzieci i rodziców (71,3%) [37].

POSTRZEGANIE ZAWODU PIEŁĘGNIARKI/PIEŁĘGNIARZA PRZEZ INNE ZAWODY MEDYCZNE

Nie ma większych ślepców od tych, co nie chcą zobaczyć.

Stephen King - Znalezione nie kradzione [38]

W badaniu Włodarczyka i Tobolskiej [31] wzięło udział 50, lekarzy, w opinii których pielęgniarki są mniej zaradne, samodzielne, dynamiczne, kreatywne i postępowe, a także mniej rzetelne, niż w ocenie samych pielęgniarek. Stwierdzono, że im był dłuższy staż pracy, tym wyższe były oceny tych cech [31].

Celem badań Malik i wsp. [39] było ukazanie obrazu osoby pielęgniarki, głównie w kontekście interakcji pacjent – pielęgniarka – lekarz oraz ogólnie pielęgniarstwa jako zawodu, widzianego oczami przyszłych lekarzy – studentów medycyny. Badaniami ankietowymi objęli grupę 300 studentów pierwszego, trzeciego i szóstego roku medycyny, reprezentujących Uniwersytety Medyczne w Krakowie, Białymstoku i Bydgoszczy, po 100 osób z każdej uczelni. Wśród nich 176 studentów udzieliło własnej, pisemnej wypowiedzi na temat zawodu pielęgniarki. Opinie studentów medycyny na temat zawodu pielęgniarskiego koncentrowały się głównie na zagadnieniach dotyczących pełnionych zadań, roli i znaczenia pielęgniarki jako profesjonalistki w zespole terapeutycznym, charakteru relacji pomiędzy lekarzem i pielęgniarką, głównie w kategorii współpartnerstwa, rodzaju cech psycho-fizycznych oraz niezbędnych umiejętności i kwalifikacji, jakie powinna posiadać osoba wykonująca ten zawód. Zdaniem respondentów większość lekarzy nie dostrzega istotnej roli, jaką pełni pielęgniarka w opiece nad chorym i pomniejsza jej pozycję w zespole terapeutycznym. Badani uważali, że współpraca pomiędzy lekarzem i pielęgniarką jest często niewłaściwa i jest wynikiem wzajemnej niechęci, braku otwartości oraz mocno zakorzenionych w potocznej świadomości stereotypów. Wśród cech psycho-fizycznych, jakimi powinna charakteryzować się osoba wykonująca zawód pielęgniarki, przyszli lekarze najczęściej wymieniali życzliwość, cierpliwość, opanowanie i optymizm. Podkreślali także, że zawód pielęgniarki powinien być powołaniem, zwłaszcza w kontekście służby drugiemu człowiekowi. Ankietowane kobiety, studentki pierwszego i trzeciego roku, częściej niż mężczyźni udzielały opinii pozytywnych, w tym np. podkreślały, że działalność pielęgniarki jest niezbędna i niezastąpiona. Z kolei ankietowani mężczyźni, częściej podawali uwagi krytyczne, dotyczące głównie kwestii finansowych osób pracujących w tym zawodzie, postaw pielęgniarki wobec pacjenta oraz ich niskich kwalifikacji zawodowych [39].

Wrońska [40] uważa, iż przyczyną dominacji roli lekarza nad pielęgniarką, zwłaszcza w szpitalu, jest: tradycja tych zawodów ukształtowana przez historię ich rozwoju, odmienny przebieg procesów kształcenia i socjalizacji, odmienność płci, pochodzenie społeczne oraz struktura szpitala.

POSTRZEGANIE ZAWODU PIEŁĘGNIARKI/PIEŁĘGNIARZA PRZEZ STUDENTÓW KIERUNKU PIEŁĘGNIARSTWO

"To, co widzimy zależy w głównej mierze od tego, co chcemy zobaczyć"

John Lubbock [41]

Koralewicz i wsp. [2] badaniem objęli 542 studentów pielęgniarstwa z całej Polski, w tym m.in.: 115 osób z Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, 52 osoby z Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, 48 osób z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Studenci za „typową” polską pielęgniarkę uznali korpulentną kobietę (36,3%), z zadbaną fryzurą i makijażem (36,3%) lub raczej niedbającą o wygląd zewnętrzny (31,9%). Inna grupa stwierdziła, że „typowa” polska pielęgniarka to szczupła kobieta, z ładną fryzurą i makijażem (23,8%). Jeszcze inni twierdzili, że to szczupła kobieta niedbająca o wygląd zewnętrzny (7,9%). Większość (60,5%) studentów uznała, że pielęgniarka to kobieta w średnim wieku, lub że jest to starsza kobieta (38,6%), a jedynie 0,9% wyobrażała sobie typową pielęgniarkę, jako młodą kobietę. Respondenci uważali także, że powinna to być osoba schludna, mająca czysty, wyprasowany mundurek, zadbane dłonie, ładną fryzurę i delikatny makijaż oraz być uśmiechnięta, elegancka, wysportowana, wypoczęta i wyspana. Poza tym powinna być empatyczna i cierpliwa [2].

Kropiwnicka i wsp. [42] analizowali wypowiedzi 320 osób, w tym: 160 studentów kierunku lekarskiego oraz 160 kierunku pielęgniarstwo w celu rozpoznania determinantów wyboru zawodu, ich aspiracji oraz chęci kontynuowania nauki w kontekście wyboru zawodu. Powiązania ze środowiskiem medycznym posiadało 53,8% studentów kierunku pielęgniarstwo, w tym 16,3% odnośnie do rodziców, 6,9% rodzeństwa, 36,9% dalszej rodziny/krewnych oraz 18,8% znajomych. W to, że będą znani w środowisku ze względu na powiązania rodzinne, nie wątpiło 8,1% studentów. W grupie studentów kierunku pielęgniarstwo - 68,6% wymieniało takie determinanty podjęcia studiów, jak np.: podtrzymanie tradycji rodzinnej, własne zainteresowania, brak obawy o możliwość pracy w zawodzie, duże możliwości rozwoju, chęć pomocy ludziom oraz spełnienie marzeń, ponieważ lubią zawód pielęgniarki i podoba się on

im. Wybór kierunku studiów był zgodny z aspiracjami 81,3% studentów kierunku pielęgniarstwo i 88,8% z nich chciało pracować w tym zawodzie [42]. Respondentów zapytano, które z cech charakterystycznych dla zawodów medycznych zadecydowały o wyborze ich ścieżki kształcenia. Najwięcej badanych studentów kierunku pielęgniarstwo wskazało, że jest to praca z ludźmi (68,1%), możliwość niesienia pomocy innym (69,4%), wizja dużych zarobków (27,5%), możliwość stałego podnoszenia wiedzy (40%), duże zapotrzebowanie na tę grupę zawodową (39,4), wysoki prestiż społeczny zawodu (15,6%), niemonotonna praca (56,9% studentów kierunku lekarskiego i 38,1% kierunku pielęgniarstwo), perspektywy rozwojowe: kariera (36,9% studentów kierunku lekarskiego i 17,5% kierunku pielęgniarstwo), możliwości zatrudnienia, brak obaw przed bezrobociem (47,5%) oraz możliwości wyjazdu za granicę (37,5%).

POSTRZEGANIE ZAWODU PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA PRZEZ PIELĘGNIARZY/PIELĘGNIARKI

Widzę i pochwalam to, co lepsze, ale idę za tym, co gorsze.

Owidiusz [43]

Kulczyńska, za Poznańska [44], przedstawiając wzorzec osobowościowy polskiej pielęgniarki, za naczelne wartości, którymi powinna się ona kierować uznała pracowitość oraz dobroć, uważając je za przejawy miłości bliźniego. Jej zdaniem pielęgniarkę powinno cechować: przemyślane i przeżyte stałe zasady moralne, poważne spojrzenie na życie oraz poczucie odpowiedzialności za swoje postępowanie. Pielęgniarka powinna być: sumienna, obowiązkowa, prawa, prawdomówna, uczciwa i mieć wysokie poczucie godności osobistej.

Z kolei Maksymowicz [45], analizując osobowość pielęgniarki sięgnęła do przemyśleń Florence Nightingale i zwróciła uwagę na rolę trzech elementów: inteligencji, intuicji zawodowej i zaangażowania. Powstały obraz pielęgniarki ukazał ją jako jednostkę aktywną, cierpliwą, dojrzałą psychicznie, inteligentną, kulturalną, niekonfliktową, odpowiedzialną, przyjemną, sprawną, zrównoważoną, zdolną [45].

Freud i Kołodziejczyk [46] prowadzili badania w grupie 60 pielęgniarek pracujących i/lub odbywających praktyki w małopolskich i śląskich instytucjach opieki zdrowotnej. Staż pracy badanych wynosił u 20 pielęgniarek od 1 do 10 lat, u kolejnych 20 – od 11 do 22 lat i następnych 20 - od 23 do 35 lat. Badane za centralną wartość w konstrukcie profesjonalizmu uznały troskę o pacjenta oraz odpowiedzialność za jego zdrowie i życie (45,8%). Rzadziej

wskazywały na profesjonalną wiedzę i umiejętności (27,1%) oraz relacje z zespołem pielęgniarskim (27,1%). W grupie pielęgniarek z najmniejszym stażem pracy (1–10 lat) najczęściej pojawiającą się centralną wartością była posiadana profesjonalna wiedza i umiejętności (50%) oraz troska o pacjenta (40%). U pielęgniarek ze stażem pracy od 11 do 22 lat - były to relacje w zespole pielęgniarskim (55%), troska o pacjenta (30%) i profesjonalna wiedza (15%), zaś w grupie pielęgniarek najstarszej stażem pracy (od 23 do 35 lat) dominującą wartością była troska o życie i zdrowie pacjenta (68,4%), relacje z zespołem pielęgniarskim (15,8%) i profesjonalna wiedza (15,8%) [46].

W opinii pielęgniarek, z badania Syskut i wsp. [47], na temat własnego wizerunku pozycja zawodowa pielęgniarek jest średnia (49,7%) lub niska (25,4%).

POSTRZEGANIE ZAWODU PIEŁĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA PRZEZ MEDIA

*Ani ludzi, ani świata nie widzimy takimi, jakimi są,
ale takimi, jakimi widzieć się nauczyliśmy.*

Stefan Pacek [48]

Zdaniem młodzieży szkół licealnych badanych przez Franek i wsp. [24] wizerunek medialny nie zachęca do podjęcia pracy w profesji pielęgniarskiej (79%). W opinii badanych czynniki zachęcające do nauki/pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza to głównie motywy wewnętrzne: chęć niesienia pomocy, chęć kontaktu z ludźmi, chęć bycia potrzebnym, zaś czynniki zniechęcające to: wynagrodzenie, opinia rówieśników, czy opinia społeczeństwa o zawodzie [24].

W mediach, za Goss [49], niestety pojawiają się przede wszystkim informacje o negatywnych aspektach zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, czyli np. o strajkach, błędach popełnianych przez pielęgniarki, o ich skargach na niskie zarobki, o brakach kadrowych.

Także respondenci z badania Syskut i Dobrowolskiej [50] najczęściej wskazywali, że zamieszczane w Internecie informacje dotyczą głównie strajków i protestów pielęgniarek (82,3%), błędów popełnianych przez pielęgniarki (61,9%), braków zatrudnienia pielęgniarek (68%) oraz trudności i problemów pielęgniarek (61,3%). Podobnie w radiu według badanych mówi się głównie o strajkach i protestach pielęgniarek (73,5%), błędach pielęgniarek (54,7%) oraz brakach zatrudnienia pielęgniarek (50,3%) [50].

Niestety również seriale paradokumentalne nie podkreślają roli pielęgniarek w procesie terapeutycznym, czy diagnostycznym i nie ukazują rzeczywistej samodzielności tego zawodu.

Często zawód ten jest przedstawiany jako gorszy od zawodu lekarza, w którym wszelkie działania/czynności wobec pacjenta, są jedynie wykonywaniem odgórnych zleceń.

Sykut i Dobrowolska [50] przeprowadzili w grupie 181 pielęgniarek badanie, którego celem było określenie wpływu mediów elektronicznych na kreowanie wizerunku zawodowego. Respondenci określili, że mają one duży (43,6%) lub bardzo duży (33,1%) wpływ na wizerunek ich zawodu. Wpływ ten jako średni określiło 14,9% badanych, jako mały - 6,1%, a 1,1% jako bardzo mały. Absolwenci studiów podyplomowych wyżej oceniali znaczenie mediów elektronicznych ($p < 0,05$) w budowaniu wizerunku zawodowego pielęgniarek. Badani byli zdania, że zarówno telewizja, Internet, jak i radio ukazują środowisko pielęgniarskie w złym świetle, w tym najgorzej telewizja (84%) i Internet (79,2%), a najmniej negatywnie – radio (68,5%). Z kolei osoby z wykształceniem licencjackim istotnie statystycznie częściej uważały, że telewizja przedstawia środowisko pielęgniarskie w dobrym świetle, a najrzadziej taką opinię wyrażały pielęgniarki dyplomowe ($p < 0,05$) [50].

Podobnie studenci z badania Koralewicz i wsp. [2] byli przekonani, że wpływ na kształtowanie wizerunku pielęgniarstwa mają media, w tym 19,4% uważało, że jest to wpływ średni, 29,2% – że wysoki, 34,9% – że bardzo wysoki, 5,5% - że jest bardzo niski, a 11,1% - że niski. Aż 79% z nich twierdziło, że widziało w wiadomościach telewizyjnych przekaz związany z pielęgniarkami i prawie wszyscy ankietowani stwierdzili, że informacje medialne dotyczyły strajków.

Powyższą opinie podziela Łodzińska, Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, stwierdzając: *„Ogromna popularność mass mediów, ich rola, wpływ, ale przede wszystkim siła, jaką dysponują, kreuje pewną rzeczywistość, również przedstawiając pielęgniarstwo w pozytywnym bądź częściej negatywnym świetle”* [cyt. za 49].

Wydra [51] jest przekonana, że krzywdzącym jest ukazywanie przez mass media wizerunku pielęgniarki jako *„osoby niedouczonej, mało inteligentnej, przebranej w tandetne ciuszki z atutami kobiecości na wierzchu, wciąż narzekającej na niskie pensje przy zbyt wysokim obciążeniu pracą”*, a nie mówienie np. o jej wykształceniu na poziomie akademickim, czy ustawicznym kształceniu.

Górecka-Mazur [cyt. za 3] uważa, że pozytywnemu kreowaniu wizerunku pielęgniarki sprzyjają symbole zawodowe, natomiast negatywnymi - środki masowego przekazu. W jej opinii *„media niestety dość rzadko prezentują codzienną, ciężką, pełną trudu i poświęcenia pracę pielęgniarek. Głównie skupiają się na prezentowaniu niestosownych reklam, plakatów, stron internetowych, czy seriali, które przedstawiają zawężony obraz pielęgniarki i jej roli w systemie ochrony zdrowia. (...)”* [cyt. za 3].

We wspomnianym badaniu Sykut i Dobrowolskiej [50] 66,3% respondentów wskazało, że wybrany rodzaj programu miał negatywny wpływ na budowanie wizerunku zawodu pielęgniarki, w tym 50,8% było zdania, że największy wpływ mają wiadomości oraz doniesienia ze świata, 21% - że seriale paradokumentalne, 12,7% - że seriale obyczajowe, a 8,8% - że seriale komediowe. Młodszy badani wskazywali statystycznie częściej, że programy telewizyjne ukazywały środowisko pielęgniarskie w niekorzystnym świetle ($p < 0,05$). Telewizja, zdaniem badanych, zwraca uwagę na fakt, że zawód pielęgniarki jest gorszy od zawodu lekarza (76,8%), że zawód pielęgniarki jest niedoceniony (69,6%) oraz na strajki i protesty (69,1%). W opinii badanych także Internet kreuje niekorzystny obraz zawodu, w tym największe znaczenie mają strony internetowe (36,5%), serwisy informacyjne (19,9%), fora (17,1%) oraz miejsca do dzielenia się zdjęciami, muzyką czy wideo, np.: Facebook, Google Plus, Twitter, My Space, Youtube, blogi, strony internetowe (10,5%). Aż 45,9% potrafiło wskazać konkretne przykłady wykorzystywania tych gałęzi do tworzenia własnego wizerunku stosowane przez środowisko pielęgniarskie, w tym Portal Pielęgniarek i Położnych, Wirtualny Magazyn Pielęgniarki i Położnej, blogi (np. pielanest.blogspot.com, profile na Facebooku, np. Sztuka Pielęgowania, profil Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, pielęgniarski.pl, strona internetowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Ratunkowego, pielęgniarki anestezjologiczne, bizNurse, pielęgniarka na kardiologii, Archiwum P), Niezależne Forum Pielęgniarek i Położnych – www.forum-pielęgniarek.pl, strony internetowe izb pielęgniarskich, Komitet Obrony Pielęgniarek i Położnych, fanpage'e organizacji i towarzystw pielęgniarskich na Facebooku, MedExpress [50]. W opinii badanych radio, jako jedyny nośnik informacji w mediach elektronicznych, ma średni wpływ na budowanie wizerunku zawodu pielęgniarki (26,5%). Co piąty badany (18,2%) twierdził, że wpływ ten był niewielki, zaś 17,7% uznało, że wpływ radia na wizerunek był bardzo mały. Nieco ponad 20% badanych uważało, że wpływ radia był duży i bardzo duży [50].

W badaniu Jakubowskiej i Sykut [52] za cel postawiono sobie określenie działań mających na celu poprawę wizerunku pielęgniarek w mediach elektronicznych. W badaniu wzięło udział 219 kobiet i 44 mężczyzn, studentów, w tym kierunku pielęgniarstwo. Większość badanych 64,6% była zdania, że poprawa wizerunku zawodu pielęgniarki należy do samych pielęgniarek i pielęgniarzy, a tylko 35,4% ankietowanych wskazało na rolę organizacji zawodowych pielęgniarek i położnych. W opinii badanych istotnym zadaniem stojącymi przed organizacjami zawodowymi w celu polepszenia wizerunku zawodu w mediach elektronicznych, jest poprawa płac i warunków pracy (72,2%) oraz większa promocja zawodu w mediach elektronicznych (73,8%). Zdaniem studentów pielęgniarki mogą także wpływać na

poprawę swojego wizerunku w mediach poprzez własny przykład (32%) oraz tworzenie rzetelnych blogów, forów społecznościowych, internetowych serwisów informacyjnych (26,2%) [52].

POSTRZEGANIE ZAWODU PIEŁĘGNIARKI/PIEŁĘGNIARZA PRZEZ FILMOWCÓW

*Kino powinno traktować nas jak matka,
której dziecko uniknęło wypadku samochodowego.
Lecz zamiast wziąć nas w ramiona i pocieszyć, wymierza nam karę.
Michel Schneider - Marilyn, ostatnie seanse [53]*

Filmy i seriale medyczne są bardzo chętnie oglądane przez społeczeństwo, ponieważ ukazywane jest w nich, że praktycznie każdy pacjent leczony jest w komfortowych warunkach, ma od razu dostęp do wszystkich badań oraz posiada „prawie na wyłączność” pielęgniarkę i lekarza. Powyższe daje niestety błędne wyobrażenie o realnych placówkach zdrowia i pracującym tam personelu.

Warto więc tym miejscu, dla przykładu, przybliżyć kilka filmów pochodzących z różnych krajów, w których czołową postacią jest pielęgniarka lub pielęgniarz. Jedne z nich wiernie przedstawiają realia pracy pielęgniarki, inne natomiast dają się ponieść fantazji reżysera. Jedne ukazują postać pielęgniarki pozytywnie, a inne negatywnie. Przykłady filmowe ukazywania wizerunku pielęgniarki to [54-58]:

- **„Lot nad kukułczym gniazdem” (1975)** - film oparty na książce Kena Keseya pod tym samym tytułem, wydanej w roku 1962. Został zrealizowany w prawdziwym szpitalu psychiatrycznym w Oregonie. Jego bohaterem jest Randle Patrick McMurphy (Jack Nicholson), obwiniony o kilka przestępstw i udaje chorobę psychiczną, aby uniknąć pobytu w więzieniu. Zostaje przetransportowany do odpowiedniej kliniki i tam trafia na oddział niezwykle rygorystycznej siostry Ratched (Louise Fletcher), która ściśle trzyma się ustalonych reguł oraz kreuje w jej mniemaniu idealny dla chorych świat. McMurphy, jako życiowy indywidualista, dostrzega w jej działaniach przede wszystkim tłumienie osobistych wolności i rozpoczyna walkę z tą bezwzględną, autokratyczną pielęgniarką. Usiłuje zbuntować pacjentów przeciwko tyranii siostry Mildred, a to w konsekwencji prowadzi do nieprzewidzianych skutków.

- **„Misery” (1990)** - dreszczowiec stanowiący adaptację powieści Stephena Kinga. Bohaterem jest pisarz Paul Sheldon, który właśnie kończy nową powieść. W czasie jazdy już z gotowym maszynopisem zaskakuje go zamieć śnieżna. Paul traci panowanie nad autem i ląduje w zaspie. Życie ratuje mu była pielęgniarka Annie Wilkes, ogromna fanka jego twórczości i psychopatka. W zamian za troskliwą opiekę prosi go o możliwość przeczytania jego najnowszej książki. Kiedy jednak odkrywa, że pisarz w najnowszej książce ma zamiar uśmiercić główną bohaterkę serii, wpada we wściekłość i postanawia go więzić do czasu, aż ten napisze lepsze zakończenie.
- **„Wygrać z losem” (1992)** – Bohaterką jest May-Alice, która z powodzeniem robiła karierę grając w popularnych operach mydlanych. Pewnego dnia ulega wypadkowi samochodowemu i dalsze życie musi spędzić na wózku inwalidzkim. Załamana nie potrafi przystosować się do nowej rzeczywistości, więc zaczyna zagłuszać smutki i rozpacz upijając się do nieprzytomności. Odcina się od ludzi i wyżywa na kolejnych pielęgniarkach podejmujących się opieki nad nią, a które nie wytrzymują długo ze zgorzkniałą, cierpiącą kobietą. Tak jest do czasu, aż w domu May-Alice pojawia się pielęgniarka Chantelle i zaczyna rodzić się przyjaźń między sparaliżowaną aktorką i jej pielęgniarką.
- **„Miłość i wojna” (1995)** - To biograficzny melodramat, gdzie w rolę pielęgniarki wciela się Sandra Bullock. Akcja rozgrywa się latem 1918 roku, w północnych Włoszech. Motywem przewodnim filmu jest „rodzące się” uczucie pomiędzy Ernestem Hemingwayem (korespondentem wojennym) i Agnes von Kurovsky – opiekującą się nim pielęgniarką, która ratuje jego nogę przed amputacją.
- **„Nietykalni” (2011)** - to francuski film oparty na faktach, dotyczący problemu niepełnosprawności. Główny bohater, sparaliżowany milioner cierpiący na stwardnienie rozsiane i zmuszony jest do spędzenia całego życia spędza na wózku. Jego życie ulega zmianie, kiedy pojawia się energiczny opiekun. To komedia ucząca tolerancji wobec osób niepełnosprawnych, emigrantów, osób o innym kolorze skóry oraz mniejszości etnicznych oraz roli opiekuna takich osób.
- **„Code Blue” (2011)** - bohaterką jest Marian, pielęgniarka w średnim wieku, która bezgranicznie poświęca się dla pacjentów. Spędza z nimi każdą wolną chwilę i towarzyszy im nawet podczas umierania. Często także sama pomaga odejść ciężko chorym i cierpiącym. Bardzo lubi także kolekcjonować drobne pamiątki po zmarłych.

- **„Sprawa Lucii de B” (2014)** - to holenderski thriller psychologiczny, oparty na jednej z najbardziej kontrowersyjnych spraw w historii holenderskiego wymiaru sprawiedliwości. Lucia de Berk, pielęgniarka, zostaje niesłusznie oskarżona o morderstwo około siedmiu pacjentów i skazana na dożywocie. Film ukazuje jej zmagania z pełnym kumoterstwem i zafałszowaniem, okrutnym systemem prawnym w Holandii. Z pomocą prawnika i byłej asystentki prokurator generalnej, Lucia próbuje dowieść swej niewinności, jednakże po drodze musi się zmierzyć nie tylko z machiną sądową, ale i z mediami, społecznym odrzuceniem, ale także z własną przeszłością.
- **„Opieka domowa” (2015)** - to czeski komediodramat, akcja toczy się współcześnie na Morawach. To historia Vlasty, pielęgniarki, która codziennie dowodzi swojej cierpliwości podczas sprawowania opieki w domach marudnych pacjentów. Pielęgniarka wykonuje swoją pracę z pasją i poświęceniem, przedkładając potrzeby innych nad swoje. Pewnego dnia zmienia dotychczasowy rytm życia i poświęca się medycynie niekonwencjonalnej.
- **„Opiekun” (2015)** – film opowiada o wszystkich barwach życia Davida, pielęgniarza w średnim wieku, pracującego z terminalnie chorymi. Poza pracą jest zamkniętym w sobie, samotnym człowiekiem, który strzeże tajemnicy swojej przeszłości i każdego ze swoich pacjentów potrzebuje tak samo mocno, jak oni jego. David to pielęgniarz z powołania - myje swoich podopiecznych, ubiera, podaje im leki, ale także dostarcza im emocjonalnej i afektywnej pracy, jakiej nie chcą lub nie są w stanie wykonywać ich bliscy, o ile mają oni jeszcze jakichś bliskich. Z każdą osobą, którą się zajmuje, nawiązuje silną emocjonalną więź. Bardzo angażuje się w pracę. Cierpliwie obserwuje chorych i stara się jak najlepiej poznać ich potrzeby. Służy im wszystkim z niesłabnącym oddaniem i zaangażowaniem, a kiedy pacjent umrze, czasem wybiera się na jego pogrzeb, a wieczorem przesiaduje w barze i mówi, że umarła mu żona.

Pielęgniarka występuje np. w filmach „Poranek kojota”, „Kariera Nikosia Dyzmy”, [59].

Analizując seriale medyczne, można odnieść wrażenie, że twórcy seriali medycznych tworzą z reguły produkcje dotyczące pracy lekarzy. Często przedstawiane w sposób dość wyzywający, chodzą w szpilkach, noszą krótkie spódniczki, mają duże dekolty. Są młode, piękne, seksowne, zabawne, ale i czasem nawet niebezpieczne [59-65]. Pielęgniarka występuje np. w serialach „Lekarze”, „Klan”, „Świat według kiepskich”, „M jak miłość”, „Szpital na peryferiach” a także innych, takich jak np. [59-65]:

- **„Matki, żony i kochanki” (1996)** – bohaterkami są cztery kobiety, które przed kilkunastu laty ukończyły liceum medyczne, ale tylko jedna pracuje w wyuczonym zawodzie pielęgniarki. Koleżanki spotykają się po latach i wspólnie rozwiązują swoje rodzinne i zawodowe problemy.
- **„Na dobre i na złe” (1999)** – akcja serialu rozgrywa się w fikcyjnym miasteczku niedaleko Warszawy – w Leśnej Górze, gdzie znajduje się szpital, w którym pracują główni bohaterowie. Serial opowiada przede wszystkim o losach personelu medycznego zarówno o ich życiu zawodowym, jak i prywatnym. Historie chorych i ich przypadki stanowią tło dla losów głównych bohaterów. Jeżeli w wyniku pewnych zdarzeń dochodzi do utraty przez kogoś z personelu medycznego pełnosprawności, to jest to stan tymczasowy, np. pielęgniarka Bożenka poradziła sobie z problemami alkoholowymi.
- **„Daleko od noszy” (2003)** – Akcja dzieje się na oddziale chirurgicznym, na czwartym piętrze Szpitala Miejskiego nr 1 im. A. Kopernika. Serial jest parodią polskich realiów szpitalnych kładącym nacisk na relacje w obrębie zespołu medycznego, stosunek pracowników placówki i do pacjentów. Lekarze i pielęgniarki, a nawet ordynator nie grzeszą inteligencją. Pomimo dużego przerysowania postaci oraz sytuacji wydaje się, że serial oddaje społeczny odbiór stanu polskich szpitali oraz mentalności części personelu medycznego.
- **„Barwy Szczęścia” (2007)** - w jednym z odcinków serialu pojawiła się historia pielęgniarki, która podaje dziecku sól fizjologiczną zamiast szczepionki, co wywołało sprzeciw Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- **„Z pamiętnika położnej” (2012)** - serial brytyjski zrealizowany na podstawie wspomnień Jennifer Worth, gdzie główną bohaterką jest 22-letnia Jenny. W roku 1957 zrezygnowała z dostatniego życia i została położną w biednej dzielnicy na East Endzie w Londynie. Pracowała u boku innych pielęgniarek oraz medycznie wyszkolonych zakonnic i uczyła się zawodu, doświadczając przy tym trudnych warunków życia. Nie przeszkadzało to jej widzieć odwagę oraz dobroć matek, którymi się opiekowała.
- **„Pielęgniarki” (2014)** - polski serial opowiadający o interesujących sytuacjach z pracy pielęgniarek. Każdy odcinek, to inna historia związana z dolegliwościami pacjenta oraz perypetiami życia personelu medycznego. To opowieści o ludziach, ich codziennych problemach, dramatach (łzy, namiętności, zdrady, rozstania, nowe miłości,

zazdrość, nienawiść, złość, żal, przebaczenie) oraz dylematach moralnych na tle szpitalnego życia.

- **„Siostra Jackie” (2015)** - akcja rozgrywa się w Nowym Jorku, w fikcyjnym szpitalu "All Saints Hospital", a główną bohaterką jest nowojorska pielęgniarka borykająca się z ciężką pracą w szpitalu oraz dramatami prywatnego życia, ponieważ prowadzi podwójne życie. W szpitalu, w którym pracuje spotyka się z farmaceutą Eddiem, a w domu zaś jest kochającą żoną i matką dwójki dziewczynek. Jest w stanie zrobić wszystko, by jej tajemnica nie wyszła na jaw. Nowojorskie Stowarzyszenie Pielęgniarek, wkrótce po premierze serialu, wskazało na nieetyczne zachowanie tytułowej bohaterki, stwierdzając szkodliwe oddziaływanie serialu w odniesieniu do pielęgniarek, pisząc: *"W pierwszym odcinku, tytułowa pielęgniarka Jackie jest przedstawiona jako osoba nadużywająca leków, która uprawia seks z farmaceutą w zamian za ich wykradanie. Ona nie ma skrupułów w związku z wielokrotnym naruszeniem Kodeksu Etyki Pielęgniarstwa. Choć Showtime opisuje ją jako "kompetentną pielęgniarkę", można by argumentować, że kompetentne pielęgniarki nie zachowują się w ten sposób"*.
- **„Diagnoza” (2017)** - serial opowiadający o losach lekarzy i ich pacjentów w szpitalu w Rybniku. Każdy kolejny odcinek dotyczy nowych „przypadków medycznych” i zaskakujących ludzkich historii, których bohaterami są pacjenci. Środowisko pielęgniarek uważa jednak, że doszło w nim do uniżania wartości ich zawodu. Chodzi tu konkretnie o fragment odcinka, w którym serialowa pielęgniarka Wandzia, przyznała, że nie zna się na medycynie.

Niemcy stworzyli serial komediowy **„Magda macht das schon!”** o polskiej pielęgniarce Magdzie Woźniak, która szuka w Niemczech pracy i mieszkania, mówi z wschodnioeuropejskim akcentem i opiekuje się babcią Waltraud, która potrzebuje pomocy, ale nie za bardzo sobie tego życzy [66]. Między paniami nawiązuje się trudna do oceny relacja – nie wiadomo czy bardziej się kochają, czy nienawidzą. Krytycy serialu wskazują na powtarzanie w nim krzywdzących stereotypów o wschodnioeuropejskich prekariuszach i drażni ich jej strój pielęgniarki Magdy (króciutkie spódnice, wysokie szpilki oraz głębokie dekolty), zaś jego obrońcy - podkreślają, że postać pielęgniarki jest sympatyczna, a poruszany problem ważny i aktualny [66].

Motyw pielęgniarki można dostrzec także w literaturze, w takich pozycjach jak np.:

- **„Czego najbardziej żalują umierający” (Bronnie Ware)** - jest to zapis rozmów z

umierającymi na temat sensu życia oraz szczęściu. Główna bohaterka, Bronnie Ware, po latach mało satysfakcjonującej pracy, postanowiła zostać pielęgniarką opieki paliatywnej. Odmieniły ją osoby, z którymi zetknęła się w pracy oraz rozmowy, jakie odbyła z umierającymi, dając jej spokój i sens życia.

- **„W holdzie Hannie Chrzanowskiej” (Hanna Paszko)** – jest to biografia błogosławionej Hanny Chrzanowskiej, zapis filozofii i postaw prezentowanych przez nią oraz świadectwo jej dokonań. Przybliża życie tej pionierki domowej opieki nad pacjentami oraz „pielęgniarstwa parafialnego”, które stworzyła wraz ówczesnym kardynałem Karolem Wojtyłą.
- **„Afganka. Dziennik pielęgniarki” (Karla Schefter)** – to autobiografia Karli Schefter, niemieckiej pielęgniarki, która pracowała jako wolontariuszka w zniszczonym wojną Afganistanie od 1989 roku. Pomimo licznych przeciwności losu, swoją cierpliwością i determinacją doprowadziła do budowy szpitala w Chak (70 km od Kabulu). Zdobyła uznanie afgańskiej społeczności, nie tylko potrafiła pertraktować z mudżahedinami, talibami, ale i zyskać szacunek u starszyny.

PROBLEM MIGRACJI

Ludzie zawsze wyruszają. Zawsze.

Wierz, że potrafisz urządzić życie lepiej niż w domu.

Orson Scott Card - Gra Endera [67]

Migracja kadry medycznej, za Radosz i Paplaczek [68], to istotny temat poruszany w mediach, a który zaczął narastać od roku 2004 roku, kiedy Polska weszła do Unii Europejskiej i zniknął problem nostryfikacji dyplomów.

Migracja pielęgniarek monitorowana jest poprzez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych (NRPiP). W latach 2012-2013 przeprowadzonych było szereg badań odnośnie polskich pielęgniarek pracujących za granicą i okazało się, że 45,1% badanych pielęgniarek było bardzo zadowolonych z pracy za granicą, 52,9% - raczej zadowolonych, a tylko jedna osoba nie była zadowolona [cyt. za 68]. Ponad 86% respondentów ponownie zdecydowałoby się na migrację. Najważniejszym czynnikiem brany pod uwagę przez pielęgniarki podczas myśli o emigracji były lepsze warunki pracy, kwestie finansowe i możliwości nabycia nowych doświadczeń [cyt. za 68].

Badania przeprowadzone wśród 150 studentów kierunku pielęgniarstwa (studia drugiego stopnia) w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym wykazały, że 53% badanych zadeklarowało chęć wyjazdu za granicę (Wielka Brytania i kraje skandynawskie) w celu podjęcia pracy w zawodzie zgodnie z wykształceniem pielęgniarstwowym [69]. Wśród motywów wymienili przede wszystkim wyższe zarobki, lepsze warunki pracy oraz wyższy prestiż zawodu [69].

Kropiwnicka i wsp. [42] analizowali wypowiedzi 160 studentów kierunku pielęgniarstwa i wykazali, że pozostanie w kraju zadeklarowało 66,9% badanych. Wyjechać z Polski planowało 29,4% studentów z kierunku pielęgniarstwa. Osoby, które zadeklarowały chęć pozostania w Polsce, poproszono o podanie przyczyn takiej decyzji. Uzasadnienia były bardzo różnorodne, w tym: większe możliwości znalezienia pracy (26,9%), możliwości kontynuowania nauki (39,4%), większe możliwości rozwoju naukowego (19,2%), sytuacja materialna (23,1%), łatwiejsze życie w Polsce (22,1%), przywiązanie do rodziny (67,4%), kontakty towarzyskie (35,6%), patriotyzm (17,3%) oraz bariery językowe (13,5% studentów kierunku pielęgniarstwa). Osoby, które zadeklarowały chęć wyjazdu z Polski, poproszono także o podanie przyczyn takiej decyzji i uzasadnienia respondentów, podobnie jak poprzednio, były zróżnicowane, w tym np.: większe możliwości znalezienia pracy (59,6%), większe możliwości kontynuowania nauki (25,5%), większe możliwości rozwoju naukowego (36,2%), nowe kontakty towarzyskie (42,6%), nowe doświadczenia (63,8%), kontakt z obcym językiem (55,3%) i większe zarobki (80,9%) [42].

Ciekawe, że wyniki badań z roku 2004 roku sugerują, że mimo podniesienia pensji w Polsce respondenci nadal zdecydowałiby się na wyjazd [70]].

PODSUMOWANIE

*Człowiek jest coraz częściej wirtualny niż realny,
lepiej sprzedają się takie wizerunki niż on sam.
Piotr Adamczyk - Pożądanie mieszka w szafie [71]*

Machul i wsp. [15], po przeszukaniu bazy Google Scholar według słów kluczowych: wizerunek pielęgniarstwa w Polsce, społeczeństwo; wizerunek, pielęgniarstwo, opinie pacjentów; zawód pielęgniarstwa w Polsce, opinia społeczna; wizerunek pielęgniarstwa, media; wizerunek, pielęgniarstwo w Polsce, wyłonili 10.663 rekordów, a po analizie tytułów i streszczeń tych prac, dalszym analizom poddali 19 artykułów. Analiza opublikowanych badań pokazała, że wizerunek pielęgniarstwa i pielęgniarstwa w Polsce jest uznawany przez różne grupy społeczne

na poziomie średnim. Same pielęgniarki oceniały swój wizerunek w społeczeństwie jako średni i niski oraz zwracały uwagę na negatywny przekaz mediów na temat ich profesji. Wyżej niż pielęgniarki oceniali pozycję tego zawodu inni przedstawiciele personelu medycznego oraz pacjenci.

Bednarek [72] jest przekonany, że nie tylko same pielęgniarki, ale także organizacje odpowiedzialne za budowanie wizerunku „*powinny przyjmować czynną strategię media relations, polegającą na nawiązywaniu kontaktów z dziennikarzami*”.

Podobnie uważają Podracki i Wolańska [73] stwierdzając, że obecność na antenie telewizyjnej/radiowej to doskonała okazja do zaprezentowania siebie i/lub grupy zawodowej. Wpływa na to przede wszystkim fakt, że przekazy medialne docierają do ogromnej liczby nieznanymi odbiorców, często niewiele wiedzących o osobie mówiącego i dlatego budujący wizerunek nadawcy na podstawie tego, co usłyszą [73].

Respondenci z badania Sykut i Dobrowolskiej [50] stwierdzili, że w celu poprawy wizerunku w każdym z rodzajów mediów elektronicznych powinny być podjęte takie działania, jak: promowanie osiągnięć zawodowych: w telewizji (84,5% osób), w radiu (76,8%), w Internecie (85,6%) oraz zmiana stereotypu pielęgniarki/pielęgniarstwa: w telewizji (85,1%), w radiu (72,4%) oraz w Internecie (83,4%).

W opinii Głowackiej i wsp. [17] do działań, jakie należy podjąć w celu poprawy wizerunku pielęgniarstwa w Polsce należą: wprowadzenie adekwatnego do pracy wynagrodzenia (28%), promowanie zawodu wśród młodzieży oraz podawanie w mediach pozytywnych informacji dotyczących zawodu (po 19%). Z kolei pielęgniarki z badania Sykut i Dobrowolskiej [50] zasugerowały promowanie osiągnięć zawodowych, zmianę stereotypów na temat zawodu oraz upowszechnianie poprzez media rzetelnych informacji na temat profesji pielęgniarki.

PIŚMIENNICTWO

1. <https://lubimyczytac.pl/cytat/14365> (data dostępu: 25.02.2020).
2. Koralewicz D., Kuriata-Kościelniak E.I., Mróz S: Opinia studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarek w Polsce. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2017; 7(4): 285–292.
3. Wizerunek pielęgniarki XXI wieku. *Sztuka pielęgnowania* 2012; 4(4): 10.
4. Kołodziej A.: Czynniki określające status społeczny pielęgniarek. *Hygeia Public Health* 2014; 49(1): 69-74.

5. Devereux G., Weiner F.: The Occupational Status of Nurses. American Sociological Review 1950; 15(5): 628-634.
6. Szacka B.: Wprowadzenie do socjologii. Oficyna Naukowa, Warszawa 2003.
7. Babiarczyk B., Swół J., Schlegel-Zawadzka M.: Sytuacja polskich pielęgniarek za granicą. Problemy Pielęgniarstwa 2014; 2(22): 130-135.
8. Falkowska M.: Prestiż zawodów. CBOS, Komunikat z badań, BS/32/99, Warszawa, 1999: 1-9.
9. Feliksiak M.: Prestiż zawodów 2009, Komunikat z badań CBOS, BS/8/2009, Warszawa, 2009: 1-8.
10. Cybulska A.: Prestiż zawodów, Komunikat CBOS, BS/164/2013, Warszawa, 2013: 1-13.
11. Omyła-Rudzka M.: Które zawody uważamy, CBOS, Komunikat z badań, Nr 157/2019, Warszawa, 2019: 1-9.
12. Sobczak M., Kamińska B.: Poziom prestiżu zawodowego pielęgniarek w opinii wybranych grup. Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20(2): 218–222.
13. Siwek M., Nowak-Starz G.: Współczesny wizerunek pielęgniarstwa w opinii społeczeństwa. Pielęgniarstwo Polskie 2017; 3(65): 487-500.
14. Mędrzycka-Dąbrowska W., Bąkowska G., Kwiecień-Jaguś K., Gaworska-Krzemińska A.: Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych jako wybór przyszłego zawodu – doniesienia wstępne. Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20(2): 192–200.
15. Machul M., Chrzan-Rodak A., Bieniak M., Bąk J., Chałdaś-Majdańska J., Dobrowolska B.: Wizerunek pielęgniarek i pielęgniarstwa w Polsce w mediach oraz w opinii różnych grup społecznych. Systematyczny przegląd piśmiennictwa naukowego z lat 2010-2017. Pielęgniarstwo XXI wieku 2018; 1(62): 44-49.
16. Siwek M., Chmiel I., Dzierga K.: Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez społeczeństwo z województwa małopolskiego. Pielęgniarstwo XXI wieku 2012; 4(42): 73-78.
17. Głowacka M., Mejsner M., Humańska M.: Wykształcenie a status społeczny pielęgniarki. Pielęgniarstwo XXI wieku 2012; 3(40): 71-74.
18. Grabska K., Stefańska W.: Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17(1):8–12.
19. Kojder E., Zarzycka D.: Wizerunek zawodowy pielęgniarki i jego determinanty. Pielęgniarstwo XXI w. 2014; 2(47): 47–52.
20. Leszczyńska M., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Sobolewski M., Kędziora-Kornatowska K., Borzuchowska A.: Opinia pacjentów o jakości usług podstawowej opieki

- zdrowotnej na terenie miasta Jasła i jego okolic. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2007; 88(3): 277–285.
21. <https://lubimyczytac.pl/cytaty/t/motywacja> (data dostępu: 25.02.2020).
 22. Rachubińska K., Stanisławska M., Wieder-Huszlą S., Grabowicz A., Grochans E.: Motywy oraz satysfakcja z wyboru studiów na kierunku pielęgniarstwo jako determinanty poziomu empatii u studentów pielęgniarstwa. *Nursing and Public Health* 2017; 7(3): 207-212.
 23. Aleksiejczuk A.: Motywy wyboru kierunku studiów medycznych w województwie podlaskim. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2015; 21(4): 428–434.
 24. Franek G., Kulik H., Ferdyn M.: Zainteresowanie zawodem pielęgniarki wśród młodzieży szkół licealnych. *Pielęgniarstwo Polskie* 2012; 4(20): 423-430.
 25. <https://lubimyczytac.pl/cytat/139722> (data dostępu: 25.02.2020).
 26. Stachoń K., Rybka M.: Pielęgniarstwo jako zawód zaufania publicznego w opinii pacjentów. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2016; 4(1): 26–31.
 27. Pierzak M.: Pielęgniarstwo jako zawód uprawiany w przyszłości - opinia młodzieży klas maturalnych. *Journal of Education, Health and Sport* 2017; 7(7): 125-140.
 28. Wójcik D.: Motywy wyboru szkoły i zawodu. *Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych*, 1998, 6(6), http://www.mirekw.com/zdrowie/prace/motywy_wyb.html (data dostępu: 25.02.2020).
 29. Kapała W., Chudziński S., Rycza S.: Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo Chirurgii Angiologicznej* 2008; 2(1): 12-18.
 30. <https://lubimyczytac.pl/cytaty/t/postrzeganie> (data dostępu: 25.02.2020).
 31. Włodarczyk D., Tobolska B.: Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarek. *Medycyna Pracy* 2011; 62(3): 269–279.
 32. Moczydłowska A., Krajewska-Kułak E., Kózka M., Bielski K., Kulesza-Brończyk B., Tołoczko H.: Ocena oczekiwań chorego wobec szpitala. *Hygeia Public Health* 2014; 3(49): 584-595.
 33. Strzelecka A., Nowak-Starz G.: Subiektywna ocena pacjentów dotycząca postawy personelu medycznego podstawowej opieki zdrowotnej w świetle satysfakcji z usług medycznych. *Pielęgniarstwo Polskie* 2015; 3(23): 380-385.
 34. Jurkiewicz A., Kobos E.: Opinia pacjentów na temat pracy pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 3(65): 473-480.

35. Kołpa M., Jurkiewicz B., Sobyra A.: Wizerunek pielęgniarki oraz czynniki determinujące zadowolenie z opieki pielęgniarskiej na oddziale chirurgii jednego dnia. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Anestezjologiczne* 2016; 3: 146-151.
36. Leźnicka M., Warunek A., Hartwich E., Kryn P.: Ocena satysfakcji pacjenta z usług świadczonych w stacjonarnej opiece zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim. *Hygeia Public Health* 2014; 4(49): 787-792.
37. Gawlik K., Waksmańska W., Łukasik R.: Opieka pielęgniarska nad dzieckiem hospitalizowanym w opinii rodziców. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2012; 1(38): 11-14.
38. <https://lubimyczytac.pl/cytaty/t/postrzeganie> (data dostępu: 25.02.2020).
39. Malik M., Marcinowicz L., Zarzycka D., Foley M., Windak A., Buczkowski K., Chlabicz S.: Zawód pielęgniarki1 w opinii studentów medycyny. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2009; 3(28): 23-30.
40. Wrońska I.: Rola społeczno – zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
41. <https://pl.pinterest.com/pin/802977808540308588/?lp=true> (data dostępu: 25.02.2020).
42. Kropiwnicka E., Orzechowska A., Cholewska M., Krajewska-Kułał E.: Determinanty wyboru zawodu, poziom aspiracji oraz plany na przyszłość studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(1): 70–80.
43. <https://lubimyczytac.pl/cytat/80788>, (data dostępu: 25.02.2020).
44. Poznańska S.: Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem [w:] *Pielęgniarstwo*, Zahradniczek K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004: 41-49.
45. Maksymowicz A.: Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym. Podręcznik dla średnich szkół pielęgniarstwa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1977.
46. Freud B., Kołodziejczyk J.: Konceptualizacja wartości profesjonalizmu zawodowego pielęgniarek/pielęgniarzy. *Zarządzanie Publiczne* 2013; 3(23): 353–360.
47. Sykut A., Massalska K., Dobrowolska B.: Elementy wizerunku zawodowego pielęgniarek w mediach elektronicznych oraz ich konteksty. *Opinia pielęgniarek aktywnych zawodowo. Pielęgniarstwo XXI wieku* 2016; 1(54): 43-49.
48. <https://cytaty.pl/swiat/40434,ani-ludzi-ani-swiate-nie-widzimy-takimi-jakimi-sa-ale.html> (data dostępu: 25.02.2020).
49. Goss P.: Wizerunek pielęgniarki w polskich mediach i kulturze, <https://everethnews.pl/newsy/wizerunek-pielegniarki-w-polskich-mediach-i-kulturze/> (data dostępu: 25.02.2020).

50. Sykut A., Dobrowolska M.: Media elektroniczne i ich wpływ na kreowanie wizerunku zawodowego pielęgniarek według opinii pracujących przedstawicieli tej profesji. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016; 3(61): 347-352.
51. Wydra V., <https://www.piellegniarkicyfrowe.pl/2020/01/14/wizerunek-piellegniarek-w-oczach-spoleczenstwa-2/> (data dostępu: 25.02.2020).
52. Jakubowska K., Sykut A.: Actions improving the image of a nurse in electronic media. Opinion of students at medical courses. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2017; 3(60): 42-50.
53. <https://lubimyczytac.pl/cytaty/t/kino> (data dostępu: 25.02.2020).
54. Pielęgniarka w popkulturze. Filmy i książki o pielęgniarkach, <https://everethnews.pl/newsy/piellegniarka-w-popkulturze/> (data dostępu: 25.02.2020).
55. <http://www.akademiafilmowa.pl/film,18,121,0,Lot-nad-kukulczym-gniazdem.html>, (data dostępu: 25.02.2020).
56. https://pl.wikipedia.org/wiki/Wygra%C4%87_z_losem, (data dostępu: 25.02.2020).
57. https://www.hbo.pl/movie/wygrac-z-losem_45803, (data dostępu: 25.02.2020).
58. <https://www.filmweb.pl/film/Code+Blue-2011-618821/descs> (data dostępu: 25.02. 2020).
59. <https://www.fakt.pl/kobieta/piellegniarki-w-serialach-i-filmch/3vnzfl>, (data dostępu: 25.02. 2020).
60. https://pl.wikipedia.org/wiki/Siostra_Jackie, (data dostępu: 25.02. 2020).
61. <https://naekranie.pl/serie/z-pamietnika-polozonej>, (data dostępu: 25.02. 2020).
62. <https://www.polsat.pl/serial/piellegniarki/> (data dostępu: 25.02. 2020).
63. <https://www.plotek.pl/plotek/7,154063,23974303,diagnoza-piellegniarki-oburzone-przeklamaniem-w-serialu.html> (data dostępu: 25.02. 2020).
64. Pawlak-Sobczak K.: Obraz lekarza – serial telewizyjny kontra rzeczywistość. *Zeszyty prasoznawcze* 2015; 2(222): 337–346.
65. <https://natemat.pl/zdrowie/226957,typ-pokazuje-piellegniarki-w-zlym-swietle-i-znowu-wspiera-antyszczepionkowcow-piellegniarki-chca-im-pomoc-zmienic-przekaz>, (data dostępu: 25.02. 2020).
66. <https://film.com.pl/aktualnosci/10037654/niemcy-stworzyli-serial-komediowy-o-polskiej-piellegniarce-odtworczynia-glownej-rol-i-jest-austriaczka.html>, (data dostępu: 25.02.2020).
67. <https://lubimyczytac.pl/cytaty/t/emigracja> (data dostępu: 25. 02.2020).
68. Radosz Z., Paplaczek M.: Zawód pielęgniarka – jakie możliwości mają młodzi absolwenci kierunku pielęgniarstwo we współczesnej Polsce. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2017; 4(61): 32-35.

69. Szostek Ł., Leńczuk-Gruba A., Kobos E., Imiela J.: Plany zawodowe studentów pielęgniarstwa związane z migracją. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 3(65): 481-486.
70. Vujcic M., Zurn P., Diallo K., Adams O., Dal Poz M.R.: The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources for Health* 2004; 2: 3.
71. <https://lubimyczytac.pl/cytaty/t/bo/558>, (data dostępu: 25. 02.2020).
72. Bednarek H.: Sztuka budowania wizerunku w mediach: podręcznik menażera, polityka i trenera public relations. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Kupieckiej, Łódź 2005.
73. Podracki J., Wolańska E.: Język w mediach elektronicznych. Wydawnictwo Naukowe Semper, Warszawa 2008.

Etyka zawodowa nauczyciela akademickiego na kierunku pielęgniarstwo

Danuta Kunecka

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Szczecin

*Mało jest rzeczy, które wzmacniają człowieka
bardziej niż powierzenie mu odpowiedzialności
i obdarzenie go zaufaniem.*

B. T. Washington

WPROWADZENIE

Z uwagi na towarzyszący zazwyczaj rozważaniom koncentrującym się wokół terminu „etyka”, wysoki poziom subiektywizmu, do przygotowania poniższego tekstu autorka „dojrzewała” przez co najmniej kilka ostatnich lat. Zmieniając kolejno zarówno koncepcję samego tytułu, jak i układ tekstu, ale i samą jego „zawartość”. Chcąc w swych osądach, przede wszystkim zminimalizować poziom wspomnianego powyżej subiektywizmu. Zapewne wahania te powodowałyby dalsze odkładanie w czasie przygotowania tego tekstu, gdyby nie emocje, jakie coraz częściej pojawiają się w okolicznościach walki z epidemią koronawirusa w Polsce i na świecie. Wyzwoliły one na tyle silny imperatyw wewnętrzny, że tekst ten powstał w czasie, w którym niestety poziom wspomnianego subiektywizmu może być wręcz maksymalny, a zatem zdecydowanie wyższy, od tego który zwykle dostrzegano w przypadku dyskursu o etyce.... Może to stanowić niestety pewną niedoskonałość tego opracowania. Niemniej wiadomo przecież nie od dzisiaj, iż „punkt widzenia zależy od punktu siedzenia”, tak też i nasze poglądy, i opinie w dużej mierze zależą od naszej sytuacji życiowej, a i często od zajmowanego stanowiska [1].

Obecnie słowo „etyka” pojawia się w różnego rodzaju codziennych przekazach zdecydowanie częściej, aniżeli dotychczas. Zazwyczaj ma to miejsce w odniesieniu do grup zawodowych, które dzisiaj stanowią tzw. „pierwszą linię ognia” w walce z pandemią, a do takich na pewno zaliczyć należy personel pielęgniarstwa.

Wcześniej podkreślanie, czy odniesienia się do etyki zawodowej pojawiały się także dość często, towarzysząc zdarzeniom, w których przedstawiciele środowiska pielęgniarstwa podnosili, a w ostatnich latach, wręcz alarmowali o stanie kadr pielęgniarstwa w Polsce. Ich niedoszacowania liczbowego względem przewidywanych potrzeb społecznych. I cóż... alarmy te, pomimo znacznego nacechowania tego typu komunikatów rzeczowymi argumentami, najczęściej sprowadzano do wymiaru emocjonalnego osób je komunikujących, w konsekwencji pozostając bez wyraźnego „odzewu” ze strony decydentów. Brakowało przykładów działań, których wyniki wprost przekładałyby się na poprawę tego stanu rzeczy. Jedyne, jakiegokolwiek podejmowane w tym zakresie próby, inicjujące jakieś działanie, każdorazowo zdawały się w dość dużym stopniu koncentrować na pomysłach jedynie szybkiego „pozyskania” nowych adeptów sztuki pielęgniarstwa w ogóle, a nie na stricte samej poprawie warunków pracy, które do tychże braków doprowadziły.

Mając świadomość, jaką rolę i wpływ w tym procesie „pozyskiwania nowych kadr” może odegrać kadra nauczycielska, już na wstępie prac nad tekstem postanowiono, że podmiotem tego opisu będzie właśnie ta grupa zawodowa. Natomiast uwzględniając pewne odrębności, mogące się pojawiać w analizowanym tematycznie obszarze etyki zawodowej, wynikające z jednoczesnego bycia zarówno nauczycielem akademickim, ale i pielęgniarzką/pielęgniarem, w poniższym opracowaniu uwagę badawczą skoncentrowano jedynie na osobach nauczycieli akademickich, bezpośrednio uczestniczących w kształceniu studentów na kierunku pielęgniarstwo, ale jednocześnie legitymujących się dyplomem pielęgniarzki/pielęgniara. Osoby te w kontekście tytułowej „etyki zawodowej”, zdaniem autorki powinny być opisywane w nieco szerszym ujęciu, z racji choćby obowiązujących je dwóch obszarów zapisów kodeksowych, ale także z racji różnorodności prawno – formalno – organizacyjnych uwarunkowań ich funkcjonowania zawodowego, aniżeli niedublujujący swoich ról zawodowych, przedstawiciele czy to tylko grupy nauczycieli akademickich, czy tylko pielęgniarstwa grupy zawodowej w Polsce. Za cel poniższego opracowania przyjęto dokonanie analizy teoretycznych zapisów odnoszących się do zagadnień tej w pewien sposób dwoistej „etyki zawodowej”, w jednoczesnym odniesieniu ich do zapisów zawartych w obowiązującym dla kierunku pielęgniarstwo, standardzie kształcenia. W ujęciu odczytywanym jako deklarację nabycia przez przyszłego absolwenta, w najprostszym do przełożenia na późniejszą, codzienną praktykę zawodową fragmente, czyli elementów etyki zawodowej, zapisanych w standardzie kształcenia w grupie jedynie „kompetencji społecznych”. Jako dominującą metodę pracy badawczej zastosowano analizę piśmiennictwa,

w uzupełnieniu której uwzględniono także własne obserwacje i doświadczenia zawodowe autorki.

ETYKA A ETYKA ZAWODOWA

Pojęcie „etyka” pochodzące z języka greckiego *ēthicos* – moralność, *ethos* – stałe miejsce zamieszkania, obyczaj [2], najczęściej rozumiane jest jako „synonim moralności, (...) ogół ocen i norm moralnych przyjętych w danej zbiorowości w określonej epoce historycznej, której przedmiotem jest teoria dobra, a więc ustalenie co jest dobre, a co złe z moralnego punktu widzenia. W innym rozumieniu jest nauką (...) o moralności, według tradycji filozoficznej, jest dyscypliną nauki rozpatrywaną w aspekcie normatywnym i opisowo – wyjaśniającym” [3].

Natomiast „etyka zawodowa jest nauką filozoficzną o usprawnieniach moralnych człowieka potrzebnych do wykonania ulubionej pracy (...) etyka zawodowa jest teorią odpowiedzialnej, a więc moralnie dobrze realizowanej pracy, wykonywanej dzięki sprawnościom warunkującym efektywną pracę. Sam zespół tych sprawności kształtuje się proporcjonalnie do tego, jak postrzega się pracę” [4].

W nieco wcześniejszych opracowaniach nader często termin „etyka zawodowa” stosowany był jedynie wobec norm już spisanych. Mając niejako na celu odpowiadać prawie wprost na pytanie, jak ze względów moralnych przedstawiciele danego zawodu powinni, a jak nie powinni postępować [5]. Jednak obecnie, w potocznym użyciu termin ten oznacza wszelkie obowiązujące zasady, niezależnie od tego, czy zostały spisane, czy też mają jedynie charakter ustnego przekazu. Ponadto „etykę zawodową” można również niekiedy uznać za szczegółowy wyraz moralności ogólnospołecznej, a przejawiany jedynie w okolicznościach pracy, w określonych sytuacjach zawodowych. Dlatego, że jej zasadnicze elementy wynikają z ogólnych, powszechnie przyjętych reguł moralnych [4]. Niemniej problemy „etyki zawodowej” każdorazowo należy „...rozpatrywać w szerokim kontekście kultury danego środowiska, uwzględniając przy tym nie tylko normy spisane i zinstytucjonalizowane, ale także indywidualne propozycje i postulaty formułowane przez reprezentantów jakiejś grupy profesjonalistów i do niej się odnoszące” [6].

Omawiając zagadnienia związane z terminem „etyki zawodowej”, czy też etyki pracy jako takiej, każdorazowo należy wspomnieć o podmiotowości pracownika oraz prakseologii, które niewątpliwie same w sobie mają ścisły związek z zachowaniami etycznymi i moralnymi. Podmiotowość pracownika stanowi bowiem istotny, o ile nie najistotniejszy

element w postrzeganiu i przejawianiu „szacunku do człowieka”, także w sytuacjach zawodowych. Natomiast prakseologia jako nauka o działaniu skutecznym wskazuje nadrzędną dyrektywę zgodności z regułami etyczno – moralnymi [7].

Współcześnie liczne aspekty zachowań, czy też postaw prezentowanych przez ludzi wykonujących daną pracę w różnych zawodach, już dość powszechnie są regulowane przez przyjmowane, a w wielu przypadkach także i formalnie spisywane kodeksy etyczne. I choć najczęściej nie mają one formalnej, normatywnej mocy, stanowią jednak ważny sposób oddziaływania na kształtowanie postaw i zachowań pracowników w danym miejscu pracy, ale także i na ich codzienne funkcjonowanie w pracy. Ponieważ tego typu kodeksy, najczęściej wskazują przyjęte w danym miejscu zasady, eksponują znaczenie godności zawodowej pracownika, ale i również opisują jego odpowiedzialność za między innymi, jakość wykonywanej przez nich pracy. Tego typu zapisy, ujmowane w formule kodeksowej, pomimo że dotyczą konkretnych grup zawodowych, każdorazowo uwzględniają przy tym ich specyfiki [4].

ETYKA ZAWODOWA NAUCZYCIELA AKADEMICKIEGO W POLSCE

Przypisane nauczycielowi akademickiemu role i zadania warunkują wielorakie płaszczyzny jego funkcjonowania zawodowego, w opisywanym tutaj zakresie etyki zawodowej. Wśród których do najczęściej wyróżnianych zaliczane są postawy etyczne przejawiane względem: studentów, środowiska naukowego, swoich kolegów z tej samej uczelni, współpracowników, podwładnych, ale również i samego siebie, czy też szeroko rozumianego społeczeństwa i uczelni, jako zakładu i po prostu miejsca ich pracy [8]. *„Etyka zawodowa nauczyciela akademickiego jest jedną z etyk szczegółowych, a więc ogółem zasad i norm postępowania moralnego, dla krzewienia prawdy i kierowania się nią w życiu zawodowym, aby mógł się spełniać jako człowiek i pracownik”* [9].

Mając na uwadze, iż istotne zmiany w kształceniu zawodowym pielęgniarzek/pielęgniarzy w Polsce zaszły na początku XX wieku i były powodowane włączeniem Polski w struktury Unii Europejskiej, w poniższym opracowaniu wykorzystano przede wszystkim materiał źródłowy, powstały po 2004 roku, niemniej wykorzystano również opracowania starsze, stanowiące swoistą podstawę i wykładnię dla obecnie obowiązujących, różnorodnych zapisów kodeksowych, odnoszących się do sfery etyki nauczyciela akademickiego.

Pierwszą próbą skodyfikowania zamkniętego zbioru pewnych zasad i wytycznych w nauce w Polsce, podjęto w ramach prac Komitetu Etyki w Nauce Polskiej Akademii Nauk, już w 1993 roku, efektem których było opracowanie zatytułowane „Dobre obyczaje w nauce” [10]. Po dekadzie, Senat Uniwersytetu Jagiellońskiego, przyjął na posiedzeniu „Akademicki Kodeks Wartości” [11], zawierający główne wartości, zasady, a także wytyczne, czy też powinności, jakie powinny obowiązywać w nauce. Wówczas uzasadniano te zapisy w następujący sposób *„W obliczu narastających zagrożeń, konieczne staje się jasne i jednoznaczne przypomnienie podstawowych wartości obyczajowych i etycznych, które ukształtowane przez wielowiekową tradycję, tworzyły autorytet nauki, wyrażając siłę moralną akademickiego świata oraz sens posłannictwa uczonych w promocji etycznych i obywatelskich cnót. Wartości, zasad i norm jest wiele, wystarczającym wydaje się jednak zabiegiem wskazanie ich kanonu w syntetycznym skrócie, obejmującym powinności najbardziej podstawowe, reprezentujące pośrednio wszystkie pozostałe”* [11]. Wzmiankowany powyżej kodeks wskazuje 11 wartości, uznając je za podstawowe. Są to: prawda, odpowiedzialność, życzliwość, sprawiedliwość, rzetelność, tolerancja, lojalność, samodzielność, uczciwość, godność oraz wolność nauki – wolność uczonych. Uznając przy tym, że *„...wartości etyczne rodzą się, obowiązują i ukazują pełnię swego bogactwa w społecznościach ludzi wolnych”* [11]. Dlatego też warunkiem ich zaistnienia każdorazowo staje się poczucie „wolności”, która *„... jest warunkiem wyboru wartości, ich poszukiwania i kreacji”* [11]. Do grupy dokumentów, na których wzorowane zdają się być obecnie obowiązujące na Uniwersytetach Medycznych w Polsce, dostępne w zasobach internetowych, Kodeksy Etyki [12-15], należy zdaniem autorki zaliczyć „Kodeks Etyki Pracownika Naukowego” [16] opracowany przez Komisję ds. Etyki w Nauce Polskiej Akademii Nauk, który po części zawiera *„Podstawowe, uniwersalne zasady i wartości etyczne, na których opiera się integralność i wiarygodność nauk, odnoszą się do przedstawicieli wszystkich, bez wyjątku, dyscyplin naukowych”*. Uznając za zasady podstawowe, tj.:

- „1. sumienność w prezentowaniu celów i intencji zamierzonych lub prowadzonych badań, w przedstawianiu metod i procedur badawczych oraz interpretacji uzyskanych wyników, a także w przekazywaniu informacji na temat możliwych zagrożeń oraz dobrze uzasadnionych przewidywaniach odnośnie korzyści i możliwych zastosowań;*
- 2. wiarygodność w prowadzeniu badań, krytycyzm wobec własnych rezultatów, skrupulatność, troska o szczegóły i pieczołowitość w przedstawianiu wyników badań;*
- 3. niewykorzystywanie swojego naukowego autorytetu przy wypowiadaniu się na tematy poza obszarem własnej kompetencji;*

4. *obiektywizm: opieranie interpretacji i wniosków wyłącznie na faktach, sprawdzalnym rozumowaniu i danych, które są możliwe do potwierdzenia przez innych;*
5. *niezależność od zewnętrznych wpływów na prowadzenie badań zarówno wobec zlecających badania czy ekspertyzy, jak i od wpływów ze strony politycznych, ideologicznych lub gospodarczych grup nacisku;*
6. *otwartość w dyskusjach z innymi naukowcami na temat własnych badań, co jest jednym z kluczowych warunków postępu w nauce oraz przyczyniania się do gromadzenia wiedzy przez publikowanie tych wyników, jak również w uczciwym przekazywaniu tej wiedzy ogółowi społeczeństwa;*
7. *przejrzystość dokumentowania badań naukowych gwarantująca dostępność danych po opublikowaniu wyników badań;*
8. *odpowiedzialność przejawiana wobec obiektów badań; badania, których przedmiotem jest istota żywa mogą być prowadzone jedynie wtedy, gdy jest to niezbędne i zawsze z poszanowaniem godności człowieka i praw zwierząt, na podstawie zgody wyrażonej przez odpowiednie komisje bioetyczne;*
9. *sprawiedliwość i rzetelność w ocenie merytorycznej i etycznej pracy innych badaczy oraz w opiniowaniu i uznawaniu osiągnięć naukowych tych, którym się ono rzeczywiście należy, wyrażająca się we właściwym podawaniu źródeł i uczciwym uznawaniu ich udziału w osiągnięciach naukowych;*
10. *odwaga w sprzeciwianiu się poglądom sprzecznym z wiedzą naukową oraz praktykom niezgodnym z zasadami rzetelności naukowej;*
11. *troska o przyszłe pokolenia naukowców przejawiająca się nie tylko w staraniach o rozwój naukowy swoich uczniów, ale także we wpajaniu im obowiązujących standardów oraz norm etycznych” [16].*

Zadaniem autorki pomimo szczytnych przesłanek, jakie przyświecały każdorazowo tworzeniu przedstawionym powyżej, podstawowym dokumentom stanowiącym pewne punkty odniesienia, a niekiedy „drogowskazy” dla tworzących się i przyjmowanych obecnie, w kolejnych już niekiedy wersjach, Kodeksów Etyki w poszczególnych jednostkach uniwersyteckich, kształcących przyszłe kadry pielęgniarstwa, to śledząc doniesienia z tego obszaru tematycznego, zwłaszcza w ostatnich latach, można wnioskować, że żaden z nich nie uzyskał i chyba nadal nie zyskuje statusu prawa powszechnie obowiązującego, czy też może rzeczywiście stosowanego powszechnie w praktyce akademickiej, przez ogół kadry w Polsce. Smutne to tym bardziej, iż do podobnych wniosków dochodzono już w początkach prac nad tego typu dokumentami. „W świetle przeprowadzonej powyżej analizy widzimy, że jeśli chodzi

o kodyfikację poszczególnych norm, nie jest w polskim środowisku akademickim źle. Wprost przeciwnie: wydaje się, że sprawa przedstawia się doskonale. Istnieją zbiory etosów, kodeksów czy dobrych praktyk sformułowane mniej lub bardziej ogólnie. Z jednej strony mamy swoiste <<streszczenia>> standardów na wzór dekalogu, z drugiej zaś – istnieją szersze opracowania zawierające komentarze do określonych norm, a także szczegółowe stanowiska gremiów akademickich, odnoszące się na ogół do aktualnych negatywnych zdarzeń bądź zjawisk” [17]. Niekiedy jednak „...razi dysonans między sferą deklaracji, uchwał i stanowisk a praktyką stosowania tych norm” [17]. Dlatego, po głębszej analizie, a przede wszystkim po odniesieniu się do prawie dwudziestoletnich własnych doświadczeń i obserwacji w tym zakresie, autorka podziela pogląd, że w praktyce niekiedy te podstawowe normy etyczne sprowadzono jedynie do roli swoistego „tła lub co najwyżej ozdobnika, dekoracji przedstawianej w różne miejsca w kolejnych odsłonach” [17]. Warto zatem za każdym razem, czy to tworzenia takich skodyfikowanych zapisów, czy też ich modyfikacji, zawsze pamiętać o głosach przeciwnych. Wówczas „...wysuwane są między innymi argumenty (...), które należy, jak sądzę, zasygnalizować. Po pierwsze, istnieje niebezpieczeństwo, że tworzenie etyk zawodowych może nadmiernie relatywizować wartości i normy moralne (...) kodeks etyczny może się zbyt upodobnić do kodeksu drogowego. W rezultacie obie te okoliczności mogą, w sposób dla moralności niebezpieczny, usprawiedliwiać postępowanie niezgodne z uniwersalnymi wartościami i normami moralnymi” [18]. Jednak pozostając jedynie w formule nawet i pisemnej deklaracji, to tylko deklaracja. Konieczne byłyby równocześnie wprowadzane rozwiązania stanowiące narzędzie dla skuteczności ich przestrzegania... A do tego, tak jak zawsze potrzeba przede wszystkim chęci do wprowadzenia rzeczywistych zmian.

ETYKA ZAWODU NAUCZYCIELA AKADEMICKIEGO A ETYKA ZAWODOWA PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA

Zawarte w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej [19] przepisy, wynikają z uniwersalnych zasad etycznych i zobowiązują pielęgniarkę/pielęgniarza do przestrzegania nie tylko praw pacjenta i dbania o godność zawodu jako taką, ale także zawarto w nim zasady odnoszące się do relacji, w jakie w codziennym, zawodowym życiu wchodzi pielęgniarka/pielęgniarz, które w części szczegółowej kodeksu sklasyfikowano w pięć grup. Są to: relacja pomiędzy pielęgniarką a pacjentem; pielęgniarką a praktyką zawodową i nauką; pielęgniarką a samorządem pielęgniarek i położnych; pielęgniarką a współpracownikami;

pielęgniarką a społeczeństwem. Ponadto w grupie zasad szczegółowych są także takie, które wprost odnoszą się do jednej z pełnionych przez pielęgniarkę/pielęgniara ról, a mianowicie roli nauczyciela, wskazując wprost cechy nauczyciela [19]. Podkreślając przy tym, iż każda pielęgniarka/pielęgniarz, będący nauczycielem zawodu, powinni nie tylko przekazywać zasady etyki zawodowej, ale współuczestnicząc w procesie adaptacji zawodowej młodych adeptów zawodu, powielać je w praktycznym działaniu. Kodeks zobowiązuje każdą pielęgniarkę/pielęgniara, mających większe doświadczenie zawodowe, do przekazywania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych, także w obszarze tematycznie zbieżnym, np. poprzez przyjęcie za swoje, wzorców kultury i poszanowania człowieka [19]. Na uwagę zasługuje fakt swoistej zbieżności treści w zapisach przyjętych zarówno dla nauczyciela akademickiego, jak i w części przyrzeczenia pielęgniarzkiego, które zobligowują w dwójnasób pielęgniarkę/pielęgniara – nauczyciela akademickiego, do tego by *„wdrażyć do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu”* [19]. W części ogólnej, już na wstępie (art. 2) określa, iż *„działalność pielęgniarki i położnej to świadome i dobrowolne podejmowanie profesjonalnych działań...”* [19]. Zaś w części szczegółowej (w części II. Pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka), odnosi się również wprost do działalności stricte naukowo – badawczej pielęgniarki/pielęgniara (art. 15) *„Pielęgniarka (...) powinna upowszechniać osiągnięcia naukowo – badawcze, związane z wykonywaniem zawodu poprzez wystąpienia i publikacje. Publikacje te powinny być rzetelne pozbawione znamion sensacji”* [19].

W podsumowaniu tej części opracowania, ponownie niestety można by rzec, tyle zapisy kodeksu, a praktyka i życie przynoszą zgoła odmienne przykłady [20]. Mając na uwadze założenia jedynie teorii, można pokusić się o opis „nauczyciela pielęgniarstwa” w ujęciu modelowym [21]. Wówczas byłaby to osoba, która *„jest ekspertem w zakresie metod nauczania i uczenia się; pomaga studentowi w znalezieniu metod uczenia się; wprowadza studenta w środowisko (...); stawia pytania problemowe studentom i egzekwuje studiowanie literatury; wspiera kreatywne dążenia studentów; rozbudza zainteresowanie wartościami i ideałami; motywuje studentów do doskonałości zawodowej i zaufania we własne siły; rozbudza zachowania opiekuńcze studentów; kształtuje postawę pewności działania zawodowego; traktuje studenta godnie; przejawia zaufanie do studentów”* [21]. Jednak ten opis nauczyciela jest w praktyce akademickiej dość trudny do realizacji. Ponieważ nauczyciel nierzadko „ma związane ręce wieloma urzędniczymi” zaleceniami, poleceniami, czy nakazami [22]. Niemniej w to powyższe, modelowe ujęcie osoby „nauczyciela

pielęgniarstwa”, doskonale wpisuje się, zawarty w Pielęgniarskim Kodeksie Etyki Zawodowej, opis pożądanых cech nauczyciela zawodu. Zawierający między innymi: przyjacielski stosunek do studenta, życzliwość, dar i umiejętność w przekazywaniu wiedzy, pomoc studentowi w rozwiązywaniu problemów, otwartość na oczekiwania studentów [19]. Te zaś po części pokrywają się z przedstawionym wcześniej w katalogu podstawowych wartości, przypisywanych również i nauczycielowi akademickiemu [11]. Tym samym należałoby uznać, iż oba wymiary działalności zawodowej nauczyciela pielęgniarstwa, wzajemnie się przenikają, ale i uzupełniają, poszerzając nieco ich opis w ujęciu tylko jednostkowym, czy to nauczyciela akademickiego, czy to pielęgniarki/pielęgniara. Wzajemne, bardzo płynne uzupełnianie się obu tych ról, w jakimś obszarze powielanie się wartości i norm w zakresie etyki zawodowej opisujących każdą z nich oddzielnie, nie daje jednak podstaw do uznania, iż etyka zawodu nauczyciela pielęgniarstwa, to po prostu suma etyki zawodu nauczyciela akademickiego i pielęgniarki/pielęgniara.

ETYKA NAUCZYCIELA PIEŁĘGNIARSTWA – KONTEKST STUDENCKI

Gromadząc materiał do poniższej publikacji autorce nie udało się dotrzeć do publikacji opartych na badaniach grup studenckich, zrealizowanych na kierunku pielęgniarstwo. Dlatego też do dokonania analizy oczekiwań studentów względem nauczycieli akademickich, ich postaw, zachowań w opisywanym obszarze, posłużono się wybranymi jako przykładowe, spośród tych dostępnych na powszechnych nośnikach, opisującymi wyniki badań w tematyce w największym stopniu odpowiadającej obszarowi etyki zawodowej, w tym postaw etycznych nauczycieli akademickich, zrealizowanych w grupach studentów uczelni medycznej [23] oraz uczelni niemedycznej [24]. Weryfikując je każdorazowo w oparciu o własne doświadczenia pracy ze studentami na kierunku pielęgniarstwo.

W podsumowaniu analizy materiału źródłowego na uwagę zasługuje fakt, iż w obu przypadkach badań opinii studentów [23,24], odrębnie dokonywano oceny oczekiwań względem nauczycieli akademickich w obszarze etyki, osobno dokonywano oceny rzeczywistych odczuć studentów wobec prezentowanych w codziennej pracy przez nauczycieli zachowań (w opisywanym obszarze).

W badaniach grup studentów uczelni medycznej [23], oczekiwania studentów jednoznacznie koncentrują się wokół wartości: sprawiedliwość. Uzyskała ona najwyższą wartość spośród wszystkich – 12, badanych elementów etyki nauczyciela akademickiego. Ponadto wskazywano takie postawy nauczycieli, które w sposób bezpośredni wpływają na

uzyskiwane przez studentów wyniki, np.: sprawiedliwe ocenianie, czy też rzetelne przygotowanie do zajęć oraz spełniają oczekiwania odpowiedniego traktowania, tj.: szanowanie godności osobistej, życzliwość. Ponadto w grupie tej znalazła się cecha opisana jako „kultura bycia”. Ten element poza tym, iż uzyskał ogólnie wysoki wynik w klasyfikacji oczekiwań, był ponadto tym, który był najbardziej spośród wszystkich badanych, w grupie studentów jednomyślnie przez nich wskazywany.

Jeżeli zaś chodzi o ocenę prezentowanych w życiu akademickim postaw przez nauczycieli uczelni medycznej [23], to można w oparciu o nie wnioskować, iż nauczyciel akademicki, to dobry fachowiec, kompetentny, życzliwy i kulturalny, który jednak nie zawsze szanuje czas i godność studenta, a także nie zawsze sprawiedliwie ocenia jego wiedzę. Przy czym ta ostatnia była wybierana przez studentów jako najbardziej pożądana, dlatego też odnotowana rozbieżność staje się tym bardziej istotna dla końcowego wnioskowania i być może sformułowania pewnych propozycji koniecznych zmian.

W badaniach studentów uczelni medycznej [23] dostrzeżono różnice uzyskiwane w wynikach badanych elementów zarówno w odniesieniu do oczekiwań, jak i ocen etyki nauczycieli, w zależności od tego czy uczestnik badania był studentem lat początkowych, czy też końcowych. Studenci kończący studia, nadal wysoko oceniali kompetencje, ich rzetelność w przygotowaniu do zajęć, czy też otwartość na dyskusję, niestety gorzej, jak ich młodszy koledzy oceniali, prezentowane przez nauczycieli sprawiedliwość, czy dyscyplinę pracy.

W badaniach wśród studentów uczelni niemedycznej „...za najbardziej pożądane postawy nauczyciela akademickiego studenci uznali: obiektywizm, szanowanie czasu studenta i harmonogramu zajęć, szacunek w ocenie i traktowaniu studenta, cierpliwość i życzliwość” [24]. Najmniej istotne spośród badanych aspektów, w przypadku grupy studentów uczelni niemedycznej [24], uznano natomiast postawy nauczycieli tj.: „...skromność, stosowanie akceptowalnych przez studentów metod wychowawczych, bezinteresowność, czy chwalenie za osiągnięcia studenta” [24]. Brak tej ostatniej cechy może budzić zdziwienie, ponieważ zgodnie z teoriami wychowania, nagrody w postaci pochwał są ponoć bardzo skutecznym narzędziem pracy wychowawczej. To jednak autorka z własnych doświadczeń skłania się do przyjęcia i uznania za wiarygodne tego typu wyniki, ponieważ poziom studiów to praca z osobami dorosłymi, niekiedy już w pełni świadomymi swoich motywów działania, w tym także i rzeczywistej chęci ...studiowania. Można to dostrzec, realizując dany cykl zajęć w grupach studentów stacjonarnych i niestacjonarnych. Stąd prawdopodobnie i dostrzeżone różnice w opisie oczekiwań, jak i już ocenach prezentowanych postaw etycznych nauczycieli w badaniach studentów uczelni niemedycznej [24], w zależności od realizowanego trybu

studiów. Ze względu na konieczność większego nakładu pracy indywidualnej studenta studiów niestacjonarnych, nie powinien dziwić, fakt, iż „...studenci studiów niestacjonarnych wskazywali na większą istotność takich postaw, jak: wyrozumiałość, cierpliwość, przyjazne nastawienie, szacunek w ocenie i traktowaniu studenta bez względu na okoliczności” [24].

W tym przypadku (studentów uczelni niemedycznej) [24], oceny rzeczywiście prezentowanych postaw przez nauczycieli rysują obraz osoby życzliwej, taktownej, cierplivej i dyskretnej. Charakteryzującej się bezinteresownością, niewykorzystującą swojego stanowiska dla własnych korzyści i będącą rzetelnie przygotowaną do zajęć. Można by odnieść wrażenie, że nieco lepszy obraz kształtuje się w świadomości studenta uczelni niemedycznej, jest to jednak zdaniem autorki, jedynie wynikiem nieco odmiennej konstrukcji narzędzia badawczego i bardziej szczegółowego opisu i charakterystyki postaw. Ponieważ już w przypadku cech ocenianych niżej, pojawiły się i takie elementy, które są zbieżne z wynikami uzyskanymi w grupie studentów uczelni medycznej, tj.: brak poszanowania czasu studenta i harmonogramu zajęć oraz problemy z obiektywizmem i sprawiedliwością. Te również charakteryzują się największą rozbieżnością między oczekiwaniami studentów a stanem rzeczywistym. Można by zatem uznać, iż z punktu widzenia studenta wachlarz oczekiwanych, jak i prezentowanych wartości, postaw i zachowań w zakresie „etyki zawodowej nauczyciela” jest podobny, niezależnie od wybieranego kierunku studiów. Mając na uwadze także własne obserwacje i zgromadzoną w tym temacie wiedzę, zasadniczo nie można się z powyższym stwierdzeniem nie zgodzić. Pamiętając jednak, że „diabeł tkwi w szczegółach”. Tym „szczegółem” w tym przypadku okazują się być przypisane dla kierunku studiów pielęgniarstwo, zapisy standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu pielęgniarki [25]. Standard ten narzuca w zakresie kompetencji społecznych absolwentowi studiów pierwszego stopnia, nabycie takiej wiedzy i umiejętności, która pozwoli mu na gotowość do „...samodzielnego i rzetelnego wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki, w tym przestrzegania wartości i powinności moralnych” [25], a w przypadku studiów drugiego stopnia „...rozwiązywania złożonych problemów etycznych związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki...” [25].

Dlatego też zdaniem autorki ważne jest, by w procesie kształtowania tych kompetencji uczestniczyli nauczyciele akademicy, jednocześnie będący przedstawicielami środowiska pielęgniarstwa, wszak najlepszym sposobem nauki jest dobry przykład... Z własnych doświadczeń i obserwacji, ale i niestety nierzadko mających miejsce, rozmów ze studentami uczelni macierzystej, czy innych uczelni, mających miejsce między innymi w trakcie wizyt akredytacyjnych, nie są obce autorce opisy typu „...Studenci zwracali uwagę, że kilkakrotnie

nie uzyskiwali informacji o nieobecności nauczyciela na zajęciach i czekali niepotrzebnie na prowadzącego. Ich aprobaty nie zyskało również przekładanie zajęć przez nauczycieli na inne terminy bez podawania wyraźnej przyczyny. Wskazywali również na powtarzające się spóźnienia niektórych nauczycieli na zajęcia, jak również na skracanie czasu ich trwania. Wiele wypowiedzi studentów zwracało uwagę na brak obiektywizmu w ocenianiu przez nauczyciela, jak również na brak możliwości zapoznania się z już poprawionymi i ocenionymi przez nauczyciela pracami pisemnymi. Część zarzutów dotyczyła problemów z okazywaniem przez nauczyciela szacunku w ocenianiu i traktowaniu studenta” [25]. W takich przypadkach trudno mówić o skuteczności zapisów przyjętych kodeksów, skoro w praktyce one nie znajdują zastosowania.

Za podsumowanie tej części niech posłuży aforyzm Owidiusza *„Video meliora proboque, deteriora sequor”*, z łac. *„Widzę i pochwalam lepsze, idę (jednak) za gorszym”* [26], w pełni zdaje się on oddawać immanentne cechy natury ludzkiej. Żadne kodeksy tego nie zmieniają, co jednocześnie nie znaczy, że są one zupełnie niepotrzebne.

PODSUMOWANIE

Od momentu pojawienia się w przestrzeni publicznej „Akademickiego Kodeksu Wartości” [11] nad etyką nauczyciela akademickiego toczą się bardziej lub mniej burzliwe dyskusje i zdaniem autorki, prawdopodobnie toczyć się one będą już zawsze. Ponieważ mimo upływu lat, nadal pozostają aktualne słowa Kazimierza Kloca, wypowiedziane w 2004 roku *„...etos akademicki w naszych czasach ulega istotnej erozji, związanej ze zjawiskiem komercjalizacji kształcenia. Na życie uczelni w coraz większym stopniu przenoszą się wzory z życia społecznego ze wszystkimi jego patologiami i problemami, co skutkuje niską odpowiedzialnością za dobro wspólne, a także niskim stopniem identyfikacji z instytucją, jaką jest szkoła wyższa. W konsekwencji mamy do czynienia z przewagą interesu nad wartościami”* [17].

Mając możliwość obserwacji „od środka” od prawie dwudziestu lat, funkcjonowania „maszyny uczelnianej”, samemu będąc zobowiązanym do łączenia etyk zawodowych nauczyciela i pielęgniarki, zwłaszcza w ostatnim czasie, nie trudno autorce nie zgadzać się ze słowami J. Russ, że *„... etyka o którą się wszyscy upominają, z trudem zakotwicza swoje normy i wartości w miejscu, które je ustanawia i uzasadnia”* [27] i jakże często z uwagą wsłuchując się w prowadzone w grupach studentów dyskusje, niekiedy wprost sygnalizowane różnego rodzaju zdarzenia, czy też czytając przygotowane przez studentów prace pisemne, w

ramach różnorodnych zadań w trakcie zajęć, autorka w pamięci przywołuje sobie wierszyk J. Sztaudyngera <<Bajka o prawach>> „*Postanowiono w lesie wreszcie wydać prawa, Co może robić niedźwiedź, co lis, a co trawa. Uradzono przepisy, nowele, ustawy, Osobno dla niedźwiedzi, dla lisów, dla trawy. A potem prawodawcy, co prawa wydali, Schodzili w bok przed misiem, a trawę deptali*” [28].

Współcześnie kształcenie przyszłych pielęgniarek/pielęgniarzy „...traktuje się jak proces produkcyjny, którego efektem mają być standardowe pielęgniarki realizujące standardy pielęgnacji w sposób standardowy wobec standardowych pacjentów – przypadków” [22].

Nierzadko obserwować można, że „*Relację mistrz (pielęgniarka mentor) – uczeń zastępują relacje sprzedawca – klient. Wiedza uniwersytecka jest traktowana jak towar, który jedna strona chce kupić (jak najtaniej), a druga sprzedać minimalnym nakładem czasu i środków. To bardzo niebezpieczne zjawisko powoduje bowiem (tak jak w średniowieczu sprzedaż przez wędrownych partaczy towarów niskiej jakości), obniżenie poziomu kształcenia, pozorne oceny, nikłe szanse na rozwój*” [22].

Nader często dzisiaj Ci, którym powierzono obowiązek kształcenia przyszłej kadry pielęgniarskiej zdają się zapominać, że „...kształcić efektywnie i etycznie zarazem można tylko wtedy, gdy wartością cenioną i stale uobecnianą w praktyce przez realizatorów owego kształcenia, (...) będzie etyczny profesjonalizm (...). Innymi słowy, nieetyczne będzie kształcić nieprofesjonalnie, bez osobistego zaangażowania i osobistej odpowiedzialności za konsekwencje zarówno własnych, jak i wspólnie ze studentami podejmowanych poczynań” [29]. Jak okrutnie aktualne są, pisane lata temu słowa J. Aleksandrowicza „*Ktoś, kto naucza innych, musi sam aktywnie szukać odpowiedzi na podstawowe pytania, dotyczące sensu życia oraz argumentów na rzecz postawy humanistycznej i humanitarnej. Nie może być bowiem tak, żeby humanizm nauczyciela był albo nieświadomy, albo uzależniony od aktualnych doktryn, trendów, układów etc. To nie ma nic wspólnego ze świadomością etyczną (...) Nauczyciel (...) powinien być człowiekiem o najwyższym stopniu świadomości etycznej. Powinien – zwłaszcza w czasach dzisiejszych – poczuwać się do odpowiedzialności...*” [30].

Niemniej „poczuwać się”, to nie znaczy „mieć tylko jej świadomość”, ale także odpowiedzialność ponosić.

W konkluzji jakichkolwiek opisów etyki zawodowej, niezależnie od tego jakiego zawodu miałby ten opis dotyczyć, tak i tym razem można by przywoływać słowa J. Stacewicza, iż „*Jest rzeczą tragiczną, że w ogóle trzeba napisać, że potrzebna jest rzetelność, uczciwość, bo to tylko świadczy o tym, gdzie jesteśmy*” [17].

PIŚMIENNICTWO

1. Wielki słownik języka polskiego. https://wsjp.pl/index.php?id_hasla=8318 (data dostępu 27.04.2020)
2. Szostek MIC A.: Etyka jako nauka filozoficzna. [w:] Etyka w pracy pielęgniarstwie. Wrońska I., Mariański J. (red.). Wyd. Czelej, Lublin 2002: 16.
3. Sarapata A.: Etyka zawodów. Wyd. Książka i Wiedza, Warszawa 1973.
4. Drzeżdżon W.: Etyczne aspekty pracy zawodowej. Wybrane zagadnienia, Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość 2013; 10: 21–35.
5. Sarapata A.: Etyka zawodowa. Wyd. Książka i Wiedza, Warszawa 1971.
6. Jastrzębski J.: Etyka i kodeksy uczonych. [w:] Problemy edukacji w szkole wyższej. Szeląg A. (red.). Wyd. Impuls, Kraków 2006: 33.
7. Zieliński W.: Moralność i etyka w działalności gospodarczej. Diametros 2005; 6: 129–134.
8. Schramm R.W.: Etyka względna.[w:] Etyka w środowisku akademickim. Zieliński J., Tyszkiewicz L. (red.). Wyd. PAN, Warszawa 1994: 112.
9. Banach Cz.: Osobowość nauczyciela akademickiego w perspektywie jego kompetencji. [w:] Kompetencja w porozumiewaniu się nauczyciela akademickiego. Maliszewski W.J. (red.). Wyd. Wielorakie Perspektywy, Toruń 2007: 58.
10. Akademicki Kodeks Wartości, Uniwersytet Jagielloński <https://www.uj.edu.pl/documents/10172/84597185/akademicki-kodeks-wartosci.pdf/3bff64b6-8507-410c-82c5-264a10f3841a> (data dostępu 27.04.20.)
11. Kodeks Etyki Pracownika Naukowego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie <https://www.pum.edu.pl/administracja/badania-naukowe/kodeks-etyki-pracownika-naukowego-2012> (data dostępu 27.04.20.)
12. Kodeks Etyki Pracowników SUM, Śląski Uniwersytet Medyczny, <https://sum.edu.pl/aktualnosci-i-komunikaty-swp/komunikaty-wiadomosci/8358-kodeks-etyki-pracownikow-sum> (data dostępu 27.04.20.)
13. Kodeks Etyki pracownika naukowego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, <https://www.umb.edu.pl/s,13933/> (data dostępu 27.04.20.)
14. Zasady Etyki Pracowników Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, https://www.wf.cm.umk.pl/panel/wp-content/uploads/1_UCHW-SENAT-2017-179-za%C5%82.pdf (data dostępu 27.04.20.)

15. Komisja do spraw Etyki Polskiej Akademii Nauk: Kodeks Etyki Pracownika Naukowego, Wydanie drugie <https://instytucja.pan.pl/index.php/kodeks-etyki-pracownika-naukowego> (data dostępu 27.04.20.)
16. Komitet Etyki w Nauce Polskiej Akademii Nauk: Dobre obyczaje w nauce. Wydanie trzecie http://ichf.edu.pl/Dobre_obyczaje_w_nauce.pdf (data dostępu 27.04.20.)
17. Nowakowski P.J.: O etycznych kanonach pracy nauczycieli akademickich i próbach ich kodyfikowania. *Studia z Teorii Wychowania* 2011; 2/1(2): 148-167.
18. Dziemidok B.: Etyka zawodu nauczyciela akademickiego. *Studia Gdańskie* 2007; 4: 199–203.
19. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 9 grudnia 2003 roku <https://nipip.pl/prawo/samorządowe/krajowy-zjazd-pielegniarek-i-polozonych/kodeks-etyki-zawodowej-pielegniarki-i-polozonej-rzeczypospolitej-polskiej/> (data dostępu 27.04.20.)
20. Kunecka D.: Aspekty etyczne badań naukowych w polskim pielęgniarstwie. *Annales. Etyka w życiu gospodarczym* 2015; 18(3): 109–118.
21. Marć M., Binkowska-Bury M., Penar-Zadarko B.: Wymagania stawiane nauczycielom zawodu pielęgniarstwa – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16(4): 405–408. Za: Wrońska I.: O nowy wymiar edukacji uniwersyteckiej pielęgniarek. [w:] *Kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych. Standardy opieki w pielęgniarstwie. Wdrażanie programów promocji zdrowia. Materiały konferencyjne*, Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego, Poznań 1999.
22. Kłapa W., Miarka-Lachendro J., Łasak D.: Edukacja uniwersytecka czy produkcja pielęgniarek? [w:] *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny. Tom III. Praca zbiorowa* Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. R., Lewko J., Kułak W. (red.), Wyd. UMB, Białystok, 2017: 516-526.
23. Michorowska M., Kaczmarek J., Basińska K., Olejniczak M.: Ocena postaw etycznych nauczycieli akademickich oraz studentów Akademii Medycznej w Gdańsku. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 2008; 38: 51–64.
24. Nadolna B.: Postawy etyczne nauczycieli akademickich według opinii studentów Wydziału Ekonomicznego Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego w Szczecinie. *Folia Pomer. Univ. Technol. Stetin., Oeconomica*, 2015; 319(79)2: 155–166.
25. Dz. U. z dn. 21 sierpnia 2019r. poz. 1573, Rozporządzenie MNiSW z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza,

- lekarza, dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190001573/O/D20191573.pdf> (data dostępu 27.04.2020)
26. Wolny, wielojęzyczny wikisłownik, hasło: video meliora proboque, deteriora sequor https://pl.wiktionary.org/wiki/video_meliora_proboque,_deteriora_sequor (data dostępu 27.04.2020)
27. Russ J.: Współczesna myśl etyczna. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 2006.
28. Sztaudynger J.: Bajka o prawach <http://bajkiwierszem.blogspot.com/2009/11/sztaudynger-jan-bajka-o-prawach.html> (data dostępu 27.04.20.)
29. Brzezińska A.: Kształcenie psychologów: pytania o relację nauczania i jej wymiar etyczny. [w:] Etyczne problemy działalności badawczej i praktycznej psychologów. Brzeziński J., Poznaniak W. (red.). Wyd. Fundacja Humaniora, Poznań 1994: 247.
30. Aleksandrowicz J.: O powołaniu nauczyciela akademickiego. *Życie Szkoły Wyższej* 1983; 9: 88–89.

Być czyli mieć – rzeczywista rola i znaczenie tytułów w zawodzie pielęgniarki w Polsce

Danuta Kunecka

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego

WPROWADZENIE

Autorka próbując znaleźć odpowiedzi na rodzące się wątpliwości natury etyczno – moralnej, w codziennej pracy zawodowej nauczyciela akademickiego – pielęgniarki, na przełomie ostatnich dwudziestu lat, parokrotnie powracała do tematyki w obszarze, podjętym przez E. Fromma, w książce „*Mieć czy być?*” [1]. W tym także i w odniesieniu jej tytułowego pytania, do zdobywanych przez przedstawicieli środowiska pielęgniarskiego w Polsce, różnorodnych „tytułów” zarówno tych zawodowych, jak i naukowych. Szukając na ww. pytanie odpowiedzi, niejednokrotnie dokonywano przeglądu dostępnych źródeł, dających podstawę do jej sformułowania. Starając się jednocześnie zachować maksymalny, przy opisach tego typu problemów badawczych, poziom obiektywizmu. Poszukiwania te niekiedy trwały dość długo, także i dlatego, że za każdym razem próbowano w nich znaleźć coś na miarę jednoznacznego „uzasadnienia”, dla dostrzeganych w objętym analizą środowisku zawodowym, elementów mogących świadczyć o pewnego rodzaju nieprawidłowościach w przypisywanych „tytułom”, znaczeniach. Zdaniem autorki mogą one być na tyle istotne, że w dłuższej perspektywie czasu oraz w „specyficznych” warunkach im towarzyszącym, mogą predysponować, czy już warunkują zaistnienie różnego rodzaju patologii organizacyjnych. Ilekroć w poniższym opracowaniu mowa będzie o „tytułach”, będą one odnosić się do uznawanych w Polsce, zgodnie z obowiązującym wśród i innych państw europejskich, systemem bolońskim, następujących tytułów zawodowych, tj.:

- licencjat pielęgniarstwa [2-6], dzisiaj osiągany po sześciu semestrach nauki;
- magister pielęgniarstwa [2-6], wymagający zazwyczaj kolejnych dwóch lat nauki,
- oraz rozumiany, jako wynik prawnie przyjętego systemu certyfikacji osób, posiadających określony zasób wiedzy i umiejętności specjalistycznych, potrzebnych

do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, tytuł: - specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa, uzyskiwany po około dwuletnim cyklu szkoleniowym oraz pozytywnie zdanym egzaminie państwowym [7].

Tytułów zawodowych nie należy mylić z tytułami naukowymi, czy też stopniami naukowymi, które są „...przyznawane uczonym po spełnieniu przez nich określonych wymogów w różnych dziedzinach lub dyscyplinach naukowych” [5]. Stopniem naukowym, a nie zawodowym, ale i nie tytułem naukowym, jest „doktor” [2,4,5]. Powszechnie spotykany także w innych państwach europejskich, w których obowiązuje system boloński. Ponadto w Polsce stopniem naukowym jest także „doktor habilitowany” [2,4,5], jednocześnie stanowiący o „samodzielności pracownika naukowego”. Natomiast rzeczywistym i jedynym tytułem naukowym, jest tytuł profesora określonej dziedziny nauki [2,4,5], którego prawo nadawania przysługuje Prezydentowi Rzeczypospolitej Polskiej. Przyznawany jest on dożywotnio. Obecnie Konstytucja dla Nauki [2] dopuszcza awans na tzw. profesora dydaktycznego bez osiągnięcia habilitacji, zaś doktorzy zyskują uprawnienia, zbliżone do samodzielnych pracowników naukowych. Doktor habilitowany jest najczęściej określany mianem profesora nie tylko z powodów stricte grzecznościowych. Tacy naukowcy mogą bowiem pełnić funkcję profesora na swojej uczelni – stąd używane wówczas formuły profesora, zawierające także i nazwę jednostki [2,5], odnosząc się do zajmowanego stanowiska pracy, a nie rzeczywiście posiadanego tytułu naukowego.

Analiza materiału źródłowego, dotychczas zgromadzonego, przyjęta jako wiodąca metoda badawcza uzupełniana o własne doświadczenia i obserwacje autorki, poczynione na przełomie poddanych w analizie lat 2004 – 2018, w odniesieniu do środowiska pielęgniarstwa w Polsce, stały się podstawą do przygotowania tego opracowania. Za cel przyjęto w nim próbę określenia aktualnej roli i znaczenia tytułów w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza w Polsce. W odpowiedzi za tak sformułowanym celem, postawiono hipotezę, iż w wymiarze posiadania jakiegoś „tytułu”, czy to zawodowego, czy naukowego, każdorazowo jednak mającego wyrażać m. in. poziom profesjonalizmu, osoby nim się legitymującej, równocześnie i w bardzo silnym związku, występować u niej powinno, poza tylko poczuciem samego „mieć”, również i poczucie „bycia”. Ponieważ w przypadku specyfiki zawodów misyjnych, do których zaliczana jest profesja pielęgniarstwa, w opisie tytułowego „być, czyli mieć”, nie można było nie uwzględnić słów Jana Pawła II, iż „*Mieć jest tylko o tyle istotne, o ile wzbogaca Twoje być*” [8].

Obserwowane na przestrzeni ostatnich lat okoliczności i różnorodne zdarzenia,

towarzyszące codziennemu funkcjonowaniu zawodowemu przedstawicieli środowiska pielęgniarskiego w Polsce, świadczyć mogą o tym, że dzisiaj niestety dość często, „mieć” nie gwarantuje, a co gorsza, dość często nie powoduje w praktyce, jednoczesnego „odczucia być” posiadaczom danego tytułu... reprezentujących osoby spośród środowiska pielęgniarskiego. Tym samym „być” niejednokrotnie nie zostaje poparte równoczesnym, choćby i tylko w wymiarze materialnym, „poczuciem mieć”, nie wspominając o sprowadzeniu rzeczzonego „posiadania tytułu”, jedynie w formie wyłącznego posiadania tegoż „tytułu”, dla samego „tytułu”. Wówczas, w przypadku tak wyraźnie obranego kierunku, krytykowanego przez Fromma, opisywanego, jako modus „mieć” [2], nie będzie już miało większego znaczenia o jaki tytuł chodzi, czy to: licencjata, czy magistra pielęgniarstwa, specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa, czy też w wymiarze naukowym: doktora, doktora habilitowanego, czy też profesora. Fromm w sposób jednoznaczny dokonał jego krytyki stwierdzając, że powoduje on w rezultacie, każdorazowo alienację człowieka. Czyni z ludzi automaty, tłumi ich spontaniczność, uczucia i emocje [2]. Jednostka hołdująca „mieć”, wszystko postrzega przez pryzmat „posiadania”, *„ujawnia się to także w chęci posiadania nauki (informacji), wiedzy, książek, (...), ale nie dla własnego rozwoju, lecz dla samej świadomości, że ją posiada. (...) Jednostka uwikłana w modus posiadania jest zazdrosna, nie chce pozwolić, aby ktoś miał więcej niż ona sama...”* [2]. W konsekwencji jedyną miarą człowieka jest dla takiej osoby „stan posiadania”, a niekiedy i samo „posiadanie” drugiego człowieka [2,9]. Mało tego, człowiek taki *„...żyje w iluzji, że wie, czego pragnie – gdy tymczasem pragnie dokładnie tego, czego się od niego oczekuje, że będzie pragnął”* [2]. Co w praktyce przejawiać się będzie swoistym „zbieractwem dyplomów”, czy dostrzeganą w ostatnich latach w środowiskach legitymujących się, czy też pretendujących do „tytułów” w naukowych, „punktozą”.

ŻYCIE POMIĘDZY BYĆ A MIEĆ

Współcześnie, słynne szekspirowskie pytanie *„...być, albo nie być?”* [10], należałoby chyba zastąpić frommowskim, *„Mieć czy być?”* [1], sformułowanym w tytule wspomnianego opracowania. Fromm dokonuje w nim klasyfikacji dwóch sposobów życia człowieka. Pierwszego nakierowanego na posiadanie, czyli „mieć”, drugim zaś na istnienie, czyli „bycie”. Ponadto w obszarze „mieć”, podzielił człowieka na dwie sfery, na *Homo Faber* i *Homo Consumens* [1,11]. Dwa przeciwstawne, ale uzupełniające się wcielenia, które pogłębiają lęk u człowieka. *„<<Homo Faber>>, który jest niewolnikiem własnego biurka, nieustannie drży o pracę, o swoje dochody; <<Homo Consumens>> chce mieć jak najwięcej*

za pieniądze, które zarobił, czuje się zmuszony do kupowania, odczuwa przy tym duży niepokój” [11]. Podkreślając, że człowiek o orientacji „mieć”, pogrąża się we własnych działaniach, przedmiotach, staje się im podporządkowany, a co najważniejsze, znacząco ogranicza swoją wolność [1,11].

Wyrażenie „mieć” jest bardzo proste, każdy człowiek bowiem coś posiada, posiada swoje ciało, mieszkanie, ubranie, samochód i inne dobra materialne [1]. Posiadanie nie jest niczym złym, współcześnie niekiedy może wydawać się, że w podstawowym, czysto pomocowym, czy też funkcjonalnym jego wymiarze, jest wręcz współcześnie, niezbędne nam do życia. Dzisiaj nastawienie „mieć” stało się na tyle powszechne, że uznać by je można za łatwiejsze w opisie, a do tego może być poparte licznymi przykładami. Niestety niekiedy współczesne postrzeganie „mieć” staje się nadrzędne, a w takim ujęciu może stanowić zbyt duże zagrożenie. W codziennym sposobie życia „mieć” człowiek – poprzez posiadanie – wyraża swój stosunek do świata, a zbytne pragnienie, zawłaszczania bez mała wszystkiego wokół, deprymuje, ale i może spowodować zupełną dehumanizację, w wyniku której ludzie nie będą już zdolni do żadnych wyższych uczuć, powszechny zaś stanie się kult przyjemności [12]. Styl życia nakierowany na „mieć” jest zdaniem Fromma *„sprzeczny z naturą ludzką, zmienia sposób życia człowieka, a także język. Dzisiaj używa się niemal wyłącznie rzeczowników w sensie <<mieć>> (...) odchodzi się zaś od czasowników, które wyrażają emocje, np. kocham, pragnę, nienawidzę. Język potoczny wyraża orientację społeczną, człowiek traktowany jest jak rzecz”* [1]. Dlatego celem naszego życia nie powinno być jedynie posiadanie bogactw, lecz bogactwo wyrażane poprzez nasze „bycie”. Z modusem „mieć” silnie związany jest jego społeczny charakter, który obejmuje nasze pragnienie nabycia, zatrzymania i powiększenia własności, a w konsekwencji postrzeganie tego, kto ma więcej, za lepszego, ważniejszego. Posiadanie rzeczy, mimo że powszechne, nie jest jednak w naszym „mieć” najbardziej niebezpieczne, niebezpieczna jest rozpowszechniająca się dzisiaj „chęć” posiadania ... także i człowieka [1,13], bo „...skoro tylko własność staje się podstawą szacunku dla innych, staje się również podstawą szacunku dla samego siebie” [14]. Przemiany ekonomiczne, będące konsekwencją działań człowieka hołdującego modusowi „mieć” doprowadziły do tego, że współcześnie ludzie samych siebie postrzegają jako towar, niejednokrotnie swoje życie traktując jako kapitał, który powinien przynieść tylko i wyłącznie zysk. Lansując postawę „mieć”, czy wzrastając w jej duchu, nierzadko sami możemy nie zdawać sobie w pełni, sprawy z jej konsekwencji [1,15].

Modus „bycia” jest zdecydowanie trudniejszy do zdefiniowania. „Bycie” przede

wszystkim związane jest z naszym życiem. Trudno jest opisać „bycie”, „...gdyż jest z nim jak z przeżyciem, które próbowane wrażenia słowami zanika i staje się tylko myślą” [1]. Warunkiem „bycia” jest „...wolność, niezależność i zdolność krytycznego rozumowania” [1], czyli także, a może przede wszystkim „Wolność intelektualna. Człowiek jest wolny tylko wówczas, kiedy może wybierać. Może wybierać tylko wtedy, kiedy wie dość, by porównywać” [16]. Chcąc wyrazić nasze „być”, musimy przede wszystkim „...odejść od posiadania, czyli zrezygnować z egoizmu i egocentryzmu. Bycie zakłada aktywność, wyklucza zaś bierność” [1]. „Bycie” według Fromma „...jest dzieleniem się z innymi, daniem, poświęcaniem się. Człowiek o orientacji <<być>> żyje prawdziwie” [1]. „Być” zdaniem Fromma, nie dotyczy tylko pragnienia pełnego istnienia, przejawia się ono także „...np. w sposobie uczenia się. Osoba nastawiona na „być” myśli nad tematem, reaguje na nowość aktywnie i produktywnie, po wykładzie jest innym człowiekiem; osoba, która przyswaja wiedzę w sensie <<mieć>>, robi notatki, nie zastanawia się nad myślą, ale zapisuje ją, przyswaja słowa, ale nie istotę rzeczy” [1,15]. Ponadto warto nadmienić, iż promowanie postawy „być”, to propagowanie wartości życia w poczuciu wolności, budowanie relacji opartych na wzajemnym zaufaniu [15]. By właściwie zdefiniować frommowski modus „być” nie wystarczy stwierdzić, że jest on przeciwieństwem modusu „mieć” [8]. „Bycie”, jak pisze Fromm „...związane jest z przeżyciem, pasją życia, wolnością i krytycznością jednostki uwikłanej w ten sposób egzystencji” [17]. „Jednostka taka aktywnie istnieje, jest twórcza, dokonuje się w niej rozwój” [9], ale „Być wymaga rezygnacji z egocentryzmu i egoizmu...” [1]. „Być” w przeciwieństwie do „mieć” jest bezczasowe. Nakierowane jest ono na „tu i teraz”. Podczas, gdy „mieć” nakierowane jest na przeszłość – co i ile zgromadziłam w przeszłości oraz na przyszłość – co jeszcze zdobędę [1,9]. Obie te postawy zarówno „mieć”, jak i „być” są obecne w życiu codziennym każdego człowieka. Zdaniem Marcela są one „...różnymi sposobami niwelowania przykrych uczuć związanych z samotnością człowieka w świecie” [18]. To jednak podobnie jak Fromm [1], Marcel kategorycznie opowiada się za postawą „być”, która jego zdaniem dla wszystkich społeczeństw byłaby najwłaściwsza. Ludzie ją prezentujący są otwarci na drugiego człowieka, szanują się nawzajem tylko z tego powodu, że są. „Człowiek przyjmujący postawę <<być>>, jest szczerze zainteresowany autentycznym człowiekiem, a nie tylko swoim wyobrażeniem o nim. Natomiast człowieka o postawie <<mieć>> charakteryzują bierność i zapatrzenie w siebie oraz w swoje poglądy. Człowiek taki zaczyna traktować życie, poglądy, uczucia drugiego człowieka, jako mienie, które ma mu zapewnić poczucie bezpieczeństwa” [18].

Dotychczas prezentowane tutaj opisy dotyczyły postaw „mieć” i „być”, w ujęciu, które uwypuklało zarówno ich pozytywy, jak i negatywy, uwidaczniając ich frommowską dychotomię [1,19]. Każdej z nich z osobna, w konsekwencji w jakimś stopniu co najmniej sugerując, a niekiedy wręcz narzucając, konieczność dokonywania wyboru spośród nich, przez każdego z nas indywidualnie. Gdy tymczasem, szczególnie w dzisiejszych realiach, czy chociażby w kontekście poruszanej w opisie tematyki „tytułów”, należałoby się zgodzić ze stwierdzeniem, iż „...między tymi dwoma sposobami nie zachodzi dysjunkcja, czyli wybór albo – albo” [9]. W czym utwierdził autorkę, swoimi rozważaniami nad postawami „być” i „mieć” Kołoczek, którego zdaniem „słowo <<bycie>> nie oznacza <<bycia>>... to jest: oznacza <<bycie>> o tyle, o ile <<bycie>> zostaje sprowadzone do znaczenia tego słowa (...), dlatego też słowo <<bycie>>, oznaczając <<bycie>>, raczej go nie oznacza, lecz wskazuje na to, co wyślizguje mu się wtedy, gdy oznacza <<bycie>>... Decydujące w słowie nie jest to, co ono mówi, lecz to, co mówi przez nie, a co zawsze pozostaje w milczeniu” [20]. Tym samym „bycie” daje do myślenia [20]. Prezentowane przez Kołoczka ujęcie „być jako mieć” [20], w uzasadnieniu, którego pojawia się opis ukrytej w polszczyźnie, tożsamości „mieć” i „być”, dając autorce swoisty „klucz” do ich zrozumienia [20]. „Od czasownika <<być>> pochodzą czasowniki, które wyrażają różne modusy <<mieć>>: nabyć (nabywać, nabawić, nabawiać się czegoś), dobyć (dobywać), wydobyć (wydobywać), zdobyć (zdobywać); oraz dla wyrażenia czegoś przeciwnego: pozbyć (pozbywać, pozbawić, pozbawiać), wyzbyć (wyzbywać, wybawić, wybawiać), zbyć (zbywać, zbawić, zbawiać). Mówi się również „ubyć” (ubywać), kiedy czegoś jest coraz mniej. Krótkie przyjrzenie się temu, w jaki sposób czasowniki te wypowiadają <<mieć>>, a w jaki <<być>>, pozwoli głębiej wniknąć w sens doświadczanego po polsku bycia. Byt zatem w swej jawności rozdwa się i stoi w sporze. Spor jednak toczy się nie tyle między <<ma>> i <<nie-ma>>, lecz między dwoma przeciwnymi znaczeniami bogactwa i ubóstwa” [20]. Można by uznać, iż „...człowiek nie potrzebuje <<bycia>>, może być bez <<bycia>>” [20]. Jednak oznaczać by to, musiało, że człowiek ma coś, co może w jakimś sensie imitować jego „bycie”, skoro je odczuwamy jako potrzebę. Może zatem nasze współczesne „bycie dzieje się jako mieć”? [20]. Odpowiedzi na tak sformułowane pytanie można doszukiwać się w słownikowym opisie czasownika „mieć” [21], które w pierwszym i chyba najbardziej narzucającym się znaczeniu, oznacza „posiadać”. Jednak już sam termin „posiadać”, rzadko bywa synonimem słowa „mieć”. „Etymologicznie rzecz biorąc: jest czasownikiem częstokrotnym od <<posiąść>>, oba zaś pochodzą od <<siąść>>. Ten zaś w staropolskim przyjmuje formę <<sieść>> i oznacza: zająć miejsce,

przebywać (gdzieś), pozostać, zamieszkać, osiedlić się lub zostać osiedlonym” [20]. Dlatego też „Człowiek w swoim mieniu – się odnosi się zazwyczaj do czegoś innego niż on sam, mianowicie do bytu, a mienie – się staje się dla niego przezroczyste, znika z pola widzenia; zarazem jednak to właśnie ono decyduje, do czego i w jaki sposób człowiek się odnosi; mienie – się otwiera byt wewnątrz ludzkiego obycia się z bytem. Ale właśnie mieć – się nie tylko jest znajdowaniem się byciem w jakimś nastroju, humorze, usposobieniu. Doświadczenia nabywa się dopiero w wędrówce ku temu...” [20]. Jak zatem pogodzić z sobą „być” i „mieć”, czy też, co zrobić, by „być” jednocześnie oznaczało i „mieć”?

PIELĘGNIARSKIE KOMPROMISY, CZYLI ...

Dzisiaj, gdy zdaje się być ponownie powszechnie prezentowana postawa, przypisywana wcześniej XIX wiecznej klasie średniej, w której *„zamiast indywidualnego sumienia mamy potrzebę przystosowania się i aprobaty; zamiast poczucia dumy i panowania – narastające, choć głównie nieuświadamiane poczucie bezsilności” [16]. Gdzie nierzadko głównym, a niekiedy i jedynym „...motywem działania jest rywalizacja, leżąca u podstaw zawistnych porównań, która nakazuje nam zdystansować tych, których przywykliśmy uważać za równych sobie” [14]. Zdając sobie poza tym w pełni sprawę z faktu, iż „...poza instynktem samozachowawczym skłonność do rywalizacji jest chyba najsilniejszym, najbardziej gwałtownym i najtrwalszym spośród motywów stricte ekonomicznych” [14], a „...życie człowieka w społeczeństwie, tak samo jak życie innych gatunków, jest walką o byt, a w związku z tym procesem selektywnej adaptacji” [14], należałoby zdaniem autorki, w zamian frommowskiego pytania „być, czy mieć?” [1], współcześnie stawiać sobie pytanie „jak być, żeby jednocześnie mieć?”, czy też w odniesieniu już tylko do przedmiotowych „tytułów”, „jak mieć, by jednocześnie i być?”. Próbując przy tym znaleźć równowagę pomiędzy sferami „być” i „mieć”. Ponieważ ich radykalne rozdzielanie zawsze będzie pociągać za sobą błąd jednostronnego podejścia, jakim jest ludzka egzystencja. Sfera duchowa pozbawiona podstawy materialnej, czy też jakikolwiek brak zainteresowania się nią, spowoduje w konsekwencji zanik jakiejkolwiek woli do dalszego działania, pojawi się wówczas bierny, czy wręcz negatywny stosunek do życia, a nawet niechęć do samego siebie [22], dlatego też, zdaniem autorki, w żadnym wypadku nie należy ujmować „być” bez jednoczesnego jej odniesienia do „mieć”, ale i tym bardziej „mieć” bez jednoczesnego „być”.*

Z uwagi na to, że *„...pewna tajemniczość jest w nauce dziś, tak jak przed wiekami, nadal bardzo atrakcyjnym i skutecznym środkiem wywierania wrażenia, a nawet pewnego*

nacisku na ludzi niewykształconych” [14], to zdobycie dyplomu/tytułu, mogącego utwierdzać otoczenie w przekonaniu posiadania przez nas określonej wiedzy, czy umiejętności...., może być współcześnie postrzegane jako element wypełniający sferę „mieć”, by „być”. Przypisując „tytułom” istotne znaczenie, przynajmniej w znaczącej ich większości, w wymiarze teorii... W praktyce natomiast, zdaniem autorki, na przełomie ostatnich lat niestety faktem staje się dzisiaj ich systematyczna deprecjacja, co prawdopodobnie skutkować będzie dalszym „rozdzielaniem” obu, opisywanych tutaj składowych.

Dla potrzeb weryfikacji przyjętej na wstępie hipotezy oraz by móc w miarę czytelny sposób zobrazować czytającemu skalę przyrostu wspomnianych w tytule, „tytułów”, w tej części opracowania zaprezentowane zostaną wyniki dokonanych analiz, tj.: liczby „tytułów” (patrz tabela I), którymi legitymują się przedstawiciele środowiska pielęgniarstwa w Polsce oraz odniesienia się do chyba najbardziej wymiernego wskaźnika w kontekście „mieć”, a mianowicie wysokości wynagrodzenia w opisywanej grupie zawodowej (patrz tabela II).

Tabela I. Liczba pielęgniarek/pielęgniarzy posiadających stopnie, tytuły naukowe i/lub tytuły zawodowe [23,24,25]

Tytuł	2018 rok liczba pielęgniarek ok. 290 tys.		2004 rok liczba pielęgniarek ok. 280 tys.	
	N	% ogółu	N	% ogółu
Stopnie i tytuły naukowe	428	0,15	179*	0,06
Tytuł magistra	26 143	9,01	5 803	2,07
Tytuł licencjata	50 077	17,27	183	0,06
Tytuł specjalisty	67 782	23,37	93**	0,03
Kurs kwalifikacyjny	155 675	53,68	7 501**	2,68
Kurs specjalistyczny	430 420	148,42	10 049**	3,59

* w kolumnie „2004” zamieszczono dane z roku 2010, podając łączną liczbę w obu grupach (pielęgniarek i położnych)– brak wcześniejszych danych,

** w kolumnach za dany rok podano liczby osób z dyplomem ukończenia danego typu kształcenia nie z roku 2004, a z roku 2002, z uwagi na wprowadzone wówczas znaczące dla analizy, zmiany w kształceniu podyplomowym pielęgniarek.

W obu aspektach dane porównywano w odcieciu czasowym: 2004 – 2018. Uznano, iż w 2004 roku, z racji włączenia Polski w struktury Unii Europejskiej, dokonały się istotne dla opisywanej grupy zawodowej zmiany, także i w procesie kształcenia zarówno przed jak i podyplomowym, stąd dla opisu skali posiadanych formalnie „tytułów” w tym odstępie czasu

należy je analizować. Natomiast 2018 rok, to mimo, że nie ostatni, pełny rok, ale z tego właśnie roku, w momencie rozpoczęcia prac nad tym materiałem, możliwe było zgromadzenie niezbędnych dla tego opisu, danych.

By móc oddać rzeczywistą liczbę zdobywanych przez przedstawicieli środowiska pielęgniarskiego, różnego rodzaju tytułów/ dyplomów/ uprawnień/ certyfikacji, w tabeli I uwzględniono także formuły cieszące się największą popularnością. Czy też może dzisiaj należałoby napisać, dostępnością. Ponieważ z reguły kursy kwalifikacyjne oraz kursy specjalistyczne, to formy wpisane w działania różnorodnych projektów, w znacznej mierze finansowanych, czy współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej. I to te formy, najczęściej są także tymi, proponowanymi środowisku pielęgniarskiemu przez samych pracodawców. Dzieje się tak prawdopodobnie z uwagi na różnorodne, stanowiskowe wymagania względem posiadanego dyplomu ukończenia, np.: kursu szczepień ochronnych, wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiologicznego u dorosłych, leczenie ran, czy najnowszej propozycji ordynowanie leków i wypisywanie recept. Zaś konieczność ukończenia np. kursu specjalistycznego – wywiad i badanie fizykalne, czy też resuscytacji krążeniowo – oddechowej, wymagana w uzupełnieniu toku kształcenia specjalizacyjnego, powoduje, że niemal bez przerwy jest znaczne nań zapotrzebowanie. Czy jednak będące wynikiem rzeczywistego nimi zainteresowania? Chcąc uniknąć posądzenia o zbyt duży subiektywizm w ocenie, pytanie to pozostanie bez odpowiedzi... A przecież „...jedynie wartości zrodzone z naszej aktywności spontanicznej przydają siłę naszemu <<ja>> i tym samym tworzą podstawę jego integralności” [26]. Trudność tej oceny powodowana jest także tym, iż miałyby się ona odnosić do wszelkich tytułów, a nie wszystkie formy jednakowo krytycznie, zdaniem autorki, oceniać by należało. Za przykład posłużą, w tym przypadku dane odnoszące się do kursu, który w wykazie możliwości kształcenia podyplomowego wprowadzono jako ostatni, a którego ukończenie pozwala pielęgniarkom/pielęgniarzom nabyć nowe kompetencje i finalnie móc je przełożyć na „wypisanie recepty”. Niestety nie dają one podstaw do zbyt dużego optymizmu w tym względzie. Ponieważ z danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych wynika, iż łącznie uprawnienia zdobyło ok. 12 tys. pielęgniarek/pielęgniarzy, to jednak recepty zdecydowało się wystawiać jedynie ok. 2 tys. z nich [27,28]. Do zbliżonych wniosków autorka dochodziła już wcześniej, parokrotnie. Mając możliwość między innymi obserwacji i zdobywania własnych, bardzo pouczających niekiedy doświadczeń w tym zakresie. Przy jednoczesnych zróżnicowanych pozycjach „patrzenia”, tj. badacza, nauczyciela, mentora, ale i uczestnika różnorodnych form rozwoju kształcenia, w okresie objętym poniższym opisem. Prezentowane wówczas przez

przedstawicieli środowiska pielęgniarskiego, w tym obszarze zachowania i postawy, w znacznym stopniu bezpośrednio przyczyniły się do powstania tego opracowania. Niestety, w tych skrajnie negatywnych przykładach, obrania jednoznacznie kierunku „mieć tytuł”, niekiedy zdawać by się mogło „za wszelką cenę”, nie ma już większego znaczenia różnicowanie, czy chodzi o tytuł zawodowy, czy też naukowy.

W podsumowaniu tej części danych zawartych w tabeli I, przytoczę cyfry odzwierciedlające łączną liczbę posiadanych tytułów (naukowych oraz zawodowych, na poziomie: licencjat, magister oraz specjalista), w porównywanych latach:

- w 2018 roku 144 430, co stanowiło 49,8% ogółu grupy zawodowej,
- w 2004 roku 6 258, co stanowiło 2,2% ogółu grupy zawodowej.

Nie wchodząc w szczegóły analizowanych danych, można by stwierdzić optymistycznie, że jest dobrze, czy nawet bardzo dobrze, to jednak zapal autorki w tym względzie studzi przede wszystkim świadomość wspomnianych powyżej aspektów, „niesamodzielności” decyzyjnej przedstawicieli środowiska pielęgniarskiego w tym obszarze, czy też obserwowanych, ocenianych jednoznacznie negatywnie, niskich pobudek działania z racji tylko i wyłącznie „mieć”, w podejmowanych niekiedy przez pielęgniarki/pielęgniarzy procesach kształcenia. Ponieważ wówczas „...całą naszą energię zużywamy na zdobywanie tego, co chcemy mieć, i większość ludzi nigdy nie kwestionuje podstawowej przesłanki tej aktywności, tego mianowicie, że wie, czego naprawdę chce. Ludzie nie zastanawiają się, czy cele, ku którym zmierzają, są tym, czego sami pragną” [26]. A „...wszystko to świadczy jednak o mglistym uświadamianiu sobie tej prawdy, że człowiek współczesny żyje w złudzeniu, iż wie, czego chce, gdy w istocie chce jedynie tego, czego się odeń wymaga” [26].

Okrutną prawdą dzisiaj zdaje się stawać fakt, iż zgodnie z zasadą wzajemności, „By jednak móc dzielić się z innymi, trzeba najpierw coś posiadać” [22]. Dlatego też autorka uznaje silną współzależność sfer „być” i „mieć”, szczególnie odnosząc ją do obszaru kompetencji, opisywanej grupy zawodowej, dających przekładać się na między innymi, jakość pracy, a co za tym idzie dzisiaj wprost i na poziom wynagrodzenia [29]. To wzajemne uzupełnianie się sfery „być” i „mieć”, staje się samonapędzającą się maszyną, bo zdając sobie sprawę z faktu, iż dzisiaj „wszystko ma swoją cenę”, to chcąc zdobywać tytuł, by „być”, należy uprzednio także i „mieć”, bo wszystkie z wyżej wymienianych tytułów to dające się w stosunkowo łatwy sposób zliczyć konkretne koszty. Nie tylko koszt np. czesnego za studia, specjalizację, procedurę uzyskania stopnia naukowego..., ale i ten niematerialny, przede wszystkim koszt nakładu czasu, który będzie konieczny, czy też koszt jakże trudny do oszacowania, konieczności wyboru: czasu na przygotowanie, czy czas dla najbliższych itp.

Dzisiaj w praktyce pielęgniarskiej są to koszty zdecydowanie przewyższające późniejsze, ewentualne z nich płynące profity materialne. Czym zatem powodowane są kolejne pokolenia przedstawicieli środowiska pielęgniarskiego, w podejmowaniu decyzji o „zdobyciu” danego tytułu. Zdaniem autorki, na pewno są to ciekawość powodowana wspomnianą już powyżej, „tajemniczością” wiedzy wszelakiej, ale i co chyba istotniejsze, w przypadku opisywanej grupy, pewną możliwością wywierania wrażenia, czy też wręcz wpływania na osoby z otoczenia. Mające swoje konotacje w budowaniu swojej pozycji, czy też prestiżu, w kręgach czy to zawodowych, czy to osobistych relacji.

Tabela II. Przeciętny poziom wynagrodzeń w grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce [30,31,32]

	Przeciętne wynagrodzenie w Polsce	Przeciętne wynagrodzenie w pielęgniarstwie	Udział % przeciętnego wynagrodzenia w pielęgniarstwie w odniesieniu do przeciętnego wynagrodzenia w Polsce
rok 2004	2 368,52	1 658,47	70,02
rok 2018	4 585,03	5327,64*	116,19

*Są najmniej zarabiającą grupą specjalistów w Polsce/w 2017 roku, pierwszy raz przeciętne zarobki w pielęgniarstwie, powyżej przeciętnego wynagrodzenia w Polsce – przyczyną prawdopodobnie włączenie dodatku tzw. zembałowego.

Zatem w określonych okolicznościach, takich jak chociażby wcześniej opisany związek przyczynowo – skutkowy, iż posiadanie „tytułów” gwarantuje wyższe uposażenie, można by uznać chęć ich posiadania za swoiste „...*świadectwo roztropności i odpowiedzialności za swoje życie*” [22]. Zdaniem autorki tak, ale jedynie wówczas, gdy zdobycie rzeczonego „tytułu” jest wynikiem rzeczywistej własnej naszej potrzeby, czy też pewnego potwierdzenia i sformalizowania, nabywanych w toku doświadczeń zawodowych, wiedzy i umiejętności. I co chyba tutaj najważniejsze, powinny być one nabywane w sposób elementarnie uczciwy i niepozostawiający w sferze moralno – etycznej oceny żadnych wątpliwości jego nadania. Jedynie wówczas będzie możliwe postrzeganie, iż nabyty „tytuł”, w oczach nie tylko samego jego posiadacza, ale co ważniejsze i jego otoczenia, jest nie tylko czynnikiem wzmacniającym dla posiadacza danego „tytułu”, ale i stanowi gwarant dla rzeczywistego wzrostu jego prestiżu, a niekiedy być może i władzy [26].

Jednak zrozumienia u autorki nie znajduje postawa determinowana jedynie samym „mieć”, czy to w sferze czysto materialnej, czy to w sferze rozwoju zawodowego. W uzasadnieniu jedynie uznając, iż pojawiające się dla jedynie i wyłącznie z samej chęci

posiadania... „mieć”, jest z założenia jakieś „niezdrowe”. Ponieważ nawet w tym najprostszym przełożeniu „mieć”... na pieniądze, powinniśmy być ostrożni, pamiętając, że „...za pieniądze można mieć, ale nie można być” [33], zaś „...pieniądze mogą szczęściu dopomóc, ale go nie dadzą” [1,19]. Niestety jednak zdaniem autorki, obecnie nader często „...żyjemy by zarabiać, a nie zarabiamy, by żyć” [1,15,19], chcemy po prostu „posiadać”, nie chcąc „być” jednocześnie, bo to wymaga od nas zbyt dużego zaangażowania, chodzimy coraz częściej „na skróty”..., a te jak mówią stare przysłowia mogą prowadzić nas na „manowce”. Stąd i „...problemem współczesności jest obojętność człowieka wobec samego siebie. Człowiek stracił poczucie własnej wartości i ważności, idzie tam, gdzie i inni, robi to, co inni. Jesteśmy jak stado, które idzie drogą wierząc, iż dojdzie do celu, ponieważ inni również nią idą. Kroczymy w ciemności i podtrzymujemy się na duchu pogwizdując, ponieważ słyszymy, że inni też to czynią” [13]. Pytanie, czy na obecnym etapie, jako środowisko zawodowe, czy też społeczeństwo w ogóle, zdołamy jeszcze skutecznie zmienić ten kierunek? Ponownie unikając zbyt dużego subiektywizmu odpowiedzi, autorka pytanie to pozostawia do indywidualnej czytelnikowi.

PODSUMOWANIE

Frommowski obraz człowieka to koncepcja dwoistości natury ludzkiej [1], w konsekwencji której zachodzi konieczność dokonania wyboru między „być” a „mieć”. Ta zaś prowadzi do sformułowania pytania, czy w takiej koncepcji człowieka jest on owcą, czy wilkiem? [19]. „Wiele osób uważa, że ludzie są owcami, inni jednak twierdzą, że ludzie to wilki. Ci, którzy twierdzą, że ludzie są owcami wskazują na fakt, że łatwo wpłynąć na ludzi i zmusić ich, by zrobili wszystko to, co im się każe, nawet wtedy, gdy przynosi im to szkodę (...) Wydaje się, że większość ludzi to podatne na wpływy zewnętrzne póldzieci, które chcą się wyrzec własnej woli na rzecz kogoś, kto potrafi mówić groźnym lub wystarczająco słodkim głosem, by nimi rządzić. Prawdę powiedziawszy, ten, kto jest wystarczająco silnie przekonany, by przeciwstawić się tłumowi, jest raczej wyjątkiem niż zasadą, wyjątkiem podziwianym wieki później, najczęściej jednak wyśmiewanym przez współczesnych” [34]. Dlatego też Fromm postulował postawę nastawioną na „istnienie”. To coś na miarę „z dwojga złego” wybieraj mniejsze zło”, a zatem nie mogąc „być” i „mieć” jednocześnie wybieraj „być”. Uznając, podobnie jak „...wszyscy wielcy nauczyciele ludzkości doszli do sformułowania tych samych norm dla życia; norm, których istotą jest pogląd, iż przezwyciężenie zachłanności, iluzji i nienawiści oraz rozwijanie miłości i współczucia

stwarza niezbędne warunki optymalnego istnienia” [17]. Współcześnie jednak „...człowiek, z natury dobry, staje w życiu przed wieloma wyborami, musi opowiedzieć się po stronie życia lub śmierci, istnienia lub posiadania, bycia twórczym i aktywnym lub poddanym” [19]. Tekst utworu Mysłovitz, w pełni oddaje emocje towarzyszące konieczności dokonywania tego typu wyborów, „Strach (...) wstyd przed mówieniem sobie <<nie wiem>> (...) wszystko trwa, dopóki sam, tego chcesz (...) upadamy wtedy, gdy nasze życie przestaje być (...) W rzeczywistości ciągłej sprzedaży, Gdzie <<być>> przestaje cokolwiek znaczyć...” [35].

Co zatem wybrać i czy w ogóle? Zawarte w tytule „być, czyli mieć” niech stanowi odpowiedź. „Być” po to, by także i formalnie móc „mieć”, choćby i dlatego, że „...że człowiek jest ważny. Mieć po to, by być podmiotem i nie być traktowanym przez innych jak środek do celu (i samemu również nie traktować innych w sposób przedmiotowy)” [22]. Dlatego też nasze życie, nie tylko zawodowe, zawsze powinno cechować harmonijne rozłożenie akcentów pomiędzy „być” i „mieć”. „...Ci, którzy z emocjami pożądania i zachłanności nie mają problemu, nie muszą czuć się winni z powodu posiadania (...) Nie można też twierdzić, że jeśli ktoś nie podziela tego przekonania, to żyje w sposób (...) mniej etyczny. Nikt nie dysponuje jedynie słusznym przepisem na dobre życie” [22]. Zwłaszcza, że dzisiaj mamy do czynienia z nową grupą konsumentów, którą charakteryzuje dość dziwaczne w kontekście frommowskiego „być”, nastawienie do życia, w myśl „najpierw przyjemność, później wyrzeczenie” [36]. W dobie braku autorytetów, nader często jesteśmy wręcz dumni, że „...nie ulegamy żadnemu zewnętrznemu autorytetowi, że mamy swobodę wyrażania swoich myśli i uczuć, i uważamy za sprawę przesądzoną, iż wolność ta niejako automatycznie gwarantuje nam naszą indywidualność. Tymczasem prawo do wyrażania myśli wyłącznie wtedy coś znaczy, kiedy jesteśmy zdolni mieć myśli własne” [19,26]. Na ile zatem dzisiaj zdobywanie kolejnych tytułów przez przedstawicieli środowiska pielęgniarskiego można uznać za wynik własnej myśli? Autorka nie pokusi się o jednoznaczną w tym przypadku odpowiedź. Niemniej obserwowany od kilku lat kierunek nie napawa w tym obszarze zbyt dużym optymizmem. Autorka nie piętnuje tutaj jednak chęci posiadania dóbr wszelakich, a w tym przypadku „tytułu”, bo ono samo w sobie nie jest złe. Ponieważ „...można być mądrym, wolnym i bogatym człowiekiem, tak samo jak można być zachłannym i zależnym od rzeczy, będąc ubogim” [22]. Dlatego nie negujemy samego posiadania „tytułu”, ale pracujemy nad swoistym uzdrowieniem ich roli i znaczenia w życiu zawodowym środowiska, nie tylko pielęgniarskiego w Polsce. Ważne, o ile nie najważniejsze, jest to, jaki stosunek wobec nabywania wszelakich „tytułów”, będzie przejawiany na co dzień. Należałoby zatem zadbać o to, by zdobycie każdego, kolejnego „tytułu”, nie było li tylko „sztuką dla sztuki”, która nie

dość, że podważa stan dotychczasowy, to może doprowadzić do deprawacji w tym obszarze, w kolejnych pokoleniach adeptów sztuki pielęgniarskiej.

„Mieć” by jednocześnie „być”, czy też „być” i jednocześnie „mieć”. Zdawać się dzisiaj może, że taka harmonia obu składowych możliwa jest jedynie w przypadku osób wyjątkowych, za przykład niech posłuży osoba Władysława Bartoszewskiego, który profesorem formalnie nie był, to jednak w publicznym przekazie był „<<profesorem z krwi i kości>> fakt, że erudycja, doświadczenie życiowe, staranne wykształcenie zdobyte w okresie międzywojennym oraz niebywała umiejętność magnetycznego przyciągania uwagi audytorium, jak i sprawne pióro Władysława Bartoszewskiego czynią z niego postać, z którą tytuł profesora powinien być tożsamy, czy też niejako z urzędu (z natury) wpisany w jej jestestwo” [37]. W ostatnich latach możemy dostrzec, coś na miarę boomu na tytuły wszelakie w pielęgniarstwie. Niekiedy wręcz objawiające się jako swoista wręcz „tytułomania”. Niestety w wielu przypadkach, w tym zjawisku, bliżej jest nie do Profesora Bartoszewskiego, ale raczej do bajkowych żab, „...które z pomocą magii można zmienić w księcia. Z pomocą nauki, można zmienić w doktora nauk, ale ów doktor wciąż pozostaje tą samą żabą, od której zaczęliśmy” [38], niestety.

PIŚMIENNICTWO

1. Fromm E.: Mieć czy być?, tłum. J. Karłowski. Wydawnictwo Rebis, Poznań 1995.
2. Dz. U. 2018, poz. 1668 Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001668/T/D20181668.L.pdf> (data dostępu 02.05.2020.)
3. Dz. U. 2018, poz. 1861 Rozp. MNiSW z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001861/O/D20181861.pdf> (data dostępu 02.05.20.)
4. Encyklopedia PWN, hasło: naukowe stopnie i tytuły <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/naukowe-stopnie-i-tytuły;3946187.html> (data dostępu 02.05.20.)
5. Kowalczyk G.: Polskie stopnie i tytuły naukowe: jak wyglądają w porównaniu z zagranicą, co zmienia Konstytucja dla Nauki <http://istotnie.pl/polskie-stopnie-i-tytuły-naukowe-jak-wygladaja-w-porownaniu-z-zagranica-co-zmienia-konstytucja-dla-nauki> (data dostępu 02.05.2020.)
6. Dz. U. 2011, poz. 1167 Rozp. MNiSW z dnia 1 września 2011 r. w sprawie tytułów zawodowych nadawanych absolwentom studiów, warunków wydawania oraz niezbędnych elementów dyplomów ukończenia studiów i świadectw ukończenia studiów podyplo-

- mowych oraz wzoru suplementu do dyplomu <https://www.prawo.pl/akty/dz-u-2011-196-1167,17733605.html> (data dostępu 02.05.20.)
7. Dz. U. 2016, poz. 1761 Rozp. MZ z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia poddyplomowego pielęgniarek i położnych <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20160001761/O/D20161761.pdf> (data dostępu 02.05.20.)
 8. Nauka społeczna Jana Pawła II <http://instytutprzedsiębiorczosci.com/index.php/pl/mysli/zlote-srebrne-i-brazowe> (data dostępu 02.05.20.)
 9. Sobol I.: Mieć czy być? Kryzys wartości we współczesnym świecie <http://www.filozofia.pl/old/ff04/teksty/sobol.pdf> (data dostępu 02.05.20.)
 10. Szekspir W.: Hamlet, tłum. J. Paszkowski. Wydawnictwo Greg, Kraków 2016.
 11. Filar D.: Bardziej być: na marginesach „Mieć czy być”. Przegląd Powszechny 1985; 761(1): 93–94.
 12. Olubiński A.: Ericha Fromma koncepcja życia po ludzku. Wydawnictwo UMK, Toruń 1994.
 13. Fromm E.: Niech się stanie człowiek. Z psychologii etyki, tłum. R. Saciuk., Wydawnictwo PWN, Warszawa – Wrocław 1994.
 14. Veblen T.: Teoria klasy próżniaczej, tłum. J. Frentzel – Zagórska. Wydawnictwo MUZA SA, Warszawa 1998.
 15. Zawadzka J.: Postawy być czy mieć – rozwój czy upadek współczesnego człowieka. Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio 2015; 22(2): 140–146.
 16. Fromm E.: Zdrowe społeczeństwo, tłum. A. Tanalska – Dulęba. Wydawnictwo PIW, Warszawa 1996.
 17. Fromm E.: O sztuce istnienia, tłum. R. Saciuk. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1997.
 18. Marcel G.: Być i mieć, tłum. P. Lubicz. Wydawnictwo PAX, Warszawa 1986.
 19. Wachaczyk K.: Ericha Fromma człowiek zagubiony w dychotomiach. Seminare. Poszukiwania naukowe 2005; 21: 31–46.
 20. Kołoczek Ł.: Być czyli mieć. Próba transpozycji projektu „Przyczynków do filozofii” Martina Heideggera. Wydawnictwo Universitas, Kraków 2016.
 21. Słownik Języka Polskiego, hasło: mieć <https://sjp.pwn.pl/slowniki/mie%C4%87.html> (data dostępu 02.05.2020.)
 22. Guczalska K.: Być czy mieć? Pochwała posiadania i własności. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie 2012; 887: 37–56.

23. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Opracowania i analizy <http://www.ckppip.edu.pl/kafelki/opracowania-analizy/dane-statystyczne-ksztalcenia-2.html> (data dostępu 02.05.2020).
24. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Analizy i raporty <https://nipip.pl/liczba-pielegniarek-i-polozonych-posiadajacych-stopnie-i-tytuly-naukowe/> (data dostępu 02.05.20.)
25. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Analizy i raporty http://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf (data dostępu 02.05.20.)
26. Fromm E.: Ucieczka od wolności, tłum. O. i A. Ziemiłscy. Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa 2001.
27. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Opracowania i analizy http://www.ckppip.edu.pl/uploads/docs/Dane_statystyczne%20ksztalcenia/2018/liczba%20%20absolwent%C3%B3w%20kurs%C3%B3w%20specjalistycznych%20%20%202016-2017.pdf (data dostępu 02.05.2020)
28. Kurowska A.: Pielęgniarki i położne nie wypisują recept. Ale są wyjątki. Polityka zdrowotna, 2019 <https://www.politykazdrowotna.com/50981,piellegniarki-i-polozne-nie-wypisuja-recept-ale-sa-wyjatki> (data dostępu 02.05.2020)
29. Dz. U. 2018, poz. 1942 Ustawa z dnia 13 września 2018 o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001942/T/D20181942L.pdf> (data dostępu 02.05.2020).
30. Główny Urząd Statystyczny, Bazy danych: Rynek pracy, Pracujący. Zatrudnieni. Wynagrodzenia. Koszty pracy <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/przecietne-miesieczne-wynagrodzenie-w-gospodarce-narodowej-w-latach-1950-2017,2,1.html> (data dostępu 02.05.2020).
31. Główny Urząd Statystyczny, Komunikaty i obwieszczenia <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-przecietnego-wynagrodzenia-w-gospodarce-narodowej-w-2018-roku,273,6.html> (data dostępu 02.05.2020)
32. Główny Urząd Statystyczny, Bazy danych: Rynek pracy, Pracujący. Zatrudnieni. Wynagrodzenia. Koszty pracy <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/struktura-wynagrodzen-wedlug-zawodow-w-pazdzierniku-2016-r,4,8.html#> (data dostępu 02.05.20.)

33. Grochola K.: Trochę większy poniedziałek. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2013.
34. Fromm E.: Wojna w człowieku psychologiczne studium istoty destrukcyjności, tłum. P. Kuropatwiński, P. Pankiewicz, J. Węgrodzka. Wydawnictwo Santorski&Co, Warszawa 1994.
35. Tekstowo, zespół Myslovitz, utwór: Mieć czy być, https://www.tekstowo.pl/piosenka,myslovitz,miec_czy_byc.html (data dostępu 02.05.2020)
36. Predecki K., Rejman K.: Konsumpcjonizm w społeczeństwie postindustrialnym– wymiar społeczny i ekonomiczny zjawiska. Humanities and Social Sciences 2013; 20(1): 69–78.
37. Haus A.: Ignorancja ludu – o tytułach naukowych oraz innych „boskich przydomkach”, 2014 file:///C:/Users/Dom/Downloads/racjonalista_9754.pdf (data dostępu 02.05.2020).
38. Stewart I., Pratchett T., Cohen J.: Nauka świata dysku I, tłum. P. Cholewa. Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa 2000.

Czynniki wpływające na poziom prestiżu zawodowego pielęgniarek

Paulina Borowska¹, Halina Doroszkiewicz², Cecylia Łukaszuk³

1. Klinika Ortopedii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Historia i rozwój pielęgniarstwa są nierozdzielnie związane z historią medycyny, a także przemianami społecznymi, ekonomicznymi i politycznymi. Przez setki lat pielęgniarstwo jako opieka i zawód zmieniały swoje oblicza, metody leczenia i pielęgnacji, standardy kształcenia, jak również wymagany strój. Niezmienna pozostała jednak misja pielęgniarstwa ratowanie życia ludzkiego [1]. Pielęgniarstwo można definiować na wiele sposobów jako zawód, opiekę, pielęgnowanie, pomoc drugiemu człowiekowi [2]. Definicja pielęgniarstwa jest przedmiotem wielu dyskusji, m. in. Światowej Organizacji Zdrowia czy Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Różnorodność i mnogość prezentowanych w literaturze definicji pielęgniarstwa jest potwierdzeniem trudności ujednolicenia terminów i jego wielowymiarowości. Pojęcie to na przestrzeni lat ulegało przemianom. Obecnie termin pielęgniarstwo określa nie tylko zawód pielęgniarki o opiekuńczym charakterze, ale także przedmiot nauczania wykładany na różnych poziomach kształcenia oraz stosunkowo młodą dyscyplinę naukową [2]. Współczesna opieka zdrowotna charakteryzuje się wysokim poziomem oczekiwań pacjentów i ich rodzin wobec pracowników ochrony zdrowia, przede wszystkim wobec pielęgniarek. Wynika to z rozwoju nauki i medycyny, wzrostu liczby problemów zdrowotnych oraz starzejącego się społeczeństwa, a także dostrzegania pielęgniarstwa, jako zawodu wiodącego w realizacji zadań i celów ochrony zdrowia.

Prestiż, w literaturze nazywany jest szacunkiem, poważaniem, respektem, a także statusem społecznym [3]. Pozycja, jaką przypisuje się człowiekowi, jest niezwykle trudna do uchwycenia, gdyż nie jest ona zauważalna bezpośrednio. Można stwierdzić, iż tkwi w naszej podświadomości, pod płaszczem pozorów, ukłonów, respektu i pochlebstw [3]. Prestiż jest więc rozległą sferą ocen, często ukrywanych i nie do końca uświadamianych. Wyniki badań przeprowadzonych wśród aktywnych zawodowo pielęgniarek na temat opinii

ich wizerunku, wykazały średnią i niską ocenę dla pozycji zawodu pielęgniarki. Zaledwie 10% badanych pielęgniarek uważało, że ich pozycja zawodowa jest wysoka lub bardzo wysoka [4]. Wyniki badań przeprowadzonych wśród studentów kierunków medycznych (pielęgniarstwa, położnictwa, lekarskiego, ratownictwa medycznego, fizjoterapii) wykazały, że aż 43% badanych uważało, iż pozycja zawodu pielęgniarki wśród zawodów medycznych jest wysoka lub bardzo wysoka, natomiast 35% uznało, że zawód pielęgniarki ma średnią pozycję wśród innych zawodów medycznych [5]. Zauważalna jest istotna rozbieżność wyników wśród dwóch różnych badanych grup. Wyniki badań Włodarczyk i Tobolskiej wykazały, że pielęgniarki oceniają niżej niż lekarze pozycję swojego zawodu w społeczeństwie, a także niżej niż lekarze wartościują pozycję zawodu pielęgniarki, wśród innych zawodów medycznych [6].

Współcześnie zawód pielęgniarki uznawany jest za profesję, a osoby wykonujące za profesjonalistów z nową rangą i prestiżem. Według definicji prestiż to szacunek, poważanie oraz pozycja jaka jest przypisywana przez społeczeństwo. Określana jest miarą autorytetu, opartą na cenionych wartościach.

CEL PRACY

Celem głównym pracy było poznanie opinii pielęgniarek na temat czynników wpływających na poziom prestiżu zawodowego.

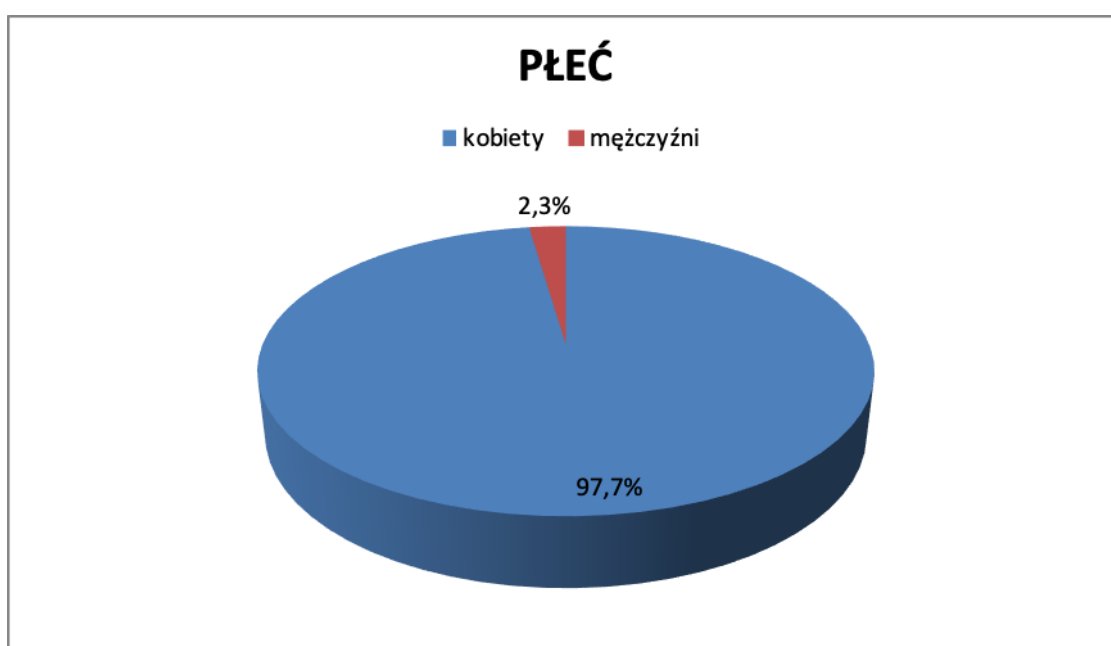
MATERIAŁ I METODY

Badaniem zostało objętych 130 aktywnych zawodowo pielęgniarek/pielęgniarzy, pracujących w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Materiał do badań zbierano w okresie od grudnia 2018 r. do marca 2019 r. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz ankiety składał się z 32 pytań zamkniętych, jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru oraz kilku pytań otwartych. Pytania w ankiecie podzielone zostały na dwie części: pierwszą – metryczkową, charakteryzującą badaną grupę, drugą – zawierającą pytania właściwe, dotyczące pracy i pozycji zawodu pielęgniarki/pielęgniarza. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (Uchwała nr R-I-002/495/2018). Wszystkie uzyskane dane zostały opracowane w sposób zbiorczy i poddane analizie statystycznej za pomocą programów Microsoft Office Excel 2007

oraz Statistica v. 13.1. Zmienne mierzalne zostały przedstawione przy pomocy statystyki opisowej (wartość średnia, minimum, maksimum, mediana). Do oceny zmiennych jakościowych wykorzystano test χ^2 . Przyjęto poziom istotności wartość $p \leq 0.05$.

WYNIKI

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 130 ankietowanych. Kobiety stanowiły 97,7% badanych, natomiast mężczyźni - 2,3%. Podział badanej grupy ze względu na płeć przedstawia rycina 1.



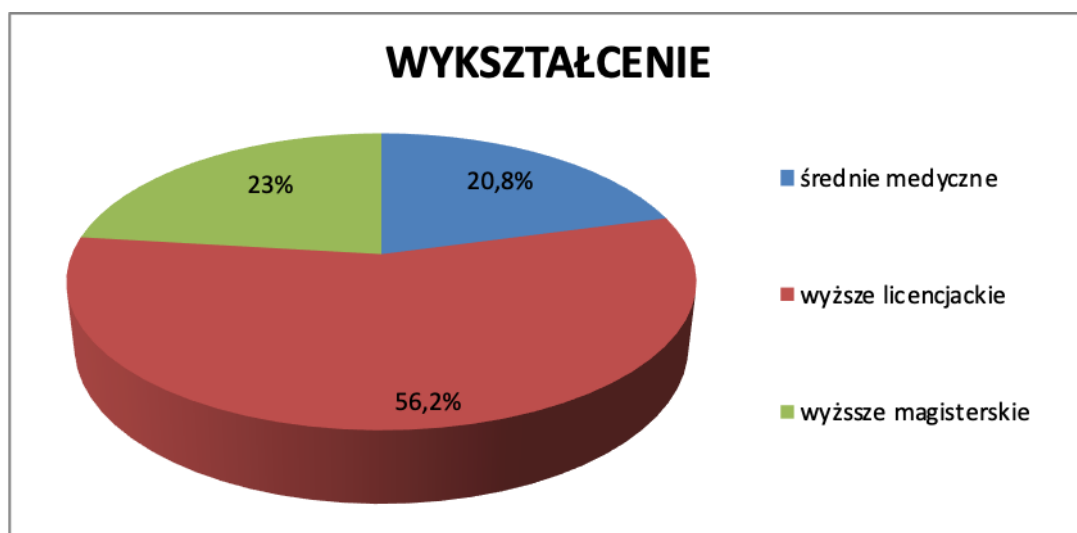
Rycina 1. Płeć badanej grupy

Średnia wieku badanych wynosiła 37,3 lat, natomiast mediana - 34 lata. Minimalny wiek badanej grupy wynosił 22 lata, natomiast maksymalny - 67 lat.

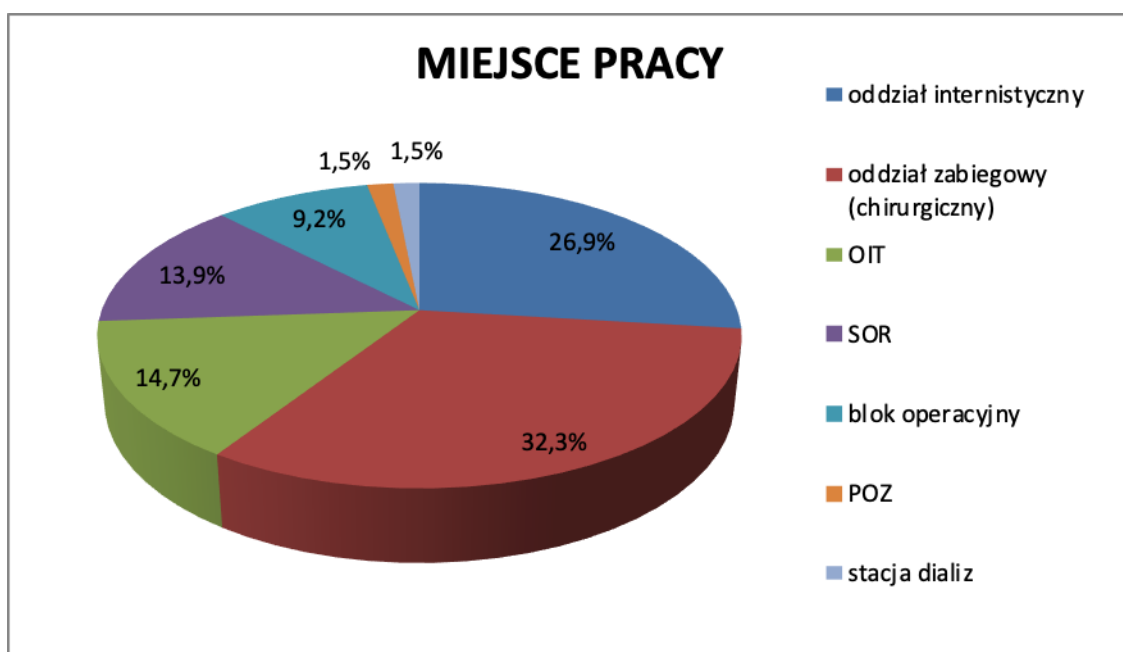
Ponad połowa badanych pielęgniarek (56,2%) legitymowała się wykształceniem wyższym na poziomie licencjatu, jedna czwarta (23%) wykształceniem wyższym magisterskim. Co piąta badana pielęgniarka (20,8%) miała wykształcenie średnie medyczne. Dane prezentuje rycina 2.

W dalszej kolejności badania przeanalizowano miejsce zatrudnienia badanych pielęgniarek. Pielęgniarki deklarowały zatrudnienie na oddziałach zabiegowych (32,3%), w dalszej kolejności internistycznych (26,9%), intensywnej terapii (14,7%), szpitalnym oddziale ratunkowym (13,9%). Co dziesiąta pielęgniarka spośród badanej grupy podała, że pracuje na

bloku operacyjnym (9,2%). 1,5% spośród badanych wskazało podstawową opiekę zdrowotną oraz stację dializ. Dane prezentuje rycina 3.



Rycina 2. Wykształcenie pielęgniarek



Rycina 3. Miejsce pracy badanych pielęgniarek

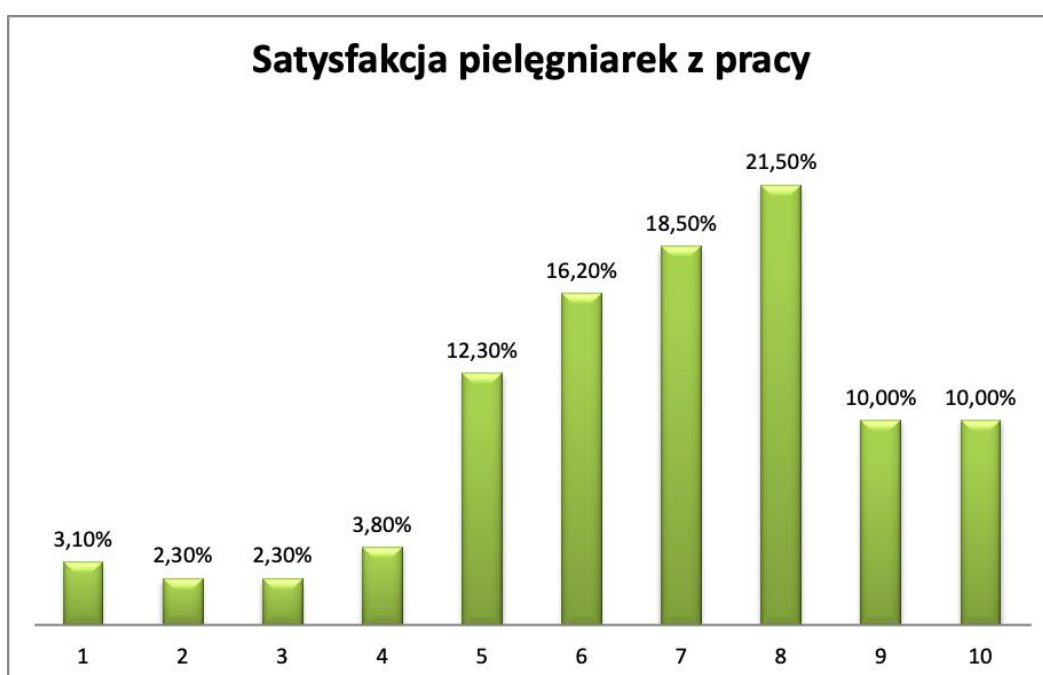
Średnia stażu pracy badanych pielęgniarek wynosiła 14,3 lat, mediana - 10 lat.

Spośród badanych około 60% wskazało, że pracuje w jednym miejscu pracy (USK), zaś pozostałe 40% stwierdziło, iż pracuje w więcej niż jednym miejscu pracy. Dokładne dane przedstawia rycina 4.



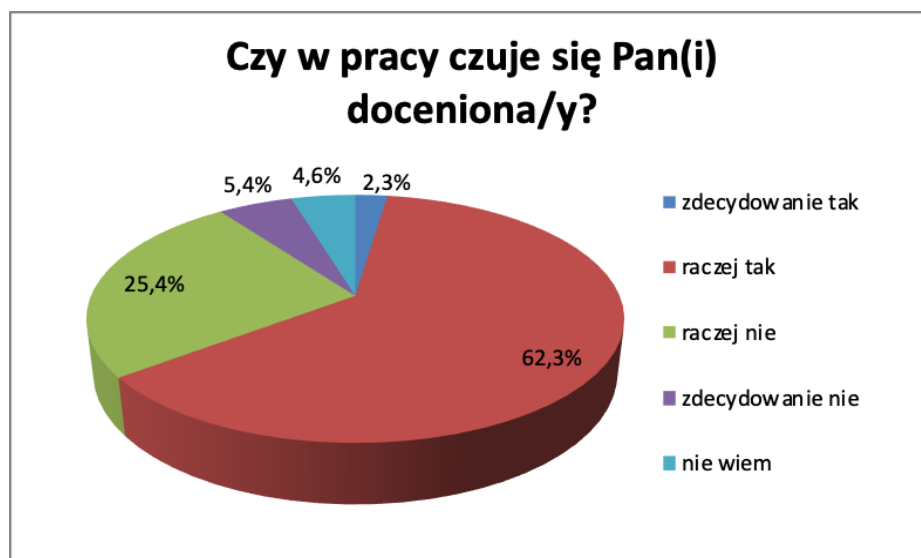
Rycina 4. Odsetek pielęgniarek zatrudnionych w więcej niż jednym miejscu

W dalszej kolejności badania poproszono ankietowanych o określenie odczuwanej satysfakcji z pracy w zawodzie w skali 10-cio punktowej. Najwyższą satysfakcję na poziomie oceny od 8-10 punktów wskazało 41,5% badanych pielęgniarek, satysfakcję na poziomie 5-7 punktów wyraziło 47,0% badanych, stosunkowo najmniej, tj. 11,5 % badanych pielęgniarek oceniło satysfakcję na poziomie od 1- 4 punktów. Dokładne dane przedstawia rycina 5.



Rycina 5. Satysfakcja z pracy pielęgniarek

Interesujące było uzyskanie odpowiedzi na pytanie czy pielęgniarki czują się docenione w pracy? Wyniki badań własnych wykazały, iż 63% pielęgniarek czuła się doceniona. Natomiast jedna czwarta badanej grupy (25%) odczuwała raczej niedocenie. Zdecydowanie niedocenione było 5% badanych, identyczny odsetek (5%) nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Wartości przedstawia wykres ryciny 6.

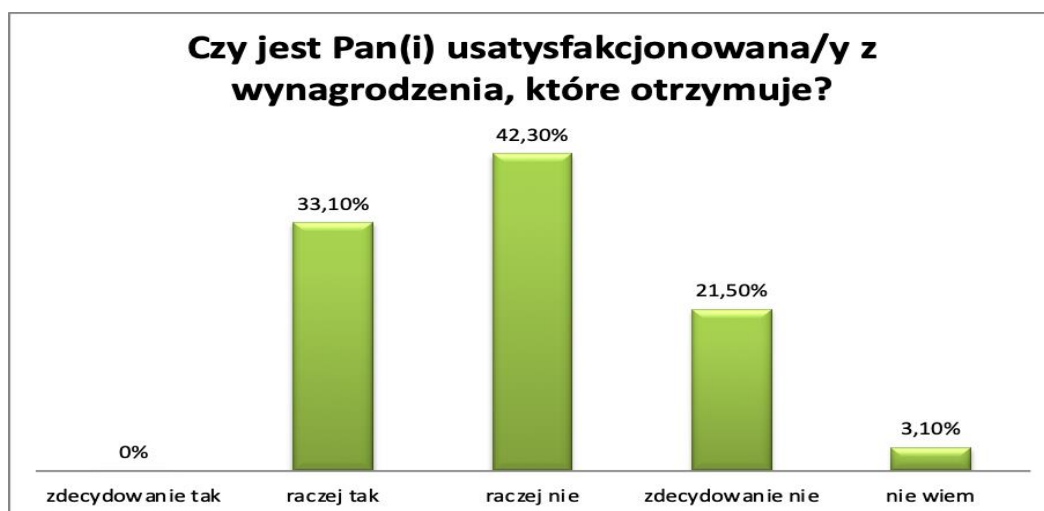


Rycina 6. Poczucie docenienia w pracy w opinii pielęgniarek

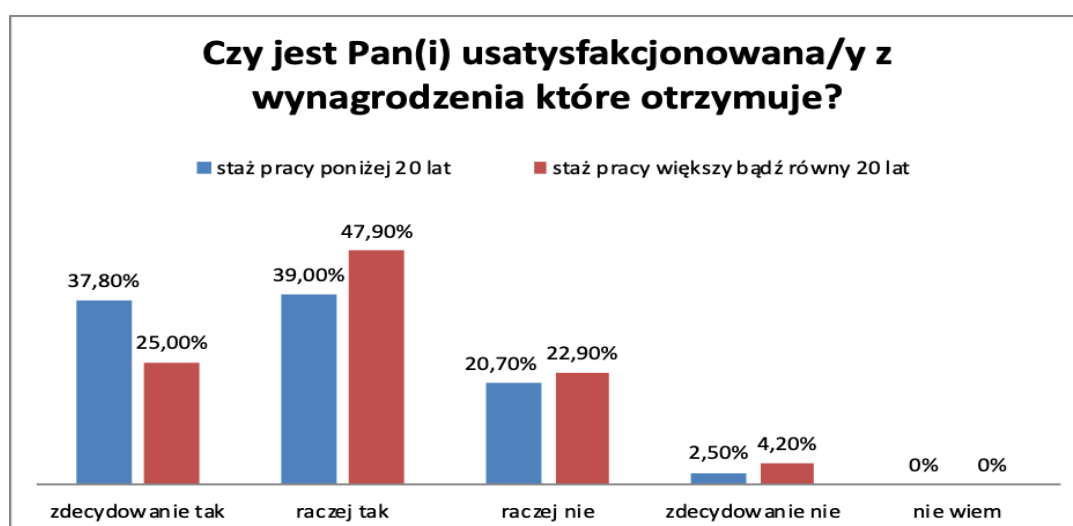
Badania własne wykazały, iż niemal dwie trzecie pielęgniarek (64%) nie było zadowolonych z wynagrodzenia, które otrzymywało. Raczej zadowolona z wynagrodzenia była co trzecia badana (33%). Żadna z pielęgniarek nie była zdecydowanie zadowolona z wynagrodzenia, które otrzymywała za pracę w zawodzie, 3% ankietowanych nie potrafiło określić. Dokładne wartości procentowe przedstawia wykres ryciny 7.

W kolejnym etapie przeanalizowano wpływ stażu pracy na satysfakcję z otrzymywanego wynagrodzenia za wykonywaną pracę. Nie wykazano zależności istotnej statystycznie ($p=0,48853$) pomiędzy stażem pracy a poziomem satysfakcji (ryc. 8).

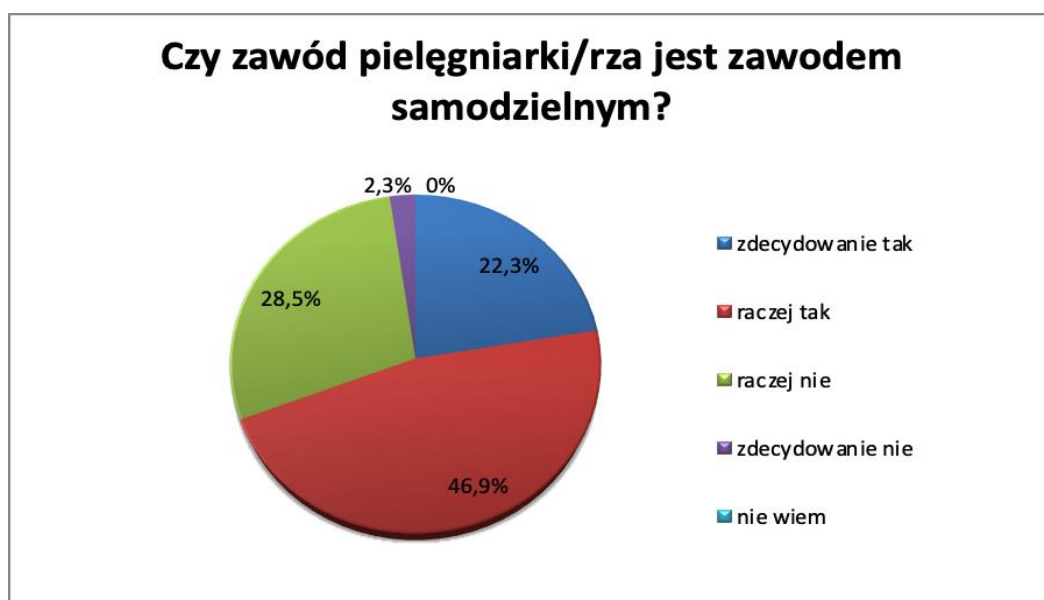
W badaniu przeanalizowano opinie na temat samodzielności zawodowej. W tym celu zadano badanym pytanie, czy zawód pielęgniarki/rza jest zawodem samodzielnym? Zdecydowana większość (70,0%) ankietowanych wskazała na samodzielność zawodową, zaś pozostałe 30,0% postrzegało swój zawód jako niesamodzielną. Dokładne dane przedstawia wykres ryciny 9.



Rycina 7. Satysfakcja pielęgniarek z wynagrodzenia

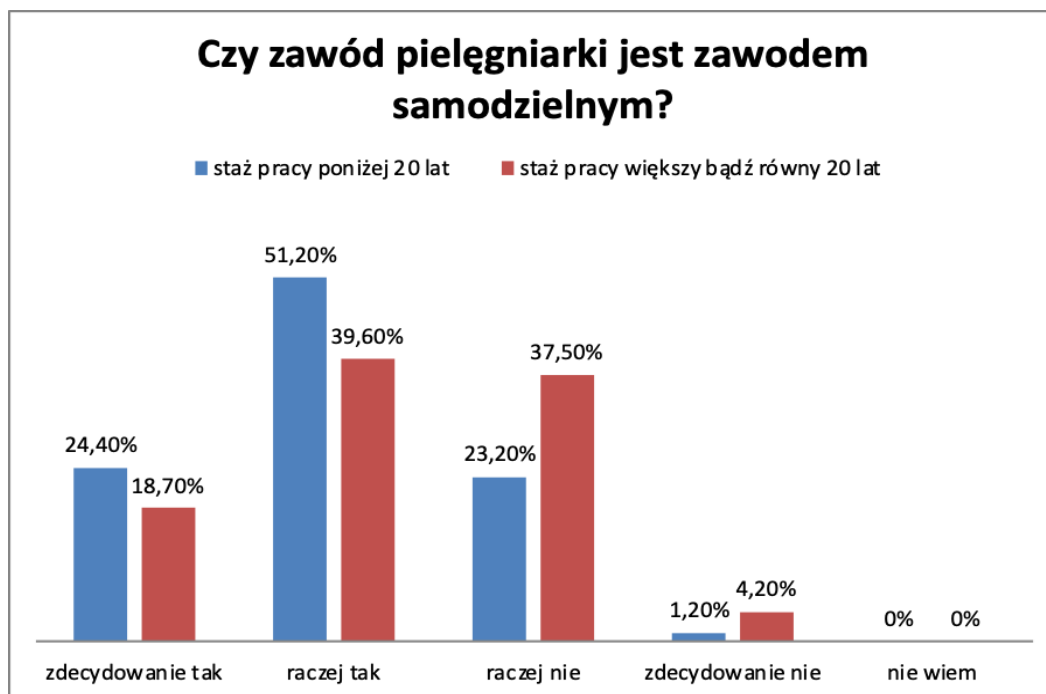


Rycina 8. Satysfakcja pielęgniarek z wynagrodzenia a staż pracy



Rycina 9. Samodzielność zawodowa w opinii pielęgniarek

Odpowiedzi porównano pod względem stażu pracy w podziale ankietowanych na dwie grupy badane, tj.: osoby ze stażem w zawodzie poniżej 20 lat pracy oraz osoby ze stażem 20-letnim lub większym. Nie wykazano zależności istotnej statystycznie ($p=0,20105$) pomiędzy stażem pracy a postrzeganiem samodzielności zawodowej (ryc. 10).



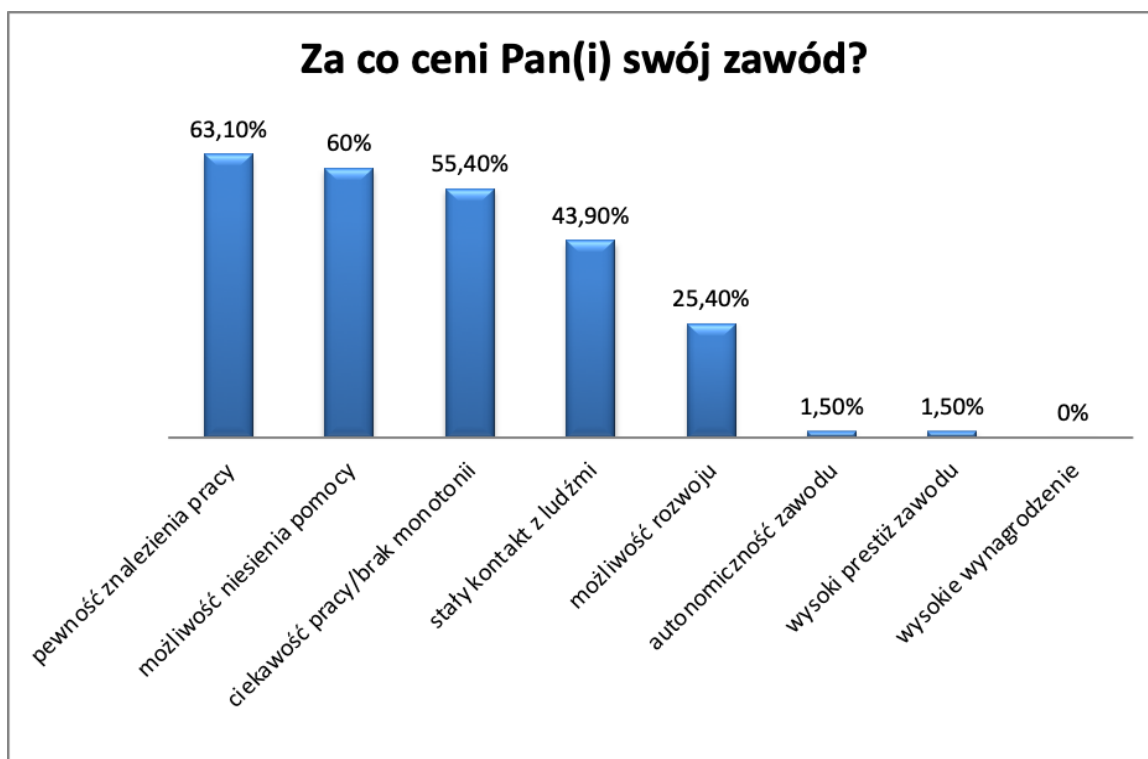
Rycina 10. Samodzielność zawodowa a staż pracy w opinii pielęgniarek

W dalszej kolejności badania analizowano, w jaki sposób pacjenci najczęściej zwracają się do zespołu pielęgniarskiego. Zdecydowana większość pielęgniarek (67%) zauważyła, że pacjenci najczęściej zwracają się do nich 'siostrami', co czwarta badana (23%) uważa, iż najczęstszym zwrotem jest „proszę pani/a”. Jedynie 5% wskazało zwrot „pani(e) pielęgniarko/rzu”, 4% pielęgniarek było zdania, że pacjenci najczęściej zwracają się do nich po imieniu. Dokładne dane procentowe przedstawia rycina 11.

Interesujące było poznanie opinii pielęgniarek/pielęgniarzy odnośnie pytania: „za co najbardziej cenią swój zawód”? Niemal dwie trzecie pielęgniarek (63%) odpowiedziało, że ceni swój zawód za 'pewność' znalezienia pracy, w podobnym odsetku (60%) za możliwość niesienia pomocy osobom potrzebującym, chorym, a ponad połowa ankietowanych (55%) docenia 'ciekawość' pracy oraz brak monotonii. 44% badanych doceniło w swojej pracy stały kontakt z drugim człowiekiem, zaś 25% - możliwość rozwoju. Jedynie 2% ankietowanych docenia autonomiczność zawodu oraz wysoki prestiż zawodu. Dane przedstawia rycina 12.



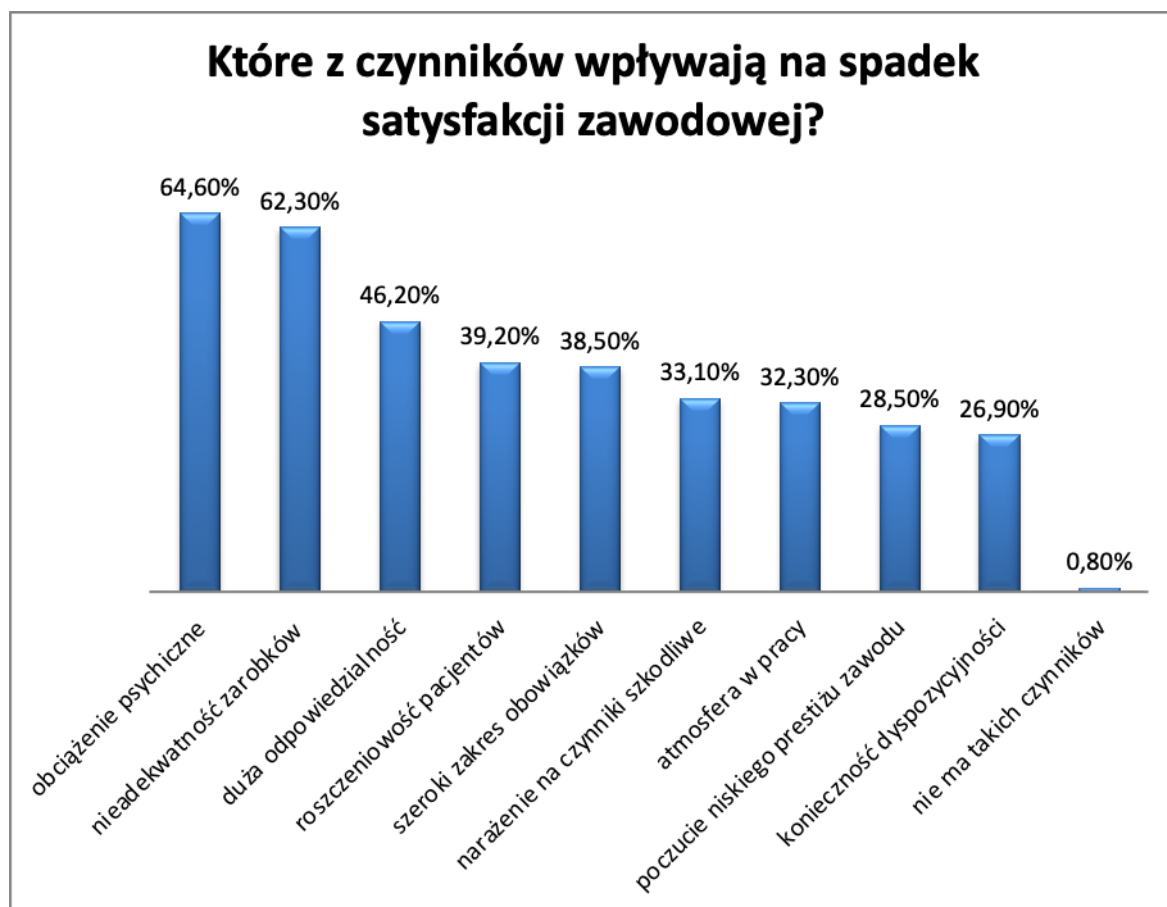
Rycina 11. W jaki sposób pacjenci najczęściej zwracają się do zespołu pielęgniarstwa?



Rycina 12. Za co pielęgniarzki najbardziej cenią swój zawód?

Ankietowani mieli możliwość określenia, które czynniki wpływają na spadek satysfakcji z wykonywanej pracy w zawodzie pielęgniarzki w pytaniu wielokrotnego wyboru. Niemal wszystkie pielęgniarzki (99,2%) podały co najmniej jeden czynnik, który wpływa na

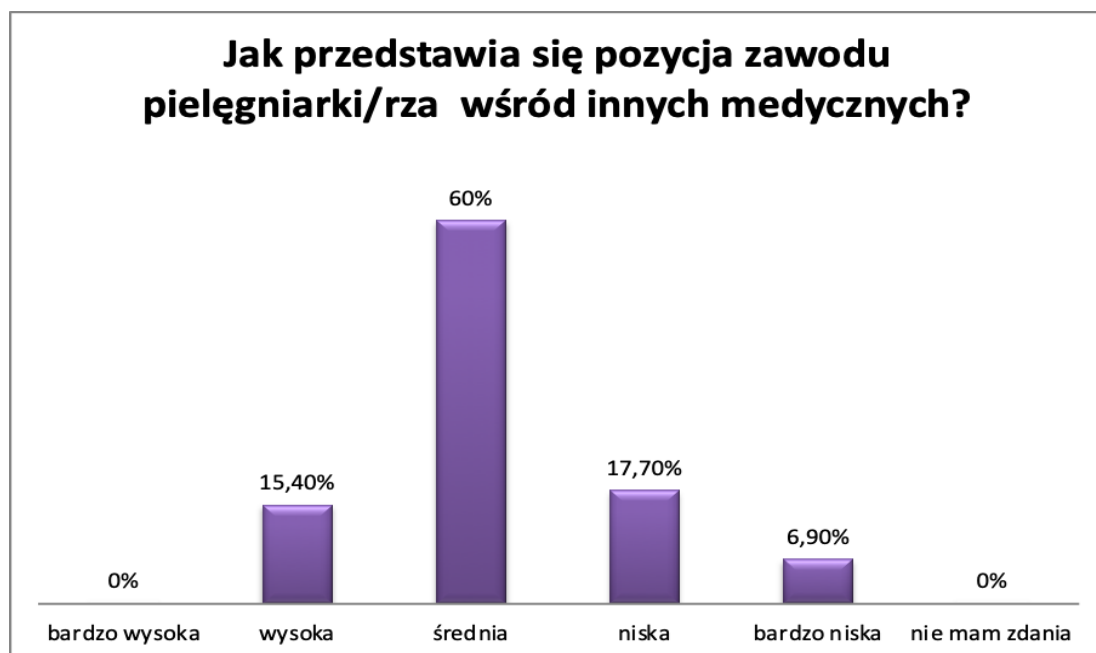
spadek satysfakcji z wykonywanej pracy. 65% ankietowanych odpowiedziało, że obciążenie psychiczne i stres związany z pracą wpływa na spadek satysfakcji z pracy, 62% badanych wskazało na nieadekwatność zarobków w stosunku do nakładu pracy, jako czynnik obniżający satysfakcję z wykonywanego zawodu. Niemal połowa ankietowanych (46%) wskazała na dużą odpowiedzialność, 40% - roszczeniowość pacjentów i ich rodzin, 39% na szeroki zakres obowiązków, 33% - narażenie na czynniki szkodliwe. Zdaniem co trzeciej pielęgniarki atmosfera w pracy, poczucie niskiego prestiżu zawodu, konieczność dyspozycyjności – dyżury nocne i świąteczne to czynniki, które znacząco obniżają satysfakcję z pracy. Tylko jedna pielęgniarka odpowiedziała, iż nie ma czynników, które wpływają na spadek satysfakcji z wykonywanego zawodu (ryc. 13)



Rycina 13. Czynniki wpływające na spadek satysfakcji z pracy?

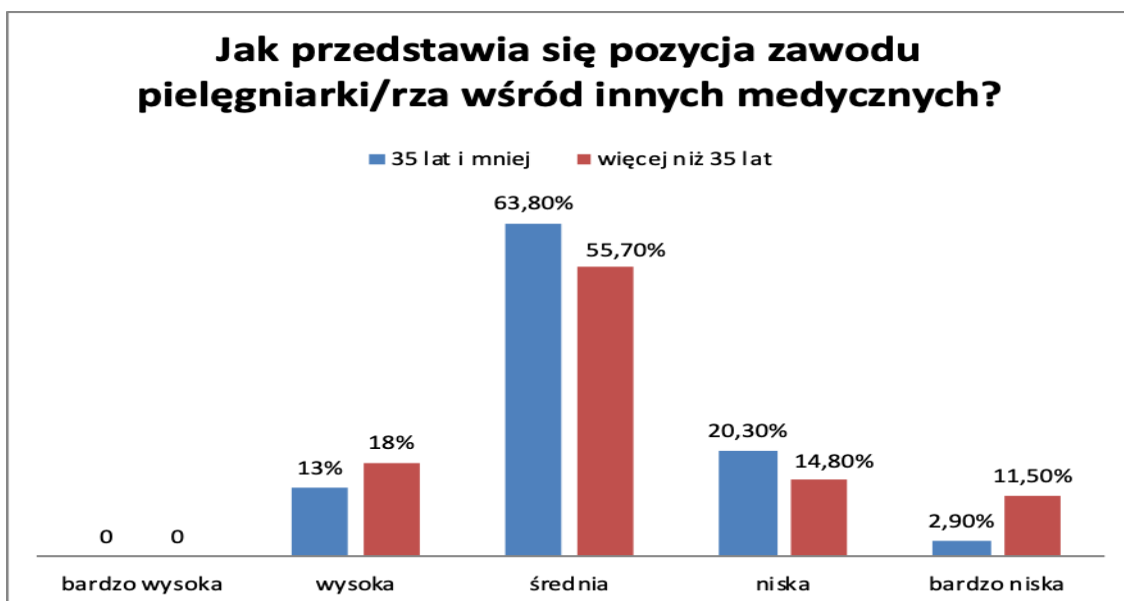
Pielęgniarki miały możliwość podzielenia się opinią, jak przedstawia się pozycja ich zawodu, wśród innych zawodów medycznych. 60% ankietowanych określiło pozycję swojego zawodu wśród innych zawodów medycznych na poziomie średnim, co czwarta osoba (24,6%) - nisko/bardzo nisko, a jedynie 15% badanych - wysoko. Wśród badanych nie było osób,

które określiły pozycję zawodu pielęgniarki/rza jako bardzo wysoką. Dane przedstawia rycina 14.



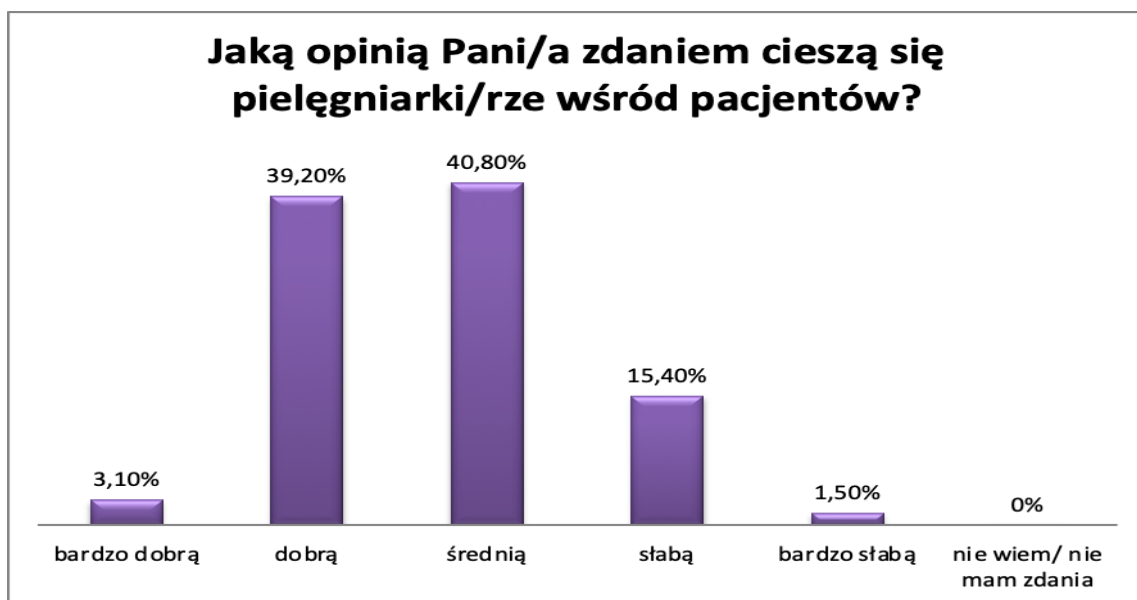
Rycina 14. Postrzeganie zawodu pielęgniarki wśród innych zawodów medycznych

Interesujące było poznanie opinii pielęgniarek na temat postrzegania zawodu w grupach wieku ≤ 35 oraz >35 lat. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności ($p=0,181$) pomiędzy wiekiem badanych a odczuwaną pozycją zawodową (ryc. 15).



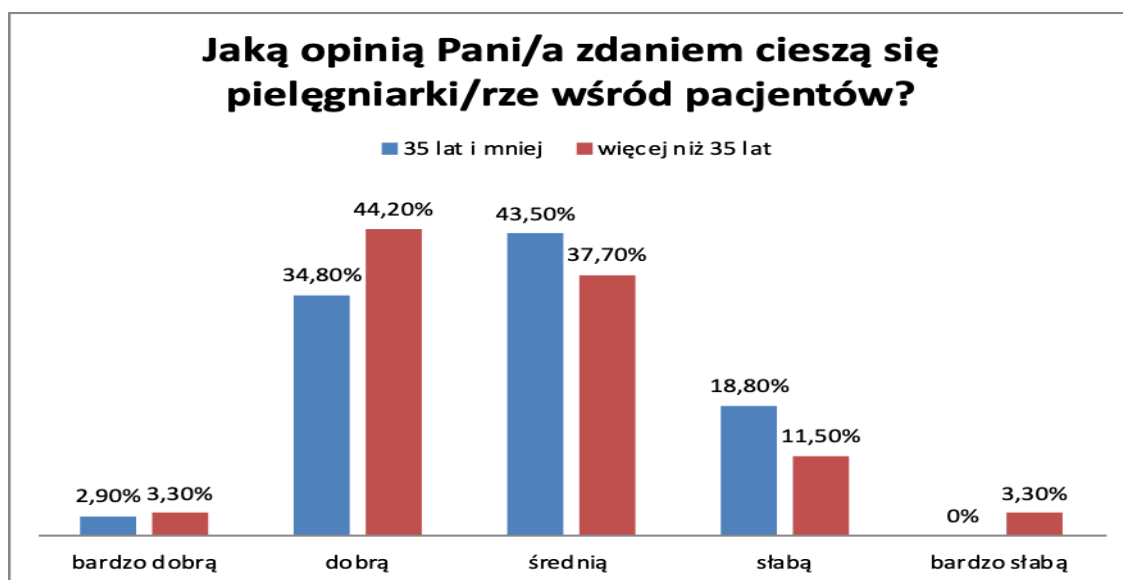
Rycina 15. Postrzeganie zawodu pielęgniarki wśród innych zawodów medycznych a wiek badanych

W dalszej kolejności badania przeanalizowano opinię pielęgniarek na temat postrzegania ich wśród pacjentów. 42% badanych pielęgniarek deklaruje, iż pacjenci doceniają ich pracę na poziomie dobrym/bardzo dobrym, podobny odsetek (41%) na poziomie średnim, natomiast 17% słabo/bardzo słabo. Dokładne dane przedstawiono na wykresie rycinie 16.



Rycina 16. Postrzeganie zawodu pielęgniarce wśród pacjentów

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności ($p=0,351$) pomiędzy wyrażaną opinią a wiekiem badanych (ryc. 17).



Rycina 17. Postrzeganie zawodu pielęgniarce wśród pacjentów a wiek badanych

W pytaniu wielokrotnego wyboru na temat czynników, które wpływają na prestiż zawodu pielęgniarki, ankietowani na pierwszym miejscu wskazali profesjonalizm (62%), w dalszej kolejności wysoki poziom wiedzy pielęgniarek (57%), podnoszenie kwalifikacji zawodowych (45%), wykształcenie (40%), uznanie pacjentów (33%), samodzielność i niezależność zawodu (30%) wynagrodzenie (17%), historia zawodu (7%), nakład pracy (5%). Szczegółowe dane przedstawia rycina 18.



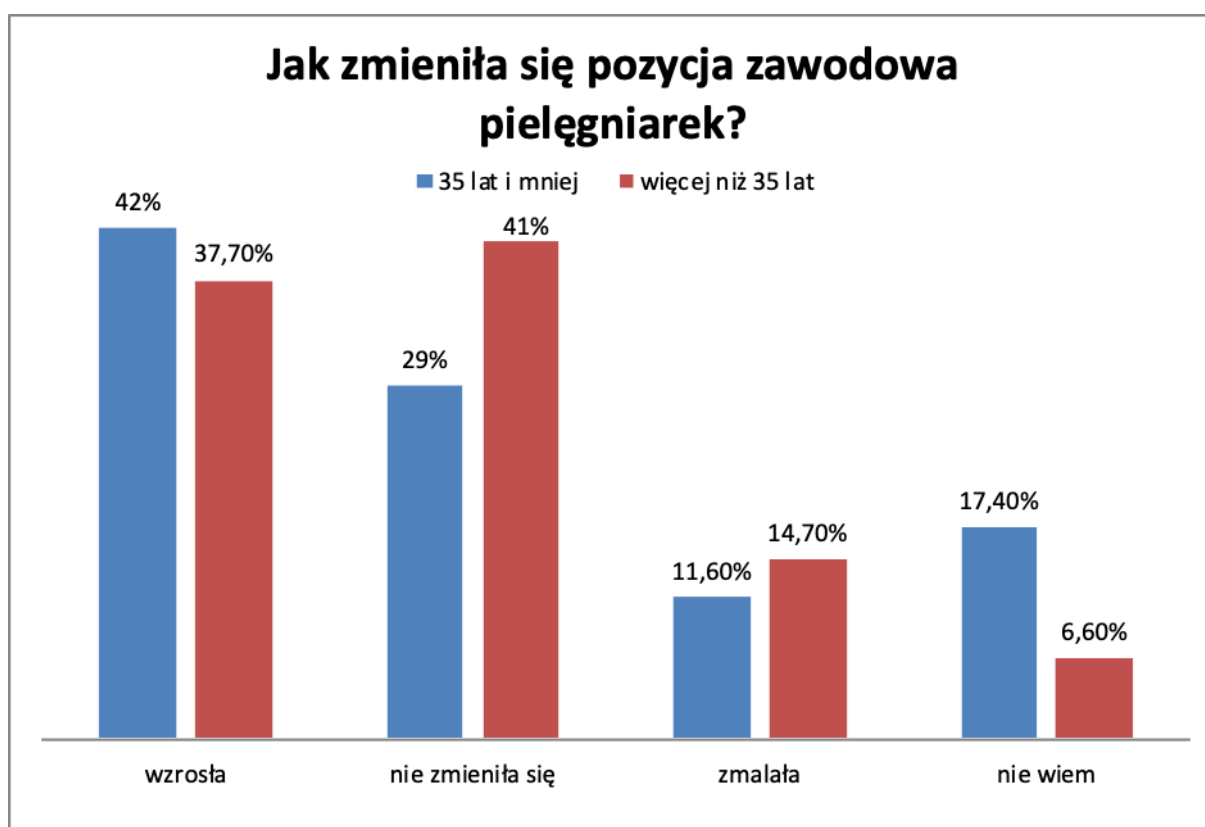
Rycina 18. Jakie czynniki wpływają na prestiż wykonywanego zawodu

W dalszej kolejności ankietowani mogli wyrazić opinię na temat zmian w pozycji zawodu pielęgniarki. 40% udzieliło odpowiedzi, iż w ostatnich latach pozycja ich zawodu wzrosła, 35% było zdania, że pozycja zawodu nie uległa zmianie się, zaś 13% jest zdania, że prestiż zawodu zmalał, podobny odsetek (12%) nie ma zdania. Dane ilustruje wykres ryciny 19.

Porównano rozkład odpowiedzi w grupach wieku badanych. Pielęgniarki w wieku 35 lat i mniej, częściej wyrażały pozytywną opinię o wzroście ich pozycji zawodowej w stosunku do pielęgniarek powyżej 35. r.ż., jednak różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,184$). Szczegółowe dane prezentuje rycina 20.



Rycina 19. Pozycja zawodowa pielęgniarek w opinii badanych



Rycina 20. Pozycja zawodowa pielęgniarek w opinii badanych a wiek

DYSKUSJA

Pielęgniarstwo w Polsce i na świecie podlega stałemu rozwojowi w zakresie kształcenia, a co za tym idzie, podwyższaniu kompetencji pielęgniarek oraz zwiększonego, a także coraz bardziej profesjonalnego zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jednakże, próba określenia prestiżu zawodowego pielęgniarek jest trudna i wymaga przedstawienia kilku wyznaczających go czynników. Pierwszym z nich jest ściśle powiązanie pielęgniarstwa z pracą kobiet. W badaniach własnych kobiety stanowiły 98% badanych. Kolejnym aspektem, który wpływa na wyznaczenie pozycji zawodowej pielęgniarek jest ocena pracy fizycznej, która często jest wyznacznikiem niskiego statusu społecznego [7]. Jednocześnie, współczesny wymiar kształcenia pielęgniarstwa, a związku z tym wysoka i wyspecjalizowana wiedza pielęgniarek, wymagająca wieloletniego kształcenia, zbliżyła zawód do profesji. Wyniki badań własnych wykazały, iż 60% pielęgniarek 'pasuje' pozycję swojego zawodu wśród innych zawodów medycznych na poziomie średnim. Co druga pielęgniarka uważa, że pacjenci wyrażają opinię na temat ich pozycji zawodowej na poziomie średnim. Wyniki badań Sobczak i Kamińskiej, przeprowadzonych wśród studentów niemedycznego kierunku oraz słuchaczy Uniwersytetu III Wieku wykazały, iż obydwie badane grupy również wskazały, iż pozycja zawodu pielęgniarki jest średnia, uważało tak około 60% badanych [8]. W badaniach Sochockiej i wsp. przeprowadzonych wśród studentów pielęgniarstwa, aż 63% badanych wskazało, iż pozycja zawodowa pielęgniarki jest na średnim poziomie, a zdaniem 18% studentów prestiż zawodu pielęgniarki jest wysoki [9].

Wyniki badań własnych wykazały, iż 40% badanych pielęgniarek uważa, że pozycja ich zawodu w ostatnich latach wzrosła. Autorzy wskazują na pozytywny aspekt podniesienia kształcenia pielęgniarek do poziomu akademickiego. Podobnie w innych badaniach przeprowadzonych wśród ogółu społeczeństwa, 40% badanych uważało, iż w ostatnich latach pozycja zawodu pielęgniarki wzrosła [10]. Natomiast w badaniach Sobczak i Kamińskiej, wśród studentów lub słuchaczy przeważał pogląd, iż pozycja zawodu pielęgniarki w ostatnich latach nie zmieniła się, a jedynie 20-25% było zdania, że pozycja zawodu wzrosła [8]. Badania powyższych autorów przeprowadzone zostały w 2012 r., zatem można przypuszczać, iż pozycja zawodowa pielęgniarek stale rośnie, czego potwierdzeniem są wyniki badań własnych.

W badaniach własnych w opinii 67% pielęgniarek, najczęściej pacjenci zwracają się 'siostrą'. Zwrot ten ma swoją tradycję, kiedy to pielęgnacją chorych zajmowały się głównie

siostry zakonne. Obecnie opieką zajmują się osoby świeckie, profesjonalnie przygotowane w ramach kształcenia na poziomie wyższym, jednakże zwrot 'siostra' nadal funkcjonuje. Wyniki badań innych autorów, przeprowadzone wśród studentów pielęgniarstwa wyrażają inne oczekiwania, chcieliby, aby pacjenci zwracali się 'pani pielęgniarco' lub 'proszę panią'. Odpowiedź 'siostra' zaznaczyło jedynie 8% respondentów [11].

Na pozycję zawodową pielęgniarek bez wątpienia ma wpływ niezależność zawodu [12]. Wyniki badań własnych wykazały, iż 70% pielęgniarek uważa swój zawód jako samodzielny. Niezwykle ważna jest świadomość pielęgniarek co do własnej autonomii, która pozytywnie wpływa na prestiż wykonywanego zawodu. W badaniach innych autorów na temat postrzegania przez pielęgniarki samodzielności zawodu, wyniki badań wykazały, iż 56% respondentek z wykształceniem wyższym uważało zawód pielęgniarki jako samodzielny, natomiast wśród osób z wykształceniem średnim, takiego zdania była co czwarta pielęgniarka (25%) [13]. Według badań Skorupskiej i Machowicz, przeprowadzonych wśród pracowników ochrony zdrowia, aż 92% badanych uważa, iż pielęgniarka jest równorzędnym partnerem w sprawowaniu opieki nad pacjentem [14].

WNIOSKI

1. Zdecydowana większość badanych pielęgniarek jest usatysfakcjonowana z wykonywanego zawodu. Pielęgniarki doceniają w wykonywaniu swojego zawodu stały kontakt z drugim człowiekiem i możliwość niesienia pomocy, interesujący charakter pracy oraz szeroki wachlarz ofert pracy.
2. Zdaniem ankietowanych na kształtowanie poziomu prestiżu zawodowego mają wpływ następujące czynniki: profesjonalizm zawodowy pielęgniarki, wykształcenie i stałe podnoszenie kwalifikacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Dalkowska A., Dalkowski P., Gaworska-Krzemińska A., Krzemiński M.: Historyczno-prawne regulacje zawodu pielęgniarki. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15: 115-119.
2. Zarzycka D., Ślusarska B. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa Tom I*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2017: 30-64.
3. Dobińska Ż.: Historia i etos zawodu pielęgniarki w Polsce. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2014; 39(2): 172-175.

4. Sykut A., Massalska K., Dobrowolska B.: Elementy wizerunku zawodowego pielęgniarek w mediach elektronicznych oraz ich konteksty. *Opinia pielęgniarek aktywnych zawodowo. Pielęgniarstwo XXI w.* 2016; 1(54): 43-49.
5. Sykut A., Jakubowska K.: Działania poprawiające wizerunek pielęgniarki w mediach elektronicznych. *Opinia młodzieży studiującej na kierunkach medycznych. Pielęgniarstwo XXI wieku* 2017; 60(3): 46-50.
6. Włodarczyk D., Tobolska B.: Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarek. *Medycyna Praktyczna* 2011; 3(62): 269-279.
7. Kołodziej A.: Czynniki określające status społeczny pielęgniarek. *Hygeia Public Health* 2014; 1(49): 69-74.
8. Sobczak M., Kamińska B.: Poziom prestiżu zawodowego pielęgniarek w opinii wybranych grup. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 12(20): 218-222.
9. Sochocka L.: Postrzeganie zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza przez studentów kierunku pielęgniarstwo na kolejnych etapach kształcenia. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2014; 14(2): 109-116.
10. Siwek M., Nowak-Starz G.: Współczesny wizerunek pielęgniarstwa w opinii społeczeństwa. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 65(3): 487-500.
11. Koralewicz D., Kuriata-Kościelniak E. I., Mróz S.: Opinia studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarek w Polsce. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2017; 7(4): 285-292.
12. Gawęda A., Śnieżek A., Serzysko B.: Satysfakcja z pracy w opinii badanych pielęgniarek. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2018; 4(8): 269-276.
13. Glińska J., Nowak A., Brosowska B., Lewandowska M.: Analiza poziomu świadomości pielęgniarek w zakresie autonomii zawodowej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18(4): 477- 482.
14. Skorupska A., Machowicz A.: Wybrane aspekty postaw pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18(1): 53-59.

Czy w świecie nauki przestrzegane są dobre obyczaje?

Halina Kulik¹, Józefa Dąbek²

1. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra Pielęgniarstwa Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa
2. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra i Klinika Kardiologii

WPROWADZENIE

*"Czy ten ptak kala gniazdo, co je kala,
Czy ten, co mówić o tym nie pozwala?"*

C. K. Norwid (1784-1835)

Porządek trzeba robić, nieporządek robi się sam.

T Kotarbiński (1886-1981)

W 2001 roku Komitet Etyki w Nauce PAN opracował kolejne, trzecie już wydanie „Dobrych Obyczajów w Nauce” z podtytułem „Zbiór zasad i wytycznych” [1]. Dokument adresowany jest do pracowników naukowych i nauczycieli akademickich, stanowiących w Polsce tzw. środowisko nauki.

Profesor K. Gibiński (1915-2012) w przedmowie wydania, ukazując cel publikacji wskazał m. in. na: „budzenie świadomości społecznej i poczucia odpowiedzialności moralnej wśród uczonych, określenie wzorcowych wytycznych i wyknięcie najczęstszych naruszeń etyki przez uczonych i pracowników nauki oraz potrzebę dostarczenia ramowego zestawu dezyderatów, dla zapewnienia nauce solidności i wiarygodności”[1].

Autorzy założyli, że taki zestaw wymagań będzie elementem pomocnym w opiniowaniu nakładów na naukę i badania naukowe (nierzadko źle gospodarowanych lub wręcz trwonionych) w rankingu osiągnięć do regulowania procedur awansu, ale również w określeniu granicy odcinającej od nieuczciwości i fałszu w nauce, aby nie można było tłumaczyć się nieświadomością [1].

Wśród czynników, które złożyły się na powstanie i rozwój podjętej w dokumencie

problematyki należy wspomnieć o *Kodeksie etycznym pracownika nauki*, opracowanym przez J. Mamesa, a opublikowanym w numerze 3 kwartalnika *Nauka Polska* z 1992 roku. Wspomniany dokument opierał się na traktacie pt. "Etyka ludzi nauki" (Spotkania, 1974/7) i poprzedzony był zebraniem dyskusyjnym w Uniwersytecie Jagiellońskim w latach 1976-1978 [1].

Należy również wspomnieć podobny projekt, opracowany w roku 2000 przez European Science Foundation Guidelines, którego myśli i sformułowania stanowiły pewną inspirację do III wydania dokumentu polskiego, zwłaszcza w sferze nadzoru nad solidnością nauki i ścigania naukowej nieuczciwości, o czym wspomina Prof. K. Gibiński w przedmowie wydania [1].

Pierwsze wydanie *Dobrych obyczajów w nauce* (1994) zawierało 56 dyrektyw przedstawionych w 8 rozdziałach: *Zasady ogólne*, *Pracownik nauki jako twórca*, *Pracownik nauki jako mistrz*, *Pracownik nauki jako nauczyciel*, *Pracownik nauki jako opiniodawca*, *Pracownik nauki jako ekspert*, *Pracownik nauki jako krzewiciel wiedzy*, *Pracownik nauki jako członek społeczeństwa*.

Układ rozdziałów został opracowany według schematu wyodrębniającego poszczególne role społeczne pracownika nauki, jednak ich kolejność nie stanowiła o stopniu ważności.

W treści kodeksu *nauka* została potraktowana jako „wartość autoteliczna, nie wymagająca uzasadnienia”. Zwrócono uwagę, że *nauka* służy człowiekowi, ale „jest to jej cel a nie powinność” [2].

Autorzy zastrzegali, że „żadnych dyrektyw nie należy rozumieć ani stosować w sposób absolutny. W trudnych sytuacjach pracownik nauki powinien rozważyć, czy bezwzględne stosowanie dyrektyw kodeksu nie narusza innych dóbr i ocenić czy w danej sytuacji usprawiedliwione jest odstępstwo od normy” [2].

W przedmowie pierwszego wydania autor podkreślił, że etyka jest sprawą sumienia, którego wolność nie dopuszcza jakiegokolwiek karalności kosztem dobra osobistego, a za wykroczenia przeciwko etyce spotkać się można tylko z ostracyzmem czy infamią [2].

W zakończeniu Przedmowy autor, w imieniu Komitetu, podziękował Panu Profesorowi J. Mamesowi za inicjatywę i ogrom rzetelnej pracy „wykonanej pro publiko bono i z niezwykłą skromnością rezygnującego ze swojego autorstwa tej publikacji” [2].

Opracowanie spotkało się z dużym zainteresowaniem środowisk akademickich, również poza granicami Polski.

W 1995 roku wydano angielskie tłumaczenie I edycji pod tytułem „*Good Manners in Science*”, a w następnym roku Rumuńskiej Akademii Nauk udzielono zgody na dokonanie rumuńskiego tłumaczenia [1].

W drugim wydaniu (1996 rok) utrzymano 8 tych samych rozdziałów i tę samą liczbę 56 zasad, z których tylko jedna została wymieniona na inną. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę stale zwiększającą się liczbę dyskutantów zamieszczono w nim 2 listy respondentów.

Trzecie wydanie Komitet przygotował w zmienionym i rozszerzonym składzie. Przedstawiając genezę jego wydania Prof. K. Gibiński podkreślił, że „*podejmujemy je nie tylko dlatego, że zdążamy do członkostwa w Unii Europejskiej, a to zmusza do ideowego zbliżania narodowych i unijnych deklaracji i wytycznych, ale także dlatego, że w nadesłanym projekcie "European Science Foundation Guidelines" znaleźliśmy kilka punktów, których w naszej publikacji nie było. Wychodząc z założenia, że rodzimy tekst dobrze merytorycznie odpowiada duchowi dokumentu europejskiego, zamiast udostępniać w kraju jego tłumaczenie postanowiliśmy raczej posunąć się krok naprzód w doskonaleniu naszego wydawnictwa, zachowując w ten sposób datowanie naszej inicjatywy. Główna różnica między oboma dokumentami wydaje się polegać na tym, że nasz ukierunkowany jest indywidualnie do uczonych i pracowników nauki w przekonaniu, że wszystko zależy od ludzi. Europejski adresowany jest przede wszystkim do instytucji naukowych*” [1].

CEL PRACY

Celem pracy było zwrócenie uwagi środowiska pracowników nauki na zbiór zasad i wytycznych pt. „*Dobre obyczaje w nauce*”, opracowanych przez Komitet Etyki w Nauce Polskiej Akademii Nauk. Podstawowym materiałem źródłowym wykorzystanym w opracowaniu są kolejne wydania *Dobrych obyczajów w nauce* (1994, 1996, 2001).

OMÓWIENIE

Obyczaj definiowany jest jako forma zachowania powszechnie przyjęta w danej zbiorowości społecznej i poparta uznawaną w niej tradycją. Jest elementem kontroli społecznej, stąd jego naruszenie powoduje zazwyczaj negatywną reakcję ze strony środowiska. Obyczaje są przekazywane z pokolenia na pokolenie i ulegają powolnym i stopniowym zmianom. Ogół obyczajów w danej zbiorowości tworzy jej obyczajowość.

Według Słownika języka polskiego, obyczaje definiowane są jako: sposób zachowania obowiązujący w jakimś środowisku, zasady moralne i etyczne obowiązujące w jakiejś społeczności [3].

„Dobre obyczaje” nie mają własnej definicji ustawowej. Można je porównać do szerokiej kategorii „zasad współżycia społecznego” i określić jako normy moralne ukształtowane na przestrzeni pewnego czasu, wymagające akceptacji i przyjęcia przez ogół członków danej społeczności. Dobrymi obyczajami są w szczególności wzory zachowań, pozytywnie wpływające na funkcjonowanie danej społeczności w powiązaniu z powszechnie panującymi zasadami uczciwości.

Podkreślić należy, że *Dobre obyczaje w nauce* (wyd. I, II, III) nie są normatywnym aktem prawnym, a postępowanie niezgodne z przyjętymi dyrektywami nie jest zagrożone karą. Ze względu jednak na strukturę dokumentu, treść oraz wyjaśnienia zawarte w przedmowie zasługują *de facto* na miano "kodeksu". Dokument zobowiązuje *ludzi nauki* do przestrzegania jasno określonych wzorów kulturowych (reguł etycznych), uznanych za konieczne w czasie, gdy „*nauka podejmuje walkę o prawdę, która jest jej istotnym celem, walcząc ze słabościami ludzkiej natury, aby eliminować z niej zło i zapewnić jej wiarygodność i prestiż*” [1].

Rozdział 1. Zasady Ogólne - obejmuje dyrektywy odnoszące się do ogólnie uznanych zasad postępowania i zachowania. Niezwykle wymowny charakter ma cytowana na wstępie sentencja J. M. Bocheńskiego: *Wiedza i rozum są dzisiaj tak zagrożone, Jak to się niegdyś rzadko zdarzało, A wraz z nimi zagrożone jest także to, Co ludzkie po prostu: być może samo człowieczeństwo* [1].

Pracownika nauki obowiązują zasady etyki ogólnoludzkiej, w szczególności zasady dobrych obyczajów w nauce /.../. Ludzi nauki obowiązują przede wszystkim normy prawdomówności i bezinteresowności. Zasady etyki i dobrych obyczajów obowiązują pracownika nauki we wszystkich jego zachowaniach, a nie tylko w ramach działalności profesjonalnej (1.1. - W nawiasach podano numery punktów w poszczególnych rozdziałach cytowanego dokumentu). Pracownik nauki nie może żądać od swych współpracowników albo podwładnych zachowania sprzecznego z zasadami dobrych obyczajów w nauce (1.2.). Pracownik nauki nie może usprawiedliwiać posłuszeństwem ani lojalnością swego zachowania sprzecznego z zasadami dobrych obyczajów w nauce (1.3.).

Bardzo ważną część stanowią dyrektywy odnoszące się do problemu wolności w nauce. Pracownik nauki powinien bronić tej wolności oraz stanowczo przeciwstawić się

ewentualnemu wymuszaniu deklaracji lojalności wobec władz politycznych lub innych, gdyż taka postawa godzi w zasady wolności nauki i powinna spotkać się z protestem środowisk naukowych (1.9.). Pracownik nauki nie działa złośliwie na szkodę reputacji zawodowej innego kolegi (1.11.). Pracownik nauki nie uzależnia jakości swej pracy od wynagrodzenia, ale ma prawo domagać się godziwego wynagrodzenia za swą pracę (1.12.).

Rozdział 2. Pracownik nauki jako twórca - poświęcony jest pracy naukowej. Pierwszym podejmowanym problemem jest zagadnienie prawa autorskiego. Publikując wyniki swoich badań pracownik nauki jest zobowiązany do „przestrzegania przyjętych w skali międzynarodowej i skonkretyzowanych w prawie państwowym przepisów prawa, zwłaszcza prawa autorskiego”. „Z prac opublikowanych drukiem może korzystać pod warunkiem wskazania źródła i wyraźnego rozgraniczenia osiągnięć naukowych własnych i cudzych” (2.1.). Pracownik nauki dba o to, aby uznanie za osiągnięcia naukowe przypadło temu, komu uznanie to rzeczywiście się należy. Zaofiarowanie nieuzasadnionego współautorstwa czy odstąpienie autorstwa pracy naukowej innej osobie, przyjęcie odstąpionego autorstwa, a zwłaszcza żądanie odstąpienia autorstwa są niedopuszczalne. Tylko rzeczywisty autor dzieła ma prawo figurować jako taki i prawo to jest niezbywalne. Tylko rzeczywisty udział twórczy uzasadnia wystąpienie w roli autora pracy naukowej. Pomoc redakcyjna lub techniczna powinny być pokwitowane imiennym podziękowaniem. Samo kierownictwo zakładu naukowego nie uzasadnia współautorstwa (2.1.).

Pracownik nauki nie mnoży publikacji naukowych w celu upozorowanego wzbogacenia swego dorobku (2.8.).

Rozdział 3. Pracownik nauki jako mistrz i kierownik - podejmuje problematykę relacji mistrz - uczeń. Relacja ta nabiera szczególnego znaczenia dla tych, którzy w wyniku świadomego wyboru uczestniczą w kształceniu innych. Współcześnie, wymienionej relacji towarzyszą: wzrastająca nieufność, wątpliwości i obawy. Autorzy oczekują od "mistrzów" angażowania i grupowania wokół siebie adeptów nauki jedynie na podstawie bezstronnej oceny ich kwalifikacji intelektualnych, etycznych i charakterologicznych oraz sprawiedliwego ich traktowania: Pracownik nauki powinien ujawniać i zwalczać wszelkie przejawy protekcjonizmu, korupcji i dyskryminacji (3.1.). Powinien słowem i przykładem przekazywać swym uczniom wiedzę, umiejętności i zasady dobrych obyczajów w nauce. Pracownik nauki, zwłaszcza samodzielny, powinien poczuwać się do odpowiedzialności za rozwój naukowy swoich uczniów i współpracowników (3.3.). Traktować ich sprawiedliwie. Okazywać każdemu adeptowi życzliwość i pomoc, nie przeciążając nikogo nadmiernymi obowiązkami

i oceniać każdego współpracownika wnikliwie oraz sumiennie, niezależnie od pozanaukowych okoliczności. Pracownik nauki jako przełożony opiniuje wnioski awansowe oraz rozdziela fundusze i nagrody stosownie do pracy i osiągnięć każdego współpracownika (3.4.). Unika autokratycznych form kierowania pracą zespołu. W istotnych kwestiach naukowych i organizacyjnych zasięga opinii zespołu. Informuje każdego współpracownika o ogólnych celach programu badawczego i o wyznaczonej mu w nim roli. Dbą o wewnętrzną wymianę informacji na każdym etapie pracy badawczej. Pielęgnuje osobiste więzi w zespole tworząc w nim atmosferę życzliwego koleżeństwa (3.6.).

Rozdział 4. Pracownik nauki jako nauczyciel - zawiera dyrektywy, jakimi powinien kierować się pracownik naukowy pełniący rolę nauczyciela. Obowiązkiem jego jest rzetelne wykonywanie zadań dydaktycznych i wychowawczych wobec studentów oraz dbałość o doskonalenie jakości nauczania. Szczególną wagę autorzy przywiązują do poszanowania praw studentów, kategorycznie przeciwstawiając się czerpaniu jakichkolwiek korzyści wynikających z pełnionej roli. Pracownik nauki traktuje studenta z życzliwością i należną powagą. Respektuje przysługujące studentowi prawa człowieka i obywatela. Uznaje i popiera prawo studentów do swobodnego zrzeszania się, samorządu i udziału w kolegialnych organach akademickich. Traktuje poważnie opinie środowiska studenckiego o toku studiów i zajęciach dydaktycznych (4.1.). Pracownik nauki dba o ustawiczne doskonalenie jakości nauczania, a treść zajęć dydaktycznych powinna być zgodna z aktualnym stanem nauki światowej. Jeżeli treść taka byłaby niezgodna z wewnętrznym przeświadczeniem pracownika nauki, to jest on obowiązany dodać własny odrębny komentarz. W wykładach należy uwzględniać rywalizujące ze sobą teorie i interpretacje faktów.

Pracownik nauki prowadzi zajęcia dydaktyczne w formie ciekawej i zrozumiałej dla przeciętnego studenta oraz troszczy się o właściwe wyposażenie gabinetów, laboratoriów i bibliotek. Ustala rozkład zajęć dydaktycznych w sposób możliwie dogodny dla studentów, unikając ich nadmiernego kumulowania w skali tygodnia, semestru lub roku akademickiego. Prowadzi zajęcia dydaktyczne punktualnie i zgodnie z planem (4.2.).

Pracownik nauki ocenia każdego studenta sprawiedliwie na podstawie jego osiągnięć. Stosuje jednakowe kryteria i jednakową skalę ocen dla wszystkich studentów (4.4.). Za swoją działalność nauczycielską pracownik nauki nie przyjmuje od studentów żadnego wynagrodzenia ani innych dóbr. Indywidualne i grupowe korepetycje, lekcje lub konsultacje, opłacane bezpośrednio przez uczestniczących w nich własnych studentów są niedopuszczalne

(4.8). Szczególnie potępienia godnym zachowaniem jest np. udzielanie płatnych korepetycji własnym studentom i pisanie za nich prac dyplomowych (4.9).

Rozdział 5. Pracownik nauki jako opiniodawca - formułuje zalecenia dla pracowników nauki, aby rzetelnie i obiektywnie wyrażali swoje opinie o pracach innych autorów, kierując się swoimi kompetencjami, normami prawa oraz własnym sumieniem.

Ani promotor, ani opiniodawca rozprawy doktorskiej nie powinni angażować się w jej opracowanie w stopniu uprawniającym do współautorstwa rozprawy. Biorąc na siebie obowiązek oceniania wniosków zarówno pisemnie, jak i poprzez udział w zespołach oceniających lub przyznających fundusze, jak również jurorzy konkursów powinni być proszeni o złożenie oświadczenia, że nie stwarzają konfliktu interesów (5.1.). Pracownik nauki wyrażając opinię o cudzej pracy i dorobku naukowym, ocenia je wnikliwie, bezstronnie i konkretnie. /.../ Opinie zdawkowe, grzecznościowo przychylne, jak również złośliwie negatywne są niedopuszczalne. Takie opinie nie tylko krzywdzą, ale i wysoce podrywają autorytet nauki w społeczeństwie podważając prawo do samorządności środowiska. Sporządzenie opinii zasłużenie negatywnej jest kłopotliwe, ale pracownik nauki uważa to za swój obowiązek, od którego nie należy się uchylać. Pracownik nauki jest szczególnie odpowiedzialny za rzetelne i obiektywne opiniowanie prac doktorskich i habilitacyjnych (5.2.). Stara się przygotować opinię w terminie, a umyślne lub wynikające z zaniedbania opóźnianie jej sporządzenia jest niedopuszczalne (5.3.). Opiniując pracę przeznaczoną do publikacji pracownik nauki powinien rozważyć swoje kompetencje do jej oceny i stwierdzić właściwość przedmiotową pracy, jej wartość naukową i brak jawnych błędów (5.4.).

Rozdział 6. Pracownik nauki jako ekspert - zawiera wytyczne dotyczące pełnienia przez pracownika nauki roli eksperta w danej dziedzinie. Autorzy tego rozdziału, podobnie jak w poprzednim, podkreślili wagę postępowania obiektywnego, zgodnego z posiadanymi kwalifikacjami, wiedzą i umiejętnościami oraz obowiązującym ustawodawstwem. Pracownik nauki podejmuje się opracowania ekspertyzy lub jej części tylko w zakresie swojej specjalności i tylko wtedy, kiedy może ją oprzeć na odpowiedniej wiedzy i doświadczeniu (6.1.). Opracowuje każdą ekspertyzę rzetelnie i odpowiedzialnie w oparciu o aktualny stan wiedzy naukowej oraz pełne rozpoznanie istotnych faktów i okoliczności (6.3.). Przy opracowaniu ekspertyzy nie sugeruje się oczekiwaniami zlecniodawcy i nie dopuszcza, aby jego presja wywarła wpływ na jej merytoryczną zawartość (6.4.). Aby uniknąć podejrzenia o stronniczość pracownik nauki odmawia opracowania ekspertyzy, której część i końcowe

wnioski miałyby związek z jego interesem osobistym. We wspomnianym przypadku powinien powiadomić zleceniodawcę o przyczynie odmowy (6.5.).

Rozdział 7. Pracownik nauki jako krzewiciel wiedzy - jest apelem o prawdę, czyli popularyzowanie wiedzy opartej na faktach. Pracownik nauki rozpowszechnia w społeczeństwie rzetelne wiadomości o nauce i jej osiągnięciach, nie ukrywając przy tym jej ograniczeń. Nie odmawia współpracy z czasopismami popularno-naukowymi i nie uchyla się od uczestnictwa w akcjach odczytowych dla szerokiego kręgu słuchaczy. Powinien piętnować pseudonaukowość chroniącą się za parawanem naukowej frazeologii (7.1.).

Rozdział 8. Pracownik nauki jako człowiek społeczeństwa i wspólnoty międzynarodowej - określa rolę i miejsce pracowników nauki w społeczeństwie i wspólnocie międzynarodowej. W rozdziale tym autorzy apelują, aby pracownicy nauki świadomi byli zagrożeń płynących z postępu naukowo-technicznego, przeprowadzania eksperymentów i wprowadzania nowych technologii bez uwzględniania moralnej oceny ich możliwych konsekwencji dla przyszłych pokoleń, aby w miarę swoich możliwości wykorzystywali wiedzę i autorytet w praktycznej działalności dla dobra społecznego w skali lokalnej i globalnej. Nauka ma charakter uniwersalny i w tym sensie nie można mówić o „nauce polskiej”. Można tylko mówić o nauce w Polsce. Powoływanie się na priorytet badań w kraju ma wątpliwą wartość. Jest to przyczynek, a nie osiągnięcie naukowe (8.1). Pracownik nauki sprzeciwia się wykorzystywaniu autorytetu nauki lub własnego do celów reklamowych bądź propagandowych (8.3).

REFLEKSJE I KOMENTARZE

Dobre obyczaje w nauce są dokumentem nawiązującym do innych tego typu aktów etyczno-deontologicznych, a w szczególności do Kodeksu Etyki Lekarskiej i przysięgi Hipokratesa. Wymieniony dokument jest zbiorem norm, zasad, postulatów i wytycznych, których adresatem jest „środowisko ludzi nauki”, jednak we wspomnianym środowisku dokument jest rzadko dyskutowany i prawie nieznany młodym adeptom nauki.

Parafrazując słowa W. Biegańskiego: *"Nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem"* nie będzie przesady w stwierdzeniu, że *"nie będzie dobrym naukowcem, nauczycielem ten, kto nie jest dobrym człowiekiem"* [4].

Zaletą dokumentu jest jego postulatowy charakter, daleki od moralizatorstwa. Warto

mieć nadzieję, że fakt jego istnienia i funkcjonowania skłoni czytelnika do refleksji i przeanalizowania własnego postępowania choć powszechnie wiadomo, że samo istnienie zasad prawego współżycia społecznego nikogo nie czyni prawym człowiekiem.

Uzasadnionym więc wydaje się postulowanie o określenie organów odpowiedzialnych za przestrzeganie dyrektyw dokumentu oraz określenie form napiętnowania stosowania „złych obyczajów”. Prof. K. Gibiński w przedmowie wydania pierwszego (1994) pisał, że za wykroczenia przeciwko etyce spotkać się można tylko z ostracyzmem czy infamią [2]. W praktyce jednak, rzadko są spotykane tego typu zachowania.

Współcześnie nauka jest „przedsięwzięciem kooperacyjnym i ogólnospołecznym”.

Środowisko „ludzi nauki” nie jest zawieszone w próżni i nie omijają go zjawiska patologiczne, stąd szczególnie istotnym jest budzenie wspomnianej wcześniej świadomości, aby nie można było tłumaczyć się nieświadomością.

Cechą charakterystyczną współczesnych nam czasów jest olbrzymi postęp cywilizacyjny oraz związany z nim wzrost świadomości i oczekiwań społecznych. We wszystkich sferach życia przyjęły się ritzerowskie cechy: sprawność, wymierność, przewidywalność, sterowanie, zapewniające sukces [5]. Pracujemy w atmosferze nieustannego wyścigu, który w świecie nauki określić można "gonitwą za liczbą cytowań".

Krzywicki (1937-2013) pisał, że „osoby zajmujące się fundamentalnymi badaniami mają dwie motywacje: ciekawość i zamiłowanie do pokonywania trudności”. Ciekawość jest cechą powszechnie spotykaną w świecie istot żywych, a pokonywanie trudności jest „ulubionym zajęciem homo sapiens” [6]. Pokonywanie trudności można porównać do uprawiania dyscypliny sportowej, a osoby zajmujące się zawodowo rozwiązywaniem problemów - do sportowców. Miarą sukcesu jest bicie rekordów, eliminowanie konkurentów i uznanie innych.

W świecie nauki miarą sukcesu jest „odkrycie naukowe” - ale te, chociaż bardzo pożądane, nie zdarzają się powszechnie i są udziałem nielicznych. Historii niektórych wielkich odkryć naukowych towarzyszyło szereg zawiłych konfliktów interesów.

Powszechnie wiadomo, że twórcą teorii względności był Albert Einstein (1879-1955), laureat Nagrody Nobla w dziedzinie fizyki w 1921 roku. Liczne, podane w ostatnim czasie do publicznej wiadomości fakty ujawniły, że uczony nie opracował teorii względności samodzielnie. O partnerce w badaniach naukowych i małżonce w życiu prywatnym Milevie z domu Marić (1875-1948) przez wiele lat nikt nie wspominał. Autorzy jej biografii

sugerowali, że w znacznym stopniu przyczyniła się do powstania prac A. Einsteina [7]. Stopień jej zaangażowania i udział w prowadzonych badaniach nie został jednak dokładnie poznany i ciągle budzi wiele kontrowersji. Faktem pozostaje jednak, że pieniądze uzyskane z tytułu nagrody uczony przekazał wówczas już byłej swojej żonie Milevie.

W sposób szczególny należy zaakcentować wielowiekową dyskryminację i przywłaszczanie (czyli po prostu kradzieże) pomysłów i dorobku intelektualnego kobiet. John Stuart Mill (1806-1873), angielski filozof i ekonomista wraz z małżonką - Harriet Taylor Mill (1807-1858) byli autorami książki „Poddaństwo kobiet” – jednej z najważniejszych krytyk nierówności płci. Wspomniany autor jako pierwszy zwrócił uwagę na dyskryminowanie i przywłaszczanie sobie (kradzieże) pomysłów i dorobku intelektualnego kobiet. We wspomnianym dziele pisał: *„Któż powie, ile idei oryginalnych puszczonech w świat przez pisarzy rodzaju męskiego jest własnością kobiet, które je poddały [...]? Jeśli mogę sądzić z własnego przykładu, jest ich bardzo dużo”* [8].

Problematykę niewidocznych przeszkód („szklanego sufitu”, „lepkiej podłogi”, czy „magicznego pudełka do znikania”) podejmowało wielu autorów, wskazując na liczne przykłady dyskryminowania kobiet w świecie nauki [9-13].

Epokowym ewenementem było dwukrotne przyznanie M. Skłodowskiej-Curie (1867-1934) Nagrody Nobla. W praktyce kobiety często były i są pomysłodawczyniami projektów, wykonują uciążliwą „mrówczą” laboratoryjną pracę badawczą, a mężczyźni zostają laureatami prestiżowych nagród i wyróżnień.

W 1934 roku za odkrycie pozytywnych skutków leczenia anemii złośliwej wyciągami z wątroby Nagrodę Nobla otrzymali: G. Hoyt Whipple (1878-1976), G. R. Minot (1885-1950) i W. P. Murphy (1892-1987). Nagrodzeni, świadomi zaistniałej niesprawiedliwości, podzielili się pieniędzmi uzyskanymi z nagrody z trzema współpracownikami, między innymi z Friedą Robscheit-Robbins (1888-1973), współautorką prawie wszystkich prac Whipple’a. Warto nadmienić, że gdyby wówczas F. Robscheit-Robbins otrzymała Nagrodę Nobla, to byłaby drugą, po Marie Skłodowskiej-Curie kobietą i pierwszą Amerykanką, której przyznano to zaszczytne wyróżnienie.

Znaczącym przykładem dyskryminacji kobiet w męskim świecie nauki jest historia życia Lise Meitner (1878-1968), austriackiej fizyczki jądrowej, która jako pierwsza opisała teoretyczny aspekt zjawiska rozszczepienia jądra atomu. Powinna wtedy otrzymać Nagrodę Nobla, ale nie otrzymała. W monografii poświęconej kobietom zasłużonym dla nauki autorka

R. Swaby pisała: „*Była nadzwyczaj uzdolnioną fizyczką jądrową zarówno systematyczną w swoich badaniach, jak i głęboką, analityczną myślicielką. Wśród powodów dla których jej nazwisko nie figuruje obok nazwiska jej partnera w związku z rozszczepieniem jądra atomu, bez wątpienia można wyliczyć względy polityczne i społeczne, ale również zwykłe nieszczęśliwe zbiegi okoliczności*” [14].

Środowisku medycznemu powinna być znana historia towarzysząca odkryciu insuliny oraz zagmatwane spory i konflikty pomiędzy osobami zaangażowanymi w jej odkrycie.

W 1923 roku za odkrycie insuliny Nagrodę Nobla otrzymali: F. Banting (1891-1941) i J. Macleod (1876-1935). Jednakże F. Banting uważając, że niesłusznie pominięto Ch. Besta (1899-1978) biorącego aktywny udział w badaniach, podzielił się z nim pieniędzmi ze swojej nagrody. Podobnie postąpił J. Macleod w stosunku do J. Collipa (1892-1965), który również wchodził w skład zespołu naukowców, którzy dokonali tego epokowego odkrycia. Pomimo opisanego powyżej faktu Ch. Best i J. Collip są zapomnianymi współtwórcami opisanego powyżej osiągnięcia naukowego [15,16,17].

Przy ocenianiu działalności naukowej pracownika nauki, szczególnie w środowisku akademickim, ważną rolę odgrywa „liczenie i ważenie” [5]. Ocena nauczyciela akademickiego sprowadza się do cyfry. Owa „cyfra” uzasadnia w odczuciu wielu „ludzi parających się nauką” szereg zjawisk patologicznych, takich jak: dopisywanie się do publikacji czy ich mnożenie. Nikt nie ocenia jakości artykułu ani wkładu w daną dyscyplinę naukową. Sam fakt, że praca była cytowana nie mówi niczego na temat tego, jak inni z niej korzystali. Praca bezwartościowa, często atakowana i w związku z tym wielokrotnie wzmiankowana przysparza autorowi licznych cytowań i w związku z tym wysokich notowań [5]. Liczba cytowań jest proporcjonalna do liczby osób zajmujących się danym tematem. Jest to więc rozsądny miernik, jeżeli jest wykorzystany do porównania badaczy o podobnej specjalności. I tylko wtedy. Często cytowane mogą być prace przeglądowe. Nie można ich jednak porównywać do prac oryginalnych, bo zrobić dobrą kompilację to nie to samo, co dokonać odkrycia. Prace geniuszy po pewnym czasie przestają być w ogóle cytowane. Najlepszym przykładem jest teoria względności Einsteina. Kiedy ktoś pisze na ten temat to nie cytuje autora, ponieważ powszechnie wiadomo, kto był jej twórcą [6].

Często publikacja w danym czasopiśmie uwarunkowana jest koneksjami osobistymi lub poleceniami.

Trudno również nie zgodzić się z cytowanym wcześniej A. Krzywickim, który

zwracał uwagę na fakt, że „nieuczciwość, kradzieże pomysłów niestety zdarzają się”. Wielu ludzi nauki wyspecjalizowało się w dołączaniu do prac innych autorów” [6]. Często są to prace niezwiązane ani z zainteresowaniami naukowymi, ani kwalifikacjami danego autora.

Ważną rolę pełnioną przez pracownika nauki jest rola nauczyciela-mistrza, który powinien posiadać nie tylko wiedzę i umiejętności w danej dziedzinie, ale również podstawowe kompetencje społeczne. Musi promieniować kulturą osobistą. *Przykład idzie zawsze z góry*. Praktyka w tym zakresie pozostawia jednak wiele do życzenia.

Wielu studentów przywykło wręcz do „spóźniających się nauczycieli”. Wielu nauczycieli praktykuje „nieprzychodzenie na zajęcia w ogóle”. Bez komentarza pozostawiamy uwagę, że są i tacy nauczyciele, którzy w tym samym czasie wykonują obowiązki zawodowe u innego pracodawcy.

Kontakt mistrz-uczeń pozostaje w sferze teorii. Wkład nauczyciela w prowadzenie wykładu ogranicza się do "klikania" i zmiany slajdów ukazujących się na ekranie, ale są i tacy, którzy przesyłają studentom wykłady pocztą internetową. Z pozoru wszyscy są zadowoleni: nauczyciel, bo przekazał treści i zaoszczędził nieco czasu, student, bo otrzymał treści i również zaoszczędził czas. Czy jednak w opisanej sytuacji nauczyciel jest w ogóle potrzebny? Warto zastanowić się nad konsekwencjami takiego postępowania w kontekście relacji z pacjentem, w której pracownik medyczny (np.: lekarz, pielęgniarka, położna czy fizjoterapeuta) jest nauczycielem zdrowia. Brak wiedzy, umiejętności oraz utrwalonych nawyków skutkować może niepowodzeniami na polu edukacji zdrowotnej.

Równie ważnym problemem jest problem „wieloletowości” w nauce i edukacji (jak również w praktyce). W wielu sytuacjach trudno usprawiedliwiać go „walką o chleb”, czy „wyjątkowością nauczyciela”. W ślad za tym idzie problem podejmowania się prowadzenia zajęć z określonej dziedziny „na zamówienie”, bez wiedzy i doświadczenia w określonej dziedzinie, a często z naruszeniem wykładanych zasad. Niedopuszczalne wydaje się chociażby prowadzenie zajęć z etyki przez osoby postępujące nieetycznie.

Należy jednak mieć nadzieję, że przedstawione sytuacje nie są powszechną praktyką i będą skutecznie eliminowane.

Głęboki ukłon należy złożyć tym wszystkim „ludziom nauki”, którzy pomimo nasilenia patologicznych zjawisk w niektórych środowiskach, rzetelnie i z poświęceniem wykonują swoje obowiązki naukowca i nauczyciela.

Na zakończenie pozwalamy sobie przytoczyć słowa cytowanego już W. Biegańskiego:

"Fortelami można czasem zdobyć stanowisko, ale go utrzymać nie podobna. Każde ciało o kruchej i niepewnej podstawie grozi upadkiem. Niewzruszoną i trwałą podstawą powodzenia lekarza (pielęgniarki - przyp. autorek) będą zawsze: wiedza, zamiłowanie zawodu i wiara w idealne posłannictwo naszej nauki" [4].

PIŚMIENNICTWO

1. Dobre obyczaje w nauce. Zbiór zasad i wytycznych. Komitet Etyki w Nauce PAN. Warszawa 2001. <http://www.ken.pan.pl> (data dostępu: 20.04.2020).
2. Dobre obyczaje w nauce. Zbiór zasad i wytycznych. Komitet Etyki w Nauce PAN, Warszawa 1994.
3. Słownik języka polskiego. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2007.
4. Biegański W.: Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1957.
5. Ritzer G.: Makdonaldyzacja społeczeństwa. Wydawnictwo Muza, Warszawa 2009.
6. Krzywicki A.: Diabelski młyn. Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa 2005.
7. Benedict M.: Pani Einstein.yd. Znak Horyzont, Kraków 2017.
8. Mill J.S.: Poddaństwo kobiet, przeł. Anonim. Toruń 1870.
9. Młodożeniec M., Knapieńska A.: Czy nauka wciąż ma męską płęć? Udział kobiet w nauce. Nauka 2013; 2: 47-72.
10. Marciniak A.: Niewidzialne bariery awansu kobiet - apokryf "szklanego sufitu"? Zeszyty Studiów Doktoranckich. Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Wydział Ekonomii 2004; 19: 5-19.
11. Kalinowska-Nawrotek B.: Problemy dyskryminacji kobiet na polskim rynku pracy. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny 2004; 66(2): 231-245.
12. Knobloch-Westerwick S., Glynn C.J., Huge M.: The Matilda Effect—Role Congruity Effects on Scholarly Communication A Citation Analysis of Communication Research and Journal of Communication Articles. Communication Research 2013; 40(1): 3-26.
13. Moss-Racusin C.A., Dovidio J.F., Brescoll V.L., Graham M.J., Handelsman J.: Science faculty's subtle gender biases favor male students. PNAS 2012; 109(41): 16474-16479.
14. Swaby R.: Upór i przekora. 52 kobiety, które odmieniły naukę i świat. Wydawnictwo Książkowe Agora SA, Warszawa 2016: 163.
15. Brzeziński T.: (red.) Historia medycyny. Warszawa, Wydawnictwo PZWL, 2000.

16. Lyons A. S., Petrucelli R. J.: Ilustrowana historia medycyny. Wydawnictwo Penta, Warszawa 1996.
17. Bulc M.: Insulina – fascynująca historia jej odkrycia. Warmińsko-mazurski Portal Weterynaryjny. <http://wet.uwm.edu.pl/wiedza-ogolna/artukul/insulina-fascynujaca-historia-jej-odkrycia/> (data dostępu 2.04.2020).

Część V

Pielęgniarstwo w praktyce



Ostre zespoły wieńcowe – teoria istotna w praktyce pielęgniarstwie

**Grażyna Nowicka¹, Olimpia Karczewska^{2,3}, Joanna Świerczek⁴,
Rafał Młynarski⁵, Agnieszka Młynarska³**

1. Absolwentka studiów II stopnia, Małopolska Uczelnia Państwowa Imienia Rotmistrza Witolda Pileckiego w Oświęcimiu
2. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarstwiej, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
3. Zakład Gerontologii i Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
4. Instytut Nauk o Zdrowiu, Małopolska Uczelnia Państwowa Imienia Rotmistrza Witolda Pileckiego w Oświęcimiu
5. Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego

WSTĘP

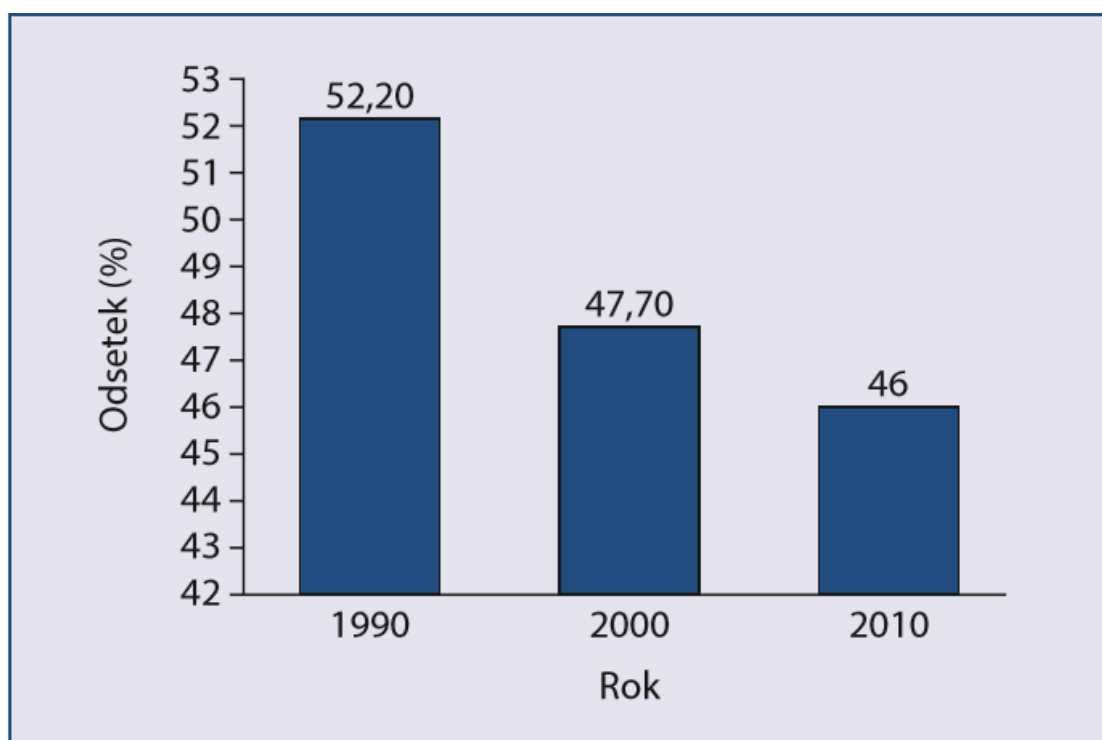
Choroby układu krążenia, do których zaliczana jest choroba niedokrwienna serca, są nadal głównym problemem zdrowotnym w krajach rozwijających się, w tym również Polski [1]. Na całym świecie, również w Polsce choroba niedokrwienna serca jest najczęstszą przyczyną zgonów [2]. Tak wysoka śmiertelność nakazuje podjąć działania, które mają na celu ograniczenie liczby zachorowań i zgonów z powodu ostrych zespołów wieńcowych.

W ostatnich latach dokonał się duży postęp w zakresie rozpoznawania i leczenia schorzeń układu sercowo – naczyniowego, jednak jest on niewystarczający. Dlatego tak istotne jest zwiększenie świadomości i wiedzy ludzi na temat ostrych zespołów wieńcowych co zostało opisane w poniższej pracy. Edukacja populacji, wyjaśnienie istoty choroby, modyfikowanych czynników ryzyka, sposobów postępowania i leczenia znacząco zwiększa szansę na trwałą zmianę stylu życia społeczeństwa, a po wystąpieniu choroby na konieczność przestrzegania zaleceń lekarskich i stosowania się do zaleceń terapeutycznych [3].

EPIDEMIOLOGIA CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA

Choroby układu sercowo-naczyniowego są przyczyną 47% wszystkich zgonów w Europie oraz 40% zgonów w Unii Europejskiej. Każdego roku z powodu chorób sercowo-naczyniowych umiera 4 mln ludzi w Europie i 1,9 mln osób w Unii Europejskiej. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w roku 2013 choroby układu sercowo-naczyniowego były przyczyną prawie 46% ogółem zgonów w Polsce. Na choroby układu krążenia częściej zapadają kobiety, dlatego umieralność wśród nich wynosi 55%, a u mężczyzn 43% [4]. U kobiet choroba niedokrwienna serca rozwija się średnio 7-10 lat później niż u mężczyzn, to jednak zawał serca jest wiodącą przyczyną zgonów kobiet. Poniżej 60. roku życia ostry zespół wieńcowy występuje 3-4 razy częściej wśród mężczyzn niż wśród kobiet, lecz po ukończeniu 75 lat to kobiety stanowią większość pacjentów [2]. W 2010 roku odnotowano 17,8 tys. zgonów wywołanych zawałem serca. Zawał serca stanowi zatem nadal istotny problem medyczny [4].

W tej przygnębiającej statystyce na uwagę zasługuje fakt, że w ostatnich dziesięcioleciach zaobserwowano w Polsce zmniejszenie odsetka zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w ogólnej liczbie zgonów, co przedstawia poniższa rycina 1.



Rycina 1. Odsetek zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce [4]

WYBRANE PROBLEMY KLINICZNE W OSTRYCH ZESPÓŁACH WIEŃCOWYCH

W ostatnich latach dokonał się znaczący postęp w zakresie profilaktyki, rozpoznawania oraz leczenia ostrych zespołów wieńcowych, który przyczynił się do spadku śmiertelności. Pomimo zakrojonych na szeroką skalę działań, umieralność w Polsce z powodu chorób układu krążenia wynosi około połowy wszystkich zgonów, dlatego tak ważne jest poznanie istoty zawału serca [5].

Patogeneza, definicja, podział ostrych zespołów wieńcowych

Miażdżyca jest główną przyczyną zaburzeń prowadzącą do wystąpienia choroby wieńcowej z powodu zwężenia światła jednej lub kilku tętnic wieńcowych. Przyjmuje się, że widoczne w koronarografii zwężenie wewnętrznej średnicy światła tętnic przekraczające 50%, jest istotnym hemodynamicznie zwężeniem powodującym upośledzenie dostarczania tlenu do mięśnia sercowego w czasie zwiększonego zapotrzebowania. Zwężenie w tętnicach wieńcowych wynoszące przynajmniej 75% doprowadza do wystąpienia objawów dławicy piersiowej [6,7].

Miażdżyca objawia się jako pogrubienie błony wewnętrznej naczynia z utratą jego elastyczności. W dalszym etapie rozwoju miażdżycy dochodzi do tworzenia się blaszek miażdżycowych uszkadzających śródbłonek tętnic. Główne zagrożenie związane z obecnością blaszki miażdżycowej wynika z powstania na jej powierzchni skrzepliny ograniczającej lub przerywającej dopływ krwi do mięśnia sercowego. Skrzepliny na blaszce powstają na skutek dwóch mechanizmów: pęknięcia blaszki lub erozji komórek śródbłonka z odsłonięciem błony podstawnej. Powstały zakrzep ogranicza się do powierzchni blaszki lub rozprzestrzenia się do światła naczynia. Pęknięcie blaszki miażdżycowej powoduje powstanie zakrzepu i zamknięcie światła tętnicy wieńcowej, co prowadzi do ostrego zespołu wieńcowego [8,9].

Ostre zespoły wieńcowe (ang. ACS, *Acute Coronary Syndrome*) to grupa schorzeń polegająca na zmianach w krążeniu wieńcowym, których wspólną cechą jest znaczne i nagłe ograniczenie lub ustanie przepływu krwi w tętnicach wieńcowych na skutek zakrzepu powstającego na uszkodzonej blaszce miażdżycowej. Dochodzi wówczas do nagłego zaburzenia równowagi pomiędzy zapotrzebowaniem mięśnia sercowego na tlen a jego podażą [10].

Termin ostre zespoły wieńcowe (OZW) obejmuje niestabilną dławicę piersiową, zawał serca oraz nagły zgon sercowy. Podstawą klasyfikacji chorych zgłaszających ból

w klatce piersiowej jest zapis elektrokardiograficzny (EKG). Analizując odcinek ST podzielono ostre zespoły wieńcowe na: bez uniesienia odcinka ST oraz z uniesieniem odcinka ST. Na podstawie objawów klinicznych, biochemicznych wskaźników martwicy mięśnia sercowego oraz zmian w zapisie EKG wyróżnia się w OZW:

- niestabilną dławicę piersiową;
- zawał serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI - ang. *non-ST-elevation myocardial infarction*);
- zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI - ang. *ST-elevation myocardial infarction*);
- zawał serca nieokreślony (jeżeli EKG zostało wykonane po >24 godz. od początku objawów lub zmiany w zapisie elektrokardiograficznym uniemożliwiają jednoznaczne rozpoznanie uniesienia ST – blok lewej odnogi pęczka Hisa lub rytm ze stymulatora)
- nagły zgon sercowy.

Ponadto, na podstawie zmian w obrazie EKG wyróżnia się zawał serca bez załamka Q oraz zawał serca z załamkiem Q [11].

Oprócz powyższych kategorii zawał serca można dzielić na różne typy w zależności od różnic klinicznych, patologicznych, prognostycznych oraz różnych strategii leczenia, są to:

1. Zawał serca typu 1 spowodowany przez miażdżycowo-zakrzepową chorobę wieńcową (CAD - ang. *Coronary Artery Disease*), wywołany przez uszkodzenie (pęknięcie lub niszczenie) blaszki miażdżycowej. Pęknięcie blaszki miażdżycowej może doprowadzić do zakrzepicy w świetle naczynia lub do krwawienia do jej wnętrza przez uszkodzoną powierzchnię.
2. Zawał serca typu 2 - niedokrwienne uszkodzenie mięśnia sercowego następuje na skutek nierównowagi między podażą tlenu a zapotrzebowaniem serca na tlen. Taki stan może wywołać silny stres lub inne procesy.
3. Zawał serca typu 3 - zgon sercowy u pacjentów z objawami zawału oraz nowymi zmianami w zapisie EKG lub migotaniem komór przed pobraniem biomarkerów sercowych lub u których wykryto zawał serca podczas sekcji zwłok.
4. Zawał serca typu 4a - związany z przezskórną interwencją wieńcową (PCI - ang. *percutaneous coronary interventions*).
5. Zawał serca typu 4b spowodowany zakrzepicą w stencie
6. Zawał serca typu 4c - restenoza związana z PCI.

7. Zawał serca typu 5 związany z pomostowaniem tętnic wieńcowych (CABG - ang. *Coronary Artery Bypass Graft*) [11,12].

Od 2007 r. opublikowano definicję zawału serca opracowaną przez Towarzystwa Kardiologiczne, która była aktualizacją definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO - ang. *World Health Organization*) z 2000 roku [13]. Koncepcja samego określenia zawału serca nie uległa zmianie. Rozwinęły się natomiast bardziej czułe metody, umożliwiające szybszą i trafną diagnozę, usprawniające diagnostykę i leczenie. Obecnie definicja ostrego zawału serca opiera się na stwierdzeniu zmian w EKG, wystąpieniu objawów klinicznych, stężeniu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz informacjach dostarczanych na drodze diagnostyki obrazowej [12].

Grupa Wykonawcza w imieniu Wspólnej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC - ang. *European Society of Cardiology*, ACC - ang. *American College of Cardiology*, AHA - ang. *American Heart Association*, WHF - ang. *World Heart Federation*) uzgodniły czwartą uniwersalną definicję zawału serca, odróżniającą zawał serca (MI, ang. *myocardial infarction*) od uszkodzenia mięśnia sercowego (ang. *myocardial injury*). Określenie „uszkodzenie mięśnia sercowego” powinno się stosować przy wzroście stężenia troponiny sercowej (cTn) we krwi powyżej górnej granicy zakresu wartości referencyjnych (URL) na poziomie 99. centyla w zdrowej populacji. Uszkodzenie uważa się za ostre, gdy nastąpił wzrost i/lub spadek stężenia cTn lub przewlekłe, gdy stężenie cTn jest stale zwiększone. Ponieważ wzrost stężenia troponiny sercowej występuje wtórnie do wielu chorób serca, np. zapalenia mięśnia sercowego lub pojawia się w stanach pozasercowych, np. niewydolności nerek, dlatego aby rozpoznać „ostry (świeży) zawał serca” oprócz nieprawidłowego stężenia biomarkerów uszkodzających mięsień sercowy musi być spełnione co najmniej jedno z następujących kryteriów: występowanie objawów niedokrwienia mięśnia sercowego, obecność nowych zmian niedokrwiennych w zapisie EKG, pojawienie się w elektrokardiogramie patologicznych załamek Q, wystąpienie zaburzeń czynności skurczowej serca widocznych w badaniu echokardiograficznym oraz uwidocznienie w badaniach obrazowych nowych uszkodzeń mięśnia sercowego [12,13].

Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca

Według definicji Simborga, czynnikiem ryzyka choroby wieńcowej jest każdy czynnik lub cecha, która występuje w populacji zdrowych ludzi, a której obecność wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zachorowania albo zgonu z powodu choroby wieńcowej. Wyróżnia

się tradycyjne czynniki ryzyka, które podlegają bądź nie modyfikacjom, a także grupy nowych czynników. Do czynników, na które nie mamy wpływu należy wiek (mężczyźni >45 lat, kobiety >55 lat), płeć (częściej mężczyźni) oraz obciążenia genetyczne. Czynniki zależnymi od naszej woli są: palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, nieodpowiednia dieta, nadużywanie alkoholu, zaburzenia gospodarki lipidowej, mała aktywność fizyczna, estrogenowa terapia zastępcza oraz stres i czynniki psychospołeczne [14].

Do grupy tzw. nowych czynników, które w mniejszym stopniu wpływają na rozwój choroby wieńcowej należą:

- wskaźniki odczynu zapalnego - CRP (stężenie białka c-reaktywnego), ryzyko rozwoju miażdżycy u ludzi z podwyższonym CRP jest 3-6 razy większe niż w pozostałej populacji. Ryzyko incydentów sercowo-wieńcowych może wzrastać nawet o 50%, gdy stężenie tego białka wynosi powyżej 3 mg/dl;
- stężenie czynników prozakrzepowych wdrożenie leczenia przeciwpłytkowego i przeciwzakrzepowego jest wskazane, gdyż zakrzepica odgrywa znaczącą rolę przy pęknięciu blaszki miażdżycowej i zamknięciu światła tętnic w świeżym zawale;
- homocysteiny to aminokwasy, które uszkodzają śródbłonek naczyń oraz przyczyniają się do tworzenia zakrzepów. Niedobór witamin z grupy B i kwasu foliowego powoduje podwyższony poziom tego aminokwasu;
- peptydy natriuretyczne typu B (NT-pro BNP) ułatwiają rozpoznanie chorych o zwiększonym ryzyku incydentów sercowych i zgonów [14].

Objawy ostrych zespołów wieńcowych

Pierwszym i głównym objawem niedokrwienia mięśnia sercowego jest ból w klatce piersiowej. Zwykle bardzo silny, gniotący, piekący, dławiący lub ściskający. W 10% przypadków może być ostry, kłujący przypominający ból opłucnowy. Ból zlokalizowany jest za mostkiem, lecz nie można precyzyjnie określić jego umiejscowienia. Chorzy często przykładają całą pięść do mostka, aby wskazać miejsce bólu (objaw Levin'a). W 10-20% chorych ból promieniuje do żuchwy, lewego barku lub ramienia i dalej wzdłuż nerwu łokciowego do nadgarstka i palców ręki. Może promieniować do nadbrzusza, rzadko do pleców między łopatki. Należy zwrócić uwagę na ból w nadbrzuszu środkowym lub w górnym, prawym kwadrancie brzucha z towarzyszącymi nudnościami i wymiotami, który może być jedyną dolegliwością zawału ściany dolnej. Ból zazwyczaj trwa >20 min. i stopniowo narasta, a natężenie bólu nie zależy od fazy oddychania ani ruchu i pozycji ciała.

Charakterystyczne w bólu jest to, że nie zmniejsza się po przyjęciu nitrogliceryny podjęzykowo. Osoby starsze lub chorzy na cukrzycę mogą nie odczuwać bólu lub może być mniej charakterystyczny. Innym objawem występującym u 40% chorych jest duszność. Pojawia się u osób w podeszłym wieku lub z rozległym niedokrwieniem serca powodującym ostrą niewydolność lewej komory. Niekiedy duszności może towarzyszyć kaszel z odkrztuszaniem płwociny. Połowa chorych zgłasza osłabienie oraz kołatanie serca, u 10% osób występują zawroty głowy, stan przedomdleniowy lub omdlenie związane z małym rzutem lub zaburzeniami rytmu serca. Niektórzy pacjenci, zwłaszcza ci, którzy odczuwają bardzo silny ból w klatce piersiowej zgłaszają niepokój i lęk oraz strach przed zbliżającą się śmiercią. Podczas badania przedmiotowego może wystąpić stan podgorączkowy, zlewne poty przy silnym bólu, bladość skóry, a nawet sinica obwodowa przy rozwijającym się wstrząsie kardiogennym. Akcja serca waha się od bradykardii do tachykardii $>100/\text{min.}$, jej zwolnienie następuje po ustąpieniu bólu. Podobnie jest z ciśnieniem tętniczym, może być prawidłowe, podwyższone lub obniżone. U pacjentów z lewokomorową niewydolnością serca nad polami płucnymi słyszalne są rżenia. Osluchując tony serca można stwierdzić przejściowy szmer skurczowy wywołany dysfunkcją niedokrwionego mięśnia brodawkowatego lub poszerzeniem lewej komory. Pęknięcie mięśnia brodawkowatego, któremu towarzyszą objawy wstrząsu kardiogennego osłuchowo słyszalny jest nad koniuszkiem serca, jako głośny szmer skurczowy z towarzyszącym mrukiem. Innymi szmerami, które można wysłuchać jest szmer tarcia osierdziowego występujący w rozległym zawale [11].

Postępowanie diagnostyczne i lecznicze w ostrych zespołach wieńcowych

Współczesna strategia postępowania w OZW zakłada wielokierunkowość działań. Ważne jest jak najszybsze przywrócenie przepływu krwi tętniczej w naczyniu wieńcowym odpowiedzialnym za wystąpienie zawału serca, co wiąże się ze zmniejszeniem martwicy i dysfunkcji mięśnia sercowego [15].

Kluczowym elementem badania pacjenta zgłaszającego objawy wskazujące na niedokrwienie mięśnia sercowego jest wykonanie 12-odprowadzeniowego zapisu elektrokardiograficznego (EKG). Powinno ono zostać zarejestrowane i zinterpretowane docelowo w ciągu 10 min. po kontakcie pacjenta z personelem medycznym. W przypadku zawału NSTEMI (zawał serca bez uniesienia odcinka ST, ang. *non-ST-elevation myocardial infarction*) obniżenie odcinka ST w ≥ 2 sąsiednich odprowadzeniach o $\geq 0,05\text{mV}$ jest istotnym

wskaźnikiem diagnostycznym, im większa liczba odprowadzeń z obniżeniem odcinka ST i większa głębokość obniżenia tym rozległość niedokrwienia jest większa, a rokowanie gorsze. Czynniki ryzyka o mniejszym znaczeniu prognostycznym są odwrócone załamki T bądź zmiana ujemnych załamek T na dodatnie. U 30-50% chorych zapis EKG jest prawidłowy [11,12]. Do rozpoznania STEMI niezbędne jest przetrwałe uniesienie odcinków ST w punkcie J w odprowadzeniach V_2 - V_3 o $\geq 2\text{mm}$ u mężczyzn powyżej 40. roku życia oraz $\geq 2,5\text{mm}$ u mężczyzn poniżej 40. roku życia i o $\geq 1,5\text{mm}$ u kobiet, a w pozostałych dwóch sąsiednich odprowadzeniach o $\geq 1\text{mm}$. Przyjmuje się również, że świeży blok lewej odnogi pęczka Hisa przemawia za STEMI (zawał serca z uniesieniem odcinka ST (ang. *ST-elevation myocardial infarction*) [16]. Następnym elementem potwierdzającym lub wykluczającym uszkodzenie mięśnia sercowego jest oznaczenie w surowicy biomarkera uszkodzenia kardiomiocytu, najlepiej przy pomocy wysokoczułego testu troponiny sercowej: cTnT lub cTnI. Próbkę krwi w celu oznaczenia cTn należy pobrać podczas pierwszego badania pacjenta (określane jako 0h), a następnie ponownie po 3-6 godzinach. W celu rozpoznania zawału serca wymagany jest wzrost i/lub spadek stężenia cTn z co najmniej jedną wartością powyżej górnej granicy zakresu wartości referencyjnych na poziomie 99. centyla w połączeniu z objawami klinicznymi i/lub EKG [12]. W rozpoznawaniu i charakteryzowaniu zawału serca pomocna jest echokardiografia, dzięki której można wykryć odcinkowe zaburzenia czynności skurczowej serca, niemal natychmiast po wystąpieniu niedokrwienia, jeżeli zajęte jest $>20\%$ grubości mięśnia sercowego [12].

Do innych badań pomocnych w diagnozowaniu OZW należą: RTG klatki piersiowej (dla różnicowania bólu dławicowego z innymi chorobami), koronarografia (ujawnia zmiany w tętnicach wieńcowych oraz dostarcza informacji o konieczności i możliwości leczenia inwazyjnego) [11].

Pacjenci z podejrzeniem OZW powinni być jak najszybciej przetransportowani do szpitala. Chorzy odczuwający objawy charakterystyczne dla zawału mięśnia sercowego nie powinni opóźniać kontaktu z lekarzem. Dlatego konieczne jest zwiększenie świadomości społecznej oraz wiedzy dotyczącej objawów OZW, ze zwróceniem uwagi na konieczność natychmiastowego wezwania pogotowia ratunkowego po ich wystąpieniu. Rejestracja EKG (optymalnie $\leq 10\text{min}$ od pierwszego kontaktu medycznego) w zespołach wyjazdowych i transmisja zapisu do pracowni hemodynamiki, skraca czas do rozpoznania i leczenia oraz ułatwia bezpośrednie kierowanie pacjentów z STEMI do oddziałów wykonujących przezskórną interwencję wieńcową (PCI- ang. *percutaneous coronary interventions*) w trybie

ostrodyżurowym przez całą dobę 7 dni w tygodniu (optymalnie ≤ 60 min od pierwszego kontaktu z pacjentem). U wszystkich pacjentów z podejrzeniem STEMI wskazane jest jak najszybsze monitorowanie EKG z możliwością defibrylacji, gdyż znaczna część chorych umiera na skutek migotania komór. W postępowaniu przedszpitalnym każdemu choremu należy podać ASA (kwas acetylosalicylowy, ang. acetylsalicylic acid, pot. aspiryna) - 150-300 mg oraz 60 mg prasugrelu lub tikagrelonu 180 mg, a w przypadku przeciwwskazań lub braku - kłopidogrel 600 mg. Tlenoterapię stosuje się przy saturacji poniżej 90%. Jeżeli nie ma przeciwwskazań, objawów ostrej niewydolności nerek, a ciśnienie tętnicze skurczowe utrzymuje się powyżej 120 mm Hg należy rozważyć podanie β -blokerów, leków uspokajających oraz morfiny. Zastosowanie przedszpitalnego leczenia fibrynolitycznego należy wdrożyć, gdy czas przewiezienia pacjenta do ośrodka wykonującego PCI wynosiłby powyżej 120 minut od pierwszego kontaktu medycznego. Celem leczenia STEMI jest przywrócenie perfuzji krwi przez mięsień sercowy, dlatego należy wdrożyć jak najwcześniej optymalne leczenie reperfuzyjne, mając na uwadze wskazania i przeciwwskazania oraz należy dążyć do przewiezienia chorego do ośrodka wykonującego zabiegi rewaskularyzacyjne (PCI – przeszłona interwencja wieńcowa, ang. *percutaneous coronary interventions*; CABG (pomostowanie tętnic wieńcowych, ang. *Coronary Artery Bypass Graft*).

Przesłona interwencja wieńcowa (PCI), to angioplastyka tętnicy wieńcowej z wszczepieniem lub bez wszczepienia stentu. Maksymalny czas od rozpoznania STEMI do przejścia przewodnikiem przez miejsce niedrożności powinien wynosić < 90 minut, a < 60 minut u chorych zgłaszających się bezpośrednio do szpitala wykonującego PCI. W ostrej fazie STEMI, w ramach pierwotnej PCI preferuje się wszczepienie stentu uwalniającego lek (DES - ang. *drug-eluting stents*) tylko w tętnicę dozawałową z dostępu promieniowego. Jeżeli nie zastosowano wcześniej leczenia przeciwplatekowego i przeciwzakrzepowego to w czasie pierwotnej PCI należy podać kwas acetylosalicylowy (ASA), jeżeli nie ma przeciwwskazań i kłopidogrel, z leków przeciwkrzepliwych heparynę niefrakcjonowaną (ewentualnie enoksaparynę lub biwalirudynę) oraz rozważyć podanie blokera GPIIb/IIIa (abcyksymab, eptifibatyd, tirofiban) jako postępowanie ratunkowe, w razie stwierdzenia braku przepływu lub wystąpienia powikłania zakrzepowego [2,11,12,16].

W przypadku nieskutecznej PCI, gdy nie poszerzono zamkniętej tętnicy wieńcowej lub nadal utrzymują się objawy niedokrwienia, może być wskazane wykonanie pomostowania aortalno-wieńcowe (CABG). Zabieg ten polega na wszczepieniu pomostów naczyniowych omijających miejsca zwężeń tętnic wieńcowych. Pomostami naczyniowymi

są najczęściej tętnica piersiowa wewnętrzna, żyła odpiszczelowa i tętnica promieniowa. Jeden koniec naczynia pomostującego wszywany jest do tętnicy wieńcowej poniżej zwężenia, a drugi jej koniec łączy się z aortą. W przypadku dalszego odgałęzienia aorty, czyli tętnicy piersiowej wewnętrznej wykonuje się tylko połączenie tego naczynia z naczyniem wieńcowym serca. Oprócz nieudanego PCI, CABG należy również rozważyć u chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową niekorzystną anatomią tętnic wieńcowych, z powodu mechanicznych powikłań zawału [17].

Jeżeli nie można wykonać pierwotnej PCI w ciągu 120 minut od rozpoznania STEMI, zaleca się, jeśli nie ma przeciwwskazań, leczenie fibrynolityczne. Należy je rozpocząć w ciągu 30 min od przybycia zespołu wyjazdowego lub zgłoszenia się chorego do szpitala. Po upływie 12 godzin nie ma korzyści z tego leczenia. Zaleca się stosowanie leku swoistego dla fibryny (tenekteplazy, alteplazy, reteplazy). Głównym powikłaniem leczenia fibrynolitycznego są krwawienia [11]. Przeciwwskazania do leczenia przedstawiono w tabeli I.

Tabela I. Przeciwwskazania do leczenia fibrynolitycznego wg wytycznych ESC [11]

Przeciwwskazania bezwzględne	Przeciwwskazania względne
krwotoczny udar mózgu lub udar mózgu o nieznanej etiologii przebyty kiedykolwiek	przemijający napad niedokrwienia mózgu w ciągu ostatnich 6 mies
udar niedokrwienno mózgu w ciągu ostatnich 6 mies	przedłużona lub traumatyczna resuscytacja
niedawny duży uraz w tym szczególnie uraz głowy (w ciągu ostatniego miesiąca) lub zabieg operacyjny	ciąża i pierwszy tydzień połogu
krwawienie żołądkowo-jelitowe w ciągu ostatniego miesiąca	leczenie doustnym antykoagulantem
nakłucie w miejscu niedającym się ucisnąć (np. biopsja wątroby, nakłucie lędźwiowe) w ciągu ostatnich 24h	lekooporne nadciśnienie tętnicze (ciśnienie skurczowe >180mmHg i/lub rozkurczowe >110mmHg)
rozpoznana skaza krwotoczna	czynny wrzód trawienny
rozwarstwienie aorty	zaawansowana choroba wątroby
uszkodzenie/nowotwór/malformacja tętniczo-żylna w OUN	infekcyjne zapalenie wsierdzia

Z fibrynolizą powinno być skojarzone leczenie przeciwplatekcyjne i przeciwkrzepliwie. Wszyscy chorzy poddani leczeniu fibrynolitycznemu powinni być przekazani do ośrodka wykonującego PCI. Jeżeli po 60-90 min. od rozpoczęcia fibrynolizy stwierdza się jej nieskuteczność należy natychmiast wykonać ratunkową PCI, w przypadku skutecznego leczenia fibrynolitycznego należy wykonać w ciągu 2-24 godzin koronarografię i ewentualnie PCI [16].

Leczenie w ostrych zespołach wieńcowych bez uniesienia odcinka ST zależy od stratyfikacji ryzyka. Wybór postępowania diagnostyczno - terapeutycznego ułatwiają skale punktowe: skala GRACE (*Global Registry of Acute Coronary Events*) oraz TIMI, jak również wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC – ang. *European Society of Cardiology*).

W skali GRACE, w celu ustalenia ryzyka, analizuje się parametry takie, jak wiek chorego, wartość ciśnienia skurczowego, częstość rytmu serca, podwyższenie troponiny sercowej, zmiany odcinka ST w zapisie EKG, stężenie kreatyniny w surowicy, klasę niewydolności serca oraz zatrzymanie krążenia przy przyjęciu. Każdy z parametrów ma przypisaną wartość punktową, która po dodaniu umożliwia zaklasyfikowanie chorych do grupy niskiego, umiarkowanego lub wysokiego ryzyka zgonu. Natomiast w skali TIMI (ang. *Thrombolysis In Myocardial Infarction*) czynnikami zwiększonego ryzyka są: wiek >65 lat, występowanie >3 czynników ryzyka choroby wieńcowej, ponad 50% zwężenie w tętnicy wieńcowej opisywane już wcześniej, zmiany odcinka ST w zapisie EKG wykonanym przy przyjęciu, dwa epizody bólu wieńcowego w przeciągu doby, podwyższona troponina sercowa oraz stosowanie ASA w ciągu ostatniego tygodnia. Każdy z wymienianych parametrów otrzymuje jeden punkt, maksymalnie siedem- wówczas jest największe ryzyko zgonu lub zawału mięśnia sercowego [15]. Istnieją dwie strategie postępowania u pacjentów z zawałem serca bez uniesienia ST:

- strategia inwazyjna, w której wykonuje się u chorych koronarografię w ciągu 24-72 godzin od przyjęcia na oddział połączoną z PCI lub wykonanie CABG (pomostowanie tętnic wieńcowych, ang. *Coronary Artery Bypass Graft*) po stabilizacji stanu pacjenta;
- strategia zachowawcza - chorzy leczeni są zachowawczo lekami przeciwniedokrwinnymi (azotany, β -blokery, blokery kanału wapniowego, ACEI, morfina), lekami stabilizującymi blaszkę miażdżycową (statyny, β -blokery, ACEI), ponadto wdraża się leczenie przeciwkrzepliwie (fondaparynuks, enoksaparyna, heparynę

niefrakcjonowaną HNF) oraz leczenie przeciwplatekcyjne (ASA, kłopidogrel, prasugrel, tikagrelor) [11].

ŚWIADOMOŚĆ I WIEDZA PACJENTÓW DOTYCZĄCA OSTRYCH ZESPOŁÓW WIEŃCOWYCH

W ostatnich dziesięcioleciach zmniejsza się w Polsce liczba zgonów z powodu chorób układu sercowo – naczyniowego. Niewątpliwie przyczynia się do tego wzrost świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz szerzenie się mody na zdrowy styl życia, czyli korzystne zmiany w sposobie odżywiania, zaprzestanie palenia tytoniu oraz podejmowanie aktywności fizycznej. Duże znaczenie przypisywane jest postępowi, jaki dokonał się w dziedzinie kardiologii inwazyjnej [4]. Pomimo tej statystyki, zawał serca stanowi istotny problem, rocznie występowanie OZW w Polsce szacuje się na >100 000, a w 2014 r. z powodu zawału serca hospitalizowano w naszym kraju około 77 000 chorych [11]. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest niedostateczna wiedza pacjentów na temat czynników ryzyka, profilaktyki i sposobu reagowania w przypadku wystąpienia objawów OZW.

COMPLIANCE I ADHERENCE W TERAPII CHOROBY WIEŃCOWEJ

W badaniach przeprowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) tylko połowa pacjentów postępuje zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Wiąże się to nie tylko z ujemnym wpływem na zdrowie, lecz także z konsekwencjami ekonomicznymi i społecznymi [18]. W literaturze *compliance* definiowane jest „zakres, w jakim pacjent przestrzega dawki i czasu przyjęcia leku zgodnie ze zleconym schematem” [19]. Oznacza to, że lekarze oczekują od pacjenta całkowitego podporządkowania się i dostosowania do zaleceń lekarskich. Aby wymusić na chorych przestrzeganie zaleceń, lekarze często starają się przestraszyć pacjenta różnymi zagrożeniami zdrowia i życia. Jedynie świadoma, partnerska współpraca lekarza i pacjenta może doprowadzić do zmiany w postępowaniu chorego. Zrozumienie przez chorego sensu działań leczniczych sprzyja ich akceptacji, co poprawia efektywność terapii [20]. Obecnie wybieranym określeniem jest trzymanie się planu terapeutycznego - *adherence*, który oznacza świadomą współpracę pacjenta z lekarzem w zakresie przyjmowania leków, przestrzegania diety i dokonywania zmian w stylu życia. Pacjent jest zaangażowany w swoje leczenie czynnie i dobrowolnie, co doprowadza

do pożądanego efektu terapeutycznego [21].

W ramach dokonywania zmian w stylu życia zaprzestanie palenia tytoniu ma bardzo duże znaczenie. Wszyscy palacze powinni być zachęcani do niepalenia i unikania palenia biernego poprzez motywowanie i udzielania wsparcia, można rozważyć również włączenie nikotynowej terapii zastępczej i leczenia przeciwdepresyjnego [22]. Następnym elementem prewencji wtórnej jest zmniejszenie masy ciała, wskaźnik masy ciała (BMI) powinien wynosić 20-25 kg/ m², a obwód talii < 92cm u mężczyzn i <80cm u kobiet. Należy zalecić zmniejszenie masy ciała o 5-10%, jeżeli obwód talii wynosi ≥ 102 cm u mężczyzn i ≥ 88 cm u kobiety. Trzymanie się planu terapeutycznego polega na przestrzeganiu odpowiedniej diety, wskazanym jest ograniczenie spożywania nasyconych kwasów tłuszczowych i zastępowanie ich kwasami tłuszczowymi pochodzenia roślinnego oraz ze zwierząt morskich. Powinno się ograniczyć całkowitą ilość tłuszczu do <30% spożywanych kalorii. Należy spożywać urozmaicone pokarmy o małej zawartości soli kuchennej. Zalecane jest regularne jedzenie warzyw i owoców, ryb, chudego mięsa, zbóż i pełnoziarnistego pieczywa (30- 45g błonnika dziennie), ubogo tłuszczowych produktów nabiałowych oraz niesolonych orzechów (30g dziennie). Spożycie napojów alkoholowych należy ograniczyć do 20g czystego etanolu dziennie u mężczyzn i 10g u kobiet, unikać napojów słodzonych [23]. Wszystkim pacjentom zaleca się regularną aktywność fizyczną o charakterze aerobowym, przeciętnie 3-5 razy w tygodniu po 30 minut. Częstość, czas trwania i intensywność należy uzależnić od stanu klinicznego pacjenta. Ponadto zachęca się pacjenta do zwiększenia codziennej aktywności fizycznej, praca w ogrodzie, spacer oczywiście, jeśli stan kliniczny na to pozwala [24]. Aby osiągnąć pożądaną wartość ciśnienia tętniczego krwi powinno wynosić < 140/90 mmHg, a u osób z cukrzycą <140/85 mmHg. Można tego dokonać poprzez modyfikację stylu życia, ewentualnie wprowadzenie leczenia farmakologicznego. Należy rozpocząć lub kontynuować stosowanie statyn albo tak zmienić swój styl życia, aby zmniejszyć stężenie cholesterolu frakcji LDL o co najmniej 50% od stężenia wyjściowego. U chorych na cukrzycę zaleca się, aby odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c) wynosił <7%. Wskazane są szczepienia przeciwko grypie, gdyż istnieje związek pomiędzy ostrymi infekcjami układu oddechowego a OZW [23]. Współpraca z lekarzem w zakresie przyjmowania leków polega na świadomym zażywaniu przez 12 miesięcy po zawale serca dwóch leków przeciwplatekcyjnych - kwasu acetylosalicylowego w połączeniu z tikagrelorem lub prasugrelem, ewentualnie ASA z kaptoprylem [24].

PODSUMOWANIE

Przestrzeganie powyższych zaleceń terapeutycznych przez chorego stanowi jeden z warunków skuteczności zastosowanej terapii. Niestety, większość pacjentów ma problemy z systematycznym przyjmowaniem leków. Często pomijają dawki leków lub na własną rękę modyfikują leczenie, nie przestrzegają diety i nie zmieniają stylu życia zgodnie z zaleceniami. Aby poprawić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych należy zwrócić uwagę na edukację samego zainteresowanego, jak również jego rodziny. Dlatego całą rodzinę powinno się objąć kompleksową opieką całego zespołu terapeutycznego, czyli lekarza kardiologa, pielęgniarkę, dietetyka, fizjoterapeutę i psychologa [25].

PIŚMIENNICTWO

1. Dziedzic B., Sienkiewicz Z., Zając P., Wiśniewski A.: Wiedza pacjentów na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca leczonych w specjalistycznej poradni kardiologicznej. *Pielęgniarstwo i zdrowie publiczne* 2015; 5(1): 11-19.
2. Ibanez B., James S., Agewall S., Antunes J. M., Antunes M., Bucciarelli-Ducci C., Bueno H., Caforio A., Crea F., Goudevenos J., Halvorsen S., Hindricks G., Kastrati A., Lenzen M., Prescott E., Roffi., Valgimigli M., Varenhorst C., Vranckx C., Widimsky P. Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST w 2017 roku. *Kardiologia Polska* 2018; 76(2): 229-313.
3. Jankowski P.: Zasady profilaktyki chorób układu krążenia w 2018 roku. *Kardiologia Inwazyjna* 2017; 5(12): 42-48.
4. Mącznik-Kubicka A.: Wtórna prewencja kardiologiczna u pacjentów po przebytym zawale serca. *Choroby Serca i Naczyń* 2016; 13(5): 363-366.
5. Żebrowska A., Hryniewiecki T.: Profilaktyka pierwotna i wtórna w chorobach układu krążenia. *Nowa Klinika* 2008; 14(3): 235-245.
6. Szabla Z., Reczek A., Brzostek T., Kawalec E., Malinowska-Lipień T., Gabrys T.: Problemy chorych i stopień ich rozwiązywania w ocenie chorych leczonych przezskórną angioplastyką wieńcową z powodu ostrego zespołu wieńcowego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16(4): 343-351.
7. Kumar A., Cannon P. Ch., Niewiński P.: Ostre zespoły wieńcowe: diagnostyka i leczenie (niestabilna dławica piersiowa i NSTEMI). *Medycyna po dyplomie* 2010; 19(8): 26-51.

8. Handler C., Coghlan G., Pasierski T. (red): Problemy kardiologiczne w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 177-195.
9. Szymański M.F.: Hipercholesterolemia jako najbardziej rozpowszechniony czynnik ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. O czym warto pamiętać w codziennej praktyce? *Choroby Serca i Naczyń* 2014; 11(4): 204-211.
10. Kaszuba D., Nowicka A.: Pielęgniarstwo kardiologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
11. Aleksander Z., Kopeć-Augustynowicz E., Biała M.: Interna Szczeklika 2018. Medycyna Praktyczna, Kraków 2018.
12. Thygesen K., Alpert S.J., Jaffe S.A. i wsp.: Czwarta uniwersalna definicja zawału serca. *Kardiologia Polska* 2018; 76(10): 1383-1415.
13. Grafowski M.: Nowa uniwersalna definicja zawału serca. *Kardiologia na co dzień* 2008; 3(2): 42-43.
14. Bąk-Smolis E., Kazimierska B.: Fizjoterapia w kardiologii. Wydawnictwo Lapisart, Warszawa 2013.
15. Janiszewski M., Chmielewski M., Kuch M.: Ostry zespół wieńcowy - kiedy wybrać zachowawczą strategię leczenia? *Medycyna po dyplomie* 2017; 26(5): 35-37.
16. Referowska M., Leśniak W., Goncarz G.: Postępowanie w świeżym zawale serca z uniesieniem odcinka ST. *Medycyna Praktyczna* 2017; 12(322): 8-20.
17. Cichosz M., Rosa D.: Ocena rehabilitacji kardiologicznej poszpitalnej wczesnej u chorych po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG). *Rehabilitacja praktyczna* 2011; 4: 20-24.
18. Kubica A.: Współpraca z pacjentem – podstawowy warunek skuteczności terapii w chorobie wieńcowej. *Choroby Serca i Naczyń* 2009; 6(3): 131-134.
19. Rycombel A., Lomper K., Uchmanowicz I.: Adherence i compliance w leczeniu nadciśnienia tętniczego. *Nadciśnienie tętnicze* 2014; 18(3): 151-156.
20. Kubica A., Grześk G., Sinkiewicz W., Koziński M., Grześk E., Goch A.: Compliance, concordance, adherence w przewlekłej terapii. *Folia Cardiologica Excerpta* 2010; 5(2): 54-57.
21. Wajdlich M., Pietrasik P., Jarzębski T.: Współpraca z lekarzem i przestrzeganie zaleceń medycznych przez pacjentów w różnych stadiach przewlekłej choroby nerek. *Nefrologia i dializoterapia Polska* 2011; 15(1): 33-37.

22. Kuch M., Janiszewski M., Mamcarz A.: Rehabilitacja kardiologiczna. Wydawnictwo MedEdu, Warszawa 2014.
23. Referowska M., Leśniak W.: Zapobieganie chorobom sercowo-naczyniowym w praktyce klinicznej. Medycyna praktyczna 2016; 11: 13-33.
24. Jankowski P.: Zasady profilaktyki wtórnej u chorych po ostrym zespole wieńcowym w 2016 roku. Kardiologia Inwazyjna 2016; 3(11): 34-39.
25. Gaciong Z., Kardas P.: Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych od przyczyn do praktycznych rozwiązań. Wydawnictwo Naukowa Fundacja Polpharmy, Warszawa 2015.

Jakość opieki a satysfakcja z opieki pielęgniarstwiej u pacjentów z ostrą białaczką szpikową hospitalizowanych w Oddziale Hematologii

Izabela Chmiel¹, Anna Malarz²

1. Wydział Nauk o Zdrowiu, UJ CM Kraków
2. Oddział Hematologii i Chorób Wewnętrznych, Specjalistyczny Szpital im. Ludwika Rydygiera Kraków

WSTĘP

Według Donabediana jakość opieki zdrowotnej jest rodzajem opieki, w którym bierze się pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści oraz strat, oraz maksymalizuje się dobro chorego [1]. Może ją rozpatrzeć w różnych punktach widzenia: chorego, pielęgniarzek czy społeczeństwa [1,2].

Z perspektywy chorego jakość opieki to bardzo łatwy dostęp do świadczeń zdrowotnych, informacja o stanie zdrowia, metodach leczenia, jak również edukacja zdrowotna, która ma na celu zdobycie przez chorego umiejętności samodzielnej opieki. Komfort psychiczny/wsparcie oraz dobre relacje z otoczeniem, jak również satysfakcja z otrzymanej opieki są bardzo ważne w procesie leczenia.

Z punktu widzenia pielęgniarzek, personelu medycznego najważniejsze w ocenie jakości jest realizacja usług zgodnie z obowiązującymi wymogami i standardami, jak również wzajemna integracja w zapewnieniu choremu opieki zdrowotnej.

Z punktu widzenia społeczeństwa ocena jakości opieki to zestawienie swoich oczekiwań w stosunku do podmiotów leczniczych i strumienia informacji w mediach.

W literaturze przedmiotu czytamy, że jakość w opiece pielęgniarstwiej to jeden z elementów opieki medycznej dotyczący bezpośrednich działań i relacji pomiędzy pielęgniarzką a pacjentem. Zgodnie z aktualnie obowiązującymi wymogami każda interwencja podejmowana przez pielęgniarzkę powinna być oparta na wiedzy, doświadczeniu zawodowym i wartościach normatywnych, do których zalicza się: preferencje pacjentów, koszty opieki, oraz aspekty prawne, kulturowe i etyczne [3,4]. Według innych doniesień to również troska

o dobro pacjenta na każdym etapie pielęgnacji, przestrzeganie praw pacjenta i właściwa komunikacja z nim [5,6]. Dlatego też w związku z istnieniem dużej ilości podmiotów, które tworzą rynek usług medycznych ocena jakości opieki pielęgniarstwa winna być rozpatrywana w kilku aspektach, takich jak: poziom świadczonych usług, profesjonalizm personelu czy dostępność [7,8,9,10]. Najważniejszą rolę w tej ocenie odgrywa sam chory, dla którego subiektywną oceną jakości opieki jest stosunek pomiędzy jego odczuciem związanym z usługą medyczną a wymaganiami i oczekiwaniami w stosunku do opieki zdrowotnej. W ocenie chory bardzo często kieruje się wynikami procesu leczenia, postawą personelu medycznego, organizacją pracy pielęgniarstwa, czasem oczekiwania na usługę pielęgniarstwa oraz czasem poświęconym samemu pacjentowi, jak również komfortem i warunkami socjalno – ekonomicznymi w danej placówce medycznej [9,10,11].

CEL PRACY

Głównym celem przeprowadzonego badania była ocena stopnia zadowolenia z opieki pielęgniarstwa u pacjentów z ostrą białaczką szpikową, analiza wpływu wybranych czynników, towarzyszących tej opiece oraz określenie ich wzajemnych powiązań i zależności.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono od 1 lipca do 17 września 2017 roku w Oddziale Hematologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Dziennym w Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie [12].

W badaniu uczestniczyło 92 pacjentów. Przed przystąpieniem do badania uzyskano zgodę na ich przeprowadzenie od osób zarządzających w/w placówką. Poinformowano wszystkich uczestników badania o jego celu, zachowaniu pełnej anonimowości oraz dobrowolności uczestnictwa. Grupę badaną wyodrębniono stosując następujące kryteria dopuszczające:

- pacjent pozostający w leczeniu w Oddziale Hematologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Dziennym,
- podstawowa diagnoza lekarska: ostra białaczka szpikowa,
- wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań.

Za kryterium wykluczającym z badań przyjęto: brak zgody oraz niepełna lub błędnie wypełniona ankieta kwestionariusza.

W badaniu zastosowane zostały dwie metody badawcze – analizę literatury przedmiotu oraz metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety.

Kwestionariusz ankiety składał się z pięciu części. Trzy pierwsze, autorskie, dotyczyły danych socjodemograficznych (7 pytań), medycznych (9 pytań opracowanych pod kątem określenia wstępnego stanu zdrowia, ogólnego nastawienia psychicznego i emocjonalnego związanych z hospitalizacją badanego) oraz oczekiwań badanych wobec pielęgniarek (3 pytania).

Część czwarta kwestionariusza zawierała standaryzowaną Skalę Satysfakcji Pacjenta z Opieki Pielęgniarskiej, będącą polską wersją Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle, składającą się z dwóch części [13,14].

W części „*Twoje doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej*”, obejmującej 26 możliwości odpowiedzi, zadaniem badanego było wybranie odpowiedzi określającej, w jakim stopniu badany zgadza się z podanymi sformułowaniami. Ostatecznym wynikiem była średnia procentowa z uzyskanych odpowiedzi.

W części „*Twoje opinie o opiece pielęgniarskiej*” przedstawiono badanym 19 sformułowań i poproszono, by używając podanych ocen, wyrazili swój osąd. Nasilenie (skala) ogólnej satysfakcji z opieki pielęgniarskiej, podobnie jak w części A, reprezentowana jest jako procentowa wartość średnia ze wszystkich, udzielonych dla danej pozycji ocen.

Ostatnią, piątą część, stanowiła Wielowymiarowa Skala Wsparcia Społecznego [15, 16]. Zamieszczono w niej 12 sformułowań. Zadaniem badanych było przypisać do tych stwierdzeń oceny. Końcowa ocena, będąca średnią procentową ze wszystkich udzielonych odpowiedzi, była miernikiem poziomu wsparcia, jakie badani otrzymali lub na jakie mogli liczyć ze strony personelu pielęgniarskiego.

Opisując zmienne odniesiono się do statystyk opisowych, tj. średniej arytmetycznej, mediany, odchylenia standardowego.

Badania korelacji przedmiotowych cech przeprowadzono w oparciu o współczynnik korelacji R, określający zarówno wartość (siłę) związku, jak i jej kierunek (dodatni lub ujemny).

W celu weryfikacji statystycznie istotnych wyników przyjęto poziom istotności $p = 0,05$.

Do opracowania danych sporządzono arkusz kalkulacyjny w programie Excel oraz skorzystano z aplikacji STATISTICA 10.

WYNIKI

Badaniem objęto 92 pacjentów z ostrą białaczką szpikową, z których 51 (55,4% K) badane to były kobiety, a pozostali 41 (44,6% M) badani byli mężczyznami.

Badanych podzielono na osiem grup wiekowych: do 20. roku życia, od 20 do 29 lat, od 30 do 39, od 40 do 49, od 50 do 59, od 60 do 69, od 70 do 79 lat oraz osoby powyżej 79. roku życia. Najmłodszymi kobietami było 5 badanych w wieku 19 lat, a najstarszą kobietą była 89-latka. Najmłodszych mężczyzn w wieku 21 lat było trzech, natomiast najstarszym z badanych był osiemdziesięciolatek. Najliczniejszą grupą wiekową stanowiło 19 (20,7%) badanych pomiędzy 40. a 49. rokiem życia i było to 9 kobiet i 10 mężczyzn, natomiast najmniej liczna grupą wiekową okazała się grupa do 20. roku życia, w której było tylko 5 (5,4%) badanych kobiet. Średnia wieku kobiet wynosiła $M_k=46,2$, a mężczyzn $M_m=49,0$.

Wśród badanych najwięcej osób pozostawało w związku małżeńskim – 52 (56,5%), jednakże rozwodnikami byli tylko mężczyźni – 3 (3,3%) badanych.

Zdecydowana większość badanych mieszkała w mieście, przy czym mieszkańcami Krakowa było 37 (40,2%) badanych, a innego miasta – 40 (43,5%) badanych. Pozostałych 15 (16,3%) badanych zadeklarowało, że mieszkają na wsi.

Najliczniej reprezentowane było wykształcenie zawodowe – 42 (45,7%) badanych, natomiast najmniej – 5 (5,4%) badanych – miało wykształcenie podstawowe.

Zdecydowana większość, bo aż 70 (76,1%) badanych, utrzymywało się z pracy zawodowej, rentę pobierało 3 (3,3%) badanych, a emeryturę 19 (20,7%) badanych. Z rodziną mieszkało 69 (75%) badanych, z opiekunami 5 (5,4%), natomiast samotnie 18 (19,6%) osób.

Dane medyczne

W całej grupie nie występowały osoby mające II i III stopień otyłości. Pierwszy stopień otyłości zaobserwowano u 6 (6,5%) badanych i były to wyłącznie kobiety, nadwaga dotyczyła 20 (21,7%) badanych. Dwie trzecie – 62 (67,4%) badanych – miało prawidłową wagę, natomiast niedowaga wystąpiła u 4 (4,3%) badanych.

Najczęściej występującą chorobą współistniejącą wśród badanych było nadciśnienie tętnicze, które stwierdzono u 20 (21,7%) badanych, kolejną cukrzycę, na którą chorowało 5 (9,8% K) kobiet oraz 3 (7,3% M) mężczyzn. Odnotowano również trzy przypadki nadczynności tarczycy, które dotyczyły 1 (2,0% K) z badanych kobiet oraz 2 (4,9% M)

z badanych mężczyzn, a także przypadki małopłytkowości, niedoczynności tarczycy oraz nietrzymanie moczu, które dotyczyły po 1 (1,1%) z badanych.

Co trzeci, 31 (33,7%) badanych, przebywał na oddziale po raz trzeci, czwarty pobyt zadeklarowało 24 (26,1%) badanych. Pięciokrotna hospitalizacja dotyczyła 15 (16,3%) badanych, natomiast po raz pierwszy na oddziale było 8 (8,7%) badanych.

Podczas przeprowadzania badania 5 (5,4%) badanych było w trakcie szóstej serii chemioterapii, 6 (6,5%) badanych pobierało piątą serię chemioterapii. Po 23 (25,0%) badanych było poddawanych trzeciej lub czwartej serii. Drugą serię chemioterapii otrzymywało 18 (19,6%) badanych. Pierwszy zabieg pobierało 11 (12,0%) badanych, natomiast dla 6 (6,5%) był to pierwszy pobyt w szpitalu, podczas którego nie byli jeszcze poddawani chemioterapii.

Najczęściej wymienianymi, według 75 (81,5%) badanych, utrudnieniami było ograniczenie aktywności i unieruchomienie. Sześćdziesiąt sześć (71,7%) badanych – zaznaczyło wenflon, centralne wkłucie oraz opatrunki. Na trzecim miejscu wymieniana była konieczność ciągłego przyjmowania leków i tę odpowiedź zaznaczyło 54 (58,69%) badanych. Najmniej, 42 (45,7%) badanych, uskarżało się na niemożność samoopieki i samopielęgnacji.

Brak kontaktu z rodziną i bliskimi był wymieniany najczęściej, przez 71 (77,2%) badanych, w odpowiedzi na pytanie o uciążliwości związane z hospitalizacją. Na drugim miejscu znalazło się poczucie osamotnienia w chorobie, które wymieniło 55 (59,78%) badanych, bezradność wobec choroby wskazało 35 (38,0%) badanych. Podobna liczba, bo 34 (37,0%) badanych, twierdziła, że uciążliwością towarzyszącą pobytowi w szpitalu był brak zrozumienia przez personel, natomiast najmniej osób – 21 (22,8%) badanych – uskarżało się na brak podstawowej wiedzy na temat choroby, sposobu postępowania i procedury leczenia, tego zdania była co czwarta z badanych kobieta oraz co piąty badany mężczyzna.

Wszyscy, 92 (100,0%) badanych, wymieniło osłabienie i złe samopoczucie, jako objawy stale towarzyszące hospitalizacji. Na nudności narzekało 76 (82,6%) badanych, na zmęczenie 75 (81,5%), wymioty i suchość w ustach wymieniło po 73 (79,3%) badanych, a na odwodnienie uskarżało się trzy czwarte 69 (75%) badanych. Ból był wymieniany przez 67 (72,8%) badanych. Jedna osoba mniej, 66 (71,7%) badanych, cierpiało na bezsenność i było to 36 (70,6% K) badanych kobiet i 30 (73,2% M) badanych mężczyzn. Dwie trzecie, 61 (66,3%) badanych narzekało na brak apetytu, biegunki, jako jedne z objawów podczas hospitalizacji wymieniło 55 (59,8%) badanych, natomiast na zaparcia cierpiało 48 (52,2%) badanych, a 54 (56,52%) odczuwało duszności. Najrzadziej wymienianą dolegliwością były odleżyny, na które uskarżało się 44 (47,8%) badanych.

Najczęściej wymienianym odczuciem o zabarwieniu pejoratywnym było ogólne przygnębienie, do którego przyznawało się 74 (80,4%) badanych. O lęku mówiło dwie trzecie – 61 (66,3%) – badanych. Osamotnienie było odczuwane przez 54 (58,7%) badanych, depresja dotyczyła 52 (56,5%) badanych pacjentów. Dokładnie połowa, 46 (50,0%) badanych stwierdziła, że z powodu niekorzystnych wyników badań odczuwali zasmucenie.

Wewnętrzny bunt, sprzeciw wobec choroby odczuwało 43 (46,7%) badanych, natomiast 31 (33,7%) badanych, a zatem co trzeci z nich deklarował, że: „brak mu jest wiary w to, że może być zdrowy”.

W części pytania dotyczącej pozytywnego nastawienia chęć prowadzenia normalnego życia, mimo postępującej choroby, zadeklarowało 62 (67,4%) badanych. Swoją chorobę zaakceptowało 39 (42,4%) badanych, natomiast akceptację rodzaju i toku leczenia zadeklarowało łącznie 38 (41,3%) badanych.

Tylko stan 3 (3,3%) badanych można było zakwalifikować jako „prawie dobry, zadowolający, „stan niezadowolający” stwierdzono u 11 (11,95%) osób, w stanie „średnio ciężkim” – było 32 (34,8%) badanych. Do najliczniejszej grupy, opisanej jako stan „ciężki”, należało 41 (44,6%) badanych, natomiast stan „bardzo ciężki” dotyczył 5 (5,4%) badanych pacjentów.

Nikt z badanych osób nie reprezentował zadowolającego poziomu nastawienia psychicznego, natomiast stan co czwartego – 25 (27,2%) badanych – zaliczono do grupy „niezadowolający”. Do nastawienia psychicznego określanego jako „średnio ciężkie” przypisanych zostało najwięcej – 49 (53,3%) badanych. Stan „ciężki” w odniesieniu do nastawienia psychicznego stwierdzono u 17 (18,5%) badanych. Bardzo ciężki stan reprezentował tylko 1 (2,4% M) mężczyzna.

Oczekiwania wobec opieki pielęgniarskiej

Poproszeni o określenie swoich oczekiwań wobec opieki pielęgniarskiej badani najrzadziej wymieniali pomoc w czynnościach życia codziennego – było to zaledwie 12 (13,0%) badanych. Na kolejnym miejscu znalazła się chęć bycia wśród ludzi, którą zadeklarowało 79 (85,9%) badanych. Kolejne z wymienionych w kwestionariuszu oczekiwań, ogólnie rozumiane jako „poprawa samopoczucia”, dotyczyło 81 (88,0%) badanych. Na dobrą opiekę pielęgniarską na najwyższym poziomie liczyło 87 (94,6%) badanych pacjentów. Największe oczekiwania i nadzieje dotyczyły opanowania dolegliwości i powrotu do zdrowia. W pierwszym przypadku odpowiedź tę zaznaczyło 89 (96,7%) badanych, a w drugim, oprócz

dwóch osób, 90 (97,8%) badanych: 50 (98,0% K) badanych kobiet i 40 (97,6% M) badanych mężczyzn.

Oprócz dwóch mężczyzn wszyscy pozostali, 90 (97,8%) badanych, zadeklarowali znajomość zakresu usług świadczonych przez placówkę. Osiedziesięcioro (87,9%) badanych poleciłoby placówkę ze względu na zrozumienie chorego twierdząc, że jest to najlepsza z placówek, jaką znają. Innymi z powodów polecenia placówki swoim znajomym było to, że pielęgniarki zostały ocenione przez 72 (79,1%) badanych jako „kompetentne”, a 69 (75,8%) badanych zwróciło uwagę na bardzo dobrą współpracę pielęgniarek i lekarzy. Trzy czwarte, 68 (74,7%) badanych, uważało, że na oddziale panowała miła, wręcz rodzinna atmosfera oraz, że świadczona opieka pozostawała na najwyższym poziomie. Jeden mniej, 67 (73,6%) badanych polecenie tej placówki argumentowało tym, że pracują w niej bardzo dobrzy lekarze, natomiast co do tego, że pacjenci podlegają kompleksowej opiece było zgodnych 55 (60,4%) badanych. Dla 16 (17,6%) badanych istotnym było to, że placówka znajdowała się blisko ich miejsca zamieszkania.

Oceniając przyczyny, z powodu których badany nie poleciłby placówki swoim znajomym, żaden z badanych pacjentów nie wpisał odpowiedzi „brak informacji o chorobie”, natomiast wpis „brak informacji o leczeniu” zamieściło 8 (8,8%) badanych. Dwoje (5,5%) badanych podało odpowiedź „długie oczekiwanie na pielęgniarkę”, natomiast 4 (4,4%) badanych, jako argument przeciwko poleceniu placówki swoim znajomym, wpisało: „niewpuszczanie rodziny pacjenta na chemioterapię”. Siedmioro (7,7%) badanych stwierdziło, że: „nie jest zadowolonych z pracy personelu”. O braku opieki podczas chemioterapii wspomniało tylko 5 (9,8%) badanych kobiet, a na brak empatii u personelu wskazało 4 (4,4%) badanych pacjentów. Najczęstszą przyczyną, która mogłaby być powodem niepolecania placówki przez badanych pacjentów było stwierdzenie: „nie z każdym można nawiązać kontakt”, które podało 11 (12,1%) badanych.

The Newcastle „Skala Satysfakcji Pacjenta z Opieki Pielęgniarskiej”

W badanej grupie doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej zostały ocenione powyżej 60%. Ocenę w granicach od 60% do 70% przyznał tylko 1 (1,1%) badany mężczyzna. Ocenę równą lub wyższą niż 70%, a poniżej 80%, wystawiło 21 (22,8%) badanych w tym 12 (23,5% K) badanych kobiet oraz 9 (22,0% M) badanych mężczyzn. Najczęściej wystawiane oceny poziomu i jakości opieki pielęgniarskiej zawierały się w granicach między 80% a 90 % i wystawiło je 50 (54,3%) badanych, wśród których było 27

(52,9% K) kobiet i 23 (56,1% M) mężczyzn. Najwyższe oceny określające satysfakcję z opieki pielęgniarskiej, powyżej 90%, przyznało 20 (21,7%) badanych.

Najniższa ocena w punktacji „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” wynosiła 69,0%, natomiast najwyższa była równa 96,7% i obie te oceny były wystawione przez mężczyzn. Średnie oceny w badanych grupach były prawie takie same: wśród badanych kobiet wyniosła ona 84,4%, wśród mężczyzn 84,7%, a dla całej badanej grupy wynosiła 84,5%. W grupie kobiet najniższe oceny średnie były przyznawane w grupach wiekowych 70-79 lat oraz poniżej 20. roku życia i wynosiły one odpowiednio: 81,3% i 82,2%. Pośród mężczyzn najwyższa średnia ocena 87,5% wystąpiła dla grupy wiekowej od 20. do 29. roku życia. Szczegółowe zestawienie wyników części „Twoje doświadczenie dotyczące opieki pielęgniarskiej” w odniesieniu do wieku badanych zebrano w Tabeli I. Doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej – grupy wiekowe razem.

Tabela I. Doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej – grupy wiekowe razem

Grupa wiekowa	Parametr					
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>
poniżej 20	5	82,2	79,2	84,2	1,66	82,5
20 - 29	13	86,7	70,1	96,7	6,99	87,8
30 - 39	13	84,0	69,0	93,2	6,09	83,4
40 - 49	19	85,9	71,5	96,5	7,69	88,3
50 - 59	18	84,5	76,3	90,5	4,55	86,6
60 - 69	8	85,1	77,4	94,3	5,88	87,0
70 - 79	10	82,7	74,3	90,4	4,92	81,8
80 i więcej	6	80,9	70,7	90,4	7,66	82,3
RAZEM	92	84,5	69,0	96,7	6,38	86,3

(*N* – liczebność; *M* – średnia; *Min* – minimum; *Max* – maximum; *D* – odchylenie standardowe; *Me* – mediana)

Najniższa średnia doświadczeń dotyczących opieki pielęgniarskiej wystąpiła w grupie badanych w wieku powyżej 80. roku życia i była ona równa 80,9%. Wśród badanych kobiet najniższa średnia – 81,3% – była w grupie wiekowej 70-79 lat, a wśród badanych mężczyzn przyjęła ona wartość 72,1% dla grupy powyżej 80 lat. Z kolei najwyższa średnia dla całej grupy badawczej – 86,7% – dotyczyła grupy wiekowej 20-29 lat, podobnie jak w

przypadku grup wiekowych dla kobiet, gdzie była równa 86,4% oraz dla grup wiekowych badanych mężczyzn, dla której miała wartość 87,5%.

Poziom zadowolenia z pracy pielęgniarek na oddziale był wyższy niż 40%, minimalną oceną było 47,8% i została ona wystawiona przez 44-letnią kobietę, podobnie jak pozostałe oceny w przedziale pomiędzy 40% a 50%, które przyznały łącznie 4 (4,3%) badane kobiety (7,8% K). Po 5 (9,8% K) badanych kobiet oraz 5 (12,2% M) badanych mężczyzn oceniło pracę pielęgniarek pomiędzy 50% a 60%, natomiast 3 (3,3%) badanych wystawiło oceny w granicach od 60% do 70%. Opinia 9 (9,8%) badanych zawierała się w przedziale 70% - 80%, natomiast oceny między 80% a 90% zostały przyznane przez 15 (29,4% K) badanych kobiet i 15 (36,6% M) badanych mężczyzn. Najwyższe oceny, ponad 90%, zostały wystawione przez 36 (39,1%) badanych.

Najniższą oceną, dotyczącą opinii o pracy i opiece pielęgniarskiej, było 47,8%, natomiast oceny najwyższe, równe 100,0%, były wystawiane zarówno przez badane kobiety, jak i przez badanych mężczyzn. W grupie badanych mężczyzn ocena maksymalna – 100,0% – wystąpiła w dwóch grupach wiekowych: 30 – 39 lat oraz 40 – 49 lat, natomiast wśród badanych kobiet ocena ta nie została wystawiona w dwóch najmłodszych grupach wiekowych (łącznie do 29. roku życia) oraz w grupie pomiędzy 70. a 79. rokiem życia.

Średnie oceny w obu badanych grupach były zbliżone i wynosiły one dla badanych kobiet 81,3%, a dla badanych mężczyzn 84,5%, przy średniej w całej badanej grupie równej 82,7%. Szczegółowe zestawienie wyników części „Twoje opinie o opiece pielęgniarskiej” w odniesieniu do wieku badanych zebrano w Tabeli II. Opinie o opiece pielęgniarskiej – grupy wiekowe razem.

Najniższa średnia opinii odnoszącej się do opieki pielęgniarskiej wystąpiła u mężczyzn w grupie wiekowej powyżej 80. roku życia i wyniosła 54,3%.

W grupie kobiet najniższą średnią ocenę, równą 76,0%, również odnotowano w tym przedziale wiekowym. Najwyższa średnia dotycząca opinii o opiece pielęgniarskiej, dla całej grupy badanych, wystąpiła w grupie wiekowej 30 – 39 lat i wynosiła 85,0%, podobnie jak dla tej samej grupy wiekowej kobiet, gdzie średnia była równa 84,1%.

W przypadku badanych mężczyzn najwyższą średnią odnotowano w grupie wiekowej od 40. do 49. roku życia i wynosiła ona 87,4%. Średnia opinii o opiece pielęgniarskiej dla całej grupy badanych była równa 82,7%, w grupie badanych kobiet była niższa i wynosiła 81,3%, natomiast w grupie badanych przyjęła wartość równą 84,5%.

Tabela II. Opinie o opiece pielęgniarstwa – grupy wiekowe razem

Grupa wiekowa	Parametr					
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>
poniżej 20	5	79,8	60,4	95,2	11,54	80,4
20 - 29	13	83,4	48,5	95,2	11,68	85,5
30 - 39	13	85,0	50,5	100,0	16,18	85,5
40 - 49	19	83,4	47,8	100,0	18,15	92,5
50 - 59	18	84,0	52,7	100,0	14,30	86,5
60 - 69	8	83,5	55,8	100,0	15,77	86,6
70 - 79	10	82,7	74,3	90,4	4,92	81,8
80 i więcej	6	72,4	48,8	100,0	21,10	69,4
RAZEM	92	82,7	47,8	100,0	15,43	85,5

(*N* – liczebność; *M* – średnia; *Min* – minimum; *Max* – maximum; *D* – odchylenie standardowe; *Me* – mediana)

Zmodyfikowana Skala Wsparcia Społecznego

Oceniając poziom wsparcia, jakie według badanych otrzymali oni ze strony personelu pielęgniarstwa, żadna z badanych osób nie wskazała na poziom poniżej progu 50%, a równocześnie nikt z badanych nie zadeklarował oceny powyżej granicy 90%. Najwięcej, 44 (47,8%) badanych, oceniało poziom wsparcia pomiędzy 70% a 80%, natomiast najmniej ocen – 4 (4,3%) badanych – dotyczyło przedziału od 50% do 60%.

Maksymalna ocena dotycząca wsparcia otrzymanego przez badanych ze strony personelu pielęgniarstwa wynosiła 84,0% i wystąpiła w trzech grupach wiekowych mężczyzn obejmując badanych w wieku od 30. do 59. roku życia oraz w dwóch grupach kobiecych, a mianowicie grupie wiekowej 20 – 29 lat i 50 – 59 lat. Najniższa ocena wsparcia społecznego, równa 55,0%, wypadła w kobiecej grupie wiekowej od 30. do 39. roku życia. Wśród badanych mężczyzn najniższą ocenę wsparcia społecznego wystawiła grupa wiekowa od 30 do 39 lat i była ona równa 56,0%. Średnia ocena wsparcia wśród badanych kobiet wyniosła 73,4%, a wśród badanych mężczyzn średnia ocena równa była 75,4%. Średnia ocena wsparcia dla całej badanej grupy pacjentów wynosiła 74,3%. Szczegółowe zestawienie wyników części „Zmodyfikowana Skala Wsparcia społecznego” w odniesieniu do wieku badanych zebrano w

Tabeli III. Oceny wsparcia społecznego – grupy wiekowe razem.

Tabela III. Oceny wsparcia społecznego – grupy wiekowe razem

Grupa wiekowa	Parametr					
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>
poniżej 20	5	71,6	67,0	77,0	3,50	70,0
20 - 29	13	76,2	60,0	84,0	7,51	78,0
30 - 39	13	73,8	55,0	84,0	9,21	77,0
40 - 49	19	74,8	60,0	84,0	7,05	76,0
50 - 59	18	76,4	65,0	84,0	5,80	78,0
60 - 69	8	74,1	63,0	80,0	5,78	76,5
70 - 79	10	71,5	63,0	83,0	6,22	70,0
80 i więcej	6	70,0	61,0	80,0	7,59	69,0
RAZEM	92	74,3	55,0	84,0	7,23	76,0

(*N* – liczebność; *M* – średnia; *Min* – minimum; *Max* – maximum; *D* – odchylenie standardowe; *Me* – mediana)

Najwyższa średnia dotycząca oceny wsparcia udzielona przez badanych wystąpiła w grupie wiekowej 20 – 29 lat, i wynosiła ona 76,2%, przy średniej równej 74,8% w tejże grupie wiekowej dla kobiet, a 79,5% dla mężczyzn. Najwyższa średnia ocena wśród badanych kobiet wynosiła natomiast 77,6% i przyznały ją badane w wieku pomiędzy 50. a 59. rokiem życia. Wśród badanych mężczyzn najwyższą oceną była wymieniona wyżej w grupie od 20. do 29. roku życia. Najmniejszą średnią ocenę wsparcia w grupie badanych kobiet, równą 67,0%, zaobserwowano w przedziale wiekowym od 70 do 79 lat, natomiast w grupie mężczyzn najniższa ocena wyniosła 63,0% i wystąpiła w grupie powyżej 80. roku życia.

Zależności

Występujące najwyższe rodzaje korelacji, określane jako praktycznie pełne, dotyczyły związków pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia a cyklem chemioterapii: dla całej grupy badanych współczynnik korelacji był równy $R = 0,94$, dla badanych kobiet $R_K = 0,92$, a dla badanych mężczyzn $R_M = 0,96$, przy istotności $p < 0,001$ dla każdego przypadku. Podobnie wysoki współczynnik korelacji wystąpił wśród mężczyzn w korelacji pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia a kolejnym pobytem na oddziale $R_M = 0,90$ ($p < 0,001$).

Zależność bardzo duża, odpowiadająca korelacji o bardzo wysokim stopniu, wystąpiła dwudziestodwukrotnie i poziom istotności każdorazowo był mniejszy niż $p < 0,001$. Tak wysoka korelacja ośmiokrotnie była związana z pobytem na oddziale, siedmiokrotnie z cyklem chemioterapii, sześciokrotnie dotyczyła ogólnego stanu zdrowia badanych, a dwa razy z opinią badanych o opiece pielęgniarskiej. Najwyższą, w tej grupie zależności, wartość miała korelacja dotycząca badanych kobiet i związku „wsparcie” – „cykl chemioterapii”: $R_K = 0,89$, a najniższą, odnoszącą się do całej badanej grupy pacjentów, w korelacji „pobyt na oddziale” – „wsparcie”: $R = 0,80$.

Korelację wysoką, określaną jako zależność znaczna, a dla której współczynnik R zawiera się przedziale od 0,6 do 0,8, stwierdzono w 17 przypadkach i dla nich również poziom istotności każdorazowy był mniejszy niż $p < 0,001$. Po sześć przypadków korelacji tego typu było związanych z doświadczeniami dotyczącymi opieki pielęgniarskiej oraz z ilością pobytów na oddziale, natomiast ogólnej oceny stanu zdrowia dotyczyły trzy, a cyklu chemioterapii dwa. Najwyższa wartość współczynnika korelacji tej klasy dotyczyła związku pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia a doświadczeniami płynącymi z opieki pielęgniarskiej w grupie badanych kobiet oraz dla całej grupy pacjentów dla zależności pomiędzy doświadczeniami dotyczącymi opieki pielęgniarskiej a kolejnymi cyklami chemioterapii i była równa $R_K = 0,79$, natomiast najniższą wartość $R_M = 0,70$ współczynnik przyjął w korelacji „doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej” a „ilość pobytów na oddziale” wśród badanych mężczyzn.

W sześciu przypadkach wystąpiła korelacja umiarkowana (zależność istotna), przy czym zawsze była ona związana z ogólną oceną nastawienia psychicznego, z czego czterokrotnie miała wartość ujemną. W grupie badanych kobiet współczynnik korelacji dotyczący liczby cykli chemioterapii wyniósł $R_K = -0,40$ ($p = 0,01$), opinii o opiece pielęgniarskiej $R_K = -0,42$ ($p = 0,006$), a wieku $R_K = 0,49$ ($p = 0,001$). Dla badanych mężczyzn zależność z opiniami dotyczącymi opieki pielęgniarskiej określił współczynnik korelacji równy $R_M = -0,42$ ($p = 0,002$), natomiast w odniesieniu do całej badanej grupy pacjentów współczynniki wyniosły: w powiązaniu z wiekiem $R = 0,43$ ($p < 0,001$), a z opinią o opiece $R = -0,40$ ($p < 0,001$).

Niska korelacja, o wyraźnej zależności, w dwóch przypadkach dotyczyła związku pomiędzy wiekiem i wykształceniem: w grupie badanych mężczyzn była równa $R_M = -0,28$ ($p = 0,047$), a dla całej grupy badanych pacjentów wynosiła $R = -0,25$.

($p = 0,016$). W ośmiu pozostałych korelacjach związek dotyczył ogólnej oceny nastawienia psychicznego i trzech innych parametrów. Najwyższe, bezwzględne wartości, bliskie górnej granicy, dotyczyły grupy kobiet i były równe $R_K = -0,39$ ($p = 0,012$) dla zależności ze wsparciem i doświadczeniami dotyczącymi opieki, natomiast najniższa, bezwzględna wartość $R = -0,22$ ($p = 0,035$) wystąpiła w związku z ogólną oceną stanu zdrowia dla całej badanej grupy. Wartości korelacji pomiędzy wybranymi czynnikami oraz poziomy istotności zebrano w Tabeli IV. Współczynniki korelacji i poziomy istotności.

Poziom istotności „p” był wyliczany tylko dla wartości $R > 0,20$ i ze względu na założony w niniejszej pracy graniczny poziom istotności $p = 0,05$, korelacje, dla których nie został spełniony ten warunek nie były analizowane. Poziomy istotności poniżej przyjętej granicy gwarantujące, że otrzymane wyniki są statystycznie istotne, zaznaczono kolorem zielonym.

Tabela IV. Współczynniki korelacji i poziomy istotności

Czynniki	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
Pobyt na oddziale						
cykl chemioterapii	0,88	<0,001	0,85	<0,001	0,86	<0,001
ogólna ocena stanu zdrowia	0,87	<0,001	0,90	<0,001	0,88	<0,001
ogólna ocena nastawienia psychicznego	-0,25	0,07	-0,16		-0,20	0,056
oczekiwania	-0,01		0,06		0,00	
doświadczenie dot. opieki	0,73	<0,001	0,70	<0,001	0,71	<0,001
opinia o opiece (odczucia)	0,72	<0,001	0,83	<0,001	0,76	<0,001
wsparcie	0,83	<0,001	0,74	<0,001	0,80	<0,001
wiek	-0,04		0,14		0,03	
wykształcenie	0,09		-0,12		-0,01	
Cykl chemioterapii						
ogólna ocena stanu zdrowia	0,92	<0,001	0,96	<0,001	0,94	<0,001
ogólna ocena nastawienia psychicznego	-0,40	0,01	-0,18		-0,26	0,012
oczekiwania	-0,07		0,10		-0,03	
doświadczenie dot. opieki	0,87	<0,001	0,74	<0,001	0,79	<0,001
opinia o opiece (odczucia)	0,87	<0,001	0,86	<0,001	0,85	<0,001
wsparcie	0,89	<0,001	0,88	<0,001	0,88	<0,001
wiek	-0,14		-0,18		-0,13	1

wykształcenie	0,22	0,121	-0,06		0,06	
Ogólna ocena stanu zdrowia						
ogólna ocena nastawienia psychicznego	-0,31	0,049	-0,18		-0,22	0,035
oczekiwania	-0,04		0,15		0,00	
doświadczenie dot. opieki	0,79	<0,001	0,73	<0,001	0,75	<0,001
opinia o opiece (odczucia)	0,82	<0,001	0,87	<0,001	0,83	<0,001
wsparcie	0,82	<0,001	0,87	<0,001	0,84	<0,001
wiek	0,07		-0,01		0,05	
wykształcenie	0,09		-0,10		-0,03	
Ogólna ocena nastawienia psychicznego						
oczekiwania	0,06		0,03		0,02	
doświadczenie dot. opieki	-0,39	0,012	-0,17		-0,29	0,005
opinia o opiece (odczucia)	-0,42	0,006	-0,42	0,002	-0,40	<0,001
wsparcie	-0,39	0,012	-0,14		-0,27	0,009
wiek	0,49	0,001	0,31	0,027	0,43	<0,001
wykształcenie	-0,21		-0,05		-0,18	
Oczekiwania						
doświadczenie dot. opieki	-0,04		0,07		0,00	
opinia o opiece (odczucia)	-0,03		0,00		-0,04	
wsparcie	-0,03		0,18		0,01	
wiek	-0,11		-0,07		-0,12	
wykształcenie	-0,03		0,14		0,06	
Doświadczenia dotyczące opieki						
opinia o opiece (odczucia)	0,75	<0,001	0,72	<0,001	0,73	<0,001
wsparcie	0,76	<0,001	0,75	<0,001	0,75	<0,001
wiek	-0,14		-0,11		-0,13	
wykształcenie	0,17		-0,14		0,04	
Opinia o opiece (odczucia)						
wsparcie	0,82	<0,001	0,78	<0,001	0,81	<0,001
wiek	-0,07		-0,11		-0,08	
wykształcenie	0,19		-0,08		0,07	
Wsparcie						
wiek	-0,10		-0,19		-0,11	
wykształcenie	0,25	0,077	-0,02		0,12	
Wiek						
wykształcenie	-0,21	0,139	-0,28	0,047	-0,25	0,016

DYSKUSJA

Wśród wielu opracowań naukowych dotyczących specyfiki zawodu pielęgniarki, szereg z nich jest poświęconych zagadnieniom związanym z odczuwaną satysfakcją, wsparciem i zadowoleniem pacjenta z opieki pielęgniarskiej. Problemami tymi zajmowali się m. in. Trzebiatowska, Grabska, Kózka, Krukowski, Ostrowicka, Kalinowski, Moczydłowska oraz wielu innych autorów [17- 23].

Badania własne miały za zadanie określić ocenę stopnia zadowolenia z opieki pielęgniarskiej u pacjentów z ostrą białaczką szpikową, a także przeprowadzenie analizy wpływu wybranych czynników, towarzyszących tej opiece oraz określenie ich wzajemnych powiązań i zależności. W odróżnieniu od w/w. autorów, np. Kalinowski czy też Krukowski, nie skupiano się wyłącznie na analizie poszczególnych, występujących zarówno w części autorskiej kwestionariusza, jak i będących składowymi skal standaryzowanych, pytaniach, lecz połączono je w grupy odpowiadające wybranym czynnikom (vide: Zależności) i również poddano analizie.

Analizując stan zdrowia oraz nastawienie psychiczne grupy badanych pod względem płci, należy stwierdzić, że w niektórych przypadkach zachodziły wyraźne, istotne różnice pomiędzy grupami badanych kobiet i mężczyzn. Pierwsza z zaobserwowanych rozbieżności dotyczyła ilości cykli chemioterapii, jakim badani byli poddawani w trakcie przeprowadzania badań. Wyraźnie widać, że o ile od trzeciego cyklu, w którym uczestniczy blisko 20% więcej kobiet, to w kolejnych daje się zauważać przewaga ilościowa mężczyzn, co mogłoby wskazywać na to, że proces hospitalizacji dotyczący kobiet jest o wiele krótszy niż w przypadku mężczyzn. Dodatkowym potwierdzeniem tej tezy jest to, że po piątym cyklu chemioterapii do szóstego przystępuje tylko 2,0% kobiet i co dziesiąty mężczyzna (9,8% M).

Utrudnienia występujące podczas chemioterapii oraz uciążliwości towarzyszące hospitalizacji w badanych grupach dotyczyły w takim samym stopniu i natężeniu obu płci. Rozpatrując objawy występujące podczas hospitalizacji można wyróżnić dwie ich grupy: dotyczącą prawie wszystkich badanych oraz taką, gdzie występują rozbieżności między grupą badanych kobiet i mężczyzn. Do drugiej należy zaliczyć przede wszystkim brak apetytu, biegunki, duszność, zaparcia i odleżyny. Pozostałe objawy dotyczą ponad 75% badanych i są to odwodnienie, suchość w ustach, wymioty. U ponad 80% badanych występują ciągle zmęczenie i nudności, natomiast wszyscy badani deklarowali złe samopoczucie oraz

osłabienie. Oprócz pytań dotyczących objawów *stricte* fizycznych, zwrócono się do badanych o określenie towarzyszących im emocji i odczuć. Analizując otrzymane odpowiedzi należy stwierdzić, że chociaż większość z badanych odczuwa lęk, przygnębienie, osamotnienie czy depresję, to z drugiej strony akceptują oni swoją chorobę, rodzaj i uciążliwość przebiegu procesu leczenia, ale w o wiele większym stopniu przejawiają chęć walki o zdrowie i pragnienie prowadzenia, mimo swej choroby, normalnego życia. Można wysnuć wniosek, że swego rodzaju siłą motoryczną napędzającą te odczucia, jest pojawiający się w wielu wypadkach wewnętrzny bunt i sprzeciw wobec choroby, natomiast brak wiary, że można znowu być zdrowym towarzyszy najczęściej zasmuceniu z powodu niekorzystnych wyników badań.

Prawie 100% znajomość wśród badanych zakresu świadczonych przez placówkę usług świadczy o znakomitej polityce informacyjnej oddziału. Fakt, że przebywający na nim, biorący udział w badaniu pacjenci, swoje oczekiwania wobec opieki pielęgniarstwa wiąźali również z byciem wśród ludzi, świadczyć może o duchowo-emocjonalnym wymiarze opieki pielęgniarstwa tworzącej rodziną, prawie intymną atmosferę na oddziale. Znalazło to potwierdzenie przy podawaniu przez badanych powodów, dla których byliby gotowi polecić tę placówkę swoim znajomym. Badani przykładali wielką wagę do zrozumienia przez personel pielęgniarstwa potrzeb chorego, wysokiego poziomu świadczonych usług, kompetencji personelu i współpracy pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami. Oceniając pozytywne strony oddziału zachodziła prawie całkowita zgodność pomiędzy badanymi kobietami i mężczyznami, co w przypadku ocen negatywnych o oddziale już nie miało miejsca. Wprawdzie różnice te wynosiły maksymalnie 9,8% (K), tyle właśnie kobiet narzekało na brak opieki podczas chemioterapii oraz 7,8% (K) kobiet skarżących się na niewpuszczanie rodzin na zabiegi chemioterapii (przy ani jednym z mężczyzn w obu przypadkach), lecz wynikało to głównie z nieznajomości specyfiki procesu leczenia.

Ogólnie należy przyjąć, że podobnie, jak otrzymali to w swych badaniach Kalinowski i Grabska, poziom i satysfakcja z opieki pielęgniarstwa na oddziale, na którym przeprowadzano badania jest bardzo wysoki, o czym świadczą średnie oceny badanych kształtujące się w okolicach 85%, przy występującej tendencji do lekkiego spadku wraz z wiekiem badanych. Podobna sytuacja występuje przy ocenie opinii o opiece pielęgniarstwa, gdzie średnia w grupie badanych kobiet była równa 81,3%, a dla mężczyzn wynosiła 84,5% i gdzie również, wraz z wiekiem badanych, oceny stają się niewiele, ale jednak zauważalnie niższe. W obu tych przypadkach, tzn. satysfakcji i opinii z opieki pielęgniarstwa, nie odnotowano znaczących

różnic pomiędzy ocenami wystawianymi zarówno w grupie badanych kobiet i badanych mężczyzn, jaki w poszczególnych grupach wiekowych. Świadczyć to może o tym, że personel pielęgniarski traktował wszystkich swoich pacjentów w ten sam, wysoko oceniany sposób i robił to z pełnym profesjonalizmem [20- 23].

Poziom wsparcia, którego badani mogli oczekiwać lub które otrzymali ze strony personelu pielęgniarskiego, został oceniony średnio na 74,3%, przy wartości minimalnej wynoszącej 55,0% i maksymalnej 84,0%. W grupach wiekowych do 69. roku życia poziom wsparcia oscylował wokół podanych wyżej wartości, przy czym w dwóch ostatnich grupach wiekowych, tj. od 70. do 79. roku życia i powyżej 80. roku życia, oceny dotyczące wsparcia ulegały obniżeniu.

Analizując zależności łatwo zauważyć, że zachodząca prawie zupełna korelacja między takimi wybranymi czynnikami, jak cykl chemioterapii, ogólna ocena stanu zdrowia i ilość pobyków na oddziale jest następstwem wynikającym z charakteru choroby i nierozzerwalnie związanego z nią określonego procesu leczenia. Równocześnie uwzględniając pozostałe z rozpatrywanych elementów należy stwierdzić, że ilość pobyków na oddziale nie zależy i nie wpływa na ogólną ocenę stanu psychicznego, oczekiwania pacjentów, nie zależy od wieku badanych, ani od ich wykształcenia [22,23].

W bardzo silnym związku z ilością przyjętych zabiegów chemioterapii pozostają doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej, opinia o tej opiece i wsparcie otrzymywane ze strony personelu. Dodatni charakter korelacji świadczy o tym, że wraz z kolejnym cyklem chemioterapii wzrasta satysfakcja z opieki oraz poziom wsparcia otrzymywanego przez badanych. Odwrotne zjawisko dotyczy związku między nastawieniem psychicznym a kolejnym cyklem chemioterapii. Stwierdzono, że im więcej cykli, tym gorsze nastawienie psychiczne badanych. Wiąże się to z występowaniem wśród badanych takich emocji o charakterze pejoratywnym, jak pojawiający się brak wiary w polepszenie stanu zdrowia, lęk i osamotnienie, zasmucenie z powodu wyników badań warunkujących dalsze etapy leczenia. Podobna sytuacja dotyczy związków i występujących korelacji pomiędzy wymienionymi wyżej czynnikami a ogólną oceną stanu zdrowia i nastawienia psychicznego, co nie powinno dziwić, biorąc pod uwagę zachodzącą między nimi a liczbą chemioterapii praktycznie pełną zależność.

Na uwagę zasługuje fakt występowania kolejnej serii korelacji o charakterze ujemnym, mających miejsce między ogólnym nastawieniem psychicznym badanych a takimi determinantami, jak: doświadczenie dotyczące opieki (tylko w grupie badanych kobiet), sama

opinia o opiece i towarzyszące jej odczucia, poziom otrzymywanego wsparcia (również tylko w grupie kobiet). Zjawisko to, w powiązaniu z wcześniejszymi ustaleniami, należy rozumieć następująco: wraz z pojawieniem się pejoratywnych odczuć, będących źródłem niekorzystnego, negatywnego nastawienia psychicznego, badani zaczynają w coraz gorszy sposób postrzegać poziom i jakość opieki personelu pielęgniarskiego, a także udzielane badanym wsparcie. Biorąc pod uwagę, że pielęgniarki traktują w ten sam sposób wszystkich swoich podopiecznych nasuwa się wniosek, że badani z bardzo negatywnym nastawieniem psychicznym nie potrafią prawidłowo ocenić opieki i starań pielęgniarek uważając, że są one niskiej jakości. Odmienne wyniki badań otrzymała Jurczak i wsp., którzy stwierdzili, że cyt.: *"[...] im pacjenci byli starsi, tym zdecydowanie wyżej oceniali jakość opieki pielęgniarskiej niż pozostali respondenci"* [24]. Jednak w tym przypadku należy uwzględnić fakt, że badania Jurczak i wsp. dotyczyły wyłącznie opieki w zakresie bólu pooperacyjnego, a więc procesu kończącego pewien etap hospitalizacji, natomiast w przypadku chorych z ostrą białaczką szpikową mieli oni przed sobą perspektywę dalszego ciągu leczenia i kontynuowania zabiegów.

Stwierdzono, że ważniejsze dla badanych było to, jak są traktowani przez personel pielęgniarski, czy podczas hospitalizacji spotykają się ze zrozumieniem ich trudnej sytuacji oraz okazywanie im życzliwości niż biegłość i sprawność w wykonywaniu czynności zawodowych.

Wysokie korelacje zachodzące pomiędzy doświadczeniami dotyczącymi opieki, wsparciem i opiniami o opiece potwierdzają wcześniejsze wnioski, o wysokim poziomie opieki świadczonej przez personel pielęgniarski oraz otrzymywanego od pielęgniarek wsparcia. Warto zwrócić uwagę na fakt, że ci z pacjentów, którzy wysoko oceniali poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej, również wystawiali wysokie oceny i opinie dotyczące pracy pielęgniarek na oddziale. Podobne wyniki badań otrzymał zespół Moczydłowskiej i wsp. [23].

WNIOSKI

1. Kompetencje zawodowe pracujących na oddziale lekarzy i pielęgniarek, a także współpraca między nimi została oceniona przez badanych jako bardzo dobra.
2. Zakres udzielanych informacji przez personel pielęgniarski oraz ogólna polityka informacyjna oddziału są na bardzo wysokim poziomie i tylko w sporadycznych przypadkach, głównie dotyczących kwestii obecności osób postronnych (rodziny i przyjaciół) podczas zabiegów chemioterapii, powinna ulec poprawie.

3. Stopień zadowolenia badanych z otrzymywanych świadczeń pielęgniarskich jest bardzo wysoki. Istnieje silny związek pomiędzy wystawianą oceną dotyczącą satysfakcji z opieki a panującą na oddziale atmosferą: im lepsza atmosfera na oddziale, tym większe zadowolenie i satysfakcja z opieki pielęgniarskiej.
4. Warunki i atmosfera stworzone dzięki pracy pielęgniarek na oddziale jest bardzo przyjazna i pożądana przez pacjentów, którzy określają ją jako, cyt.: „domową, wręcz rodzinną”.
5. Istnieją silne, dodatnie korelacje pomiędzy odczuwanymi przez badanych emocjami a takimi czynnikami, jak ogólny stan zdrowia oraz panująca na oddziale atmosfera. Wraz ze wzrostem oceny podanych czynników odczucia o charakterze pejoratywnym wykazują tendencję malejącą, natomiast wzrasta poziom pozytywnego nastawienia pacjentów.
6. W badaniach nie stwierdzono znaczącego wpływu wieku i płci na oceny dotyczące poziomu opieki, opinii na jej temat i satysfakcji z usług pielęgniarskich.
7. Poziom wsparcia udzielanego badanym ze strony personelu pielęgniarskiego należy uznać za więcej niż zadowalający.
8. Dla pacjentów podlegających hospitalizacji na oddziale ważniejsze było wsparcie oraz troskliwa opieka i życzliwość ze strony pielęgniarek niż sprawne i biegłe wykonywanie czynności zawodowych.
9. Pacjenci z ostrą białaczką szpikową bardzo wysoko oceniają poziom opieki personelu pielęgniarskiego na Oddziale Hematologii w Krakowie.

PIŚMIENNICTWO

1. Czerw A., Religioni U., Olejniczak D.: Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012; 93(2): 269 – 273.
2. de Walden – Gałuszko K., Majkiewicz M.: Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych. Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2000.
3. Grabska K., Stefańska W.: Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 2(2): 8–12.

4. Kózka M., Gabrys T., Brzyski P.: Wybrane czynniki determinujące ocenę jakości opieki pielęgniarskiej w szpitalach pełniących stały dyżur. Wyniki projektu RN4CAST. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2012; 10(4): 227-287.
5. Muzolf A., Wiśniewska M.: Wybrane metody oceny jakości opieki pielęgniarskiej. *Zarządzanie kosztami, informacją i jakością w ochronie zdrowia. Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, Łódź 2012.
6. Gawel G., Kin-Dąbrowska J., Twarduś K.: Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziale kardiologicznym. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 4(16): 339 – 342.
7. Wyrzkowska M.: Ocena jakości opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2007; 3: 3 – 10.
8. Bączyk G., Ochamańska M., Stępień S.: Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 3(17): 173 – 177.
9. Gruca-Wójtowicz P., Mika M.: System zarządzania jakością w perspektywie personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2011; 12(35): 57– 60.
10. Currie V., Harvey G., West E., McKenna H., Keeney S.: Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 51(1): 73-82.
11. Piątek A.: Zarządzanie jakością. [w:] *Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów studiów licencjackich Wydziału Pielęgniarstwa oraz Wydziału Nauk o Zdrowiu*. Ksykiewicz D. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006: 305 – 332.
12. Malarz A.: Jakość opieki a satysfakcja z opieki pielęgniarskiej u pacjentów z ostrą białaczką szpikową. Praca magisterska. Promotor dr n.o zdr. Chmiel I. *UJCM WNZ Kierunek: Pielęgniarstwo* 2018.
13. Gutysz -Wojnicka A.: Zastosowanie polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle do oceny opieki pielęgniarskiej. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań 2010.
14. Thomas L.H., McColl E., Priest J., Boys R. J.: The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: an instrument for quality assessment of nursing care. *Qual. in Health Care* 1996; 5(2): 67-72.
15. Buszman K., Przybyła-Basista H.: Polska adaptacja Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Społecznego. *Polskie Forum Psychologiczne* 2017; 22(4): 581-599.

16. Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., Farley, G.: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment* 1988; 52(1): 30-41.
17. Trzebiatowska I.: Satysfakcja jako element jakości opieki [w]: Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce, de Walden- Gałuszko K., Majkowicz M. (red.). Akademia Medyczna, Gdańsk 2000: 16.
18. Kózka M.: Wsparcie społeczne w chorobie. [w:] Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym. Podręcznik dla studiów medycznych. Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2019: 45-49.
19. Krukowski J., Gaworska-Krzemińska A., Majkowicz M.: Ocena związku pomiędzy jakością opieki pielęgniarskiej a satysfakcją pacjenta w schyłkowej fazie choroby. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(3): 282–287.
20. Grabska K., Stefańska W.: Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17(1): 8-12.
21. Ostrowicka M., Walewska-Zielecka B., Olejniczak D.: Czynniki motywujące i satysfakcja z pracy pielęgniarek wybranych placówkach publicznej i prywatnej służby zdrowia. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2013; 11(2): 191-209.
22. Kalinowski P., Bojakowska U.: Ocena satysfakcji z opieki wśród pacjentów po operacji usunięcia zaćmy w prywatnej klinice okulistycznej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21(2): 173-178.
23. Moczydłowska A., Krajewska-Kułak E., Kózka M., Bielski K., Kulesza-Brończyk B., Kalandyk H.: Oczekiwania chorych wobec personelu pielęgniarskiego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22(4): 464-470.
24. Jurczak A., Kiryk A., Kotwas A., Pawlik J., Celewicz A., Szkup M., Grochans E.: Ocena jakości opieki pielęgnacyjnej w zakresie bólu pooperacyjnego. *Family Medicine & Primary Care Review* 2015; 17: 107-110.

Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa w kontekście COVID - 19

Emilia Wawszczak

Katedra Pielęgniarstwa, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Pielęgniarstwo w Polsce i na świecie z roku na rok staje się dziedziną coraz bardziej ugruntowaną na podwalinach nauki i podstawach prawnych. Kształcenie akademickie i różne formy doksztalcania podyplomowego, składające się ze specjalistycznych szkoleń, kursów kwalifikacyjnych, specjalizacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa zakończonych egzaminem państwowym, będących odpowiednikiem tej formy kształcenia na poziomie lekarskim, czy możliwość zdobywania kolejnych stopni naukowych sprawiają, iż z punktu widzenia ambicji i prestiżu pielęgniarstwo ciągle reprezentuje coraz większy poziom. Perspektywa „otwartych drzwi”, jeśli chodzi o możliwości pracy za granicą w zawodzie pielęgniarki także sprzyja z jednej strony ciągłej chęci podwyższania swoich umiejętności i kwalifikacji, a z drugiej pozwala na implantację poznanych w świecie dobrych rozwiązań systemowych na grunt polski [1]. Także w odbiorze społecznym w różnego rodzaju rankingach, chociażby na zawód zaufania publicznego rokrocznie pielęgniarstwo zajmuje czołowe miejsce. Same pielęgniarki w związku z tym z jednej strony mają poczucie docenienia ich ciężkiej pracy, czują się potrzebne, a w związku z tym gotowe do poświęceń [2]. Druga strona medalu to niestety coraz większe obciążenie pracą i coraz większa odpowiedzialność zawodowa. Powszechnie występujące braki kadrowe spowodowane permanentnymi zaniedbaniami skutkujące olbrzymią wyrwą pokoleniową, przemęczenie pracą w kilku miejscach w różnej formie zatrudnienia i choroby spowodowane wiekiem, i przemęczeniem wyznaczają ograniczenia w pracy pielęgniarzek [3].

Niemniej, ostatnie lata z perspektywy zmian zachodzących w środowisku można uznać za rokujące na lepsze. Taki też miał być rok 2020 ogłoszony przez WHO (Światową Organizację Zdrowia) rokiem pielęgniarki i położnej. Zaplanowano bogatą ofertę edukacyjną i informacyjną, ukierunkowaną na perspektywy rozwoju i możliwości związane z tym zawodem, i zainteresowanie nim młodych pokoleń. Mnóstwo konferencji, sympozjów, merytorycznych spotkań warsztatowych organizowanych przez uczelnie medyczne oraz organizacje samorządu zawodowego pielęgniarzek i położnych na różnych szczeblach. Wszystko to niestety zostało

zawieszone, a opinii publicznej niemal codziennie przekazywane są bieżące informacje „z pierwszej linii frontu”, opisujące „pracę u podstaw” w wykonaniu pielęgniarek, lekarzy, ratowników medycznych, diagnostów, fizjoterapeutów i innych osób czynnie biorących udział w walce z pandemią COVID- 19.

COVID – 19 (ang. *Coronavirus Disease 2019*) jest ostrą chorobą zakaźną wywołaną przez wirusa SARS - CoV-2. Po raz pierwszy zaobserwowano i opisano tę chorobę w Wuhan w środkowej części Chin w listopadzie 2019 roku. A zatem wyjątkowość, a zarazem trudność sytuacji polega na tym, iż mamy do czynienia z bardzo szybko rozprzestrzeniającą się chorobą zakaźną, której etiologia nie jest znana. Liczba publikacji medycznych dotyczących COVID – 19 jest nieduża. Wśród badaczy chińskich, którzy jako pierwsi rozpoczęli badania dotyczące jednostki chorobowej aż u ok. 80,9% ludzi choroba ma przebieg łagodny, natomiast u 4,7% występuje przebieg ostry z objawami niewydolności oddechowej, wstrząsem septycznym i niewydolnością wielonarządową [4]. Na podstawie obserwacji statystyk zachorowalności oraz powikłań śmiertelnych wynika, iż ok. 2% zachorowań spowodowanych wirusem kończy się śmiercią. Na ogół gorsze rokowanie związane jest z obecnością przewlekłych chorób współistniejących, do których zalicza się: chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze, nowotwory, przewlekłą chorobę obturacyjną płuc, choroby nerek, wirusowe zapalenie wątroby typu B, cukrzycę, niedobory odporności, osoby palące tytoń [5]. Do najczęstszych objawów choroby w świetle badań przeprowadzonych na populacji chińskiej należały: wysoka temperatura ciała (gorączka), suchy kaszel oraz objawy przewlekłego zmęczenia. Mniej charakterystyczne obejmowały objawy żołądkowe, wśród których najczęstszymi były: nudności i wymioty oraz biegunka. W badaniach obrazowych i laboratoryjnych typowymi dla COVID-19 są: obraz mleczonej szyby (56,4%) oraz obustronne jednolite zaciemnienia (51,8%) w tomografii komputerowej klatki piersiowej. W wynikach badań laboratoryjnych surowicy krwi uwagę zwracają podwyższone poziomy CRP, AlAT, ASPAT, kinazy kreatynowej oraz D-dimerów [6]. Dostępne na tym etapie poznania choroby dane dotyczące transmisji międzyludzkiej wirusa wskazują na drogę kropelkową oraz mechaniczne przeniesienie na błony śluzowe. Pomimo krótkiego czasu trwania choroba wywołana wirusem SARS - CoV-2 zdążyła swym agresywnym charakterem i szybkim tempem rozprzestrzeniania się zdobyć miano pandemii. Liczba osób zmarłych w Chinach na czas pisania niniejszego artykułu szacowana była na poziomie 5 tysięcy, osób z potwierdzoną chorobą było ok. 85 tysięcy, natomiast najbardziej doświadczonym pod względem śmiertelności krajem europejskim są Włochy, gdzie wg raportu Włoskiego Instytutu Zdrowia liczba osób z potwierdzoną chorobą wynosi 205 tysięcy, natomiast zmarło z powodu COVID – 19 już blisko 28 tysięcy osób.

Aktualne dane dotyczące Polski według Ministerstwa Zdrowia szacują liczbę osób zakażonych na 13337, liczba osób zmarłych 664 oraz liczba osób wyleczonych 3762 (dn.02.05.2020).

Wskutek nastania nowej rzeczywistości epidemicznej dotychczasowe procedury dotyczące funkcjonowania Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz poszczególnych specjalności profesjonalistów medycznych musiały bardzo szybko zostać uaktualnione i podporządkowane reżimowi sanitarnemu. Z dnia na dzień w nowej rzeczywistości zostały postawione także wszystkie obszary działania z zakresu praktyki pielęgniarstwa.

Celem niniejszego artykułu jest analiza wybranych aktów prawnych, rozporządzeń i rekomendacji wydanych przez instytucje rządowe, samorządowe i towarzystwa naukowe mających bezpośredni wpływ na zmianę warunków pracy pielęgniarek w Polsce w związku z pandemią COVID – 19.

Jednymi z pierwszych były „Rekomendacje dla pielęgniarstwa kadry zarządzającej szpitalami w zakresie podjęcia działań przygotowujących pielęgniarki do opieki nad chorymi leczonymi w oddziałach intensywnej terapii w sytuacji rozwoju epidemii COVID-19” ogłoszone na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 17.04.2020 roku, a powstałe w wyniku współpracy Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki [7]. Co do zasady rekomendacje określają kwalifikacje pielęgniarek najbardziej kompetentnych do opieki nad chorymi w fazie zaostrzenia choroby przebiegającej z niewydolnością oddechową. Są nimi pielęgniarki posiadające specjalizację z anestezjologii i intensywnej opieki, a także kurs kwalifikacyjny bądź specjalistyczny w tej samej dziedzinie. Autorzy zwracają także uwagę na konieczność szkoleń wewnętrznych dla pozostałego personelu pielęgniarstwa z zakresu opieki nad pacjentem wentylowanym, na okoliczność pomocy w sytuacji wyższej konieczności. Konkretnie wytyczne wchodzące w skład Rekomendacji uzupełnia „Awaryjna adaptacja do pracy dla pielęgniarek pracujących w OIT”, wydana przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki [8]. Wartość tego poradnika jest na tyle duża, że w sposób szczegółowy opisuje czynności newralgiczne w warunkach Oddziału Intensywnej Terapii z perspektywy pacjenta oraz pielęgniarki, oraz przedstawia gotowy algorytm postępowania. Omówiono takie aspekty i sytuacje kliniczne, jak: bezpieczne pozycjonowanie pacjenta z zaawansowanymi technikami udrożnienia dróg oddechowych i wentylowanego respiratorem, postępowanie z pacjentem z założoną rurką intubacyjną, bezpieczne postępowanie z pacjentem wentylowanym metodą inwazyjną i nieinwazyjną, odsysanie dróg oddechowych przy pomocy systemów zamkniętych

u pacjentów z rurką dotchawiczą lub tracheostomijną, bezpieczne ustawianie alarmów w krytycznych obszarach opieki oraz zalecane postępowanie w przypadku alarmu SpO₂, EKG i ciśnienia tętniczego krwi na monitorze, ocena sedacji i bezpieczeństwa pacjenta, bilans płynów i zarządzanie płynoterapią, pielęgnacja jamy ustnej i oczu u pacjenta w stanie zagrożenia życia, sprawowanie kontroli nad obszarami szczególnie narażonymi na ucisk. Do opracowania polskiego dołączone są także „Zalecenia włoskich pielęgniarek Oddziału Intensywnej Terapii w zakresie COVID– 19” zrzeszonych w stowarzyszeniu ANIATRI (*Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica, ang. National Association of Critical Area Nurses*) zdobyte podczas wciąż trwającej, ale rozpoczętej wcześniej epidemii we Włoszech. Włosi zwracają uwagę na aspekty organizacji pracy, ze szczególnym uwzględnieniem środków bezpieczeństwa i ochrony indywidualnej w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa także w licznej grupie pracowników ochrony zdrowia. Duży nacisk kładą na szkolenia z zakresu procedur dotyczących ochrony osobistej: sposobu poprawnego ubrania i rozebrania się z kombinezonu ochronnego, prawidłowej dezynfekcji, triażu w obszarze Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych [9].

Kolejnym bardzo istotnym dokumentem opracowanym przez konsultantów wojewódzkich i krajowych w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego stanowią „Wytyczne zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w zakresie działań mających na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym” zamieszczone na stronach Ministerstwa Zdrowia dn. 17.04.2020 [10]. W bardzo klarowny sposób opisano warunki oraz postępowanie z pacjentem izolowanym z powodu podejrzenia występowania koronawirusa bądź zakażonego COVID – 19 w podmiocie leczniczym. Zwrócono uwagę na potrzebę utrzymania czystości oraz omówiono zasady sprzątania i dezynfekcji, z zaakcentowaniem użycia odpowiednich środków, unikaniu preparatów w formie aerozolu, zachowaniu środków ochrony indywidualnej przez pracowników serwisu sprzątającego pomieszczenia służące do izolacji. Przedstawiono kolejność czynności, która musi być wykonana, aby bezpiecznie przygotować pomieszczenie dla następnych chorych po opuszczeniu izolatki przez chorego. Uszczegółowiono zasady postępowania z bielizną pacjenta, zmianą bielizny pościelowej oraz odpadami medycznymi. Uściślono zasady organizacji żywienia pacjentów, a także prowadzenia działalności z zakresu edukacji zdrowotnej pacjenta z chorobą zakaźną. Zwrócono uwagę na konieczność stworzenia lokalnych procedur dedykowanych dla konkretnych miejsc, dotyczących postępowania ze zwłokami ludzkimi w oparciu o Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi

(Dz.U. z 2020, poz.585, regulujące sposób postępowania ze zwłokami osób zmarłych na chorobę wywołaną SARS CoV-2 (COVID 19-19) [11]. Bardzo ważną część wytycznych stanowił rozdział poświęcony środkom ochrony indywidualnej, które są przyporządkowane poszczególnym grupom pracowników zależnie od miejsca oraz rodzaju pracy, którą wykonują. W odniesieniu do placówek opieki stacjonarnej w obrębie sal chorych wskazano stosowny ubiór dla pracowników medycznych, personelu sprząającego oraz przedstawicieli administracji szpitalnej. Omówiono warunki i sposób przeprowadzenia bezpiecznej segregacji pacjentów (triażu). Także usystematyzowano dobór środków ochrony indywidualnej w części ambulatoryjnej uwzględniając zatrudnionych tam ludzi: pracowników medycznych, administracyjnych, sprząających, pacjentów; a także miejsca: gabinety konsultacyjne, poczekalnie, rejestrację, pokoje administracyjne i socjalne. Należy tu dodać, iż powstanie powyższych wytycznych w znaczny sposób ułatwiło muszącą nastąpić bardzo szybką reorganizację dotychczasowego, otwartego na pacjenta, funkcjonowania placówek do wdrożenia procedur typowych dla szpitali zakaźnych. Tak nagła zmiana jest czynnikiem niezwykle stresogennym zarówno dla personelu medycznego, jak i dla pacjentów. Wiąże się ona bowiem z wielką odpowiedzialnością i jednocześnie zagrożeniem, iż jeżeli któraś z czynności nie zostanie wykonana poprawnie może stać się przyczyną zakażenia i wywołać tzw. „efekt domina”, co niestety na początku trwania epidemii miało miejsce w kilku placówkach na terenie kraju.

Kolejnym ważnym aktem, który wszedł w życie na prośbę Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w związku z dynamicznie rozwijającą się sytuacją epidemiczną były Rekomendacje Ministra zdrowia, dotyczące skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii [12]. Powyższy dokument został opracowany na skutek potrzeby uregulowania dotychczas niejasnych zasad i coraz częstszych praktyk powoływania pielęgniarek do opieki nad pensjonariuszami Domów Pomocy Społecznej, pozostawionymi bez opieki z powodu konieczności odejścia ich dotychczasowych opiekunów na kwarantannę bądź z innego powodu. Sytuacja w wielu miejscach na terenie kraju przekroczyła znamiona bezpieczeństwa i na mocy decyzji wojewodów doszło do oddelegowania osób, które z powodów oczywistych nie mogły tego dokonać. Wśród często spotykanych nadużyć w odniesieniu do powoływanych osób występowało: nieprzestrzeganie kryterium wieku, sprawowanie opieki nad dzieckiem do lat 14, samodzielne wychowywanie dziecka, orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy. Konsekwencją niezastosowania się do oddelegowania była możliwość odwołania się (po fakcie wezwania) lub perspektywa kary pieniężnej. Poza tym powoływane do pracy pielęgniarki nie miały jasno przedstawionych warunków pracy, płacy, czy rzetelnej informacji

dotyczącej dostępnych środków ochrony i zakresu obowiązków. Postawa taka w dobrze znanej rzeczywistości braku personelu medycznego, a szczególnie pielęgniarek, spotkała się z niezrozumieniem w środowisku i koniecznością wypracowania norm prawnych obowiązujących zainteresowane strony. W toku prac stwierdzono, co następuje: „*możliwość skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii określona została w art. 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239, z późn.zm.)*” [13]. Określono kto może, a kto nie może zostać skierowany do pracy przy zwalczaniu epidemii. Wskazano organy upoważnione do wydania oraz dostarczenia decyzji o skierowaniu do pracy. Określono warunki pracy z uwzględnieniem podstawowych wytycznych, jak: czas trwania pracy, wynagrodzenie, koszty zakwaterowania i wyżywienia, jeśli skierowanie dotyczy miejsca innego niż miejsce zamieszkania, zagwarantowanie polisy ubezpieczeniowej, podpisanie umowy o pracę z podmiotem kierującym do pracy. Poza tym należy uwzględnić, iż zdecydowana większość osób pozostająca aktualnie w czasie trwania umowy o pracę w związku ze skierowaniem do pracy przy zwalczaniu epidemii nie może być pozbawiona dotychczasowego stosunku pracy poprzez rozwiązanie z nim umowy, ani nie może być dokonane wypowiedzenie umowy o pracę. Oddzielny i dość szczegółowy punkt poświęcony jest rekomendacji dotyczącej wynagrodzenia. Zdecydowano, iż przeciętne wynagrodzenie zasadnicze, na które została skierowana osoba nie może być niższe niż 150% wynagrodzenia na tymże stanowisku, a także nie może być niższe od tego uposażenia, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym decyzję o skierowaniu jej do pracy. Poza tym istotnym było uwzględnienie całego zarobku, który osoba skierowana do pracy utraciła nie mogąc kontynuować dotychczasowej pracy w postaci umowy cywilno – prawnej z innym pracodawcą. Opracowanie powyższych regulacji unormowało chaos i niebezpieczeństwo dla obu zainteresowanych stron: pielęgniarek i organów kierujących je do pracy przy zwalczaniu epidemii. Jasno określone zasady w bardzo szybkim czasie pozwoliły także na zapewnienie opieki we wszystkich placówkach, gdzie sygnalizowano jej deficyt.

Kolejnym aktem prawnym, który wszedł w życie w związku z narastającą sytuacją epidemiologiczną w Polsce jest „*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem*” [14]. W myśl tego rozporządzenia, dyrektor szpitala lub innej placówki leczniczej wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID – 19 sporządza listę

stanowisk uwzględniającą pracowników mających bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem oraz uczestniczącą w jego transporcie. Pracownicy, których stanowisko pracy widnieje na liście zobowiązani są zrezygnować z realizacji innej umowy o pracę, czy umowy cywilno – prawnej. W praktyce oznacza to brak możliwości kontynuowania współpracy na dotychczasowych warunkach z innym pracodawcą na mocy innej umowy o pracę, czy umowy cywilno – prawnej, co skutkuje utratą części wynagrodzenia (z perspektywą uzyskania rekompensaty na oddzielnych warunkach) w przypadku pielęgniarki. W dyskursie społecznym i w opinii przedstawicieli samorządów zawodowych profesji medycznych, w tym Okręgowych Izb Lekarskich i Okręgowych Izb Pielęgniarskich decyzje takie będą skutkowały powstaniem znacznych niedoborów pracowników w szpitalach nie zajmujących się stricte leczeniem tylko pacjentów z COVID – 19. Już w chwili obecnej coraz częściej codzienna praktyka wskazuje na przypadki pacjentów, których stan kliniczny znacząco się pogorszył na skutek wstrzymania zaplanowanych zabiegów operacyjnych. Wydłużenie okresu oczekiwania spowodowane brakiem wydolności bloków operacyjnych z powodu braku personelu medycznego może ten stan jedynie pogorszyć.

WNIOSKI

Pielęgniarki polskie to jedna z najbardziej ambitnych, a jednocześnie najciężiej pracujących grup zawodowych. Pomimo braku satysfakcji finansowej z tytułu wykonywanej pracy środowisko pielęgniarskie jest chętne do uczestniczenia w różnych formach kształcenia podstawowego i uzupełniającego. Liczba rosnących zaproszeń na konferencje naukowe typowo pielęgniarskie, jak i interdyscyplinarne uwzględniające głos pielęgniarek, jako ważny w szerokim kontekście, świadczą o rosnącej randze i prestiżu zawodu. Także coraz większa liczba uczelni przedstawiających w swej ofercie kształcenie na kierunku pielęgniarstwo potwierdza zapotrzebowanie społeczne na wysoki poziom usług pielęgniarskich [15]. Z uwagi na coraz bardziej starzejącą się kadrę pielęgniarską, której średnia wieku w chwili obecnej wynosi 52 lata, na poziomie centralnym pojawia się inicjatywa zachęcenia młodych osób stojących przed decyzją wyboru swojej przyszłej drogi zawodowej - do wyboru pielęgniarstwa. Także niektórzy pracodawcy coraz bardziej zaczynają doceniać zatrudniane przez nich pielęgniarki.

W dobie pandemii koronawirusa COVID – 19 pielęgniarstwo stanęło przed wielkim wyzwaniem. Stanowiska pracy dotąd dobrze zorganizowane, trzeba przeorganizować na nowo, wyposażyć w dodatkowy sprzęt, środki ochrony indywidualnej, zapewnić śluzy i pomieszczenia charakterystyczne dla potrzeb pacjentów z chorobami zakaźnymi, które

zarówno przez programy nauczania, jak i z powodu stosunkowo rzadkiego występowania traktowane były niszowo. U wszystkich, w tym także wśród pielęgniarek jest duży lęk przed nieznanym. Szczególnej wagi nabiera znajomość nowych procedur tworzonych na potrzeby sytuacji dostosowanych do poszczególnych oddziałów uwzględniając ich możliwości architektoniczne i specyfikę pacjentów. Część szpitali ogólnych zwłaszcza w mniejszych miejscowościach została w drodze rozporządzenia przekształcona w szpitale jednoimienne, co pozbawiło pielęgniarki możliwości wyboru pracy – muszą bardzo szybko dostosować się do warunków pracy z pacjentem zakaźnym. Także we wszystkich innych zakładach opieki zdrowotnej, gdzie zgłasza się pacjent, dotychczasowa otwartość, czasem spontaniczność w kontakcie z drugim człowiekiem muszą ustąpić miejsca bezpiecznemu dystansowi – na wypadek, gdyby pacjent przechodził chorobę bezobjawowo. Wiele danych wskazuje, że mimo stosowania środków dochodzi do zarażenia wirusem od pacjenta w miejscu pracy. W wielu specjalnościach, gdzie dominuje presja czasu istnieje realna obawa przed nieświadomym zakażeniem wirusem siebie, a następnie swojej rodziny, co działa niezwykle przygnębiająco. Niestety pielęgniarstwo na tym polu poniosło dotkliwą stratę. Dotychczas w Polsce zmarła z powodu COVID – 19 jedna pielęgniarka, wiele jest w trakcie trudnego leczenia bądź przechodzi rekonwalescencję. Z uwagi na brak znajomości jednostki chorobowej nie są znane odległe powikłania chorobowe.

Czas pandemii to okres, kiedy poza warunkami wojny pielęgniarki z narażeniem swego zdrowia i życia służą wiedzą, doświadczeniem, uśmiechem i radą drugiemu człowiekowi. To czas wielkiej próby, wielkich wyrzeczeń, dużej ofiarności i profesjonalizmu, zaangażowania fizycznego, psychicznego i emocjonalnego. Oby owocny i bez niepotrzebnych ofiar.

PIŚMIENNICTWO

1. Cisińska A.: Polskie czasopiśmiennictwo medyczne jako instrument doskonalenia zawodowego pielęgniarek rodzinnych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013; 19(2): 110–115.
2. Kędra E., Nowocień M.: Czynniki stresogenne a ryzyko wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Polskie* 2015; 3(57): 293 -306.
3. Głowacka M., Ruta A., Haor B., Rezmerska L., Humańska M., Ponczek D., Reszelska A.: Aspekty jakości życia pielęgniarek czynnych zawodowo – badania wstępne. *Zeszyty Naukowe WSHE. Nauki o Zdrowiu* 2013; 37: 131-143.

4. Wu Z., McGoogan J.M.: Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020; 24, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130> (data dostępu 28.04.2020).
5. Wang D., Hu B., Hu C.: Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA 2020; 323(11): 1061–1069.
6. Guan W.J., Ni Z.Y., Hu Y.: Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. New England Journal of Medicine 2020; 382:1708-1720.
7. Rekomendacje dla pielęgniarstwiej kadry zarządzającej szpitalami w zakresie podjęcia działań przygotowujących pielęgniarki do opieki nad chorymi leczonymi w oddziałach intensywnej terapii w sytuacji rozwoju epidemii COVID-19. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rekomendacja-dla-pielegniarskiej-kadryzarzadzajacej-szpitalami-w-zakresie-podjecia-dzialan-przygotowujacych-pielegniarki-do-opieki-nad-chorymi-leczonymi-w-oddzialach-intensywnej-terapii-w-sytuacji-rozwoju-epidemii-covid-19> (data dostępu 30.04.2020).
8. Awaryjna adaptacja do pracy w OIT dla pielęgniarek niepracujących w oddziałach intensywnej terapii. <https://ptpaio.pl/?id=65> (data dostępu 28.04.2020).
9. Zalecenia Włoskich Pielęgniarek Intensywnej Opieki - COVID-19. <https://ptpaio.pl/?id=65> (data dostępu 28.04.2020).
10. Wytyczne zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w zakresie działań mających na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyc...n-sars-cov-2-w-srodowisku-szpitalnym> (data dostępu 29.04.2020).
11. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz.U. z 2020, poz.585) <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000585>. (data dostępu 28.04.2020).
12. Rekomendacje Ministra zdrowia dotyczące skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/skierowanie-do-pracy-przy-zwalczaniu-epidemii>. (data dostępu 28.04.2020).
13. Artykuł 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239, z późn.zm.). <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001239>. (data dostępu 30.04.2020).

14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem. <http://isip.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000775>. (data dostępu 30.04.2020).
15. Abramczyk A.: Status społeczny i zawodowy pielęgniarstwa w Polsce i wybranych krajach europejskich. Zeszyt Naukowy Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy, LZDZ 2011; 1(10): 17.

Ocena wiedzy pielęgniarek na temat zaburzeń odżywiania

Agnieszka Balczun¹, Grzegorz Bejda², Agnieszka Kulak-Bejda³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Odżywianie kojarzy się przede wszystkim z zaspokajaniem podstawowej potrzeby fizjologicznej. Ale jeśli uważnie przyjrzymy się tej czynności, to okazuje się, że jest ona wpłątana w gęstą sieć społecznych i kulturowych czy rodzinnych zależności. Czynniki, od których zależy co jemy, w jaki sposób i dlaczego są bardzo trudne do określenia. Mogą się jednak okazać bardzo pomocne w zrozumieniu różnych funkcji spożywania posiłków, lub ich odmawiania spożycia. Prawdopodobnie tylko w okresie niemowlęcym odżywianie się pozostaje głównie pod wpływem głodu, w późniejszym okresie istotnego znaczenia nabierają inne czynniki. Niemowlęta potrafią regulować ilość przyjmowanego pokarmu w zależności od jego wartości odżywczej, ale zaraz później zjedzenie posiłku czy jego odmowa staje się bardzo ważnym aspektem regulacji stosunków z otoczeniem [1].

Na odżywianie się można patrzeć z wielu perspektyw. Jedną z nich jest rozumienie odżywiania jako rytuału. W wielu religiach rytualne jedzenie pokarmów odbywa się według ściśle ustalonych reguł i służy pogłębianiu poczucia wspólnoty, jest wyrazem radości, zawierania przymierza, ale również przyswajania boskiej mocy, co było widoczne podczas uroczystości ofiarnych ku czci różnych bóstw. W wielu religiach podejmowanie postów uznawane było za drogę do świętości nawet również wtedy, gdy powodowało to śmiertelne wyniszczenie organizmu. Z drugiej strony poszczące osoby podejrzewano o konszachty z siłami nieczystymi. W czasach „polowań na czarownice” wrogo patrzono na głodzenie się i utratę wagi ciała, gdyż uznawano, że niska waga, według tych którzy w to wierzyli, dawała możliwość latania [1].

Inną perspektywę patrzenia na odżywianie się daje psychologia ewolucyjna, mechanizmu psychiczne rozumie się w niej w stosunku do selekcji seksualnej, która opisuje proces dziedziczenia jakiejś cechy ze względu na te jej właściwości, które zwiększają szansę

reprodukcji. Jedną z takich cech jest wygląd ciała. W różnych kulturach i czasach zmieniały się kryteria wyglądu, szczupłości czy obfitości sylwetki. W krajach, gdzie panował głód, obfite kształty świadczą o dostatnim życiu i zdrowiu. Tam, gdzie jedzenia było pod dostatkiem preferowana była raczej szczupła sylwetka, wiązana z zamożnością i pozycją społeczną [1].

Jeszcze na początku XX wieku w kulturze zachodniej otyłość była uważana za oznakę zdrowia i dostatku. Przez wiele wieków kobieta, która chciała być postrzegana jako atrakcyjna i piękna, musiała być pulchna i krągła. Na początku XXI wieku kanon kobiecego piękna diametralnie się zmienił. Ciało kobiety miało być szczupłe i wysportowane, co gwarantowała sukces i powodzenie [2]. Na zaistniałą sytuację duży wpływ wywarły media, lansujące model bardzo szczupłej sylwetki, a także popularyzujące diety odchudzające, często nieprawidłowe, a nawet wręcz szkodliwe ze względu na proporcje składników odżywczych [2,3]. W rezultacie coraz więcej osób zaczęło się nieodpowiednio odżywiać, co w wielu przypadkach prowadziło do poważnych chorób, m.in. anoreksji i bulimii. Z tego względu w ostatnich latach wzrosło zainteresowanie chorobami z zakresu zaburzeń odżywiania, a wiele badań przeprowadzonych w naszym kraju wskazują, że stale rośnie liczba osób ze stwierdzonymi zaburzeniami odżywiania oraz niezadowolonych z własnego wyglądu, zwłaszcza dziewcząt i młodych kobiet [2,3]. Szczupłość, zakładająca kontrolę nad jedzeniem, stała się synonimem silnej woli, sukcesu, perfekcjonizmu i atrakcyjności. Z tej perspektywy młode dziewczyny w podwójny sposób narażone są na rozwój zaburzeń odżywiania się. Ich ciała są obiektem zarówno dominacji estetycznej, jak i ekonomicznej [1]. Problem zaburzeń odżywiania, a w szczególności anoreksji i bulimii, dotyczy coraz młodszych pacjentów. Wczesne rozpoznanie daje możliwości pełnego wyzdrowienia. Jednak bardzo istotna jest profilaktyka pierwotna, do której niezbędna jest ocena świadomości młodzieży na temat zaburzeń odżywiania [4,5].

Zasadniczą rolę w obrazie zaburzeń odżywiania odgrywa brak efektywnych modeli radzenia sobie ze stresem. W sytuacji stresowej osoby z zaburzeniami nie podejmują działania mającego na celu rozwiązanie problemu lub zmianę istniejącej sytuacji, lecz wykazują tendencję do skupiania się na sobie oraz własnych przeżyciach emocjonalnych oraz unikaniu problemu [6].

CEL PRACY

Ocena wiedzy pielęgniarek/pielęgniarzy na temat opieki specjalistycznej nad osobami z zaburzeniami odżywiania.

Cele szczegółowe obejmowały ocenę wiedzy pielęgniarek/pielęgniarzy na temat przyczyn zaburzeń odżywiania oraz objawów zaburzeń odżywiania.

MATERIAŁ I METODYKA

Badania kwestionariuszowe przeprowadzono w grupie 100 osób losowo wybranych pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr St. Deresza w Choroszczy w okresie sierpień 2018 – marzec 2019.

Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny, każdy z respondentów wyraził zgodę na ich przeprowadzenie. We wstępie kwestionariusza ankiety została zamieszczona krótka informacja o zasadach postępowania i celu przeprowadzenia badań.

W niniejszej pracy posłużono się kwestionariuszem ankiety konstrukcji własnej, który składał się z dwóch części:

- Pierwsza część zawierała pytania z zakresu danych społeczno- demograficznych: płeć, wiek, wykształcenie, staż pracy, miejsce zamieszkania
- Druga część obejmowała pytania dotyczące stanu wiedzy pielęgniarek/ pielęgniarzy na temat zaburzeń odżywiania, tj.: „Czy w swojej pracy zawodowej spotkałeś (spotkałaś) się z osobami borykającymi się z problemem anoreksji lub bulimii?”, „Czy twoim zdaniem częściej na anoreksję chorują dziewczęta czy chłopcy?”, „W jakim przedziale wiekowym twoim zdaniem najczęściej występują zaburzenia odżywiania?”, „Jakie mogą być przyczyny anoreksji i bulimii?”, „Które z wymienionych objawów przypisałabyś (przypisałbyś) bulimii?”, „Jak twoim zdaniem powinna wyglądać opieka medyczna na oddziale szpitalnym nad osobą z zaburzeniami odżywiania?”, „Czy anoreksja może prowadzić do śmierci?”, „Czy oprócz anoreksji i bulimii znasz inne jednostki chorobowe związane z zaburzeniami odżywiania?”, „Do kogo w pierwszej kolejności powinna zwrócić się osoba z problemem zaburzeń odżywiania?”, „Na jakie objawy twoim zdaniem rodzic powinien zwrócić uwagę”, „Jaką twoim zdaniem metodę odchudzania najczęściej wybierają młodzi ludzie?”, „Które z wymienionych poniżej zaburzeń dotyczą odżywiania na tle psychicznym?”, „Jakie choroby mogą najczęściej towarzyszyć bulimii?”, „Które z niżej wymienionych następstw bulimii uważasz za najgroźniejsze dla zdrowia?”, „ Jak oceniasz swoją wiedzę na temat zaburzeń odżywiania?”.

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu STATISTICA v. 10.0 oraz arkusza kalkulacyjnego EXCEL. Podstawowe dane jakościowe (nominalne) przedstawiono w postaci liczebności (n) i odsetka (%). Za różnicę zmienną statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

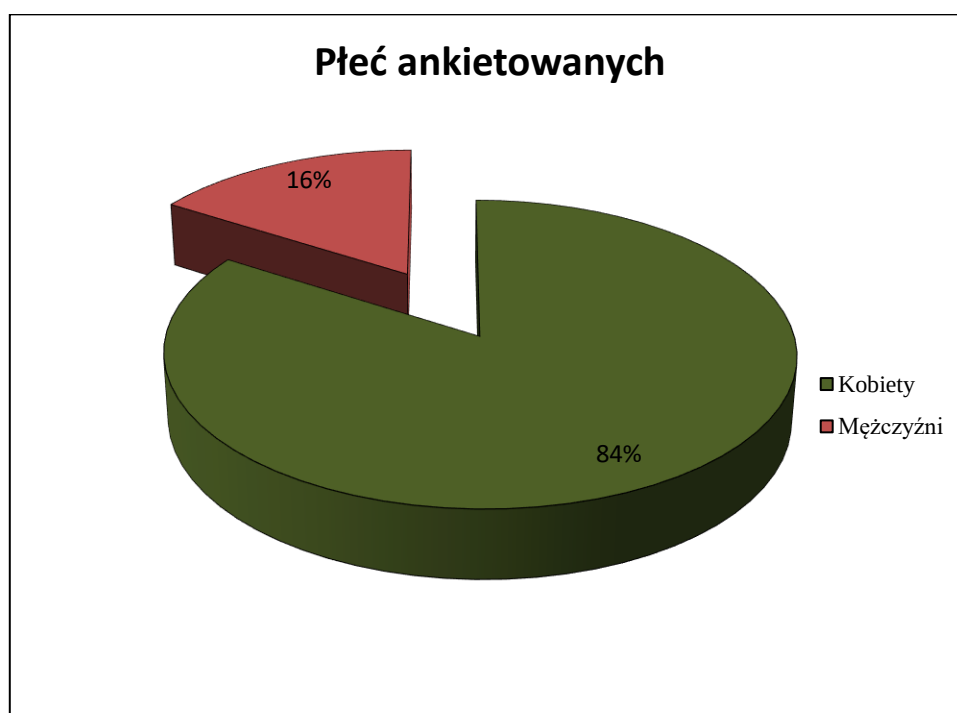
Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

WYNIKI

Zakres danych społeczno-demograficznych

Badana grupa liczyła 100 osób losowo wybranych pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr St. Deresza w Choroszczy.

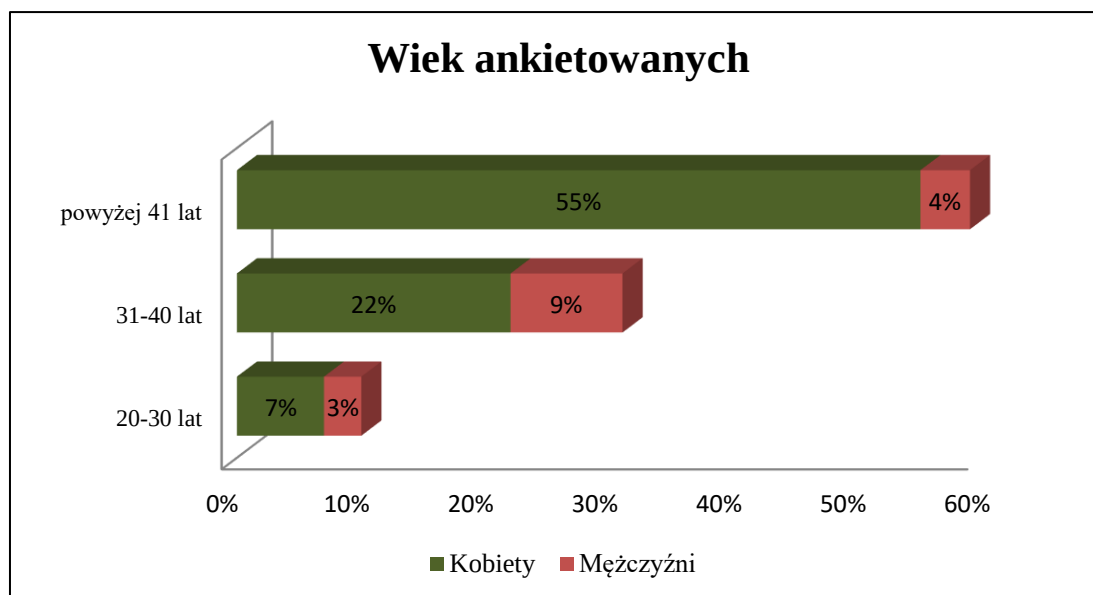
Przeważającą większość personelu szpitala biorącego udział w ankiecie stanowiły kobiety. Rozkład płci respondentów był nierównomierny, kobiet było pięciokrotnie więcej niż mężczyzn (84,0% vs 16,0%). Wyniki obrazuje Rycina 1.



Rycina 1. Płeć respondentów

Zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między wiekiem a płcią respondentów (* $p = 0,012$). Do przedziału wiekowego powyżej 41 lat zakwalifikowano 59,0% osób, w tym

65,5% kobiet i 25,0% mężczyzn. Do przedziału wiekowego 31-40 lat - 31,0% respondentów, a do przedziału wiekowego 20-30 lat - 10,0% osób zakwalifikowano, dwukrotnie więcej było mężczyzn (18,7% vs 8,3% kobiety).



Rycina 2. Wiek ankietowanych

Dość liczną grupę wśród badanych stanowiły osoby legitymujące się ukończonymi studiami licencjackimi (65,0%), w tym 75,0% mężczyzn i 63,1% kobiet. Wyniki obrazuje Tabela I.

Tabela I. Wykształcenie ankietowanych a płeć

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n=100 (100%)
	n=84	%	n=16	%	
Wykształcenie (n.z. – p = 0,513)					
Liceum medyczne	10	11,9	1	6,3	11 (11,0)
Studium medyczne	8	9,5	0	0,0	8 (8,0)
Studia licencjackie	53	63,1	12	75,0	65 (65,0)
Studia magisterskie	13	15,5	3	18,7	16 (16,0)
Dodatkowe: specjalizacje, kursy (n.z. – p = 0,366)					
specjalizacja	37	44,0	4	25,0	41 (41,0)
kurs/y	33	39,3	8	50,0	41 (41,0)
kursy, specjalizacje (wiecej niż jeden/na)	26	31,0	3	18,7	29 (29,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie; Wartości w wykształceniu **Dodatkowe: specjalizacje, kursy** nie sumują się do 100%, ponieważ osoba ankietowana mogła wskazać kilka odpowiedzi.

Studia magisterskie ukończyło 16,0% badanych, a 11,0% osób - liceum medyczne. Nieliczna grupa kobiet posiadała ukończone studium medyczne (8,0%). Ukończone dodatkowe specjalizacje i/lub kursy posiadało po 41,0% respondentów, a ukończenie więcej niż jednej specjalizacji i kursów deklarowało 29,0% osób, w tym dwukrotnie więcej kobiet (31,0% vs 18,7% mężczyźni). Nie wykazano różnic istotnych statystycznie między wykształceniem, dodatkowymi specjalizacjami/kursami a płcią ankietowanych zaobserwowano. Wyniki obrazuje Tabela I.

Wykazano różnicę istotną statystycznie między stażem pracy ankietowanych, a płcią respondentów (* $p = 0,0032$). Wyniki obrazuje Tabela II.

Powyżej 20 lat pracy w SPPZOZ deklarowało 51,0% osób, w tym 58,4% kobiet i 12,5% mężczyzn. 26,0% osób posiadało staż pracy 11-20 lat, natomiast 23,0% osób staż pracy od 0 do 10 lat, w tym większość stanowili mężczyźni (37,5% vs 20,2% kobiety).

Tabela II. Staż pracy ankietowanych a płeć

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n=100 (100%)
	n=84	%	n=16	%	
Staż pracy (*p = 0,0032)					
0 -10 lat	17	20,2	6	37,5	23 (23,0)
11- 20 lat	18	21,4	8	50,0	26 (26,0)
Powyżej 20 lat	49	58,4	2	12,5	51 (51,0)

*różnica istotna statystycznie

Analiza miejsca zamieszkania pozwoliła ustalić, że 43,0% ankietowanych mieszkało w mieście poniżej 300 tys. mieszkańców (w tym wypadku rozkład płci był na równym poziomie) – Tabela III.

Tabela III. Miejsce zamieszkania ankietowanych a płeć

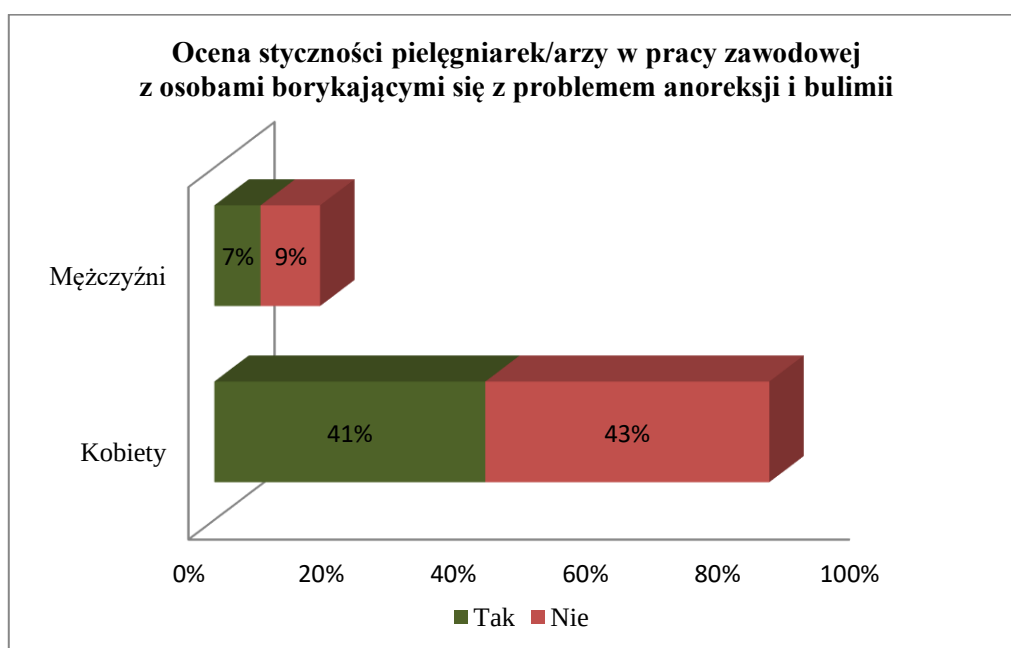
	Kobiety		Mężczyźni		Razem n=100 (100%)
	n=84	%	n=16	%	
Miejsce zamieszkania (n.z. – p = 0,895)					
Miasto powyżej 300 tys. mieszkańców	28	33,3	6	37,5	34 (34,0)
Miasto poniżej 300 tys. mieszkańców	36	42,9	7	43,8	43 (43,0)
Wieś	20	23,8	3	18,7	23 (23,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

W mieście powyżej 300 tys. mieszkańców mieszkało 34,0% ankietowanych, zaś 23,0% osób na wsi, w tym nieco więcej kobiet (23,8% vs 18,7% mężczyzn). Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między miejscem zamieszkania a płcią ankietowanych (Tabela III).

Ocena styczności pielęgniarek/arzy w pracy zawodowej z osobami borykającymi się z problemem anoreksji i bulimii

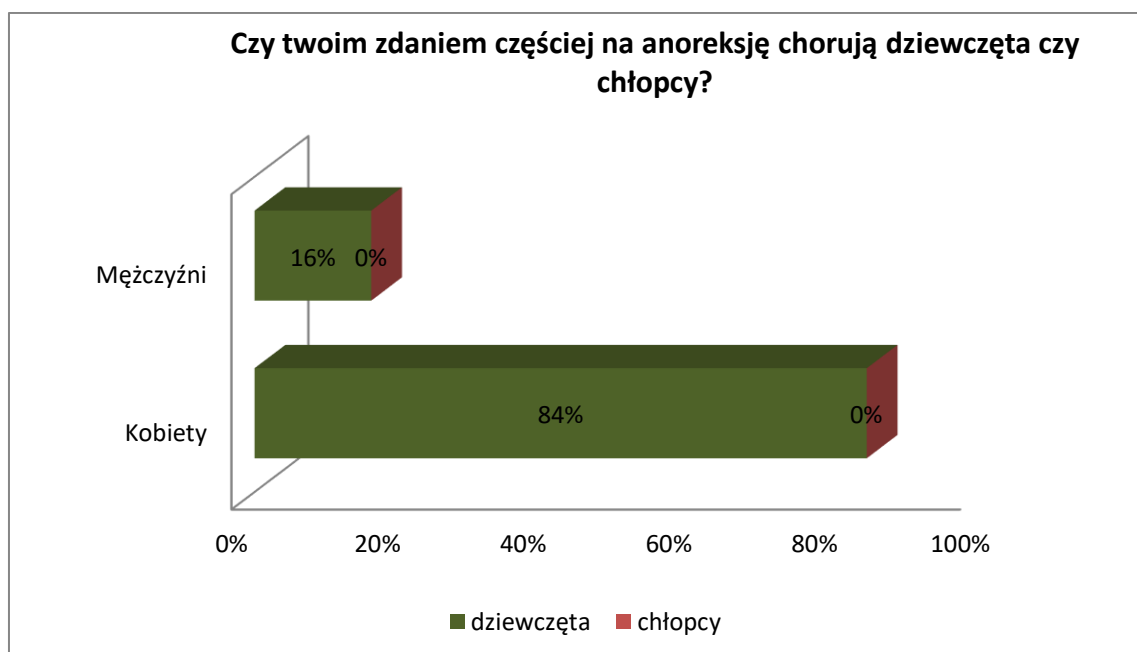
52,0% ankietowanych w swojej pracy zawodowej nie miało styczności z osobami borykającymi się z problemem anoreksji i/lub bulimii, zaś 48,0% osób taki kontakt deklarowało, w tym 48,8% kobiet i 43,8% mężczyzn. Nie wykazano różnic istotnych statystycznie w powyższej kwestii (Rycina 3).



Rycina 3. Ocena styczności pielęgniarek/arzy w pracy zawodowej z osobami borykającymi się z problemem anoreksji i bulimii

Zapytano ankietowanych, czy ich zdaniem częściej na anoreksję chorują dziewczęta czy chłopcy? Wszyscy (100,0%) ankietowani byli przekonani, że to „dziewczęta” chorują częściej na anoreksję (Ryc.4).

Przeanalizowano także opinie badanych na temat przedziału wiekowego, w którym najczęściej występują zaburzenia odżywiania pod względem płci ankietowanych (Tabela IV). 48,0% ankietowanych było zdania, że jest to wiek między 15. a 20. rokiem życia (48,8% kobiet vs 43,8% mężczyzn). 46,0% osób uważało, że między 13. a 15. rokiem życia, a po 3,0% osób uważało, że poniżej 13. roku życia lub powyżej 20. roku życia (6,2% mężczyzn vs 2,4% kobiet). Nie wykazano w tej kwestii różnic istotnych statystycznie.



Rycina 4. Czy twoim zdaniem częściej na anoreksję chorują dziewczęta czy chłopcy?

Tabela IV. Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat przedziału wiekowego w którym najczęściej występują zaburzenia odżywiania a płeć ankietowanych

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n= 100 (100%)
	n=84	%	n=16	%	
W jakim przedziale wiekowym Twoim zdaniem najczęściej występują zaburzenia odżywiania (n.z. – p = 0,697)					
Poniżej 13 roku życia	2	2,4	1	6,2	3 (3,0)
Między 13 a 15 rokiem życia	39	46,4	7	43,8	46 (46,0)
Między 15 a 20 rokiem życia	41	48,8	7	43,8	48 (48,0)
Powyżej 20 roku życia	2	2,4	1	6,2	3 (3,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

Ocena wiedzy na temat przyczyn anoreksji i bulimii

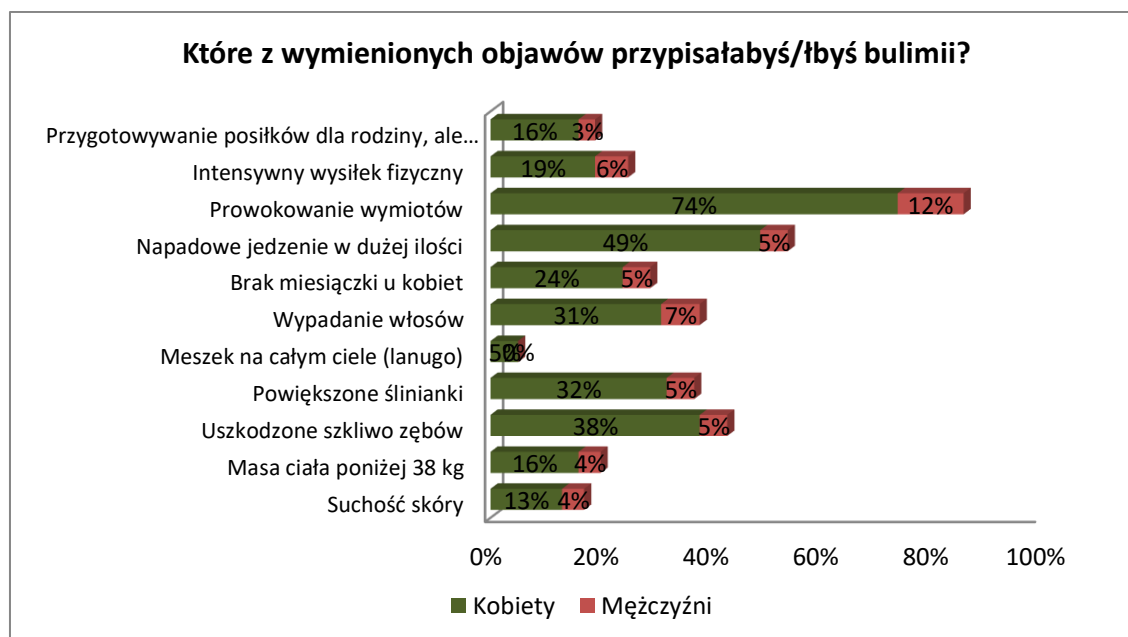
Zapytano ankietowanych, czy wiedzą, jakie mogą być przyczyny anoreksji i bulimii. Aż 74,0% osób, w tym 77,4% kobiet i 56,3% mężczyzn twierdziło, że to niskie poczucie własnej wartości. 64,0% osób wskazało zaburzone postrzeganie własnego ciała, 43,0% osób uznało brak akceptacji w środowisku, 29,0% osób wskazało depresję, 25,0% osób stwierdziło nieprawidłowe wzorce z mediów, zaś 23,0% osób wskazało jako przyczynę problemy w najbliższym otoczeniu (25,0% vs 22,6% kobiety). Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano (Tabela V).

Tabela V. Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat przyczyn anoreksji i bulimii a płeć ankietowanych

ankietowanych

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n= 100 (100%)
	n=84	%	n=16	%	
Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat przyczyn anoreksji i bulimii (n.z. – p = 0,544)					
Niskie poczucie własnej wartości	65	77,4	9	56,3	74 (74,0)
Problemy w najbliższym otoczeniu	19	22,6	4	25,0	23 (23,0)
Zaburzone postrzeganie własnego ciała	53	63,1	11	68,8	64 (64,0)
Brak akceptacji w środowisku	36	42,9	7	43,8	43 (43,0)
Nieprawidłowe wzorce z mediów	22	26,2	3	18,8	25 (25,0)
Depresja	21	25,0	8	50,0	29 (29,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

Ocena wiedzy ankietowanych na temat objawów bulimii**Rycina 5.** Które z wymienionych objawów przypisałabyś/łbyś bulimii a płeć ankietowanych
Ankietowani mogli wskazać kilka odpowiedzi, dlatego wartości nie sumują się do 100%.

Z objawów bulimii ankietowani najczęściej wymieniali prowokowanie wymiotów (86,0% osób, w tym 88,1% kobiet i 75,0% mężczyzn), napadowe jedzenie w dużej ilości (54,0%), uszkodzone szkliwo zębów (43,0%), wypadanie włosów (38,0%), powiększone ślinianki (37,0%), brak miesiączki u kobiet (29,0%), intensywny wysiłek fizyczny (25,0%), masę ciała poniżej 38 kg (20,0%), przygotowywanie posiłków dla rodziny, ale nie jedzenie ich (19,0%), suchość skóry (17,0%) oraz meszek na całym ciele wskazało 5,0% osób, były to

kobiety (6,0%). Nie wykazano w powyższym różnic istotnych statystycznie. Wyniki obrazuje Rycina 5.

Ocena opieki medycznej na oddziale szpitalnym nad osobą z zaburzeniami odżywiania a płeć ankietowanych

Zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między opinią respondentów co do wyglądu opieki medycznej na oddziale szpitalnym nad osobą z zaburzeniami odżywiania a płcią ankietowanych (* $p = 0,0067$) (Tabela VI). Aż 62,0% osób (64,3% vs 50,0% mężczyzn) deklarowało psychoterapię, kontrolę posiłków, kontrolę wagi ciała dwa razy w tygodniu. 25,0% osób wskazało kontrolę posiłków, codzienną kontrolę wagi ciała, podawanie leków p/depresyjnych, 7,0% osób deklarowało przymusowe podawanie posiłków, codzienną kontrolę wagi ciała, podawanie leków psychotropowych, a 6,0% osób wskazało izolację, żywienie przez sondę, nawodnienie dożylne, leki p/depresyjne.

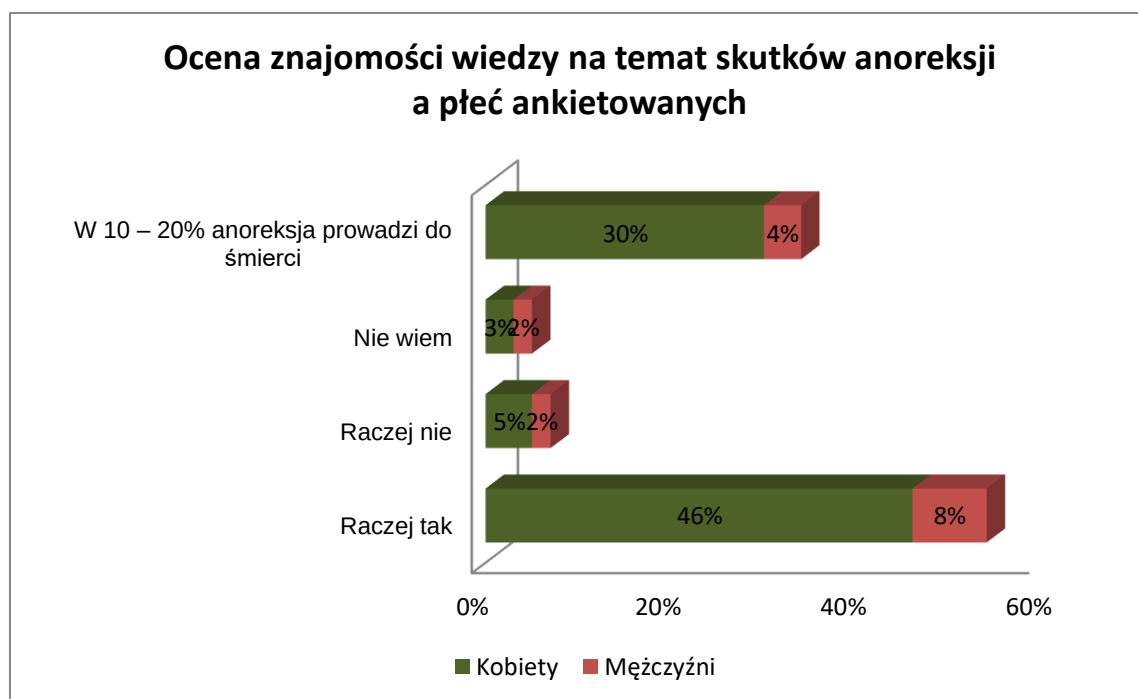
Tabela VI. Opinia respondentów co do wyglądu opieki medycznej na oddziale szpitalnym nad osobą z zaburzeniami odżywiania a płeć ankietowanych

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n= 100 (100%)
	n=84	%	n=16	%	
Opinia respondentów co do wyglądu opieki medycznej na oddziale szpitalnym nad osobą z zaburzeniami odżywiania (*p = 0,0067)					
Kontrola posiłków, codzienna kontrola wagi ciała, podawanie leków p/depresyjnych	22	26,2	3	18,8	25 (25,0)
Psychoterapia, kontrola posiłków, kontrola wagi ciała dwa razy w tygodniu	54	64,3	8	50,0	62 (62,0)
Przymusowe podawanie posiłków, codzienna kontrola wagi ciała, podawanie leków psychotropowych	6	7,1	1	6,2	7 (7,0)
Izolacja, żywienie przez sondę, nawodnienie dożylne, leki p/depresyjne	2	2,4	4	25,0	6 (6,0)

*różnica istotna statystycznie

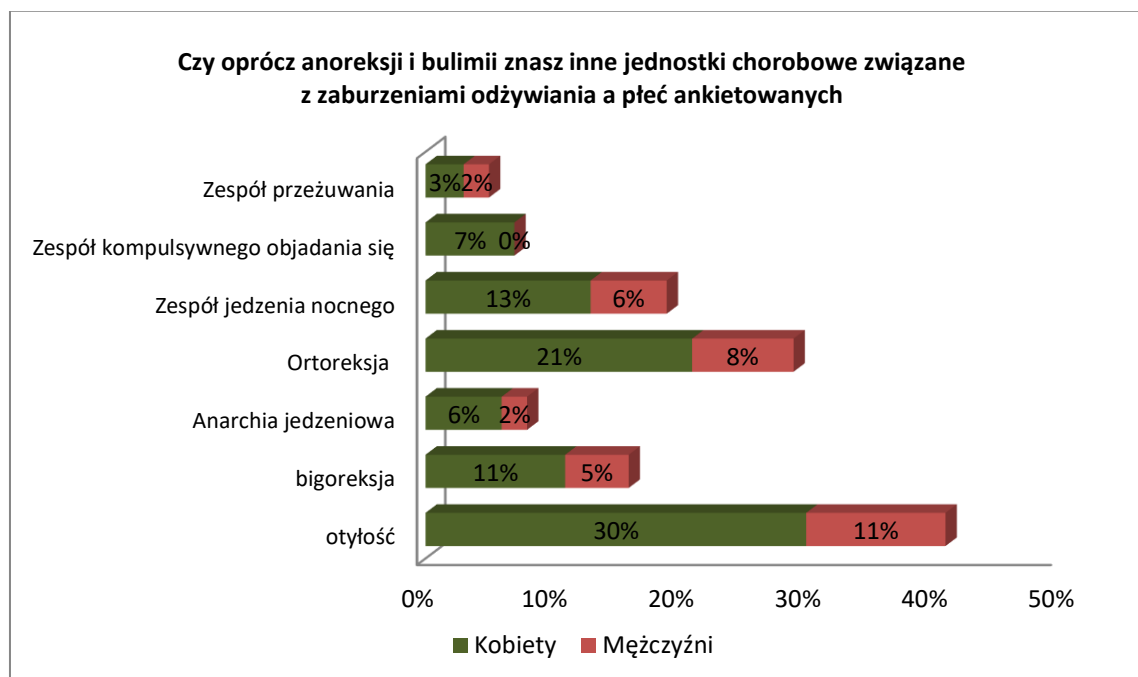
Ocena wiedzy na temat skutków anoreksji

Analizowano także ocenę znajomości wiedzy na temat skutków anoreksji w zależności od płci ankietowanych. 54,0% osób (54,8% kobiet vs 50,0% mężczyzn) uważało, że anoreksja raczej prowadzi do śmierci, a 34,0% osób twierdziło, że w 10 – 20% przypadków anoreksja prowadzi do śmierci. Wyniki pozostałe ilustruje Rycina 6.



Rycina 6. Ocena znajomości wiedzy na temat skutków anoreksji a płeć ankietowanych

Ocena wiedzy jednostek chorobowych związanych z zaburzeniami odżywiania a płeć ankietowanych



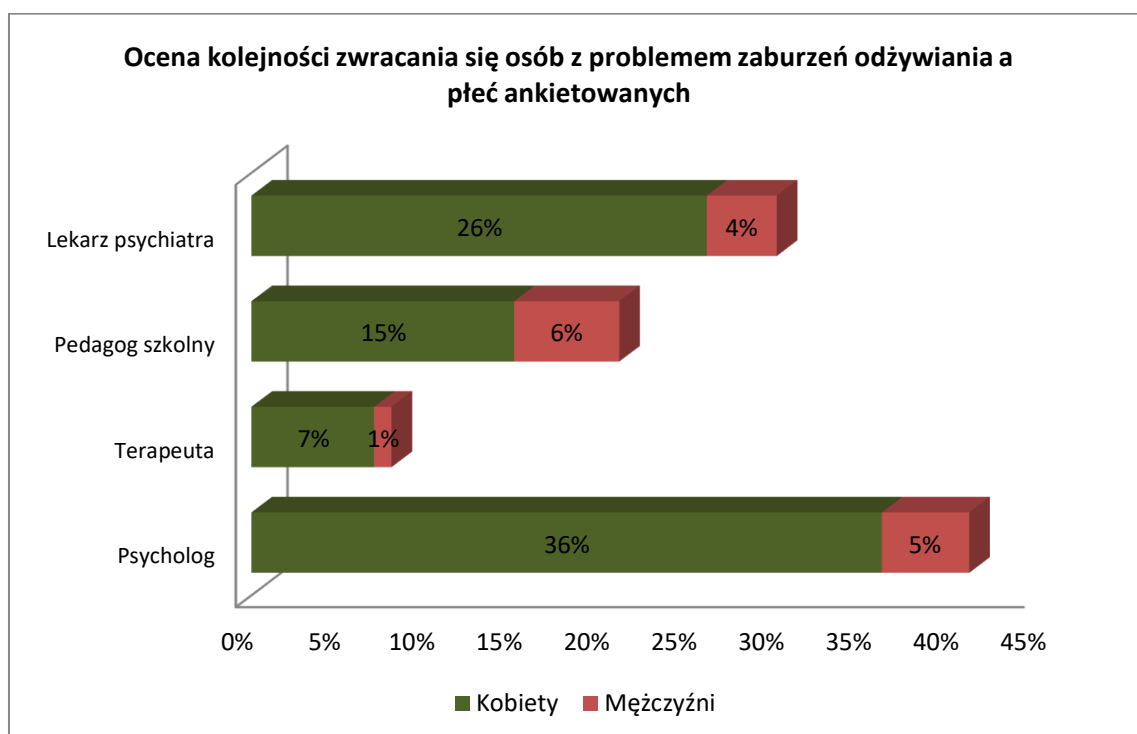
Rycina 7. Czy oprócz anoreksji i bulimii znasz inne jednostki chorobowe związane z zaburzeniami odżywiania a płeć ankietowanych

Ankietowani mogli wskazać kilka odpowiedzi, dlatego wartości nie sumują się do 100%.

Najczęściej wymienianą, oprócz anoreksji i bulimii, jednostką chorobową związaną z zaburzeniami odżywiania była otyłość 41,0% osób (68,8% mężczyzn vs 35,7% kobiety). Ortoreksję wskazało 29,0% osób, zespół jedzenia nocnego - 19,0% osób, bigoreksję - 16,0% osób, anarchię jedzeniową - 8,0% osób, zespół kompulsywnego objadania się - 7,0% osób, zaś zespół przeżuwania - 5,0% osób (12,5% mężczyzn vs 3,6% kobiet). Różnic istotnych statystycznie nie wykazano. Wyniki obrazuje Rycina 7.

Ocena wiedzy dotyczącej kolejności zwracania się osób z problemem zaburzeń odżywiania

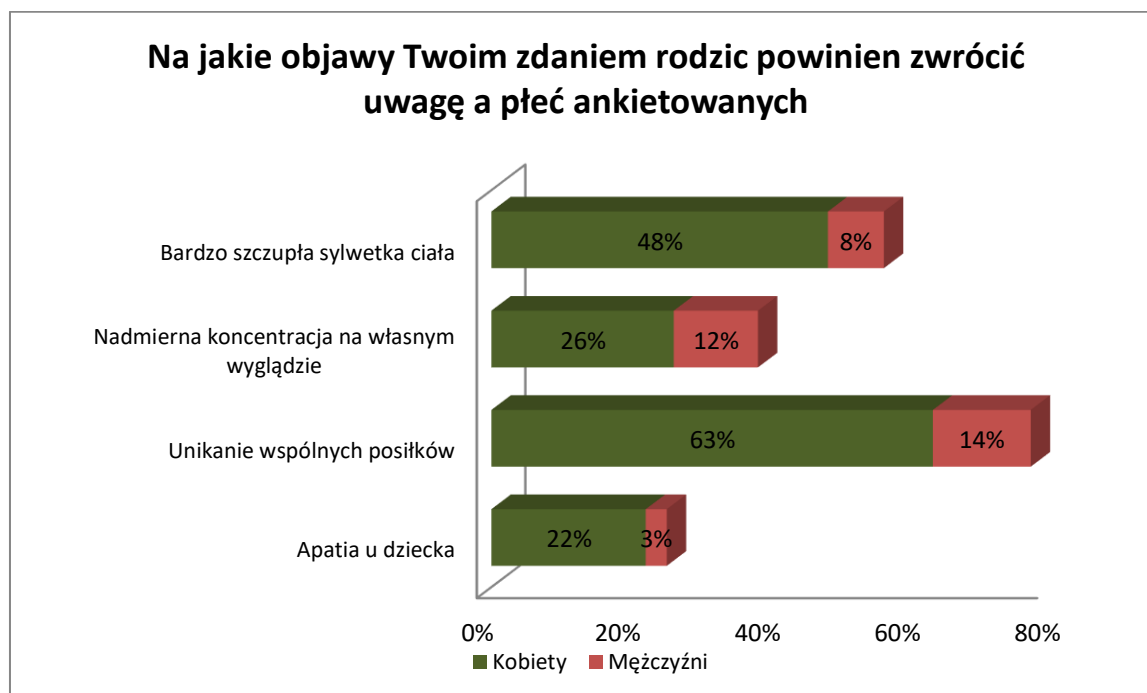
41,0% ankietowanych (42,9% kobiet vs 31,3% mężczyzn) deklarowało, że w pierwszej kolejności osoba z problemem zaburzeń odżywiania powinna zwrócić się do psychologa, 30,0% osób uznało, że do lekarza psychiatry, 21,0% osób - że do pedagoga szkolnego, a tylko 8,0% osób (8,3% kobiet vs 6,2% mężczyzn) - że w pierwszej kolejności powinna zwrócić się do terapeuty. Różnic istotnych statystycznie nie stwierdzono. Wyniki obrazuje Rycina 8.



Rycina 8. Ocena kolejności zwracania się osób z problemem zaburzeń odżywiania a płeć ankietowanych

Ocena objawów, na które twoim zdaniem rodzic powinien zwrócić uwagę

Aż 77,0% osób (87,5% mężczyzn vs 75,0% kobiet) uznało, że rodzice powinni zwrócić uwagę na unikanie wspólnych posiłków (Rycina 9).



Rycina 9. Na jakie objawy twoim zdaniem rodzic powinien zwrócić uwagę a płeć ankietowanych. Ankietowani mogli wskazać kilka odpowiedzi, dlatego wartości nie sumują się do 100%.

Ocena respondentów na temat metod odchudzania najczęściej wybierana przez młodych ludzi

Nieco ponad połowa (53,0%) ankietowanych uważała, że młodzi ludzie jako metodą odchudzania najczęściej wybierają rygorystyczne ograniczenie ilości jedzenia. 43,0% osób wskazało nadużywanie środków przeczyszczających, odchudzających, 31,0% osób - stosowanie okresów głodówki, 27,0% osób - ograniczenie ilości spożywanych pokarmów, które zawierają węglowodany oraz tłuszcze, 23,0% osób - wywoływanie wymiotów, 22,0% osób - nadmierny wysiłek fizyczny, a 21,0% osób (21,4% kobiet vs 18,8% mężczyzn) stwierdziło, że młodzi ludzie najczęściej wybierają produkty niskokaloryczne. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano.

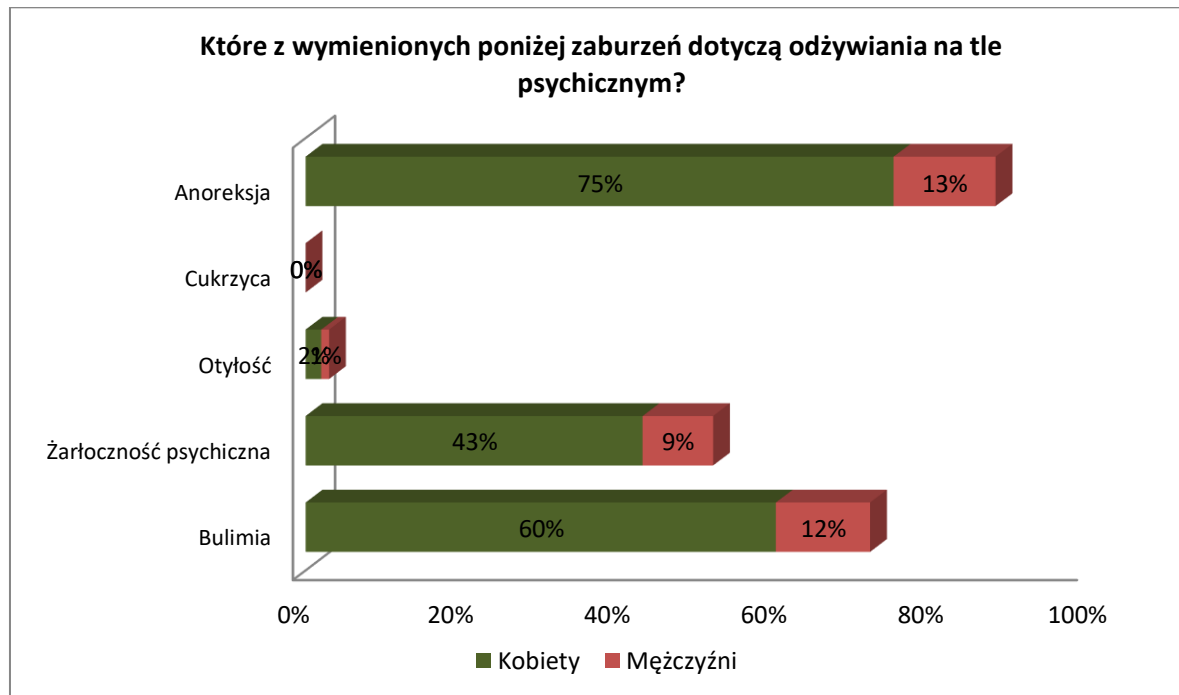
Wyniki obrazuje Tabela VII.

Tabela VII. Ocena zdania pielęgniarek/arzy na temat metod odchudzania najczęściej wybieranych przez młodych ludzi a płeć

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n= 100 (100%)
	n=84	%	n=16	%	
Ocena zdania pielęgniarek/arzy na temat metod odchudzania najczęściej wybieranych przez młodych ludzi (n.z. – p = 0,914)					
Stosowanie okresów głodówki	26	31,0	5	31,3	31(31,0)
Rygorystyczne ograniczenie ilości jedzenia	45	53,6	8	50,0	53 (53,0)
Wybieranie produktów niskokalorycznych	18	21,4	3	18,8	21 (21,0)
Ograniczenie ilości spożywanych pokarmów, które zawierają węglowodany oraz tłuszcze	22	26,2	5	31,3	27 (27,0)
Wywoływanie wymiotów	18	21,4	5	31,3	23 (23,0)
Nadużywanie środków przeczyszczających, odchudzających	38	45,2	5	31,3	43 (43,0)
Nadmierny wysiłek fizyczny	17	20,2	5	31,3	22 (22,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie; Ankieterzy mogli wskazać kilka odpowiedzi, dlatego wartości nie sumują się do 100%.

Ocena wiedzy zaburzeń dotyczących odżywiania na tle psychicznym

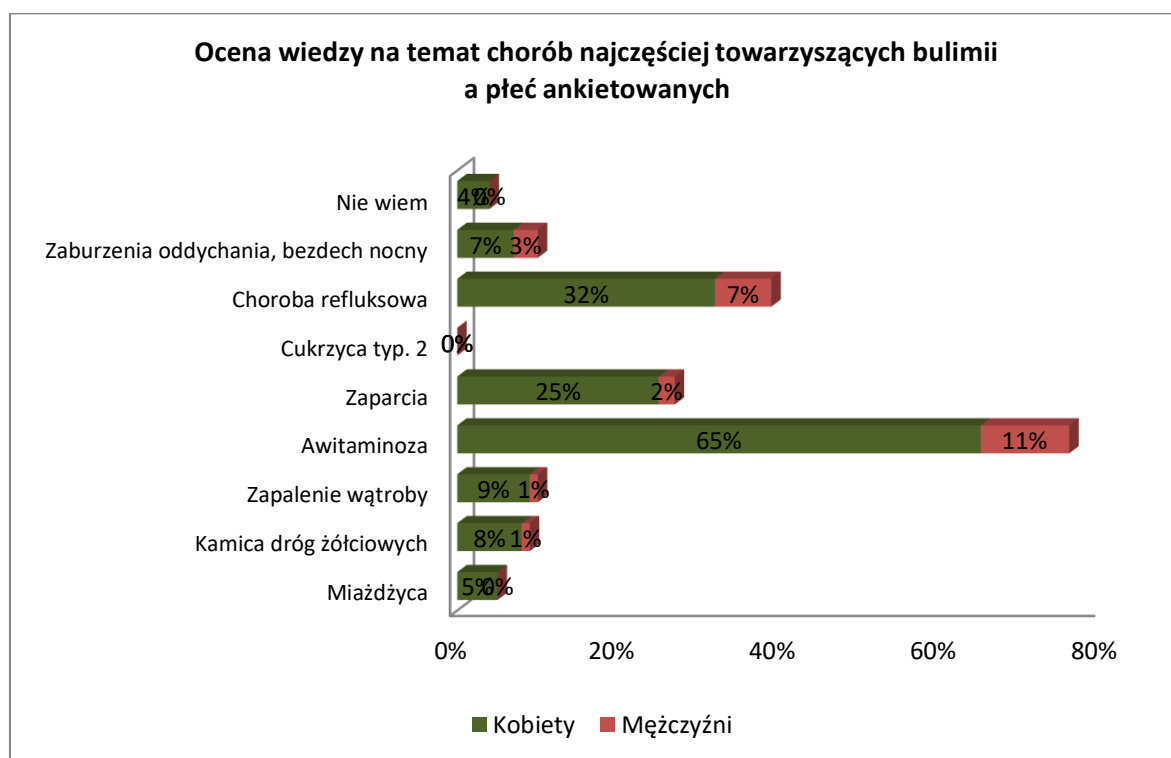


Rycina 10. Które z wymienionych poniżej zaburzeń dotyczą odżywiania na tle psychicznym? Ankieterzy mogli wskazać kilka odpowiedzi, dlatego wartości nie sumują się do 100%

Spośród wymienionych zaburzeń dotyczących odżywiania na tle psychicznym, aż 88,0% osób (75,05 mężczyzn vs 71,4% kobiet) deklaroowało anoreksję. 72,0% osób stwierdziło bulimię, 52,0% osób - żarłoczność psychiczną, a tylko 3,0% osób (6,3% mężczyzn vs 2,4% kobiet) - otyłość. Różnic istotnych statystycznie nie stwierdzono. Wyniki obrazuje Ryc. 10.

Ocena wiedzy na temat chorób najczęściej towarzyszących bulimii a płeć ankietowanych

Analizowano także poziom wiedzy pielęgniarek/arzy na temat chorób najczęściej towarzyszących bulimii pod względem płci ankietowanych. Aż 76,0% osób (77,4% kobiet vs 68,8% mężczyzn) deklaroowało awitaminozę. 39,0% osób wskazało chorobę refluksową, 27,0% osób - zaparcia, po 10,0% osób - zaburzenia oddychania, bezdech nocny i zapalenie wątroby. Pozostałe wyniki obrazuje Ryc.11. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano.



Rycina 11. Ocena wiedzy na temat chorób najczęściej towarzyszących bulimii

Ankietowani mogli wskazać kilka odpowiedzi, dlatego wartości nie sumują się do 100%

Przeanalizowano również wiedzę pielęgniarek/arzy na temat następstw bulimii, które zdaniem ankietowanych są najgroźniejsze dla zdrowia (Tabela VIII).

Aż 67,0% ankietowanych wymieniło zaburzenia równowagi elektrolitowej (81,3% mężczyzn vs 64,3% kobiet). 57,0% osób wskazało zawał mięśnia sercowego, 43,0% osób - arytmie serca, 28,0% osób - anemię, 13,0% osób - zaburzenia nastroju, 10,0% osób - zaburzenia cyklu miesięczkowego, a tylko 7,0% osób - zachowania impulsywne (7,1% vs 6,3% mężczyźni). Różnic istotnych statystycznie nie wykazano.

Tabela VIII. Płeć a które z niżej wymienionych następstw bulimii uważasz za najgroźniejsze dla zdrowia

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n= 100 (100%)
	n=84	%	n=16	%	
Które z niżej wymienionych następstw bulimii uważasz za najgroźniejsze dla zdrowia (n.z. – p = 0,964)					
Anemia	22	26,2	6	37,5	28 (28,0)
Zaburzenia nastroju	9	10,7	4	30,8	13 (13,0)
Zachowania impulsywne	6	7,1	1	6,3	7 (7,0)
Zawał mięśnia sercowego	43	51,2	14	87,5	57 (57,0)
Zaburzenia cyklu miesięczkowego	8	9,5	2	12,5	10 (10,0)
Zaburzenia równowagi elektrolitowej	54	64,3	13	81,3	67 (67,0)
Arytmia serca	34	40,5	9	56,3	43 (43,0)
Nie znam żadnych następstw	0	0,0	0	0,0	0

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie; Ankietowani mogli wskazać kilka odpowiedzi, dlatego wartości nie sumują się do 100%

Ocena znajomości wiedzy pielęgniarek/arzy na temat zaburzeń odżywiania

Tabela IX. Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat zaburzeń odżywiania a płeć

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n= 100 (100%)
	n=84	%	n=16	%	
Ocena wiedzy na temat zaburzeń odżywiania (n.z. – p = 0,801)					
Bardzo dobrze	5	5,9	2	12,5	7 (7,0)
Dobrze	33	39,3	6	37,5	39 (39,0)
Przeciętnie	42	50,0	7	43,8	49 (49,0)
Nisko	4	4,8	1	6,2	5 (5,0)

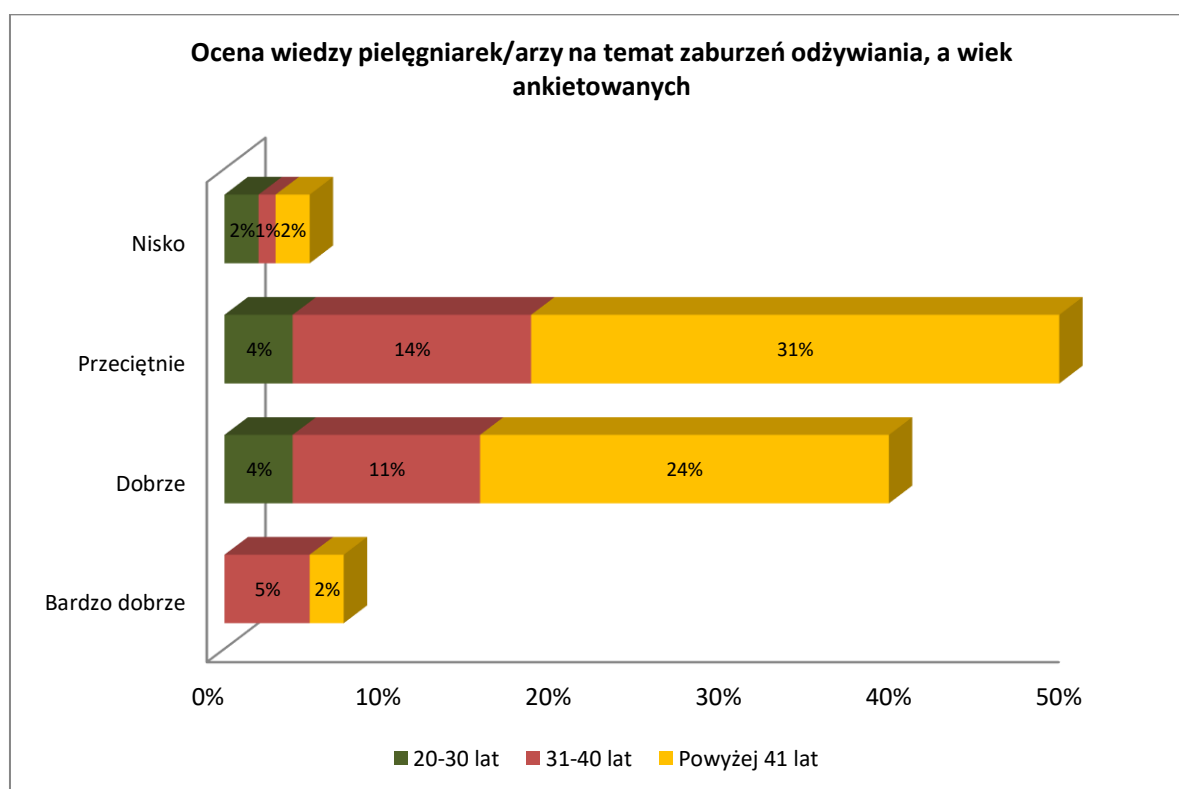
n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

Przeanalizowano wiedzę pielęgniarek/arzy na temat zaburzeń odżywiania pod względem płci ankietowanych. Przeciętną znajomość wiedzy na temat zaburzeń odżywiania deklarowało 49,0% ankietowanych, w tym 50,0% kobiet vs 43,8% mężczyzn. 39,0% osób

uznało, że zna dobrze wiedzę na temat zaburzeń odżywiania, a 7,0% osób - iż zna bardzo dobrze. Tylko 5,0% ankietowanych uznało, że ich wiedza na temat zaburzeń odżywiania jest niska (6,2% mężczyzn vs 4,8% kobiety). Różnic istotnych statystycznie nie wykazano. Wyniki obrazuje Tabela IX.

Analizowano również wiedzę pielęgniarek/arzy na temat zaburzeń odżywiania pod względem wieku ankietowanych (Ryc. 12).

Przeciętną znajomość wiedzy na temat zaburzeń odżywiania deklarowało 52,5% osób w przedziale wiekowym powyżej 41 lat, następnie 45,2% osób w przedziale wiekowym 31-40 lat i 40,0% osób w przedziale wiekowym 20-30 lat. Dobrą znajomość wiedzy na temat zaburzeń odżywiania deklarowało 61,5% osób w przedziale wiekowym powyżej 41 lat oraz 40,0% osób w przedziale wiekowym 20-30 lat. Bardzo dobrą znajomość wiedzy na temat zaburzeń odżywiania deklarowało 16,1% osób w przedziale wiekowym 31-40 lat i 3,4% osób w przedziale wiekowym powyżej 41 lat. Niską znajomość wiedzy na temat zaburzeń odżywiania deklarowało 20,0% osób w przedziale wiekowym 20-30 lat oraz 3,4% osób w przedziale wiekowym powyżej 41 lat i 3,2% osób w przedziale wiekowym 31-40 lat. Różnic istotnych statystycznie nie stwierdzono. Wyniki obrazuje Ryc. 12.



Rycina 12. Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat zaburzeń odżywiania a wiek ankietowanych

DYSKUSJA

W przytoczonym badaniu dokonano oceny wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr St. Deresza w Choroszczy na temat zaburzeń odżywiania, w którym uwzględniona została opieka specjalistyczna, przyczyny, objawy osób z zaburzeniami odżywiania, a także stan wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy na temat zaburzeń odżywiania.

Przeważającą większość personelu szpitala biorącego udział w ankiecie stanowiły kobiety. Rozkład płci respondentów był nierównomierny, kobiet było pięciokrotnie więcej niż mężczyzn (84,0% vs 16,0%).

Zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między wiekiem a płcią respondentów (*p = 0,012). 59,0% osób zakwalifikowano do przedziału wiekowego powyżej 41 lat, w tym 65,5% kobiet i 25,0% mężczyzn. Do przedziału wiekowego 20-30 lat- 10,0% osób, dwukrotnie więcej było mężczyzn (18,7% vs 8,3% kobiety). Dość liczną grupę wśród badanych stanowiły osoby legitymujące się ukończonymi: studiami licencjackimi (65,0%). Nieliczna grupa kobiet posiadała ukończone studium medyczne (8,0%). Ukończone dodatkowe specjalizacje i/lub kursy posiadało po 41,0% respondentów, a ukończenie więcej niż jednej specjalizacji i kursów - 29,0% osób, w tym dwukrotnie więcej kobiet (31,0% vs 18,7% mężczyźni). Wykazano różnicę istotną statystycznie między stażem pracy ankietowanych a płcią respondentów *p = 0,0032. Powyżej 20 lat pracy w SPPZOZ deklarowało 51,0% osób, w tym 58,4% kobiet i 12,5% mężczyzn, 23,0% osób staż pracy od 0 do 10 lat, w tym większość stanowili mężczyźni (37,5% vs 20,2% kobiety). Analiza miejsca zamieszkania pozwoliła ustalić, że 43,0% ankietowanych mieszkało w mieście poniżej 300 tys. mieszkańców (w tym wypadku rozkład płci był na równym poziomie). 34,0% ankietowanych mieszkało w mieście powyżej 300 tys. mieszkańców, zaś 23,0% osób na wsi, w tym nieco więcej kobiet (23,8% vs. 18,7% mężczyzn). Nie wykazano różnic istotnych statystycznie między wykształceniem, dodatkowymi specjalizacjami/kursami i miejscem zamieszkania.

Pilecka dowodzi, że odżywianie kojarzy się przede wszystkim z zaspokajaniem podstawowej potrzeby fizjologicznej. Niemowlęta potrafią regulować ilość przyjmowanego pokarmu w zależności od jego wartości odżywczej, ale zaraz później zjedzenie posiłku czy jego odmowa staje się bardzo ważnym aspektem regulacji stosunków z otoczeniem [1]. Według Pileckiej inną perspektywę patrzenia na odżywianie się daje psychologia ewolucyjna, która opisuje proces dziedziczenia jakiejś cechy ze względu na te jej właściwości, które zwiększają szansę reprodukcji. Jedną z takich cech jest wygląd ciała [1]. W badaniu Winiarskiej-Mieczan

i Poteruchy potrzebę dążenia do ideału, czyli szczupłej sylwetki znalazło się 25% badanych studentek [7].

W opinii autorów na zaistniałą sytuację duży wpływ wywarły media, lansujące model bardzo szczupłej sylwetki, a także popularyzujące diety odchudzające, często nieprawidłowe, a nawet wręcz szkodliwe ze względu na proporcje składników odżywczych [1,2,3,8]. W badaniu własnym aż 74,0% osób, w tym 77,4% kobiet i 56,3% mężczyzn twierdziło, że to niskie poczucie własnej wartości. 64,0% osób wskazało zaburzone postrzeganie własnego ciała, 43,0% osób uznało brak akceptacji w środowisku, 29,0% osób wskazało depresję, 25,0% osób stwierdziło nieprawidłowe wzorce z mediów, zaś 23,0% osób wskazało jako przyczynę problemy w najbliższym otoczeniu (25,0% vs 22,6% kobiety). Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano.

W rezultacie zdaniem wielu autorów coraz więcej osób zaczęło się nieodpowiednio odżywiać, co w wielu przypadkach prowadziło do poważnych chorób, m.in. anoreksji i bulimii. Z tego względu w ostatnich latach wzrosło zainteresowanie chorobami z zakresu zaburzeń odżywiania, a wiele badań przeprowadzonych w naszym kraju wskazuje, że stale rośnie liczba osób ze stwierdzonymi zaburzeniami odżywiania, zwłaszcza dziewcząt i młodych kobiet [2,3]. W badaniu autorów 26% studentek wybierało produkty niskokaloryczne [7]. W badaniu własnym nieco ponad połowa (53,0%) ankietowanych uważała, że młodzi ludzie jako metodą odchudzania najczęściej wybierają rygorystyczne ograniczenie ilości jedzenia. 21,0% osób (21,4% kobiet vs 18,8% mężczyzn) stwierdziło, że młodzi ludzie najczęściej wybierają produkty niskokaloryczne. NS.

Według wielu autorów zaburzenia odżywiania to jednostka chorobowa, która charakteryzuje się zaburzeniami łaknienia na podłożu psychicznym. Kult szczupłej sylwetki oraz przekaz medialny sprawiają, że ciągle wzrasta liczba osób z zaburzeniami odżywiania: specyficznymi (tj. anoreksja, bulimia) i niespecyficznymi (zespół jedzenia nocnego, ortoreksja i inne) [9-20]. W badaniu własnym z pośród wymienionych zaburzeń dotyczących odżywiania na tle psychicznym, aż 88,0% osób (75,0% mężczyzn vs 71,4% kobiet) deklaroowało anoreksję, a tylko 3,0% osób (6,3% mężczyzn vs 2,4% kobiet) - otyłość. Najczęściej wymienianą, oprócz anoreksji i bulimii, jednostką chorobową związaną z zaburzeniami odżywiania była otyłość 41,0% osób (68,8% mężczyzn vs 35,7% kobiety). Ortoreksję wskazało 29,0% osób, zespół jedzenia nocnego - 19,0% osób, bigoreksję - 16,0% osób, anarchię jedzeniową - 8,0% osób, zespół kompulsywnego objadania się - 7,0% osób, zaś zespół przeżuwania - 5,0% osób (12,5% mężczyzn vs 3,6% kobiet). NS.

Zdaniem wielu autorów anoreksja jest zespołem chorobowym charakteryzującym się nieprawidłowymi zachowaniami żywieniowymi wynikającymi z zaburzeń psychicznych oraz złożoną patogenezą. Jego leczenie wymaga kompleksowej terapii oraz wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego [21-24]. Nitsch i wsp. [25] donoszą, iż pacjentki chorujące na anoreksję cechuje nasilenie takich zachowań, jak przymusowe ważenie się, głodzenie się i ciągłe myślenie o swoim wyglądzie.

W oparciu o doniesienia autorów na świecie anoreksja wśród kobiet występuje z częstością 0,5–1%, a wśród mężczyzn 0,05–0,1%, zaś w Polsce dotyczy od 0,8% do 1,8% populacji dziewcząt < 18. r.ż. Najczęściej choroba ta występuje u osób w wieku 13–14 lat oraz 17–18 lat, zaś po 25. roku życia częstość występowania anoreksji maleje, zaznaczając, że występowanie tej choroby opisywano u osób w każdym wieku. Najwięcej zachorowań na anoreksję odnotowuje się w Europie i Ameryce Północnej, Japonii oraz wśród społeczności rasy białej Afryki Południowej [12]. W badaniu własnym wszyscy (100,0%) ankietowani byli przekonani, że to „dziewczęta” chorują częściej na anoreksję. 48,0% ankietowanych było zdania, że jest to wiek między 15. a 20. rokiem życia (48,8% kobiet vs 43,8% mężczyzn). 46,0% osób uważało, że między 13. a 15. rokiem życia, a po 3,0% osób uważało, że poniżej 13. roku życia lub powyżej 20. roku życia (6,2% mężczyzn vs 2,4% kobiet). Nie wykazano w tej kwestii różnic istotnych statystycznie.

Według Mroczkowskiej i Ziółkowskiej [13] atak bulimii może być rozumiany zarówno jako jednorazowe spożycie bardzo dużej ilości wysokokalorycznych produktów żywnościowych, ale również ciąg tzw. sesji jedzeniowych przerywanych przeczyszczaniem się.

Doniesienia wielu autorów dowodzą, że większość pacjentów dotkniętych bulimią to kobiety, które nie akceptują swojego wyglądu i pragną za wszelką cenę polepszyć swoje samopoczucie [10,26,27,28]. Sira i Pawlak donoszą, iż patologiczne spożywanie pokarmów nie jest tylko domeną kobiet w młodym wieku, na to schorzenie cierpi 10% mężczyzn uczęszczających do amerykańskich szkół typu college [29].

Wielu autorów donosi, że restrykcje dietetyczne stosowane w ortoreksji prowadzą przede wszystkim do niedoborów żywieniowych, a w rezultacie do ograniczeń o charakterze społecznym [11,19,30]. Zdaniem autorów motywacją do podjęcia zdrowego sposobu odżywiania może stać się chęć uniknięcia zachorowania na poważną chorobę [11,15].

Bigoreksja jest obecnie aktualnym problemem, szczególnie ze względu na popularyzację kulturystyki, nadmierne zainteresowanie wyglądem, wprowadzanie restrykcyjnych ograniczeń dietetycznych, uprawianie sportu i wprowadzenia suplementów

diety [31]. Wielu badaczy uważa, że problem bigoreksji najczęściej dotyczy mężczyzn. Szacuje się, iż problem ten dotyczy około 10% kulturystów [12,13,19].

Według doniesień autorów współczesność, tak jak każda z epok, stworzyła pewne charakterystyczne dla siebie wzorce osobowe zarówno w stosunku do mężczyzn, jak i do kobiet [13,32]. Autor zajmujący się zaburzeniami odżywiania podkreśla znaczący wpływ na powstawanie tych chorób czynników społecznych i kulturowych. Szukając uwarunkowań zaburzeń odżywiania sięga do relacji rodzin chorych na anoreksję, czy bulimię [1].

Zdaniem Pileckiego i wsp. [33] zależności pomiędzy zaburzeniami odżywiania się a objawami depresyjnymi wydają się złożone i wielokierunkowe. Występowanie objawów depresyjnych w przebiegu zaburzeń odżywiania się może wpływać na skuteczność terapii, czy ryzyko próby samobójcze. Według badań autorów samopoczucie psychiczne jest zdecydowanie gorsze u dziewcząt niż u chłopców oraz u młodzieży 15-19-letniej niż 11-13-letniej, co 5-6 nastolatek ma problemy natury psychicznej. Według danych szacunkowych ok. 15-20% młodzieży szkolnej wymaga opieki psychologiczno- psychiatrycznej, -odsetek młodzieży odczuwającej często zdenerwowanie i przyjmującej leki z tego powodu jest w Polsce największy wśród 29 krajów Europy. Wiele z zachowań ryzykownych z fazy eksperymentowania utrwała się najczęściej w wieku 17-19 lat i decyduje o stylu życia zdrowiu w dorosłym życiu [34].

Józefik i wsp. [34] donoszą, iż większość klasycznych modeli klinicznych podkreśla znaczenie relacji małżeńskiej dla dynamiki rozwoju zaburzeń odżywiania się i mechanizmów podtrzymujących proces chorowania, to podkreśla się wpływ, jaki na funkcjonowanie rodziny może mieć przewlekłe zaburzenie psychiczne dziecka. Mimo podkreślanej w modelach klinicznych wagi relacji małżeńskiej dla rozwoju zaburzeń odżywiania się dysponujemy znikomą ilością badań empirycznych weryfikujących obserwacje kliniczne [35]. Badania empiryczne Pileckiego i wsp. pokazują, jak poszczególne wzory interakcji między rodzicami wpływają na sposób funkcjonowania dzieci w ich małżeństwach [36]. W badaniu własnym aż 77,0% osób (87,5% mężczyzn vs 75,0% kobiet) uznało, że rodzice powinni zwrócić uwagę na unikanie wspólnych posiłków. 56,0% osób - bardzo szczupłą sylwetkę ciała, 38,0% osób - nadmierną koncentrację na własnym wyglądzie, 25,0% osób uznało, że rodzice powinni zwrócić uwagę na apatię u dziecka. NS.

Według autorów w psychologii zdrowia i psychologii klinicznej do zaburzeń psychicznych współistniejących z zaburzeniami odżywiania zaliczyć możemy: depresję, stany lękowe, deficyt odporności emocjonalnej, spowolnienie psychoruchowe, deficyt kontroli

impulsów, kleptomanię, nałogi wielopostaciowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia osobowości typu borderline, samouszkodzenia [13].

Według doniesień autorów dziewczęta chorujące na anoreksję najpierw stosują różne diety redukcyjne, liczą kalorie, uprawiają sport [22,37,38]. Zdaniem autorów proces leczenia wymaga współpracy różnych specjalistów: internisty, psychiatry, dietetyka, psychoterapeuty, jak również w zależności od rodzaju zaburzeń towarzyszących – kardiologa i endokrynologa. Hospitalizacja stwarza możliwość odizolowania chorej osoby od jej naturalnego środowiska, w którym wykształciła się choroba [12]. Zdaniem autorów terapia bulimii powinna przebiegać wielokierunkowo, najbardziej efektywną metodą leczenia bulimii, według wielu publikacji, jest psychoterapia, zwłaszcza poznawczo-behawioralna oraz leki o działaniu przeciwdepresyjnym [9,39]. W badaniu własnym 41,0% ankietowanych (42,9% kobiet vs 31,3% mężczyzn) deklaroowało, że w pierwszej kolejności osoba z problemem zaburzeń odżywiania powinna zwrócić się do psychologa, 30,0% osób uznało, że do lekarza psychiatry, 21,0% osób - że do pedagoga szkolnego, a tylko 8,0% osób (8,3% kobiet vs 6,2% mężczyzn) - że w pierwszej kolejności powinna zwrócić się do terapeuty.

Zdaniem autorów anoreksja prowadzi do wyniszczenia całego organizmu, w efekcie doprowadzając do zaburzeń somatycznych, jak i psychicznych. Zachowania chorego często prowadzą do wycofania społecznego i licznych konfliktów z bliskimi, mogą pojawiać się myśli i próby samobójcze [40]. Z doniesień Bator i wsp. [12] wynika, że w grupie osób z anoreksją umieralność wynosi 10%. W badaniu własnym 54,0% osób (54,8% kobiet vs 50,0% mężczyzn) uważało, że anoreksja raczej prowadzi do śmierci, zaś 5,0% osób (12,5% vs 3,6% kobiety) nie wie czy anoreksja może prowadzić do śmierci.

Według Gustek i Jaworskiego [39] klasyfikacja DSM-IV pozwala na rozpoznanie bulimii, w której występują powracające epizody nieumiarkowanego spożywania pokarmów. W badaniu własnym z objawów bulimii ankietowani najczęściej wymieniali prowokowanie wymiotów (86,0% osób, w tym 88,1% kobiet i 75,0% mężczyzn), napadowe jedzenie w dużej ilości (54,0%), uszkodzone szkliwo zębów (43,0%), wypadanie włosów (38,0%), powiększone ślinianki (37,0%), brak miesiączki u kobiet (29,0%), intensywny wysiłek fizyczny (25,0%), masę ciała poniżej 38 kg (20,0%), przygotowywanie posiłków dla rodziny, ale nie jedzenie ich (19,0%), suchość skóry (17,0%) oraz meszek na całym ciele wskazało 5,0% osób, były to kobiety (6,0%).

Według Setnica [41] bulimia charakteryzuje się nie zrównoważoną dietą oraz złymi nawykami żywieniowymi, co przyczynia się do niewłaściwego spożycia wielu składników

odżywczych. W przebiegu bulimii występuje szereg groźnych powikłań somatycznych [7]. Mogą także pojawić się żylaki odbytu, na skutek zażywania zbyt dużych ilości środków przeczyszczających, zaparcia, krwawienia z odbytu [42]. W badaniu własnym aż 67,0% ankietowanych wymieniło zaburzenia równowagi elektrolitowej (81,3% mężczyzn vs 64,3% kobiet). 57,0% osób wskazało zawał mięśnia sercowego, 43,0% osób - arytmie serca, 28,0% osób - anemię, 13,0% osób - zaburzenia nastroju, 10,0% osób - zaburzenia cyklu miesięczkowego, a tylko 7,0% osób - zachowania impulsywne (7,1% vs 6,3% mężczyzn). NS.

Wiatrowska donosi, że stosowanie drastycznych metod kontroli wagi ciała prowadzi do bardzo poważnych zaburzeń we wszystkich sferach zdrowia i rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego. W bardzo wielu przypadkach nieleczona bulimia kończy się śmiercią na skutek zaburzeń czynności wielu narządów i układów, rozległych infekcji czy udanych prób samobójczych [43]. W badaniu własnym aż 76,0% osób (77,4% kobiet vs 68,8% mężczyzn) deklarowało awitaminozę. 39,0% osób wskazało chorobę refluksową, 27,0% osób - zaparcia, po 10,0% osób - zaburzenia oddychania, bezdech nocny i zapalenie wątroby, 9,0% osób - kamice dróg żółciowych, 5,0% osób - miażdżycę, 4,0% osób (4,8% kobiet) nie znało chorób najczęściej towarzyszących bulimii.

Według autorów leczenie pacjentów z zaburzeniami odżywiania powinno być prowadzone przez specjalistyczne ośrodki, posiadające fachową kadrę oraz szeroką wiedzę w terapii tych zaburzeń. Wyjątek stanowią osoby w stanie somatycznym wymagającym najpierw interwencji somatycznej [44]. W badaniu własnym 52,0% ankietowanych w swojej pracy zawodowej nie miało styczności z osobami borykającymi się z problemem anoreksji i/lub bulimii, zaś 48,0% osób taki kontakt deklarowało, w tym 48,8% kobiet i 43,8% mężczyzn. Przeciętną znajomość wiedzy na temat zaburzeń odżywiania deklarowało 49,0% ankietowanych, w tym 50,0% kobiet vs 43,8% mężczyzn. 39,0% osób uznało, że zna dobrze wiedzę na temat zaburzeń odżywiania, a 7,0% osób - iż zna bardzo dobrze. Tylko 5,0% ankietowanych uznało, że ich wiedza na temat zaburzeń odżywiania jest niska (6,2% mężczyzn vs 4,8% kobiety). Analizowano również wiedzę pielęgniarek/arzy na temat zaburzeń odżywiania pod względem wieku ankietowanych. Dobrą znajomość wiedzy na temat zaburzeń odżywiania deklarowało 61,5% osób w przedziale wiekowym powyżej 41 lat oraz 40,0% osób w przedziale wiekowym 20-30 lat. Bardzo dobrą znajomość wiedzy na temat zaburzeń odżywiania deklarowało 16,1% osób w przedziale wiekowym 31-40 lat i 3,4% osób w przedziale wiekowym powyżej 41 lat.

Autorzy donoszą, iż w sytuacji zagrożenia życia z powodów somatycznych, pacjenci

mogą być hospitalizowani w placówkach zajmujących się stanem somatycznym bez zgody na podstawie przepisów zawartych w Ustawie o zawodzie lekarza (Dz.U. 02.21.204 z 1996 r.). W sytuacji współistnienia zagrażających życiu zaburzeń psychicznych (np. DD z zachowaniami samobójczymi) chorych można hospitalizować w placówkach psychiatrycznych na podstawie przepisów zawartych w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994, nr 111) [44].

Według autorów postępowanie medyczne w zaburzeniach odżywiania związane jest z leczeniem szpitalnym, łóżkowym. Poziom masy ciała, przy którym zalecane jest leczenie szpitalne jest różny w różnych ośrodkach. Najczęściej postępowanie szpitalne opiera się na podawaniu chorym wysokokalorycznej diety, zawierającej od 1600 do 5500 kcal dziennie. W niektórych ośrodkach praktykuje się dużą swobodę w powrocie do należytnej masy ciała, zwiększając ilość energii w pożywieniu indywidualnie zgodnie z wymaganiami pacjenta i stopniem deficytu masy. W przypadku niskiej masy ciała i wygłodzenia stosuje się żywienie przez sondę żołądkową, oraz hiperalimentację [12,26]. W badaniu własnym zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między opinią respondentów co do wyglądu opieki medycznej na oddziale szpitalnym nad osobą z zaburzeniami odżywiania, a płcią ankietowanych (* $p = 0,0067$). Aż 62,0% osób (64,3% vs 50,0% mężczyzn) deklarowało psychoterapię, kontrolę posiłków, kontrolę wagi ciała dwa razy w tygodniu. 6,0% osób wskazało izolację, żywienie przez sondę, nawodnienie dożylnie, leki p/depresyjne (25,0% mężczyźni vs 2,4% kobiety).

Zdaniem Wójciak wiele ośrodków medycznych, zajmujących się leczeniem zaburzeń odżywiania, prowadzi różne formy interwencji psychologicznej jako jedynej formy leczenia lub jako elementu wspomagającego leczenie medyczne, którego ważnym elementem jest opieka pielęgniarska oraz atmosfera zaufania [26]. Doniesienia wielu autorów dowodzą, iż biorąc pod uwagę, że osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania, charakteryzują się nieprawidłowymi relacjami rodzinnymi, najczęściej jest wybierana terapia rodzin [9,26].

Zdaniem autorów leczenie farmakologiczne zaburzeń odżywiania w wielu przypadkach jest nieskuteczne [9,26]. W anoreksji, według autorów, leczenie farmakologiczne odgrywa niewielką rolę, wykorzystywane jest w przypadkach z towarzyszącymi objawami psychopatologicznymi [12].

PODSUMOWANIE

Zdaniem wielu autorów problem zaburzeń odżywiania, a w szczególności anoreksji i bulimii dotyczy coraz młodszych pacjentów, gdzie wczesne rozpoznanie daje możliwości

pełnego wyzdrowienia. Przede wszystkim bardzo istotne jest prowadzenie odpowiedniej profilaktyki skoncentrowanej na działaniach zmierzających do ograniczania czynników ryzyka (wewnętrznych oraz zewnętrznych), wzmacniać pozytywne zasoby środowiskowe (tj. pomoc w kształtowaniu właściwych relacji w rodzinie, w grupie rówieśniczej, inicjowaniu atrakcyjnych sposobów spędzania czasu wolnego i aktywności fizycznej) [4,5,38]. Zdaniem Wiatrowskiej zasadniczą rolę w obrazie zaburzeń odżywiania odgrywa brak efektywnych modeli radzenia sobie ze stresem [6].

Sarzała [38] donosi także, iż obok rodziny i szkoły istotną rolę w profilaktyce odgrywają mass media, które obok nasilonego reklamowania produktów żywnościowych, powinny rozważyć możliwość emitowania również programów dotyczących właściwego odżywiania i promowania zdrowego stylu życia.

WNIOSKI

Z przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Stan wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy na temat zaburzeń odżywiania jest na niezadowalającym poziomie, tylko 7,0% osób wskazało, iż zna bardzo dobrze, zaś 39,0% osób uznało, że zna dobrze wiedzę na temat zaburzeń odżywiania.
2. Pomimo wieku i stażu pracy w SPPZOZ opinia respondentów co do wyglądu opieki medycznej na oddziale szpitalnym nad osobą z zaburzeniami odżywiania jest niesatysfakcjonująca.
3. Pielęgniarki i pielęgniarze zdają sobie sprawę z powikłań i chorób współistniejących wynikających z anoreksji i bulimii, chociaż tylko 48,0% osób deklarowało kontakt z osobami borykającymi się z problemem anoreksji i/lub bulimii, w tym 48,8% kobiet i 43,8% mężczyzn.

PIŚMIENNICTWO

1. Pilecka W.: Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
2. Godała M., Karasińska E., Trafalska E., Kolmaga A., Szatko F.: Wiedza studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na temat zaburzeń odżywiania. Problemy Higieny i Epidemiologii 2012; 93(1): 80-81.

3. Ziara K., Pilarz Ł., Sztylc J., Oświęcimska J.: Ocena stanu wiedzy nastolatków na temat anorexia nervosa. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2009; 5(10): 12-18.
4. Chwałczyńska A., Bembenek A.: Ocena świadomości dziewcząt w wieku gimnazjalnym dotycząca jadłowstrętu psychicznego. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2010; 3: 118-119.
5. Nowak K.: Socjodemograficzne i rodzinne czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania młodzieży. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 2013; 121-122.
6. Wiatrowska A.: Radzenie sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania. *Annales Universitatis Mariae Curie - Skłodowska Lublin - Polonia, Sectio J.* 2017; 30(1): 161.
7. Winiarska- Mieczan A., Poterucha E.: Zagrożenie anoreksją i bulimią wśród studentek lubelskich uczelni. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2010; 91(1): 158-163.
8. Warchał M., Kazimierzak N., Niedzielski A.: Zaburzenia odżywiania jako choroby cywilizacyjne XXI wieku. *Katedra Nauk Humanistycznych Uniwersytet Medyczny w Lublinie* 2016: 122-137.
9. Bąk D.: Zaburzenia odżywiania się u mężczyzn. *Psychiatria Polska* 2008; 1(2): 167-175.
10. Bąk – Sosnowska M.: Interwencja psychologiczna w zespole kompulsywnego jedzenia. *Psychiatria Polska* 2009; 4(43): 445-447.
11. Fidan T., Ertekin V., Isikay S., Kirpinar I.: Prevalence of orthorexia among medical students In Erzurum, Turkey, *Compr. Psychiatry* 2010; 51(1): 49.
12. Bator E., Bronkowska M., Ślepecki D., Biernat J.: Anoreksja - przyczyny, przebieg, leczenie. *Nowiny Lekarskie* 2011; 184-191.
13. Mroczkowska D., Ziółkowska B.: Bulimia od A do Z. *Kompedium wiedzy dla rodziców, nauczycieli i wychowawców*. Wydawnictwo Naukowe Difin, Warszawa 2011: 9-11.
14. Wronka M. Jezierska-Kazberuk M.: Świat porcelanowych motyli. Blogi internetowe o tematyce odchudzającej jako źródło informacji o zaburzeniach odżywiania. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2011; 2(2): 102–112.
15. Janas-Kozik M., Zejda J., Stochel M., Brożek G., Janas A., Jelonek J.: Ortoreksja- nowe rozpoznanie? *Psychiatria Polska* 2012; 46(3): 441-450.
16. Pilecki M., Józefik B., Sałapa K.: Kontekst kulturowy zaburzeń odżywiania się- badania własne. *Psychiatria Polska* 2012; 2: 189-200.
17. Ziółkowska B., Mroczkowska D.: Zaburzenia odżywiania się i nieprawidłowe zachowania jedzeniowe występujące u kobiet z nadwagą i otyłością. *Wydawnictwo Naukowe Difin, Warszawa* 2012: 7-12.

18. Wilczek W., Kolarzyk E., Kwiatkowski J.: Dysmorfia mięśniowa (bigoreksja) - czy rzeczywiście stanowi realne zagrożenie dla młodych mężczyzn? *Hygeia Public Health* 2013; 48(4): 537.
19. Michalska A., Szejko N., Jakubczyk A., Wojnar M.: Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się- subiektywny przegląd. *Psychiatria Polska* 2016; 497-504.
20. Czepczor K., Brytek- Matera A.: Jedzenie pod wpływem emocji. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2017.
21. Nowogrodzka A., Piasecki B.: Zaburzenia odżywiania- różnice międzypłciowe. *Nowiny Lekarskie* 2012; 81.
22. Szpytman A., Brukwicka I., Kopański Z., Kollar R., Kollarowa M., Bajger B., Bojanowska E.: Współczesne dylematy zdrowotne młodzieży i dorosłych- anoreksja. Artykuły poglądowe. *Journal of Clinical Healthcare* 2016; 13-16.
23. Czepczor -Bernat K., Brytek-Matera A.: Psychologiczne aspekty nadwagi i otyłości. Teoria i praktyka. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2020.
24. Sarzała D.: Anoreksja jako zagrożenie dla zdrowia oraz społecznego funkcjonowania człowieka w kontekście etiologii i profilaktyki. *Kwartalnik Naukowy* 2012; 4(32): 305-306.
25. Nitsch K., Prajs E., Kurpisz J., Tyburski E.: Obraz ciała i jego zaburzenia. Aspekty teoretyczne w kontekście wybranych jednostek psychopatologicznych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2012; 12 (3): 178.
26. Wójciak W.R.: Zaburzenia odżywiania. *Nowiny Lekarskie* 2009; 13, <https://docplayer.pl/30907447-Zaburzenia-odzywiania-rafal-w-wojciak.html>, (data dostępu 6.05.2020).
27. Wojtyła A., Biliński P., Bojar I., Wojtyła C.: Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2011; 92(2): 344.
28. Kościcka K.: Co wiemy na temat bulimii psychicznej?- historia, kryteria diagnostyczne, opis, leczenie. *Młodzi Naukowcy* 2017; 85-86.
29. Sira N., Pawlak R.: Prevalence of overweight and obesity, and dieting attitudes among Caucasian African American college students in Eastern North Carolina A cross-sectional survey. *Nutrition Research and Practice*, 2010; 4(1): 334.
30. Strzelecki W., Cybulski M.: Zaburzenia odżywiania- kompendium studenckie. Poznań, Zakład Psychologii Klinicznej Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2012.

31. Łuszczynska A.: Psychologia sportu i aktywności fizycznej: zagadnienia kliniczne. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
32. Ponczek D., Olszowy I.: Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012; 93(2): 260-268.
33. Pilecki M., Józefik B., Sałapa K.: Związek oceny relacji rodzinnych z depresją u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się. *Psychiatria Polska* 2013; 47(3): 385-395.
34. Joško J., Kamecka- Krupa J.: Czynniki kulturowe i społeczne predysponujące do zaburzeń odżywiania u młodzieży szkolnej w wybranych miastach województwa śląskiego. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2007; 88(3): 320-326.
35. Józefik B., Pilecki M.W., Matusiak F.: Wzajemna ocena relacji małżeńskiej rodziców pacjentek z zaburzeniami odżywiania się. *Psychiatria Polska* 2014; 48: 809-822.
36. Plecki W., Józefik B., Kościelniak M.: Percepcja relacji w rodzinie pochodzenia pacjentek z zaburzeniami odżywiania się a percepcja relacji w rodzinach pochodzenia ich rodziców. *Psychiatria Polska* 2015; 49: 731-746.
37. Witkowska B.: Percepcja postaw rodzicielskich a poziom samooceny dziewcząt z anoreksją psychiczną. *Psychiatria Polska* 2013; 47(3): 397-409.
38. Sarzała D.: Człowiek i uzależnienia. Wyd. Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Pułtusk - Warszawa 2010.
39. Gustek S., Jaworski M.: Znaczenie interwencji żywieniowej w psychoterapii poznawczo-behawioralnej w bulimii. *Psychiatria i Psychoterapia* 2011; 7(2-3): 9-11.
40. Bąba-Kubiś A., Pełka-Wysiecka J., Liśkiewicz P., Wroński M., Konopka A., Samochowiec J.: Anoreksja – jadłowstręt psychiczny. *Pomeranian Journal Life Sciences* 2018; 64(4): 5-9.
41. Setnick J.: Micronutrient deficiencies and supplementation in anorexia and bulimia nervosa: a review of literature. *Nutrition In Clinical Practice: Official Publication Of The American Society For Parenteral And Enteral Nutrition* 2010; 25(2): 16.
42. Franczak-Young A., Jezierska- Kazberuk M.: Niektóre zmiany neuropsychologiczne i somatyczne występujące w bulimii oraz podstawy strategii leczenia somatycznego. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2001; 2(4): 249.
43. Wiatrowska A.: Zasoby osobiste kobiet z bulimią psychiczną. *Zeszyty Naukowe WSSP. Instytut Pedagogiki UMCS w Lublinie* 2013; 16: 197.
44. Rabe- Jabłońska J., Pawełczyk T., Żechowski C., Jarema M.: Standardy leczenia zaburzeń odżywiania. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2008; 8(1): 20-40.

Zaburzenia snu u pielęgniarek pracujących w oddziałach psychiatrycznych

Justyna Żukowska¹, Grzegorz Bejda², Agnieszka Kulak-Bejda³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Sen jest nieodłącznym elementem naszego życia [1], podstawowym stanem świadomości, okresem regeneracji i odpoczynku organizmu [1]. Należy do podstawowych potrzeb fizjologicznych człowieka [2]. Jest niezbędny do normalnego funkcjonowania w ciągu dnia [3]. Występuje spontanicznie, okresowo i przejawia się utratą świadomego kontaktu z otoczeniem [1]. W opinii Sykut [cyt. za 4], jest procesem w przebiegu którego ulegają zmianie temperatura ciała, ilość wydzielanych hormonów, rytm pracy serca, częstość oddechów oraz aktywność mózgu. Jest złożonym i aktywnym procesem angażującym wiele części mózgu i utożsamia się go ze zdrowiem i dobrym samopoczuciem jednostki [5,6].

Podczas snu obserwuje się zniesienie aktywności ruchowej i zmniejszenie reaktywności na bodźce [7]. Od śpiączki, anestezji, hibernacji odróżnia go szybki powrót do czuwania pod wpływem bodźców zewnętrznych. Jest stanem łatwo odwracalnym i samoregulującym się [7].

W literaturze przedmiotu [3,8-11], jest postrzegany jako amalgamat złożonych fizjologicznych i behawioralnych procesów. Ma uniwersalne znaczenie i zachowuje funkcje witalne dla życia [5,9,10].

Szacuje się, iż przesypiamy około jedną trzecią naszego życia [3,11].

Z badań nad snem wynika, że pomaga on zachować homeostazę organizmu, oszczędzać energię, regulować temperaturę ciała i przetwarzać informacje afektywne [9,11,12].

Bezsennność należy do najczęściej występujących zaburzeń snu, jest zjawiskiem niezwykle częstym, narastającym wraz z rozwojem cywilizacji i oderwaniem od naturalnych rytmów życia [2].

CELE PRACY

Celem głównym pracy było wykazanie, czy praca zmianowa pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo wpływa na występowanie zaburzeń snu.

Cele szczegółowe pracy obejmowały:

1. Ocena liczby dyżurów pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo.
2. Określenie jakości snu pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo.
3. Ocena korzystania z form pomocy z powodu bezsenności.
4. Czy pielęgniarki/arze pracujące w systemie zmianowym w SPPZOZ w Choroszczy powinny mieć dodatkowe dni urlopu?

MATERIAŁY I METODYKA

Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

Badania przeprowadzone zostały wśród 100 losowo wybranych pielęgniarek i pielęgniarzy Oddziału Ogólnopsychiatrycznego, Oddziału Leczenia Uzależnień, Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu oraz Izby Przyjęć pracujących w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr St. Deresza w Choroszczy w I półroczu 2019 roku.

Praca miała charakter prospektywny i anonimowy, każdy z respondentów wyraził zgodę na ich przeprowadzenie.

Prace były prowadzone za pomocą ankiety konstrukcji własnej składającej się z trzech części:

1. Część pierwsza ankiety - zawierała pytania z zakresu danych społeczno-demograficznych tj.: płeć, wiek, masa ciała, staż pracy na oddziale psychiatrycznym, wykształcenie ankietowanych oraz „Czy ukończył/a pan/i specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego?”.
2. Część druga ankiety - zawierała pytania z zakresu pracy w systemie dyżurów, snu i wypoczynku, tj.: „Ilość dyżurów ogółem w ciągu miesiąca”, „Ile w ciągu miesiąca ma Pani/Pan dyżurów nocnych?”, „Ile wynosi średnia przerwa do kolejnego dyżuru?”, „Ile wynosi średnia przerwa do dyżuru nocnego?”, „Czy po zejściu z dyżuru nocnego odsypia Pani/Pan?”, „Ile godzin w ciągu dnia po dyżurze nocnym może Pani/Pan poświęcić na

sen?”, „Czy ma Pani/Pan kłopoty z uśnięciem w domu w czasie wolnym od pracy?”, „Czy zażywa Pani/Pan leki nasenne?”, „Od jakiego czasu korzysta Pani/Pan ze środków farmaceutycznych wspomagających zasypianie?”, „Czy korzystała Pani/Pan z pomocy specjalistów z powodu bezsenności?”, „Czy budzi się Pani/Pan wypoczęta/ty?”, „Ile godzin snu potrzebuje Pani/Pana organizm w sytuacji poprzedzającej dyżur nocny?”, „Czy często korzysta Pani/Pan ze zwolnień lekarskich?”, „Czy powodem zwolnienia jest ogólne zmęczenie?”, „Czy uważa Pani/Pan, że pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym w Choroszczy powinny mieć dodatkowe dni urlopu?”.

3. Część trzecia ankiety zawierała Standaryzowany Kwestionariusz Jakości snu Pittsburgh (PSQI) [13] - 18 – punktowy kwestionariusz do samooceny jakości snu przez ostatni miesiąc. 18 pytań tworzy 7 klinicznych skal uwzględniających: jakość snu, czas oczekiwania na sen, długość trwania snu, zwyczajową wydajność snu, zaburzenia snu, użycie leków i dysfunkcje w ciągu dnia. Każda składowa jest oceniana na 4-stopniowej skal i jest punktowana od 0 do 3. Wyniki 7 skal są sumowane i mogą wynosić od 0 do 21 pkt. Im wyższy wynik tym gorsza jakość snu [15]. Ogólny wynik PSQI równy i wyższy niż 5 pkt. wskazuje na złą jakość snu z diagnostyczną czułością równą 90% i swoistością równą 67% [15]. Ogólny wynik jest otrzymywany poprzez zsumowanie wyników siedmiu skal z wewnętrzną spójnością (α) równą 0,83 i wiarygodnością zewnętrzną (r) równą 0,8524 [15].

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu STATISTICA v. 10 oraz arkusza kalkulacyjnego EXCEL. Podstawowe dane jakościowe (nominalne) przedstawiono w postaci liczebności (n) i odsetka (%). Za istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

Charakterystyka respondentów

Grupę badaną stanowiło 100 losowo wybranych pielęgniarek i pielęgniarzy Oddziału Ogólnopsychiatrycznego, Oddziału Leczenia Uzależnień, Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu oraz Izby Przyjęć pracujących w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr St. Deresza w Choroszczy w I półroczu 2019 roku.

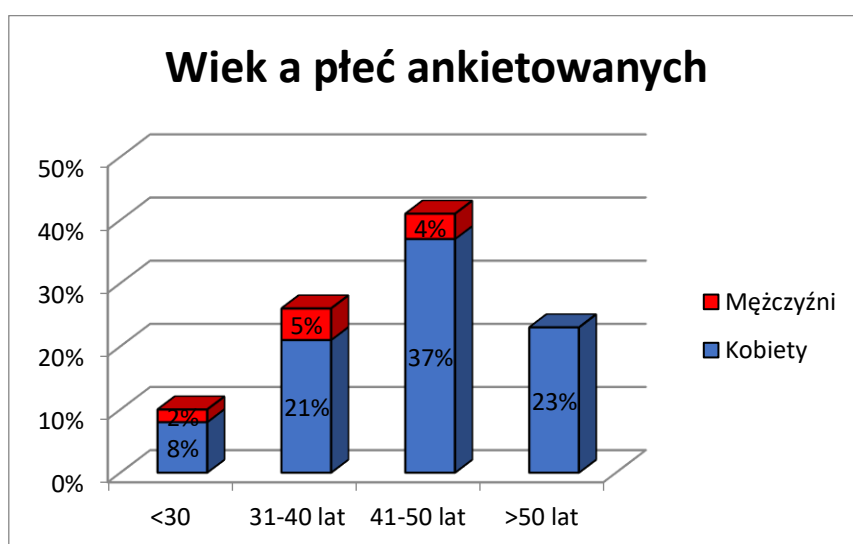
Przeanalizowano pytanie ankiety dotyczące płci osób biorących udział w badaniu

(Rycina 1). Rozkład płci ankietowanych był zróżnicowany, gdyż przeważająca większość pracowników szpitali stanowiły kobiety – było ich 89,0%, zaś mężczyzn 11,0% osób.



Rycina 1. Płeć ankietowanych

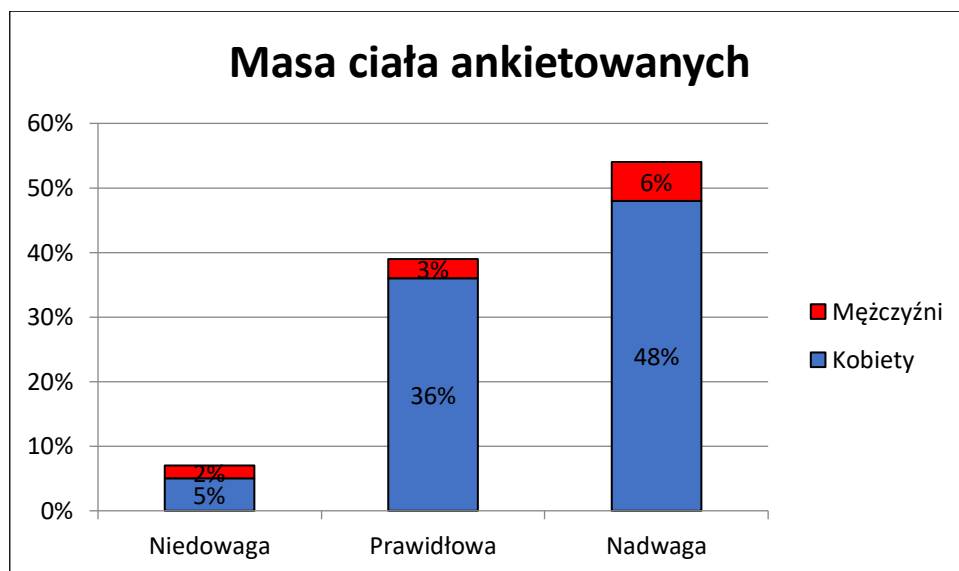
Wśród ankietowanych biorących udział w badaniu 41,0% osób zakwalifikowano do przedziału wiekowego 41-50 lat, w tym 41,6% kobiet i 36,4% mężczyzn. 26,0% osób - do przedziału wiekowego 31-40 lat, 23,0% osób - do przedziału wiekowego >50 lat oraz 10,0% osób zakwalifikowano do przedziału wiekowego < 30. roku życia (18,2% vs 9,0% kobiet). Wyniki obrazuje rycina 2.



Rycina 2. Wiek a płeć ankietowanych

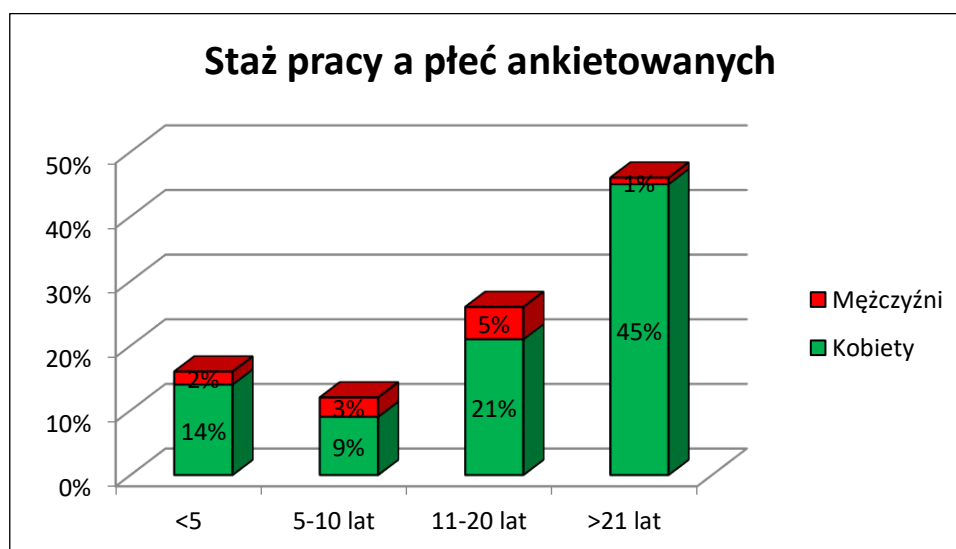
Struktura wieku obu płci była zróżnicowana. Różnic istotnych statystycznie między wiekiem a płcią nie zaobserwowano.

Wykazano różnicę istotną statystycznie między oceną masy ciała pielęgniarek/arzy a płcią respondentów (*p = 0,036). Nadwagę stwierdzono u 57,0% osób, prawidłową masę ciała u 39,0% osób, zaś niedowagę u 4,0% osób (18,2% vs 2,2% kobiety) (Ryc. 3).



Rycina 3. Masa ciała ankietowanych

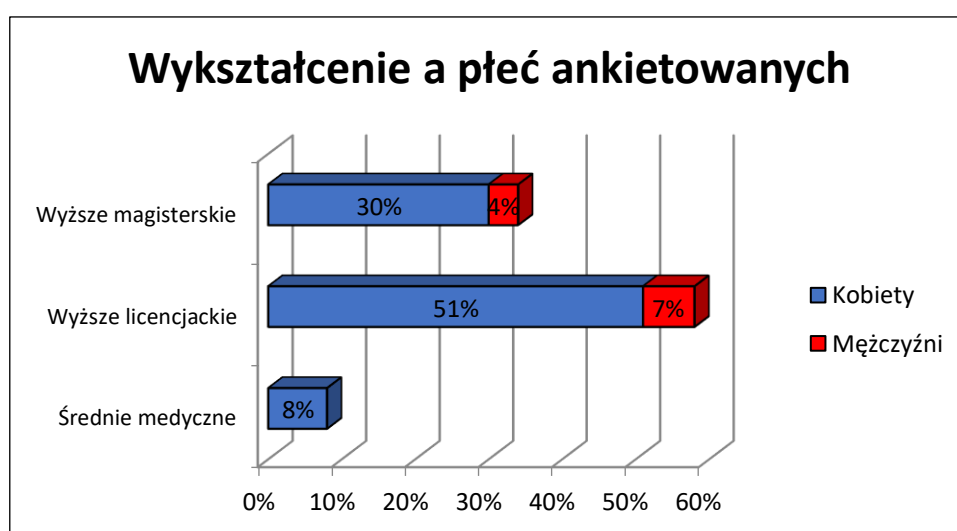
Największa grupa respondentów pracowało w SPPZOZ >20 lat 46,0% osób (50,6% vs 9,0% mężczyzn - Rycina 4).



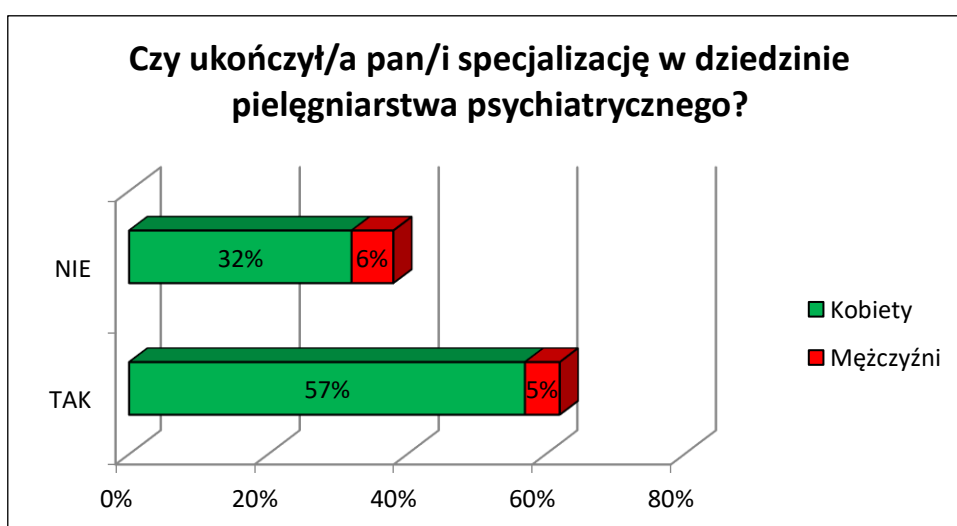
Rycina 4. Staż pracy ankietowanych w szpitalu psychiatrycznym

11-20 lat pracy deklarowało 26,0% respondentów, < 5 lat pracy - 16,0% osób. Natomiast 12,0% osób (w tym 50,6% kobiet i 9,1% mężczyzn) stanowili respondenci, którzy pracowali 5-10 lat w szpitalu psychiatrycznym. Różnic istotnych statystycznie między stażem pracy a płcią nie zaobserwowano (Rycina 4).

Najlichnieszą grupę wśród badanych stanowiły osoby legitymujące się wykształceniem wyższym licencjackim (58,0%), w tym 63,6% mężczyzn i 57,3% kobiet. 34,0% osób legitymowało się - wyższym magisterskim, 8,0% osób legitymowało się - średnim medycznym, były to kobiety (9,0% osób). Różnic istotnych statystycznie między wykształceniem a płcią nie zaobserwowano (Rycina 5).



Rycina 5. Wykształcenie a płeć ankietowanych

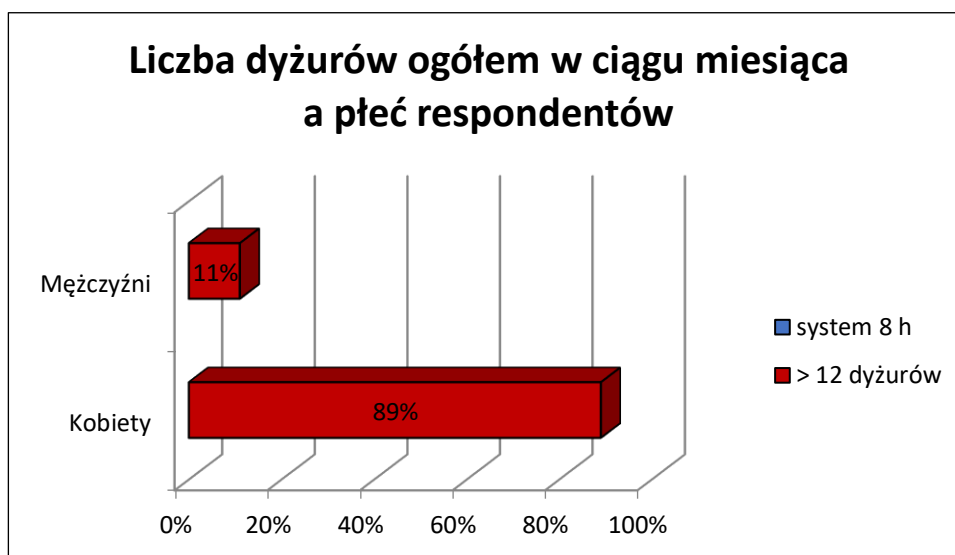


Rycina 6. Ocena ukończenia specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego a płeć ankietowanych

Zapytano badanych, czy ukończyli specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego? Ukończoną specjalizację posiadało 62,0% respondentów (64,0% kobiet vs 45,5% mężczyzn). 38,0% osób specjalizacji nie posiadało. Różnic istotnych statystycznie w powyższym nie wykazano. Wyniki obrazuje Rycina 6.

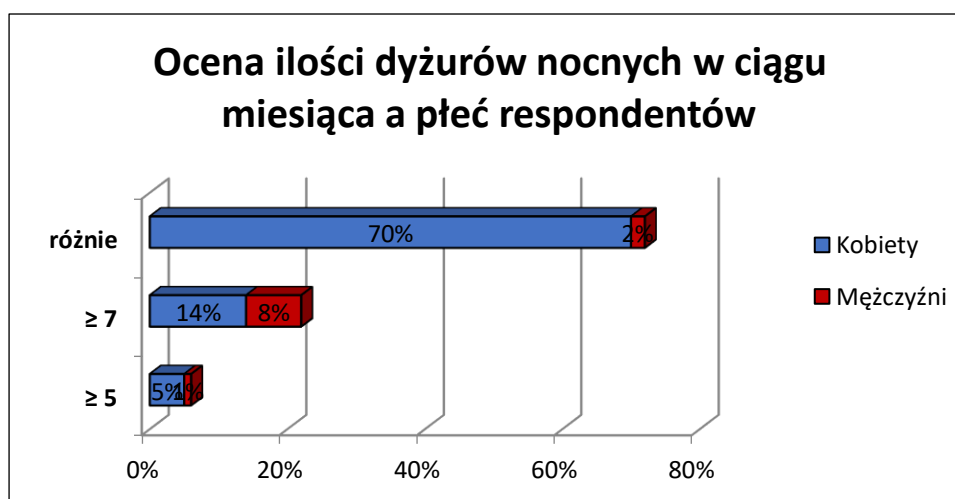
Ocena liczby dyżurów ogółem w ciągu miesiąca

Wszyscy (100,0%) respondenci w ciągu miesiąca mieli powyżej 12 dyżurów ogółem. Nikt z respondentów nie pracował w systemie ośmiogodzinnym (Ryc.7).



Rycina 7. Ocena liczby dyżurów ogółem w ciągu miesiąca a płeć respondentów

Ocena ilości dyżurów nocnych w ciągu miesiąca

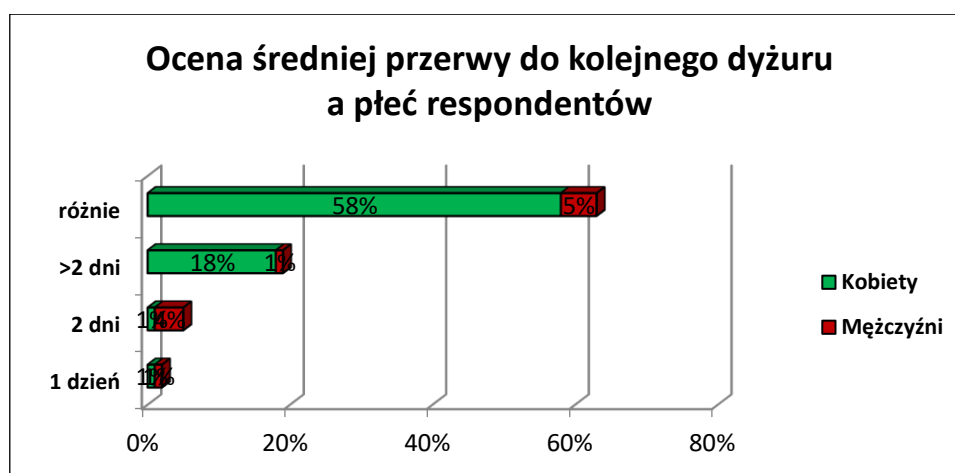


Ryc. 8. Ocena ilości dyżurów nocnych w ciągu miesiąca a płeć respondentów

Wykazano różnicę istotną statystycznie pomiędzy oceną ilości dyżurów nocnych w ciągu miesiąca a płcią respondentów (* $p=0,000054$). Aż 72,0% osób deklarowało różną ilość dyżurów nocnych. 22,0% osób - ≥ 7 , zaś 6,0% osób ≥ 5 dyżurów nocnych w ciągu miesiąca. Wyniki obrazuje rycina 8.

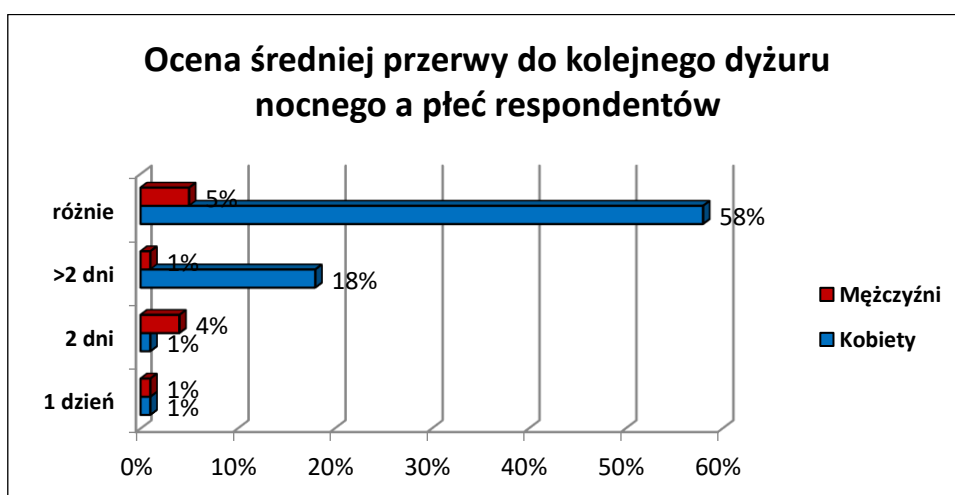
Ocena średniej przerwy do kolejnego dyżuru a płeć respondentów

Wykazano różnicę istotną statystycznie między oceną średniej przerwy do kolejnego dyżuru a płcią respondentów (* $p=0,000011$). Aż 63,0% osób (65,2% vs 45,5% mężczyzn) wskazało różną średnią przerwę do kolejnego dyżuru. 19,0% osób - powyżej 2 dni, 13,0% osób - 1 dzień, zaś 5,0% osób - 2 dni. Wyniki obrazuje rycina 9.



Rycina 9. Ocena średniej przerwy do kolejnego dyżuru a płeć respondentów

Ocena średniej przerwy do kolejnego dyżuru nocnego a płeć respondentów

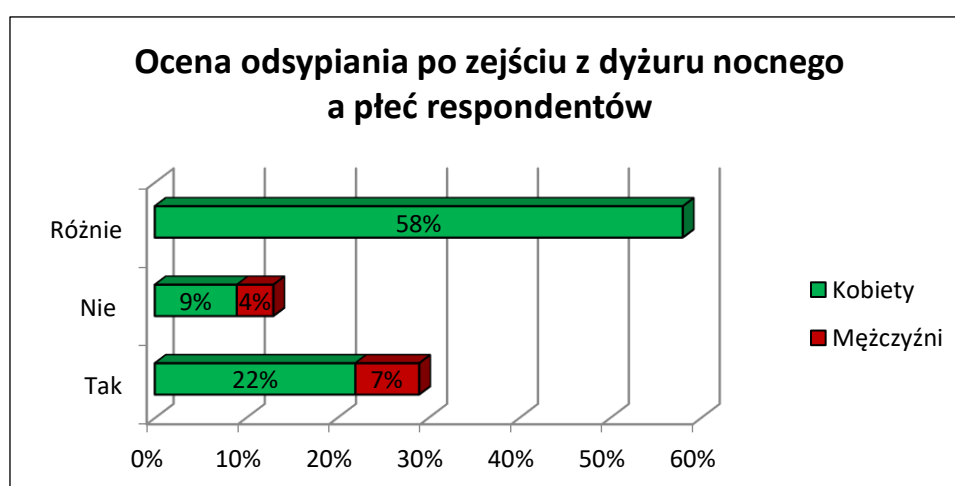


Rycina 10. Ocena średniej przerwy do kolejnego dyżuru nocnego a płeć respondentów

Wykazano różnicę istotną statystycznie między oceną średniej przerwy do kolejnego dyżuru nocnego a płcią respondentów (* $p=0,000011$). Ankietowani odpowiedzieli analogicznie jak wyżej. Wyniki obrazuje rycina 10.

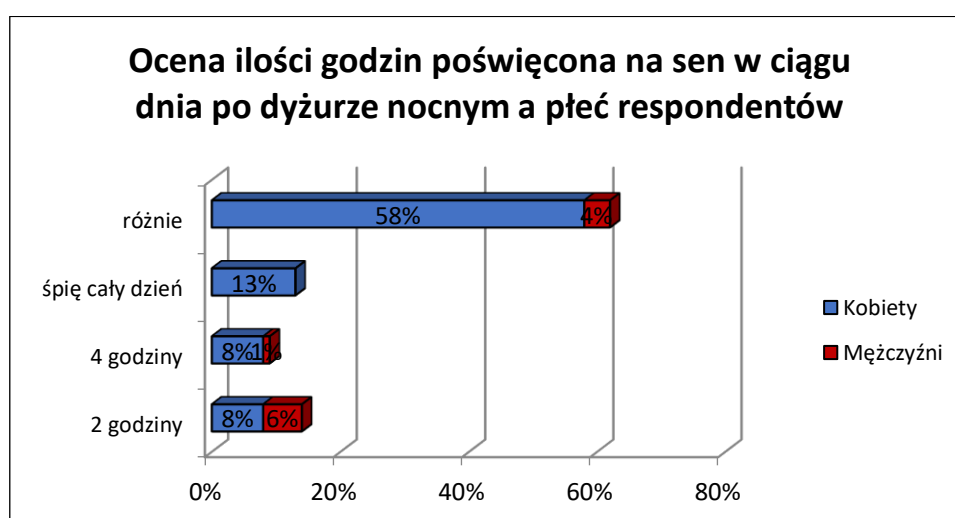
Ocena odsypiania po zejściu z dyżuru nocnego a płeć respondentów

Wykazano różnicę istotną statystycznie między oceną odsypiania po zejściu z dyżuru nocnego a płcią respondentów (* $p=0,00016$), rycina 11. 58,0% osób odpowiedziało „różnie”. 29,0% osób wskazało „tak”, zaś 13,0% osób (36,4% vs 10,1% kobiet) nie odsypia po zejściu z dyżuru nocnego.



Rycina 11. Ocena odsypiania po zejściu z dyżuru nocnego a płeć respondentów

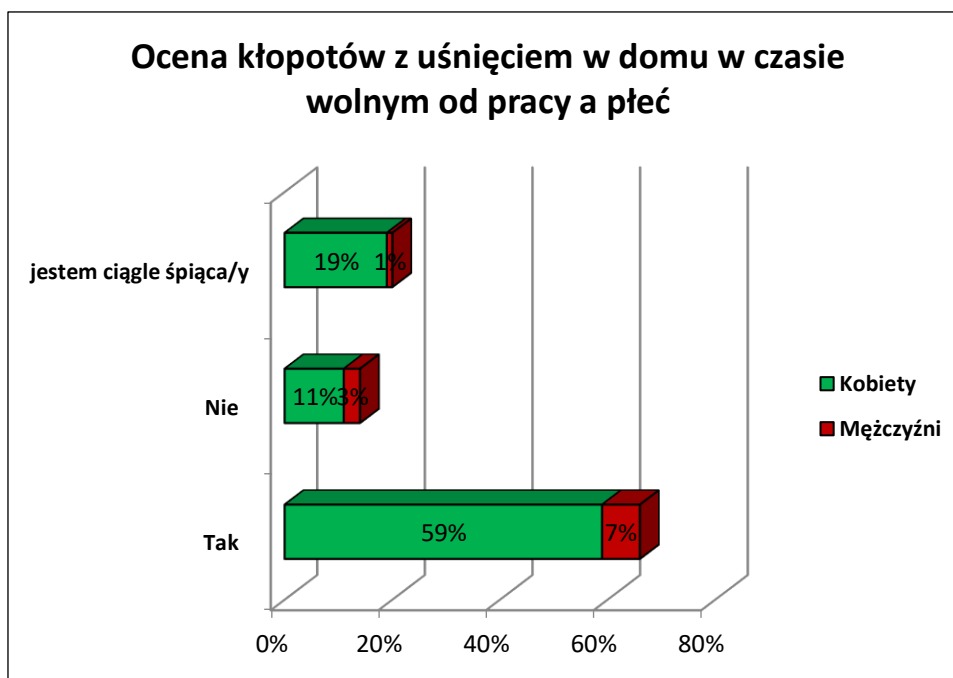
Ocena ilości godzin poświęcona na sen w ciągu dnia po dyżurze nocnym a płeć respondentów



Rycina 12. Ocena ilości godzin poświęcona na sen w ciągu dnia po dyżurze nocnym a płeć respondentów

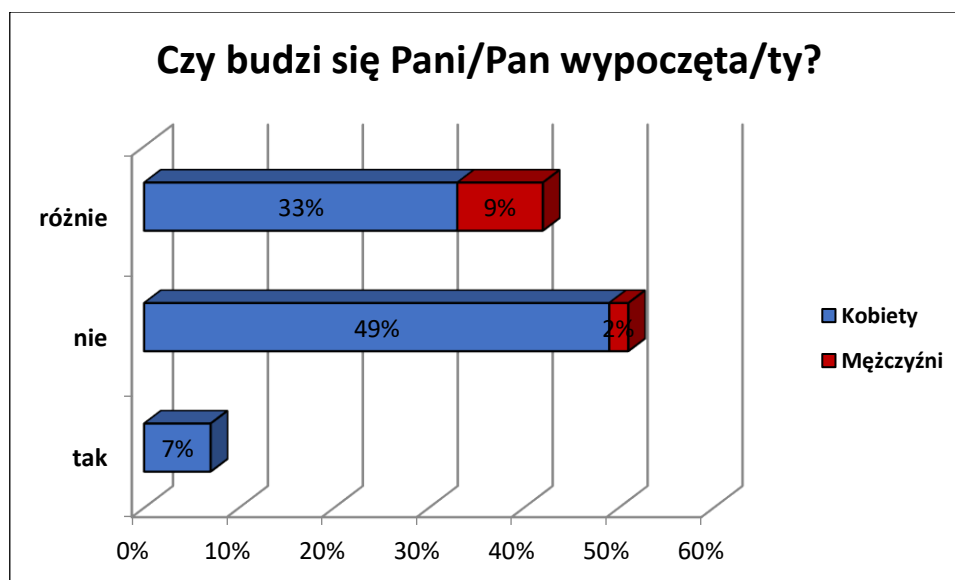
Ocena kłopotów z uśnięciem w domu w czasie wolnym od pracy a płeć

Kłopoty z uśnięciem w domu w czasie wolnym od pracy deklarowało 66,0% osób, w tym 66,3% kobiet i 63,6% mężczyzn. Ciągłe odczuwającym senność było 20,0% osób. Tylko 14,0% osób nie miało kłopotów z uśnięciem w domu w czasie wolnym od pracy. Różnic istotnych statystycznie nie wykazano. Wyniki obrazuje Rycina 13.



Rycina 13. Ocena kłopotów z uśnięciem w domu w czasie wolnym od pracy a płeć

Ocena samopoczucia po przebudzeniu a płeć ankietowanych

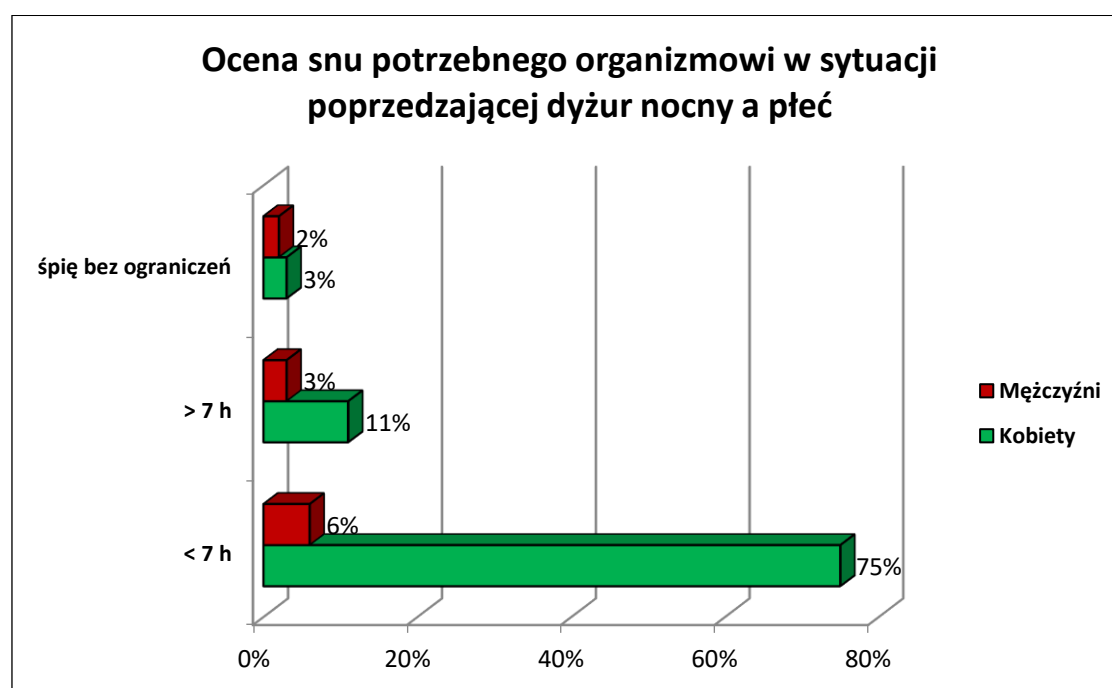


Rycina 14. Ocena samopoczucia po przebudzeniu a płeć ankietowanych

Wykazano różnicę istotną statystycznie między oceną samopoczucia po przebudzeniu a płcią respondentów (* $p=0,017$). 51,0% osób nie było wypoczętymi po przebudzeniu, 42,0% osób – stwierdziło, że bywało z tym „różnie”, a tylko 7,0% osób czuło wypoczętym po przebudzeniu. Wyniki obrazuje Rycina 14.

Ocena snu potrzebnego organizmowi w sytuacji poprzedzającej dyżur nocny a płeć respondentów

Wykazano różnicę istotną statystycznie między oceną snu potrzebnego organizmowi w sytuacji poprzedzającej dyżur nocny a płcią respondentów (* $p=0,031$). 81,0% osobom potrzeba było mniej niż 7h snu, 14,0% osobom więcej niż 7h, zaś 5,0% osób spało bez ograniczeń w sytuacji poprzedzającej dyżur nocny. Wyniki obrazuje Rycina 15.

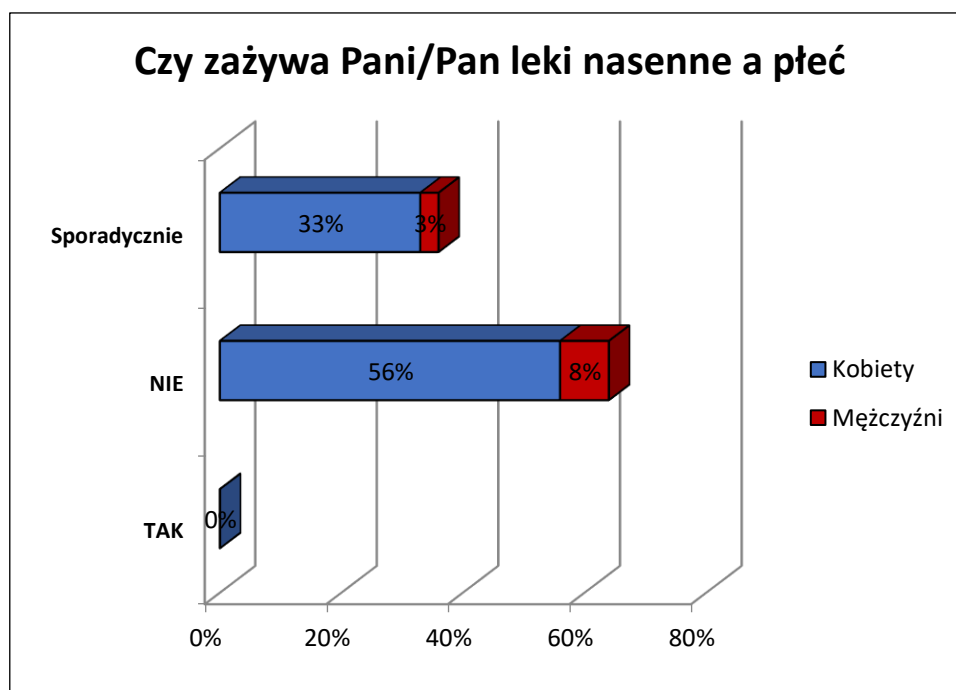


Rycina 15. Ocena snu potrzebnego organizmowi w sytuacji poprzedzającej dyżur nocny a płeć

Ocena form pomocy z powodu bezsenności

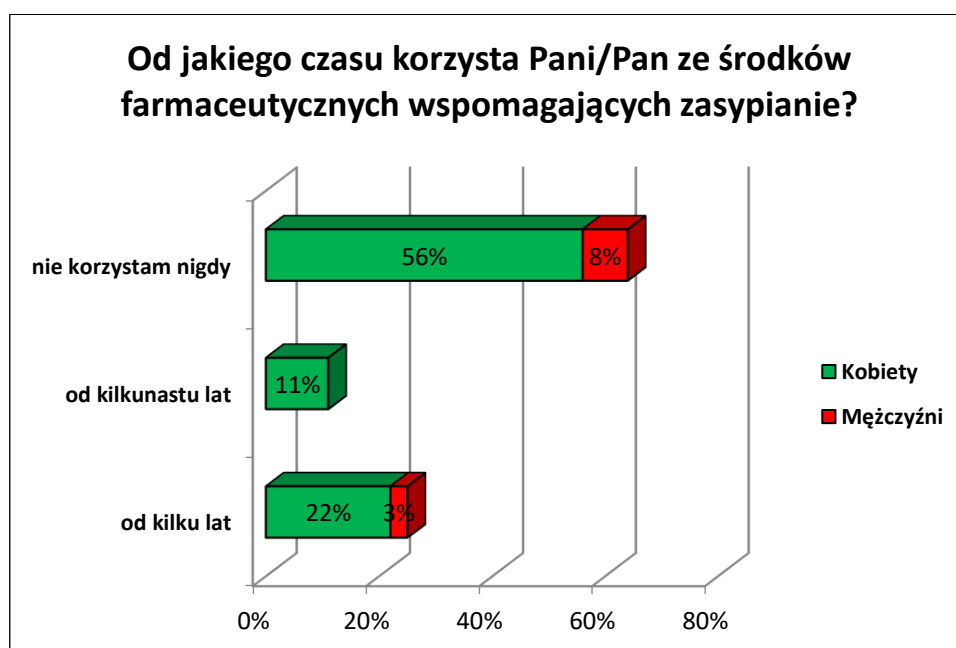
Analizowano w zależności od płci odpowiedź na pytanie ankiety: Czy zażywa Pani/Pan leki nasenne? 64,0% osób nie zażywało leków nasennych. 36,0% osób (37,1% kobiet vs 27,3% mężczyźni) – stosowało je sporadycznie, tj. Hydroxyzyna 10 mg lub 25 mg.

Różnic istotnych statystycznie nie wykazano. Wyniki obrazuje Rycina 16.



Rycina 16. Czy zażywa Pani/Pan leki nasenne a płeć respondentów

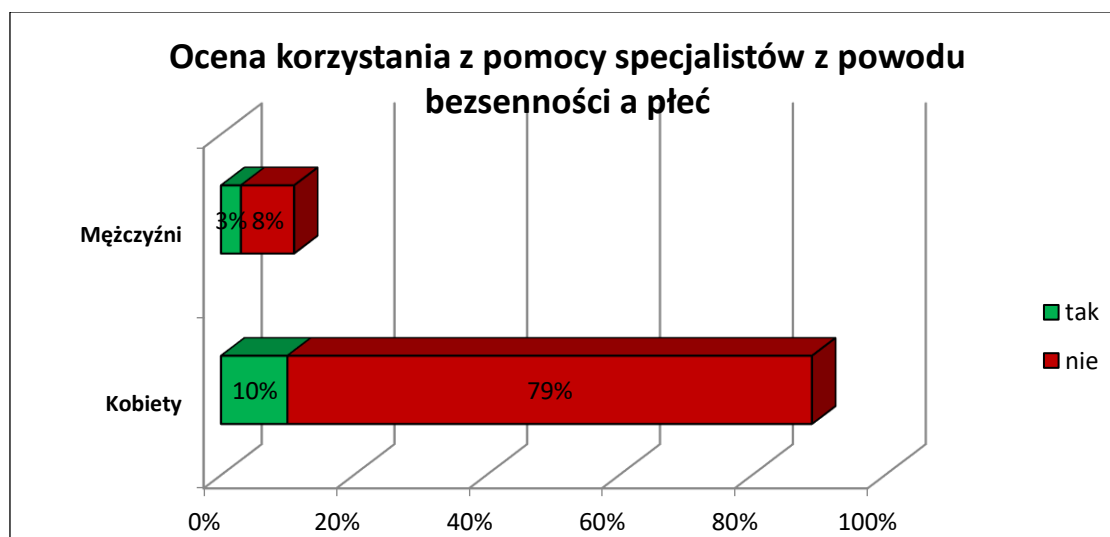
Zapytano respondentów: Od jakiego czasu korzystają ze środków farmaceutycznych wspomagających zasypianie? Nie korzystało z nich nigdy 64,0% osób, stosowało je od kilku lat 25,0% osób, natomiast od kilkunastu lat 11,0% osób. Różnic istotnych statystycznie nie wykazano. Wyniki obrazuje rycina 17.



Rycina 17. Od jakiego czasu korzysta Pani/Pan ze środków farmaceutycznych wspomagających zasypianie a płeć respondentów

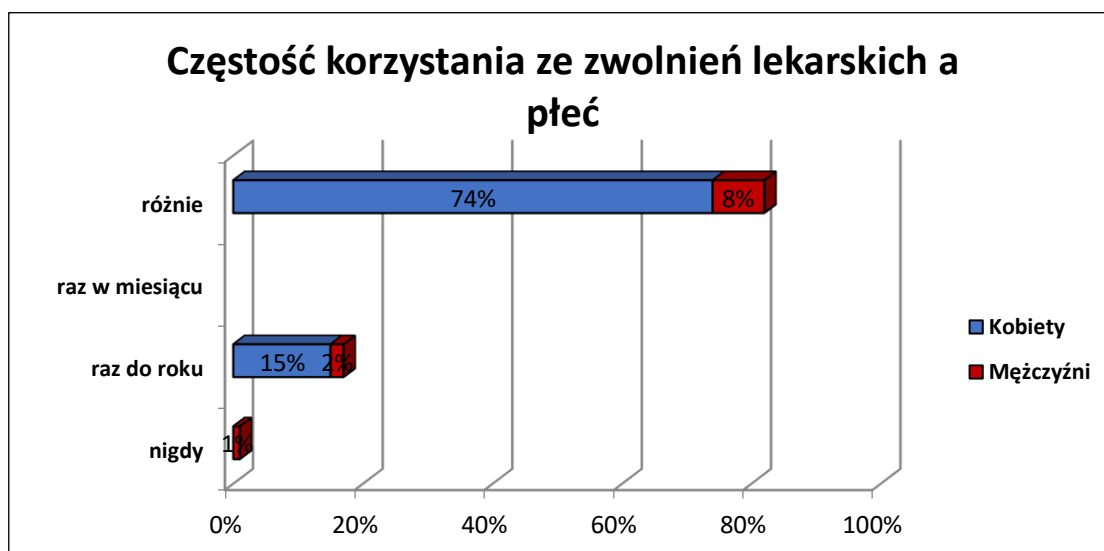
Ocena korzystania z pomocy specjalistów z powodu bezsenności a płeć

83,0% osób nie korzystało z pomocy specjalistów z powodu bezsenności, ale 17,0% osób (27,3% vs 11,2% kobiet) korzysta z pomocy specjalistów. Różnic istotnych statystycznie nie wykazano. Wyniki obrazuje rycina 18.



Rycina 18. Ocena korzystania z pomocy specjalistów z powodu bezsenności a płeć

Częstość korzystania ze zwolnień lekarskich a płeć



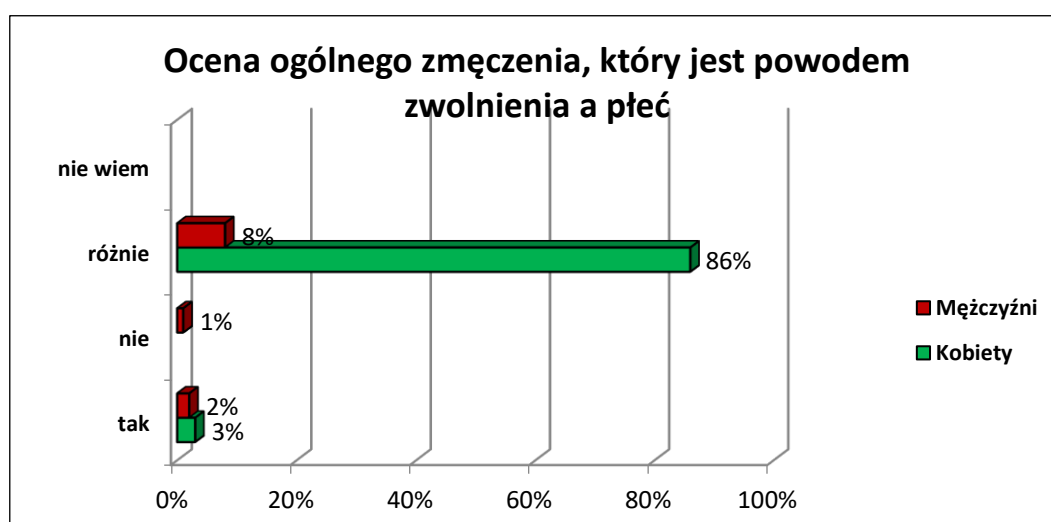
Rycina 19. Częstość korzystania ze zwolnień lekarskich a płeć

Wykazano różnicę istotną statystycznie między częstością korzystania ze zwolnień lekarskich a płcią respondentów (* $p=0,041$). Różnie korzystało z nich 82,0% osób (83,1% vs

72,7% mężczyzn), raz do roku – 17,0% osób, tylko 1,0% osób nigdy nie korzystało ze zwolnień lekarskich. Wyniki obrazuje rycina 19.

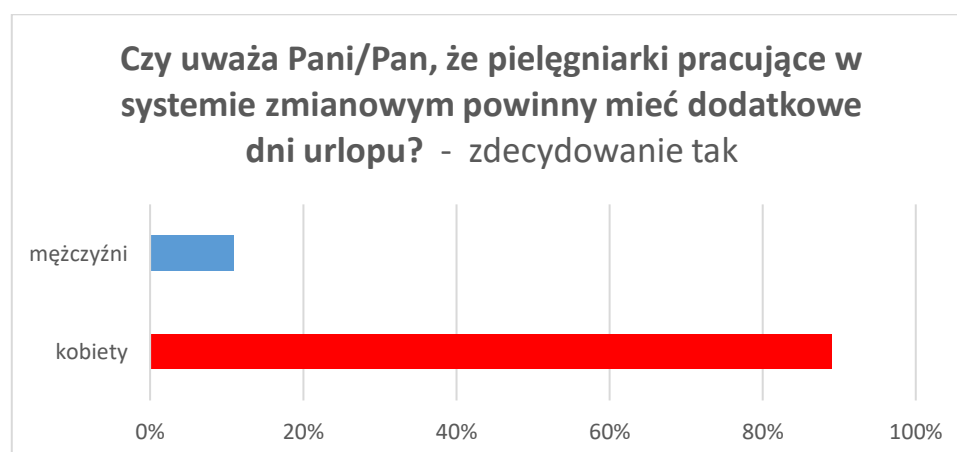
Ocena ogólnego zmęczenia, który jest powodem zwolnienia a płeć respondentów

Wykazano różnicę istotną statystycznie pomiędzy oceną ogólnego zmęczenia, który jest powodem zwolnienia, a płcią respondentów (*p=0,0047). Aż 94,0% osób deklarowało różne powody zwolnienia. Zmęczenie było powodem zwolnienia u 5,0% osób. Pozostałe wyniki obrazuje rycina 20.



Rycina 20. Ocena ogólnego zmęczenia, który jest powodem zwolnienia a płcią respondentów

Ocena zdania na temat dodatkowych dni urlopu pielęgniarcom/arzom pracującym w systemie zmianowym w SPPZOZ w Choroszczy



Rycina 21. Ocena zdania na temat dodatkowych dni urlopu pielęgniarcom/arzom pracującym w systemie zmianowym w SPPZOZ w Choroszczy a płeć respondentów

Ocena subiektywnej jakości snu u pielęgniarek/arzy - PSQI

W ocenie jakości snu stosowano skalę, w której 0 -oznaczało sen bardzo dobry, 1- dość dobry, 2 -raczej zły, zaś 3 -bardzo zły. Kobiety w największym odsetku (57,3%) określiły swój sen jako raczej zły, a najmniejszym (3,4%) - jako sen bardzo dobry, natomiast mężczyźni najczęściej (63,6%) określali swój sen jako dość dobry, zaś w najmniejszym (36,4%) - jako raczej zły. Wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy subiektywną jakością snu, a płcią pielęgniarek/arzy (*p = 0,0273) (Tabela I).

Tabela I. Ocena subiektywnej jakości snu u pielęgniarek/arzy - wyniki komponentu PSQI C1

PSQI C1								
Ocena snu	bardzo dobry		dość dobry		raczej zły		bardzo zły	
Punkty	0		1		2		3	
Kobiety(n=89)	N	%	N	%	N	%	N	%
	3	3,4	20	22,5	51	57,3	15	16,8
Mężczyźni(n=11)	N	%	N	%	N	%	N	%
	0	0,0	7	63,6	4	36,4	0	0,0
P(Test Ch ²)	*p = 0,0273							

*- różnica istotna statystycznie

Ocena czasu oczekiwania na sen pielęgniarek/arzy

Analizując czas oczekiwania na sen a płeć respondentów wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy czasem oczekiwania na sen a płcią pielęgniarek/arzy (*p = 0,029).

Kobietom (po n=32) czas oczekiwania potrzebny na sen to 16–30 min. (wartość 1 punkt) bądź 31-60 min. (wartość 2 punkty).

Mężczyznom potrzebny czas – (6 osób) 5 - < 15 minut (wartości 0 punktów), zaś 2 osobom - 31-60 min. (wartość 2 punkty).

Wykazano także zależność istotną statystycznie pomiędzy oceną typowej godziny kładzenia się do łóżka a płcią pielęgniarek/arzy (*p = 0,0054).

Większość kobiet kładło się do łóżka o godzinie 21:30 (n = 38), a tylko nieliczna grupa najpóźniej np. o 0:00 (n = 7).

Natomiast mężczyźni najczęściej szli spać o 0:00 (n = 5). Najmniej typowaną porą kładzenia się do łóżka (n=1) była 22:30 i/lub 23:00.

Szczegółowe wyniki obrazuje Tabela II.

Tabela II. Ocena czasu oczekiwania na sen a płeć respondentów - wynik komponentu PSQI C2 - zasypianie

Kobiety		PSQI C2			Mężczyźni	
Ocena ilości czasu oczekiwania na sen (*p=0,029)						
n=89	Punkty	Czas w minutach		Punkty	n=11	
15	0	5 - < 15		0	6	
32	1	16 - 30		1	3	
32	2	31 - 60		2	2	
10	3	> 60		3	0	
Ocena typowej godziny kładzenia się do łóżka (*p=0,0054)						
Kobiety	Godziny					
	21:30	22:00	22:30	23:00	23:30	0:00
	n= 89					
	38	14	9	10	11	7
Mężczyźni	Godziny					
	21:30	22:00	22:30	23:00	23:30	0:00
	n = 11					
	0	2	1	1	2	5

*- różnica istotna statystycznie

Ocena problemów z zaśnięciem w przeciągu 30 minut u pielęgniarek/arzy**Tabela III.** Ocena problemów z zaśnięciem w przeciągu 30 minut u pielęgniarek/arzy. Wynik komponentu PSQI C2 – zasypianie

PSQI C2 – zasypianie				
Punkty	Płeć			
	Kobiety		Mężczyźni	
	n = 89	%	n = 11	%
0	15	16,9	6	54,5
1	23	25,8	1	9,1
2	20	22,5	3	27,3
3	31	34,8	1	9,1
P (Test Ch ²)	*p = 0,0194			

*- różnica istotna statystycznie

Wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy oceną problemów z zaśnięciem w przeciągu 30. minut a płcią pielęgniarek/arzy (*p = 0,0194).

Ani razu problemów z zasypianiem nie miało 16,9% kobiet (uzyskano 0 pkt.), 25,8% - mniej niż raz w ciągu tygodnia (1 pkt), w 22,5% - raz lub dwa w ciągu tygodnia (2 pkt.), zaś w 34,8% trzy razy lub częściej (3 pkt.).

Natomiast mężczyźni w 54,5% nie mieli problemu z zaśnięciem w ciągu 30 minut (uzyskano 0 pkt.), zaś u 9,1% problem pojawiał się mniej niż raz w ciągu tygodnia (1 pkt) i u 9,1% - trzy razy w tygodniu lub częściej (3 pkt.).

Wyniki obrazuje Tabela III.

Ocena rzeczywistego czasu poświęcanego na sen pielęgniarek/arzy

Analiza rzeczywistego czasu poświęcanego na sen (czas ten nie musiał się zgadzać z czasem spędzonym w łóżku) stwierdzono, że u obu płci uzyskano najczęściej wartości 1 punktu, w tym u 58 kobiet i 6 mężczyzn. Nikt nie uzyskał wartości 3 punktów, co pozytywnie świadczy o tym wyniku. Nie wykazano różnic istotnych statystycznie. Wyniki obrazuje Tabela IV.

Tabela IV. Komponent PSQI C3 – długość trwania snu. Ocena rzeczywistego czasu poświęcanego na sen pielęgniarek/arzy

Kobiety	PSQI C3 (n.z.-p=0,855)			Mężczyźni
n=89	Punkty	Czas w godzinach	Punkty	n=11
22	0	> 7	0	3
58	1	> 6 a 7	1	6
9	2	> 5 a 6	2	2
0	3	< 5	3	0

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

Ocena efektywności snu pielęgniarek/arzy

Analiza wykazała zależność istotną statystycznie pomiędzy oceną godziny, o których wstają przeważnie pielęgniarki/arze a płcią (*p = 0,0054).

Kobiety najczęściej wstawały o 6:00 (n = 45), zaś mężczyźni - 5:00 i 5:30 (po n = 3).

Obie płcie najwcześniej wstawały o godzinie 4:30, zaś najpóźniej o 6:30 (Tabela V).

Tabela V. Komponent PSQI C4 cz.I, wyniki – efektywność snu. Ocena godziny, o których wstają przeważnie pielęgniarki/arze

PLEĆ	PSQI C4 cz.I (*p=0,0054)				
Kobiety	Godziny				
	4:30	5:00	5:30	6:00	6:30
	n=89				
	12	10	24	45	6
Mężczyźni	Godziny				
	4:30	5:00	5:30	6:00	6:30
	n=11				
	2	3	3	2	1

*- różnica istotna statystycznie

W ocenie efektywności snu okazało się, że większość kobiet (n = 44) uzyskała wynik w zakresie 75% - 84%, ankietowane uzyskały 1 punkt, co świadczy o dobrej efektywności snu w skali ilościowej.

Nieliczna grupa kobiet (n = 10) uzyskała wynik większy niż 85% (wartość 0 pkt.) stanowiący o bardzo dobrej efektywności snu w skali ilościowej.

Zaś u mężczyzn (n = 5) najwięcej wyników mieściło się w granicach między 65% - 74% (wartość 2 pkt.), gdzie wynik świadczy o słabej jakości ilościowej snu. Nieliczna grupa mężczyzn (n = 1) otrzymała wynik o wartości 75% - 84% i uzyskali 1 punkt.

Nie wykazano różnic istotnych statystycznie (Tabela VI).

Tabela VI. Składowa PSQI C4 cz.II– efektywność snu. Ocena stosunku rzeczywistej ilości godzin snu do czasu spędzonego w łóżku pielęgniarek/arzy

PSQI C4 cz.II (n.z.-p=0,0803)			
Punkty	Płeć		Punkty
	Kobiety n = 89	Mężczyźni n = 11	
0	10	2	> 85%
1	44	1	75% - 84%
2	19	5	65% - 74%
3	16	3	< 65%

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

Ocena zaburzeń snu wskutek różnych przyczyn wśród pielęgniarek/arzy

Tabela VII. Ocena zaburzeń snu wskutek różnych przyczyn wśród pielęgniarek/arzy - wyniki składowej PSQI C5

WYNIKI składowej PSQI C5– pytanie od 5b do 5j					
Odpowiedzi	W przeciągu ostatnich 4 tygodni ani razu	Mniej niż raz w ciągu tygodnia	Raz lub dwa razy w ciągu tygodnia	Trzy razy i częściej w ciągu tygodnia	Nr pytania
Kobiety n = 89	41	29	19	0	Z powodu budzenia się w środku nocy
Punkty	0	1	2	3	
Mężczyźni n =11	3	4	4	0	
P (Test Ch ²)	n.z.- p = 0,617				
Kobiety n =89	18	20	39	13	Z powodu pójścia w nocy do toalety
Punkty	0	1	2	3	
Mężczyźni n =11	4	6	1	0	
P (Test Ch ²)	*p = 0,024				
Kobiety n = 89	61	18	10	0	Z powodu problemów z oddychaniem
Punkty	0	1	2	3	
Mężczyźni n =11	9	1	1	0	
P (Test Ch ²)	n.z.- p = 0,819				
Kobiety n = 89	40	20	8	21	Z powodu chrapania lub kaszlu
Punkty	0	1	2	3	
Mężczyźni n =11	3	1	5	2	
P (Test Ch ²)	*p = 0,0084				
Kobiety n = 89	39	13	30	7	Z powodu zimniej temperatury
Punkty	0	1	2	3	
Mężczyźni n =11	7	3	1	0	
P (Test Ch ²)	p = 0,204				
Kobiety n = 89	55	19	10	5	Z powodu wysokiej temperatury
Punkty	0	1	2	3	
Mężczyźni n =11	6	4	1	0	
P (Test Ch ²)	p = 0,636				
Kobiety n = 89	37	20	18	14	Z powodu złych snów
Punkty	0	1	2	3	
Mężczyźni n =11	5	4	2	0	
P (Test Ch ²)	n.z.- p = 0,462				
Kobiety n = 89	17	44	17	11	Z powodu bólu
Punkty	0	1	2	3	
Mężczyźni n =11	4	1	5	1	
P (Test Ch ²)	*p = 0,044				

*- różnica istotna statystycznie

n.z.-brak różnic istotnych statystycznie

Analizując zaburzeń snu wskutek różnych przyczyn wśród pielęgniarek/arzy – stwierdzono, że większość ankietowanych na poszczególne pytania (od 5b do 5j) odpowiadało na 0 punktów, co wskazywało na brak specyficznych czynników wpływających na sen. Nieliczna grupa kobiet i mężczyzn uzyskała maksymalną ilość 3 punktów, co świadczy o istnieniu sporych czynników wpływających na złą jakość snu. Stwierdzono zależność istotną statystycznie pomiędzy powodem budzenia się w środku nocy (*p = 0,024), powodem chrapania lub kaszlu (*p = 0,0084), powodem bólu (*p = 0,044) a płcią respondentów. Szczegółowe dane obrazuje Tabela VII.

Zestawiono odpowiedzi na poszczególne pytania, wynik końcowy komponentu PSQI C5. Większość kobiet (n=47) i mężczyzn (n=5) otrzymało wartość 1 punkt, świadczy to o małej ilości specyficznych czynników zakłócających sen. Duża ilość specyficznych czynników wpływających negatywnie na sen (3 pkt.) zestawiono u n=11 kobiet i n=1 mężczyzn. Szczegółowe wyniki zawarto w tabeli VIII.

Tabela VIII. Ocena zaburzeń snu pod postacią specyficznych czynników pielęgniarek/arzy - wynik końcowy komponentu PSQI C5

Wynik końcowy komponentu PSQI C5																						
Suma punktów (5b-5j)																						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	15	16	17	18	21	23	24			
Punkty (0-3)																						
0	1								2								3					
n = 89																						
10	6	2	18	4	1	1	1	5	9	1	6	1	7	3	3	1	5	2	4			
Suma punktów (5b-5j)					0		1		2		5		7		10		11		15		21	
Punkty (0-3)					0		1					2					3					
n= 11					2		1		1		1		2		1		1		1		1	

Ocena korzystania z leków nasennych przez pielęgniarke/arzy

Użycie leków nasennych było oceną ilościową, na którą 56 kobiet i 7 mężczyzn deklaroowało, że nie stosuje tego typu używek. Tylko 11 ankietowanych kobiet przyjmowało leki nasenne trzy razy i częściej w ciągu tygodnia. Szczegółowe wyniki zawarto w tabeli IX. Nie wykazano różnicy istotnej statystycznie pomiędzy płcią a korzystaniem z leków nasennych.

Tabela IX. Ocena korzystania z leków nasennych przez pielęgniarki/arzy - wynik komponentu PSQI C6

PSQI C6				
Odpowiedzi	W przeciągu ostatnich 4 tygodni ani razu	Mniej niż raz w ciągu tygodnia	Raz lub dwa razy w ciągu tygodnia	Trzy razy i częściej w ciągu tygodnia
Punkty	0	1	2	3
Kobiety n =89	56	7	15	11
Punkty	0	1	2	3
Mężczyźni n =11	7	1	3	0
P (Test Ch²)	p = 0,5789			

n.z.-brak różnic istotnych statystycznie

Ocena problemów z pozostaniem czujnym wśród pielęgniarek/arzy**Tabela X.** Składowa PSQI C7 – dysfunkcje w ciągu dnia. Ocena problemów z pozostaniem czujnym wśród pielęgniarek/arzy

PSQI C7				
Odpowiedzi	W przeciągu ostatnich 4 tygodni ani razu	Mniej niż raz w ciągu tygodnia	Raz lub dwa razy w ciągu tygodnia	Trzy razy i częściej w ciągu tygodnia
Ocena problemów z pozostaniem czujnym				
Punkty	0	1	2	3
Kobiety n = 89	42	11	28	8
Punkty	0	1	2	3
Mężczyźni n =11	6	3	2	0
P (Test Ch ²)	n.z. - p = 0,357			
Ocena energii do wykonywania codziennych obowiązków				
Punkty	0	1	2	3
Kobiety n = 89	4	25	32	28
Punkty	0	1	2	3
Mężczyźni n=11	2	2	7	0
P (Test Ch ²)	*p = 0,0321			

*- różnica istotna statystycznie

n.z.- brak różnic istotnych statystycznie

W większości obie płcie deklarowały brak problemu z pozostaniem czujnym w ciągu dnia uzyskując tym samym 0 punktów. Zaś duże problemy o wartości 3 punktów występują u kobiet w nieznacznych ilościach. Nie wykazano w tym zakresie różnicy istotnej statystycznie ($p = 0,357$). Wyniki obrazuje Tabela X.

Wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy oceną energii do wykonywania codziennych obowiązków a płcią pielęgniarek/arzy ($*p = 0,0321$).

Wykazano, że większość kobiet ($n = 32$) miały jej niedobór raz lub dwa razy w ciągu tygodnia oraz spora część ($n = 28$) - trzy razy i częściej w ciągu tygodnia.

Natomiast większość mężczyzn ($n = 7$) miało niedobór raz lub dwa razy w ciągu tygodnia. Wyniki szczegółowe obrazuje Tabela X.

Stwierdzono analizując wynik końcowy składowej PSQI C7 dotyczący dysfunkcji w ciągu dnia, że najwięcej kobiet ($n = 38$) uzyskało 1 punkt, co świadczyło o małym niedoborze energii w ciągu dnia, zaś mężczyźni ($n = 5$) wartość 2 punktów (średnio mała ilość energii).

Nieliczna grupa kobiet ($n = 4$) i mężczyzn ($n = 2$) uzyskała wartość 0 punktów (duża ilość energii).

Wykazano różnicę istotną statystycznie między dysfunkcją w ciągu dnia a płcią respondentów ($*p=0,0295$). Szczegółowe wyniki obrazuje Tabela XI.

Tabela XI. Ocena dysfunkcji w ciągu dnia pielęgniarek/arzy - wynik końcowy komponentu PSQI C7

Ocena dysfunkcji w ciągu dnia - wyniki końcowe (*p=0,0295)							
Punkty	0	1		2		3	
Suma pytań 7 i 8	0	1	2	3	4	5	6
Kobieta N =89	4	25	13	11	8	20	8
Mężczyźni N =11	2	2	2	3	2		
Suma pytań 7 i 8	0	1	2	3	4		
Punkty	0	1		2			

*- różnica istotna statystycznie

DYSKUSJA

W niniejszej pracy został poruszony problem oceny zaburzeń snu u pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w oddziałach psychiatrycznych w Samodzielnym Publicznym

Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr St. Deresza w Choroszczy, której głównym celem było wykazanie, czy praca zmianowa pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo wpływa na występowanie zaburzeń snu, zaś celami szczegółowymi była ocena liczby dyżurów pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo, określenie jakości snu pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo, ocena korzystania z form pomocy z powodu bezsenności oraz czy pielęgniarki/arze pracujące w systemie zmianowym powinny mieć dodatkowe dni urlopu.

W badaniu własnym rozkład płci ankietowanych był zróżnicowany, gdyż przeważająca większość pracowników szpitali stanowią kobiety. Kobiet było 89,0% osób, zaś mężczyzn 11,0% osób.

Wśród ankietowanych biorących udział w badaniu 41,0% osób zakwalifikowano do przedziału wiekowego 41-50 lat, w tym 41,6% kobiet i 36,4% mężczyzn. 26,0% osób - do przedziału wiekowego 31-40 lat, 23,0% osób - do przedziału wiekowego >50 lat oraz 10,0% osób zakwalifikowano do przedziału wiekowego < 30. roku życia (18,2% vs 9,0% kobiet). Struktura wieku obu płci była zróżnicowana.

W badaniu własnym największa grupa respondentów pracowała w SPPZOZ >20 lat 46,0% osób (50,6% vs 9,0% mężczyzn). 11-20 lat pracy deklarowało 26,0% respondentów, < 5 lat pracy - 16,0% osób. Natomiast 12,0% osób (w tym 50,6% kobiet i 9,1% mężczyzn) stanowili respondenci, którzy pracowali 5-10 lat w szpitalu psychiatrycznym.

Według doniesień autorów wielu prac sen jest nieodłącznym elementem naszego życia, podstawowym stanem świadomości, okresem regeneracji i odpoczynku organizmu [1]. Należy do podstawowych potrzeb fizjologicznych człowieka [2]. Jest niezbędny do normalnego funkcjonowania w ciągu dnia [3]. Występuje spontanicznie, okresowo i przejawia się utratą świadomego kontaktu z otoczeniem [1]. Zdaniem wielu autorów szacuje się, iż przesypiamy około jedną trzecią naszego życia [3,11]. W badaniu własnym w ocenie rzeczywistego czasu poświęcanego na sen u obu płci wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy oceną godziny, o których wstają przeważnie badani a płcią. Kobiety najczęściej wstawały o 6:00, zaś mężczyźni o 5:00 i 5:30. U większości kobiet wykazano dobrą efektywność snu w skali ilościowej, zaś u mężczyzn - słabą jakość ilościowej snu.

Według doniesień Skalskiego medycyna snu jest jedną z najmłodszych dziedzin medycyny, chociaż zaburzeniami snu zajmowano się już w starożytności, a niektóre z nich (somnambulizm, narkolepsję, bezsenność) nawet opisywano. Systematyczne badania nad snem rozpoczęły się dopiero w XIX w. [3].

Według Pawłowa sen jest wywołany zahamowaniem korowym, np. pod wpływem długotrwałych monotonicznych bodźców, albo hipnotoksyn [3].

Zdaniem wielu autorów obecnie wiadomo, że sen nie jest zjawiskiem jednorodnym. Składa się z dwóch odmiennych stanów fizjologicznych [11,12,14].

Według autora różne fazy snu zostały skategoryzowane dzięki elektroencefalograficznej (EEG) aktywności fal mózgu, która jest oszacowywana przez czujniki umocowane do czaszki oraz elektrookulografii (EOG - ruchom oczu) i electromiografii (EMG - napięcia mięśniowego) [12]:

Doniesienia wielu autorów dowodzą, iż pierwszy i drugi etap snu tworzą formę snu, który jest uznawany za lekki [2,11]. Trwa około 20-40 min. podczas pierwszego cyklu snu i stanowi 10-15% całego snu [8,14]. W opinii autorów etap 3. i 4., w których nie ma ruchu gałek ocznych, ani aktywności mięśniowej, nazywany jest snem głębokim, snem delta, czy też snem wolnofalowym (*slow-wave sleep*, SWS) [11].

Doniesienia prac wielu autorów dowodzą, iż osoby dorosłe spędzają około 10-20% czasu śpiąc w śnie wolnofalowym, który jest utożsamiany z produkcją przez komórki hormonu wzrostu [11,15]. Etapy od 1. do 4. (NREM), które są często nazywane snem spokojnym lub synchronicznym [2], tworzą one 75–80% snu [11], a następnie przechodzą w fazę REM. Powstaje cykl złożony z obu faz, który trwa od 70 do 100 minut. W ciągu nocy występuje od 4 do 6 podobnych cykli [2].

W oparciu o badania autora sen REM zajmuje u dorosłego człowieka ok. 20–25% całonocnego snu, a stadia 3 i 4 snu NREM do 20%. Na stadium 1 przypada 5–10%, a stadium 2 zajmuje większą część snu, a więc od 50 do 60% [2].

W opinii wielu autorów większość wolnofalowego snu pojawia się w ciągu pierwszej jednej trzeciej części nocy, podczas gdy faza REM dominuje w ostatniej jednej trzeciej części nocy [8]. Nad ranem większość osób śpi będąc na 1,2 etapie lub będąc w fazie REM [6].

Według autorów zapotrzebowanie na sen u ludzi jest w znacznym stopniu uwarunkowane biologicznie i zależy głównie od wieku. Im osoba młodsza, tym więcej go potrzebuje [1,16].

Natomiast zdaniem Prusińskiego zapotrzebowanie na sen zmienia się wraz z wiekiem, a u dorosłych stanowi cechę indywidualną. Chociaż skłonność do krótkiego lub długiego spania jest uwarunkowana genetycznie, to może ona ulegać zmianom w ciągu życia.

Z badań Kripkego [cyt. za 16] wynika, iż ludzie śpiący mniej niż 4 godziny i więcej niż 10 godzin częściej chorują na nowotwory, a także częściej doznają udarów mózgu i zawałów

serca. W badaniu własnym wykazano różnicę istotną statystycznie między oceną snu potrzebnego organizmowi w sytuacji poprzedzającej dyżur nocny a płcią respondentów (* $p=0,031$). 81,0% osobom potrzeba było mniej niż 7h snu, 14,0% osobom więcej niż 7h, zaś 5,0% osób spało bez ograniczeń w sytuacji poprzedzającej dyżur nocny.

Doniesienia prac wielu autorów dowodzą też, że ilość i jakość snu zależą także od innych czynników, tj.: styl życia, czynników determinujących zdrowie (późne chodzenie spać, picie alkoholu i kofeiny, cukrzyca, nadwaga) i genetyki [11,17-21]. W badaniu Bilskiego [cyt. za 1] wynika, iż praca nocna wiąże się z nieprawidłowym odżywianiem i wynikającą z tego patologią układu pokarmowego.

Zdaniem autora rola snu w procesach życiowych nadal pozostaje niejasna [2]. Sen jest bardzo złożonym procesem. Gdy śpimy, niektóre funkcje organizmu przechodzą w stan czuwania, inne natomiast się uaktywniają. Ciśnienie krwi się obniża, tętno zwalnia, podobnie jak trawienie, temperatura ciała spada [4].

Jednak, jak podkreśla Prusiński [cyt. za 22] pogląd, że sen pomaga nam w regeneracji psychicznej i fizycznej jest stale aktualny i opiera się na kilku faktach. Długość snu wykazuje pewną wprost proporcjonalność w stosunku do masy ciała zwierząt i ludzi. W badaniu własnym wszyscy (100,0% osób) ankietowani uważali, że pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym w SPPZOZ w Choroszczy powinny mieć dodatkowe dni urlopu.

Jak podaje Prusiński [2], od co najmniej kilkudziesięciu lat dyskutuje się nad znaczeniem snu w procesie uczenia się. Jednakże Prusiński [2] podkreśla, że hipoteza „uczenia się przez sen” jest dosyć kontrowersyjna i więcej wyników badań przemawia przeciwko niej. Obok poglądów, w myśl których sen służy procesowi zapamiętywania, istnieją również opinie przeciwstawne, mówiące wręcz, że we śnie dokonuje się wymazywanie z pamięci zbędnych informacji [23]. W badaniu własnym najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby legitymujące się wykształceniem wyższym licencjackim (58,0%), w tym 63,6% mężczyzn i 57,3% kobiet. 34,0% osób legitymowało się - wyższym magisterskim. Ukończoną specjalizację posiadało 62,0% respondentów (64,0% kobiet vs 45,5% mężczyzn). 38,0% osób specjalizacji nie posiadało. NS.

Doniesienia prac autorów dowodzą, że jednym z najważniejszych zadań snu jest zapewnienie nam sprawności podczas czuwania. Na podstawie jednego z nielicznych polskich badań można stwierdzić, że w Polsce średnia liczba godzin snu osób dorosłych wynosi 7 godzin i 22 minuty [24]. Istnieje jednak duża grupa chorych, cierpiących na deprivację (niedobór) snu, którą stanowią ludzie skarżący się na nadmierną senność w ciągu dnia, zmęczenie,

trudności z porannym wstawaniem. Ich stan jest związany z przewlekłym niedoborem snu, zwykle z powodu pracy czy nauki [24]. W badaniu własnym wykazano różnicę istotną statystycznie między ilością godzin poświęconą na sen w ciągu dnia po dyżurze nocnym a płcią respondentów (* $p=0,00067$). Różny czas na sen po dyżurze nocnym poświęcało 62,0% osób (65,2% kobiet vs 36,4% mężczyzn). 14,0% osób – 2 godziny, 9,0% osób – 4 godziny. Wykazano także zależność istotną statystycznie pomiędzy oceną typowej godziny kładzenia się do łóżka a płcią badanych). Większość kobiet kładło się do łóżka o godzinie 21:30, a mężczyźni – szli spać z reguły o 0:00. Wykazano również zależność istotną statystycznie pomiędzy oceną problemów z zaśnięciem w przeciągu 30 minut a płcią, przy czym ani razu problemów z zasypianiem nie deklarowało 54,5% mężczyzn i 16,9% kobiet.

Zgadnie z doniesieniami autorów, wiele dowodów naukowych potwierdza związek między zaburzeniami snu a zaburzeniami żywienia i chorobami somatycznymi. Zaobserwowano, że słaba jakość snu wiąże się ze zwiększonym głodem, niekontrolowanym i emocjonalnym jedzeniem, nawet po uwzględnieniu stałego czasu trwania snu. Zaburzenia snu mogą predysponować do otyłości, niekorzystnie wpływać na gospodarkę węglowodanową, powodując wzrost insulinooporności i ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 oraz przyczyniać się do licznych schorzeń układu krążenia [25]. W badaniu Andrzejewskiej i wsp. nadwagę stwierdzono u 45,3% osób [1]. W badaniu własnym wykazano różnicę istotną statystycznie między oceną masy ciała pielęgniarek/arzy a płcią respondentów (* $p = 0,036$). Nadwagę stwierdzono u 57,0% osób.

Według doniesień autorów badacze snu i lekarze zajmujący się medycyną snu potrafią wymienić cały szereg skutków niedoboru snu groźnych dla ludzkiego ciała i psychiki [3]. Z badań Parkesa [cyt. za 2] nad deprywacją snu u ludzi wynika, że bez snu są oni w stanie wytrzymać od 100 do 200 godzin. Po kolejnych 72-98h wszystkie te objawy ulegają nasileniu [2].

Zdaniem Prusińskiego [2], sen jest jednym z podstawowych procesów fizjologicznych człowieka i może ulec zaburzeniu pod wpływem wielu czynników, np. pod wpływem sytuacji stresogennych. Może dojść do zakłóceń uniemożliwiających normalne codzienne funkcjonowanie i wymagana jest wówczas fachowa pomoc, czy specjalistyczne leczenie. Na świecie na zaburzenia snu cierpi od 30 do 40% osób dorosłych (przeważnie kobiety), niezależnie od czynników rasowych, czy geograficznych [2]. W badaniu własnym 17,0% osób (27,3% vs 11,2% kobiet) korzysta z pomocy specjalistów. Wykazano różnicę istotną statystycznie między częstością korzystania ze zwolnień lekarskich a płcią respondentów

(* $p=0,041$). Różnie korzystało z nich 82,0% osób (83,1% vs 72,7% mężczyzn), raz do roku – 17,0% osób.

Z badań przeprowadzonych przez CBOS [26], a opracowanych przez Szelenberga i Skalskiego w 1999 roku [cyt. za 2] wynika, że w Polsce co czwarta osoba cierpi z powodu zaburzeń snu. Coraz częściej badacze snu łączą jego zaburzenia z pracą zmianową. Statystyki wskazują, że pracownicy zatrudniani są w różnych godzinach dnia. Podejmują pracę w 12- godzinnych dyżurach, zmianową, nocną, w weekendy [27].

Według doniesień autorów w Polsce obecnie obowiązuje dziesiąta wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 [28], opracowana przez Światową Organizację Zdrowia.

Według doniesień autorów ICSD-3 (ICSD: *American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders*) [29] wyróżnia bezsenność krótkotrwałą i przewlekłą. W literaturze ten model powstawania bezsenności przewlekłej jest nazywany modelem 3P (ang. predisposing, precipitating, perpetuating) [29,30,31].

Zdaniem Skalskiego bezsenność należy do najczęściej występujących zaburzeń snu. Według ICSD-3 [29], aby stwierdzić bezsenność muszą być spełnione kryteria, m.in. złe samopoczucie, zmęczenie; gorsze funkcjonowanie społeczne lub zawodowe, gorsze wyniki w szkole; zaburzenia nastroju, rozdrażnienie; senność w ciągu dnia; spadek motywacji, energii i inicjatywy [29]. W badaniu własnym wykazano różnicę istotną statystycznie pomiędzy oceną ogólnego zmęczenia, który jest powodem zwolnienia a płcią respondentów (* $p=0,0047$). Zmęczenie było powodem zwolnienia u 5,0% osób. Zarówno pielęgniarki, jak i pielęgniarze deklarowali brak problemu z pozostaniem czujnym w ciągu dnia. Wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy oceną energii do wykonywania codziennych obowiązków a płcią - większość kobiet i mężczyzn miało jej niedobór raz lub dwa razy w ciągu tygodnia, a spora część kobiet - trzy razy i częściej w ciągu tygodnia.

W oparciu o pracę autora badania nad rozpowszechnieniem bezsenności, a także użyciem środków nasennych, prowadzono w wielu krajach, w tym przez Bixlera i wsp. w 1979 r. [2] w Los Angeles. Wynikało z nich, że bezsenność występowała w trakcie badania u około 32% osób dorosłych, zaś 10% doświadczyło jej w przeszłości. Wśród tych 42% dotkniętych zaburzeniami snu 19% skarżyło się na trudności w zasypianiu, 22% podawało spłycenie snu, częste budzenie się, a 13% budziło się bez możliwości ponownego zaśnięcia. Większość ankietowanych cierpiało na bezsenność ponad rok [2].

Według doniesień autora w Polsce Szelenberger i Skalski [cyt. za 2] przeprowadzili

badania ankietowe u blisko 1,200 osób w wieku powyżej 16 lat i stwierdzili, że trudności z zasypianiem ma 24% badanych (42% powyżej 65. r.ż.), w tym 28% kobiet i 19% mężczyzn, częste budzenie się 29%, a przedwczesne budzenie się 24% (39% powyżej 65. r.ż.). Jeśli chodzi o leki nasenne, to przynajmniej 3,5% dorosłej populacji w USA przyznaje się do ich stałego zażywania, a dalsze 6% stosuje różne inne środki farmakologiczne, ułatwiające zasypianie [2]. W badaniu własnym stwierdzono zależność istotną statystycznie pomiędzy powodem budzenia się w środku nocy ($p = 0,024$), powodem chrapania lub kaszlu ($p = 0,0084$), powodem bólu ($p = 0,044$) a płcią respondentów. Większość kobiet i mężczyzn deklarowało małą ilość specyficznych czynników zakłócających sen. W Polsce, według danych wymienionych wyżej autorów [cyt. za 2], leki nasenne zażywa 4% badanych (2% mężczyzn i 6% kobiet), ale w tym 15% osób powyżej 65. r.ż. W badaniu własnym ze środków farmaceutycznych wspomagających zasypianie korzysta sporadycznie 36,0% osób (37,1% kobiet vs 27,3% mężczyźni), tj. Hydroxyzyna 10 mg lub 25 mg. Od kilku lat - 25,0% osób, natomiast od kilkunastu lat 11,0% osób.

Zdaniem autora bezsenność i związane z nią zażywanie środków nasennych narasta z wiekiem i jest wyraźnie większe w populacji powyżej 50 lub 60 lat, niż u ludzi młodych. Badania wykonane w Anglii wykazały 3–4-krotnie większą częstość występowania bezsenności u osób powyżej 60. roku życia niż poniżej 30. roku [2]. Według autora zauważono, że kobiety są bardziej podatne na zaburzenia snu, niż mężczyźni [2]. W badaniu własnym zauważono także, że kobiety są bardziej podatne na zaburzenia snu i częściej sięgają po leki nasenne - jedenaście kobiet przyjmowało leki nasenne trzy razy i częściej w ciągu tygodnia.

Zdaniem Skalskiego nadmierna senność w ciągu dnia (hipersomnia), zaraz po bezsenności jest drugim najpowszechniej występującym zaburzeniem snu [3]. Zaś według Prusińskiego przyczyny senności dziennej mogą być różne i tylko właściwe jej rozpoznanie umożliwia skuteczną pomoc. Istnieje także tzw. senność fizjologiczna, która występuje u większości ludzi i ma bardzo różne nasilenie: od ledwo zauważalnego do znacznego. Najczęściej następuje w godzinach od 14.00 do 18.00, a zwłaszcza od 15.00 do 17.00 [2].

Według autora bezsenność i nadmierna senność, jaka towarzyszy pracy zmianowej, jest wywołana zaburzeniem naturalnego rytmu snu i czuwania, co prowadzi do spłycenia snu nocnego i niezależnej od braku snu trudności w osiągnięciu odpowiedniego poziomu czuwania w ciągu dnia [3].

Jest to w praktyce klinicznej rzadko diagnozowany, ale powszechny problem, z powodu którego cierpi aż 2 mln Amerykanów [32]. Może on dotyczyć od 10 do 30% procent populacji

pracowników zmianowych [33], a jak podaje Stryjewski i wsp. [34] -32% pracowników nocnych i 26% pracowników zmianowych.

Stryjewski i wsp. [34] przyczyn SWD upatrują w zaburzeniach cykli okołodobowych spowodowanych sztucznym oświetleniem w nietypowych porach dnia i nocy, a Kasperczyk i Joško [32] w „zespołe długu czasowego” (*industrial jet lag*), który z kolei wynika z desynchronizacji endogennych rytmów biologicznych i braku synchronizacji ze środowiskowymi wyznacznikami czasu.

Zdaniem autorów objawy zespołu długu czasowego mogą utrzymywać się od kilku do kilkunastu dni [2]. Ustępują po przywróceniu prawidłowego rytmu dobowego, gdy zostaje przywrócona prawidłowa relacja między rytmem sen-czuwanie i cyklem dzień-noc. Niestety po kilku latach pracy zmianowej zmiany, jakie zaszły w organizmie stają się stanem przewlekłym [35]. Stwierdzono, że osoby starsze gorzej znoszą skutki zespołu długu czasowego, niż osoby młode [2].

Zdaniem Costa wraz z rozwojem nowych technologii i rozszerzeniem podstawowych usług praca zmianowa nabrała szczególnego znaczenia na całym świecie w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Wymaga nie tylko aktywnego zaangażowania się w pracę, ale też ciągłego ludzkiego nadzoru i kontroli nad procesem pracy przez 24 godziny na dobę [27].

Według doniesień wielu autorów obecnie prawie jedna piąta światowej siły roboczej pracuje na zmiany, a około 19% siły roboczej Unii Europejskiej jest zaangażowana w nocną pracę zmianową [36]. W krajach europejskich tylko 22% mężczyzn i 11% kobiet jest zatrudniona w regularnych godzinach w ciągu dnia, a stałe godziny pracy w ciągu dnia stają się rzadkością [37]. Harmonogram pracy i rotacja są głównymi wyznacznikami pracy zmianowej. Praca personelu służby zdrowia, w szczególności pielęgniarek, ujęta jest w grafikach, które zawierają w sobie pracę zmianową nocną i zapewniają pacjentom 24-godzinną opiekę. W badaniu własnym wszyscy (100,0%) respondenci w ciągu miesiąca mieli powyżej 12 dyżurów ogółem. Nikt z respondentów nie pracował w systemie ośmiogodzinnym.

Według Saksvik i wsp. [cyt. za 38] praca zmianowa oznacza jakąkolwiek formę organizacji pracy godzinowej, która różni się od tradycyjnej pracy w ciągu dnia.

Doniesienia wielu autorów, według Dyrektywy Rady 93/104/WE [39] „praca w systemie zmianowym”, to każda forma organizacji pracy, zgodnie z którą pracownicy zmieniają się na tych samych stanowiskach pracy według określonego schematu, m.in. rotacyjnego [40]. W USA 20% pracowników spełnia kryteria tej definicji, z czego od 18% do 26% pracowników zaczyna swoją zmianę o 2.00 w nocy, a kończy o 6.30 rano [cyt. za 41].

W Wielkiej Brytanii – 22%, w Grecji i Finlandii – 25%, w Czechach – 24%, Chile – 15%, Chinach (17,5%), a Senegalu (20%) [cyt. za 42, cyt. za 43]. The U.S. Bureau of Labor and Statistics podaje, że praca zmianowa najczęściej występuje w usługach [cyt. za 44]: w służbach mundurowych (policja, straż pożarna), w cateringu, transporcie (piloci samolotów, kierowcy pociągów i autobusów), a także w opiece medycznej [cyt. za 41].

Z doniesień Kawalec i Pawlas [39] wynika, że pracujący w nietypowych godzinach częściej zgłaszają negatywny wpływ pracy na zdrowie 1,5 razy częściej. Praca nocna w godzinach 24.00-5.00 uznawana jest za najbardziej obciążającą dla pracownika zmianowego. W badaniu własnym stwierdzono różnicę istotną statystycznie między pojawieniem się dysfunkcji w ciągu dnia a płcią respondentów (* $p=0,0295$).

Według autorów młodszy pracownicy częściej podejmują się pracy w systemie zmianowym, niż osoby starsze, a regularną pracę zmianową częściej wykonują kobiety, niż mężczyźni [39]. W badaniu własnym większość ankietowanych stanowiły kobiety.

Według doniesień autorów do czynników, które determinują stopień uciążliwości pracy zmianowej [32] zalicza się: kolejność zmian, liczbę zmian nocnych, liczbę dni wolnych. W badaniu własnym wykazano różnicę istotną statystycznie pomiędzy oceną ilości dyżurów nocnych w ciągu miesiąca a płcią respondentów (* $p=0,000054$). Aż 72,0% osób deklaroowało różną ilość dyżurów nocnych. 22,0% osób - ≥ 7 , zaś 6,0% osób ≥ 5 dyżurów nocnych w ciągu miesiąca.

Zdaniem autora praca na zmiany bywa uciążliwa, szczególnie gdy trzeba wykonywać obowiązki w nocy. Takie godziny pracy naruszają naturalny rytm snu i czuwania, i są różnie znoszone przez pracowników. Wśród pracowników zmianowych często występuje bezsenność i nadmierna senność w ciągu dnia [2].

W opinii autorów, według DSM-5 osoby cierpiące na zaburzenia snu skarżą się nie tylko na jego ilość czy jakość, ale także na ciągłe uczucie przemęczenia i niewydolność psychomotoryczną w ciągu dnia. Podkreśla się również wielką rolę wielowymiarowego podejścia do problemu, diagnostyki różnicowej z uwzględnieniem możliwych współwystępujących chorób somatycznych i neurologicznych [45].

W badaniu Błońskiej i Gotlib w badanej grupie studentów 61,0% osób deklaroowało, że sen nie przyniósł im odpoczynku, 48,0% osób - kłopoty z uśnięciem [1]. W badaniu własnym wykazano różnicę istotną statystycznie między oceną samopoczucia po przebudzeniu a płcią respondentów (* $p=0,017$). 51,0% osób nie było wypoczętymi po przebudzeniu. Kłopoty z uśnięciem w domu w czasie wolnym od pracy deklaroowało 66,0% osób, w tym 66,3% kobiet i

63,6% mężczyzn.

Ciągle odczuwającym senność było 20,0% osób. Wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy subiektywną jakością snu a płcią pielęgniarek/arzy (*p = 0,0273). Kobiety w największym odsetku (57,3%) określiły swój sen jako raczej zły, zaś mężczyźni w mniejszym (36,4%). Wykazano także zależność istotną statystycznie pomiędzy czasem oczekiwania na sen a płcią badanych -kobietom potrzebny czas to 16–30 min. lub 31-60 min., zaś mężczyznom 5- < 15 minut.

Doniesienia wielu autorów dowodzą, iż niestety, ale w XXI wieku obserwuje się stałą tendencję do wzrostu liczby ludzi zatrudnianych w godzinach popołudniowych i nocnych. Praca zmianowa nie powoduje żadnych specyficznych schorzeń natomiast, gdy skutki pracy zmianowej występują w połączeniu z innymi czynnikami, np. z niewłaściwym odżywianiem się czy ze stresem, mogą powodować stany patologiczne lub je nasilać. Negatywnym następstwem pracy zmianowej jest syndrom nietolerancji pracy nocnej. Mogą one wystąpić już po kilku miesiącach pracy w trybie zmianowym lub ujawnić dopiero po kilku latach [46]. W badaniu własnym wykazano różnicę istotną statystycznie między oceną średniej przerwy do kolejnego dyżuru a płcią respondentów (*p=0,000011). Aż 63,0% osób (65,2% vs 45,5% mężczyzn) wskazało różną średnią przerwę do kolejnego dyżuru. 19,0% osób - powyżej 2 dni, 13,0% osób - 1 dzień, zaś 5,0% osób - 2 dni. Wykazano różnicę istotną statystycznie między oceną średniej przerwy do kolejnego dyżuru nocnego a płcią respondentów (*p=0,000011).

Zdaniem wielu autorów z perspektywy fizjologicznej praca zmianowa wymaga grafiku snu-czuwania, który kłóci się z naturalnym, endogennym rytmem snu i czuwania [47]. W badaniu własnym wykazano różnicę istotną statystycznie między oceną odsypiania po zejściu z dyżuru nocnego a płcią respondentów (*p=0,00016). Różnie odsypia - 58,0% osób, zaś 13,0% osób (36,4% vs 10,1% kobiet) nie odsypia po zejściu z dyżuru nocnego.

PODSUMOWANIE

Według doniesień autora bezsenność jest zjawiskiem niezwykle częstym, narastającym wraz z rozwojem cywilizacji i oderwaniem od naturalnych rytmów życia. Biorąc pod uwagę jej następstwa oraz związane z nią nadużywanie szkodliwych leków, należy uznać bezsenność za jeden z poważniejszych problemów socjomedycznych we współczesnym świecie [2].

Zdaniem Sykut i wsp. [47] rozwój wiedzy o konsekwencjach ogólnoustrojowych zaburzeń snu staje się szczególnie istotny w społeczeństwie, w którym choroby układu krążenia

stanowią pierwszą przyczynę przedwczesnych zgonów. Wydaje się więc zasadne, aby dokonywać wczesnej identyfikacji zaburzeń snu [47]. Należy stwierdzić, że nieregularny tryb życia i spożywanie posiłków o zmiennych porach dnia, "zarywanie" nocy i niedosypianie zakłócają prawidłowe funkcjonowanie układu krążenia, nerwowego, odpornościowego, co w efekcie sprzyja rozwojowi licznych dolegliwości, a nawet poważnych chorób. Niekorzystny wpływ pracy zmianowej na zdrowie pracowników jest więc niekwestionowany [46].

WNIOSKI

Z przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Praca zmianowa i liczba dyżurów pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo istotnie wpływała na występowanie zaburzeń snu i samopoczucie po przebudzeniu.
2. Większość badanych deklarowało różną ilość dyżurów nocnych, różną średnią przerwę do kolejnego dyżuru i do kolejnego dyżuru nocnego i nie było wypoczętymi po przebudzeniu.
3. Jakość snu pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo była niesatysfakcjonująca - kobiety w największym odsetku określiły swój sen jako raczej zły, a większość badanych deklarowała kłopoty z uśnięciem w domu w czasie wolnym od pracy.
4. Nieregularny sen i odżywianie istotnie wpływały na bezsenność i masę ciała pielęgniarek/arzy, co było powodem korzystania ze środków farmaceutycznych wspomagających zasypianie i pomocy specjalistów.
5. Najwięcej kobiet charakteryzowała dobra efektywność snu, a mężczyźni słaba jakość ilościowa snu.
6. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy pielęgniarzami i pielęgniarzami w subiektywnej ocenie jakości snu, czasu oczekiwania na sen, typowej godzinie kładzenia się do łóżka i wstawania, ocenie problemów z zaśnięciem w przeciągu 30 minut, energii do wykonywania codziennych obowiązków i dysfunkcji w ciągu dnia oraz pomiędzy takimi czynnikami wpływającymi na złą jakość snu, jak budzenie się w środku nocy, chrapanie lub kaszel i ból.
7. Nie wykazano zależności istotnej statystycznie pomiędzy pielęgniarzami i pielęgniarzami w zależności od rzeczywistego czasu poświęcanego na sen, korzystaniem z leków nasennych, istnieniem problemu z pozostaniem czujnym w ciągu dnia

POSTULAT

Niezależnie od płci deficyt snu istotnie wpływał na wypoczynek i sytuacje poprzedzające dyżur nocny ankietowanych. Wobec powyższego dodatkowe dni urlopu pielęgniarcom i pielęgniarzom pracującym w systemie zmianowym w SPPZOZ w Choroszczy korzystnie wpłynęłyby na regenerację psychiczną i fizyczną personelu medycznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Andrzejewska K., Snarska K., Chorąży M., Broła W., Szwedziński P., Nadolny K., Ładny J.R., Kulikowski G.: Występowanie zaburzeń snu wśród personelu pielęgniarstwa. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2018; 24(2): 126–132.
2. Prusiński A.: *Bezsennosc i zaburzenia snu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
3. Skalski M.: *Zaburzenia snu w codziennej praktyce*. Wydanie II. Medical Tribune Polska, Warszawa 2018.
4. Skalski M. Sen i jego zaburzenia. *Przewodnik Lekarza* 2003; 6(3): 128–133.
5. Horne J.: *Sleepfaring: A journey through the science of sleep*. Oxford University Press, 2006.
6. National Institute of Neurological Disorders and Stroke, NINDS, <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-institute-neurological-disorders-stroke-ninds>, (data dostępu 6.05.2020).
7. Fuller P.M., Gooley J.J., Saper C.B.: Neurobiology of the sleep-wake cycle: sleep architecture, circadian regulation, and regulatory feedback. *Journal of Biological Rhythms* 2006; 21(6): 482-493.
8. Carskadon M.A., Dement W.C.: *Normal Human Sleep, Principles and Practice of Sleep Medicine* 2017; 15-24: e3.
9. Casola P.G., Goldsmith R.J., Daiter J.: Assessment and treatment of sleep problems. *Psychiatric Annals* 2006; 36: 862–868.
10. Hirshkowitz M., Moore C.A., Minhoto G.: *The basics of sleep*. American Psychological Association 1997; 11-34.
11. Everly G.S., Lating J.M.: *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Springer 2019.

12. Schwartz JR, Roth T.: Neurophysiology of sleep and wakefulness: basic science and clinical implications. *Current Neuropharmacology* 2008; 6(4): 367-378.
13. Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H., Berman S.R., Kupfer D.J.: The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1989; 28(2): 92-213.
14. Rechtschaffen A., Kales A.: A manual of standardized terminology, techniques and scoring system of sleep stages in human subjects. Los Angeles: Brain Information Service/Brain Research Institute, University of California 1968.
15. Besedovsky L., Lange T., Born J.: Sleep and Immune Function. *Archiv - European Journal of Physiology* 2012; 463: 121-137.
16. Joško J., Lau K.: Zaburzenia snu jako problem zdrowia publicznego. *Zdrowie Publiczne* 2010; 120, 2: 199–202.
17. Clark I., Landolt H.P.: Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews* 2017; 31:70-78.
18. Karacan I., Moore C.A., Williams R.L.: The narcoleptic syndrome. *Psychiatric Annales* 1979; 9: 377–381.
19. Jenni O.G., van Reen E., Carskadon M.A.: Regional differences of the sleep electroencephalogram in adolescents, *Journal of Sleep Research* 2005, 14(2):141-147.
20. Rupp T., Grugle N., Krugler A., Balkin T., Killgore W.: Caffeine, dextro-amphetamine, and modafinil improve PVT performance after sleep deprivation and recovery sleep. *Sleep* 2007; 30: A44.
21. Takkar M.M., Sharma R., Sahota P.: Alcohol disrupts sleep homeostasis. *Alcohol* 2015; 49(4): 299-310.
22. Parkes J.D.: Sleep and its Disorders. Eastbourne, Holt-Saunders 1985
23. Prusiński A.: Zaburzenia snu w chorobach neurologicznych. *Sen* 2003; 3, supl E: 1-28.
24. Cieślik-Guerra U.: Zaburzenia snu jako czynnik ryzyka cukrzycy typu 2. *Family Medicine & Primary Care Review* 2009; 11: 574–557.
25. Pierre M.: The Role of Sleep Duration in the Regulation of Energy Balance: Effects on Energy Intakes and Expenditure. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 2013; 9(1): 73–80.
26. Sieradzki A., Kiejna A., Rymaszewska J.: Epidemiologia zaburzeń snu w Polsce i na świecie. – przegląd piśmiennictwa. *Sen* 2002; 2(1): 33–38
27. Costa G.: Shift Work and Health: Current Problems and Preventive Actions. *Safety Health Work* 2010; 1: 112-123.

28. Hajduk A.: Subiektywna jakość snu u chorych na toczeń rumieniowaty układowy. Praca doktorska. Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2015.
29. Skalski M.: Zaburzenia snu w praktyce. Wydawnictwo Medical Tribune Polska, Warszawa 2014.
30. Spielman A.J.: Assessment of insomnia. *Clinical Psychology Review* 1986; 6(1): 11-25.
31. Morin C.M., Hauri P.J., Espie C.A., Spielman A.J., Buysse D.J., Bootzin R.R.: Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep* 1999; 22(8): 1134-1156.
32. Kasperczyk J., Joško J.: Ocena rozpowszechnienia i uwarunkowań zaburzeń snu u pracowników zmianowych. *Medycyna Pracy* 2012; 63(5): 573-583.
33. Booker L.A., Magee M., Rajaratnam S.M.W., Sletten T.L., Howard M.E.: Individual vulnerability to insomnia, excessive sleepiness and shift work disorder amongst healthcare shift workers. A systematic review. *Sleep Medicine Reviews* 2018; 41: 220-233.
34. Stryjewski P.J., Kuczaj A., Domal-Kwiatkowska D., Mazurek U., Nowalany-Kozielska E.: Wpływ pracy nocnej i zmianowej na zdrowie pracowników. *Przegląd Lekarski* 2016; 73(7): 513-515.
35. Kwarecki K., Zużewicz K.: Czynniki ludzkie w bezpieczeństwie pracy. Najczęstsze kłopoty zdrowotne pracownika zmianowego. *Bezpieczeństwo Pracy - Nauka i Praktyka* 2001; 9: 30-31.
36. Boissard R., Fort P., Gervasoni D., Barbagli B., Luppi P.H.: Localization of the GABAergic and non-GABAergic neurons projecting to the sublaterodorsal nucleus and potentially gating paradoxical sleep onset. *European Journal Neurosciences* 2003; 18: 1627-1639.
37. Härmä M., Suvanto S., Popkin S., Pulli K., Mulder M., Hirvonen K.: A dose-response study of total sleep time and the ability to maintain wakefulness. *Journal of Sleep Research* 1998; 7(3): 167-174.
38. Amidu N., Issah H., Alhassan M., Yakong V.N., Yahaya W., Dapare P.P.M., Adams Y.: Stress, Anxiety and Sleep Disorder among Nurses: A Cross-Sectional Study of Rotation vs Fixed Shift Workers. *International Neuropsychiatric Disease Journal* 2018; 11(1): 1-12.
39. Kawalec A., Pawlas K.: Nocna praca zmianowa jako czynnik ryzyka kancerogenezy. *Bezpieczeństwo Pracy: nauka i praktyka* 2013; 8: 13-17.
40. Caruso C.C.: Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabilitation Nursing* 2014; 39(1): 16-25.

41. McMenamin T.M.: A time to work: Recent trends in shift work and flexible schedules. *Monthly Labor Review* 2007; 130(12): 3–15.
42. Boisard P., Cartron D., Gollac M., Valeyre A.: Time and work: duration of work. Dublin, Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2003.
43. Tucker P., Folkard S.: Working time, health and safety a research synthesis paper. Geneva, Switzerland: International Labour Office 2012.
44. Gałęcki P., Pilecki M., Rymaszewska J., Szulc A.: Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5. Wydanie 5. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
45. Kiełbasa Ł., Szatkowski B., Wejman M.: Wpływ zmianowego systemu pracy na bezpieczeństwo i zdrowie pracownika - zagrożenie czy normalne zjawisko? *Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej. Organizacja i Zarządzanie* 2017; 72: 99-116.
46. Wickwire E.M., Geiger-Brown J., Scharf S.M., Drake C.L.: Shift Work and Shift Work Sleep Disorder: Clinical and Organizational Perspectives. *CHEST Journal* 2017; 151(5): 1156–1172.
47. Sykut A., Ślusarska B., Jędrzejkiewicz B., Nowicki G.: Zaburzenia snu jako powszechny problem społeczny – wybrane uwarunkowania i konsekwencje zdrowotne. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2017; 2 (59): 53-57.

Edukacja personelu pielęgniarstwa w zakresie opieki nad pacjentem innym kulturowo

Jolanta Sawicka – Czernik¹, Grzegorz Bejda², Agnieszka Kułak-Bejda³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

KOMUNIKACJA INTERPERSONALNA Z PACJENTEM INNYM KULTUROWO

W relacjach międzyludzkich komunikację stanowi proces wymiany informacji przebiegający dwustronnie: nadawca przekazuje komunikat (informacje), a odbiorca interpretuje przekaz. Na całość komunikacji składają się określone kody: znaki językowe – werbalne (język ojczysty, słowa, symbole, żargon, gwara, dialekt, liczby) i pozajęzykowe – pozawerbalne (ton głosu, mimika, mowa ciała, wyrażanie emocji, gesty, dystans, postawa ciała) [1].

W komunikacji międzykulturowej najważniejsza jest świadomość rozmówców, że każdy człowiek jest jednostką indywidualną i rozmowa przebiega w relacji człowiek – człowiek, a nieodmienna kultura kontra odmienna kultura.

Codziennosc dowodzi, że porozumiewanie bardzo często odbywa się bez wpływów kulturowych, a ludzie wchodzą w relacje, których podstawą są wspólne wartości i doświadczenia [2].

Bliskie kontakty z „obcymi” wpływają na akceptację inności, otwierają na doświadczanie nowości i osłabienie siły stereotypów [3].

Komunikacja interpersonalna jest jednym z priorytetowych elementów opieki pielęgniarstwa [1]. Efektywne i skuteczne komunikowanie się z pacjentem odmiennym kulturowo wymaga wiedzy i szacunku dla różnic wynikających z inności. Pacjent powinien być postrzegany jako równoprawny partner godzien uwagi i zainteresowania. Udzielanie świadczeń zdrowotnych powinno odpowiadać nie tylko potrzebom stanu zdrowia osoby chorej, ale musi uwzględniać różnorodność kulturową, religijną i oczekiwania pacjentów. Wiąże się to z

posiadaniem przez personel medyczny takiego zasobu wiedzy na temat odmienności potencjalnych pacjentów, aby zapewnić profesjonalną, kompetentną opiekę i leczenie [2].

Świadczenie opieki zdrowotnej osobom innym kulturowo może napotykać bariery wynikające z wielu różnorodnych czynników [4,5]:

- trudności językowe;
- odmienne kody kulturowe werbalne i niewerbalne;
- wyrażanie emocji;
- kontakty między płciami;
- zrozumienie czasu;
- stereotypy i uprzedzenia;
- brak wzajemnego zaufania;
- złe doświadczenia;
- uprzedzenia rasowe, religijne, kulturowe;
- obawy przed dyskryminacją;
- ocenianie, wartościowanie;
- różne oczekiwania wobec leczenia, diagnostyki;
- ograniczenia, zakazy i nakazy religijne;
- odmienne normy dotyczące komunikacji niewerbalnej.

Świadomość istnienia i pokonywanie wyżej wymienionych barier umożliwi personelowi medycznemu zapewnienie opieki na możliwie optymalnym poziomie. Ideą byłoby, aby pacjent obcy kulturowo znał język obowiązujący w danym kraju. W przypadku braku możliwości porozumienia się konieczna jest pomoc tłumacza, a gdy dotyczy to Muzułmanina, warunkiem jest ta sama płeć osoby uczestniczącej w rozmowie. Niejednokrotnie sytuacja zmusza do posłużenia się osobami innymi, aby móc porozumieć się z pacjentem. Należy mieć świadomość, że pośrednictwo w rozmowie może wpłynąć na jakość przekazu informacji. W celu zminimalizowania ryzyka popełnienia błędów językowych konieczne jest formułowanie jasnych, krótkich, przejrzystych i precyzyjnych wypowiedzi bez wprowadzania wyrażen abstrakcyjnych i dwuznacznych. Należy zwracać uwagę na słowa brzmiące podobnie w języku rodzimym i znanym pacjentowi, stosowanie wyrazów nieprzetłumaczalnych (depresja, demencja), stosowanie przez pacjenta nazewnictwa chorób bez swojego odpowiednika w języku polskim [5].

W kulturach niezachodnich istnieją zaburzenia specyficzne kulturowo, nieznane i niezrozumiane w kulturze Zachodu: przedawkowanie medytacji, przekonanie chorego, że

umrze z przepracowania, czy stany lękowe związane z odczuciem zmniejszania się i zaniku genitaliów [5].

Należy unikać posługiwania się żargonem zawodowym [1].

Problem ze zrozumieniem pacjenta innego kulturowo może tkwić także w odmienności stylów komunikowania się. W krajach arabskich znaczenie mają tytuły, maniery i podkreślanie pozycji rozmówcy, przybysze z innych państw szybciej skracają dystans i wchodzą w relacje bardziej bezpośrednie bez przestrzegania konwenansów. W komunikacji werbalnej konieczne jest uwzględnienie także sposobu mówienia: tonu głosu, głośności wypowiedzi, tempa prowadzenia rozmowy, akcentu, gdyż może to skutkować nieprawidłową interpretacją wypowiedzi czy złym zrozumieniem emocji i intencji rozmówcy [5].

Osoby wywodzące się z kultury o dużym poziomie ekspresji gestykulują, są nadmiernie ruchliwe, charakteryzują się wyrazistą mimiką [6]. W takiej sytuacji zachowanie dystansu przez personel medyczny może zostać odebrane jako wyraz braku zainteresowania czy niechęć [5].

Większy problem w komunikacji stanowią bariery pozawerbalne, z uwagi na brak wiedzy o ich istnieniu lub bagatelizowanie ich znaczenia. Konieczna jest świadomość istnienia emblematorów – są to gesty mające zastąpić słowa. Gest będący pozytywnym lub neutralnym symbolem w jednej kulturze może w drugiej być skrajnie odmiennie interpretowany i mieć negatywne, obraźliwe znaczenie. Ważna jest także wiedza dotycząca relacji przestrzennych. Odmienność polega na postrzeganiu odległości między rozmówcami – odległość większa i mniejsza - czy ułożeniu pacjentów w salach wieloosobowych lub jednoosobowych [5].

Arabowie czy mieszkańcy Ameryki Łacińskiej preferują pobyt w salach z innymi pacjentami, ale Niemcy, Brytyjczycy, Kanadyjczycy wykazują z reguły mniejszą tolerancję na przebywanie w małej, zatłoczonej przestrzeni. Zarówno po stronie pacjenta, jaki i personelu medycznego może pojawić się odczucie naruszenia strefy osobistej, zażenowania i stresu, gdy zostaną złamane zasady wynikające z niewiedzy na temat znaczenia zachowania właściwej przestrzeni w kontaktach międzyludzkich [1].

Istotna jest również znajomość znaczenia dotyku innej osoby i wiedza, kogo można dotknąć, w jakiej sytuacji i w jakie miejsce na ciele. Są nacje dotykające się częściej, niektórzy nie kontaktują się ze sobą poprzez dotyk, są kraje, gdzie ludzie unikają dotykania określonych części ciała lub badanie poprzez dotyk może być przeprowadzone tylko przez osobę tej samej płci [5]. Dotyk jest istotnym elementem komunikacji, ma znaczenie symboliczne. Może stanowić tabu. Bywa różnie interpretowany i przypisuje się dotykowi skrajnie odmienne znaczenie. Może wnosić pozytywne odczucia jako element zapobiegania złu, ale może także wiązać się z przekonaniem o wprowadzeniu do ciała choroby. W wielu kulturach nie do

zaakceptowania są pocałunki na przywitanie, czy potrząsanie ręką. W Wietnamie nie dotyka się barków innych osób. W krajach latynoamerykańskich naturalne są uściski i trzymanie się za ręce przez mężczyzn [1].

Złamanie zasad obowiązujących w komunikacji poprzez dotyk może być źródłem negatywnych emocji i być odebrane jako brak zainteresowania, czy profesjonalizmu pracowników ochrony zdrowia. Kontakt wzrokowy w relacji pacjent – personel medyczny może także być czynnikiem wywołującym nieprawidłową ocenę we wzajemnych relacjach. Potrzebna jest wiedza dotycząca znaczenia kontaktu wzrokowego. Należy brać pod uwagę czas patrzenia w oczy, kto i komu może patrzeć w oczy, w jakich sytuacjach jest dozwolony, a w jakich istnieje zakaz utrzymania kontaktu wzrokowego. Zarówno zbyt długie, jak i zbyt krótkie patrzenie w oczy może być odbierane negatywnie. W krajach arabskich osoby niezwiązane ze sobą relacją rodzinną nie mogą patrzeć sobie w oczy dłużej niż dwie sekundy, a żeński personel medyczny w rozmowie z lekarzem lub pacjentem powinien mieć wzrok opuszczony. Kolejnym problemem, który może stanowić utrudnienie w relacji z pacjentem zagranicznym może być stosunek do czasu i stąd wynikające nieporozumienia w kwestiach punktualności, przestrzegania obowiązujących harmonogramów i terminów. Ma to ogromne znaczenie w przypadku pory przyjmowania leków, umawiania się na wizytę lekarską, czy badania diagnostyczne [5].

Komunikacja jest procesem wielokierunkowym, a jej skuteczność zależy od doboru przekazywanych treści i sposobu ich przekazania, istotne jest także, jak przez nadawcę treści postrzegany jest ich odbiorca. Przyczyną konfliktu może być zjawisko wystąpienia przeniesienia lub przeciwprzeniesienia kulturowego, czyli reakcji emocjonalnych w relacji pacjent – pracownik ochrony zdrowia, wynikających ze stosunku do kraju czy kultury reprezentowanej przez współrozmówcę [5]. Różnice kulturowe, czy religijne mogą zniekształcać lub zakłócać wzajemne porozumienie się. W kulturze muzułmańskiej osoby sędziwe są otaczane troską i ogromnym szacunkiem, w Polsce niejednokrotnie są traktowane mieszkanką połączenia pobłażliwości, lekceważenia i współczucia. Reguły grzeczności w wielu krajach sprawiają, że pacjent będzie godził się i przytakiwał, mimo niezrozumienia sytuacji. Pytanie o poziom bólu nie zawsze będzie prawidłowo zrozumiane i odpowiedź także nie będzie odpowiadała faktom [4]. W kulturach niezachodnich „rozmowy z duchami” mieszczą się w granicach normy, w kulturze Zachodu stanowią objaw choroby psychicznej. „Normalność” znaczy więc coś innego w różnych społeczeństwach [5].

Powodzenie porozumienia międzykulturowego w znacznej mierze zależy od gotowości wyjścia naprzeciw sobie i umiejętności zrozumienia siebie nawzajem. Wysiłek powinien być

obustronny. Także osoby reprezentujące odmienną kulturę, religię, czy wartości powinny umieć dostosować się do obowiązujących reguł i stosować się do zasad. Ważne jest wytłumaczenie obowiązujących norm, ponieważ celem działań pracowników ochrony zdrowia jest chory człowiek [2].

EDUKACJA PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO W ZAKRESIE KOMPETENCJI KULTUROWYCH

Nieustanny proces globalizacji jest przyczyną rekonfiguracji społecznych, a postępująca migracja ludności powoduje wzrost różnorodności wśród osób korzystających z systemu ochrony zdrowia. Pacjentami zostają ludzie z wielu kręgów kulturowych, reprezentujących zróżnicowane systemy wartości i religie. Zagwarantowanie im opieki pielęgniarstwa, dostosowanej do oczekiwań i potrzeb, staje się koniecznością. Konieczny jest rozwój kompetencji kulturowych, a wdrażanie idei wielokulturowości w edukacji personelu pielęgniarstwa stanowi aktualne wyzwanie dla pielęgniarstwa [7].

Na kompetencje zawodowe składają się nie tylko kwalifikacje zawodowe, ale także umiejętności natury duchowej i zachowanie właściwych postaw [8]. Jakość świadczonej opieki pielęgniarstwa determinowana jest przez wrażliwość pielęgniarek na różnorodność kulturową ich podopiecznych i stąd wynika potrzeba rozwoju kompetencji i inteligencji kulturowej w tym zakresie [9]. Celem jest osiągnięcie takiego stanu, w którym człowiek odnosi się z szacunkiem i bez uprzedzeń do ludzi innych kultur, pochodzenia, ras, religii, języków i wszystkich elementów składających się na odmienność. Ważne jest, aby uznać i potwierdzić wartości tych osób i umieć zachować ich godność [7].

Kształtowanie kompetencji kulturowych przydatne jest do lepszego dialogu międzykulturowego i dotyczy umiejętności społecznych i językowych, wrażliwości i otwartości na nowe, świadomości własnych doświadczeń i dziedzictwa kulturowego, i ich wpływu na porozumienie. Jest czynnikiem priorytetowym w sprostaniu potrzebom i wymaganiom globalnej społeczności i w zapewnieniu opieki na wysokim, profesjonalnym poziomie. Pozwoli na uniknięcie nieporozumień, postawienie błędnej diagnozy, wdrożenie nieprawidłowego leczenia, pielęgnowania, wspierania, edukowania, a w efekcie osiągnięty zostanie cel w postaci zadowolenia pacjenta [10]. Należy jednak mieć świadomość, że efektywne i skuteczne nabywanie kompetencji kulturowych powinno być składową własnych aspiracji, potrzeb i chęci, a nie wynikać z konieczności i desperacji [11].

Terminy „etnpielęgniarstwo”, „pielęgniarstwo transkulturowe” i „pielęgniarstwo międzykulturowe” wprowadziła w latach 60 –ych XX wieku Madeleine Leininger, uznawana za inicjatorkę rozwoju pielęgniarstwa związanego z opieką nad pacjentami odmiennymi kulturowo. W 1979 roku po raz pierwszy przedstawiła definicję pielęgniarstwa transkulturowego, którą opublikowała w 1985 r. i kolejno w 1988, i 1991 r., nazywając je *„dziedziną lub gałęzią pielęgniarstwa, które skupia się wokół badań porównawczych i analizowania kultur pod kątem pielęgnowania, zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą, przekonań i wartości w celu zapewnienia pacjentom efektywnej opieki pielęgniarstwa zgodnie z ich wartościami kulturowymi”* [12]. Teoria ta nazywana jest teorią uniwersalizmu i różnorodności kulturowej [13]. Stała się fundamentem w tworzeniu i rozwoju modeli teoretycznych pielęgniarstwa transkulturowego, będących podstawą osiągania kompetencji kulturowych przez pielęgniarki. Pozwalają one na uzyskanie wiedzy naukowej w celu wykorzystania jej w pracy zawodowej z pacjentami o różnych oczekiwaniach kulturowych. Znaczące modele teoretyczne [7]:

- Model „Wschodzącego Słońca” Madeleine Leininger.
- Model kompetencji kulturowych – twórca Larry D. Purnell.
- Model oceny transkulturowej Joyce Newman Giger i Ruth Elaine Davodhizare.
- Model kompetencji kulturowych J. Campinha – Bacote.

W modelu „Wschodzącego Słońca” Leininger przedstawia składowe mające wpływ na zdrowie i opiekę medyczną, przechodząc od elementów konkretnych po abstrakcyjne. Pojęciem o największym zasięgu jest światopogląd, czyli sposób postrzegania przez ludzi świata, w którym żyją. Poniżej znajduje się struktura społeczna i kulturowa, i zawierają się w niej: czynniki religijne, filozoficzne, technologiczne, polityczne, prawne, edukacyjne, ekonomiczne, społeczne, pokrewieństwo, wartości kulturowe, sposób życia. W modelu zawiera się także kontekst środowiskowy i język składający się na kulturę. Wszystkie te elementy mają wpływ na rozumienie zdrowia, wzorce opieki i sposób, w jaki podejmowana jest opieka nad zdrowiem [7].

Świadczenie pomocy, w którym konieczne jest nawiązanie współpracy między pielęgniarką a pacjentem Madeleine Leininger ujmuje w trzech formach [cyt. za 1]:

- Utrzymanie lub zachowanie dotychczasowych wzorców zachowań.

Zadaniem pielęgniarki jest taka pomoc pacjentowi, asystowanie, udzielanie wsparcia i profesjonalna opieka, aby ten osiągnął powrót do zdrowia, optymalny dobrostan lub

umiejętność radzenia sobie z umieraniem i śmiercią, zachowując jednocześnie swoje wartości kulturowe i przekonania.

- Negocjowanie, przystosowanie, modelowanie lub akomodacja zmian. Postępowanie pielęgniarki powinno obejmować asystowanie, udzielanie wsparcia, uczestnictwo i pomoc w podejmowaniu decyzji pacjentowi, aby potrafił zaadoptować swoje zachowania i odmienności do istniejącej sytuacji zdrowotnej.
- Modyfikacja, przewartościowanie, przekształcanie, zmiana zachowania. Wysiłek pielęgniarki odnosi się do przemiany elementów kultury na prozdrowotne w sytuacji, gdy przekonania, poglądy czy postępowanie pacjenta zagrażają jego zdrowiu i życiu.

Innym modelem mającym zastosowanie w wykonywaniu zawodów medycznych zawierającym kompetencje kulturowe w pracy pielęgniarki jest model Larry D. Purnella. Stanowi skalę kompetencji budujących świadomość kulturową człowieka i obejmuje 12 elementów [cyt. za 7]:

- Dziedzictwo – miejsce zamieszkania, pochodzenie, edukacja, wykonywany zawód, polityka, ekonomia.
- Komunikacja – język ciała, mimika, dotyk, kontakt wzrokowy, język lub dialekt, głośność i ton rozmowy, przestrzeń wokół rozmówców.
- Elementy życia codziennego (organizacja życia i role w rodzinie) – priorytety, głowa rodziny, role przypisane płci, styl życia, zadania członków rodziny, role seniorów, dzieci.
- Ekologia dotycząca biokultury – kolor/odcienie skóry, genetyka, dziedziczność.
- Odżywianie – rytuały żywienia, produkty żywieniowe, ograniczenia w diecie, promocja zdrowia.
- Ciąża i i dzietność – praktyki płodności, poród, narodziny, przekonania /poglądy związane z ciążą.
- Rytuały związane ze śmiercią – obrzędy dotyczące pochówku osoby zmarłej i żałoby.
- Duchowość – religia i praktyki religijne, modlitwy, sens życia, wewnętrzna siła.
- Zachowania ryzykowne – alkohol, tytoń, środki odurzające, aktywność fizyczna, bezpieczeństwo.
- Praca – bariery językowe, integracja, asymilacja, separacja, autonomia.
- Praktyki obejmujące opiekę zdrowotną – przekonania religijne, odpowiedzialność

za zdrowie, praktyki w zakresie zdrowia, transplantacje, zdrowie psychiczne, stosowanie leków.

- Pracownicy ochrony zdrowia – postrzeganie personelu ochrony zdrowia, płeć personelu, status.

Kolejnym modelem pielęgniarstwa transkulturowego jest model opracowany przez Joyce Newman Giger i Ruth Elaine Davodhizare. Podkreśla znaczenie postrzegania człowieka jako jednostki wyjątkowej, a na czoło wysuwają się w nim czynniki związane z kulturą człowieka [cyt. za 7, cyt. za 14]:

- Komunikacja – język, dialekt, żargon, gwara, ekspresja, ton i głośność wypowiedzi, kontekst i emocjonalność rozmowy, mowa ciała, gesty, wyraz twarzy, ruchy oczu, milczenie.
- Przestrzeń – ramy odległości między rozmówcami. Dotyczy odległości w znaczeniu przestrzennym, społecznym, dystansu.
- Czas – może być rozumiany odmiennie w różnych kulturach. Percepcja czasu jest zmienna i zależy od tego, czy dana społeczność zorientowana jest na teraźniejszość czy przyszłość. Na postrzeganie czasu mają wpływ emocje, wartości, sposób odmierzania, znaczenie czasu.
- Organizacja społeczna – więzi kulturowe, rasa, grupy religijne, rodzina i struktura rodziny, role przypisane płci, orientacja seksualna.
- Kontrola środowiska – świadome i zaplanowane działania podejmowane w celu kontrolowania natury. Dotyczy podejścia do zdrowia, zachowań prozdrowotnych i dysfunkcyjnych, przekonań i wiedzy związanej z rozumieniem rozwoju chorób, metod terapii.
- Zmienne biologiczne – odmienności ras ludzkich w zakresie DNA, wyglądu, koloru skóry, proporcji ciała, reakcji na leki, podatności na choroby.

Model, którego autorem jest Joseph Campinha – Bacote jest określony w czasie świadczenia czynności wynikających z opieki zdrowotnej i obejmuje [cyt. za 7]:

- Świadomość kulturową – proces związany z dokonaniem oceny osobistych uprzedzeń wobec innych kultur, świadomością występowania rasizmu w czasie dostarczania opieki, badanie rodzimego środowiska.
- Wiedzę kulturową – poszukiwanie i zdobywanie wiedzy przez pracownika ochrony zdrowia w celu uzyskania informacji na temat światopoglądów innych grup,

zmiennych biologicznych, różnic związanych z metabolizmem leków w obrębie różnych grup etnicznych.

- Umiejętność kulturową – stałe dochodzenie do osiągnięcia umiejętności uzyskania odpowiednich danych kulturowych i zdolności do dokonania oceny fizycznej w oparciu o podstawy kulturowe.
- Spotkania kulturowe – wypracowanie chęci wśród pracowników medycznych do bezpośredniego zaangażowania we wchodzenie w interakcje międzykulturowe, w celu modyfikacji przekonań, unikania poddawania się stereotypom.
- Pragnienie kulturowe – wzbudzenie motywacji, osiągnięcie chęci przez pracownika ochrony zdrowia do zostania człowiekiem kulturowo świadomym i kompetentnym.

Rozwijanie, doskonalenie i osiągnięcie inteligencji i kompetencji kulturowej stanowi proces długi, rozciągnięty w czasie, mozolny, trudny, ale bardzo przydatny, może wnieść wiele pozytywnych, pozwolić na osiągnięcie satysfakcji i zadowolenia, przełamać stereotypy, ułatwić relacje z osobami z innych kręgów kulturowych i w ten sposób zapewnić osobom potrzebującym godną, profesjonalną pomoc i opiekę pielęgniarstwa [10].

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD CHORYM A WRAŻLIWOŚĆ KULTUROWA PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO

Zawód pielęgniarki jest profesją medyczną zaufania publicznego, opartą na samodzielności, odpowiedzialności, wiedzy, umiejętnościach i określonych zachowaniach, i postawach wobec innego człowieka. Elementarnym obowiązkiem pielęgniarki jest fachowe sprawowanie opieki nad pacjentem z poszanowaniem jego integralności, indywidualności i praw [15].

Pielęgniarstwo jest zawodem o charakterze opiekuńczym [16]. Bazuje na wartościach i normach moralnych zawartych w Kodeksie Etyki Zawodowej. Kodeks jest nierozdzielnie związany z zawodem pielęgniarki, a etos profesji stanowi niepodważalną wartość pielęgniarstwa. Kodeks zawiera zapisy, do których świadomego przestrzegania zobowiązuje się każda pielęgniarka. Ujmuje obowiązek do sprawowania profesjonalnej opieki nad pacjentem, pomocy w cierpieniu i zapobiegania chorobom. Zobowiązanie dotyczy także przestrzegania praw i godności pacjenta, tajemnicy zawodowej, obejmuje odniesienia do godności zawodu i rzetelności w realizacji zadań, relacje z innymi współpracownikami i samorządem zawodowym. Zawarte są punkty dotyczące podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wdrażania do praktyki osiągnięć nauki [17].

Wykonywanie zawodu pielęgniarki jest służbą zdrowiu i życiu ludzkiemu. Troska okazywana pacjentowi przez personel pielęgniarstwa jest umiejętnością pochylenia się nad człowiekiem [8].

Podstawową zasadą i priorytetem w pracy pielęgniarki jest szacunek dla godności i wartości osoby ludzkiej, niezależnie od różnic narodowościowych i etnicznych, rasy, kultury, czynników politycznych, ekonomicznych, płci, wykształcenia, stopnia zamożności, rozwoju czy osobowości [15].

Istotą pielęgnowania jest opiekuńczość i troskliwość ukierunkowana na drugą osobę potrzebującą pomocy. Pacjenci chcą mieć świadomości, że obok nich jest pielęgniarka, której ufają i wierzą i która im pomoże w każdej sytuacji [8]. Konieczne jest rozumienie pacjenta jako człowieka – członka danej społeczności z jego fizycznością, duchowością i odczuciami sfery psychicznej. Takie podejście rozumiane jest jako zdolność, czy umiejętność spojrzenia holistycznego, a nierozzerwalnym elementem powinno być podejście empatyczne do osoby chorej [18].

Empatia stanowi zdolność wczuwania się w odczucia innej osoby i utożsamiania się z jej stanem emocjonalnym, odczuciami, zachowaniem, postawą. W pielęgniarstwie umiejętność odczuwania empatii w sposób istotny wpływa na tworzenie relacji opiekuńczych i terapeutycznych z pacjentem. Umożliwia zrozumienie drugiego człowieka i jest podstawą komunikacji z osobą potrzebującą pomocy [19]. Niejednokrotnie wymaga to konieczności odłożenia własnych uczuć, przekonań, myśli, odczuć na bok, by zrozumieć inny punkt widzenia, myślenia, odczuwania czy przekonań reprezentowanych przez drugą osobę [18].

W pracy pielęgniarki podejmowane działania zależą od oceny aktualnych potrzeb pacjenta. Ocena powinna obejmować potrzeby kliniczne, kulturowe, duchowe, psychospołeczne i interpersonalne a ich realizacja musi być zaplanowana i wdrożona. W sytuacji, gdy pacjentem jest osoba z innego kręgu kulturowego należy uwzględnić wszelkie aspekty odmienności i zapewnić całościową opiekę. Trzeba brać pod uwagę pochodzenie, wyznawaną religię i praktyki religijne i modlitewne, wierzenia, normy, nakazy i zakazy dnia codziennego, znajomość lub nieznajomość języka, potrzeby i zakazy związane z odżywianiem, tradycje, stosunek do osób przeciwnej płci i wszelkie kwestie związane z płcią, nastawienie do nagości i seksu, rytuały związane z umieraniem i śmiercią, odmienności w sferze obyczajowej, znaczenie gestów, zasady dotyczące stosunków międzyludzkich, przekonania i zachowania zdrowotne, panującą w rodzinie, relacje rodzic – dziecko [20]. Znając specyfikę odmienności pacjenta pielęgniarka będzie mogła respektować i zaspokoić w miarę możliwości wszystkie

jego potrzeby i tym samym zapewnić choremu poczucie bezpieczeństwa i zmniejszyć potencjalne ujemne skutki występujących różnic kulturowych [10].

Dobra opieka pielęgniarstwa jest wówczas, gdy w centrum jej uwagi jest pacjent, a opieka pasuje do świata pacjent [2].

PIŚMIENNICTWO

1. Płaszewska – Żywko L.: Teoria pielęgniarstwa Madeleine Leininger. [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska – Kułak E., Wrońska I., Kędziora – Kornatowska K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 197-214
2. Van Damme – Ostapowicz K.: Dialog wielokulturowy. [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska – Kułak E., Wrońska I., Kędziora – Kornatowska K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 103-106
3. Majcherek J.A.: Relatywizm międzykulturowy a badanie relacji międzykulturowych. *Relacje Międzykulturowe = Intercultural Relations* 2017; 1(1): 83-105.
4. Grzymała – Moszczyńska H.: Komunikowanie międzykulturowe. [w:] Pielęgniarstwo transkulturowe, Majda A., Zalewska – Puchała J., Ogórek – Tęcza B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 27-31.
5. Jaroszevska E.: Bariery w komunikacji z zagranicznym pacjentem. [w:] Pacjent odmienny kulturowo, Krajewska – Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. (red.). Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum, Poznań, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2015: 157-169.
6. Gesteland R.R.: Różnice kulturowe a zachowania w biznesie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
7. Ślusarska B., Zarzycka D., Majda A., Dobrowolska B.: Kompetencje w pielęgniarstwie podstawy konceptualizacji i narzędzia pomiaru naukowego. *Cultural Competence in Nursing basic conceptualisation and tool for scientific assessment. Pielęgniarstwo XXI wieku* 2017; 16(4): 40-45.
8. Krzyżanowska – Łągowska U.: Wartości duchowe w etosie pielęgniarstwa. Wydawnictwo ad vocem, Kraków 2005.
9. Higginbottom G.M.A., Richter M.S., Mogale R.S., Ortiz L, Young S, Mollel O.: Identification of nursing assesment models/tools validated in clinical practicefor usewith divorcr ethnocultural groups: An intergravite review of the literature. *BMC Nursing* 2011; 3: 10-16.

10. Majda A., Zalewska – Puchała J.: Kompetencje kulturowe i inteligencja kulturowa w pielęgniarstwie. *Pielęgniarstwo Polskie* 2018; 68(2): 196-203.
11. Campinha – Bacote J.: Many Faces: Addressing Diversity in Health care. *The Online Journal of Issues in Nursing* 2003; 8(1): 3.
12. George J.: *Nursing theories. The base for professional nursing practice*. Prentice-Hall International Inc. New York 1995.
13. Leininger M.M.: *Qualitative research methodology in nursing*. Grupe & Stratton, Orlando F.L. 1985.
14. Płaszewska – Żywko L. (2010) Model Joyce Newman Giger i Ruth Elaine Davidhizare. [w:] Krajewska – Kułak E., Wrońska I., Kędziora – Kornatowska K. *Problemy wielokulturowości w medycynie*, (s. 206-212). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL
15. Kodeks Etyki Zawodowej, 1995, www.izba-piel.org.pl; [data pobrania 04.03.2019].
16. Kostrzanowska Z., Zarzycka D.: *Struktura i zasoby pielęgniarstwa europejskiego*. [w:] Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego, Wrońska I., Krajewska – Kułak E. (red.). Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2007: 27.
17. Paszko H.: Czy kodeks etyki jest nam dziś potrzebny? *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2018; 10.
18. Kuć D.: Empatia jako forma komunikacji w codziennej praktyce pracownika ochrony zdrowia. [w:] *Pacjent odmienny kulturowo* Krajewska – Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. (red.). Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum, Poznań, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2015: 217-219.
19. Zarzycka D., Ślusarska B., Dobrowolska B., Deluga A., Trojanowska A., Bartoń E.: Empatia w pielęgniarstwie. Założenia, praktyka i jej empiryczne uwarunkowania 2016; 15,3(56): 33-38
20. Kostka A., Krzemińska S., Borodicz A.: Wielokulturowość w pielęgniarstwie – różnice w opiece nad wyznawcą Islamu. *Multicultural in Nursing – differences in caring for a Muslim. Journal of Education, Health and Sport* 2017; 7(5): 67-76.

Ocena stosunku personelu pielęgniarского wobec pacjenta innego kulturowo

Jolanta Sawicka – Czernik¹, Grzegorz Bejda², Agnieszka Kulak-Bejda³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

*Nietolerancja i zabobon zawsze były własnością głupich między pospółstwem
i nigdy, jak mniemam, z gruntu wykorzenione nie będą,
bo równie wieczne są jak sama głupota.
Tam, gdzie dziś piętrzą się góry, będą kiedyś morza,
tam, gdzie dziś wełnią się morza, będą kiedyś pustynie.
A głupota pozostanie głupotą.
Andrzej Sapkowski - Krew elfów [1]*

W Polsce na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się zróżnicowanie narodowo – etniczne ludności [2].

Personel pielęgniarский musi mieć więc świadomość zachodzących przemian i powinien być odpowiednio przygotowany do sprawowania nad pacjentami innymi kulturowo kompleksowej opieki zgodnej z zasadami etyki zawodowej i uwzględniającej wszelkie aspekty odmienności.

Szacuje się, że na teren Polski docierają przybysze z niemal 130 państw, którzy reprezentują odmienność kulturową biorąc pod uwagę pochodzenie narodowościowe, etniczne, wyznawaną religię, wartości, znajomość języka polskiego, zajmowane pozycje społeczne, oczekiwania, potrzeby, zasady dotyczące stosunków międzyludzkich, przekonania i zachowania zdrowotne.

W roku 2016 obywatelstwo polskie nabyło 4.569 osób, w roku 2017 – 4.597 osób. W ramach repatriacji do Polski, w roku 2016, 354. osobom zostały wydane wizy repatriacyjne, a w 2017 roku takie wizy otrzymało 298 osób [3].

W roku 2017 235.626 cudzoziemców otrzymało zezwolenie na pracę w Polsce [3].

W roku 2016 otrzymało status uchodźcy 128 osób, a w roku 2017 roku - 151 osób. Zgodę na pobyt na terenie Polski ze względów humanitarnych w 2016 roku otrzymało 177 osób, w 2017 roku 184 osoby [3].

Zezwolenie na pobyt stały w 2016 roku uzyskało 9.042 cudzoziemców, a w roku 2017 – 13.304 obywateli innych państw [3].

Zezwolenie na pobyt czasowy w 2016 roku dostało 86.616 osób, w roku 2017 już 103.215 cudzoziemców [3].

Powyższe wskazuje, iż stopniowo dochodzi do przekształcania się polskiego społeczeństwa z monokulturowego w wielokulturowe [3].

CEL PRACY

*Nie musimy akceptować cudzych przekonań...
ale musimy akceptować prawo innych do ich posiadania.
Jodi Picoult - Jesień cudów*

Celem pracy była ocena stosunku personelu pielęgniarskiego wobec pacjenta innego kulturowo.

MATERIAŁ I METODYKA

*Tolerancja musi być nietolerancyjna wobec nietolerancji.
Immanuel Kant*

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

Badania ankietowe przeprowadzono od października 2018 roku do grudnia 2018 roku. Osobami ankietowanymi było 100 losowo wybranych pielęgniarek i pielęgniarzy aktywnych zawodowo.

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietowego.

Badanie było anonimowe. 100 ankiet zostało rozdanych i tyle samo zebranych.

Respondenci ankiety wypełnili jednorazowo, dobrowolnie, po wyrażeniu świadomej zgody.

Ankieta zawierała 22 pytania. Pierwsza część dotyczyła zagadnień związanych z charakterystyką osób badanych i obejmowała: płeć, wiek, staż pracy w zawodzie pielęgniarki, miejsce zamieszkania. Druga część, szczegółowa, dotyczyła konkretnej wiedzy na temat zagadnienia będącego przedmiotem badań.

Wyniki badań opracowano w programie Microsoft Excel i przedstawiono w postaci wykresów.

Na podstawie analizy i oceny analizy zebranych ankiet wyciągnięto wnioski dotyczące stosunku personelu pielęgniarskiego wobec pacjenta innego kulturowo.

WYNIKI

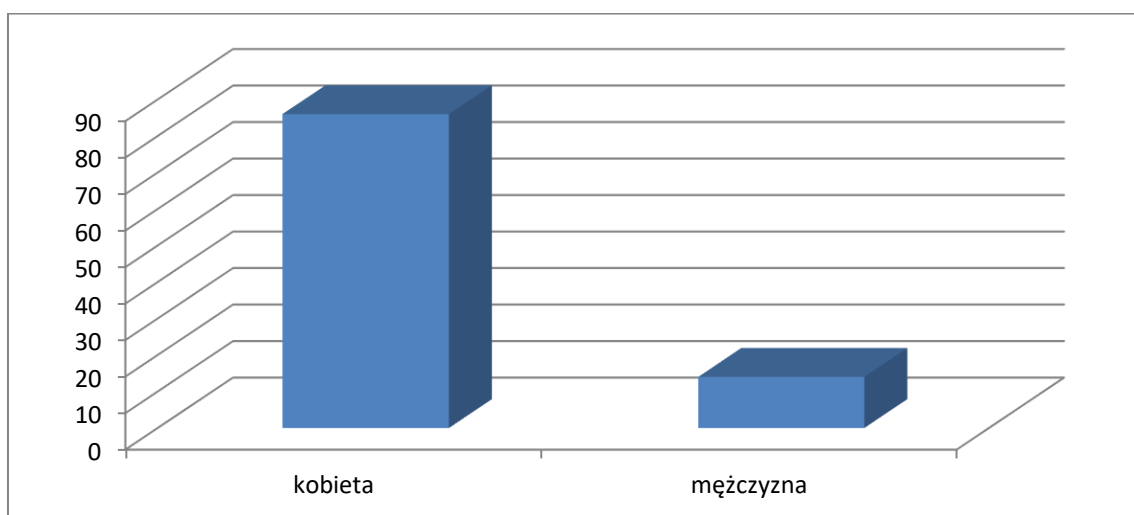
Nigdy nie wiesz, jak ciężki jest bagaż, którego nie niesiesz.

Omenaa Mensah - Gorzka Czekolada

Charakterystyka próby badanej

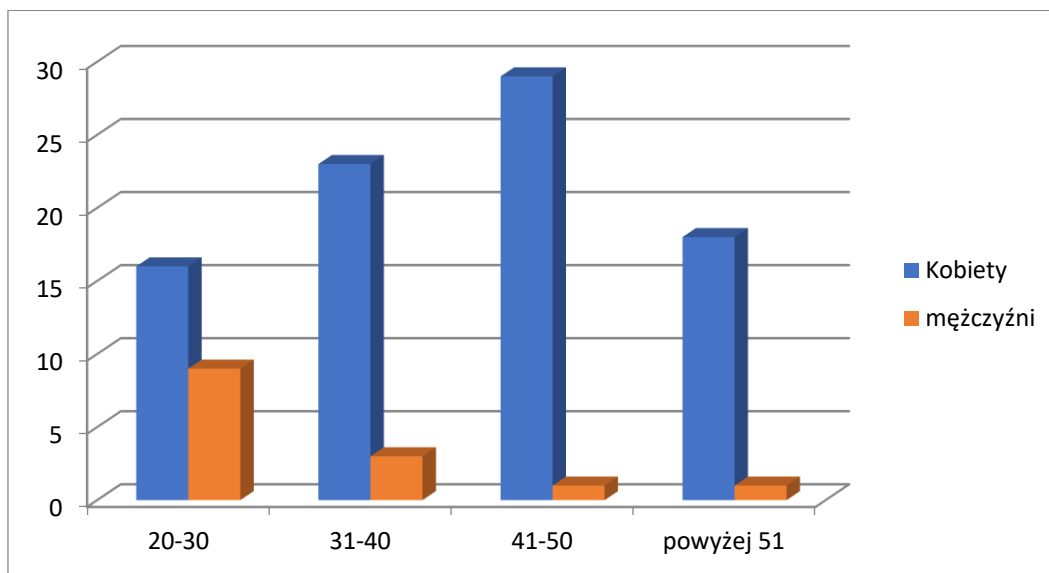
Badanie przeprowadzono w grupie 100 pracowników ochrony zdrowia - pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy wypełnili anonimowe ankiety. Badani różnili się płcią, wiekiem, stażem pracy i miejscem zatrudnienia.

Wśród przebadanych respondentów kobiety stanowiły 86%, a mężczyźni 14% wszystkich ankietowanych (Ryc. 1)

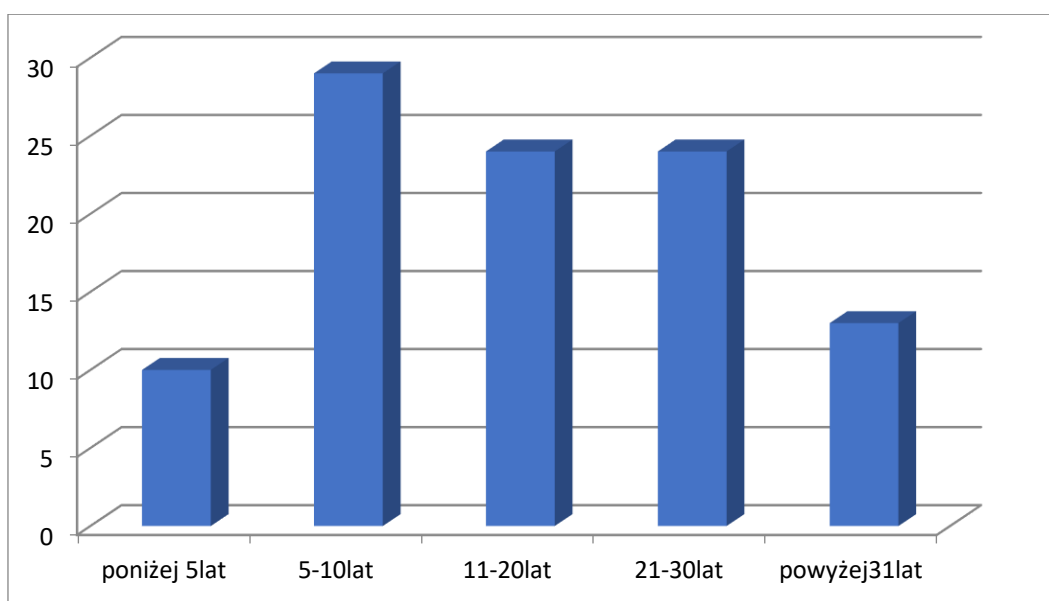


Rycina 1 Respondenci według płci, Źródło: Opracowanie własne

Grupę najliczniejszą stanowiły osoby w przedziale wiekowym 41-50 lat (30%), kobiety 29%, mężczyźni natomiast 1%, osoby w wieku 31-40 lat oraz 20-30 lat stanowiły odpowiednio 26%, w tym kobiety 23% i 25%, w tym kobiety 16% badanych. Natomiast pracownicy w wieku powyżej 51 lat stanowili 19%, w tym kobiety 18% badanych. Świadczy to o dominacji kobiet w tym zawodzie, które stanowią ogromną większość - 86%. (Ryc. 2)



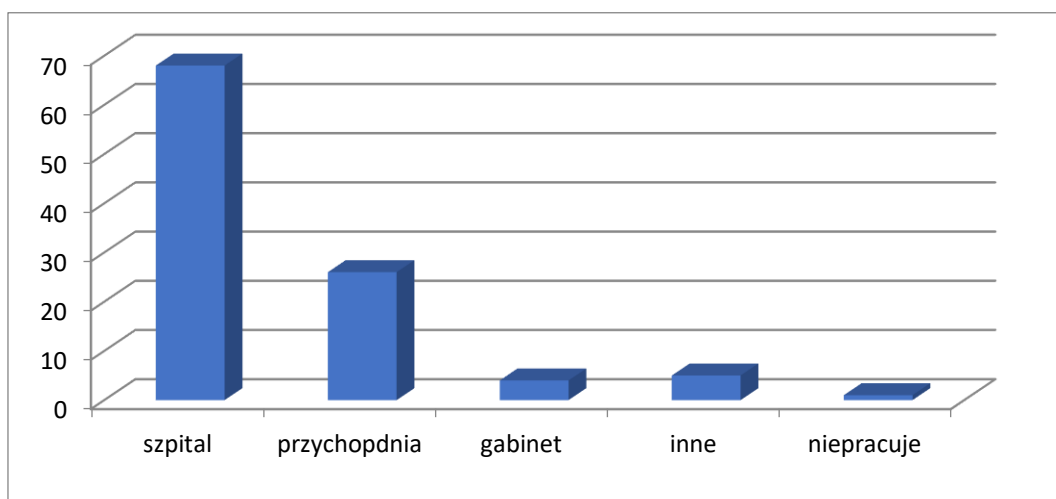
Rycina 2. Struktura wieku respondentów, Źródło: Opracowanie własne



Rycina 3. Struktura respondentów według stażu pracy, Źródło: Opracowanie własne

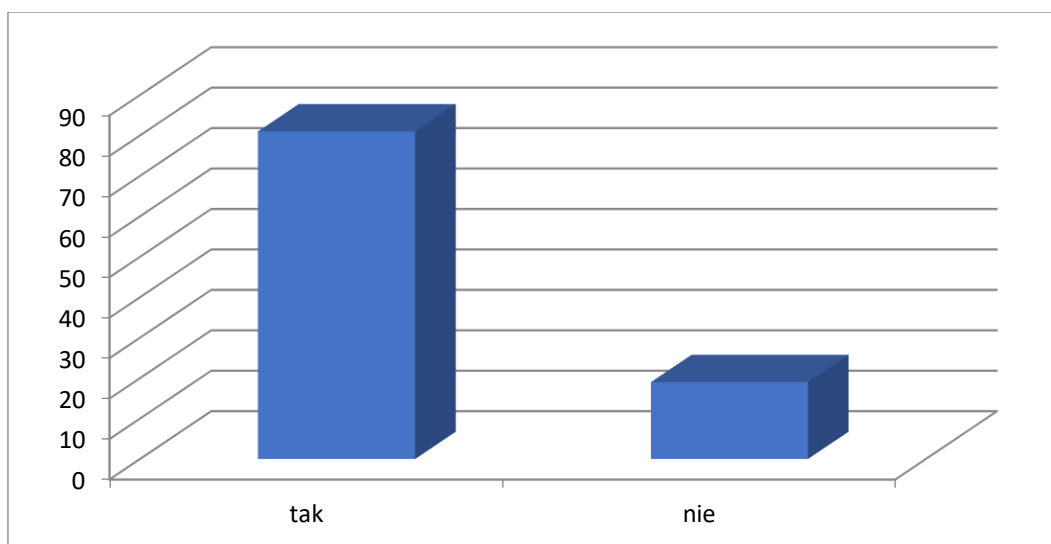
Podział pracowników według stażu pracy przedstawia rycina 3. Respondenci ze stażem do 10 lat stanowili największą grupę przebadanych osób – 29%, drugą grupą byli pracownicy ze stażem do 20 i 30 lat - stanowili oni po 24%. Natomiast pracownicy ze stażem ponad 30-letnim stanowili 13%, a młodzi pracownicy legitymujący się stażem poniżej 5 lat - 10% ogółu badanych.

Z udzielonych odpowiedzi wynika, że zdecydowana większość respondentów (70%) pracowała w szpitalu. W przychodni pracowało 26% badanych, a pozostałe 4%, jako swoje miejsce pracy, wskazało gabinet prywatny (Ryc. 4).



Rycina 4. Respondenci według miejsca pracy, Źródło: Opracowanie własne

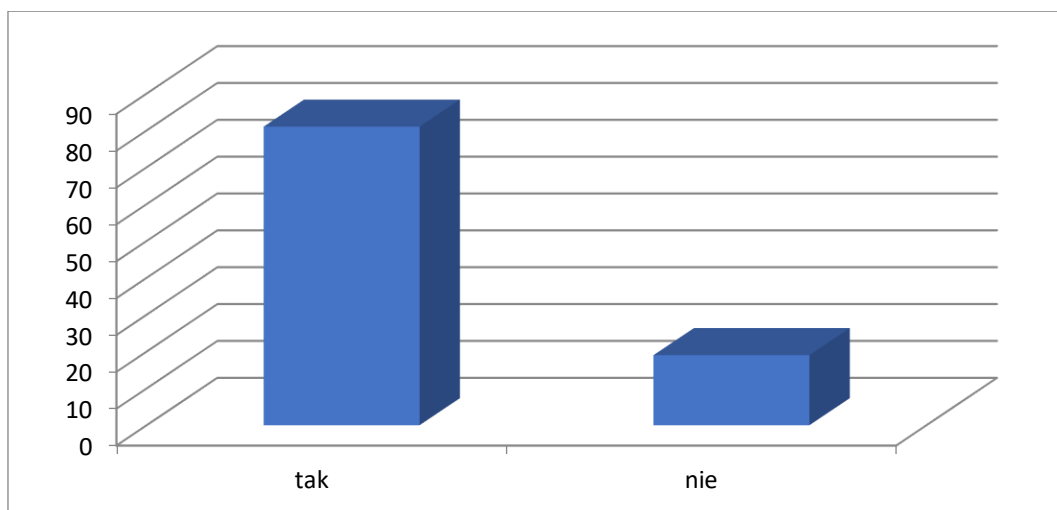
Analiza zasadniczej problematyki



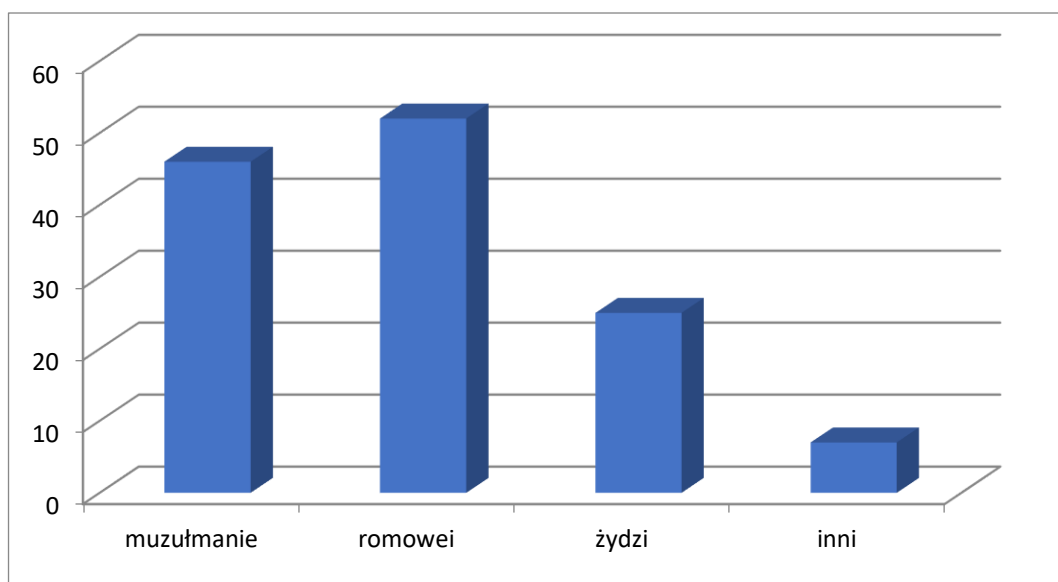
Rycina 5. Odpowiedzi na pytanie „Czy zna Pan/i osoby inne kulturowo”, Źródło: Opracowanie własne

Badanych zapytano, czy znają osoby inne kulturowo. 78% respondentów znało, a 22% nie znało osoby odmiennej kulturowo (Ryc. 5).

Badanym zadano pytanie, czy w swojej pracy mieli kontakt z pacjentami innymi kulturowo. Z udzielonych odpowiedzi wynika, że taki kontakt miało 77% badanych, a 23% nie (Ryc. 6)



Rycina 6. Kontakt z pacjentami innym kulturowo, Źródło: Opracowanie własne

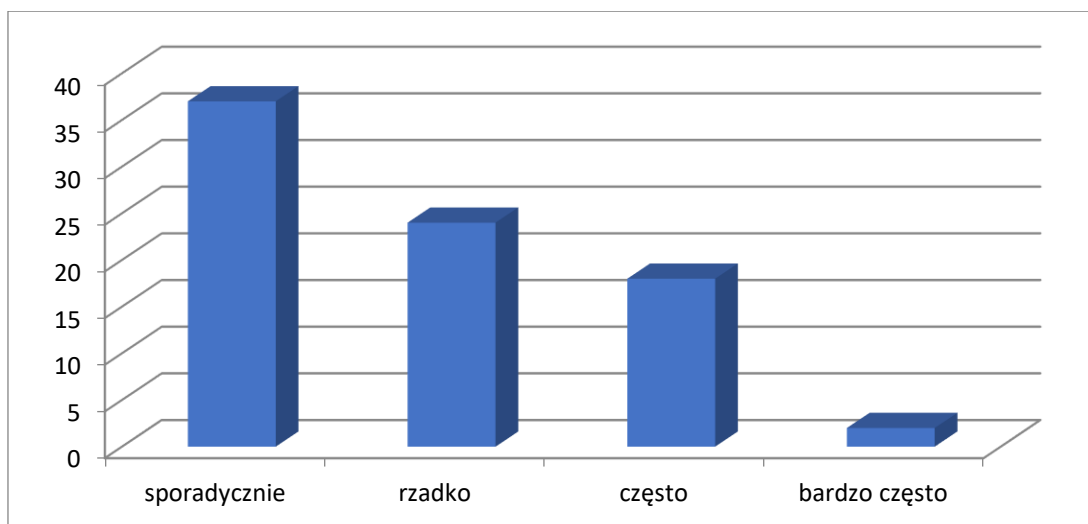


Rycina 7. Pacjenci innych kultur, Źródło: Opracowanie własne

Respondenci w kolejnym pytaniu zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi, z jakimi innymi kulturowo pacjentami mieli kontakt. W przypadku tego pytania osoby ankietowane mogły zaznaczyć więcej, niż jedną odpowiedź. Z analizy struktury odpowiedzi wynika, że

największy kontakt ankietowani mieli z kulturą romską (41%), muzułmańską (37%) i żydowską (20%). Wyniki obrazuje Ryc. 7.

Zdecydowana większość ankietowanych (36%) twierdziła, że kontakty z pacjentami wielokulturowymi były sporadyczne. Zdaniem 24% respondentów takie kontakty były rzadkie, a 20% stwierdziła, że częste i bardzo częste. Opisaną sytuację przedstawia rycina 8.

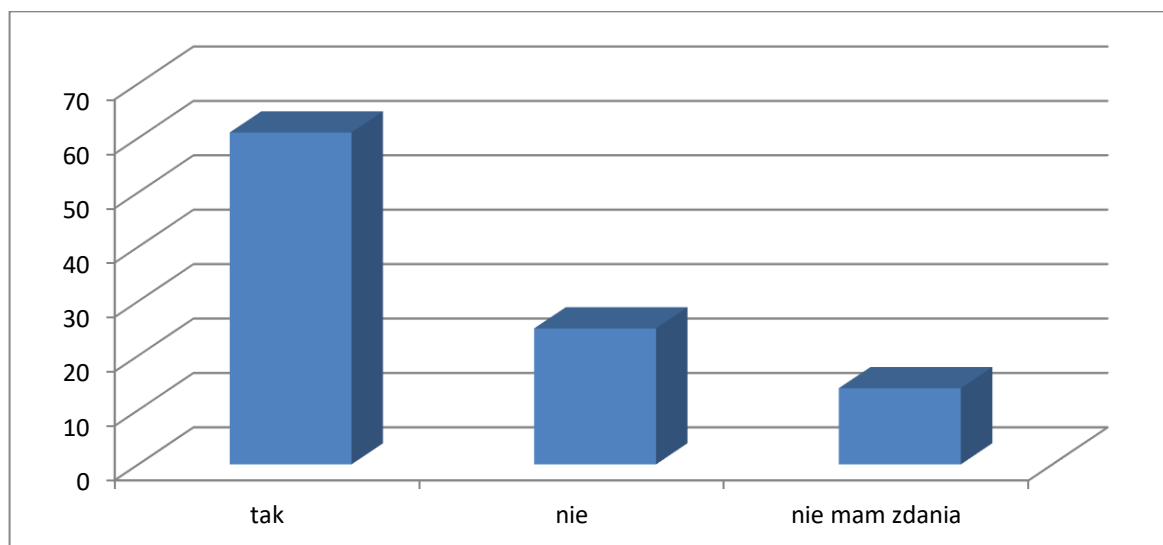


Rycina 8. Częstość kontaktów personelu pielęgniarskiego z pacjentami wielokulturowymi, Źródło: Opracowanie własne

W kolejnym pytaniu respondentów zapytano, z jakimi zachowaniami w swojej karierze zawodowej spotkali się ze strony pacjentów innych kulturowo. Na podstawie otrzymanych odpowiedzi stwierdzono, że pracownicy spotykali się z różnymi zachowaniami ze strony pacjentów. Najwięcej przypadków (58) było związanych z nadmierną liczbą osób z rodziny i gości przebywających z pacjentem w placówce ochrony zdrowia. Drugim, co do wielkości zachowaniem (32 przypadki), było wskazanie przez pacjenta posiłków zabronionych. W 27 przypadkach był to udział rodziny w podejmowaniu decyzji medycznych dotyczących sposobu leczenia lub pielęgnowania i kolejnym przypadkiem zachowania godnym uwagi jest noszenie w placówce ochrony zdrowia przez pacjenta stroju przypisanego danej kulturze – 17, zdarzały się przypadki odmowy współpracy z personelem pielęgniarskim ze względu na płeć, czy brak zgody pacjenta na wykonanie zleceń lub czynności pielęgniarskich z uwagi na święto czy porę modlitwy pacjenta, czy zakaz dotykania zwłok.

W następnym pytaniu zapytano, czy personel pielęgniarski powinien być przygotowany do pracy z pacjentami innych kultur. Zdecydowana większość - 61% ankietowanych odpowiedziała twierdząco na zadane pytanie, a 25% tak nie uważa, 14% nie wyraziło opinii na ten temat.

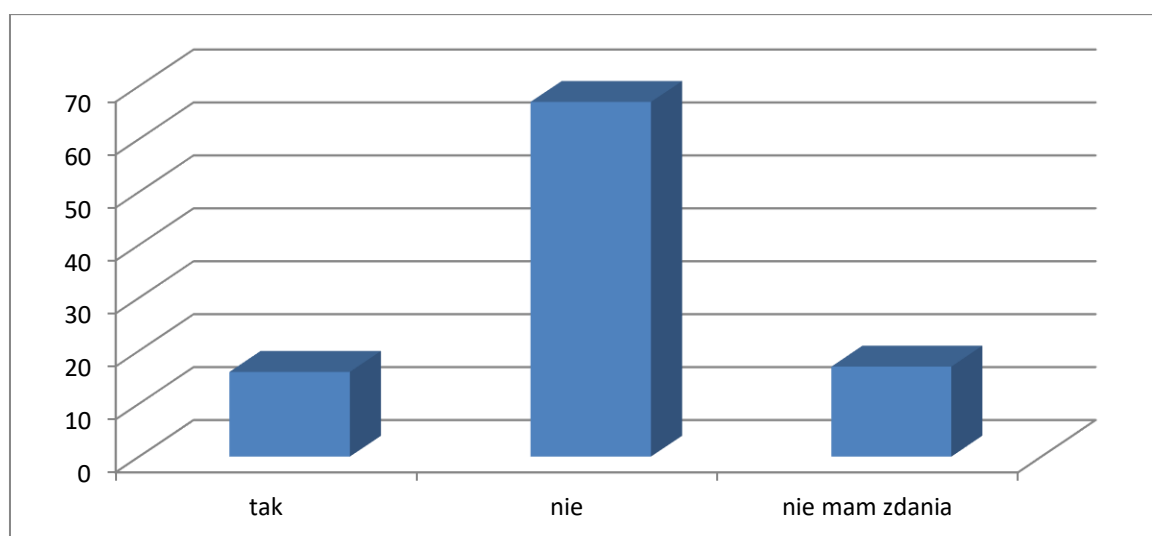
Rycina 10 przedstawia opisaną sytuację



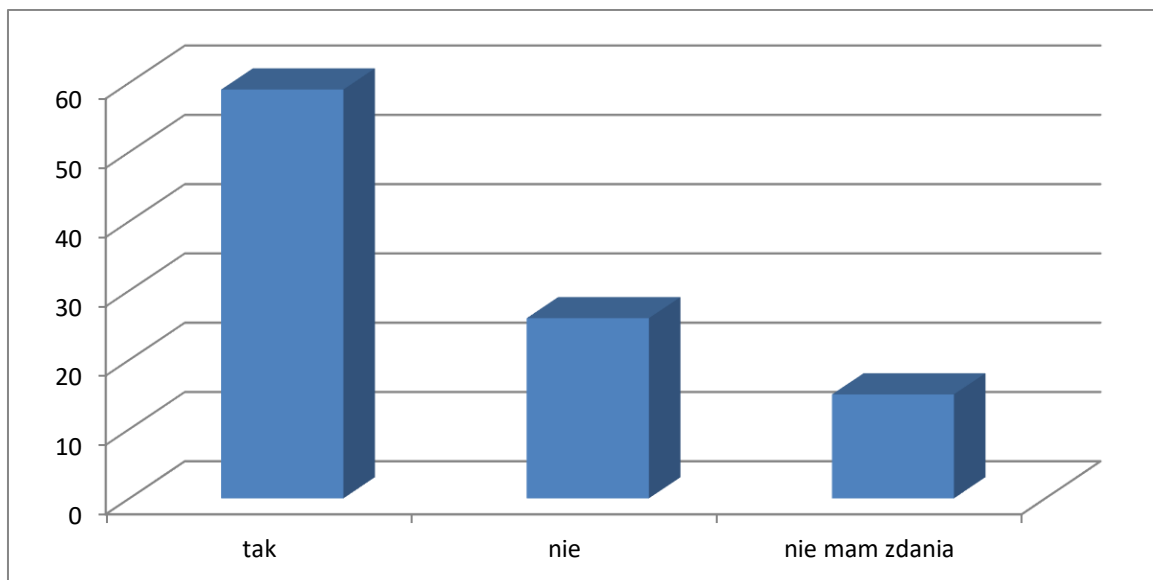
Rycina 10. Przygotowanie personelu pielęgniarskiego do pracy z pacjentami innymi kulturowo, Źródło: Opracowanie własne

W kolejnym pytaniu zapytano personel pielęgniarski o znajomość języka osób innych kulturowo. W kwestii tej 67% badanych uważa, że nie musi zna języka osób innych kulturowo, 16%, że personel powinien znać język, a 17% nie miało zadania na ten temat (Ryc. 11)

Poproszono pielęgniarki o wypowiedzenie się, czy powinny posiadać wiedzę na temat odmienności pacjentów innych kulturowo. Zdecydowana większość jest zdania, że tak - 59%, a 26% osób jest przeciwnego zdania (Ryc. 12).

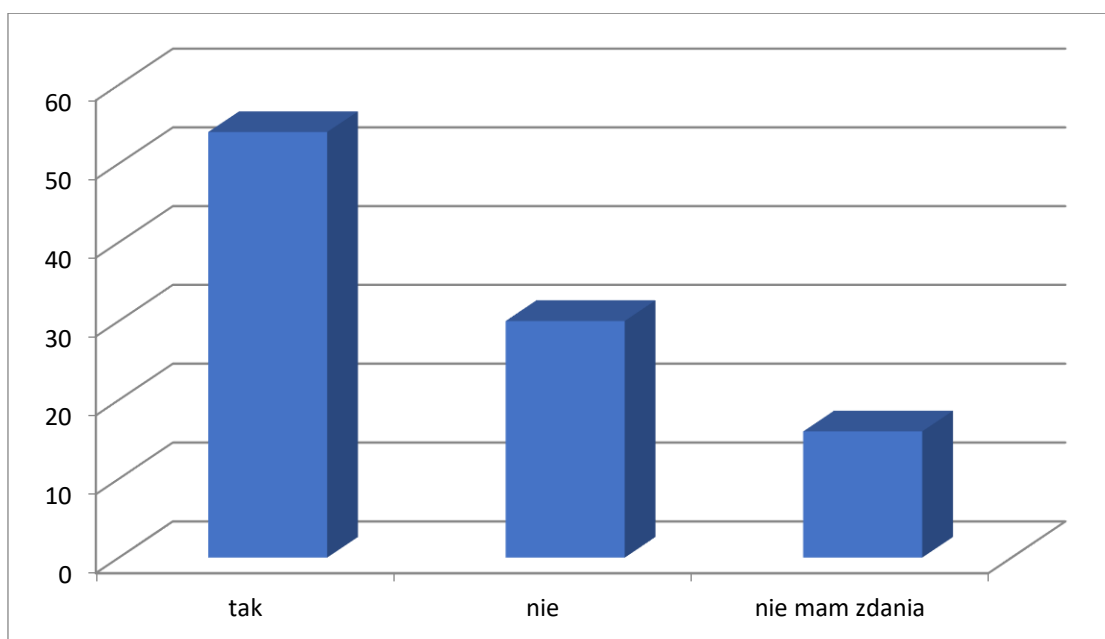


Rycina 11. Znajomość języka pacjentów innych kulturowo przez personel medyczny, Źródło: Opracowanie własne



Rycina 12. Posiadana wiedza przez pielęgniarki na temat odmienności kulturowych pacjentów, Źródło: Opracowanie własne

Kolejne pytanie dotyczyło znajomości religii pacjentów innych kulturowo przez personel medyczny. Rycina 13 przedstawia odpowiedzi na dane pytanie. Jak wynika z odpowiedzi badanych znajomość religii pomaga w kontaktach, ponad 50% badanych wyraziło pozytywną odpowiedź, 16% nie miało zdania na ten temat, a 30% twierdziło, że nie.

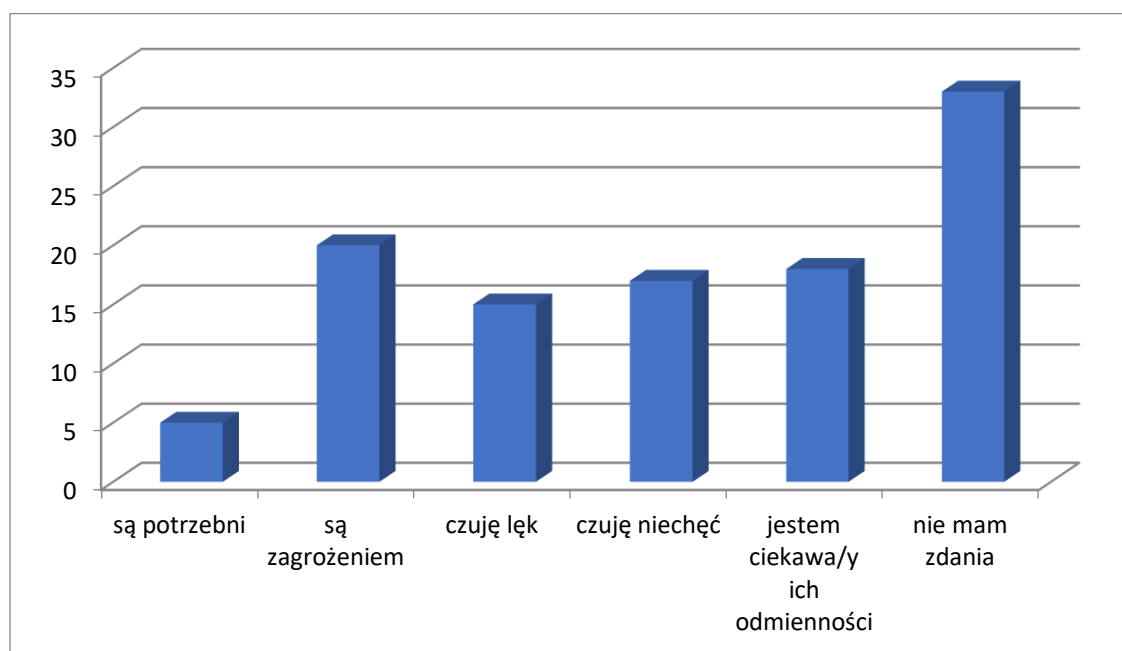


Rycina 13. Znajomość religii osób innych kulturowo przez personel pielęgniarski, Źródło: Opracowanie własne

Analiza odpowiedzi pozwala wysnuć następujące wnioski. Większość ankietowanych wskazało, że nie ma zdania na ten temat - aż 33%. 20% ankietowanych twierdziło, że czuje zagrożenie ze strony pacjentów innych kulturowo, a 18% jest ciekawa ich odmienności.

Z kolei 17% czuje niechęć do uchodźców i 15% lęk, a tylko 5% badanych uważa, że są potrzebni. Wnioskować można, że personel medyczny w kontaktach z pacjentami o odmiennych zwyczajach kulturowych może być narażony na pewne problemy.

Sytuację opisaną przedstawia Rycina 14.



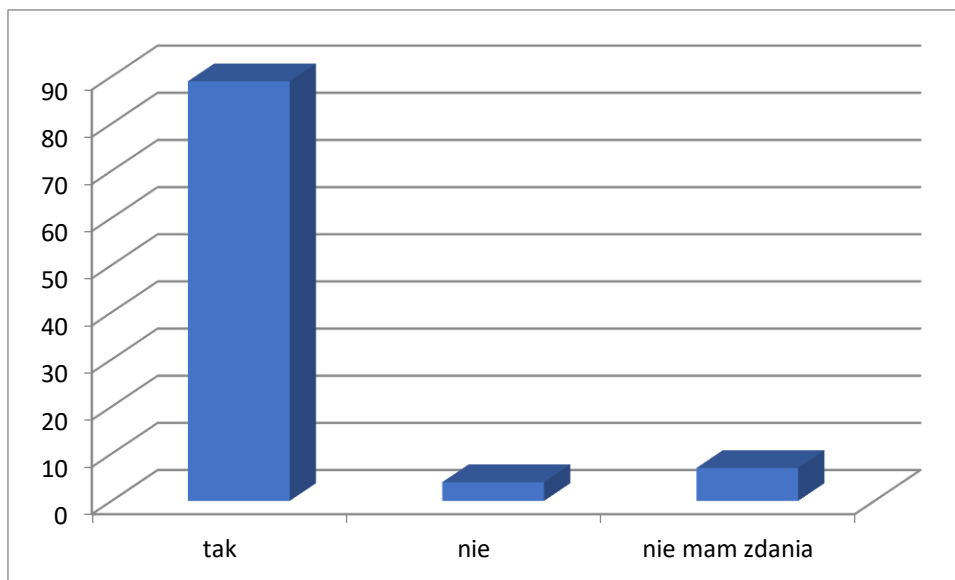
Rycina 14. Stosunek do uchodźców, emigrantów czy pracowników zza granicy, Źródło: Opracowanie własne

Badana populacja w dalszej części ankiety poproszona została o wyrażenie opinii, czy pacjent o innej kulturze powinien dostosować się do zasad, norm czy procedur obowiązujących w systemie ochrony zdrowia.

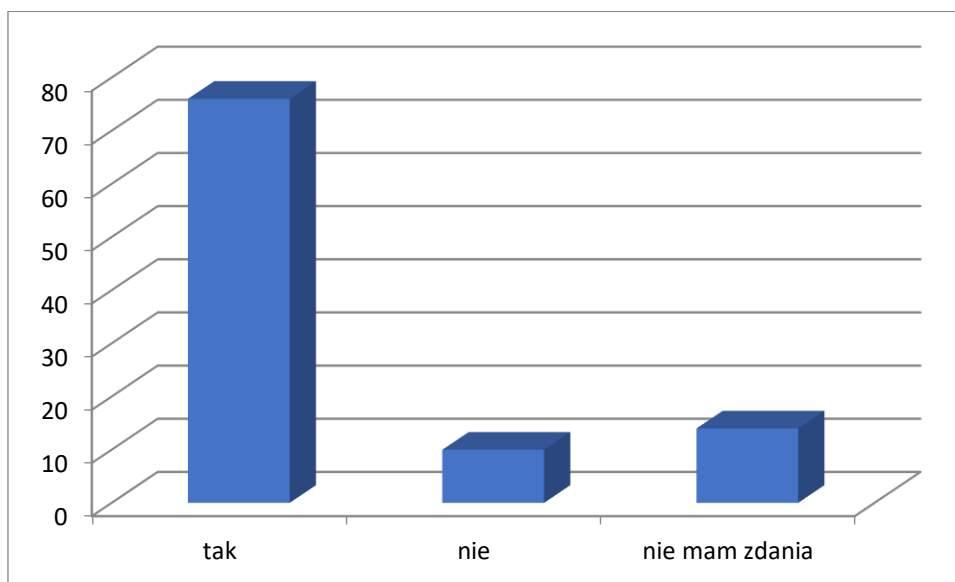
Z uzyskanych danych można wnioskować, że dominujący odsetek odpowiedzi – 89% jest za tym, iż pacjenci muszą dostosować się do panującego prawa. Jedynie 4% była innego zdania, a 7% nie wyraziło opinii (Ryc. 15).

Kolejne pytanie w ankiecie dotyczyło tolerancji.

Wyniki wskazują, że ankietowani są osobami tolerancyjnymi. Twierdząco odpowiedziało 76% badanych, a tylko 10% wskazało, że nie są tolerancyjni (Ryc.16).



Rycina 15. Dostosowanie pacjenta innego kulturowo do obowiązującego systemu ochrony zdrowia, Źródło: Opracowanie własne



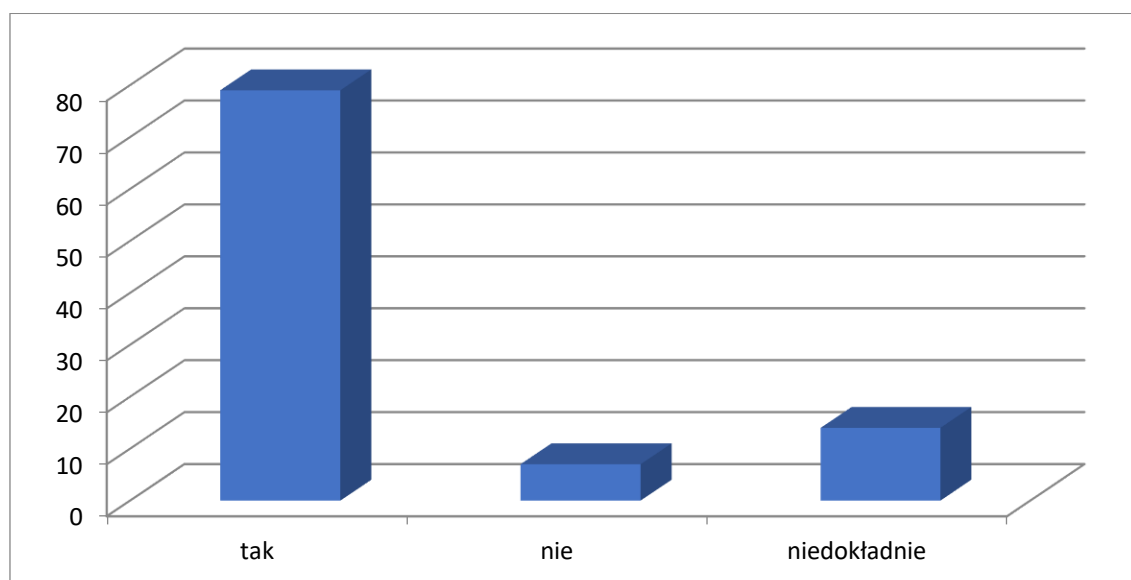
Rycina 16. Tolerancja wśród personelu pielęgniarskiego, Źródło: Opracowanie własne

W dalszej części ankiety członkowie badanej populacji zapytani zostali, czy znany jest im Kodeks Etyki Zawodowej.

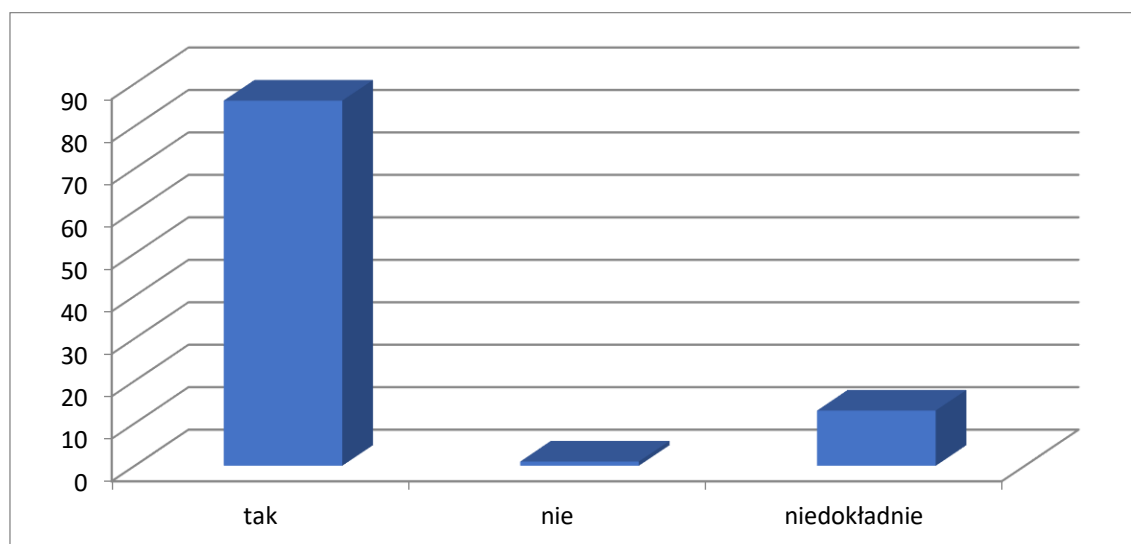
Zdecydowana większość ankietowanych 79% udzieliło odpowiedzi twierdzącej, 7% badanych wyznało, że „nie”, a 14% odpowiedziało, że „niepewnie” (Ryc. 17).

W kwestii znajomości praw pacjenta, zdecydowana większość badanych odpowiedziała, że zna prawa pacjenta 86%, natomiast 13% zna je niepewnie, a tylko 1% badanych

wypowiedziało się, że nie zna praw pacjenta (Ryc. 18).

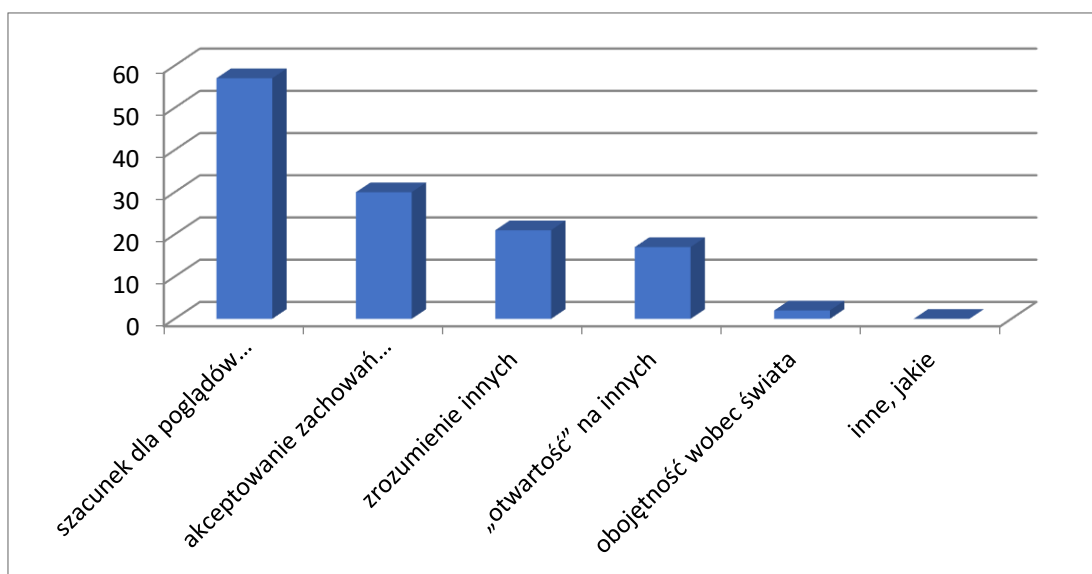


Rycina 17. Znajomość Kodeksu Etyki Zawodowej przez personel pielęgniarski, Źródło: Opracowanie własne



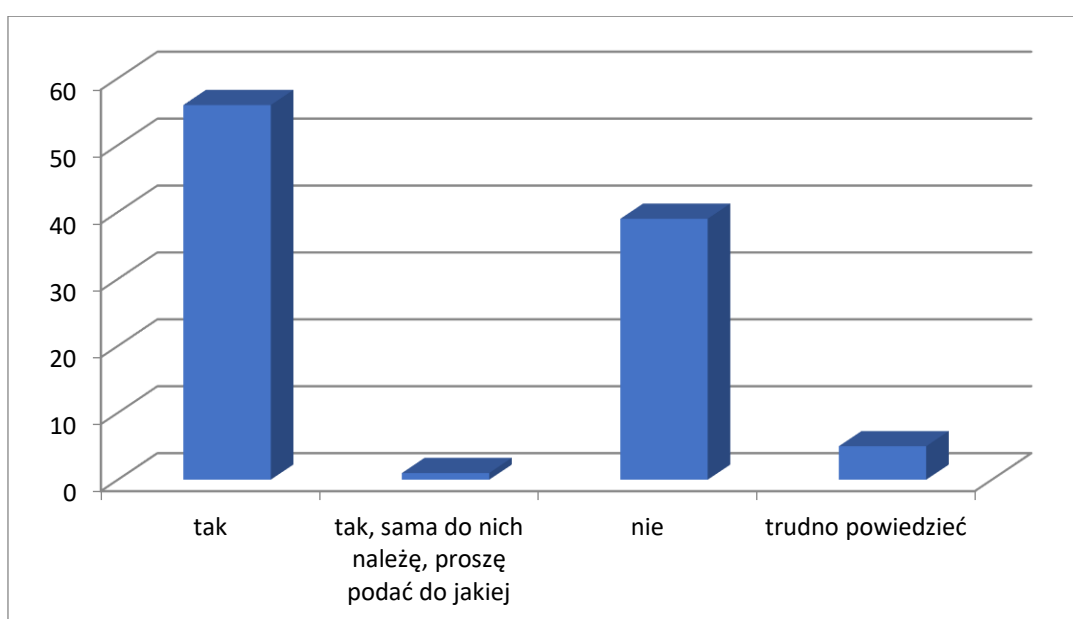
Rycina 18. Znajomość Praw Pacjenta przez personel pielęgniarski, Źródło: Opracowanie własne

Według przeprowadzonych badań, w tolerancji najistotniejszymi cechami wśród ankietowanych jest: stosunek dla poglądów innych ludzi -57 osób tj. 44%, akceptowanie zachowań -30 osób tj. 23% ankietowanych, zrozumienie innych-21 osób tj. 16,6%, otwartość na innych 17 osób tj. 13,3%, a do najsłabszych cech tolerancji należy obojętność wobec świata 2 osoby tj. 1,6% (Ryc.19).



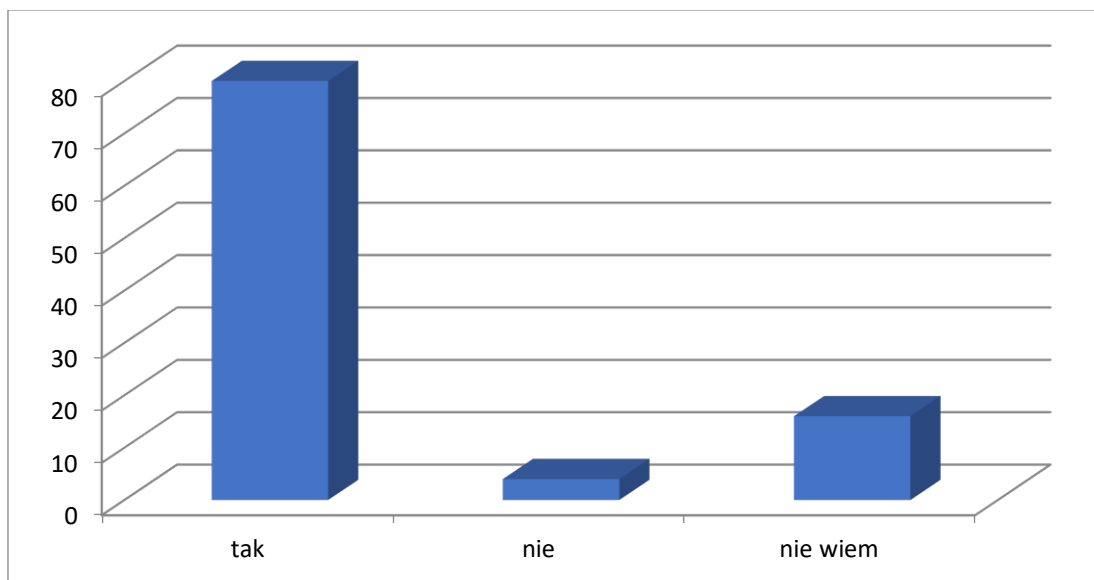
Rycina 19. Najważniejsze cechy tolerancji, Źródło: Opracowanie własne

Ankietowani w jednym z ostatnich pytań zostali zapytani „Czy zna Pani/Pan osoby należące do mniejszości narodowych lub etnicznych albo czy sama jest taką osobą”. Większość ankietowanych (ponad połowa) udzieliła jednoznacznej odpowiedzi, że zna takie osoby, z kolei 36,6% odpowiedziało negatywnie - nie posiadają wśród znajomych osób należących do grup etnicznych czy mniejszości narodowych. Natomiast 5% ankietowanych odpowiedziało „trudno powiedzieć” (Ryc. 20).

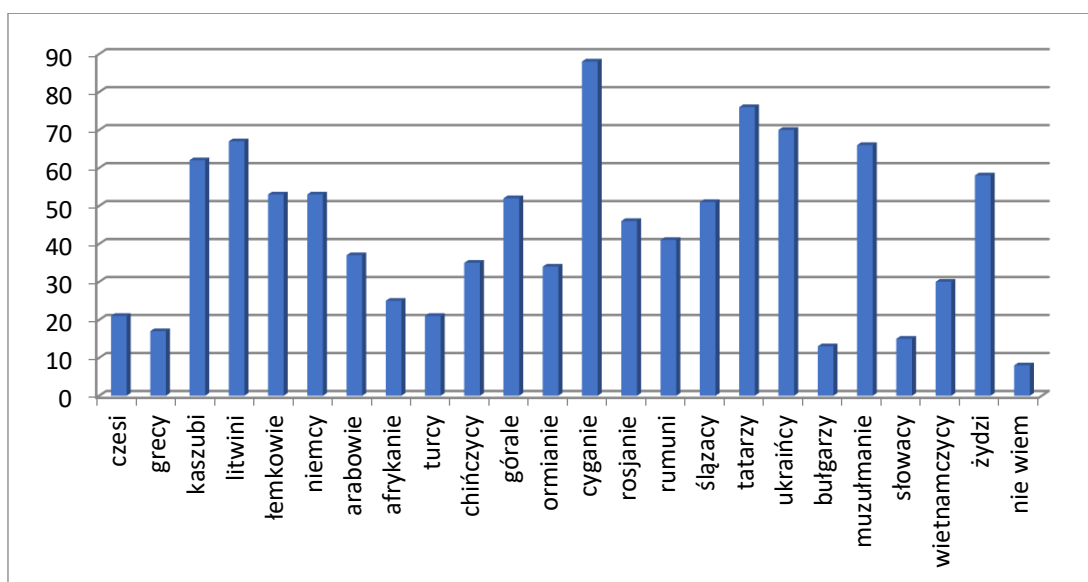


Rycina 20. Znajomość osób należących do mniejszości narodowych lub przynależność do mniejszości narodowych, Źródło: Opracowanie własne

Jak wynika z analizy uzyskanych danych zdecydowana większość, ponad 80% badanych jest przekonana, że pacjenci inni kulturowo powinni mieć dostęp do swoich duchownych. Swojej opinii nie wyraziło 16% respondentów, a tylko 4% badanych uważa, że „nie”. Rycina 21 przedstawia opisaną sytuację.



Rycina 21. Czy pacjent inny kulturowo powinien mieć dostęp do swojego duchownego, źródło: Opracowanie własne



Rycina 22. Mniejszości narodowe zamieszkujące w Polsce, Źródło: Opracowanie własne

Zapytani o grupy etniczne i mniejszości narodowe mieszkające w Polsce zdecydowanie odpowiedzieli, że najwięcej w Polsce mieszka Cyganów 8%, Tatarów -7,3%, Ukraińców -6,7%,

Litwinów - 6,4%, Muzułmanów - 6,4%, Kaszubów - 6,0%, Żydów - 5,6%, Łemków - 5%. Natomiast najmniej jest Czechów i Greków (Ryc. 22).

DYSKUSJA

Spróbuj nie oceniać. Przedstawiaj. Nie ma nic obrzydliwszego niż potępienie. Jest zawsze takie lub inne i zawsze niesłuszne. Któż wie dostatecznie dużo, żeby kogoś potępić? Kto jest na to dostatecznie bezinteresowny?
Elias Canetti - Tajemne serce zegara [1]

Zachodzące na przestrzeni ostatnich lat zmiany w Polsce i przystąpienie kraju do Unii Europejskiej spowodowały wzrost migracji ludności i pojawienie się cudzoziemców, z których część była, jest lub będzie pacjentami polskiej ochrony zdrowia. Procesy te stawiają nowe wyzwania przed personelem medycznym. Dane pochodzące z badań przeprowadzanych przez Główny Urząd Statystyczny pokazują coroczny wzrost liczby osób pochodzących z innych kręgów kulturowych przybywających do Polski i przebywających na jej terenie na podstawie różnych form udokumentowania prawa pobytu. Zezwolenie na pracę w Polsce w 2017 roku otrzymało 235 tys. 626 osób, a 4597 nabyło polskie obywatelstwo [2]. Przybysze reprezentują odmienne pochodzenie narodowe czy etniczne, wyznają inną religię, posiadają inne wartości, oczekiwania, przekonania, niejednokrotnie nie znają lub w niewielkim stopniu potrafią porozumiewać się w języku polskim, nie potrafią odnaleźć się w obowiązującym systemie ochrony zdrowia.

W przeprowadzonych badaniach brał udział personel pielęgniarski pracujący w większości w szpitalach, ¼ osób zatrudniona jest w przychodniach. W każdej grupie wiekowej większość stanowiły kobiety (łącznie 86%), najliczniejsza – 29% - w przedziale wiekowym 41 – 50 lat. Świadczy to o dominacji kobiet w zawodzie, z czego 57% badanych wykazało staż pracy wyższy niż 10 lat.

Badania ankietowe wykazały, że 78% personelu pielęgniarskiego zna osoby pochodzące z innych kręgów kulturowych, a kontakt z nimi w relacji pacjent – personel medyczny miało 77%. Co prawda 36% ankietowanych stwierdziło, że były to kontakty sporadyczne i 24%, że rzadkie, ale 20% osób wykazało, że kontakty były częste i bardzo częste. Większość pacjentów stanowili Cyganie i muzułmanie. Pracownicy spotkali się z różnymi formami zachowania i postawy ze strony pacjentów o odmiennościach kulturowych i ich rodzin. Większość stanowiła nadmierna liczba osób z rodziny i gości przebywających z pacjentem w placówce ochrony zdrowia i udział rodziny w podejmowaniu decyzji medycznych,

dotyczących sposobu leczenia lub pielęgnowania. Wystąpiły przypadki wskazania przez pacjenta posiłków zabronionych. W 17 odpowiedziach wskazano noszenie w placówce ochrony zdrowia przez pacjenta stroju przypisanego danej kulturze, ale też zdarzały się przypadki odmowy współpracy z personelem pielęgniarskim ze względu na płeć, brak zgody pacjenta na wykonanie zleceń lub czynności pielęgniarskich z uwagi na święto czy porę modlitwy pacjenta. Powyższe odpowiedzi świadczą o tym, że w każdej chwili personel medyczny może spotkać się z opisanymi, podobnymi lub innymi zachowaniami i powinien być przygotowany do właściwej reakcji z zachowaniem zasad, poszanowaniem potrzeb pacjenta i zapewnieniem odpowiedniej opieki.

Osoby badane zapytane zostały, czy są osobami tolerancyjnymi. 76% odpowiedziało, że tak, natomiast 10% nie wyraziło swojego zdania. Z badań przeprowadzonych wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w 2013 roku wynika, że 34,4% odpowiadających stwierdziło, że Polacy nie są narodem tolerancyjnym, ale 53,1% stwierdziło, że bycie tolerancyjnym zależy od tego, czego tolerancja ma dotyczyć. 48,3% badanych oceniło, że poziom tolerancji społeczeństwa polskiego rośnie [4].

W kontekście pytania personelu pielęgniarskiego dotyczącego tolerancji wątpliwości i niepokój mogą budzić odpowiedzi respondentów dotyczące stosunku do uchodźców, emigrantów czy pracowników zza granicy. 1/3 badanych nie wyraziła swojego zdania, ale 17% czuje niechęć, 15% lęk, a 20% zagrożenie z ich strony. Tylko 18% jest ciekawa ich odmienności i tylko 5% badanych uważa, że są potrzebni. Fakt, że 1/3 respondentów nie wyraziła swojego zdania może świadczyć o obojętności, braku zainteresowania lub niewiedzy w zakresie wielokulturowości społeczeństwa polskiego. Istnieje ogromna potrzeba kształcenia personelu pielęgniarskiego z zakresu kulturowości i rozbudzania świadomości i empatii w stosunku do cudzoziemców zamieszkujących w Polsce. Konieczne jest przełamywanie stereotypów, poszerzenie horyzontów wiedzy i umiejętności mentalnych personelu pielęgniarskiego.

Większość respondentów – 61% wykazała, że personel pielęgniarski powinien być przygotowany do pracy z pacjentami pochodzącymi z innych kultur, a 59% posiada wiedzę na temat odmienności pacjentów innych kulturowo, natomiast 25% badanych osób stwierdziło, że nie powinien być przygotowany, a 14% nie wyraziło swojej opinii. 26% ankietowanych przyznało, że nie posiada wiedzy na temat odmienności kulturowych pacjentów. 67% badanych odpowiedziało, że nie musi znać języka osób odmiennych kulturowo. Badania przeprowadzone w 2013 roku w grupie 151 studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wykazały, 94,7% uznało barierę językową za najbardziej znaczący problem podczas kontaktów z uchodźcami, a zdaniem 57% respondentów najlepszym rozwiązaniem pokonania bariery

językowej byłoby zapewnienie przez państwo pomocy tłumaczy dla pracowników ochrony zdrowia podczas leczenia uchodźców [4]. Dane uzyskane z badania personelu pielęgniarskiego wskazują, że konieczne jest zapewnienie szerokiej i dostępnej wiedzy na temat pacjentów innych kulturowo i wzbudzenie w środowisku pielęgniarskim otwartości w stosunku do wymagań tych pacjentów oraz gotowości do konfrontacji z potrzebami obcej kultury w zakresie pracy zawodowej. Opinia wyrażona przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wskazuje, że 53,7% badanych stwierdziło, że jest im obojętne, czy tematy opieki medycznej ukierunkowanej na uchodźców będą przedmiotem nauczania na studiach medycznych [4].

Mimo że niemal 80% ankietowanych wykazało, że zna Kodeks Etyki Pielęgniarki i Położnej i Prawa Pacjenta, to prawie wszystkie osoby – 89% - stwierdziły, że to pacjenci powinni dostosować się do obowiązującego w Polsce systemu ochrony zdrowia. Pojawia się tutaj zjawisko sprzeczności, gdyż zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez Instytut Spraw Publicznych w październiku i listopadzie 2012 roku *„cudzoziemcy wykazują znaczny brak wiedzy na temat dostępu do systemu ochrony zdrowia i form jego funkcjonowania w Polsce”* [5].

Ostatnie pytanie dotyczyło wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat mniejszości narodowych zamieszkujących tereny Polski. Wykazano, że jest wiele nacji i tym samym osób o odmiennej kulturze.

Odmienność kulturowa budzić może mieszane odczucia, ponieważ z jednej strony jest źródłem niechęci, zagrożenia czy lęku, natomiast w niewielkim stopniu zaciekawienia. Kwestionariusz wykorzystany w badaniu własnym zawierał kilka pytań, które miały na celu poznanie stosunku respondentów do korzystania przez pacjentów innych kulturowo z opieki medycznej. Ankietowani byli zdania, iż personel medyczny w kontaktach innych kulturowo napotkać może na problemy w komunikacji z obcojęzycznymi pacjentami, nieznajomości i niezrozumienia zasad religii.

Personel pielęgniarski powinien być coraz bardziej świadomy trudności, jakie mogą pojawić się podczas świadczenia usług zdrowotnych zróżnicowanej populacji. Istnieje konieczność pogłębiania wiedzy i umiejętności pozwalających na sprawowanie optymalnej i kompetentnej opieki pielęgniarskiej. Odpowiednie przygotowanie personelu pielęgniarskiego jest niezbędne w celu minimalizowania zjawiska szoku kulturowego, uniknięcia konfliktów i nieporozumień wiążących się z nieznajomością odmienności kulturowych i tym samym ograniczenie możliwości popełnienia błędów.

PODSUMOWANIE

*Wiedza i prawda chronią nas przed chaosem. [...]
Współczucie i tolerancja czynią z nas ludzi.
W przeciwnym razie pojawiają się fanatycy żerujący na strachu i ignorancji.
Nora Roberts - Niebo i Ziemia*

W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku amerykańska pielęgniarka Madeleine Leninger sugerowała, aby w sprawowaniu codziennej opieki nad pacjentem uwzględniać jego społeczną strukturę, światopogląd, wartości kulturowe, środowiskowy kontekst, a także naturalne (ludowe) i zawodowe systemy opieki [6].

W Polsce, za Krajewska-Kułak i wsp. [6] problem ten przez szereg lat nie był dostrzegany, jednak obecnie, przy różnorodności wyznaniowej i ze względu na znaczny napływ emigrantów z różnych krajów, staje się ogromnym wyzwaniem dla pracowników ochrony zdrowia.

W chwili obecnej pracownicy ochrony zdrowia stają jednak wobec problemu zróżnicowania kulturowego i muszą zrozumieć, iż różnice kulturowe występują w postawach w stosunku do zdrowia oraz sposobach reagowania na chorobę i śmierć [6]. Dalajlama twierdzi, że trzeba podążać „(...) za trzema rzeczami: szacunkiem dla innych ludzi, szacunkiem dla siebie oraz odpowiedzialnością za wszystkie swoje czyny” [7].

Przedstawiciele różnych religii różnią się bowiem potrzebami podczas choroby oraz pobytu w szpitalu, a osoby opiekujące się nimi i ich leczące muszą być odpowiednio przygotowane do udzielania wsparcia, szczególnie potrzebnego w tym okresie [6].

Brak wrażliwości pracowników ochrony zdrowia na różnice kulturowe pacjentów powoduje bowiem zagrożenie dla poszanowania godności osoby pacjenta [6].

WNIOSKI

*Współczucie i tolerancja nie są oznaką słabości, ale oznaką siły
Dalajlama [7]*

Badania przeprowadzone wśród personelu pielęgniarskiego i analiza zebranych informacji pozwala na wysunięcie wniosków:

- Większość personelu pielęgniarskiego miała kontakt z pacjentami innymi kulturowo, ale były to kontakty sporadyczne lub rzadkie.

- Personel pielęgniarski powinien być przygotowany do sprawowania opieki nad osobami z innych kręgów kulturowych, natomiast według badanych to pacjent powinien dostosować się do panującego prawa w systemie ochrony zdrowia.
- W relacji pacjent odmienny kulturowo – personel pielęgniarski mogą występować problemy związane z poczuciem lęku czy niechęci ze strony personelu medycznego.

POSTULATY

*Tolerancja jest to gotowość przyznania przedstawicielowi
innego światopoglądu tej samej dozy inteligencji
i dobrej woli, co sobie.
Karl Rahner [8]*

- Konieczne jest wdrożenie w systemie kształcenia kadry pielęgniarskiej i na dalszym etapie rozwoju zawodowego programu zajęć, kursów, szkoleń i innych form poznawania, doskonalenia i pogłębiania wiedzy związanej z tematyką dotyczącą pacjenta odmiennego kulturowo.
- Istnieje potrzeba przełamania wśród personelu pielęgniarskiego stereotypów i obaw związanych z kontaktami z osobami „innymi”.
- Personel pielęgniarski powinien zdobywać umiejętności reagowania na problemy wynikające z kontaktów z pacjentami odmiennymi kulturowo zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

PIŚMIENNICTWO

1. <https://lubimyczytac.pl/cytaty/t/tolerancja> (data dostępu 6.05.2020).
2. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań. Struktura narodowo – etniczna, językowa i wyznaniowa ludności Polski. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2015.
3. Rocznik Demograficzny. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018.
4. Laskowski K., Krajewska-Kułak E., Fiłon J.: Uchodźcy jako przyszli odbiorcy usług medycznych z perspektywy studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2015; 5(2): 159–171.

5. Jabłecka B.: Migranci i zdrowie – wyzwania wielokulturowości w praktyce medycznej w Polsce. Główne wnioski z badania. Projekt Instytut Spraw Społecznych, Warszawa 2012.
6. Krajewska-Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A.: Pacjent "inny" wyzwaniem opieki medycznej. Wydawnictwo Silva Rerum, Poznań 2016.
7. <https://michalpasterski.pl/2016/12/12-cytatow-dalajlamy/> (data dostępu 7.05.2020).
8. <http://www.aforyzmy.com.pl/obyczaje-i-moralnosc/tolerancja-jest-to-gotowosc-przyznania-przedstawicielowi-innego-swiatopogladu-tej-samej-dozy-inteligencji-i-dobrej-woli-co-sobie> (data dostępu 7.05.2020).

Zadania pielęgniarki w opiece nad chorym z objawami psychicznymi

Marta Aponowicz¹, Grzegorz Bejda², Agnieszka Kułak-Bejda³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Zdrowie psychiczne jest jednym z najważniejszych zasobów społeczeństwa, a obecność zaburzenia psychicznego pozostawia piętno na codziennym funkcjonowaniu człowieka, niezależnie od płci i wieku [1]. Pojęcie zaburzenia psychicznego nie jest ścisłym terminem. Używane najczęściej jest w celu wskazania na istnienie układu klinicznie stwierdzalnych objawów oraz zachowań połączonych z cierpieniem emocjonalnym i z zaburzeniem indywidualnego funkcjonowania. Zaburzenia psychiczne są zespołem objawów, charakteryzującym się znaczącym klinicznie zniekształceniem w obrębie postrzegania lub obecnością zachowań odzwierciedlających dysfunkcję, leżącą u podstaw psychicznego funkcjonowania [1].

W zaburzeniach psychicznych występują objawy zakłóconego kontaktu z rzeczywistością. Omamy, czyli halucynacje to spostrzeżenie nieistniejących w rzeczywistości przedmiotów. Charakterystyczną cechą jest tu silne poczucie realności spostrzeżenia. Towarzyszy temu błędny sąd realizujący [1]. Obok omamów wyróżnia się urojenia, a najczęściej spotykanymi są urojenia prześladowcze, somatyczne i religijne. Odrębną grupę stanowią urojenia oddziaływania oraz wpływania na myśli. Najbardziej charakterystycznymi są omamy słuchowe [2]. Objawy zaburzeń psychicznych dzieli się często na objawy pozytywne, negatywne oraz objawy wynikające z dezorganizacji [3].

U pacjentów z zaburzeniami psychicznymi wyróżnia się szereg problemów. Są to m.in.: lęk, niepokój, zaburzone postrzeganie rzeczywistości, przejawianie agresji i drażliwości, trudność w nawiązaniu kontaktów interpersonalnych, bezczynność i problemy z koncentracją uwagi, zaburzenia snu, zaniedbanie potrzeb w zakresie utrzymania higieny.

Podkreślić w tym miejscu należy, że pielęgniarka potrafi rozpoznać problemy pielęgnacyjne pacjenta oraz objawy charakterystyczne w danej jednostce chorobowej.

Pielęgniarki są grupą zawodową przygotowaną profesjonalnie do promowania zdrowia. Towarzyszą pacjentowi na każdym etapie rozwoju oraz wpływają na zdrowie psychiczne. W przypadku zaburzeń psychiatrycznych udzielane jest przez pielęgniarkę wsparcie duchowe. Podczas wypełniania wszystkich funkcji zawodowych pielęgniarka wspiera pacjentów cierpiących, przeżywających stres, doświadczających lęku oraz tych, którzy stracili sens życia [4].

RYS HISTORYCZNY ORAZ ETIOLOGIA ZABURZEŃ PSYCHIATRYCZNYCH

Słowo „psychoza” z greckiego *psychosis* oznacza chorobę duszy, ale w znaczeniu potocznym kojarzy się z wyrażeniem „choroba psychiczna” [5].

Z chorobą psychiczną mamy do czynienia, gdy na skutek zmian w obrębie psychopatologicznego funkcjonowania dochodzi do względnie trwałego i poważnego zaburzenia życia psychicznego i dotyczy to sfery intelektu, emocji i związków społecznych. Upośledzeniu ulega kontakt z rzeczywistością, pojawiają się objawy psychiatryczne. Obecność lub brak tych objawów pozwala zdecydować o tym, czy coś można nazwać psychozą, czy też nie [5].

W dawnych czasach objawy przypominające schizofrenię były traktowane jako przejaw opętania, a dopiero pod koniec XIX wieku został opisany zespół symptomów, które mogą być traktowane jako odpowiednik dzisiejszej schizofrenii [1].

Na przestrzeni dziejów związki psychiatrii zmieniały się i uzależniały od panujących w danym okresie poglądów na zjawiska psychiczne, np. w starożytnej Grecji i Rzymie panowały postępowe poglądy na temat zaburzeń psychicznych oraz ich pochodzenia [6].

Uważa się, że historycznie psychiatria znajdowała się w dwojakim położeniu. Z jednej strony wysiłki zmierzające do osiągnięcia stopnia obiektywności metod badawczych, które pozwoliłyby na zaliczenie psychiatrii do nauk medycznych. Z drugiej strony rozwój jej związany był z poszukiwaniem sposobów rozwiązywania problemów psychologicznych, filozoficznych i prawnych. Na psychiatrię spoglądano jako na dyscyplinę, mającą więcej podobieństw z religią i polityką niż nauką [7]. W historii psychiatrii wyróżnia się dwa zasadnicze okresy:

- przednaukowy [do XIII wieku] - zaburzenia psychiczne wyrażane były w języku mitów i legend
- naukowy [od XIX wieku] - czas poszukiwania przyczyn zaburzeń psychicznych oraz

prób organizowania pomocy dla chorych psychicznie.

W czasach starożytnych przeważał pogląd, iż większość zaburzeń psychicznych to choroby ciała. W późnym Średniowieczu w świadomości społecznej zaczęło dominować przekonanie, iż zaburzenia psychiczne to choroby duszy. Na przełomie XVIII i XIX wieku pojawiły się teorie, które dawały prawdziwy- zdaniem ich twórców- opis zjawiska choroby oraz proponowały skuteczny, prosty sposób leczenia [6]. Za przełomowy moment uważa się rewolucję francuską, kiedy to doszło do rozkwitu. Dopiero w drugiej połowie XX wieku pojawiły się nowe metody rozpoznawania oraz leczenia zaburzeń psychicznych [6].

Zjawiska łączone dziś z pojęciem zaburzeń psychiatrycznych, schizofrenii, próbowano w przeszłości wyjaśnić za pomocą innych tradycji myślenia niż medyczna. W roku 1899 niemiecki psychiatra Emil Kraepelin zwrócił uwagę na podobieństwo w przebiegu kilku zaburzeń, a polegające na powstawaniu oraz utrwalaniu się specyficznego niedomagania psychicznego, które obejmuje uczucia, myślenie i wolę działania. Nazwał to otępieniem wczesnym i stało się ono prototypem niekorzystnie rokującej psychozy z objawami deficytu oraz dezintegracji psychicznej [8].

W latach międzywojennych XX wieku powstały poglądy akcentujące podstawową rolę autyzmu w schizofrenii. Zasługą Tadeusza Bilikiewicza (1953) jest przedstawienie schizofrenii w wieloosiowym ujęciu klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Marek Jarosz (1978) natomiast rozwinął opis obrazu psychopatologicznego schizofrenii. Antoni Kępiński (1972) z kolei opisał przeżycia schizofreniczne i oryginalne ich ujęcie, jako zaburzeń metabolizmu informacyjnego, a Jan Jaroszyński (1976) przeprowadził wnikliwą analizę zespołów katatonicznych i paranoidalnych oraz próbę ich oceny ilościowej w Polsce [8].

Proces psychiatryczny u niektórych chorych zaczyna się bardzo łagodnie, zupełnie niepostrzeżenie, po czym powoli, stopniowo narasta. Choroba może także wystąpić nagle, pod wpływem czynnika spustowego, którym najczęściej bywa nagły, silny wstrząs, nadmierny stres, czy też żałoba. Za czynnik wyzwalający proces psychiatryczny uważa się także nadużycie środka psychoaktywnego, który wywołuje w istocie krótkotrwałą psychozę o ostrym przebiegu. Przyjmuje się, że niektóre osoby mają predyspozycje do zaburzeń psychiatrycznych [5].

Schizofrenia to jedna z najcięższych chorób psychicznych. Szacuje się, że na świecie choruje na nią przeszło 50 mln ludzi. W Polsce stopniowo wzrasta liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Wskaźnik rejestrowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych od roku 1990 do 2007 wzrósł o 119% w opiece ambulatoryjnej i o 50% w opiece stacjonarnej. Według danych NFZ obecnie w Polsce na schizofrenię choruje nawet 190

tys. osób, ale szacuje się, że drugie tyle jest niezdiagnozowanych, ponieważ żaden centralny rejestr chorych nie istnieje [1].

Do zaburzeń czynności psychicznych zwykle dochodzi w wyniku współdziałania wielu czynników etiologicznych, takich jak [2]:

- endogenne- związane są z predyspozycją genetyczną;
- somatogenne- czynniki patogenne oraz procesy chorobowe doprowadzające do zaburzeń czynności ośrodkowego układu nerwowego;
- psychogenne- związane z nieprawidłowym rozwojem psychicznym, społecznym oraz wydarzeniami powodującymi stres psychiczny.

W przypadku udziału czynników genetycznych w określonej chorobie ryzyko zachorowania jest tym większe, im bliżej jest dana osoba spokrewniona z osobą chorą [2].

W pojawieniu się zaburzeń psychicznych ważną rolę mogą odgrywać zmiany w czynności mózgu, które występują w następstwie różnorodnych czynników etiologicznych, w tym stanów patologicznych mózgu, chorób somatycznych oraz zmian spowodowanych działaniem substancji chemicznych. O charakterze zaburzeń psychicznych decyduje lokalizacja powstałych zmian w obrębie ośrodkowego układu nerwowego oraz dynamika ich przebiegu [2].

Osoby ze schizofrenią wykazują upośledzone poznanie społeczne, które objawia się jako trudności w identyfikacji emocji [9].

Czynniki psychospołeczne obejmują zjawiska związane z przetwarzaniem przez ośrodkowy układ nerwowy informacji o sobie i otoczeniu społecznym w ciągu całego życia [2].

OBJAWY ZABURZEŃ PSYCHOTYCZNYCH

Zaburzenie psychiczne to zespół objawów charakteryzujący się znaczącym klinicznie zniekształceniem w obrębie postrzegania, regulacji emocji, czy też obecnością zachowań odzwierciedlających psychologiczną, rozwojową lub biologiczną dysfunkcję. Zaburzenia psychiczne wiążą się z cierpieniem albo niepełnosprawnością w różnych sferach [1].

Spostrzeganie to aktywny proces psychiczny, który polega na tworzeniu reprezentacji obiektów na podstawie napływających informacji i danych zgromadzonych w pamięci [1].

Iluzje, czyli złudzenia, powstają w obecności zewnętrznego bodźca, który działa na określony zmysł [1].

Omamy, czyli halucynacje są spostrzeżeniem nieistniejących w rzeczywistości przedmiotów, charakteryzują się silnym poczuciem realności spostrzeżenia i towarzyszy im błędny osąd realizujący. Wyróżnia się omamy [1]: wzrokowe, słuchowe, czuciowe, smakowe, węchowe oraz dotykowe (cenestetyczne).

W zaburzeniach psychicznych, przy jasnej świadomości, obserwujemy halucynacje słuchowe, a przy zaburzonej świadomości - omamy wzrokowe [1].

Omamy słuchowe zawierają najczęściej jedną precyzyjną wiadomość. Przekaz jest jednokierunkowy. Osoba chora może odwracać uwagę od głosu, może się na niego złościć, nienawidzić go lub uwielbiać. Oddziałuje on na zachowania i emocje [10].

Omamy dzielą się także na [1]: proste (błyski, cienie punkty, szmer) oraz złożone (przedmioty, zwierzęta, sytuacje, muzyka).

Pseudohalucynacje są to omamy rzekome, typ spostrzeżeń, w których źródło doznań zmysłowych rzutowane jest w niemożliwą przestrzeń, np. głos dobiegający z mózgu, z kosmosu [1].

W zaburzeniach psychiatrycznych występują objawy zakłóconego kontaktu z rzeczywistością [2].

Najczęściej spotykanymi urojeniami są urojenia prześladowcze, somatyczne i religijne. Odrębną grupą są urojenia oddziaływania oraz wpływania na myśli. Wśród zaburzeń spostrzegania najbardziej charakterystycznymi są omamy słuchowe [2].

W zaburzeniach funkcji poznawczych najbardziej charakterystyczne są zaburzenia pamięci operacyjnej [2].

Urojenia i halucynacje są podstawowymi symptomami zaburzeń psychicznych. W odróżnieniu od halucynacji, urojenia dotyczą myślenia i sfery przekonań. Przekonania zaś można ujmować jako postawy lub jako reprezentacje umysłowe [1].

Urojenia są to nieprawidłowe treści, sądy myślenia pochodzenia chorobowego, którym towarzyszy silne odczucie oczywistości. Są one nekorygowane, mają indywidualny kontekst, wpływają na zachowanie pacjenta i zawsze towarzyszą poważnym zaburzeniom psychicznym [1].

Ze względu na wysycenie emocjonalne urojenia można podzielić na [1]:

- syntymiczne, czyli dostosowane do nastroju, wypowiedzianych treści;
- atymiczne, czyli ubogie, pozbawione uczuć
- paratymiczne niedostosowane do nastroju i wypowiedzianych treści;

- katatymiczne- oderwane od rzeczywistości.

Ze względu na strukturę urojenia można podzielić na [1]:

- proste - mało rozbudowane, ale syntymiczne lub katatymiczne
- paranoiczne – usystematyzowane, spójne z osobowością pacjenta, o dość prawdopodobnej treści
- paranoidalne – nieprawdopodobne, niepowiązane wzajemnie ze sobą, dziwaczne, oderwane od rzeczywistości
- oniryczne – intensywnie wysyczone emocjonalnie, przypominające marzenia senne
- inkoherentne – niespójne, absurdalne.

Ze względu na treść wypowiedzianych urojeń wymienia się urojenia wartości [1]:

- ksozne
- oddziaływania
- wielkościowe
- prześladowcze
- zmiany osoby
- niskie.

Objawy zaburzeń psychiatrycznych dzielą się często na:

- pozytywne (psychotyczne) - są to inaczej objawy wytwórcze, produktywne. Zaliczamy do nich: urojenia, omamy, dziwaczne, zmienione, zniekształcone zachowanie, podniecenie, pobudzenie, wrogie oraz agresywne zachowanie, podejrzliwość, myślenie odnoszące [3]; należą tu głównie urojenia i pseudohalucynacje albo halucynacje [22].
- negatywne (deficytowe) - to inaczej objawy ubytkowe, do których zaliczamy: anergię, czyli brak energii, anhedonię czyli zmniejszenie odczuwania przyjemności, alogię czyli brak spontaniczności w rozmowie, apatię, wycofanie emocjonalne i społeczne, unikanie kontaktu, spłycony afekt, obniżenie zdolności abstrakcyjnego myślenia [3]; traktowane we współczesnym ujęciu jako osiowe [22].
- wynikające z dezorganizacji – to zaburzenia poznawcze, niespójne wypowiedzi, zaburzenia uwagi oraz stereotypowe, powtarzalne gesty i zachowania [Furgał, 2007].

Niektóre objawy, które występują w schizofrenii, mogą występować także w innych zaburzeniach psychiatrycznych. Zakłada się, że zaburzenia funkcji poznawczych, ruchowych oraz zaburzenia myślenia są bardziej typowe dla schizofrenii, a ich występowanie wskazuje na takie rozpoznanie [2].

Dla zaburzeń psychiatrycznych typowymi są objawy, które według klasyfikacji ICD-10, muszą wystąpić do zdiagnozowania schizofrenii (wymagane jest stwierdzenie obecności jednego z poniższych objawów) [5]:

- echo myśli, nasylanie, zabieranie myśli oraz rozgłaszanie myśli,
- urojenia oddziaływania, wpływu, owładnięcia, spostrzeżenia urojeniowe,
- pseudohalucynacje, głosy omamowe komentujące,
- utrwalone urojenia o dziwacznej treści, niedostosowanej kulturowo.

WYBRANE GRUPY ZABURZEŃ PSYCHOTYCZNYCH

Do zaburzeń psychiatrycznych zalicza się [2]:

- schizofrenię
- zaburzenia o typie schizofrenii
- zaburzenia urojeniowe
- ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne
- zaburzenia schizoafektywne.

Schizofrenia

Klasyfikacja psychiatryczna opisuje schizofrenię jako zaburzenie myślenia, spostrzegania oraz afektu o dużym nasileniu, prowadzącego do zaburzeń funkcjonowania społecznego [2].

Termin “schizofrenia” został wprowadzony przez Eugena Bleulera w roku 1911, kiedy to zauważył on, że schizofrenia to grupa zaburzeń o pewnych wspólnych cechach, manifestująca się objawami psychiatrycznymi [3]. Wśród tych objawów występują zaburzenia myślenia, afektu i zachowania. Prowadzi to do dezorganizacji życia psychicznego oraz do pogorszenia funkcjonowania psychospołecznego. Schizofrenia jest psychozą najbardziej zaburzającą funkcjonowanie.

Do zdiagnozowania schizofrenii niezbędne jest wystąpienie dwóch z poniższych objawów i stwierdzenie, że nie są one wyłącznie skutkiem zaburzeń nastroju lub uwarunkowane czynnikami somatycznymi [3]:

- utrwalone omamy, którym towarzyszą urojenia lub utrwalone myśli nadwartościowe,
- neologizmy, rozkojarzenie, niedostosowanie wypowiedzi,
- zachowanie katatoniczne,

- objawy negatywne,
- znacząca zmiana zachowania.

Przebieg kliniczny schizofrenii dzieli się na trzy okresy [2]:

- faza przedchorobowa - przejawia się subtelnymi dysfunkcjami w sferze społecznej oraz poznawczej
- okres ostrej psychozy z objawami wytwórczymi
- faza przewlekła, która może trwać wiele lat - występują w niej objawy negatywne, może być ten okres przerywany przez ostre objawy psychiatryczne, określane mianem zaostrzeń.

Szacuje się, że korzystne rokowanie i powrót do dobrego funkcjonowania psychospołecznego dotyczy około 1/3 przypadków choroby [2].

O schizofrenii mówi się, że jest to choroba przewlekła i niezwykle zindywidualizowana, cechująca się wieloma objawami, które u każdego pacjenta mogą się rozwijać w zupełnie innym kierunku oraz występować z różnym nasileniem, co powoduje, iż trudno jest wykryć chorobę we wczesnym jej stadium [5]. Schizofrenia jest złożonym i wieloczynnikowym zaburzeniem [11].

Eksperti wskazują, iż zdarza się, że schizofrenia jest diagnozowana nawet po kilku latach, ale niestety, jej późne wykrycie wpływa na opóźnienie wdrożenia leczenia, co powoduje tym samym zaawansowanie objawów i obniżenie poziomu funkcjonowania chorego w społeczeństwie [5].

W grupie osób dotkniętych chorobą ryzyko zgonu jest o ponad 2,5 razy większe w odniesieniu do populacji osób zdrowych, 12. krotnie zwiększone ryzyko samobójstw oraz rozwoju chorób układu krążenia i układu oddechowego [5].

Schizofrenia jest chorobą, która jest mocno uzależniona od indywidualnych możliwości radzenia sobie ze stresem i emocjami. Często jest następstwem złożonych interakcji między czynnikami dziedzicznymi, indywidualnymi oraz środowiskowymi (m.in. emigracja, życie w dużym mieście, ciężkie przeżycia, nałogi) [12].

Wyróżnia się następujące objawy schizofrenii, w znaczący sposób zaburzają funkcjonowanie chorych w społeczeństwie [12]:

- zaburzenia emocjonalne
- halucynacje
- urojenia
- upośledzenia zdolności jasnego myślenia.

Mimo tak silnych zaburzeń, pacjenci często nie dopuszczają do siebie myśli, że mają poważny problem ze zdrowiem, nie czują potrzeby regularnego przyjmowania leków i tym samym lekceważą niezbędną terapię. Efektem tego są zaostrzone objawy choroby, a w konsekwencji pogłębiające się odosobnienie. Schizofrenia upośledza funkcje poznawcze, uniemożliwia pełne funkcjonowanie w społeczeństwie. Trudnością stają się nawet najprostsze, podstawowe czynności i obowiązki [12].

Wyróżnia się kilka postaci schizofrenii [1]:

- hebefreniczna - jest bardzo rzadkim typem schizofrenii, dotyczy głównie osób młodych, charakterystyczne są tu objawy niedostosowanego afektu., myślenie i mowa z cechami rozkojarzenia, zachowanie niedostosowane do sytuacji, dziwaczne. Halucynacje i urojenia są przelotne i niezbyt nasilone. Urojenia są niespójne.
- katatoniczna - rzadka postać schizofrenii. Może przybrać postać hiperkinetyczną, czyli nadmierne i niekontrolowane pobudzenie lub postać zahamowania katatonicznego, charakteryzującego się spowolnieniem psychoruchowym, brakiem interakcji z otoczeniem.
- niezróżnicowana - to taka postać, w której objawy nie układają się w żaden konkretny typ schizofrenii.
- rezydualna - charakteryzuje się objawami negatywnymi ze znacznym pogorszeniem funkcjonowania. Na początku choroby mogą występować objawy psychiczne.
- prosta - charakteryzuje się tym, iż pacjenci wykazują objawy negatywne, lecz nie obserwuje się objawów typowo psychicznych.

Leczenie schizofrenii polega głównie na stosowaniu farmakoterapii. Neuroleptyki dzielą się na leki:

- I generacji (powodują zmniejszenie nasilenia lub całkowitą likwidację objawów psychicznych)
- II generacji (zmniejszają nasilenie objawów neurologicznych, redukują objawy pozytywne) [1].

Farmakoterapia w schizofrenii jest wysoce skuteczna, ale jednocześnie istnieje ogromna niezaspokojona potrzeba kliniczna. W ciągu ostatniego półwiecza nastąpił tylko niewielki postęp w zakresie wprowadzania innowacyjnych mechanizmów działania i opracowywania nowych środków terapeutycznych do leczenia schizofrenii [13].

Oprócz farmakoterapii konieczna jest psychoterapia indywidualna, rodzinna, grupowa, psychoedukacja oraz rehabilitacja społeczna i zawodowa [1].

Zaburzenia schizotypowe

Zaburzenie schizotypowe jest chorobą przewlekłą, cechującą się nieprawidłowościami myślenia i afektu zbliżonymi do tych w schizofrenii, lecz nie występują tu odchylenia charakterystyczne dla schizofrenii. Są traktowane niekiedy jako zaburzenie poprzedzające wystąpienie schizofrenii pełnoobjawowej. Pacjenci mogą wykazywać cechy dziwaczego zachowania, mogą być wycofani społecznie. Występują u nich również zaburzenia toku myślenia. W leczeniu tych zaburzeń stosuje się terapię wspierającą, a w niektórych przypadkach (przy obecności objawów psychiatrycznych) niskie dawki leków przeciwpsychotycznych [1].

Ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne

Ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne charakteryzują się ostrym początkiem (rozwój wyraźnie nieprawidłowego obrazu klinicznego w ciągu dwóch tygodni lub krócej) wystąpienia objawów psychiatrycznych takich jak urojenia, omamy, halucynacje, pseudohalucynacje, zaburzenia zachowania, niepokój, pobudzenie, lęk o charakterze psychiatrycznym. Obserwuje się także znaczną dezorganizację dotychczasowego zachowania. Powrót do zdrowia następuje często w ciągu kilku tygodni, a nawet dni. Zaburzenie to może być związane z ostrym stresem [1].

Zaburzenia schizoafektywne

Jedna czwarta pacjentów ze schizofrenią wykazuje objawy zaburzeń nastroju, przy czym trudne jest do ustalenia, czy objawy te wynikają z zaburzeń nastroju, czy są objawami negatywnymi. Zaburzenie schizoafektywne diagnozuje się, gdy obok wyraźnych objawów schizofrenicznych są zaburzenia nastroju. Objawy te muszą się nakładać, występować w tym samym lub zbliżonym czasie. Charakterystyczny dla tych objawów jest nawracający przebieg, pełniejsze remisje, niż w schizofrenii oraz lepsze funkcjonowanie i rokowanie [3].

Terminu „zaburzenie schizoafektywne” używa się na określenie takiego rodzaju zaburzeń psychiatrycznych, w których w obrazie klinicznym stwierdza się zarówno cechy występujące w schizofrenii, jak i choroby afektywnej dwubiegunowej. Objawy afektywne nasilają się tak, że nie można rozpoznać wyłącznie schizofrenii. Natomiast rodzaj i nasilenie objawów psychiatrycznych nie pozwala na postawienie rozpoznania wyłącznie zaburzeń

afektywnych. Kryteria diagnostyczne przyjmują założenie „równowagi” nasilenia objawów afektywnych oraz objawów psychiatrycznych [1].

Jest to zaburzenie rzadkie, a według najnowszej wersji amerykańskiej klasyfikacji DSM-5 oraz ICD-10, zaburzenie schizoafektywne znajduje się wśród spektrum psychoz schizofrenicznych i jest bliższe schizofrenii niż depresji czy chorobie afektywnej dwubiegunowej [1].

Warunkiem rozpoznania jest występowanie jednocześnie objawów schizofrenii oraz zaburzeń nastroju, natomiast objawy typowe dla schizofrenii powinny być obecne przez co najmniej dwa tygodnie przy braku objawów zaburzeń nastroju. Zaburzenie schizoafektywne częściej rozpoznawane są u kobiet (jako typ depresyjny) i wiąże się to ze znacznym ryzykiem samobójstwa. Można wyróżnić typ choroby dwubiegunowy lub depresyjny [1]. Uważa się, że dla właściwego rozpoznania, objawy afektywne powinny osiągać co najmniej umiarkowane lub ciężkie nasilenie. W sytuacji, gdy występują niezgodne z nastrojem urojenia i omamy w trakcie głębokiego epizodu depresji lub manii nie uzasadnia się rozpoznania zaburzenia schizoafektywnego. Ważne jest, by wykluczyć wpływ substancji psychoaktywnych i innych przyczyn organicznych. Należy także zwrócić uwagę na wykluczenie chorób neurologicznych oraz somatycznych [14].

Ze względu na obraz kliniczny podzielono to zaburzenie na podtypy [14]:

- maniakalny – występujący dwa razy rzadziej niż typ depresyjny ; osoby ze stwierdzonym epizodem typu maniakalnego mają lepsze remisje lub powracają w pełni do zdrowia;
- depresyjny – bliższy zaburzeniom schizofrenicznym, rokowanie jest gorsze;
- mieszany – oprócz objawów schizofrenii występują także kryteria epizodu mieszanego takie jak elementy depresji, lęku, manii.

Leczenie zaburzeń schizoafektywnych polega na stosowaniu leków używanych w leczeniu schizofrenii, jak i w leczeniu zaburzeń nastroju [3].

Zaburzenie urojeniowe

Termin „zaburzenie urojeniowe” używany jest na określenie zaburzeń psychiatrycznych, w których można stwierdzić w obrazie klinicznym stabilny, usystematyzowany zespół urojeń, bez objawów rozpadu struktury osobowości. Zespół takich zaburzeń określa się jako zespół paranoiczny [14].

W przypadku zaburzeń urojeniowych charakterystyczne jest występowanie treści

urojeniowych, które trwale są obecne w życiu chorego [1].

Uporczywe zaburzenia urojeniowe cechują się rozwojem urojenia lub zespołu urojeń, które utrzymują się przez długi czas. Dominują przewlekłe urojenia, które wpływają na funkcjonowanie pacjenta, które reaguje na ich treść. Najczęściej wykazują charakter prześladowczy. Objawy urojeniowe mogą być nasilone nieznacznie i nie zaburzają wtedy ogólnego funkcjonowania [1].

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE U PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI PSYCHOTYCZNYMI

Pojęcie problemu pielęgnacyjnego

Problem pielęgnacyjny jest to reakcja na aktualne lub potencjalne problemy zdrowotne człowieka. Na tym etapie pielęgniarka może mieć niestety ograniczoną wiedzę o pacjencie. W takiej sytuacji potrzeby pacjenta powinna ustalić na podstawie problemów rozpoznanych wspólnie z całym zespołem terapeutycznym. Istota problemu może odnosić się do takich pojęć jak: brak/deficyt, niezdolność/niemożność, osłabienie/obniżenie/zmniejszenie, trudność, niewystarczający, nieodpowiednie, strach/lęk itp. Czas rozwiązania problemów pielęgnacyjnych może być różny i zależeć od czynników, takich jak: stopień i hierarchia problemów, umiejętności i wiedza pielęgniarki, warunki pracy itp. [15].

Na zespół objawów potwierdzających obecność problemu składają się dane subiektywne (wypowiedzi/odczucia pacjenta) oraz obiektywne (zachowanie, dane z wywiadów z innymi osobami, a także wyniki badań) [15].

Po przeanalizowaniu danych pielęgniarka formułuje problemy pielęgnacyjne, co wymaga przygotowania merytorycznego, umiejętności krytycznego i analitycznego myślenia i prawidłowego wyciągania wniosków [15].

Czas zdobywania informacji na temat pacjenta jest różny (krótszy lub dłuższy) w zależności od stanu pacjenta i sytuacji [15].

Trudności i problemy zgłaszane przez chorego powinny być omawiane wspólnie z pielęgniarką i/bądź zespołem terapeutycznym, a sformułowanie problemów pielęgnacyjnych stanowić końcowy element pierwszego etapu procesu pielęgnowania – etapu rozpoznania [15].

Uważa się, że etap rozpoznania odpowiada fazie orientacji w relacji terapeutycznej. Po nawiązaniu takiej relacji z pacjentem oraz zapewnieniu mu bezpieczeństwa, następuje

gromadzenie danych na jego temat. Można je pozyskać za pomocą wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji medycznej, a także pomiarów parametrów życiowych [15].

Ciągłość procesu pielęgnowania sprawia, iż problemy pielęgnacyjne są wstępnym, jak też i końcowym stwierdzeniem pielęgniarki, która dokonuje oceny stanu psychicznego pacjenta [15].

Istota procesu pielęgnowania

Proces pielęgnowania to określona propozycja teoretyczna, którą można wykorzystać w praktycznym pielęgnowaniu i wymagająca podjęcia celowych oraz planowanych działań. W procesie pielęgnowania szczególną uwagę przywiązuje się do rozpoznania stanu biologicznego, psychicznego i społecznego pacjenta oraz środowiska [16].

Henderson proces pielęgnowania traktowała jako uporządkowany i systematyczny sposób *„określania indywidualnych problemów człowieka, ustalanie planów ich rozwiązywania, realizowanie tych planów oraz ocenianie stopnia efektywności osiągniętej w rozwiązywaniu zdefiniowanych problemów”* [cyt. za 17].

Pielęgnowanie jest związane z zapewnieniem pacjentowi holistycznej opieki pielęgniarskiej na jak najwyższym poziomie, świadczonej indywidualnie w odniesieniu do każdego pacjenta. Jego celem jest doprowadzenie do optymalnego, twórczego, aktywnego funkcjonowania człowieka w warunkach zdrowia oraz choroby. Jest pomaganiem, wspieraniem, asystowaniem człowiekowi przy rozwiązywaniu problemów, które dotyczą jego zdrowia i życia. Połączenie terminów „proces” i „pielęgnowanie” oznacza uporządkowaną oraz systematyczną metodę opieki, prowadzącą do określenia i rozwiązywania problemów indywidualnych przy jednoczesnym wykorzystaniu interwencji charakterystycznych dla pielęgniarstwa [15].

Proces pielęgnowania jest standardem opieki pielęgniarskiej, charakteryzującym się określonymi zmianami, stanowiącymi etapy powrotu pacjenta do zdrowia. Jest metodą pracy, mającą na celu systematyczne rozwiązywanie problemów pacjenta, ukierunkowaną na potrzeby biologiczne, psychiczne, społeczne oraz duchowe pacjenta i jego rodziny [15].

Pielęgnowanie dostosowane jest do potrzeb, wymagań oraz warunków, w jakich jest realizowane [17].

W realizacji procesu pielęgnowania szanuje się oraz akceptuje prawa pacjenta, a jego celem jest odzyskanie przez pacjenta samodzielności w troszczeniu się o własne zdrowie, rozwój posiadanych zdolności koniecznych do samoopieki i opieki nad innymi osobami oraz

odzyskanie niezależności w procesie przystosowania się do różnych ograniczeń w kwestii samoopieki [18].

Proces pielęgnowania cechuje [15,17]:

- wieloetapowość - wiąże się z jego 4.etapową strukturą, która obejmuje rozpoznawanie, planowanie, realizowanie oraz ocenę
- dynamika i ciągłość - oznacza nieprzerwaną opiekę pielęgniarską
- cykliczność - możliwość wielokrotnego powtarzania w zależności od stanu pacjenta,
- logiczność - konsekwentne przechodzenie od danego etapu pielęgnowania do kolejnego.
- całościowe podejście - holistyczne traktowanie pacjenta, postrzeganie zdrowia jako najwyższej wartości oraz celu, do którego należy dążyć, obejmujące człowieka jako istotę złożoną, która funkcjonuje w trzech powiązanych ze sobą sferach- biologicznej, psychicznej i społecznej;
- szeroki zakres możliwości realizowania.

Pielęgnowanie to konsekwentne przechodzenie od etapu rozpoznania stanu biopsychospołecznego, przez etap planowania pielęgnowania oraz realizowania, aż do oceniania uzyskanych wyników w stosunku do założonych celów [16].

Opieką pielęgniarską należy otoczyć nie tylko pacjenta, ale także jego rodzinę, a zakres działań pielęgniarskich zależny jest od posiadanych przez pacjenta umiejętności, wiedzy, motywacji oraz możliwości występowania okresów remisji [15].

W procesie pielęgnowania pielęgniarka świadomie stosuje rozpoznanie stanu biologicznego, psychicznego oraz społecznego jednostki i środowiska, a także podejmuje celowe, planowe działania. Pamiętać jednak należy, że proces pielęgnowania niesie ze sobą wymagania, wśród których można wymienić [16]: komunikowanie się z podmiotem opieki; komunikowanie się z własną grupą zawodową; komunikowanie się z zespołem terapeutycznym oraz dokumentowanie (prowadzenie dokumentacji pacjenta, która jest integralnie związana z procesem pielęgnowania)

GRUPY PROBLEMÓW PIELEGNACYJNYCH U PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI PSYCHOTYCZNYMI

U pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi można wyróżnić problemy, takie jak: lęk, niepokój, zaburzone postrzeganie rzeczywistości, przejawianie agresji i drażliwości,

trudność w nawiązaniu kontaktów interpersonalnych, beczynność i problemy z koncentracją uwagi, zaburzenia snu, zaniedbanie potrzeb w zakresie utrzymania higieny.

Lęk i niepokój

Emocje to odczuwalny, obiektywny stan psychiczny, wyrażający stosunek podmiotu do ludzi, zjawisk, rzeczy lub siebie. Powstają na skutek oceny zdarzenia wpływającego na cele podmiotu. Jeśli zdarzenie to zwiększa szansę powodzenia lub realizacji celu, wywołuje emocje pozytywne, jeśli może zagrozić tym celom - powstaje negatywna emocja [1].

Lęk to stan emocjonalny wiążący się z odczuciem silnego zagrożenia, zatrważającej zmiany, jednakże bez realnego źródła niebezpieczeństwa. Może to być stan przejściowy, może dotyczyć konkretnej sytuacji albo być uogólniony, a jego przebieg - falujący, stały lub też napadowy [1].

Lęk może dotyczyć różnych sfer życia oraz znaleźć wyraz w przyпадzie paniki, a także przybrać formę fobii: np. lęku przed wyjściem z domu, przed przebywaniem pośród ludzi, przed samotnością [19].

Lęk cechuje się nieokreślonym poczuciem dyskomfortu, którego źródło jest trudne do określenia. Mogą mu towarzyszyć obsesyjne myśli, objawy wegetatywne, obawa przed zagrożeniem oraz napięcie, zaburzeniami odżywiania, snu, funkcjonowania społecznego, jak też trudnościami w podejmowaniu konstruktywnych działań ukierunkowanych na radzenie sobie z problemem. Może też być uwarunkowany czynnikami takimi jak: genetyczne, zmiany OUN, kryzysy związane z procesem dojrzewania, nieuświadomione konflikty, zaburzenia poczucia własnej tożsamości, niezaspokojone potrzeby, obawa przed śmiercią, traumatyczne przeżycia [20].

Zaburzenia lękowe różnią się od siebie czasem trwania, nasileniem, treścią przeżyć i określa się je jako [21]:

- uogólnione – stan lękowy trwający powyżej 6. miesięcy, jest wolnopłynący, mający charakter nieokreślonych obaw; występują złe przeczucia co do przyszłości, zamartwianie się, wyczerpanie, zaburzenia snu, drżenia, napięcia mięśni, pocenie się, tachykardia;
- napadowe – nagłe, niezwiązane z żadną okolicznością ataki lęku, ze spłyceniem oddechu, strachem przed śmiercią, utratą kontroli nad sobą, potrzebą ucieczki;
- w postaci fobii – przeżywane w określonych sytuacjach - fobie proste (np. klaustrofobia, akrofobia-lęk przed wysokością, myzofobia- lęk przed brudem,

nozofobia- lęk przed chorobą, nyktofobia- lęk przed nocą itd.), fobie społeczne (obawa przed innymi ludźmi), agorafobia (lęk przed otwartą przestrzenią).

Zaburzone postrzeganie rzeczywistości

Objawy psychopatologiczne cechują się bardzo charakterystycznym obrazem klinicznym. Chory zaczyna słyszeć głosy, rozmowy różnych osób, których treść odnosi się do niego. Pogłębia się przekonanie, że prześladowcy czyhają na jego życie chorego. Urojenia i omamy sprzęgają się w jedną konsekwentną całość. Chory nie reaguje na perswazję, dostarczając swoje „dowody” potwierdzające jego obawy. Oskarżenia kieruje zwykle na najbliższych [6].

W mowie potocznej często spotyka się z określeniem „przesłyszałem się”, „przewidziało mi się”, którymi oddaje się złudzenia o charakterze fizjologicznym. Cechą tego typu złudzeń jest fakt, że zniekształcone spostrzeżenie jest korygowane w momencie, gdy zwiększa się ilość informacji o spostrzeganym przedmiocie. W przypadku złudzeń patologicznych taka korekta nie następuje, mimo ewidentnych dowodów, że spostrzeżenie jest zniekształcone [2].

Człowiek mający halucynacje spostrzega osoby, przedmioty, zjawiska, które w otaczającej go rzeczywistości nie istnieją. Przeżyciom towarzyszy poczucie ich pełnej realności.

Złożoność doznań bywa różna. Od spostrzegania błysków, gwiazdek, kropek, światełek, poprzez wyraźne widzenie całego przedmiotu, do dziejących się całych scen. Zdarza się także, że pacjent broniąc się przed tymi zjawiskami zachowuje się agresywnie [2].

Omamy są to objawy podobne do spostrzegania, lecz powstają bez zewnętrznego bodźca działającego na narząd zmysłu. Omamy są wyraźne, realistyczne. Dotyczą każdego narządu zmysłu [2]. Najczęstsze są omamy słuchowe. Charakteryzują się tym, iż chory słyszy dźwięki, których nie ma- mogą to być szumy, gwizdy, trzaski, krzyki, słowa. Często pacjenci słyszą ludzkie głosy, które go oceniają lub coś nakazują, a nawet toczą z nim dyskusję. W przypadku omamów dotykowych pacjent odczuwa doznania na skórze, czując np. pełzające po jego skórze robaki, węże lub czuć, że jego skóra jest przypalana, drażniona lub dotykana. Omamy węchowe charakteryzują się czuciem nieistniejących zapachów np. różnych „trucizn”, spalenizny. Omamy występują w wielu zaburzeniach psychiatrycznych przy świadomości jasnej (częściej słuchowe) i zaburzonej (częściej wzrokowe) [2].

Urojenia to utrwalone przekonania niepoddające się zmianom, pomimo dowodów błędności. Ich tematyka bywa różnaita, a mimo tego, że ich treść często kłóci się z

rzeczywistością, pacjent jest przeświadczony o ich prawdziwości. Urojenia absorbują psychikę chorego i wywierają silny nacisk na inne funkcje psychiczne [22].

Do częstych urojeń należą urojenia prześladowcze. Pacjent ma głębokie przekonanie, że jest prześladowany i grozi mu niebezpieczeństwo. Treści, które obserwuje się w formie urojeń prześladowczych są bardzo różne. W dużym stopniu zależy to od osobowości, zainteresowań, wiary, wykształcenia, sytuacji rodzinnej, zawodowej, wieku itp. Urojenia oddziaływania cechują się przeświadczeniem pacjenta, że ktoś lub coś, jakaś zewnętrzna siła oddziałuje na niego, a niektórzy są przekonani, że znajdują się pod wpływem np. sił nadprzyrodzonych. Urojenia ksobne są przekonaniem pacjenta, że zdarzenia rozgrywające się wokół niego dotyczą bezpośrednio jego osoby. Jest przekonany, że obcy ludzie, których mija przyglądają się jego zachowaniu, twarzy, ubraniu. Zasłyszane ułamki rozmów traktuje jako rozmowę o nim. W wielu przypadkach chory odnosi do siebie programy telewizyjne, radiowe, czy artykuły w prasie. Niekiedy trudno jest odróżnić urojenie od głęboko żywionego przekonania [22].

Przejawianie agresji i drażliwości

Agresja jest zachowaniem podejmowanym z zamiarem spowodowania jakiejś szkody i jest postrzegana jako zjawisko negatywne. Może przybierać różnorakie formy, w tym agresji słownej, fizycznej, bezpośredniej, pośredniej [1].

W ujęciu biologicznym agresja jest zachowaniem ograniczającym swobodę drugiego osobnika lub skierowanym przeciwko jego zachowaniu albo życiu [1].

Pobudzenie psychoruchowe jest z kolei nadmierną aktywnością ruchową połączoną z uczuciem wewnętrznego napięcia. Aktywność taka jest zazwyczaj bezcelowa, chaotyczna, obejmująca wykonywanie powtarzalnych ruchów i czynności, ale może być także nakierowana na osiągnięcie jakiegoś celu. Pobudzenie ruchowe, które nie osiąga znacznego nasilenia, określa się jako niepokój ruchowy [1].

Wrogość oznacza negatywną, uogólnioną postawę wobec innych ze skłonnością do negatywnych ocen, uogólnionego gniewu i podejrzliwości w stosunku do społeczeństwa [23].

Zachowania agresywne można podzielić na związane z zaburzeniami [23]:

- świadomości, mająceniem o różnej etiologii;
- psychicznymi, stany psychiczne;
- osobowości i uzależnieniami.

Bez względu na ich przyczynę zachowania agresywne i stany pobudzenia mają podobną manifestację kliniczną w zakresie zagrażających objawów i wymagają najczęściej

podobnego postępowania w okresie ostrym. Zawsze po opanowaniu bezpośredniego zagrożenia konieczne jest przeprowadzenie dokładnej diagnostyki różnicowej niezbędnej do dalszego ukierunkowania procesu terapeutycznego [23].

Do sytuacji oraz objawów zapowiadających agresję należą [23]:

- głośno wypowiedane groźby oraz manifestowane zachowaniem;
- trzymanie przedmiotów, które mogą służyć do działań agresywnych;
- narastające pobudzenie psychoruchowe;
- działania motywowane omamami lub urojeniami;
- objawy wegetatywne pobudzenia;
- zadziaływanie silnych stresorów.

Po wystąpieniu objawów zapowiadających agresję i zachowań agresywnych zagrażających pacjentowi lub innym osobom możliwe są rodzaje oddziaływań takie jak: psychologiczne (zmniejszające nasilenie agresji), interwencje farmakologiczne oraz oddziaływania z zastosowaniem przymusu bezpośredniego [23].

Trudność w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych

Komunikowanie się społeczne jest integralnym elementem relacji międzyludzkich. Oznacza proces porozumiewania się ludzi oraz spełnia funkcję informacyjną i interpersonalną. Wiedza i umiejętności w zakresie komunikowania są jednymi z istotnych warunków kształtowania prawidłowej relacji terapeutycznej. Relacja taka stanowi podstawę opieki pielęgniarskiej nad chorym z zaburzeniami psychicznymi. Komunikowanie się z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi mogą utrudniać czynniki takie jak: bariery percepcyjne, bariery społeczne, brak aktywnego słuchania [24].

Bariery zakłócające komunikowanie się ze strony pacjenta często wynikają z istoty zaburzeń psychicznych, mogą być efektem leczenia farmakologicznego i stanowić także reakcję pacjenta na dyskryminujące postawy społeczne. Są to [24]:

- podejrzliwość, nieufność;
- silne emocje;
- zachowania agresywne;
- zaburzenia poznawcze;
- zaburzenia myślenia;
- zaburzenia postrzegania;
- trudności w werbalizacji;

- zachowania manipulacyjne;
- wycofanie, spowolnienie;
- brak motywacji do leczenia, współpracy.

Wpływ zaburzeń spostrzegania na komunikację dotyczyć może zgłaszania problemów lub zdarzeń, które nie mają odzwierciedlenia w rzeczywistości. Na komunikaty może mieć wpływ zaburzenia myślenia - jego tempa, ilości, struktury i sposobu. Przy występowaniu urojeń, idei nadwartościowych, podobnie jak w przypadku złudzeń i omamów, może być więc konieczny szerszy wywiad, by skonfrontować z prawdą to, co mówi pacjent [25].

W przypadku pacjentów z zaburzeniami uwagi mogą wystąpić dwa rodzaje problemów: pacjent sam będzie zmieniał temat rozmowy lub będzie miał trudności w jego zmianie. W przypadku pacjentów z zaburzeniami pamięci trudności w komunikacji wynikają z niemożności dostępu do treści. Z kolei zaburzenia dotyczące aktywności ruchowej wpływają na komunikację przede wszystkim wtedy, kiedy ich efektem jest brak kontaktu z pacjentem: stupor, mutyzm, katatonia, katalepsja. W przypadku zaburzeń świadomości komunikacja jest tak utrudniona, że informacje ważne dla procesu leczenia powinny pochodzić od rodziny, bliskich [25].

Bardzo ważne w komunikacji są zaburzenia uczuć. Należy bowiem zwrócić uwagę na zabarwienie emocjonalne wypowiedzi pacjenta. W powyższym może pomóc znajomość historii choroby oraz samego pacjenta [25].

Bezczynność i problemy z koncentracją uwagi

Zaburzenia koncentracji uwagi wiążą się z mniejszą zdolnością do skupiania na określonym zadaniu. Pamiętać w tym miejscu należy, że uwaga odgrywa istotną rolę w przebiegu procesów poznawczych, takich jak pamięć, funkcje wykonawcze. W zaburzeniach psychiatrycznych dysfunkcje dotyczą wszystkich jej parametrów: czujności, selektywności, ciągłości i podzielności [26].

W badaniach przy użyciu testu ciągłego wykonywania, używanego do badań różnych aspektów uwagi, chorzy z zaburzeniami psychiatrycznymi uzyskiwali gorsze wyniki, niż osoby zdrowe i chorzy na chorobę afektywną dwubiegunową. Zaburzenia aspektów uwagi, szczególnie selektywności i czujności, występują u tych chorych już w okresie dzieciństwa, wiele lat przed wystąpieniem objawów psychiatrycznych i wyraźnie się nasilają w okresie prodromalnym oraz w pierwszym epizodzie choroby [26].

W badaniu uwagi wykorzystuje się testy reakcji prostych, które polegają na jak najszybszym reagowaniu na bodziec eksperymentalny, najczęściej komputerowy test ciągłego wykonywania. Dostarcza on informacji na temat funkcjonowania ciągłości i selektywności uwagi oraz jej oporności na zakłócenia [25].

W sytuacji, gdy przeważa utrata chęci, zainteresowań oraz zwolnienie szybkości myślenia i aktywności ruchowej, wówczas mówi się o beczynności. Nie można jednak zostawić pacjenta w beczynności, ale też nie należy go zmuszać do czegokolwiek. Należy mobilizować go powoli do prostej aktywności dnia codziennego, wdrażać do różnych form terapii zajęciowej, a także zachęcać do udziału w psychoterapii [27].

Przyczyną obniżonej aktywności (beczynności) jest obniżony nastrój, który charakteryzuje się subiektywnym odczuciem smutku, przygnębienia, beznadziejności, rozpaczki lub obojętności, z często towarzyszącym mu lękiem, niską samooceną, pesymizmem oraz myślami suicydalnymi [28].

Spowolnienie, zahamowanie ruchowe jest to różnego stopnia zmniejszenie szybkości oraz ograniczenie zmienności różnych form aktywności psychomotorycznej – ogólnej ruchliwości, mimiki, gestykulacji, ruchów lokomocyjnych, wypowiedzania się [29].

Zaburzenia snu

Zaburzeniom snu często towarzyszy lęk oraz zaburzenia funkcji poznawczych, a dominujące skargi na ilość lub jakość snu związane są z trudnościami w zasypianiu oraz utrzymaniu snu (częste wybudzanie się w nocy, trudność w ponownym uśnięciu) [22].

Zakłócenie snu powoduje dyskomfort bądź upośledzenie w zachowaniu, funkcjonowaniu społecznym, zawodowym [22].

Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń Snu obejmuje kilkadziesiąt różnych schorzeń i są nimi [30]:

- dyssomie- pierwotne zaburzenia snu nocnego lub czuwania ciągu dnia;
- parasomie- zjawiska niepożądane okresowo występujące podczas snu;
- zaburzenia snu wtórne- do schorzeń somatycznych i psychicznych.

W każdej postaci bezsenności istotne jest przestrzeganie zasad higieny snu, czyli stała pora udawania się na spoczynek i wstawania, powstrzymanie się od drzemek w ciągu dnia, unikanie kofeiny, alkoholu i nikotyny [26].

Zaburzenia snu stwierdza się częściej u osób, które mają rozpoznane zaburzenie psychiczne [28].

Zaburzeń snu nie można lekceważyć, bowiem mają one negatywny wpływ na wydolność organizmu, na funkcjonowanie społeczne, poznawcze i emocjonalne [28].

Zaniedbanie potrzeb w zakresie utrzymania higieny

W przypadku zaburzeń psychicznych, psychotycznych, w których spotyka się objawy wytwórcze, dochodzi do zerwania kontaktu z rzeczywistością, a pacjent często przestaje zaspokajać podstawowe potrzeby życiowe. Problem wynika z niemożności zaspokojenia potrzeb biologicznych najczęściej z powodu urojeń i obniżenia aktywności ruchowej [4].

Kompetentna pielęgniarka dostrzega i rozumie sytuację zdrowotną pacjenta, jej uwarunkowania, zagrożenia i przyjmuje rolę doradcy, pomocnika, opiekuna wspierając go, ale nie wyręczając. Pomoc w zaspokojeniu potrzeb chorego powinna opierać się na elementach takich jak [31]:

- obserwacja oraz rozpoznawanie trudności w zaspokojeniu potrzeb (wykonywanie toalety, przyjmowanie posiłków, płynów);
- mobilizacja do dbałości o wygląd zewnętrzny oraz higienę osobistą;
- pomoc przy wykonywaniu toalety;
- dostrzeganie, akcentowanie pozytywnych zachowań.

Ważnym źródłem wsparcia dla pacjenta są pielęgniarki, gdyż mają z nim najczęstszy kontakt. W trakcie codziennej, rutynowej opieki, pomocy w wykonywaniu czynności higienicznych, rozmawiają z chorym. Kontakt ten stanowi źródło poczucia bezpieczeństwa [4].

ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD CHORYM Z OBJAWAMI PSYCHOTYCZNYMI

W kontakcie z pacjentem psychotycznym bardzo ważna jest postawa pielęgniarki, a w niej elementy takie jak: okazywanie szacunku, empatii, spokój, zezwalanie pacjentowi na wyrażanie jego uczuć [24].

Relacja terapeutyczna stanowi podstawę opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi, a jej przebieg oraz uzyskiwanie pomocy od pielęgniarki są ściśle powiązane ze zmianami stanu psychicznego oraz zmieniającymi się w związku z tym oczekiwaniami i możliwościami [24].

Pielęgniarka powinna uświadomić sobie własne obawy, uprzedzenia oraz osobiste doświadczenia, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu relacji z pacjentem. Do jej zadań należy: zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa, pomoc w orientacji dotyczącej nowej sytuacji wynikającej z choroby oraz rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i potrzeb chorego. Istotną rolę odgrywa akceptowanie pacjenta, wyrażanie szacunku, wzbudzanie zaufania, słuchanie go. Dokonując oceny problemów pielęgnacyjnych i potrzeb pacjenta, pielęgniarka powinna dążyć do ich rozpoznawania oraz ustalenia ograniczeń i mocnych stron pacjenta, jak również wzajemnych oczekiwań i odpowiedzialności [24].

Pielęgniarka powinna pomóc pacjentowi w minimalizowaniu negatywnych przeżyć, co sprzyja poprawie jego samooceny, zapobiega bezradności. Proces rozwoju relacji terapeutycznej najlepiej odzwierciedlają zachowania terapeutyczne, które są stosowane przez pielęgniarkę wobec pacjenta. Zauważanie pacjenta przez pielęgniarkę sprzyja rozwojowi indywidualnej relacji, co ma szczególne znaczenie dla osoby z trudnościami w adaptacji i komunikacji, izolującej się, z nasilonymi objawami psychiatrycznymi, z zachowaniami agresywnymi [24].

Pielęgniarka powinna zapewnić pacjentowi bezpieczeństwo, pamiętając o tym, że chory na skutek urojeń, halucynacji i pobudzenia może być niebezpieczny dla siebie lub otoczenia [32]. Wyróżnić można kilka ważnych zasad [32]:

- Nie wolno z chorym się sprzeczać, ani podejmować prób wyperswadowania urojeń - dowodzenie błędności urojeń tylko umacnia te fałszywe sądy.
- Pielęgniarka powinna słuchać o tym, jak chorzy przeżywają świat, rozpoznawać uczucia, które kryją się pod urojeniami – uczucie strachu, smutku, beznadziejności.
- W kontaktach z chorymi należy zachować szczerłość oraz otwartość.
- Nie wolno udawać, że wierzy się w prawdziwość urojeń, ale powinno się okazać zrozumienie faktu, iż są one prawdziwe z punktu widzenia pacjenta.
- W kontaktach z pacjentem pielęgniarkę powinna cechować autentyczność, umiejętność oraz gotowość uważnego słuchania, a także chęć pomocy, niesprzeciwianie się choremu, umiejętność znoszenia urojeń, niepokoju i niechęci pacjenta.
- Nie wolno dopuścić do nadmiernego uzależnienia się pacjenta od pielęgniarki - uzależnienie jest przeszkodą w życiowej samodzielności pacjenta.
- Opieka somatyczna natomiast zależy od aktualnego stanu zdrowia pacjenta. W skrajnych przypadkach takich jak osłupienie katatoniczne, pielęgniarka zaspokaja wszystkie życiowo ważne potrzeby chorego. W przypadkach lżejszych – udziela pomocy przy jedzeniu, dbaniu o higienę osobistą.

ROLA PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ I GRUPOWEJ W OPIECE NAD CHORYM Z OBJAWAMI PSYCHOTYCZNYMI

Psychoterapia jest specjalistyczną metodą leczenia, polegającą na intencjonalnym stosowaniu zaprogramowanych oddziaływań psychologicznych, które wykorzystują kompetencje psychoterapeuty w procesie niesienia pomocy. Jej zasadniczą cechą jest jej zróżnicowanie [33].

Samo pojęcie „psychoterapia” bywa różnie definiowane. Bogdan de Barbaro przedstawia kilka definicji. Niektórzy traktują psychoterapię szeroko, jako *„rozmaite sposoby, poprzez które terapeuta stara się dostarczyć innej osobie nowych doświadczeń interpersonalnych”* lub jako *„oddziaływania natury psychologicznej, które dotyczą werbalnej interakcji pomiędzy terapeutą a pacjentem”*. W innych definicjach psychoterapia traktowana jest jako *„świadome i zamierzone zastosowanie metod klinicznych i postaw interpersonalnych, w celu pomagania w modyfikacji procesów poznawczych, emocji”*. Inni zawężają psychoterapię do medycyny, traktując ją jako *„sposób leczenia zaburzeń zdrowia”* [33].

Do czynników mających moc terapeutyczną w psychoterapii należą [1]:

- Kontakt terapeutyczny – uzgodniona z pacjentem umowa, która obejmuje warunki współpracy i określa problematykę i rozumienie trudności pacjenta, zawarta na początku terapii.
- Siła przymierza terapeutycznego – stwierdzenie określające jakość relacji między pacjentem a terapeutą.
- Spójność i dojrzałość terapeuty – tylko posiadający odpowiednie wykształcenie terapeuta jest w stanie udzielić pomocy adekwatnej do problemów natury psychicznej.

Psychoterapia stanowi ważny element terapii w zaburzeniach psychiatrycznych. Motywacja i otwartość pacjenta, jego nastawienie, gotowość do podjęcia pracy nad sobą, akceptacja zmian, zdolność zmierzenia się z trudnościami- to kluczowe elementy w procesie terapeutycznym [1].

Psychologiczne oddziaływania stosowano od niepamiętnych czasów indywidualnie lub grupowo. W ramach poszczególnych metod oddziaływania psychoterapeutycznego pod wpływem szkół psychoterapii rozwinięto i sprecyzowano poszczególne techniki [1].

Spośród mnogości podejść psychoterapeutycznych, pięć z nich uważanych jest powszechnie za najważniejsze. Są to modele: psychodynamiczny, poznawczo-behawioralny, humanistyczno-egzystencjalny, systemowy, integracyjny [33].

Psychoedukacja to forma terapii w postaci zajęć grupowych, podczas których prowadzący udziela informacji na temat choroby, a uczestnicy wymieniają się przeżyciami związanymi z doświadczeniami [1].

Rehabilitacja jest systemem wsparcia i opieki nad pacjentem, nakierowanym na powrót do normalnego funkcjonowania społecznego [1].

Psychoterapia indywidualna wśród licznych form jest podstawową, a kluczowy jest w niej związek terapeutyczny. Terapia ta może trwać różnie długo, częstość spotkań jest również rozmaita, a stan pacjenta może nawet wymagać, by terapia miała charakter ciągły [33].

W modalności indywidualnej psychoterapii, w której podstawowa metoda to oddziaływanie słowem, można wyodrębnić techniki, takie jak [30]:

- udzielanie informacji;
- pobudzanie do kojarzenia;
- restrukturalizacja schematów poznawczych i postaw;
- doskonalenie umiejętności rozwiązywania problemów.

Ważna jest analiza przeżywanych emocji, ich kwalifikacja oraz nazywanie i określanie ich wpływu na procesy poznawcze, postępowanie, a także analiza relacji pacjenta z terapeutą i analiza oporu, którą pacjent ujawnia w obliczu modyfikacji jego myślenia, zachowania się, przeżywania [30].

Terapia grupowa jest metodą o wielu pozytywnych efektach terapeutycznych, trudnych do uzyskania w ramach spotkań indywidualnych. Jest ekonomiczna. Istotne w niej jest poczucie tożsamości grupowej, a jednocześnie możliwość by każdy członek grupy realizował swoje potrzeby i cele. W psychoterapii tej cele zależą od koncepcji teoretycznych. Możliwość przedstawienia swoich problemów i uzyskania informacji zdrowotnej buduje poczucie, że nie pozostaje się samym ze swoim problemem. Cel, charakter, długość i częstość spotkań grupowych zależy od założeń teoretycznych i kontekstu instytucjonalnego. Grupy mogą być stacjonarne, ambulatoryjne. Mogą być też zamknięte lub otwarte [33].

Przyjmuje się, że w grupie zwiększa się poziom motywacji do wykonywania zadań oraz angażowania się w określoną aktywność. Oceny grupy przewyższają oceny jednostki. Grupa dostarcza więcej rozwiązań problemu, uczy się szybciej, wytwarza więcej pomysłów innowacyjnych oraz podejmuje decyzje o większym stopniu ryzyka. Dzięki niej uzyskuje się poczucie przynależności do wspólnoty i solidarności. Grupa kontroluje uczestnika i wywiera na niego wpływ przez nagradzanie i karanie, krytykę nierealistycznych dążeń, zmianę

wzorców stosowanych interakcji. W wyniku działania tych czynników oraz procesów pacjent może uzyskać większą wiedzę o sobie, o swoich relacjach z innymi, może zdobywać nowe umiejętności interpersonalne i społeczne, rozwiązywać dotyczące go problemy i trudności oraz może uzyskać poczucie satysfakcji. W grupach terapeutycznych można wyróżnić techniki takie jak pogadanka, wykład oraz swobodna dyskusja. Odmianą psychoterapii grupowej jest terapia rodzinna oraz terapia jednej lub kilku partnerów małżeńskich. Inną odmianą psychoterapii jest psychodrama. Wyróżnia się także trening asertywności oraz trening umiejętności społecznych, trening autogenny oraz zajęcia socjoterapeutyczne [30].

PIŚMIENNICTWO

1. Gałęcki P., Szulc A.: Psychiatria. Edra Urban&Partner, Wrocław 2018.
2. Rybakowski J.: Podstawy kliniczne [w:] Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012;: 196-202.
3. Furgal M.: Psychozy schizofreniczne i z kręgu schizofrenii [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych. Heitzman J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 79-94.
4. Guzik-Makaruk E., Waszkiewicz N., Chojnowska S., Szajda S.: Wybrane prawne i medyczne aspekty zaburzeń psychicznych i ich profilaktyki. Wydawnictwo Temida2 Białystok 2019.
5. Imielski W.: Zaburzenia psychiczne i emocjonalne. Przewodnik popularnonaukowy. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2010.
6. Bilikiewicz A.: Zakres psychiatrii oraz jej miejsce w kulturze i wśród innych dyscyplin nauki. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydanie III. Zmienione i uzupełnione. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
7. Nasierowski T.: Zarys dziejów psychiatrii. Kierunki w psychiatrii [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydanie III. Zmienione i uzupełnione. Bilikiewicz A. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 23-42.
8. Wciórka J.: Psychozy schizofreniczne [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydanie III. Zmienione i uzupełnione. Bilikiewicz A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 270-272.
9. Green M., Horan W., Lee J.: Social cognition in schizophrenia. Nature Reviews Neuroscience 2015; 620–631.

10. Jędrasik – Styła M., Styła R.: Dialogowe podejście do psychoterapii osób chorujących na schizofrenię [w:] Psychoterapia. Problemy pacjentów. Podręcznik akademicki. Grzesiuk L., Suszek H. (red.). Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, Warszawa 2011; 299 – 304.
11. Millan M., Fone K., Steckler T., Horan W.: Negative symptoms of schizophrenia: Clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. *Eur Neuropsychopharmacol* 2014; 24(5): 645-692.
12. Heitzman J., Furgał M., Pilecki M.: Etiologia, patogeneza i epidemiologia zaburzeń psychicznych [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych. Heitzman J. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008; 16 – 19.
13. Miyamoto S., Miyake N., Fleischhacker W., Lieberman J.: Pharmacological treatment of schizophrenia: a critical review of the pharmacology and clinical effects of current and future therapeutic agents. *Molecular Psychiatry* 2012; 1206–1227.
14. Szafrński T.: Zaburzenia schizoafektywne, zespoły urojeniowe [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny.. Jarema M., Rabe – Jabłońska J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 145 – 167.
15. Górna G., Jaracz K., Gołębiowska K., Kiejda J.: Założenia teoretyczne pielęgniarstwa psychiatrycznego [w:] Pielęgniarstwo psychiatryczne. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012; 173-180.
16. Górąjek – Jóźwik J.: Istota pielęgnowania zindywidualizowanego [w:] Podstawy pielęgniarstwa. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek K. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008: 239-249.
17. Kawczyńska-Butrym Z.: Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
18. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo UJ, Kraków 2001.
19. Buijssen H.: Depresja. Poradnik dla przyjaciół i rodziny. Wydawnictwo WAM, Kraków 2012: 29.
20. Górna K., Jaracz K., Baron U.: Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Opieka pielęgniarska. [w:] Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 337-358.
21. Opozda K., Kosmowski W.: Pielęgnowanie pacjentów w wybranych zaburzeniach sfery psychicznej [w:] Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów

- kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Wydanie II. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008; 647-670.
22. Gałęcki P., Pilecki M., Rynaszewska J., Szulc A., Sidorowicz S., Wciórka J.: Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. DSM-5. Wydawnictwo Edra Urban& Partner, Wrocław 2018: 105-108; 439-441.
23. Pawełczyk T.: Stany nagłe w psychiatrii [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 578- 584.
24. Górna K., Jaracz K.: Komunikowanie się z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi [w:] Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J.(red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 135- 160.
25. Banaszczyk M., Kmieciak B.: Komunikacja z pacjentem doświadczającym zaburzeń psychicznych [w:] Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej. Krajewska-Kułać E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. (red.). Wydawnictwo Silva Rerum, Poznań 2016: 431- 438.
26. Borkowska A.: Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. Aspekty neuropsychiatryczne i neuropsychologiczne. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2012.
27. Gawron J.: Problemy opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową. Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła w Opolu, Opole 2012.
28. Ambroziak K., Kołakowski A., Siwek K.: Depresja nastolatków. Jak ją rozpoznać, zrozumieć i pokonać. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2018.
29. Jena K.: Psychopatologia ogólna [w:]. Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Krupka-Matuszczyk I., Matuszczyk M. (red.). Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2007: 22.
30. Bilikiewicz A.: Halucynozy [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Bilikiewicz A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 318-322; 389-494; 576-584.
31. Kral D.: Epizod depresji- studium przypadku. Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła w Opolu, Opole 2012.
32. Grzywna T., Cieślik A.: Specyfika opieki pielęgniarskiej w oddziale psychiatrycznym. /W/ Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Pod redakcją I. Krupka-Matuszczyk, M. Matuszczyk. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2007; 150-153.

33. Barbaro B.: Podstawy psychoterapii [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 617-649.

Ocena wiedzy pielęgniarek na temat objawów i opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi

Marta Aponowicz¹, Grzegorz Bejda², Agnieszka Kułak-Bejda³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

W społeczeństwie spostrzeganie zaburzeń psychicznych jest różnorodne, jednakże powszechnie uważa się, że jest to „coś dziwnego, nieznanego”, czego należy się obawiać, a związane jest z faktem, iż osoby, które wykazują objawy psychiczne mogą zachowywać się inaczej niż inni [1].

Zaburzenia psychiczne charakteryzują się zakłóceniem myślenia, spostrzegania oraz niedostosowanym i spłyconym afektem. Do najważniejszych objawów psychopatologicznych zalicza się: echo myśli, nasylanie myśli, rozgłaszanie myśli, postrzeganie urojeniowe i urojenia oddziaływania lub owładnięcia, głosy omamowe komentujące, zaburzenia myślenia oraz objawy negatywne. Najczęściej dominują urojenia i pseudohalucynacje, głównie słuchowe. Urojenia mają z reguły charakter prześladowczy. Inne możliwe urojenia to urojenia odnoszące i ksobne. Pseudohalucynacje słuchowe mogą mieć charakter nakazujący. Urojenie wraz z pseudohalucynacjami tworzą niezbyt spójny system. Pseudohalucynacje są potwierdzeniem urojeń [2].

W swojej pracy pielęgniarka często spotyka pacjenta, który wykazuje obecność objawów psychicznych, w związku z czym powinna posiadać niezbędną wiedzę w tym zakresie.

Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi wykazują szereg problemów pielęgnacyjnych. Dokonując oceny tych problemów, jak i potrzeb pacjenta, należy dążyć do ich rozpoznawania oraz ustalenia ograniczeń i mocnych stron pacjenta, jak też wzajemnych oczekiwań i odpowiedzialności.

Celem pracy była ocena wiedzy pielęgniarek, studentek studiów licencjackich oraz magisterskich, na temat zaburzeń psychicznych.

MATERIAŁY I METODY BADAWCZE

Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

Badania przeprowadzono wśród 100 losowo wybranych osób aktywnych zawodowo, studentów kierunku Pielęgniarstwo I i II stopnia w Wyższej Szkole Medycznej w Białymstoku, od października 2018 roku do marca 2019 roku.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietowego.

Badania były anonimowe. Osoby ankietowane wypełniały je dobrowolnie oraz jednorazowo.

Ankieta zawierała 32 pytania i obejmowała zagadnienia, które dotyczyły charakterystyki osób badanych (płeć, wiek, miejsce zamieszkania), jak również konkretnej wiedzy studentów na temat zaburzeń psychicznych.

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu STATISTICA v. 10.0 oraz arkusza kalkulacyjnego EXCEL. Podstawowe dane jakościowe (nominalne) przedstawiono w postaci liczebności (n) i odsetka (%).

Za istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$. Następnie na podstawie analizy i oceny wyników zebranych ankiet zostały wyciągnięte wnioski na temat poziomu wiedzy studentów o zaburzeniach psychicznych.

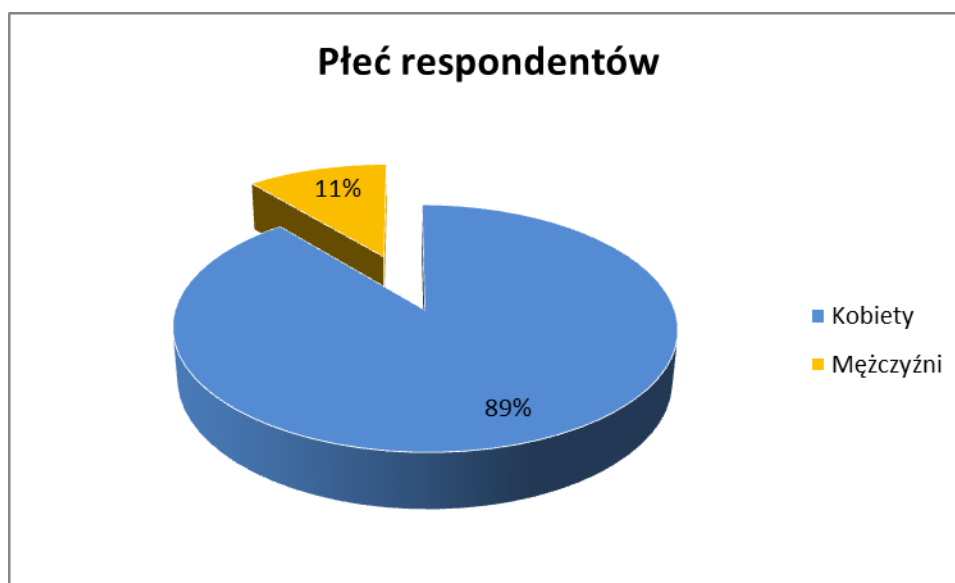
WYNIKI

Charakterystyka ankietowanych

Przebadana grupa liczyła 100 losowo wybranych osób aktywnych zawodowo, studentów kierunku Pielęgniarstwo I^o i II^o w Wyższej Szkole Medycznej w Białymstoku.

Wśród respondentów biorących udział w ankiecie dominowały kobiety. Kobiet było ośmiokrotnie więcej, niż mężczyzn (89,0% vs 11,0%) (Rycina 1).

Ustalono, że 38,0% respondentów (54,5% vs 36,0% kobiet) mieszkało w mieście 50-100 tys. mieszkańców; 29,0% respondentów - w miasteczku do 50 tys. mieszkańców; 20,0% osób - na wsi, natomiast 13,0% respondentów (14,6% kobiet) - w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców. Różnic istotnych statystycznie między miejscem zamieszkania a płcią ankietowanych nie wykazano (Tabela I).



Rycina 1. Płeć respondentów

Tabela I. Miejsce zamieszkania a płeć

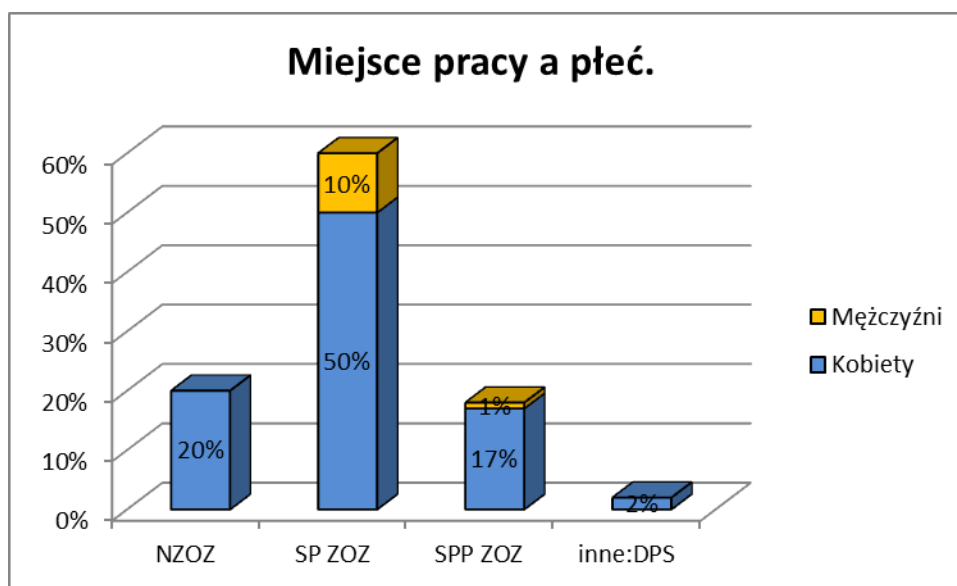
	Kobiety		Mężczyźni		Razem n= 100 (100%)
	n=89	%	n=11	%	
Miejsce zamieszkania (n.z. – p = 0,470)					
wieś	18	20,2	2	18,2	20 (20,0)
miasteczko do 50 tys. mieszkańców	26	29,2	3	27,3	29 (29,0)
miasto 50-100 tys. mieszkańców	32	36,0	6	54,5	38 (38,0)
miasto powyżej 100 tys.mieszkańców	13	14,6	0	0,0	13 (13,0)

n.z. – brak różnic istotnie statystycznie

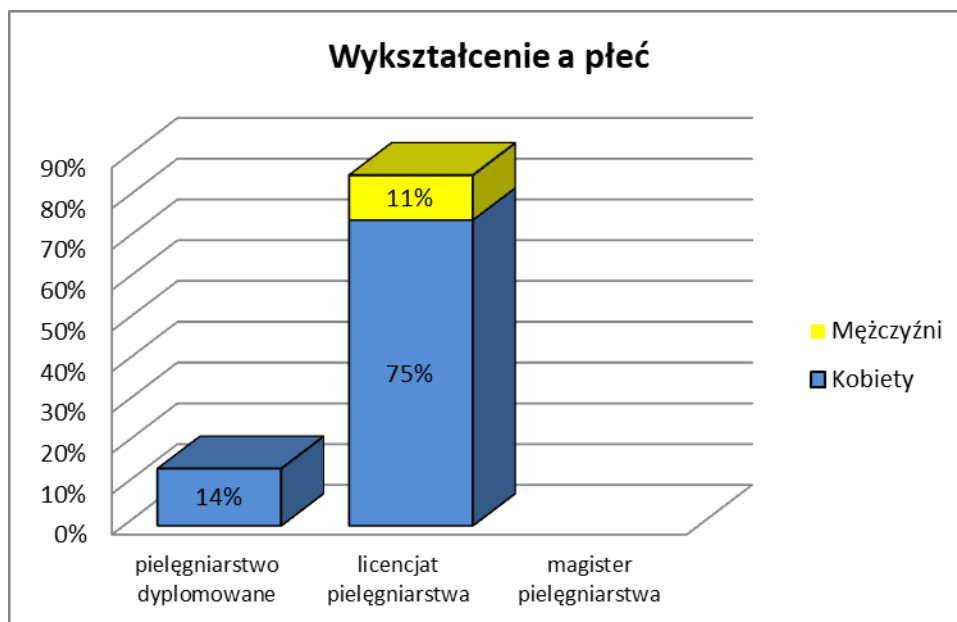
Dość liczna grupa respondentów biorących udział w ankiecie pracowała w SP ZOZ (60,0% osób, w tym 90,9% mężczyzn i 56,2% kobiet); 20,0% respondentów - w NZOZ, a 18,0% - w SPP ZOZ. Odpowiedź inne wybrało 2,0% osób, wskazując DPS. Różnic istotnych statystycznie między miejscem pracy a płcią respondentów nie zaobserwowano. Rycina 2.

Przeważającą większość badanych studentów kierunku pielęgniarstwo stanowiły osoby legitymujące się ukończonymi studiami licencjackimi (86,0%), w tym 100,0% mężczyzn i 84,3% kobiet. 14,0% osób legitymowało się pielęgniarstwem dyplomowanym,

były to same kobiety (15,7%). Nikt z respondentów nie legitymował się ukończonymi studiami magisterskimi na kierunku pielęgniarstwo. Różnic istotnych statystycznie między wykształceniem a płcią respondentów nie zaobserwowano (Rycina 3).



Rycina 2. Miejsce pracy a płeć



Rycina 3. Wykształcenie a płeć

Aż 54,0% respondentów deklarowało staż pracy 20-30 lat, przy czym w tym zakresie rozkład płci był równomierny (54,5% mężczyzn vs 53,9% kobiety). 22,0% osób posiadało staż pracy 10-20 lat; 14,0% osób posiadało staż pracy powyżej 30 lat, zaś 10,0% osób deklarowało staż pracy mniej niż 10 lat, większość stanowili mężczyźni (27,3% mężczyzn vs

7,9% kobiety). Różnic istotnych statystycznie między stażem pracy w zawodzie a płcią respondentów nie zaobserwowano (Tabela II).

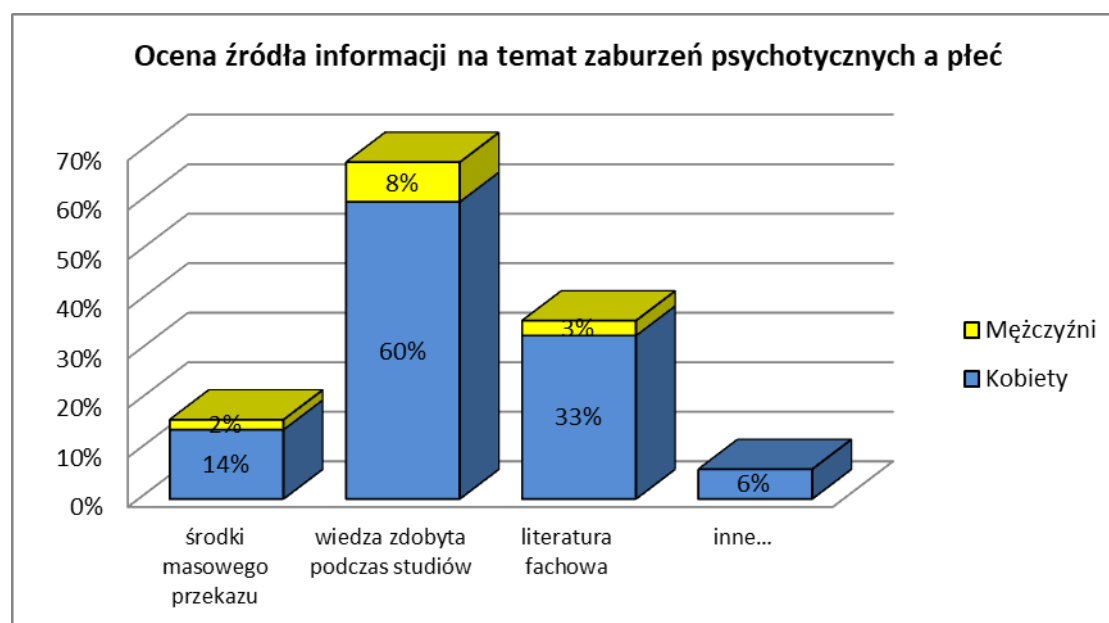
Tabela II. Staż pracy w zawodzie a płeć respondentów

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n= 100 (100%)
	n=89	%	n=11	%	
Staż pracy w zawodzie (n.z. – p = 0,139)					
mniej niż 10 lat	7	7,9	3	27,3	10 (10,0)
10-20 lat	20	22,5	2	18,2	22 (22,0)
20-30 lat	48	53,9	6	54,5	54 (54,0)
powyżej 30 lat	14	15,7	0	0,0	14 (14,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

Ocena źródła informacji na temat zaburzeń psychicznych

Aż 68,0% respondentów (72,7% mężczyzn vs 67,4% kobiet) stwierdziło, że głównym źródłem informacji na temat zaburzeń psychicznych jest wiedza zdobyta podczas studiów. 36,0% osób czerpało wiedzę z literatury fachowej; 16,0% - ze środków masowego przekazu, natomiast 6,0% osób (6,7% kobiet) wybrało inne (własną odpowiedź): wiedza zdobyta podczas pracy zawodowej z osobami zaburzonymi psychicznie. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano (Rycina 4).



Rycina 4. Ocena źródła informacji na temat zaburzeń psychicznych a płeć
Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ osoba ankietowana mogła wskazać kilka odpowiedzi

Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat chorób psychicznych i objawów psychotycznych

Zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między oceną wiedzy pielęgniarek/arzy na temat chorób psychicznych i objawów psychotycznych a płcią respondentów (* $p = 0,027$). Nieco ponad połowa, 52,0% osób (54,5% mężczyzn vs 51,7% kobiet) stwierdziła, że nie czuje się wystarczająco poinformowany/a i chciałby dowiedzieć się więcej na temat chorób psychicznych oraz objawów psychotycznych. 40,0% osób (42,7% kobiet vs 18,2% mężczyzn) twierdziło, że jest wystarczająco poinformowany/a, zaś 8,0% osób (27,3% mężczyzn vs 5,6% kobiet) - że nie czuje się wystarczająco poinformowany/a, ale nie interesuje ich to (Tabela III).

Tabela III. Ocena znajomości wiedzy pielęgniarek/arzy na temat chorób psychicznych i objawów psychotycznych a płeć respondentów

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n= 100 (100%)
	n=89	%	n=11	%	
Ocena znajomości wiedzy pielęgniarek/arzy na temat chorób psychicznych i objawów psychotycznych (* p = 0,027)					
jestem wystarczająco poinformowany/a	38	42,7	2	18,2	40 (40,0)
nie czuję się wystarczająco poinformowany/a, chciałbym dowiedzieć się więcej	46	51,7	6	54,5	52 (52,0)
nie czuję się wystarczająco poinformowany/a, ale nie interesuje mnie to	5	5,6	3	27,3	8 (8,0)

*-różnica istotna statystycznie

Tabela IV. Ocena znajomości wiedzy pielęgniarek/arzy na temat zaburzeń psychotycznych a płeć respondentów.

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n= 100 (100%)
	n=89	%	n=11	%	
Ocena znajomości wiedzy pielęgniarek/arzy na temat zaburzeń psychotycznych (* p = 0,003)					
tak, znam definicję i etiologię zaburzeń psychotycznych	51	57,3	1	9,1	52 (52,0)
myślę, że zaburzeniem psychotycznym jest głównie schizofrenia	33	37,1	10	90,9	43 (43,0)
nie wiem	5	5,6	0	0,0	5 (5,0)

*-różnica istotna statystycznie

Wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy oceną znajomości wiedzy pielęgniarek/arzy na temat zaburzeń psychicznych a płcią respondentów (* $p = 0,003$). 52,0% respondentów (57,3% kobiet vs 9,1% mężczyzn) zadeklarowało, że zna definicję i etiologię zaburzeń psychicznych. 43,0% osób (90,9% mężczyzn vs 37,1% kobiet) myślało, że zaburzeniem psychicznym jest głównie schizofrenia, natomiast 5,0% osób nie wiedziało, czym są zaburzenia psychiczne (Tabela IV).

Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat znajomości objawów zaburzeń psychicznych

Analizowano także odpowiedzi na pytanie ankietowe: *Czy zna Pan/i objawy zaburzeń psychicznych, pod względem płci respondentów?* 55,0% osób (57,3% kobiet vs 36,4% mężczyzn) deklaroowało, iż znają objawy zaburzeń psychicznych i wiedzą, że należą do nich zaburzenia spostrzegania, myślenia, funkcji psychoruchowych oraz objawy negatywne. 37,0% osób znało tylko zaburzenia spostrzegania i myślenia, do których należą halucynacje i urojenia, zaś 8,0% osób (18,2% vs 6,7% kobiet) stwierdziło, że nie znają objawów zaburzeń psychicznych. Różnic istotnych statystycznie nie wykazano (Tabela V).

Tabela V. Ocena wiedzy na temat znajomości objawów zaburzeń psychicznych a płeć ankietowanych

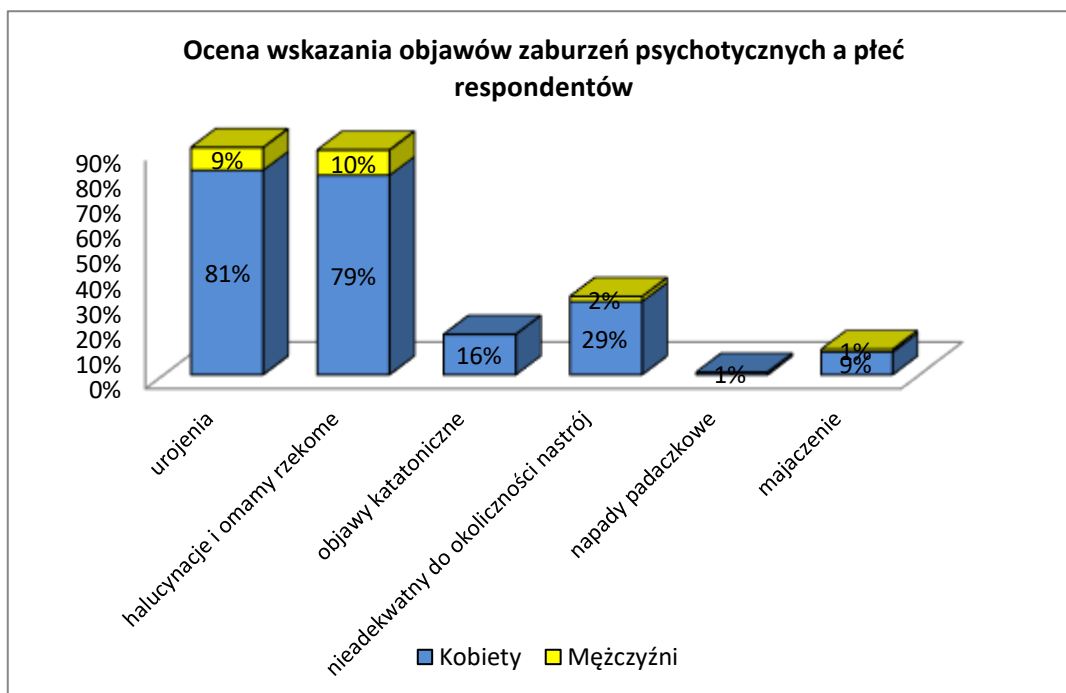
	Kobiety		Mężczyźni		Razem n= 100 (100%)
	n=89	%	n=11	%	
Ocena wiedzy na temat znajomości objawów zaburzeń psychotycznych (n.z. – p = 0,270)					
tak, wiem, że należą do nich zaburzenia spostrzegania, myślenia, funkcji psychoruchowych oraz objawy negatywne	51	57,3	4	36,4	55 (55,0)
znam tylko zaburzenia spostrzegania i myślenia, do których należą halucynacje i urojenia	32	36,0	5	45,4	37 (37,0)
nie znam	6	6,7	2	18,2	8 (8,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

Ocena wskazania objawów psychicznych a płeć respondentów

Przeanalizowano prawidłowość wskazania objawów zaburzeń psychicznych pod względem płci respondentów. 90,0% osób, w tym 91,0% kobiet i 81,8% mężczyzn wskazało

urojenia. 89,0% osób deklarowało halucynacje i omamy rzekome; 31,0% osób - nieadekwatny do okoliczności nastrój, 16,0% osób - objawy katatoniczne, a 10,0% osób - majaczenie. Tylko 1,0% respondentów (1,1% kobiet) zadeklarowało napady padaczkowe. Różnic istotnych statystycznie nie stwierdzono (Rycina 5).



Rycina 5. Ocena wskazania objawów zaburzeń psychicznych a płeć respondentów

Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ osoba ankietowana mogła wskazać kilka odpowiedzi

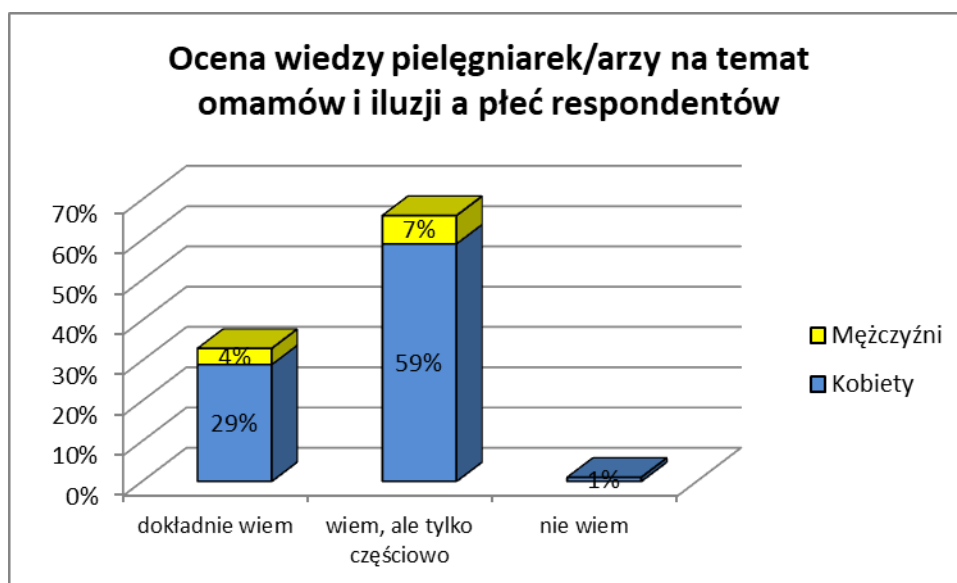
Ocena znajomości wiedzy pielęgniarek/arzy na temat omamów i iluzji

Analizowano wiedzę pielęgniarek/arzy odnośnie definiowania omamów i iluzji. Aż 66,0% respondentów (66,3% kobiet vs 63,6% mężczyzn) wiedziało, ale tylko częściowo, co to są omamy i iluzje. 33,0% osób deklarowało, że dokładnie wiedzą, natomiast 1,0% osób (1,1% kobiet) zadeklarowało, że nie wiedzą, co to są omamy i iluzje.

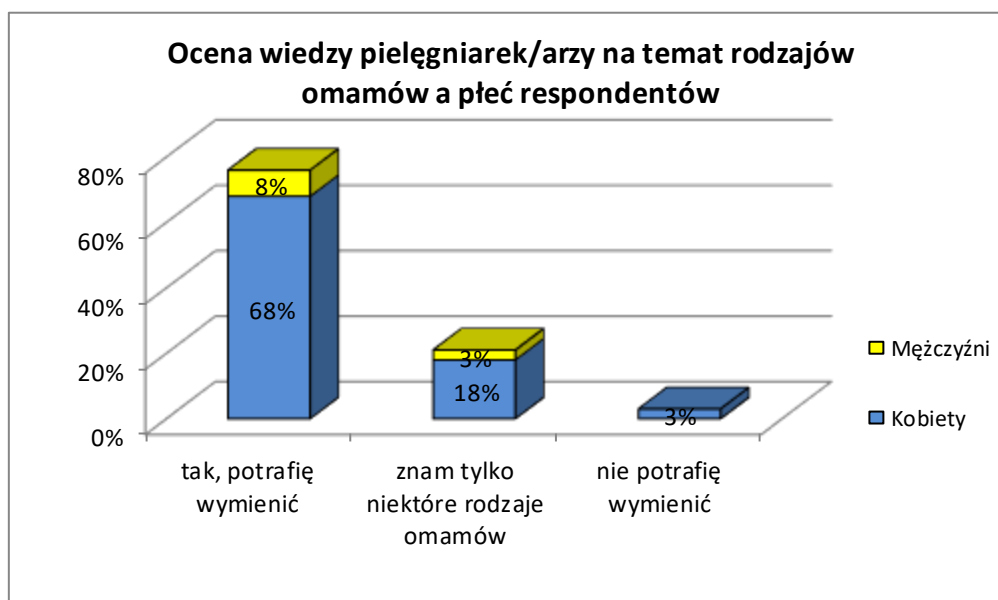
Różnic istotnych statystycznie nie wykazano (Rycina 6).

W dalszej kolejności zapytano respondentów, czy potrafią wymienić rodzaje omamów. Aż 76,0% osób (76,4% kobiet vs 72,7% mężczyzn) zadeklarowało, że potrafi wymienić rodzaje omamów i zna omamy słuchowe, wzrokowe, węchowe, smakowe, somatyczne. 21,0% osób stwierdziło, że zna tylko niektóre rodzaje omamów, zaś 3,0% osób (3,4% kobiet) deklarowało, że nie potrafi wymienić ani jednego rodzaju omamów.

Różnic istotnych statystycznie nie stwierdzono (Rycina 7).



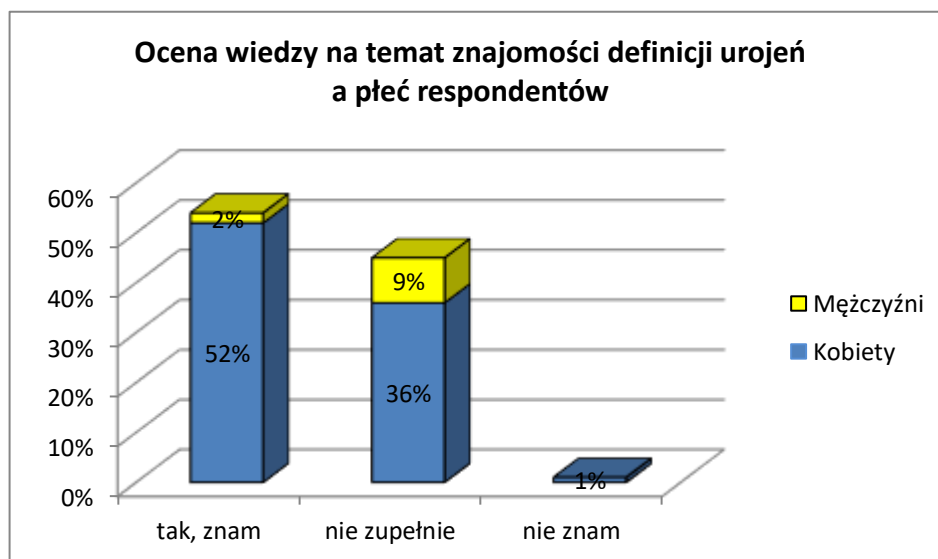
Rycina 6. Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat omamów i iluzji a płeć respondentów



Rycina 7. Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat rodzajów omamów a płeć respondentów

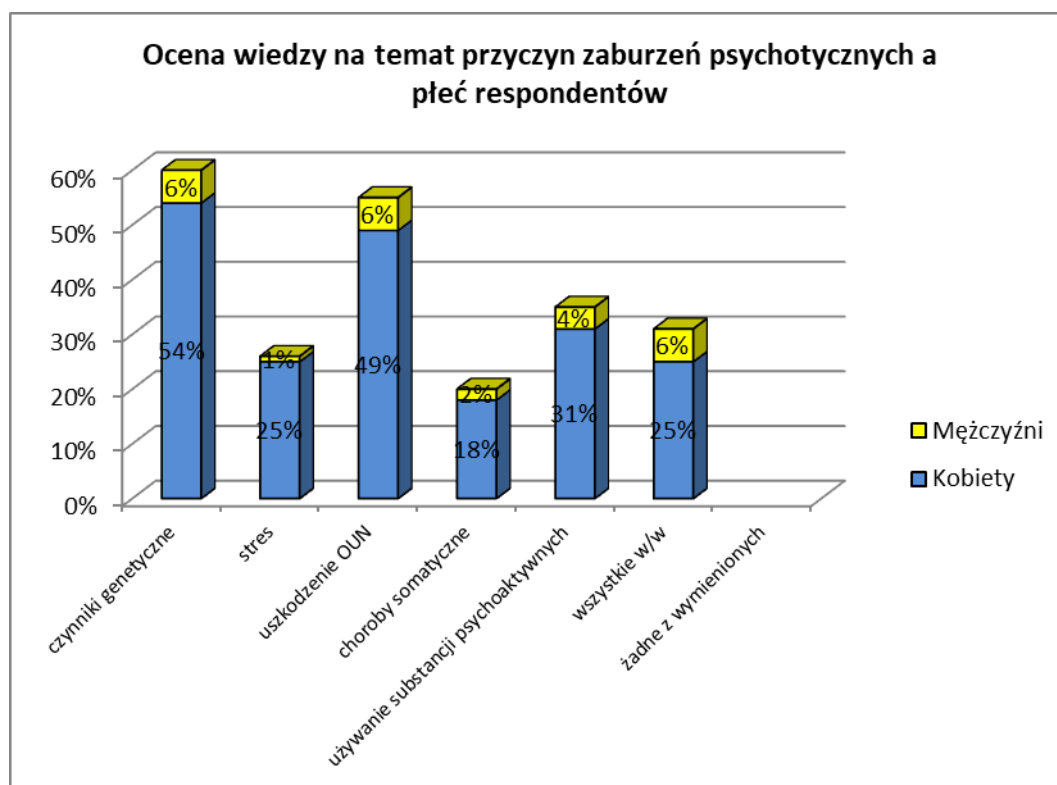
Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat definicji urojeń a płeć respondentów

Wykazano różnice istotne statystycznie między oceną wiedzy na temat znajomości definicji urojeń a płcią respondentów (* $p = 0,034$). Nieco ponad połowa, 54,0% badanych (58,4% kobiet vs 18,2% mężczyzn) znała definicję urojeń. 45,0% osób deklarowało, że niezupełnie ją zna, zaś 1,0% osób (1,1% kobiet) - że nie znała definicji urojeń (Rycina 8).



Rycina 8. Ocena wiedzy na temat znajomości definicji urojeń a płeć respondentów

Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat przyczyn zaburzeń psychicznych a płeć respondentów



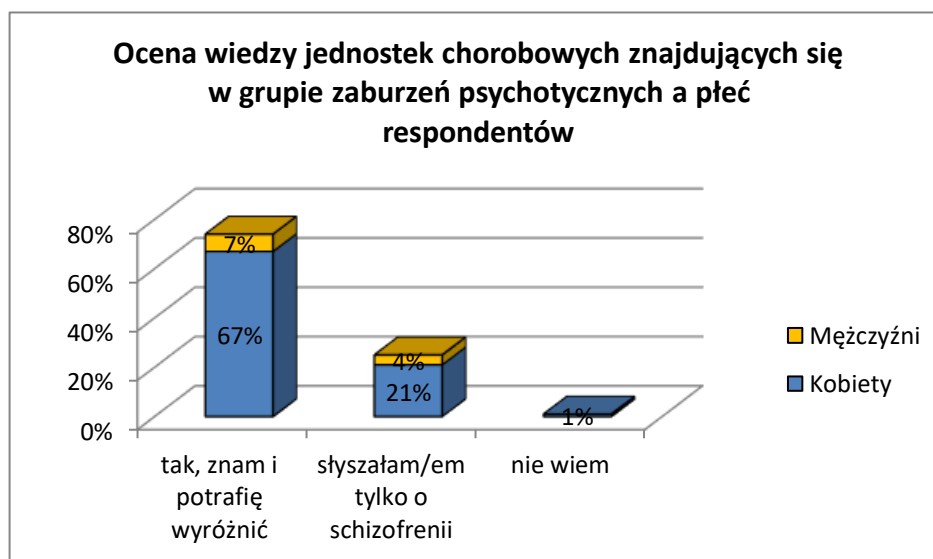
Rycina 9. Ocena wiedzy na temat przyczyn zaburzeń psychicznych a płeć respondentów
Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ osoba ankietowana mogła wskazać kilka odpowiedzi

Zapytano respondentów, co uważają za przyczynę zaburzeń psychicznych? Okazało się, że 60,0% respondentów (60,7% kobiet vs 54,6% mężczyzn) stwierdziło, że przyczyną zaburzeń psychicznych są czynniki genetyczne. 55,0% osób uważało, że są to uszkodzenia OUN, 35,0% osób deklaroowało, że używanie substancji psychoaktywnych, 31,0% osób - wszystkie w/w przyczyny zaburzeń psychicznych, 26,0% osób uważało za przyczynę stres, natomiast 20,0% osób (20,2% vs 18,2% mężczyzn) - choroby somatyczne.

Różnic istotnych statystycznie nie wykazano (Rycina 9).

Aż 74,0% respondentów (75,3% kobiet vs 63,6% mężczyzn) znało i potrafiło wyróżnić wszystkie jednostki chorobowe znajdujące się w grupie zaburzeń psychicznych (tj. schizofrenia, zaburzenia schizofreniczne, zaburzenia urojeniowe). 25,0% osób deklaroowało, że słyszało tylko o schizofrenii, zaś 1,0% osób (1,1% kobiet) nie znało i nie potrafiło ich wyróżnić.

Różnic istotnych statystycznie nie stwierdzono (Rycina 10).



Rycina 10. Ocena wiedzy jednostek chorobowych znajdujących się w grupie zaburzeń psychicznych a płeć respondentów

Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat problemów pielęgnacyjnych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi

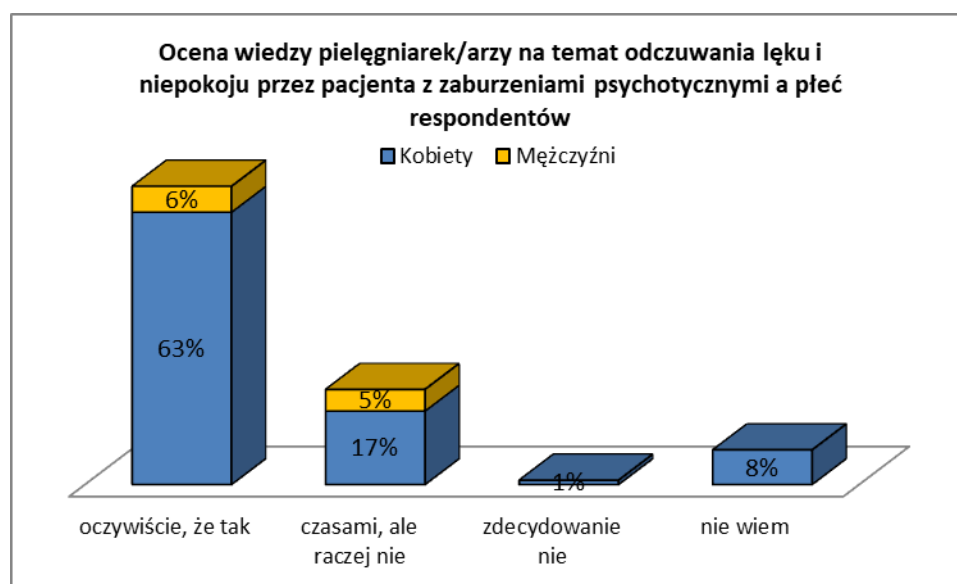
Zapytano respondentów: Czy wiedzą, jakie problemy pielęgnacyjne mają pacjenci z zaburzeniami psychicznymi? Aż 72,0% osób (100,0 mężczyzn vs 68,5% kobiet) myślało, że są to głównie zaburzone postrzeganie rzeczywistości oraz przejawianie agresji. 22,0% osób

deklarowało, że dokładnie zna problemy tych pacjentów, natomiast 6,0% osób (6,7% kobiet) nie wiedziało i nie znało problemów pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Różnic istotnych statystycznie nie wykazano (Tabela VI).

Tabela VI. Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat problemów pielęgnacyjnych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi a płeć respondentów

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n= 100 (100%)
	n=89	%	n=11	%	
Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat problemów pielęgnacyjnych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (n.z. – p = 0,090)					
tak, dokładnie znam problemy tych pacjentów	22	24,8	0	0,0	22 (22,0)
myślę, że są to głównie zaburzone postrzeganie rzeczywistości oraz przejawianie agresji	61	68,5	11	100,0	72 (72,0)
nie wiem	6	6,7	0	0,0	6 (6,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

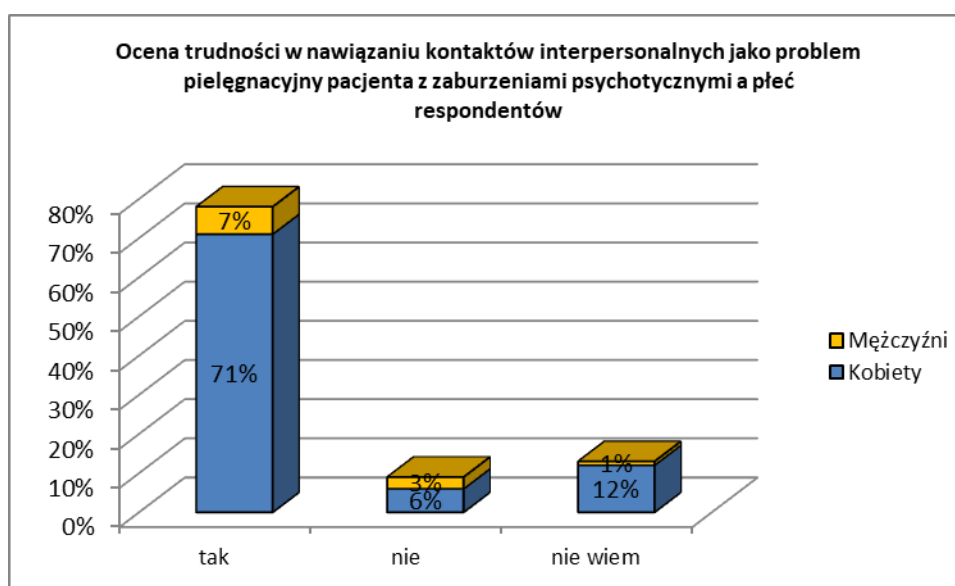


Rycina 11. Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat odczuwania lęku i niepokoju przez pacjenta z zaburzeniami psychicznymi a płeć respondentów

Następnie przeanalizowano pytanie ankietowe: Czy Pani/a zdaniem pacjent z zaburzeniami psychicznymi odczuwa lęk i niepokój a płeć respondentów. 69,0% osób (70,8% vs 54,5% mężczyzn) deklarowało odpowiedź „oczywiście, że tak”. 22,0% osób

wskazało odpowiedź „czasami, ale raczej nie”, 8,0% osób deklaroowało odpowiedź „nie wiem”, tylko 1,0% osób (1,1% kobiet) „zdecydowanie nie”. Różnic istotnych statystycznie nie wykazano (Rycina 11).

Aż 78,0% osób (79,8% kobiet vs 63,6% mężczyzn) deklaroowało, że trudności w nawiązaniu kontaktów interpersonalnych są problemem pielęgnacyjnym pacjenta z zaburzeniami psychicznymi; 13,0% osób nie wiedziało, czy jest to problemem, a 9,0% osób (27,3% mężczyzn vs 6,7% kobiet) zadeklaroowało, że trudności w nawiązaniu kontaktów interpersonalnych nie są problemem pielęgnacyjnym pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Różnic istotnych statystycznie nie wykazano (Rycina 12).

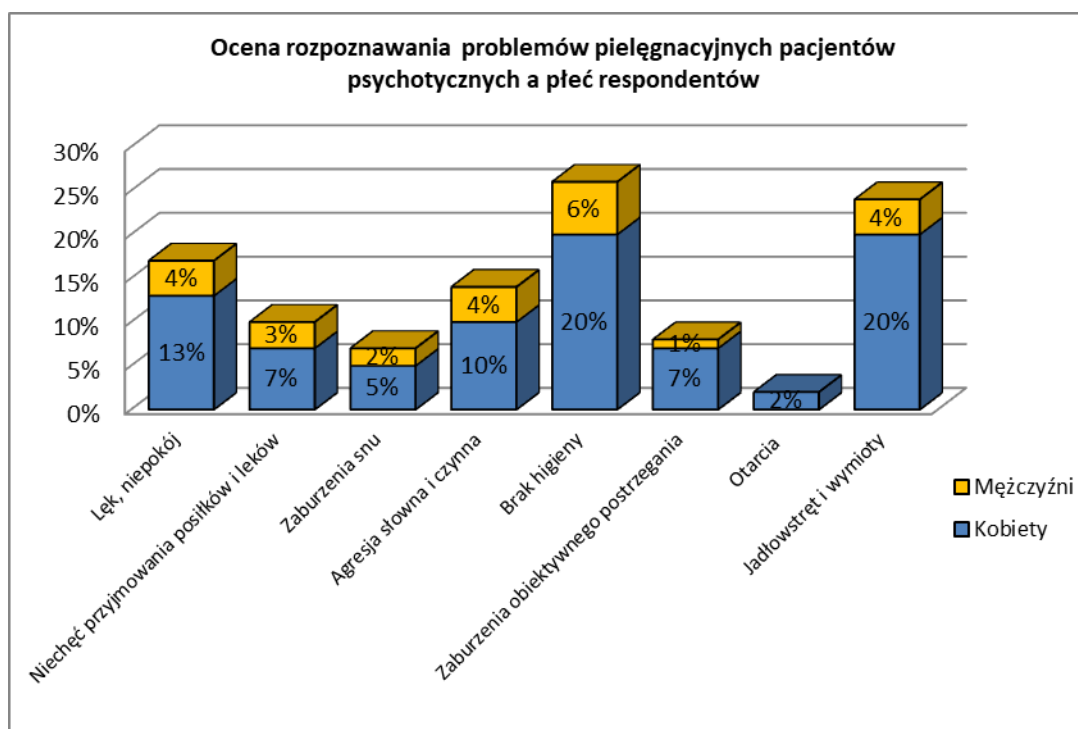


Rycina 12. Ocena trudności w nawiązaniu kontaktów interpersonalnych jako problem pielęgnacyjny pacjenta z zaburzeniami psychicznymi a płeć respondentów

Analizowano także znajomość rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych pacjentów psychicznych w zależności od płci respondentów. 26,0% osób (54,5% mężczyzn vs 22,5% kobiet) wskazało brak higieny; 24,0% osób zadeklaroowało jadłowstręt i wymioty; 17,0% - lęk i niepokój; 14,0% - agresję słowną i czynną, 10,0% - niechęć przyjmowania posiłków i leków, 8,0% - zaburzenia obiektywnego postrzegania, 7,0% - zaburzenia snu, natomiast 2,0% osób (2,2% kobiet) - otarcia. Różnic istotnych statystycznie nie stwierdzono (Rycina 13).

Następnie zapytano respondentów: Czy te problemy pielęgnacyjne są uciążliwe w codziennym wykonywaniu obowiązków pielęgniarki/pielęgniara? Aż 97,0% osób (100,0% mężczyzn vs 96,6% kobiet) odpowiedziało twierdząco na zadane pytanie. Tylko 3,0% osób

(3,4% kobiet) uważało, że nie są one uciążliwe. Różnic istotnych statystycznie nie wykazano (Rycina 14).



Rycina 13. Ocena rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych pacjentów psychiatrycznych a płeć respondentów

Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ osoba ankietowana mogła wskazać kilka odpowiedzi



Rycina 14. Ocena uciążliwości w/w problemów pielęgnacyjnych w codziennym wykonywaniu obowiązków pielęgniarki/pielęgniarsza a płeć respondentów

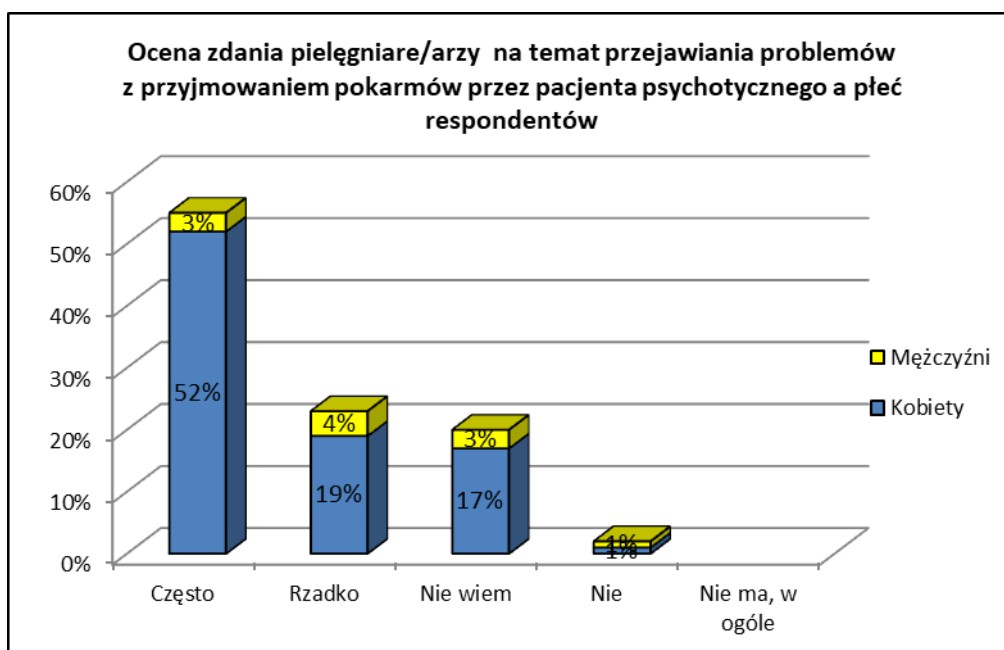
Zapytano respondentów: Czy doświadcza Pani/Pan problemów pielęgnacyjnych dotyczących higieny osobistej pacjentów psychicznych? Najczęściej badani deklarowali odmowę/niechęć do utrzymania higieny osobistej (32,0% osób, w tym 54,5% mężczyzn i 29,2% kobiet), higienę jamy ustnej (23,0% osób), zaniedbanie wyglądu zewnętrznego (10,0% osób). 8,0% osób wskazało zakażenie układu moczowego, a po 3,0% osób - smarowanie się swoimi odchodami i wrastające paznokcie kończyn dolnych (w tym 3,4% kobiet). Różnic istotnych statystycznie nie wykazano (Tabela VII).

Tabela VII. Ocena doświadczania przez pielęgniarki/arzy problemów pielęgnacyjnych dotyczących higieny osobistej pacjentów psychicznych a płeć respondentów

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n= 100 (100%)
	n=89	%	n=11	%	
Ocena doświadczania przez pielęgniarki/arzy problemów pielęgnacyjnych dotyczących higieny osobistej pacjentów psychiatrycznych (n.z. – p = 0,793)					
Odmowa/niechęć do utrzymania higieny osobistej	26	29,2	6	54,5	32
Higiena jamy ustnej	17	19,1	6	54,5	23
Zaniedbanie wyglądu zewnętrznego	8	9,0	2	18,2	10
Smarowanie się swoimi odchodami	3	3,4	0	0,0	3
Wrastające paznokcie kończyn dolnych	3	3,4	0	0,0	3
Zakażenie układu moczowego	7	7,9	1	9,1	8

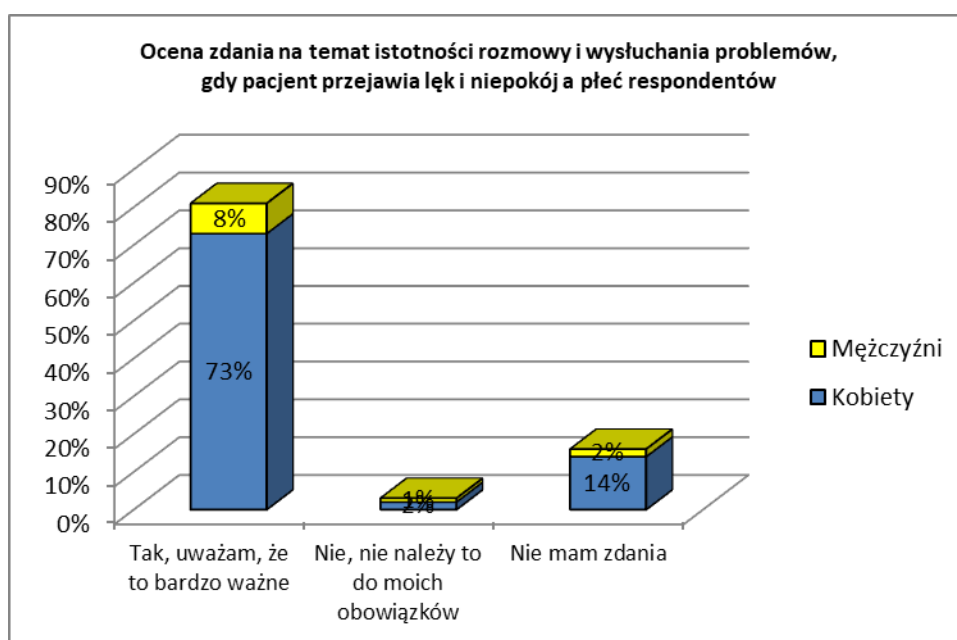
n.z. – brak różnic istotnych statystycznie
Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ osoba ankietowana mogła wskazać kilka odpowiedzi.

W dalszej kolejności analizowano pytanie ankietowe: Czy Pani/Pana zdaniem, pacjent psychiczny może przejawiać problemy z przyjmowaniem pokarmów? 55,0% respondentów (58,4% kobiet vs 27,3% mężczyzn) było zdania, że często. 23,0% osób uważało, że rzadko, a 20,0% osób ni na ten temat nie wiedziało. Tylko 2,0% osób (9,1% mężczyzn vs 1,1% kobiet) uważało, że pacjent psychiczny nie przejawia problemów z przyjmowaniem pokarmów. Różnic istotnych statystycznie nie wykazano (Rycina 15).



Rycina 15. Ocena zdania pielęgniarek/arzy na temat przejawiania problemów z przyjmowaniem pokarmów przez pacjenta psychicznego a płeć respondentów

Ocena zdania na temat istotności rozmowy i wysłuchania problemów a płeć respondentów



Rycina 16. Ocena zdania na temat istotności rozmowy i wysłuchania problemów, gdy pacjent przejawia lęk i niepokój a płeć respondentów

Aż 81,0% osób (82,0% kobiet vs 72,7% mężczyzn) uważało za bardzo ważne, że istotnym elementem opieki nad pacjentem psychicznym jest rozmowa i wysłuchanie jego problemów, gdy ten przejawia lęk i niepokój. 16,0% osób deklaroowało brak zdania na ten temat, zaś 3,0% osób (9,1% mężczyzn vs 2,3% kobiet) – że nie należy do ich obowiązków rozmowa i wysłuchanie problemów, gdy pacjent przejawia lęk i niepokój.

Różnic istotnych statystycznie nie wykazano (Rycina 16).

Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat zastosowania przymusu bezpośredniego a płeć respondentów

Tabela VIII. Ocena wiedzy na temat zastosowania przymusu bezpośredniego u pacjenta psychicznego a płeć respondentów.

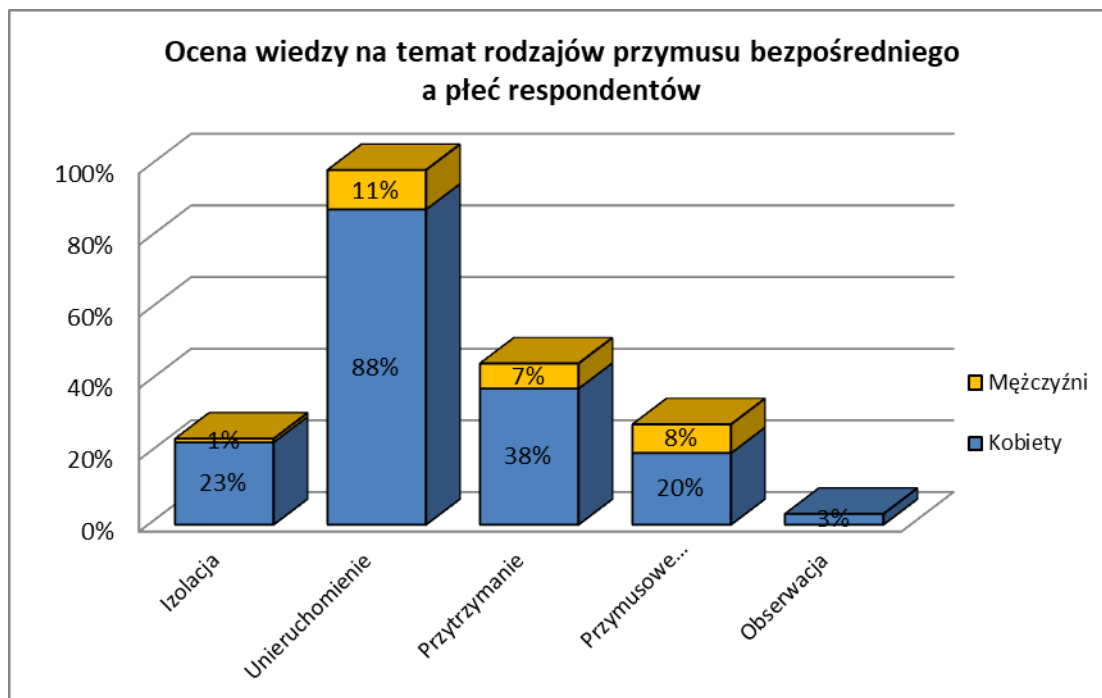
	Kobiety		M		Razem n= 100 (100%)
	n=89	%	n=11	%	
Ocena wiedzy na temat zastosowania przymusu bezpośredniego u pacjenta psychiatrycznego (n.z. – p = 0,505)					
gdy zagraża życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby	80	89,9	9	81,8	89 (89,0)
gdy zagraża bezpieczeństwu powszechnemu	37	41,6	9	81,8	46 (46,0)
gdy w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu	42	47,2	7	63,6	49 (49,0)
gdy poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki	32	36,0	5	45,5	37 (37,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ osoba ankietowana mogła wskazać kilka odpowiedzi.

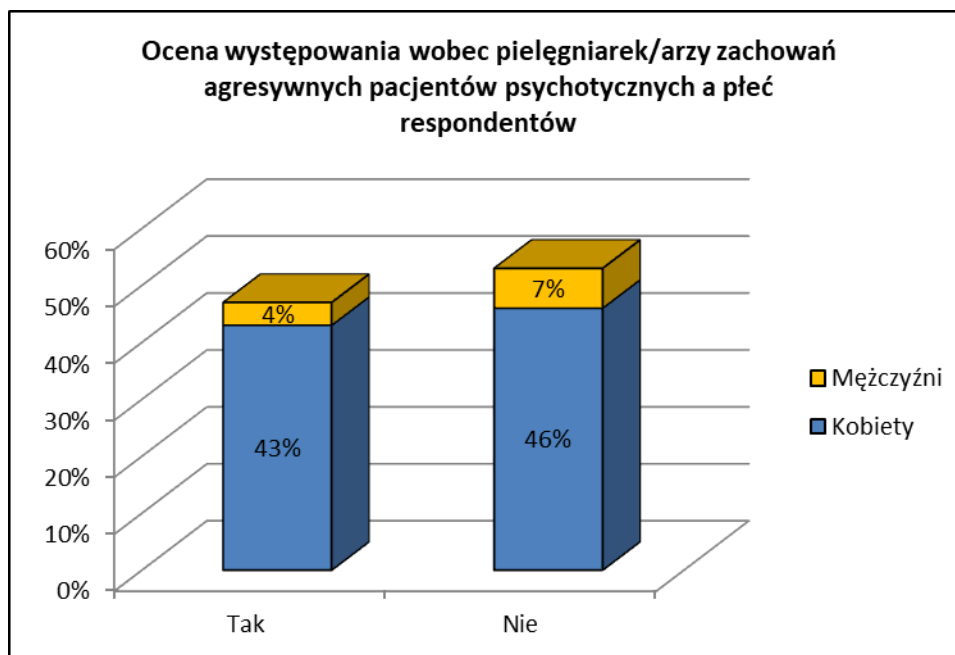
Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat rodzajów przymusu bezpośredniego a płeć respondentów

Aż 99,0% osób (100,0% mężczyzn vs 98,9% kobiet), jako rodzaj przymusu bezpośredniego wskazało unieruchomienie. 45,0% osób – przytrzymanie; 28,0% osób - przymusowe podanie leków; 24,0% - izolację, zaś 3,0% - obserwację (były to kobiety -3,4%). Różnic istotnych statystycznie nie wykazano (Rycina 17).



Rycina 17. Ocena wiedzy na temat rodzajów przymusu bezpośredniego a płeć respondentów. Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ osoba ankietowana mogła wskazać kilka odpowiedzi

Ocena występowania wobec pielęgniarek/arzy zachowań agresywnych pacjentów psychicznych a płeć respondentów

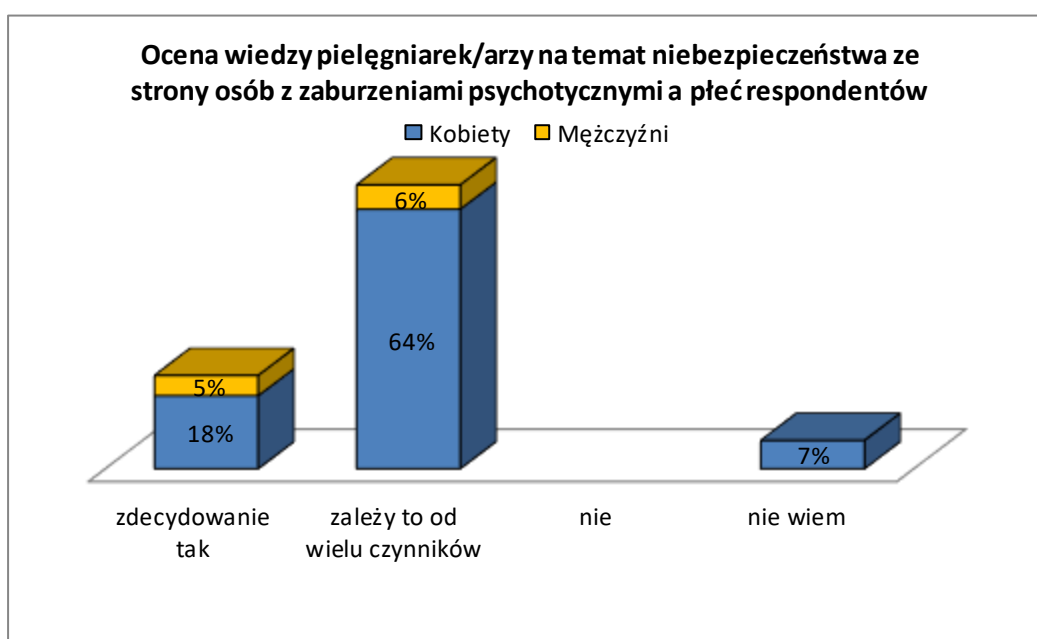


Rycina 18. Ocena występowania wobec pielęgniarek/arzy zachowań agresywnych pacjentów psychicznych a płeć respondentów

53,0% osób (63,6% mężczyzn vs 51,7% kobiet) deklarowało, że w pracy zawodowej nie doświadczyło zachowań agresywnych pacjentów psychicznych. Jednak 47,0% respondentom (48,3% kobiet vs 36,4% mężczyzn) zdarzyło się to w pracy zawodowej. Różnic istotnych statystycznie nie wykazano (Rycina 18).

Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat niebezpieczeństwa ze strony pacjentów z zaburzeniami psychicznymi a płeć respondentów

Aż 70,0% respondentów (71,9% kobiet vs 54,5% mężczyzn) uważało, że narażenie na niebezpieczeństwo ze strony pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zależy od wielu czynników (Rycina 19).



Rycina 19. Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat niebezpieczeństwa ze strony osób z zaburzeniami psychicznymi a płeć respondentów

Ocena problemów zdarzających się w podawaniu leków ze strony pacjenta psychicznego a płeć respondentów

Stwierdzono różnice istotne statystycznie między oceną problemów zdarzających się w podawaniu leków ze strony pacjenta psychicznego a płcią respondentów (*p = 0,013). Wśród problemów zdarzających się w podawaniu leków ze strony pacjenta psychicznego deklarowano pobudzenie psychoruchowe (24,0% osób, w tym 63,6% mężczyzn i 12,4% kobiet), odmowę przyjęcia leków (19,0% osób), wypluwanie tabletek, prowokowanie

wymiotów i ukrywanie tabletek/leków (po 9,0% osób), brak poczucia choroby oraz zaburzenie komunikacji (po 2,0% osób, w tym 2,2% kobiet). Wyniki obrazuje Rycina 20.



Rycina 20. Ocena problemów zdarzających się w podawaniu leków ze strony pacjenta psychicznego a płeć respondentów

Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ osoba ankietowana mogła wskazać kilka odpowiedzi

Ocena alternatywnych form podania leków przeciwpsychotycznych a płeć respondentów

Tabela IX. Ocena wiedzy alternatywnych form podania leków przeciwpsychotycznych pacjentom niewspółpracującym a płeć respondentów

	K		M		Razem n= 100 (100%)
	n=89	%	n=11	%	
Ocena wiedzy alternatywnych form podania leków przeciwpsychotycznych pacjentom niewspółpracującym (n.z. – p = 0,125)					
Iniekcje krótko działające	27	30,3	1	9,1	28 (28,0)
Iniekcje długo działające	75	84,3	10	90,9	85 (85,0)
Tabletki rozpuszczalne w jamie ustnej	24	27,0	6	54,5	30 (30,0)
Leki w postaci kropeł, syropów, proszków do sporządzania roztworów	26	29,2	1	9,1	27 (27,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ osoba ankietowana mogła wskazać

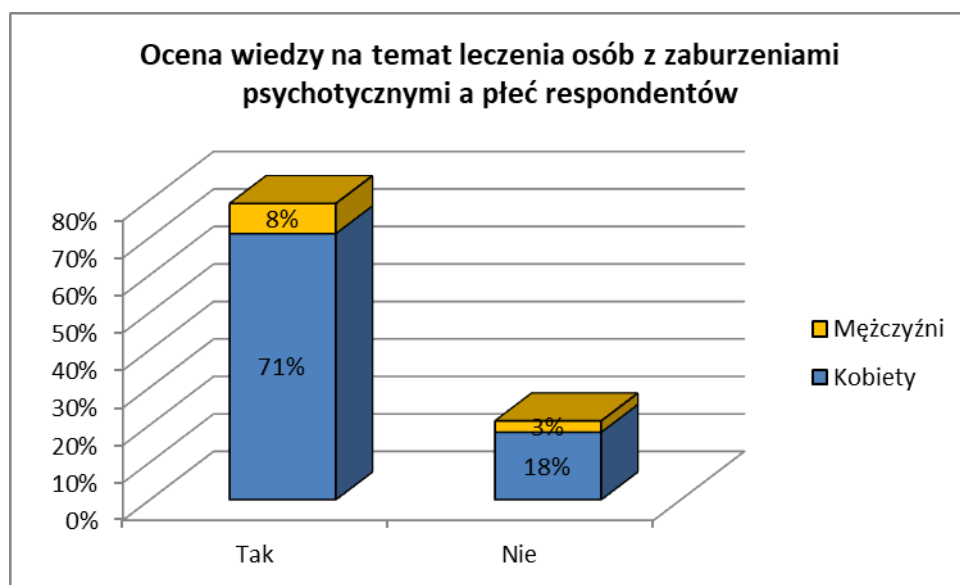
kilka odpowiedzi

Następnie przeanalizowano wiedzę na temat alternatywnych form podania leków przeciwpsychotycznych pacjentom niewspółpracującym w zależności od płci respondentów. 85,0% osób (90,9% mężczyzn vs 84,3% kobiet), jako alternatywną formę podania leków przeciwpsychotycznych pacjentom niewspółpracującym, rekomendowało iniekcje długo działające.

30,0% osób wskazało tabletki rozpuszczalne w jamie ustnej; 28,0% osób - iniekcje krótko działające, 27,0% osób (29,2% vs 9,1% mężczyzn) - leki w postaci kropeł, syropów, proszków do sporządzania roztworów.

Różnic istotnych statystycznie nie wykazano (Tabela IX).

Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi a płeć respondentów



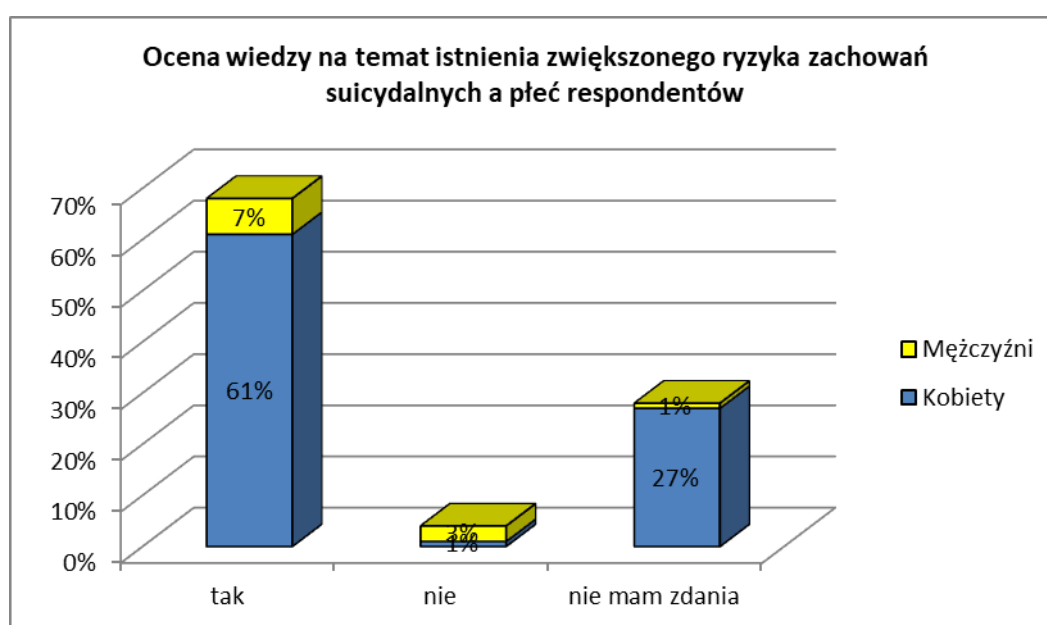
Rycina 21. Ocena wiedzy na temat leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi a płeć respondentów

W dalszej kolejności zapytano respondentów o leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi

Aż 79,0% osób (79,8% vs 72,7% mężczyzn) wiedziało, na czym polega leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, a 21,0% osób (27,3% mężczyzn vs 20,2% kobiety) nie posiadało takiej wiedzy. Różnic istotnych statystycznie nie wykazano (Rycina 21).

Ocena wiedzy pielęgniarek/arzy na temat istnienia zwiększonego ryzyka zachowań suicydalnych

Zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między oceną wiedzy na temat istnienia zwiększonego ryzyka zachowań suicydalnych a płcią respondentów (*p = 0,0001). Aż 68,0% osób (68,5% kobiet vs 63,6% mężczyzn) było zdania, że istnieje zwiększone ryzyko zachowań suicydalnych. 27,0% osób nie miało zdania na ten temat, zaś 5,0% osób (27,3% mężczyzn vs 1,1% kobiet) stwierdziło, że nie istnieje zwiększone ryzyko zachowań suicydalnych (Rycina 22).



Rycina 22. Ocena wiedzy na temat istnienia zwiększonego ryzyka zachowań suicydalnych a płeć respondentów

Ocena środków zachowawczych stosowanych u pacjentów psychicznych wykazujących zachowania suicydalne

Wykazano różnicę istotną statystycznie między oceną środków zachowawczych, które można zastosować u pacjentów psychicznych wykazujących zachowania suicydalne a płcią respondentów (*p = 0,027). 24,0% osób deklaroowało ścisłą obserwację/dozór/izolację; 15,0% osób (54,5% vs 10,1% kobiet) - ścisłą obserwację/zastosowanie farmakoterapii, po 11,0% osób - przymus bezpośredni i psychoterapię/obserwację, zaś 10,0% respondentów wskazało salę obserwacyjną, jako środek zachowawczy.

Szczegółowe dane zawiera tabela X.

Tabela X. Ocena środków zachowawczych, które można zastosować u pacjentów psychicznych wykazujących zachowania suicydalne a płeć respondentów

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n= 100 (100%)
	n=89	%	n=11	%	
Ocena środków zachowawczych, które można zastosować u pacjentów psychiatrycznych wykazujących zachowania samobójcze (* p = 0,027)					
Ścisła obserwacja/ dozór/ izolacja	21	23,6	3	27,3	24 (24,0)
Ścisła obserwacja/ zastosowanie farmakoterapii	9	10,1	6	54,5	15 (15,0)
Przymus bezpośredni	9	10,1	2	18,2	11 (11,0)
Sala obserwacyjna	10	11,2	0	0,0	10 (10,0)
Psychoterapia/ obserwacja	11	12,4	0	0,0	11 (11,0)

*-różnica istotna statystycznie

Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ osoba ankietowana mogła wskazać kilka odpowiedzi

DYSKUSJA

W poniższej pracy został poruszony problem oceny wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy na temat objawów i problemów pielęgnacyjnych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, osób aktywnych zawodowo, studentów kierunku Pielęgniarstwo I^o i II^o w Wyższej Szkole Medycznej w Białymstoku, której głównym celem było ocena wiedzy pielęgniarek, studentek studiów licencjackich oraz magisterskich, na temat zaburzeń psychicznych, natomiast celami szczegółowymi było ocena problemów pielęgnacyjnych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi oraz ocena rozpoznawania problemów i potrzeb pacjenta oraz ustalenia ograniczeń i mocnych stron pacjenta.

Zdaniem Gałęckiego i Szulc zdrowie psychiczne jest jednym z najważniejszych zasobów społeczeństwa, a obecność zaburzenia psychicznego pozostawia piętno na codziennym funkcjonowaniu człowieka, niezależnie od płci i wieku [2].

W badaniu własnym aż 74,0% respondentów znało i potrafiło wyróżnić wszystkie jednostki chorobowe znajdujące się w grupie zaburzeń psychicznych (tj. schizofrenia, zaburzenia schizoafektywne, zaburzenia urojeniowe), ale jednocześnie nieco ponad połowa badanych (52,0% osób) stwierdziła, że nie czuje się wystarczająco poinformowanymi i chciałaby dowiedzieć się więcej na temat chorób psychicznych i objawów psychicznych.

Zdaniem Imielskiego z chorobą psychiczną ma się do czynienia wówczas, gdy na skutek zmian w obrębie psychopatologicznego funkcjonowania dochodzi do względnie trwałego i poważnego zaburzenia życia psychicznego i dotyczy to sfery intelektu, emocji i związków społecznych. Przyjmuje się, że niektóre osoby mają predyspozycje do zaburzeń psychicznych [3].

W badaniu własnym aż 68,0% respondentów stwierdziło, że głównym źródłem informacji na temat zaburzeń psychicznych była wiedza zdobyta podczas studiów. Ponad połowa badanych (52,0%) deklarowała, że zna definicję i etiologię zaburzeń psychicznych. Wykazano także różnice istotne statystycznie pomiędzy oceną znajomości wiedzy pielęgniarek/arzy na temat zaburzeń psychicznych a płcią respondentów.

Nasierowski twierdzi, że w czasach starożytnych przeważał pogląd, iż większość zaburzeń psychicznych to choroby ciała [4]. Zdaniem Bilikiewicza dopiero w drugiej połowie XX wieku pojawiły się nowe metody rozpoznawania oraz leczenia zaburzeń psychicznych [5].

W badaniu własnym, aż 79,0% osób wiedziało, na czym polega leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi.

Według Gałęckiego i Szulc [2] schizofrenia to jedna z najcięższych chorób psychicznych. Szacuje się, że na świecie choruje na nią przeszło 50 mln ludzi, a w Polsce stopniowo wzrasta liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych.

Wskaźnik rejestrowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych od roku 1990 do 2007 wzrósł o 119% w opiece ambulatoryjnej i o 50% w opiece stacjonarnej. Według danych NFZ obecnie w Polsce na schizofrenię choruje nawet 190 tys. osób, ale szacuje się, że drugie tyle jest niezdiagnozowanych, ponieważ żaden centralny rejestr chorych nie istnieje [2].

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że zaburzenie psychiczne to zespół objawów charakteryzujący się znaczącym klinicznie zniekształceniem w obrębie postrzegania, regulacji emocji, czy też obecnością zachowań odzwierciedlających psychologiczną, rozwojową lub biologiczną dysfunkcję. Uważa się, że w zaburzeniach psychicznych występują objawy zakłóconego kontaktu z rzeczywistością, omamy, urojenia, zaburzenia zachowania, niepokój, pobudzenie, lęk o charakterze psychicznym [1,3,6- 9].

W badaniu własnym 55,0% osób deklaroowało, iż znają objawy zaburzeń psychicznych i wiedzą, że należą do nich zaburzenia spostrzegania, myślenia, funkcji psychoruchowych oraz objawy negatywne. Za objawy zaburzeń psychicznych 90,0% osób wskazało urojenia; 89,0% - halucynacje i omamy rzekome; 31,0% osób - nieadekwatny do

okoliczności nastrój; 16,0% - objawy katatoniczne; 10,0% - majaczenie, a 1,0% respondentów - napady padaczkowe.

W opinii wielu autorów omamy, czyli halucynacje, są spostrzeżeniem nieistniejących w rzeczywistości przedmiotów, charakteryzują się silnym poczuciem realności spostrzeżenia i towarzyszy im błędny osąd realizujący. Omamy są to objawy podobne do spostrzegania, lecz powstają bez zewnętrznego bodźca działającego na narząd zmysłu [1,7,10].

W badaniu własnym aż 66,0% respondentów tylko częściowo wiedziało, co to są omamy i iluzje, ale aż 76,0% osób zadeklarowało, że potrafi wymienić rodzaje omamów i znało omamy słuchowe, wzrokowe, węchowe, smakowe, somatyczne.

Według doniesień wielu autorów najczęściej spotykanymi urojeniami są urojenia prześladowcze, somatyczne i religijne. Odrębną grupę stanowią urojenia oddziaływania oraz wpływania na myśli. Dla zaburzeń urojeniowych charakterystyczne jest występowanie treści urojeniowych, które trwale są obecne w życiu chorego [1,7].

W badaniu własnym wykazano istotną statystycznie różnicę pomiędzy oceną wiedzy na temat znajomości definicji urojeń a płcią respondentów (*p = 0,034). Definicję urojeń znało 54,0% respondentów, w tym 58,4% kobiet i 18,2% mężczyzn.

Zdaniem Rybakowskiego, klasyfikacja psychiatryczna opisuje schizofrenię, jako zaburzenie myślenia, spostrzegania oraz afektu o dużym nasileniu, prowadzącego do zaburzeń funkcjonowania społecznego. Szacuje się, że korzystne rokowanie i powrót do dobrego funkcjonowania psychospołecznego dotyczy około 1/3 przypadków choroby [7]. Imielski uważa, że w grupie osób dotkniętych chorobą ryzyko zgonu jest o ponad 2,5 razy większe w odniesieniu do populacji osób zdrowych, 12-krotnie zwiększone ryzyko samobójstw oraz rozwoju chorób układu krążenia i układu oddechowego [3].

Dane z fachowej literatury dowodzą, iż u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi wyróżniamy szereg problemów. Są to m.in.:

- lęk,
- niepokój,
- zaburzone postrzeganie rzeczywistości,
- przejawianie agresji i drażliwości,
- trudność w nawiązaniu kontaktów interpersonalnych,
- bezczynność i problemy z koncentracją uwagi,
- zaburzenia snu,
- zaniedbanie potrzeb w zakresie utrzymania higieny [1,5,11,12,13].

W badaniu własnym, 22,0% osób deklarowało, że dokładnie zna problemy tych pacjentów. Aż 72,0% osób myślało, że u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi głównymi problemami są zaburzone postrzeganie rzeczywistości oraz przejawianie agresji, a 69,0% osób było zdania, że pacjent z zaburzeniami psychicznymi odczuwa lęk i niepokój.

W opinii wielu autorów w przypadku zaburzeń psychicznych, psychicznych, w których spotyka się objawy wytwórcze, dochodzi do zerwania kontaktu z rzeczywistością. Pacjent często przestaje zaspokajać podstawowe potrzeby życiowe, co wynika z niemożności zaspokojenia potrzeb biologicznych, głównie z powodu urojeń, obniżenia aktywności ruchowej [14-17].

W badaniu własnym respondenci za główne problemy pielęgnacyjne dotyczące higieny osobistej pacjentów psychicznych uznali odmowę/niechęć do utrzymania higieny osobistej (32,0%), higienę jamy ustnej (23,0%), zaniedbanie wyglądu zewnętrznego (10,0%). 8,0% badanych zadeklarowało zakażenie układu moczowego, po 3,0% osób deklarowało smarowanie się swoimi odchodami i wrastające paznokcie kończyn dolnych. Aż 55,0% respondentów było zdania, że często pacjent psychiczny może przejawiać problemy z przyjmowaniem pokarmów..

Według doniesień Heitzman [18], mimo tak silnych zaburzeń, pacjenci często nie dopuszczają do siebie myśli, że mają poważny problem ze zdrowiem, nie czują potrzeby regularnego przyjmowania leków i tym samym lekceważą niezbędną terapię. Schizofrenia upośledza funkcje poznawcze, uniemożliwia pełne funkcjonowanie w społeczeństwie. Trudnością stają się nawet najprostsze, podstawowe czynności i obowiązki [18].

W badaniu własnym aż 97,0% osób stwierdziło, że problemy pielęgnacyjne są uciążliwe w codziennym wykonywaniu obowiązków pielęgniarki/pielęgniarsza. Za główne problemy pielęgnacyjne ankietowani uznali - w 26,0% - brak higieny, 24,0% osób - jadłowstręt i wymioty, 17,0% osób - lęk i niepokój, 14,0% osób - agresję słowną i czynną, 10,0% osób -niechęć przyjmowania posiłków i leków, 8,0% osób - zaburzenia obiektywnego postrzegania, 7,0% osób - zaburzenia snu, natomiast w 2,0% - otarcia.

Rybakowski [19] donosi, że do zaburzeń czynności psychicznych zwykle dochodzi w wyniku współdziałania wielu czynników etiologicznych. W przypadku udziału czynników genetycznych w określonej chorobie ryzyko zachorowania jest tym większe, im bliżej jest dana osoba spokrewniona z osobą chorą. W pojawieniu się zaburzeń psychicznych ważną rolę mogą odgrywać także zmiany w czynności mózgu, które występują w następstwie różnorodnych czynników etiologicznych [19].

W badaniu własnym 60,0% respondentów stwierdziło, że przyczyną zaburzeń psychicznych są czynniki genetyczne. 55,0% osób uważała, że są to uszkodzenia OUN; 35,0% - używanie substancji psychoaktywnych; 31,0% osób - wszystkie w/w przyczyny zaburzeń psychicznych, 26,0% osób - stres, natomiast 20,0% osób - choroby somatyczne.

Leczenie schizofrenii polega głównie na stosowaniu farmakoterapii. Neuroleptyki dzielą się na leki I generacji i leki II generacji [2]. W leczenie zaburzeń schizoafektywnych stosowane są leki używane w leczeniu schizofrenii, jak i w leczeniu zaburzeń nastroju [20].

W badaniu własnym z alternatywnych form podania leków przeciwpsychotycznych pacjentom niewspółpracującym 85,0% osób deklarowało iniekcje długo działające; 30,0% - tabletki rozpuszczalne w jamie ustnej; 28,0% osób - iniekcje krótko działające, a 27,0%- leki w postaci kropeł, syropów, proszków do sporządzania roztworów. Wykazano różnicę istotną statystycznie między oceną problemów zdarzających się w podawaniu leków ze strony pacjenta psychicznego a płcią respondentów (*p = 0,013). Wśród problemów zdarzających się w podawaniu leków ze strony pacjenta psychicznego badani deklarowali przede wszystkim pobudzenie psychoruchowe (24,0% osób), odmowę przyjęcia leków (19,0% osób), wypluwanie tabletek, prowokowanie wymiotów i ukrywanie tabletek/leków (po 9,0% osób), brak poczucia choroby oraz zaburzenie komunikacji (po 2,0% osób).

Zdaniem wielu autorów zdarza się, że pacjent broniąc się przed powyższymi zjawiskami zachowuje się agresywnie [1,2,7,19, 21].

W badaniu własnym 53,0% osób deklarowało, że w pracy zawodowej nie doświadczyło zachowań agresywnych pacjentów psychicznych. Jednakże 47,0% respondentów doświadczyło zachowań agresywnych pacjentów psychicznych.

Według Pawełczyka, bez względu na ich przyczynę zachowania agresywne i stany pobudzenia, mają podobną manifestację kliniczną w zakresie zagrażających objawów i wymagają najczęściej podobnego postępowania w okresie ostrym [22]. W opinii autora, po wystąpieniu objawów zapowiadających agresję i zachowań agresywnych zagrażających pacjentowi lub innym osobom, możliwe są rodzaje oddziaływań, takie jak: psychologiczne (zmniejszające nasilenie agresji), interwencje farmakologiczne oraz oddziaływania z zastosowaniem przymusu bezpośredniego [22].

Obecnie ankietowani aż 89,0% zalecali, że gdy pacjent zagraża życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, powinno się zastosować rodzaj przymusu bezpośredniego. 49,0% osób zastosowałoby go także, gdy w sposób gwałtowny chory niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu; 46,0% osób - gdy zagraża bezpieczeństwu powszechnemu, a 37,0% - gdy poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie

zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki. Aż 99,0% osób wskazało unieruchomienie, jako rodzaj przymusu bezpośredniego; 45,0% osób – przytrzymanie; 28,0% osób -przymusowe podanie leków; 24,0% osób - izolację, zaś 3,0% osób - obserwację.

Według licznych autorów wiedza i umiejętności w zakresie komunikowania są jednymi z istotnych warunków kształtowania prawidłowej relacji terapeutycznej. Relacja taka stanowi podstawę opieki pielęgniarskiej nad chorym z zaburzeniami psychicznymi. Komunikowanie się z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi mogą utrudniać czynniki, takie jak: bariery percepcyjne, bariery społeczne, brak aktywnego słuchania [23,24,25]. Zdaniem wielu autorów w przypadku zaburzeń świadomości komunikacja jest tak utrudniona, że informacje ważne dla procesu leczenia powinny pochodzić od rodziny, bliskich [25,26].

W badaniu własnym aż 78,0% osób deklarowało, że trudności w nawiązaniu kontaktów interpersonalnych są problemem pielęgnacyjnym pacjenta z zaburzeniami psychicznymi.

Zdaniem Borkowskiej w badaniach przy użyciu testu ciągłego wykonywania, używanego do badań różnych aspektów uwagi, chorzy z zaburzeniami psychicznymi uzyskują gorsze wyniki niż osoby zdrowe i chorzy na chorobę afektywną dwubiegunową [27, 28]. Wiele badaczy uważa, że przyczyną obniżonej aktywności, beczynności jest obniżony nastrój, który charakteryzuje się subiektywnym odczuciem smutku, przygnębienia, beznadziejności, rozpacz lub obojętności. Często towarzyszy mu lęk, niska samoocena, pesymizm oraz myśli suicydalne [13].

W obecnym badaniu stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy oceną wiedzy na temat istnienia zwiększonego ryzyka zachowań suicydalnych a płcią respondentów (*p = 0,0001). Wykazano także różnicę istotną statystycznie pomiędzy oceną środków zachowawczych, które można zastosować u pacjentów psychicznych wykazujących zachowania suicydalne a płcią respondentów (*p = 0,027). 24,0% osób deklarowało w tym zakresie ścisłą obserwację/dozór/izolację, 15,0% osób - ścisłą obserwację/zastosowanie farmakoterapii, po 11,0% osób - przymus bezpośredni i psychoterapię/obserwację, a 10,0% - wskazało ulokowanie chorego na sali obserwacyjnej.

Ważnym źródłem wsparcia zdaniem wielu autorów dla pacjenta są pielęgniarki, gdyż mają z nim najczęstszy kontakt. W trakcie codziennej, rutynowej opieki, pomocy w wykonywaniu czynności higienicznych, rozmawiają z chorym. Kontakt ten stanowi źródło poczucia bezpieczeństwa [1,17,23]. Pielęgniarka powinna zapewnić pacjent bezpieczeństwo, ponieważ chory na skutek urojeń, halucynacji i pobudzenia może być niebezpieczny dla siebie lub otoczenia [14].

W badaniu własnym aż 70,0% respondentów stwierdziło, że to, czy pacjent z zaburzeniami psychicznymi jest niebezpieczny, zależy od wielu czynników. Aż 81,0% osób uważało rozmowę i wysłuchanie jego problemów za bardzo ważne w opiece nad pacjentem psychicznym, gdy ten przejawia lęk i niepokój.

Zdaniem wielu autorów psychoterapia stanowi ważny element terapii w zaburzeniach psychicznych [2,29]. Według Bilkiewicza [30] ważna jest analiza przeżywanych emocji, ich kwalifikacja oraz nazywanie i określanie ich wpływu na procesy poznawcze, postępowanie oraz analiza relacji pacjenta z terapeutą i analiza oporu, który pacjent ujawnia w obliczu modyfikacji jego myślenia, zachowania się, przeżywania. Uważa się, że oprócz farmakoterapii konieczna jest psychoterapia indywidualna, rodzinna, grupowa, psychoedukacja oraz rehabilitacja społeczna i zawodowa [2]. Zdaniem innych autorów opieką pielęgniarską należy otoczyć nie tylko pacjenta, ale także jego rodzinę, a zakres działań pielęgniarskich zależy od posiadanych przez pacjenta umiejętności, wiedzy, motywacji, jak też od możliwości występowania okresów remisji [23].

WNIOSKI

1. Stwierdzono deficyt wiedzy pielęgniarek na temat chorób psychicznych, objawów psychicznych i zaburzeń psychicznych, problemów ze strony pacjenta psychicznego, zdarzających się w czasie podawania leków oraz istnienia zwiększonego ryzyka zachowań suicydalnych i oceny środków zachowawczych, które można zastosować u pacjentów psychicznych wykazujących zachowania suicydalne.
2. Za główne problemy pielęgnacyjne pacjentów psychicznych badani uznali brak higieny, jadłowstręt i wymioty, lęk i niepokój, agresję słowną i czynną oraz niechęć przyjmowania posiłków i leków.
3. Zdecydowana większość badanych uważała, że przymus bezpośredni powinien być zastosowany, gdy pacjent zagraża życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, za najbardziej preferowaną formą było unieruchomienie, a jako alternatywną formę podania leków przeciwpsychicznych pacjentom niewspółpracującym, rekomendowało iniekcje długo działające.
4. Zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między oceną wiedzy pielęgniarek/arzy na temat chorób psychicznych, objawów psychicznych, znajomości definicji urojeń, oceną problemów zdarzających się w podawaniu leków ze strony pacjenta

psychotycznego, istnienia zwiększonego ryzyka zachowań suicydalnych, oceną środków zachowawczych, które można zastosować u pacjentów psychotycznych wykazujących zachowania suicydalne a płcią respondentów.

PIŚMIENNICTWO

1. Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J.: Psychopatologia. Objawy i zespoły zaburzeń psychicznych [w:] Psychiatria . Tom I. Podstawy psychiatrii. Wydawnictwo Urban&Parnter, Wrocław 2010: 323-326.
2. Gałęcki P., Szulc A.: Psychiatria. Wydawnictwo Edra Urban&Partner, Wrocław 2018.
3. Imielski W.: Zaburzenia psychiczne i emocjonalne. Przewodnik popularnonaukowy. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2010.
4. Nasierowski. T.: Zarys dziejów psychiatrii. Kierunki w psychiatrii [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydanie III. Zmienione i uzupełnione. Bilikiewicz A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 23-42.
5. Bilikiewicz A.: Zakres psychiatrii oraz jej miejsce w kulturze i wśród innych dyscyplin nauki. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydanie III. Zmienione i uzupełnione. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 13-22.
6. Szafrński T.: Zaburzenia schizoafektywne, zespoły urojeniowe. [W:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Jarema M., Rabe – Jabłońska J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 145 – 167.
7. Rybakowski J.: Podstawy kliniczne. [W:] Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 196-202.
8. Sawicka J., Szulc A., Bachórzewska-Gajewska H.: Samobójstwa wśród chorych z zaburzeniami psychicznymi – opisy przypadków. Psychiatria Polska 2013; 47(1): 135-146.
9. Frydrysiak A.: Wpływ wybranych czynników na sposób postrzegania osób chorych na schizofrenię. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku, Płock 2018.
10. Jędrasik – Styła M., Styła R.: Dialogowe podejście do psychoterapii osób chorujących na schizofrenię [W:] Psychoterapia. Problemy pacjentów. Podręcznik akademicki. Grzesiuk L., Suszek H. (red.). Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, Warszawa 2011; 299 – 304.

11. Buijsen H.: Depresja. Poradnik dla przyjaciół i rodziny. Wydawnictwo WAM, Kraków 2012.
12. Górna K., Jaracz K., Baron U.: Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Opieka pielęgniarska. [W:] Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 337-358.
13. Ambroziak K., Kołakowski A., Siwek K.: Depresja nastolatków. Jak ją rozpoznać, zrozumieć i pokonać. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2018.
14. Grzywna T., Cieślík A.: Specyfika opieki pielęgniarskiej w oddziale psychiatrycznym [W:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Krupka-Matuszczyk I., Matuszczyk M. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2007: 150-153.
15. Górna G., Jaracz K., Gołębiewska K., Kiejda J.: Założenia teoretyczne pielęgniarstwa psychiatrycznego [W:] Pielęgniarstwo psychiatryczne. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 173-180.
16. Kral D.: Epizod depresji- studium przypadku. Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła w Opolu, Opole 2012.
17. Guzik-Makaruk E., Waszkiewicz N., Chojnowska S., Szajda S.: Wybrane prawne i medyczne aspekty zaburzeń psychicznych i ich profilaktyki. Wyd.Temida2, Białystok 2019: 333-341.
18. Heitzman J., Furgał M., Pilecki M.: Etiologia, patogeneza i epidemiologia zaburzeń psychicznych [W:] Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych. Heitzman J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008: 16 – 19.
19. Rybakowski J.: Etiologia i patogeneza zaburzeń psychicznych [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydanie III. Zmienione i uzupełnione. Bilikiewicz A. (red.). PZWL, Warszawa 2009: 49-55.
20. Furgał M.: Psychozy schizofreniczne i z kręgu schizofrenii [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych. Heitzman J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007: 79-94.
21. Wciórka J.: Psychozy schizofreniczne [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydanie III. Zmienione i uzupełnione. Bilikiewicz A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009; 270-272.
22. Pawełczyk T.: Stany nagłe w psychiatrii [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 578- 584.

23. Górna K., Jaracz K.: Komunikowanie się z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi. [w:] Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 135- 160.
24. Mroczek B., Wróblewska I., Kędzierska A., Kurpas D.: Podstawy dorosłych Polaków wobec osób chorych psychicznie. Family Medicine & Primary Care Review 2014: 263-265.
25. Banaszczyk M., Kmieciak B.: Komunikacja z pacjentem doświadczającym zaburzeń psychicznych [W:] W Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej.. Krajewska-Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. (red.). Wydawnictwo Silva Rerum, Poznań 2016; 431- 438.
26. Podogrodzka – Niell M., Tyszkowska M.: Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym. Psychiatria Polska 2014; 48(6): 1201-1211.
27. Borkowska A.: Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. Aspekty neuropsychiatryczne i neuropsychologiczne. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2012.
28. Gawron J.: Problemy opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową. Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła w Opolu, Opole 2012.
29. Barbaro B.: Podstawy psychoterapii [W:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 617-649.
30. Bilikiewicz A.: Halucynozy [W:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydanie III. Zmienione i uzupełnione. Bilikiewicz A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009;: 318-322; 389-494; 576-584.

Agresja wobec personelu pielęgniarskiego - przyczyny, przejawy i skutki

Danuta Małanowska¹, Grzegorz Bejda², Agnieszka Kulak-Bejda³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Według WHO, przemoc jest utożsamiana z agresją i oznacza „*zamierzone użycie siły fizycznej, zagrażające lub rzeczywiste, przeciwko sobie, osobom trzecim lub przeciwko grupie osób. Działania te powodują lub zwiększają prawdopodobieństwo, że do tego dojdzie zranienie fizyczne lub psychiczne, a nawet śmierć*” [1].

Agresja jest zjawiskiem powszechnie uważanym za szkodliwe społecznie, wyrażanym przez wrogie zachowania, powodującym stratę, czy szkodę dla drugiej osoby. Może przybrać formę słowną (np.: wyzwiska, krzyki, obelgi) oraz fizyczną (np.: uderzenia, kopnięcia, popchnięcia i innych ataków) [2].

Zachowania agresywne są czynami wywołującymi ból, szkodę lub/i utratę cenionych wartości przez drugiego człowieka. Niektórzy badacze podkreślają intencjonalność takich działań, definiując agresję jako „*każde zachowanie podejmowane z zamiarem skrzywdzenia innej osoby lub/i osób*” [2].

Agresję można podzielić ze względu na jej charakter na [3]:

- agresję bierną (realizowana jest poprzez różnego rodzaju zaniechania)
- agresję czynną (podejmowaną poprzez aktywne działania)
 - postać skierowana wobec atakowanej osoby w formie agresji słownej w formie: podniesionego głosu, krzyku, pogroźek, zastraszania, szantażu, wulgarnych wypowiedzi, obraźliwych uwag, przezywania i szydzenia
 - postać fizyczna - atak skierowany na inną osobę, w którym atakujący posługuje się określonymi częściami ciała lub narzędziami w celu zadania bólu lub uszkodzenia ciała osoby atakowanej, najczęściej przyjmując formę: uderzenia, potrącenia, kopnięcia lub pobicia.

Bardzo często można zaobserwować szerokie spektrum następstw agresji, od fizycznych obrażeń po reakcje psychologiczne. Możliwość skutecznego radzenia sobie z agresją ulega zmniejszeniu w sytuacji, gdy personel medyczny został obiektem ataku. Natychmiastową reakcją emocjonalną w takiej sytuacji jest odczuwanie: lęku, złości, bezradności, które prowadzą do unikania i wycofania się ze swoich obowiązków lub/i zachowań agresywnych w stosunku do napastnika lub innych osób. Doznanie agresji ze strony pacjenta jest czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu zespołu wypalenia zawodowego.

W każdym przypadku zachowań agresywnych należy podjąć działania zapewniające bezpieczeństwo personelu i pacjentów. Podczas kontaktu z pacjentem agresywnym należy [4]:

- unikać przebywania z nim w zamkniętym pomieszczeniu
- zbliżać się na małą odległość
- w przypadku zaobserwowania działań agresywnych powiadomić pozostałych członków personelu o zagrożeniu
- wezwać pomoc
- ograniczyć pacjentowi dostęp do niebezpiecznych przedmiotów.

W niektórych sytuacjach nie można uniknąć zastosowania mechanicznego zabezpieczenia pacjenta lub innych środków przymusu bezpośredniego. Jednakże nie można zapomnieć o prawach pacjenta i przez zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego należy o tej decyzji powiadomić pacjenta [4].

PODSTAWOWE TEORIE AGRESJI W UJĘCIU PSYCHOLOGICZNYM

Do tej pory nie powstała jedna ścisła definicja agresji. Agresja jest to celowe zachowanie skierowane przeciwko komuś, przynoszące szeroko zrozumianą szkodę, powodujące straty i ból. Agresja powiązana jest z wrogością oraz złością, ale te dwa stany mogą występować oddzielnie [5].

Ogólna definicja agresji określa ją jako każdą formę zachowania, która ma na celu zranienie lub/i spowodowanie szkody innemu człowiekowi, który zostaje zmotywowany, aby tego uniknąć [6].

Termin agresji jest określany jako szeroka gama działań charakteryzujących się atakowaniem, czy wrogością. Przyczyną agresji może być, np.: strach, frustracja, pragnienie wywołania strachu u innych osób [7].

Według Rigby można wyodrębnić trzy typy przemocy [cyt. z 8]:

- agresja werbalna: obrażanie, wyzywanie, ośmieszanie, dokuczanie, szyderstwo, mówienie złośliwych plotek, wysyłanie obraźliwych wiadomości.
- agresja fizyczna: bicie, kopanie, opluwanie, posługiwanie się niebezpiecznymi narzędziami.
- agresja pozawerbalna: zastraszające gesty, straszenie, uporczywe wpatrywanie się w ofiarę, ostentacyjne odwracanie się plecami do kogoś, aby pokazać, że to osoba jest niemile widziana.

Z kolei Wolińska dokonała wieloaspektowego podziału agresji [9]:

- występowanie komponentów emocjonalnych w zachowaniu, takich jak: złość i gniew.
- intencjonalność czynienia szkody oraz kierowanie się motywem czynienia zła, wyrządzenie krzywdy przedmiotowi działań.
- spowodowanie konkretnych konsekwencji zachowań, takich jak działania w postaci zadania cierpienia.
- modyfikujący wpływ kontekstu społecznego zachowań, związanego z pełnioną rolą społeczną czy statusem społecznym.

W psychologii agresja jest działaniem skierowanym przeciwko osobom lub przedmiotom wywołującym u jednostki niezadowolenie lub/i gniew oraz mającym na celu wyrządzenie szkody przedmiotowi agresji, określonym osobom i/lub grupom społecznym [10,11].

To zachowania o różnym stopniu złożoności: proste reakcje, czynności i ich sekwencje skierowane na inną osobę, spełniające trzy kryteria, takie jak [12]:

- bezpośrednio lub pośrednio szkodzą, np.: prowadzą do cierpienia, bólu, utraty cenionych wartości;
- podejmowane są intencjonalnie;
- postrzegane są społecznie i oceniane jak przeciwieństwo zachowań prospołecznych, np.: służących ochronie i podtrzymaniu dobrostanu innej osoby.

Według klinicznej klasyfikacji agresji (*Clinical Classification of Agression*) wyróżnia się zachowania agresywne (popełnione w afekcie) i zachowania agresywne (podejmowane w celu kontrolowania sytuacji), w tym [13,14]:

- agresję defensywną, impulsywną (*hot-blooded*) - stanowiącą niekontrolowaną, podejmowaną pod wpływem emocji odpowiedź osoby na skierowane na nią fizyczne lub werbalne zachowanie agresywne otoczenia.
- agresję instrumentalną, przewencyjną (*cold-blooded*) - będącą reakcją kontrolowaną, inicjowaną w jakimś określonym celu, np.: zastraszanie, kontrola osób.

Epizody agresji defensywnej są klasyfikowane w Kryteriach Diagnostycznych według *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV - Third Revision* (DSM - IVTR) pod nazwą okresowych zaburzeń eksplozywnych [14,15].

W 1961 roku Buss oddzielił znaczenie pojęć wrogości od agresji, jako reakcji tylko słownej i dokonał podziału agresji na pośrednią i bezpośrednią (agresja fizyczna, słowna, irytacja i negatywizm) [cyt. za 16; cyt. za 17].

Według Fromm agresję można podzielić na agresję instynktu samozwańczego oraz agresję złośliwą: instynkty, popędy organiczne związane z charakterem człowieka i wrodzonymi namiętnościami, destrukcyjność oraz okrucieństwo [cyt. za 16; cyt. za 17].

Natomiast według Freuda, agresywna energia musi zostać w jakiś sposób wyładowana, ponieważ w przeciwnym wypadku zacznie się kumulować w organizmie człowieka i wywoła chorobę [cyt. za 18; cyt. za 19].

Lorenz uznał agresję jako spontaniczną, wrodzoną gotowość do walki, niezbędną dla przetrwania organizmu i utrzymania gatunku jako napędu działania. Agresja została ściśle powiązana z ewolucją, stanowiąc jej narzędzie. Uznaje się ją za czynnik wyzwalający i podlegający ciągłym zmianom [cyt. za 19; cyt. za 6].

Agresja jest popędem nabytym, reakcją na frustrację występującą w przypadku zahamowania aktywności na uprzednio obrany cel, a intensywność frustracji zależy od:

- nasilenia motywacji w dążeniu do określonego celu,
- stopnia zakłócenia tej czynności,
- liczby uprzednio zakłóconych albo zablokowanych czynności,
- poziomu sprawności intelektualnej,
- sposobu, w jaki człowiek postrzega daną sytuację [6,20].

Z przeprowadzonych badań psychologów poznawczych wynika, że duża grupa osób zniekształca motywy postępowania innych i zakłada świadomą intencję wyrządzenia im zamierzonej krzywdy. Uważa się, że człowiek jest bardziej skłonny do reagowania agresją w momencie, kiedy subiektywnie odczuwa zniewagę lub/i przeżywanie lęku, a agresja

słabnie, kiedy jej akty są odbierane jako niezamierzony wypadek lub świadectwo niezhównoważenia [21,22].

Okon agresję przedstawia jako działanie skierowane przeciwko ludziom, przedmiotom wywołujących u osobnika niezadowolenie lub/i gniew, którego celem jest wyrządzenie szkody przedmiotowi agresji. Agresja jest odpowiedzią na frustrację. Autor wyróżnia dwa typy agresji [23]:

- fizyczną - w stosunku do osób wyrażana jest biciem lub znęcaniem się,
- słowną - w wyśmiewaniu się i skierowana jest na osoby, przedmioty nie będące przyczyną agresji.

Wilson uważa, że agresja jest każdym fizycznym aktem lub groźbą dokonania aktu ograniczającego wolność lub/i zmniejszającego wartość przystosowawczą innego osobnika [cyt. za 24].

Wszystkie pojęcia agresji nie pozostawiają wątpliwości, iż jest to działanie zamierzone, które ma na celu wyrządzenie komuś krzywdy lub sprawienie bólu [6].

AGRESJA WOBEC PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO

W 2010 roku, przez Naczelną Izbę Lekarską i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, został utworzony portal internetowy (MAWOZ - Monitorowanie Agresji W Ochronie Zdrowia - <https://agresja.hipokrates.org/zgloszenie>), na którym można zgłaszać przypadki agresji wobec personelu medycznego, mający na celu umożliwienie lekarzom, pielęgniarkom i położnym zgłaszania każdego przypadku agresji w miejscu pracy.

Pielęgniarka i położna, jako funkcjonariusz publiczny (art. 11 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej), została objęta ustawową ochroną [25]. Przepis ustawy karnej odnoszący się do ochrony prawnokarnej funkcjonariuszy publicznych ma na celu chronić godność oraz nietykalność cielesną pielęgniarek i położnych. W przypadku agresji słownej pacjent może ponieść odpowiedzialność karną za znieważenie funkcjonariusza publicznego (art. 226 k.k.), ewentualnie za zniesławienie (art. 212 k.k.). Do grupy tej należy również dodać przestępstwo kierowania gróźb pod adresem pielęgniarki/położnej (art. 190 k.k.). Następstwem agresji fizycznej może być odpowiedzialność za naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego (art. 222 k.k.), czynną napaść (223 k.k.), a także za spowodowanie lekkiego, średniego lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 k.k., art. 157 § 1 k.k.). Agresja fizyczna lub/i słowna może spowodować powstanie szkody majątkowej

w postaci straty poniesionej w wyniku zdarzenia szkodzącego, a także utraconych korzyści. W tym przypadku pielęgniarce/położnej przysługuje wobec pacjenta roszczenie z art. 415 k.c. Przesłanki z art. 222 k.k. oraz art. 223 k.k. mogą być popełnione tylko umyślnie. Zatem sprawca musi mieć świadomość, iż jego działanie skierowane jest przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu oraz że ma ono związek z pełnieniem obowiązków służbowych [25].

Pod pojęciem „agresja” rozumie się zachowania ukierunkowane na niezadowolenie, czy gniew na siebie (autoagresja), inne osoby lub/i przedmioty z otoczenia. Pamiętać należy, że nagłe zachowania agresywne (zaburzenia dysforyczne) mogą być objawami nie tylko zaburzeń o podłożu psychicznym, ale także objawami choroby somatycznej. Takimi przyczynami agresji mogą być np. [26]:

- otępienie,
- SM,
- toczeń trzewny,
- udar mózgu,
- urazy głowy i inne.
- uszkodzenie centralnego układu nerwowego, szczególnie w zakresie płatów czołowych,
- zaburzenia endokrynologiczne,
- zaburzenia metaboliczne w przebiegu niewydolności wątroby, nerek,
- zaburzenia świadomości,
- zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych,

Zachowania agresywne mogą być także wynikiem silnej reakcji na stres [26]. Do agresji psychicznej można zaliczyć [26]:

- krzyk,
- podniesiony głos,
- pogróżki słowne,
- stosowanie gróźb,
- szantażowanie,
- uprzedzone zachowanie, takie jak: plucie, wygrażanie pięścią, obraźliwe gesty.
- używanie wulgaryzmów,
- zastraszanie,

Agresja fizyczna ma postępujący charakter i bardziej jest demonstrowana w postaci aktu fizycznego, np.: odepchnięcie, uderzenie, szarpanie, w wyniku którego może dojść do obrażeń ciała, sprzętu niezbędnego do pracy [27].

Według Sobczaka, przyczynami agresji wśród społeczeństwa może być trauma, którą przeżyli w latach 90. (w tym okresie doszło do transformacji ustrojowej oraz odejściem od opiekuńczej roli państwa), związana z wizytami w palcówce medycznej oraz przemianami polityczno-gospodarczymi w Polsce [28]. Powodem agresji pacjenta wobec personelu medycznego może być także paternalistyczne traktowanie pacjenta przez lekarza ściśle związanego z poczuciem wyższości nad nim [28].

Do czynników wywołujących agresję mogą przyczynić się również [4]:

- brak czasu dla pacjenta,
- brak komfortu w trakcie pobytu w oddziale np.: ciemne pomieszczenia, znaczne zagęszczenie, hałas, gorąco, zimno, duszne powietrze,
- brak prywatności,
- brak respektowania wartości pacjenta,
- niesłuchanie pacjenta,
- nieznane środowisko,
- ograniczenie dostępu do zmarłego,
- udzielanie pacjentowi zdawkowych informacji na temat jego stanu zdrowia,
- używanie przez personel groźnego tonu głosu,
- zakaz dłuższego przebywania członków rodzin na sali u pacjenta,
- zasada „otwartych drzwi” w sposób nieselektywny przez 24 godziny na dobę,
- zbyt mała liczba pracowników.

Do czynników zwiększających zachowania agresywne również można zaliczyć [29]:

- młody wiek pacjenta,
- płeć męską,
- brak akceptacji przez otoczenie,
- w przeszłości przemoc fizyczna w rodzinie,
- wykorzystanie seksualne w wywiadzie,
- wcześniejsze problemy z prawem,
- nadużywanie alkoholu i środków odurzających,
- inne uzależnienia.

Nieodłącznym elementem pracy personelu medycznego jest nawiązanie kontaktów z pacjentem. Niestety pacjenci niejednokrotnie mają nierealne oczekiwania co do jakości albo czasu realizacji usług, a natomiast brak możliwości zaspokojenia ich żądań prowadzi do frustracji i agresji, której pierwszymi ofiarami stają się pracownicy mający z nimi bezpośredni kontakt [30].

W zakresie zdrowia fizycznego u pracownika wskutek agresywnych zachowań pacjentów mogą się pojawić [31]:

- bóle głowy,
- bóle kręgosłupa,
- obrażenia ciała,
- wrzody żołądka,
- wymioty,
- zaburzenia seksualne,
- zakłócenia snu.

Natomiast w zakresie zdrowia psychicznego mogą się pojawić [31]:

- apatia,
- bezradność,
- bezsilność,
- częsta obawa o swoje życie i zdrowie,
- depresja reaktywna,
- frustracja,
- gniew,
- lęk,
- myśli i próby samobójcze,
- przygnębienie,
- uczucie bycia pokrzywdzonym i poniżonym przez pacjenta,
- uzależnienia,
- wypalenie zawodowe,
- zaburzenia koncentracji uwagi,
- zaburzenia lękowe,
- zaniżone poczucie własnej wartości,

- zespół zaburzeń po stresie urazowym (PTSD - Zespół stresu pourazowego ang. *Posttraumatic Stress Disorder*),
- zniechęcenie,
- złość na samego pacjenta i system opieki zdrowotnej, który dopuszcza takie zachowania.

Narażenie personelu medycznego na agresję ze strony pacjentów przyczynia się nie tylko do spadku efektywności pracy, ale może prowadzić do rezygnacji z dalszego wykonywania zawodu [14,30].

Agresja stała się w ostatnich latach powszechnym i dotkliwie odczuwanym problemem w społeczeństwie. Spośród wszystkich sfer funkcjonowania człowieka, szczególnie narażone na pojawienie się przejawów agresji są te, gdzie nieodłącznym elementem jest przebywaniem z innymi ludźmi oraz konieczność nawiązywania z nimi kontaktów. Do takiego środowiska należy miejsce pracy, w którym w większości przypadków, poza realizowaniem zadań zawodowych pracownicy muszą funkcjonować w większej grupie, współpracując ze sobą, a to może prowadzić do różnego rodzaju sytuacji konfliktowych [14,30].

Według naukowców zajmujących się badaniem zagadnienia przemocy fizycznej wśród pielęgniarek na całym świecie, w tym w Polsce, spośród wszystkich pracowników ochrony zdrowia, pielęgniarki stanowią grupę zawodową szczególnie narażoną na agresję nie tylko ze strony pacjentów, ale także członków ich rodzin [32,33].

CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE ZACHOWANIOM AGRESYWNYM, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

W oddziałach psychiatrycznych zachowania agresywne pacjentów traktuje się w sposób zrozumiały, ale jednak jako niepożądany składnik pracy personelu medycznego. Według badań przeprowadzonych w roku 2012 przez Markiewicza wynika, iż 78% pielęgniarek pracujących w oddziałach psychiatrii doznało agresji fizycznej, a 35% - agresji słownej [34].

W badaniach Berenta, z 2009 roku, 50% pielęgniarek stwierdziło, iż agresja ze strony pacjentów psychiatrycznych jest nieodłącznym elementem w ich codziennych obowiązkach, a najczęstszym jej przejawem są: utarczki słowne, straszenie wniesieniem skargi oraz zemstą, rzucanie przedmiotami w personel pielęgniarski oraz atak fizyczny [14].

Agresja ze strony pacjentów jest bezpośrednią przyczyną hospitalizacji psychiatrycznej, rozpatrywanej jako następstwo pobytu w szpitalu oraz reakcją na ograniczenie prywatności, nadmiar stymulacji oraz trudności w komunikowaniu się z personelem medycznym [35].

Personel medyczny pracujący w oddziałach psychiatrycznych, z powodu zagrożenia agresją, należy także do grupy wysokiego ryzyka wypaleniem zawodowym, co prowadzi do zmniejszenia zaangażowania w wykonywaniu obowiązków służbowych oraz pogorszenia kontaktów z pacjentami i innymi członkami zespołu. Wśród personelu narażonego na agresję może wystąpić stres traumatyczny oraz zespół zaburzeń po stresie potraumatycznym (PTSD) [36].

Wystąpienie agresji u pacjentów wiąże się z pogorszeniem ich stanu psychicznego lub fizycznego w przebiegu zaburzeń psychicznych, chorób somatycznych, z powodu zażycia środków psychoaktywnych lub ich odstawienia (zwłaszcza benzodiazepin). Do przyczyn psychiatrycznych wystąpienia agresji należą [26]:

- zaburzenia psychotyczne: ostre, przemijające zaburzenia psychotyczne, schizofrenia, zaburzenia schizoafektywne, zaburzenia urojeniowe;
- zaburzenia afektywne, nastroju: przebiegające z nasilonym lękiem;
- zaburzenia lękowe;
- dekompensacje w przebiegu zaburzeń zachowania u nieletnich;
- zaburzenia osobowości u dorosłych.

Schizofrenia jest poważną, przewlekłą i trudną do leczenia chorobą psychiczną, a osoby chore postrzegane są jako trudne w kontakcie, niekontrolujące swojego zachowania, agresywne oraz nieprzewidywalne. Objawy choroby przebiegają burzliwie oraz niosą ze sobą duże problemy w funkcjonowaniu chorych oraz prowadzą do izolacji i wykluczenia społecznego [37].

Z badań przeprowadzonych w roku 2006 w Szwecji wynika, iż niewielka część chorych na schizofrenię (8%) popełniła przestępstwa z zastosowaniem przemocy. Skłonność do agresji osób ze schizofrenią jest zależna od nadużywania alkoholu, narkotyków (28%). U 20%-40% agresywne zachowania wystąpiły w okresie ostrej psychozy. Pacjenci przyjmujący regularnie leki nie wykazali wyższej skłonności do przemocy i agresji, niż osoby zdrowe [38].

Według Kocur agresja u osób ze schizofrenią może być następstwem zachowania otoczenia, w tym samej ofiary. Wpływ na zachowania agresywne ma zachowanie ofiary

wynikające z jej osobowości - w okresie remisji pacjenta zostaje ono tolerowane, natomiast w psychozie jest odebrane jako prowokacyjne. Okazuje się, iż najczęściej ofiarami agresji ze strony chorych na schizofrenię padają osoby bliskie, na co dzień przebywające w ich otoczeniu [39].

Zachowania agresywne często wykazują osoby uzależnione od alkoholu. W pierwszym etapie pojawia się psychofarmakologiczny efekt odurzenia alkoholem, czyli zniekształcenie procesów poznawczo- percepcyjnych oraz wystąpienie deficytu uwagi. Oba te procesy połączone z czynnikami sytuacyjnymi towarzyszącemu picciu mają znaczący udział w powstaniu agresji. Większość społeczeństwa uważa, iż związek pomiędzy spożywaniem alkoholu a agresją jest skutkiem przyczynowym [40].

Według Gustafson nawet umiarkowana ilość alkoholu ułatwia agresywne zachowania, jednakże w momencie kiedy dana osoba jest prowokowana oraz nie ma możliwości wyboru zachowania alternatywnego [41].

Podobnie uważa Kell'y [42] twierdząc, iż wystąpienie agresywnych zachowań wywołane jest przez inne czynniki, np.: plan prowokacji.

Według badań przeprowadzonych w roku 2000 w Polce, w grupie 78 kobiet i 46 mężczyzn uzależnionych od alkoholu, wykazano największe nasilenie agresji - pośredniej, mniejsze - agresji werbalnej, najmniejsze - agresji fizycznej. Nie zaobserwowano różnicy pomiędzy płcią pod względem częstości stosowania agresji bezpośredniej i pośredniej. Bezpośrednia agresja fizyczna połączona była z ilością wypijanego alkoholu zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Im więcej spożywano alkoholu, tym częściej dochodziło do agresji fizycznej [43].

Zachowania agresywne także często wykazują pacjenci uzależnieni od środków psychoaktywnych lub też ich braku po długotrwałym zażywaniu. Każda substancja psychoaktywna wpływa bowiem na stan świadomości i może prowadzić do zachowań agresywnych, ukierunkowanych na wyrządzenie szkody fizycznej lub/i psychicznej. Gwałtowne zachowania osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz przemoc towarzyszy intoksykacji. Środki psychoaktywne powodują bowiem zwiększoną pewność siebie, redukują lęk, wzmacniają zachowania asertywne, a konsekwencją tego stanu staje się zwiększona impulsywność, podejmowanie gwałtownych i ryzykownych działań oraz wystąpienie agresji wobec innych osób [44].

PROFILAKTYKA AGRESJI I PRZEMOCY U HOSPITALIZOWANYCH PACJENTÓW

Bardzo ważnym elementem w pracy z pacjentami agresywnymi jest tworzenie atmosfery wolnej od przemocy oraz informowanie ich o braku tolerancji dla przemocy i agresji. Personel medyczny powinien zostać przeszkolony w zakresie zasad postępowania z pacjentem pobudzonym i agresywnym. W każdym przypadku zachowań agresywnych należy podjąć działania, które zapewnią bezpieczeństwo personelu oraz pacjentów. Przeciwdziałaniu przemocy służy również zaangażowanie rodziny, osób bliskich w terapeutyczny kontakt z pacjentem [4].

POSTĘPOWANIE PIEŁĘGNIARKI WOBEC PACJENTA PRZEJAWIAJĄCEGO ZACHOWANIA AGRESYWNE

Cel - zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi i otoczeniu, zapobieganie zachowaniom niebezpiecznym u agresywnego pacjenta oraz kształtowanie zachowań samokontroli u pacjenta [45].

Zasady kontaktu z pacjentem przejawiającym zachowania agresywne [45]

- a) Umiejętność rozmowy i negocjacji.
- b) Mówienie przez personel do pacjenta normalnym tonem, poruszanie się powoli, uszanowanie przestrzeni osobistej pacjenta.
- c) Podczas kontaktu z agresywnym pacjentem należy przestrzegać następujące zasady:
 - zadbać o to, aby pacjent wiedział, co się z nim dzieje oraz poznać otaczające go osoby (szczególnie u pacjentów z upośledzeniem odbioru procesu informacyjnego na skutek zatrucia lub choroby psychicznej);
 - zbliżać się do pacjenta powoli, z kierunku, który nie wywoła u niego zaskoczenia lub/i zagrożenia, podchodzić z przodu, nie od tyłu;
 - zwracając się do pacjenta należy stać w odległości nie mniejszej niż 2 m;
 - mówić wolno, jasno, śmiało, wystarczająco głośno, ale nie krzyczeć;
 - przyjąć postawę bierną, niezagrażającą;
 - trzymać ręce w polu widzenia pacjenta i nie odwracać się do pacjenta plecami;

- jeżeli jest to możliwe dostosować się do sposobu, w jakim chce rozmawiać pacjent, zamiast narzucać mu swój plan rozmowy;
- używać języka potocznego, nie intelektualnego;
- nie wykorzystywać sytuacji umożliwiających wykazywanie przewagi fizycznej lub psychologicznej. Uczucie bezradności oraz odebranie praw do decydowania o sobie może wzbudzić u pacjenta zachowania agresywne;
- być empatycznym;
- pamiętać, że obecność kobiety w pomieszczeniu, w którym prowadzi się rozmowę, może zmniejszyć obawy pacjenta przed atakami agresji ze strony męskiego personelu, może stanowić lepszy sposób zapobiegania rozładowaniu agresywnych impulsów pacjenta. Obecność rodziny, przyjaciół może wywierać podobny wpływ, ale również może przynieść przeciwne skutki;
- prowadząc rozmowę z pacjentem agresywnym należy stosować, w miarę możliwości, wypracowane procedury oraz należy rozważyć, czy pojedyncza osoba z personelu powinna rozmawiać z pacjentem na osobności;
- podczas rozmowy z pacjentem nie należy robić notatek, jeżeli jest to możliwe należy zrobić notatki po rozmowie z pacjentem.

Zasady organizacji otoczenia terapeutycznego w celu ograniczenia agresji u pacjentów [45]

- Odpowiednia liczba zatrudnionego personelu, jego kwalifikacje zawodowe, doświadczenie, wyszkolenie oraz predyspozycje osobowościowe.
- Powinny być zapewnione warunki lokalowe, np.: pokoje obserwacyjne, izolatki.
- Rejestracja agresji, np.: skala agresji obserwowanej przez personel - skala SOAS (*Staff Observation Aggression Scale*).
- Opracowanie standardów postępowania z pacjentem agresywnym, które uporządkują sposób postępowania personelu w sytuacji zagrożenia agresją, zwiększą pewność oraz umiejętność działania, co umożliwi poprawę jakości opieki pielęgniarstwa.
- Personel medyczny powinien posiadać dobrą znajomość oraz przestrzegać regulaminu i przepisów dotyczących interwencji w przypadkach agresji ze strony pacjenta.
- Regularne przeprowadzenie ćwiczeń radzenia sobie w przypadkach gróźb lub agresji ze strony pacjentów. Takie ćwiczenia powinny obejmować: sposoby przeprowadzenia rozmowy z pacjentami wybuchowymi, podejście do pacjentów agresywnych,

przytrzymanie agresywnych pacjentów, posiadanie wiedzy o miejscu, w którym znajdują się środki zabezpieczające, jak się nimi posługiwać.

- Personel medyczny powinien właściwie ocenić sytuację niebezpiecznego zachowania się pacjenta.
- Pacjent agresywny powinien przebywać w atmosferze spokoju, bez hałasu oraz napięć.
- Praca pielęgniarstwa powinna zostać wykonana bez chaosu i pośpiechu.
- Personel medyczny nie może odbierać agresji słownej pacjenta jako hasła do obrony. Atak werbalny personel medyczny powinien przyjmować bez obrazy, ale również bez aprobaty. Postawa neutralna, nie aprobująca uczy pacjenta nowych wzorów zachowań.
- Personel medyczny powinien traktować pacjenta stanowczo z okazaniem szacunku.
- Trzeba pamiętać, że zawstydzenie, dezaprobata nasilają agresję u pacjenta.
- Należy unikać rozkazywania, mówienia tonem autorytatywnym, nieznoszącym sprzeciwu, porównywania chorego ze spokojnymi pacjentami, grożenia pacjentowi. Ton rozmowy z pacjentem powinien być spokojny.
- W fazie agresji zagrażającej otoczeniu należy zastosować interwencję z kierunkiem na motyw ataku.
- Wolność pacjentowi ogranicza się w ostateczności, gdy zagraża on sobie lub innym wyłącznie na zlecenie lekarza. Pacjent musi zostać poinformowany o konieczności unieruchomienia.
- W przypadku zastosowania unieruchomienia, należy te czynności udokumentować. Pacjentowi zapewnić bezpieczeństwo oraz stałą opiekę.

Zasadę przymusu bezpośredniego reguluje ustawodawstwo polskie: Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego i Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego.

PIŚMIENNICTWO

1. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf (data dostępu 8.05.2020)
2. Anderson C., Bushman B.: Human aggression. Annual Review of Psychology 2002; 53: 28-29.
3. Portmann R.: Przemoc wśród dzieci. Uchwycić sedno. Wydawnictwo Jedność, Kielce 2006.

4. Kliś A.: Profilaktyka agresji i przemocy u pacjentów w ośrodkach dializ. Forum Nefrologiczne 2011; 4(2): 177-182.
5. Stępnik, A.: Agresja- dwa ujęcia biologiczne. Ruch dla kultury 2009; 9: 111-118.
6. Kowalczyk K., Jankowiak B., Krajewska- Kułak E., Rolka H., Sierakowska M.: Teorie agresji - prawda czy mity? Nursing Topics 2011; 19(3): 396-400.
7. Reber A S.: Słownik Psychologii. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2000.
8. Rigby K.: Przemoc w szkole. Jak ją ograniczyć. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
9. Wolińska J. M.: Agresywność młodzieży. Problem indywidualny i społeczny. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2000.
10. Reykowski J., Bielicki T.: Dylematy współczesnej cywilizacji a natura człowieka. Wydawnictwo Zysk, Poznań 1997.
11. Reykowski J.: O czterech poziomach zachowań agresywnych u człowieka [w:] Człowiek i agresja. Głosy o nienawiści i przemocy. Ujęcie interdyscyplinarne. Warszawa 2004: 276-284.
12. Majchrzyk Z.: Przemoc i agresja wobec swoich i obcych a tożsamość w ramach integracji europejskiej i globalizacji. Folia Psychologica 2004; 8: 3-17.
13. Liu J.: Concept analysis: aggression. Issues in Mental Health Nursing 2004; 25(7): 693-714.
14. Berent D., Pierchała O., Florkowski A., Gałęcki P.: Agresja pacjentów wobec personelu medycznego izby przyjęć szpitala psychiatrycznego. Psychiatria i Psychoterapia 2009; 5(1-2): 13-28.
15. Wciórka J.: Kryteria Diagnostyczne według DSM-IV-TR. Zaburzenia kontroli impulsów niesklasyfikowane w innym miejscu. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
16. Miklewska A.: Związek temperamentu z zachowaniami agresywnymi i zagrożeniem uzależnieniem od alkoholu w świetle regulacyjnej teorii temperamentu. Przegląd Psychologiczny 2000; 43(2): 173-190.
17. Wojdat M., Janowska P., Pujszo M., Stępnik R., Adam M.: Psychologiczna analiza poziomu agresji w męskim środowisku judoków. Journal of Education, Health and Sport 2017; 7(4): 59-67.
18. Biszop G. D.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.

19. Spencer A.R.: Psychologia współczesna. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
20. Strelau J.: Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
21. Formański J.: Psychologia środowiskowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
22. Pilecka B.: Różne oblicza agresji. Wydawnictwo Radamsa, Kraków 2000.
23. Okoń W.: Słownik pedagogiczny. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1981.
24. Aronson E., Wilson T D., Akert R M.: Psychologia społeczna. Serce i umysł. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań, 1997.
25. Augustynowicz A., Czerw A., Wrześniewska-Wal I., Fronczak A.: Ochrona prawna pielęgniarki/ położnej w razie agresywnych zachowań pacjentów w podmiotach leczniczych. Journal of Education, Health and Sport 2015; 5(3): 259-268.
26. Rymaszewska J.: Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym. Psychiatria w Praktyce Klinicznej 2008; 2: 74-85.
27. Frydrysiak K., Grześkowiak M., Podlewska R.: Agresja pacjentów zagrożeniem w pracy zespołów ratownictwa medycznego. Anestezjologia i Ratownictwo 2014; 8: 381-391.
28. Sobczak J.: W kwestii potrzeby ochrony praw lekarza. Medyczna Wokanda 2010; 2: 30.
29. Blikiewicz A.: Psychiatria- repetytorium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
30. 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.
31. Merecz D., Mościcka A.: Jak sobie radzić z agresją w miejscu pracy. Instytut Medycyny Pracy im. Nofera, Łódź 2002.
32. Angland S., Dowling M., Casey D.: Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. International Emergency Nursing 2014; 22(3): 134-139.
33. Barbosa R., Labronici L. M., Mansano Sarquis L. M., Mantovani M.: Violencia psicológica en la práctica profesional de la enfermera. São Paulo Mar. 2011, Revista Escola Enfermagem USP 2011; 45(1): 25-31.
34. Markiewicz R.: Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych. Problem Psychiatrii 2012; 13(2): 93-97.

35. Sariusz-Skąpska M.: Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14(2): 87-91.
36. Anczewska M.: Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006.
37. Tyszkowska M., Jarema M.: Między zdrowiem a schizofrenią. *Psychiatria Polska* 2013; 4: 587-597.
38. Fazel S., Gulati G., Linsell L., Geddes J.R., Grann M.: Schizophrenia, substance abuse, and violent crime *The Journal of the American Medical Association* 2009; 301(19): 2016-2023.
39. Kocur J., Cynkier P.: Uwarunkowania sytuacyjne czynów agresywnych dokonywanych przez chorych na schizofrenię. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14(4): 319-324.
40. White H. R.: A longitudinal investigation of alcohol use and aggression in adolescence. *Journal of Studies on Alcohol* 1993; 11: Suppl. 62-77.
41. Gustafson R.: What Do Experimental Paradigms Tell Us about Alcohol- Related Aggressive Responding? *Journal of Studies on Alcohol*, 1993; Suppl. 11: 20-29.
42. Kelly T. H., Creek D. R.: The effects of Alcohol/ on Free-Operant Aggressive Behavior. *Journal of Studies on Alcohol* 1993; Suppl.11: 40-51.
43. Kosińska- Dec K., Jelonkiewicz I.: Picie alkoholu a agresja interpersonalna wśród młodych dorosłych. *Alkoholizm i Narkomania* 2000; 2: 223-233.
44. Chmielowiec J Z.: Wiedza i postawy wobec uzależnień od środków psychoaktywnych w grupach zawodowych: pracowników służby zdrowia, nauczycieli i policji w województwie lubuskim. Rozprawa doktorska, Poznań 2012.
45. Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J.: *Psychiatria*. Wydawnictwo Elsevier Urban i Partner, Wrocław 2010.

Zachowania agresywne wobec personelu pielęgniarskiego ze strony pacjentów hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych

Danuta Małanowska¹, Grzegorz Bejda², Agnieszka Kulak-Bejda³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Agresja wobec personelu medycznego może przybierać różne formy: od agresji werbalnej (ataki słowne), aż po napaść fizyczną [1].

Ankieta przeprowadzona przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w grupie 817 ankietowanych pielęgniarek i położnych pozwoliła na stwierdzenie, że aż 768 osób doświadczyło agresji w placówkach ochrony zdrowia i innych instytucjach [1,2]. Występowanie zachowań agresywnych stwierdzono w 21 rodzajach placówek ochrony zdrowia i innych instytucjach, takich jak domy pomocy społecznej, czy żłobki. 392 respondentów (47,9 %) wskazało, iż najczęstszymi przejawami agresji była przemoc fizyczna (słabsza niż uderzenie) np. szturchania, popychania, opluwanie, groźby, straszenie. Agresji w formie groźby, straszenia doświadczyło 359 respondentów, 342 - fałszywego publicznego oskarżenia, 301- zniszczenia mienia publicznego (kopanie drzwi, zdemolowanie oddziału/izby, podarcie dokumentacji medycznej, 301 - zniszczenia własnego mienia, 106 - uporczywego nękania przy pomocy organów ścigania (donosy, zgłoszenia do prokuratury, pisemna skarga, a 72 respondentów (8%) doświadczyło pobicia, duszenia. Najczęściej jako miejsca agresywnych zachowań wskazywane były oddziały szpitalne (blisko 41%), w podmiotach podstawowej opieki zdrowotnej (13%), w izbach przyjęć (12,5%), w szpitalnych oddziałach ratunkowych (9,8%) i szpitalach psychiatrycznych (7,3%). Respondenci wskazywali, że spotykają się z agresją także w nocnej i świątecznej opiece medycznej, bloku porodowym, ZPO/ZOL dla pacjentów chorych psychicznie, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego, ośrodkach lub

poradniach leczenia uzależnień. 691 respondentów (84,5%) doświadczyło agresji ze strony pacjenta, a 616 - ze strony rodziny pacjenta, 219 - ze strony znajomych pacjenta, 19 - ze strony lekarza oraz 8- przez inne osoby [1,2].

Na stronie internetowej Rzecznika Praw Lekarza prowadzony jest System Monitorowania Agresji w Ochronie Zdrowia (MAWOZ), utworzony przez Naczelną Izbę Lekarską i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w celu umożliwienia lekarzom i pielęgniarkom zgłaszanie przypadków agresji w miejscach pracy. W latach 2014-2018 lekarze i pielęgniarki zamieścili łącznie 117 zgłoszeń agresji, w tym: w 2014 roku – 15, w 2015 roku – 21, w 2016 roku – 41, w 2017 roku – 25, w 2018 roku dotychczas odnotowano 15 wpisów [3].

Naczelna Rada Pielęgniarek z uwagi na duży problem agresji wobec osób wykonujących zawody pielęgniarki i położnej, za pilne uznała podjęcie zarówno prac legislacyjnych nakładających stosowne zobowiązania na podmioty zatrudniające personel medyczny oraz podjęcie praktycznych działań, aby pielęgniarka lub położna w każdym miejscu gdzie udziela świadczeń zdrowotnych, miała zapewnione środki bezpieczeństwa, a ich zapewnienie było obowiązkiem ustawowym każdego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych [1,2]. Ankieta w tej kwestii jest od grudnia 2019 roku cały czas dostępna na stronie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Dane dotyczące zachowań agresywnych wobec pielęgniarek i położnych w opiece zdrowotnej są bez przerwy zbierane i następnie przekazywane do Ministerstwa Zdrowia [1,2].

CEL PRACY

Celem pracy była:

1. Ocena częstości oraz przejawów występowania agresji wobec personelu pielęgniarskiego ze strony pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Psychiatrycznych.
2. Ocena czynników sprzyjających zachowaniom agresywnym wobec personelu pielęgniarskiego ze strony pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Psychiatrycznych.
3. Analiza sposobów radzenia sobie przez pielęgniarki w sytuacjach wystąpienia agresji ze strony pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Psychiatrycznych.

4. Ocena jakości pracy pielęgniarek narażonych na zachowania agresywne ze strony pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Psychiatrycznych.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Na przeprowadzenie badań została uzyskana zgoda Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i przeanalizowano 100 ankiet wśród pielęgniarek pracujących w Oddziałach Psychiatrycznych w Choroszczy.

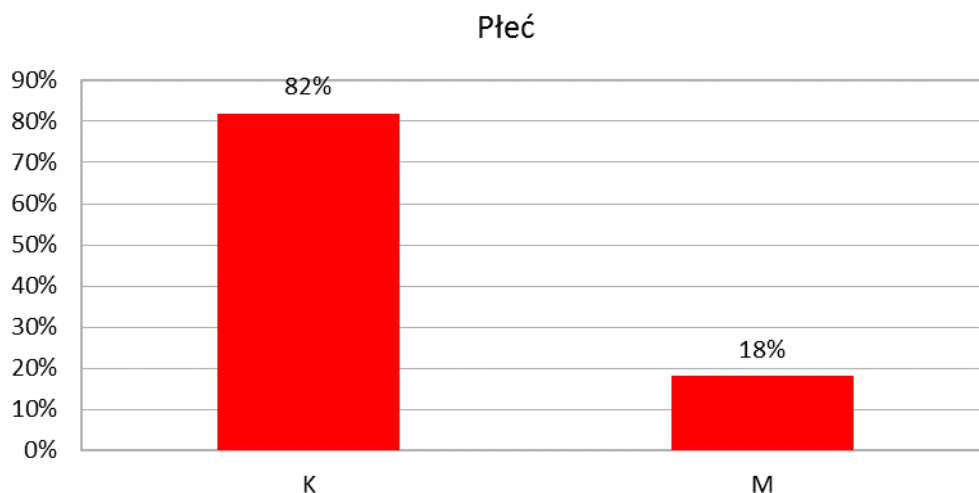
Podstawowym narzędziem badawczym, służącym do dokumentowania danych, była ankieta własna, która zawierała następujące informacje: płeć, wiek, staż pracy w szpitalu psychiatrycznym, dodatkowo ankieta zawierała pytania takie jak: Czy zdarzyło się, że ktoś postępował wobec Pani/a w następujący sposób? Czy Pan/i podczas wykonywania swoich obowiązków był/a uderzona przez pacjenta? Jak często spotyka się Pan/i z agresją w pracy? Kto jest bardziej agresywny? Jakie przejawy agresji widział/a Pan/i podczas swojej pracy? Jak Pan/i zareaguje, gdy pacjent Cię obraża lub prowokuje? Jak Pan/i zareaguje, gdy zaatakuję Cię pacjent? Jak Pan/i zareaguje, gdy pacjent zaatakuję innego pacjenta? Jak Pan/i zareaguje, gdy pacjent zaatakuję współpracownika? Czy zachowania agresywne pacjenta wywołuje u Pana/i np.: strach? Czy według Pana/i zachowania agresywne pacjentów zakłócają spokój i dezorganizują pracę w oddziale? Czy uważa Pan/i, że zachowania destrukcyjne mogą wywierać wpływ na funkcjonowanie zawodowe pielęgniarke? Czy według Pani/a zachowania agresywne zwiększają ryzyko popełnienia błędu medycznego przez personel? Czy Pani/a zdaniem podniesienie głosu, używanie sarkazmu, oraz postawa autorytarna „rozładowuje” napięcie i agresję pacjenta? Proszę wskazać, jak często zachowania agresywne występują u Pani/a pracy. Czy uważa Pan/i, że agresywna postawa pacjenta stanowi problem w Twojej pracy? Proszę ocenić stopień bezpieczeństwa w miejscu pracy w skali od 1 do 6: Proszę stwierdzić czy lubi Pan/i swoją pracę.

Wyniki badań przedstawiono za pomocą rycin i tabel wykonanych w programie Microsoft Excel 2010.

WYNIKI I ICH PODSUMOWANIE

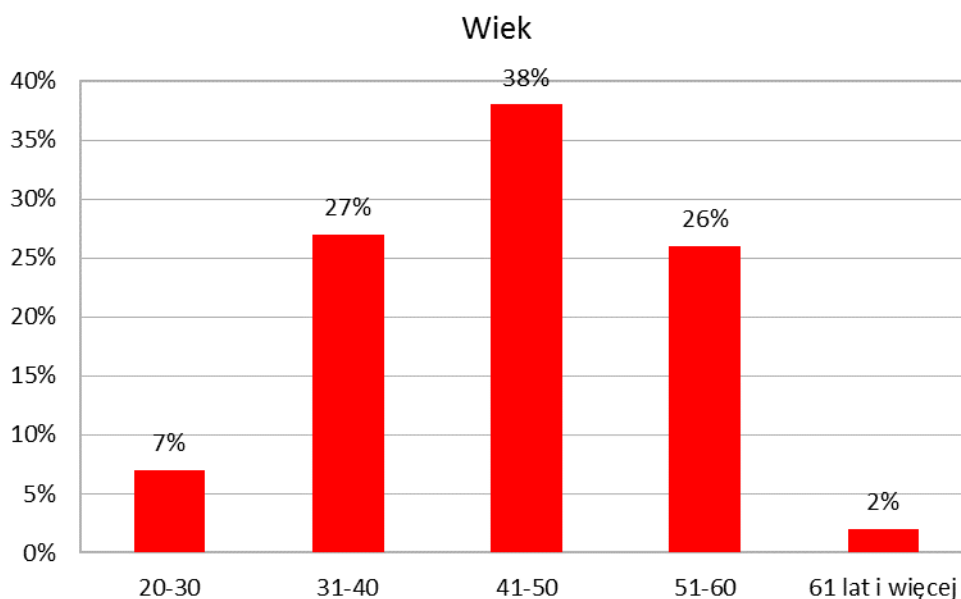
Analizie poddano 100 ankiet, które zostały przeprowadzone wśród pielęgniarek pracujących w Oddziałach Psychiatrycznych w Choroszczy.

Badaną grupę w większości stanowił personel pielęgniarstwa płci żeńskiej - 82%, natomiast personel płci męskiej pozostałe 18%. (Rycina 1).

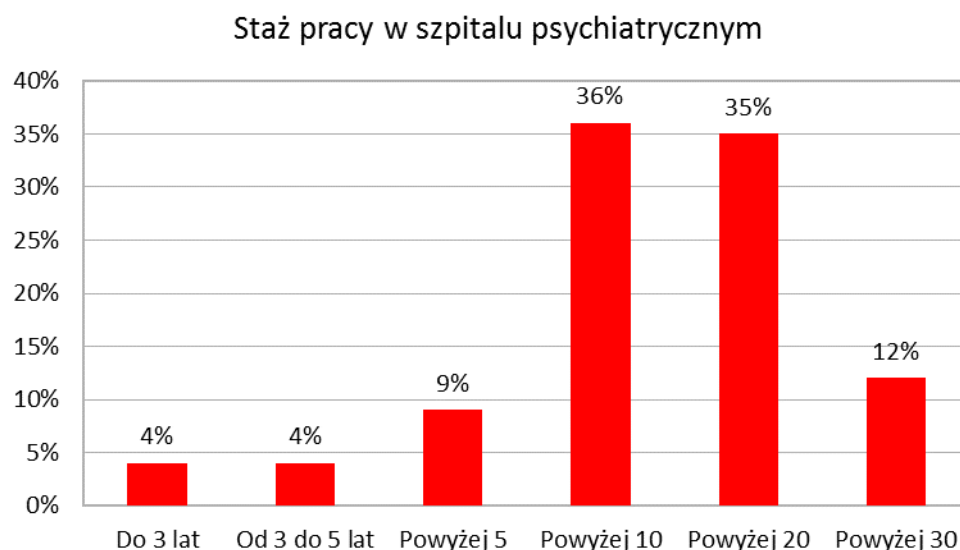


Rycina 1. Płeć personelu pielęgniarstwa

Wiek badanej grupy mieścił się w przedziale 20 - 61 lat i więcej. Rozkład wieku personelu pielęgniarstwa przedstawiono w przedziale dziesięcioletnim. Najliczniejszą grupę badaną stanowił personel w wieku 41 - 50 lat (38%), a najmniejszą personel w wieku 61 lat i więcej (2%). Dokładną analizę przedstawia Rycina 2.

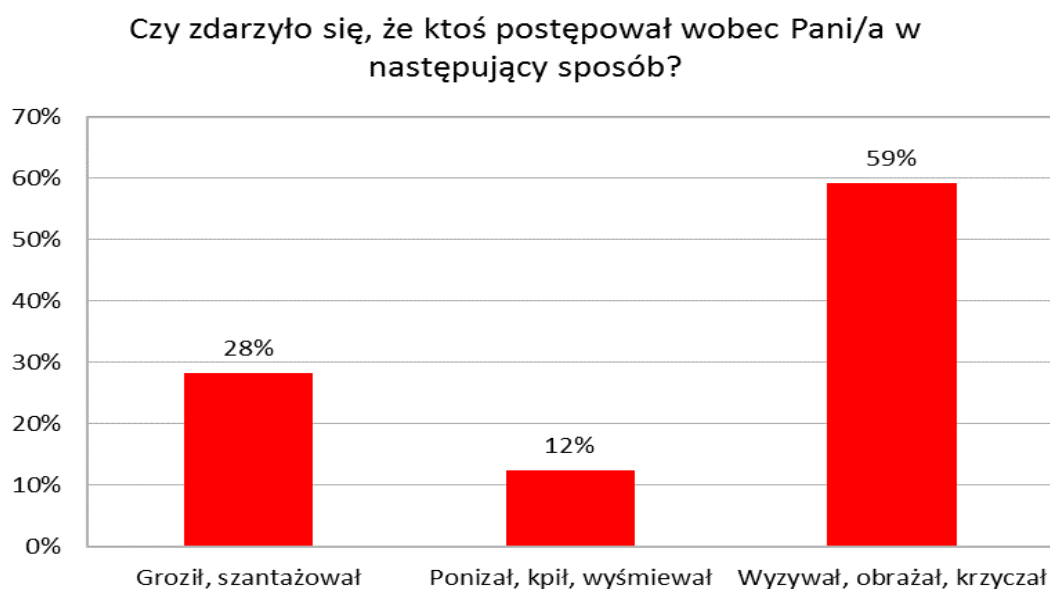


Rycina 2. Wiek badanej grupy



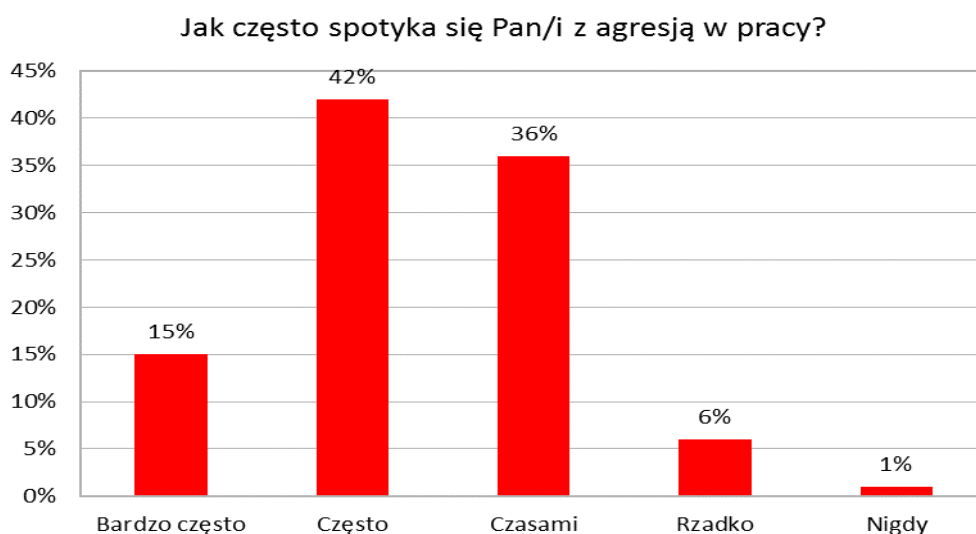
Rycina 3. Staż pracy personelu pielęgniarstwa w szpitalu psychiatrycznym

Najliczniejszą grupę reprezentował personel pielęgniarstwa (36%) ze stażem pracy w szpitalu psychiatrycznym powyżej 10 lat oraz personel, który posiadał staż w pracy powyżej 20 lat (35%), a najmniejszą grupę - personel pielęgniarstwa o stażu pracy w szpitalu psychiatrycznym do 3 lat (4%) oraz od 3 do 5 lat (4%). Dokładną analizę stażu pracy przedstawia Rycina 3.



Rycina 4. Agresywne zachowania pacjentów wobec personelu pielęgniarstwa

W przeprowadzonej analizie wykazano, iż 59% personelu pielęgniarского podczas wykonywania swoich obowiązków służbowych miało styczność z wyzwiskami, obrażaniem i krzykiem ze strony pacjentów. Mniejsza grupa personelu pielęgniarского (12%) zetknęła się z: poniżaniem, kopaniem oraz wyśmianiem przez pacjentów (Rycina 4).



Rycina 5. Częstość spotykania się z agresją w pracy

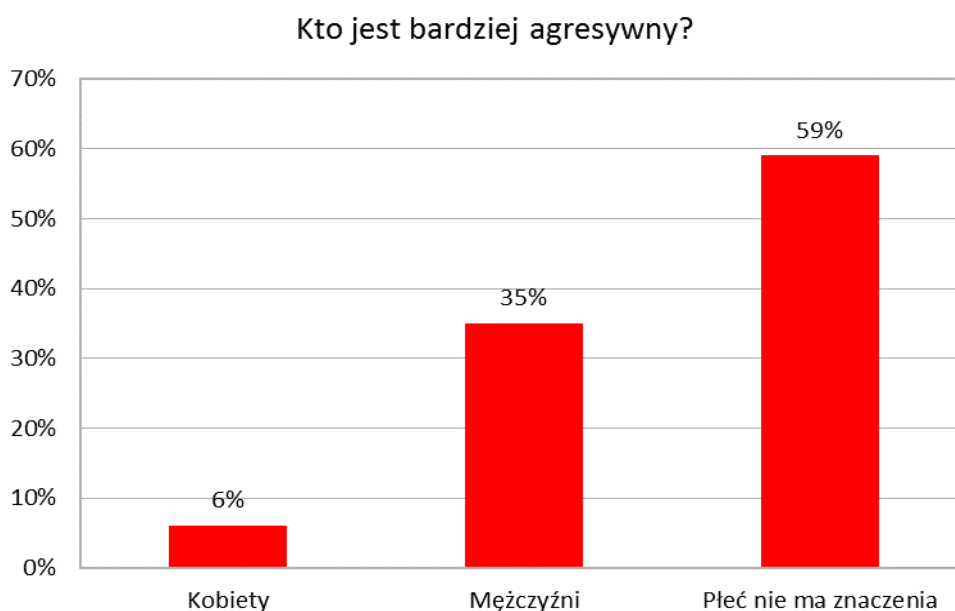


Rycina 6. Uderzenie przez pacjentów personelu pielęgniarского podczas wykonywania obowiązków służbowych

Analiza wyników wykazała, że 42% personelu pielęgniarzkiego spotykała się często z agresją ze strony pacjentów, 36% - czasami, 15% - bardzo często, 6% - rzadko, a tylko 1% nigdy nie spotkała się z agresją ze strony pacjentów (Rycina 5).

Podczas wykonywania obowiązków służbowych, aż 62% personelu pielęgniarzkiego została uderzona przez pacjenta, natomiast 38% badanych tego nie doświadczyła (Ryc. 6).

W przeprowadzonych badaniach zapytano personel pielęgniarzki, kto z pacjentów pod względem płci jest bardziej agresywny. 59% - personelu pielęgniarzkiego odpowiedziało, iż płeć nie ma tu znaczenia, 35% - pielęgniarek/pielęgniarzy stwierdziło, że są to mężczyźni, natomiast 6% - że kobiety (Rycina 7).



Rycina 7. Agresywność pacjentów pod względem płci

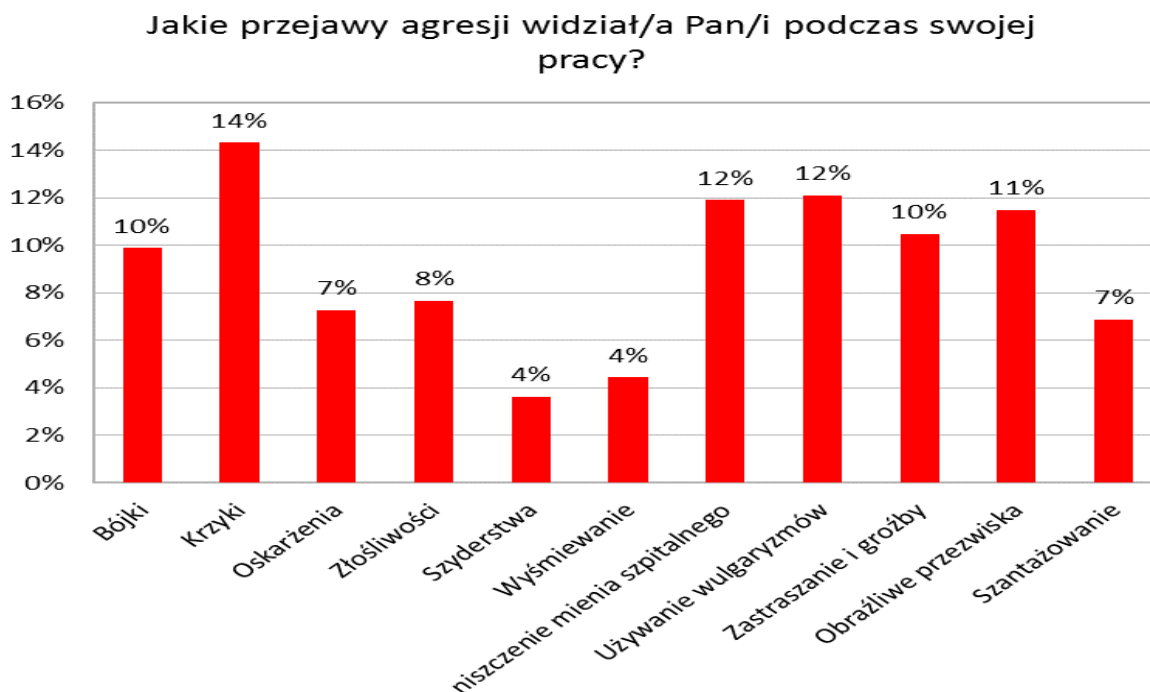
Najczęstszymi przejawami agresji przez pacjentów znajdujących się w Oddziałach Psychiatrycznych okazały się (Rycina 8):

- krzyki (14%),
- niszczenie mienia szpitalnego (12%),
- używanie wulgaryzmów (12%),
- obraźliwe przezwiska (11%),
- bójki (10%),
- zastraszanie i groźby (10%).

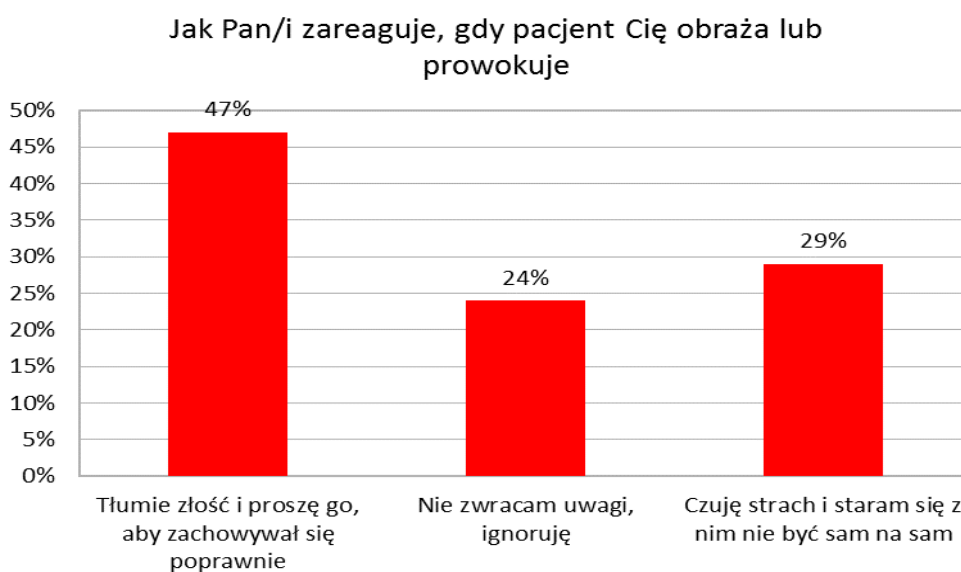
Najmniej zaobserwowano:

- złośliwości (8%),

- oskarżeń (7%),
- szantażowania (7%),
- szyderstw (4%)
- wyśmiewania (4%).
-



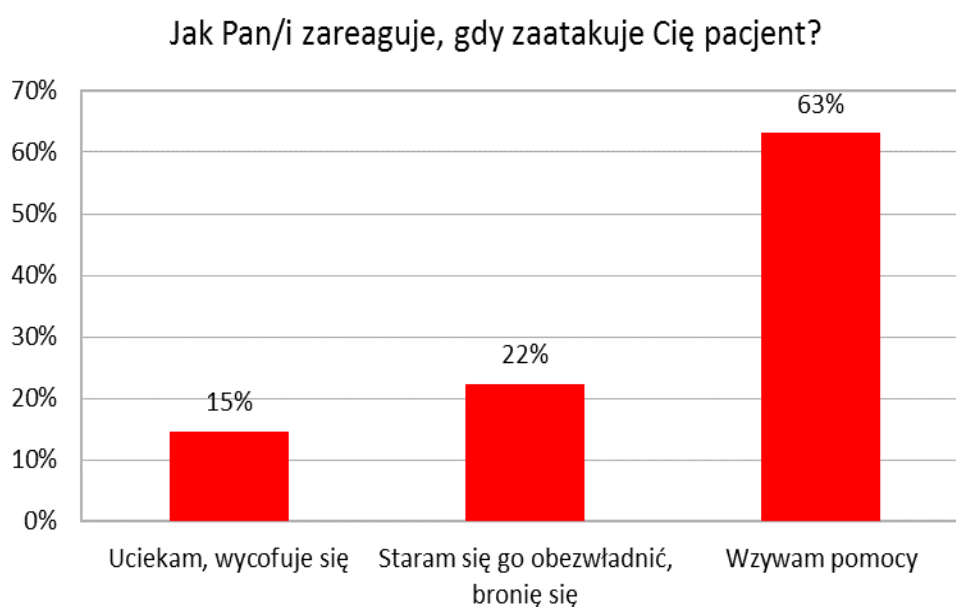
Rycina 8. Przejawy agresji pacjentów w Oddziale psychiatrycznym



Rycina 9. Reakcja personelu pielęgniarского na obrażanie lub/i prowokowanie przez pacjentów

Badaną grupę personelu pielęgniarzkiego zapytano o ich reakcje, gdy spotka się z obrażaniem bądź prowokacją ze strony pacjentów. Około połowa respondentów (47%) tłumiała złość oraz prosiła pacjentów o poprawne zachowanie, 29% personelu odczuwała strach oraz unikała kontaktu z pacjentem „sam na sam”, a 24% personelu nie zwracała uwagi na obrażanie oraz prowokację pacjentów. Zebrane wyniki przedstawia Rycina 9.

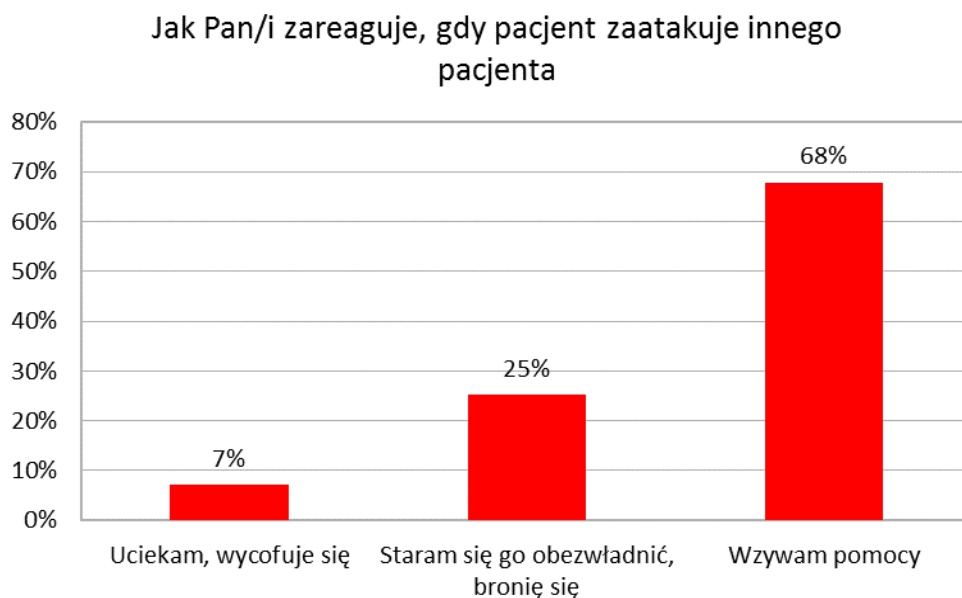
W przeprowadzonych badaniach zapytano także respondentów o reakcję w sytuacji, gdy pacjent dokona ataku fizycznego. Okazało się, że 63% wzywa pomoc, 22% stara się obezwładnić pacjenta i się bronić, a 15% ucieka, wycofuje się (Rycina 10).



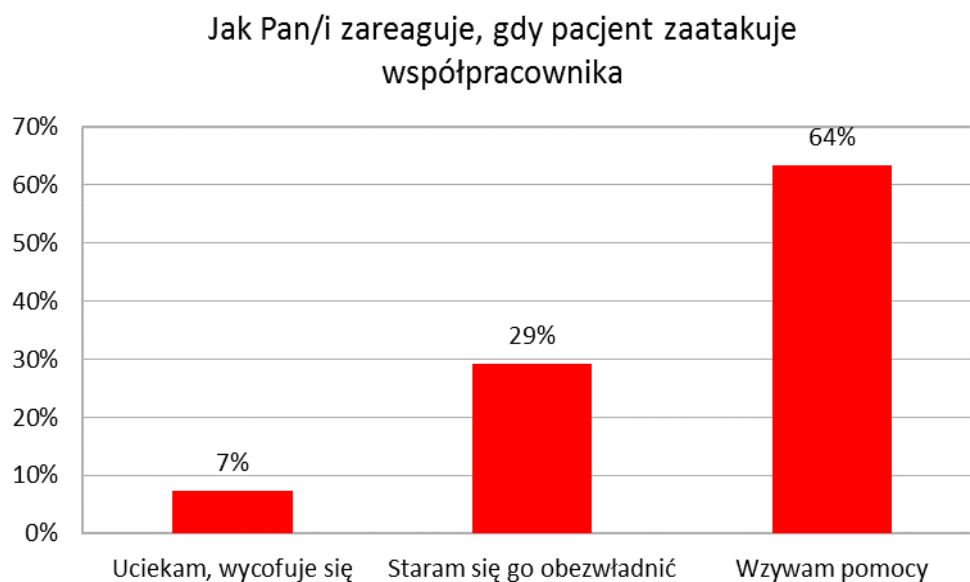
Rycina 10. Reakcja personelu pielęgniarzkiego podczas ataku przez pacjenta

Na pytanie dotyczące reakcji personelu pielęgniarzkiego w sytuacji, gdy pacjent zaatakuje innego pacjenta, ponad połowa respondentów (68%) odpowiedziała, że wzywa pomoc, 25% - stara się obezwładnić agresywnego pacjenta, a 7% - ucieka, wycofuje się (Rycina 11).

W pytaniu dotyczącym reakcji pielęgniarzki/pielęgniarza podczas ataku na współpracownika przez pacjenta, ponad połowa (64%) wzywała pomoc, 29% starała się agresywnego pacjenta obezwładnić, 7% respondentów w takiej sytuacji uciekała, wycofywała się (Rycina 12).



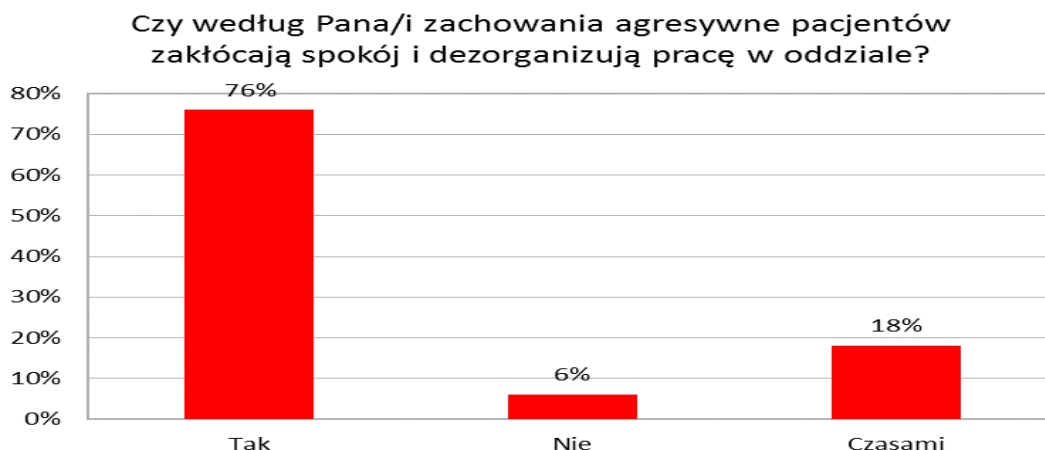
Rycina 11. Reakcja personelu pielęgniarzkiego podczas ataku pacjenta na innego pacjenta



Rycina 12. Reakcja personelu pielęgniarzkiego podczas ataku pacjenta na współpracownika

W przeprowadzonych badaniach wykazano, iż zachowania agresywne pacjentów wywołują u połowy personelu pielęgniarzkiego: lęk i strach, u 22% - uczucie bezsilności i wypalenia zawodowego, u 15% - złość i agresję, a u 14% - uczucie bycia pokrzywdzonym i poniżonym przez pacjenta.

Wykazano także, że 76% personelu pielęgniarzkiego uważa, iż zachowania agresywne pacjentów zakłócają spokój oraz dezorganizację pracy w oddziale, 18% - że występuje to czasami, natomiast 6% respondentów - że nie ma to wpływu (Rycina 13).



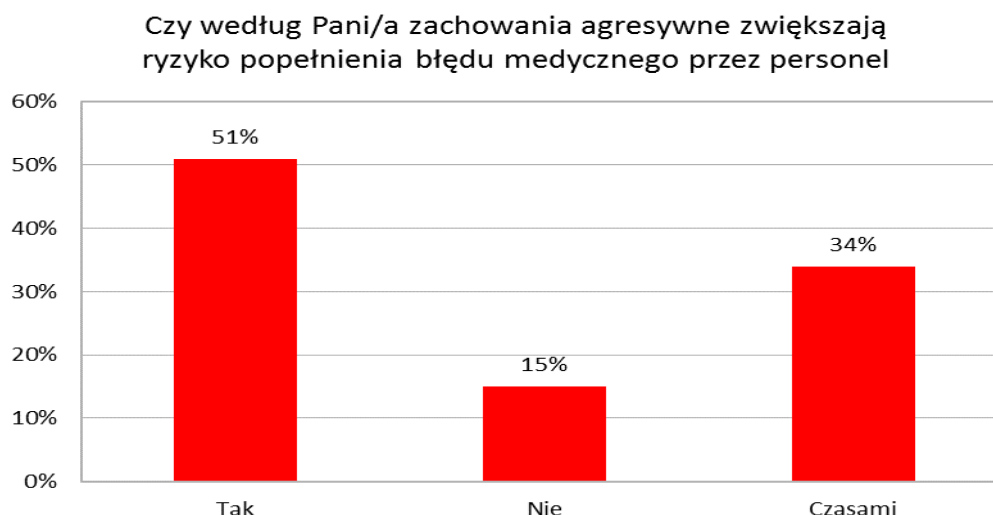
Rycina 13. Wpływ zachowań agresywnych pacjentów na spokój i organizację pracy w oddziałach psychiatrycznych



Rycina 14. Wpływ zachowań destrukcyjnych na funkcjonowanie zawodowe pielęgniarzki

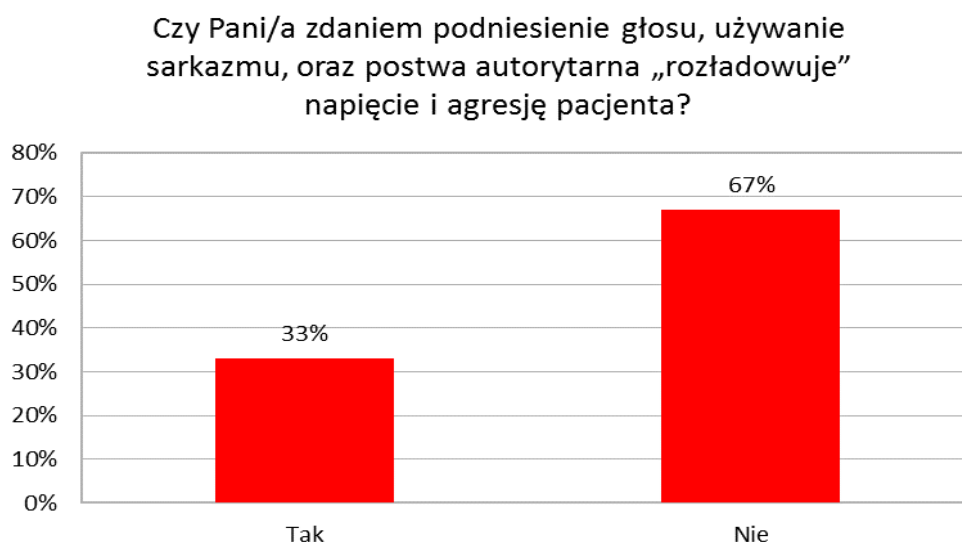
Ponad połowa respondentów stwierdziła, iż zachowania destrukcyjne mogą wywierać wpływ na funkcjonowanie zawodowe pielęgniarzki/pielęgniara, a 9% - że nie ma na to żadnego wpływu (Rycina 14).

W badaniach przeanalizowano także zwiększenie ryzyka popełnienia błędu medycznego przez personel pielęgniarzki podczas wykonywania obowiązków służbowych. Stwierdzono, że 51% - uważało, że takie ryzyko istnieje, a 15% - że nie ma na to wpływu. Analizę przedstawia Rycina 15



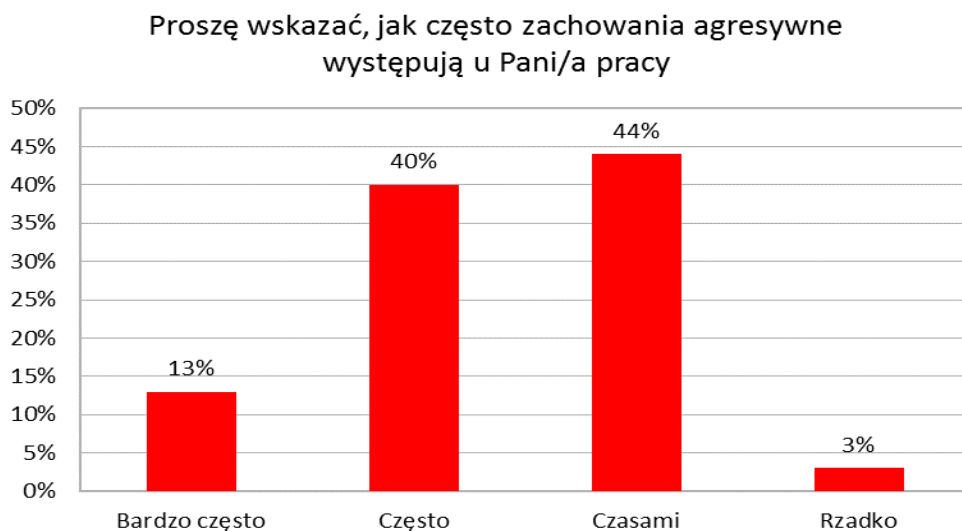
Rycina 15. Wpływ zachowań agresywnych pacjentów na częstsze występowanie błędów medycznych przez personel pielęgniarstwa

Stwierdzono, iż podniesienia głosu, użycia sarkazmu oraz zastosowanie postawy autorytarnej wobec agresywnego pacjenta w 67% nie zmieniło postawy agresywnej pacjenta wobec personelu pielęgniarstwa (Rycina 16).



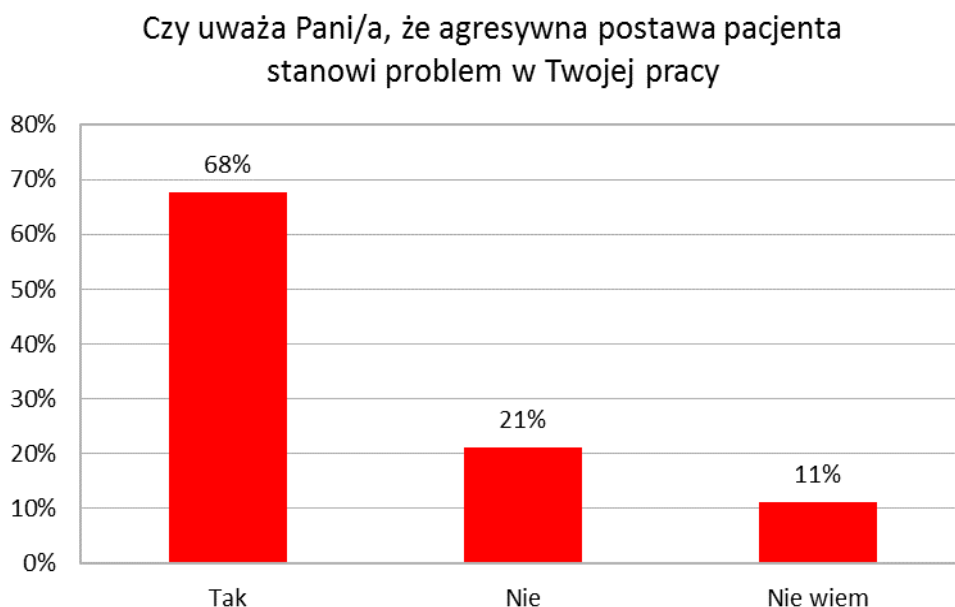
Rycina 16. Wpływ wybranych zachowań personelu pielęgniarstwa wobec agresywnego pacjenta

Wykazano, że w miejscu pracy badanej grupy zachowania agresywne pacjentów spotykane były czasami - 44%, często - 40%, bardzo często - 13%, natomiast rzadko 3%. Analizę przedstawia Rycina 17.



Rycina 17. Częstość zachowań agresywnych w miejscu pracy badanej grupy pielęgniarzkiej

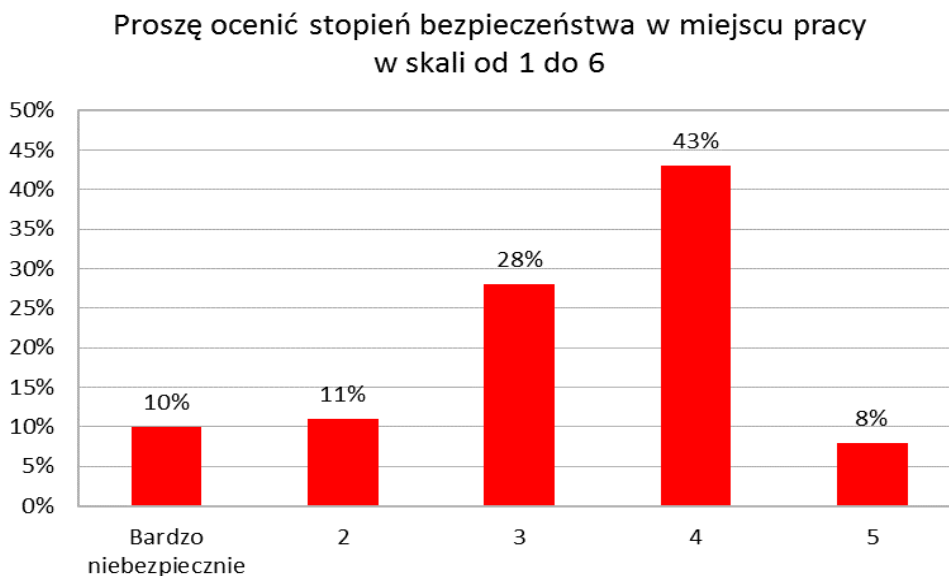
Wśród ankietowanych 68% stwierdziło, że agresywna postawa pacjenta stanowiła problem w pracy, a 11% personelu pielęgniarzkiego miała problem z jednoznaczną deklaracją (Rycina 18).



Rycina 18. Problemy w pracy przez agresywną postawę pacjenta

Przeprowadzono także ocenę stopnia bezpieczeństwa personelu pielęgniarzkiego w miejscu pracy w skali od 1 do 6. Bardzo bezpiecznie w swojej pracy czuło się tylko 10% respondentów.

Szczegółową analizę oceny przedstawia Rycina 19.



Rycina 19. Ocena stopnia bezpieczeństwa w pracy przez personel pielęgniarski

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że 89% personelu pielęgniarskiego pracującego w Oddziale Psychiatrycznym lubi swoją pracę, a tylko 11% z wykonywanej pracy nie jest zadowolona.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

1. Badaną grupę w większości (82%) stanowił personel pielęgniarski płci żeńskiej.
2. Najliczniejszą grupę badaną były pielęgniarki w wieku 41-50 lat (38%), a najmniej w wieku 61 lat i więcej (2%).
3. Najliczniejszą grupę (36%) stanowił personel pielęgniarski, który posiadał staż pracy w szpitalu psychiatrycznym powyżej 10 lat.
4. 59% personelu pielęgniarskiego podczas wykonywania swoich obowiązków służbowych miało styczność z wyzwiskami, obrażaniem i krzykiem ze strony pacjentów.
5. Podczas wykonywania obowiązków służbowych 62% personelu pielęgniarskiego została uderzona przez pacjenta.
6. 42% personelu pielęgniarskiego spotykało się często z agresją ze strony pacjentów, a tylko 1% nigdy jej nie doznało.

7. 59% personelu pielęgniarskiego odpowiedziało, iż płeć pacjenta nie ma znaczenia pod względem agresywności w stosunku do personelu.
8. Najczęstszymi przejawami agresji przez pacjentów znajdujących się w Oddziałach Psychiatrycznych były krzyki - 14% oraz niszczenie mienia szpitalnego - 12%.
9. 47% personelu pielęgniarskiego na obrażanie bądź prowokację ze strony pacjentów reagowała tłumiąc w sobie złość oraz prosząc pacjentów o poprawne zachowanie.
10. W sytuacji, gdy pacjent dokonał ataku fizycznego, 63% personelu pielęgniarskiego wzywało pomoc.
11. W sytuacji, gdy pacjent zaatakował innego pacjenta ponad połowa respondentów 68% odpowiedziała, że wzywa pomoc, a 7% - ucieka, wycofuje się.
12. Podczas ataku na współpracownika przez pacjenta - 64% wzywało pomoc, a 7% uciekało, wycofywało się.
13. W przeprowadzonych badaniach wykazano, iż zachowania agresywne pacjentów wywołują u połowy personelu pielęgniarskiego lęk oraz strach.
14. 76% personelu pielęgniarskiego uważało, że zachowania agresywne pacjentów zakłócają spokój oraz dezorganizują pracę w oddziale.
15. Ponad połowa respondentów twierdziła, iż zachowania destrukcyjne mogą wywierać wpływ na funkcjonowanie zawodowe pielęgniarki/pielęgniarza.
16. 49% personelu pielęgniarskiego uważało, że zachowania agresywne pacjenta zwiększają ryzyko popełnienia błędu medycznego przez personel pielęgniarski podczas wykonywania obowiązków służbowych.
17. 67% respondentów sądziło, iż podniesienie głosu, użycie sarkazmu oraz zastosowanie postawy autorytarnej wobec agresywnego pacjenta nie zmieni jego postawy agresywnej wobec personelu pielęgniarskiego.
18. W miejscu pracy badanej grupy zachowania agresywne pacjentów najczęściej (44%) spotykane były czasami.
19. 68% pielęgniarek/pielęgniarzy stwierdziło, że agresywna postawa pacjenta stanowi problem w pracy.
20. W pracy bardzo bezpiecznie czuło się tylko 10% personelu pielęgniarskiego.
21. 89% personelu pielęgniarskiego pracującego w Oddziale psychiatrycznym lubiło swoją pracę.

DYSKUSJA

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że nie ma jednej definicji agresji w pełni oddającej istotę tego zjawiska [4,5,6].

W ujęciu psychologicznym, za Fraczek i Skorny, agresja to nie tylko” *fizycznie przejawiane zachowanie agresywne naruszające nietykalność osobistą ofiary, ale i zaplanowane działanie bez użycia siły fizycznej mające przynieść osobie agresywnej określone korzyści*” [4,5,6].

Agresja jest zjawiskiem powszechnie uważanym za szkodliwe społecznie, wyrażanym przez wrogie zachowania, powodującym stratę, czy szkodę dla drugiej osoby, a która może przybrać formę słowną, np.: wyzwiska, krzyki, obelgi oraz fizyczną, np.: uderzenia, kopnięcia, popchnięcia i innych ataków [7].

Analiza pozyskanych wyników wskazuje, iż personel medyczny narażony jest na zachowania agresywne ze strony pacjentów, przy czym częściej na atak agresji ze strony pacjentów narażony jest personel pielęgniarstwa płci żeńskiej - 82%.

Potwierdzają powyższe badania przeprowadzone przez Lickiewicz [8], które także wykazały, iż częściej na atak agresji narażony jest personel płci żeńskiej.

Z przeprowadzonych badań Markiewicz [9] wynika, iż największą badaną grupę narażoną na zachowania agresywne ze strony pacjentów stanowiły pielęgniarki w wieku 35 - 49 lat (52%) oraz ze stażem pracy od 11 do 21 lat (39%), natomiast najmniejszą w wieku 50 - 60 lat (13%) i ze stażem zawodowym do 4 lat (4%).

Również w badaniach przeprowadzonych przez Lickiewicz i wsp. [8] wykazano, że osoby z większym stażem stykały się z każdym rodzajem agresji częściej niż mniej doświadczeni koledzy i koleżanki.

W badaniach własnych najliczniejszą grupę badaną tworzył personel w wieku 41 - 50 lat (38%) oraz personel pielęgniarstwa - 36%, który posiadał staż pracy w szpitalu psychiatrycznym powyżej 10 lat, a najmniejszą stanowił personel w wieku 61 lat i więcej (2%).

Z przeprowadzonych badań przez Grudzień i wsp. [10] wynika, że niemal połowa badanych miała kontakt z pacjentem agresywnym, ok. 34% kontakt sporadyczny, a 0,9% badanych osób nigdy nie spotkało się w swojej pracy z pacjentem agresywnym.

Analizując uzyskane wyniki w miejscu pracy badanej grupy, zachowania agresywne pacjentów spotykane były najczęściej czasami – 44%.

Według Grudzień i wsp. [10], najczęściej agresją pacjentów skierowaną wobec personelu była to agresja słowna (58,3%), a 45,2% osób wymieniło sporadyczne występowanie agresji nieukierunkowanej. Podobne wyniki wskazujące na przeważające zjawisko agresji słownej np.: obelg, zastraszania prezentuje w swoich badaniach Suwała [11]. Badania Kowalczyk i wsp. [12] wykazały, iż najczęstszą formą agresji ze strony pacjentów była agresja werbalna, m.in. pogróżki wobec pielęgniarek i położnych (75–80%), a prawie wszyscy lekarze (80%) spotkali się z szantażem ze strony pacjentów w miejscu pracy oraz używaniem przez nich podniesionego głosu (75%). W badaniach przeprowadzonych przez Instytut Medycyny Pracy wykazano, iż pielęgniarki najczęściej stykały się z formami agresji słownej, tj. krzyk (91,4%), pogróżki (69,4%), obrażanie ze strony pacjentów przy pacjentach (65,4%) i przy pracownikach (63,1%) [13]. Również wszystkie badane osoby przez Markiewicz [9] w swojej pracy zawodowej doświadczyły zachowań agresywnych ze strony pacjentów. Agresja słowna była spotykana dość często przez 35% pielęgniarek, a 65% pielęgniarek doświadczyło jej sporadycznie. W badaniu Drabek i wsp. [14] przeprowadzonych z udziałem 1163 pielęgniarek i 391 pracowników sektora usług (usługi pocztowe i usługi transportowe) stwierdzono, iż badanych pracowników najczęściej (90%) spotyka agresja ze strony klientów. Nieco rzadsze były przypadki zachowań agresywnych ze strony współpracowników osób badanych. Niemal co drugi z badanych doświadczył agresji ze strony przełożonych, przeważnie w formie pogróżek i krzyku. Przypadki drastycznych form przemocy w postaci próby ataku fizycznego lub napaści fizycznej dotyczyły przede wszystkim relacji pracownik–klient/pacjent. Napaści fizycznej doświadczyło ponad 20% pracowników transportu i 13,8% badanych pielęgniarek [14]. Niechwiadowicz - Czapka [15] twierdzą, że wśród badanej grupy pielęgniarek formą bezpośredniej agresji ze strony pacjentów było: uderzenie ręką, kopnięcie nogą, popchnięcie, uderzenie przedmiotem, drapanie. W piśmiennictwie fachowym [16] podkreśla się, iż pielęgniarki są grupą zawodową personelu medycznego najbardziej narażoną na agresje pacjentów, potwierdziło to także badanie australijskie wykazujące, że w czasie całej swojej pracy w zawodzie 88% pielęgniarek oddziałów psychiatrycznych doświadczyło agresji werbalnej oraz fizycznej ze strony pacjentów.

W badaniach własnych wykazano, że 59% personelu pielęgniarzkiego podczas

wykonywania swoich obowiązków służbowych miało styczność z wyzwiskami, obrażaniem i krzykiem ze strony pacjentów. Najczęstszymi przejawami agresji przez pacjentów znajdujących się w Oddziałach Psychiatrycznych były: krzyki - 14% oraz niszczenie mienia szpitalnego - 12%. Podczas wykonywania obowiązków służbowych 62% personelu pielęgniarского została uderzona przez pacjenta.

Również Markiewicz [9] w przeprowadzonych badaniach potwierdziła, że 78% badanych osób doświadczyło agresji fizycznej ze strony pacjentów, a tylko 22% takiej agresji nie doświadczyła. W przeprowadzonych badaniach przez Lickiewicz i wsp. [8], zdarzenie agresji fizycznej ze strony pacjentów zgłosiło 36% badanych. 29% z zaatakowanych osób próbowano uderzyć, wobec 10 osób próbowano użyć niebezpiecznego narzędzia, takiego jak nóż, butelka czy igła. Respondenci z badania Grudzień i wsp. [10] agresję fizyczną wskazywali jako zjawisko sporadyczne raz w miesiącu (40,9%), niemniej jednak 20,9% badanych wskazało, iż z agresją fizyczną ze strony pacjentów spotykało się często. Według Instytutu Medycyny Pracy narażonych na próbę ataku było 47% pielęgniarek, natomiast ataku fizycznego doświadczyło 32% [13]. Z badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek psychiatrycznych wywnioskowano, że 78% z nich doznała agresji fizycznej, a 35% doznaje agresji słownej dość często [13].

Z przeprowadzonych obecnie badań wynika, że 47% personelu pielęgniarского na obrażanie bądź prowokację ze strony pacjentów reagowało tłumiąc w sobie złość oraz prosząc pacjentów o poprawne zachowanie.

Również w przeprowadzonych badaniach przez Markiewicz [9] potwierdzono, że wszystkie pielęgniarki reagowały na ujawnianą agresję słowną w sposób profesjonalny: spokojnie, poprzez rozmowę z pacjentem wyjaśniając zaistniałą sytuację oraz dokonując wspólnie z agresywnym pacjentem optymalnego wyboru w celu rozwiązania problemu.

W badaniach własnych stwierdzono, że 59% personelu pielęgniarского twierdziło, iż płeć pacjenta nie ma znaczenia pod względem agresywności w stosunku do personelu.

Również Grudzień i wsp. wykazali, że w opinii 49,6% badanych płeć nie ma znaczenia w częstości przejawów zachowań agresywnych przez pacjentów [10].

W przeprowadzonych badaniach własnych wykazano, iż zachowania agresywne pacjentów wywołują u połowy personelu pielęgniarского lęk oraz strach, 76% uważało, że zachowania agresywne pacjentów zakłócają spokój oraz dezorganizację pracy w oddziale, a ponad połowa respondentów, iż zachowania destrukcyjne mogą wywierać wpływ na

funkcjonowanie zawodowe pielęgniarzki/pielęgniara.

Natomiast odmiennie, według 48% badanych przez Makarewicz [9] pielęgniarek doświadczenie agresywnego zachowania przez pacjentów nie ma wpływu na dalszą pracę, nie powoduje lęku lub urazu psychicznego spowodowany tym zdarzeniem. Tylko 30% pielęgniarek zadeklarowało wystąpienie przejściowego lęku, dyskomfortu, co jednak nie miało wpływu na dalszą pracę [9].

Lickiewicz i wsp. [8] uważają, że pomimo tak dużej częstości zdarzeń związanych z doznawaniem agresji, ankietowani w swojej opinii rzadko wymagali pomocy osób z zewnątrz. Tylko ośmiu osobom udzielono pomocy medycznej, a trzem psychologicznej [8].

Badania własne dowodzą, że w sytuacji, gdy pacjent dokonał ataku fizycznego, 63% personelu pielęgniarzkiego wzywało pomoc, ale także 89% personelu pielęgniarzkiego pracującego w Oddziale Psychiatrycznym stwierdziło, że lubi swoją pracę.

Podobne wyniki uzyskała Markiewicz [9] wykazując, że 74% pielęgniarek nie zastanawiała się nad zmianą miejsca pracy w związku z doświadczeniem agresywnego zachowania pacjenta. Natomiast według badań Duffina, duża część pielęgniarek w wyniku zetknięcia się z agresją pacjentów zmieniła swoje nastawienie do pracy [17]. Z kolei według Lickiewicza [8] przeważająca większość respondentów po agresywnym incydencie nie szukała pomocy, mimo że aż 20% z nich zauważyła negatywny wpływ tego zdarzenia na swoją pracę.

Badania własne dowodzą, że zachowania agresywne pacjenta zwiększają ryzyko popełnienia błędu medycznego przez personel pielęgniarzki, podczas wykonywania obowiązków służbowych.

W badaniach Sariusz-Skąpskiej [18] lęk występujący u personelu pielęgniarzkiego przyczynia się do tworzenia niewłaściwej relacji terapeutycznej, a niewłaściwa relacja ma wpływ na jakość opieki. Wśród osób zatrudnionych w oddziałach psychiatrycznych panuje opinia, iż zachowania agresywne pacjentów są wpisane w pracę personelu medycznego [18]. Według Berent i wsp. [19] niedostateczny poziom bezpieczeństwa pracy personelu pielęgniarzkiej wynika z niskich nakładów na psychiatryczną opiekę zdrowotną, wiąże się z brakiem wypracowanych standardów postępowania wobec pacjentów agresywnych. Grudzień i wsp. [10] w swoich badaniach stwierdzili, że często z agresją pacjentów skierowaną wobec przedmiotów stykali się pracownicy SOR (41,2%), oddziału psychiatrycznego (68,2%) oraz oddziałów zachowawczych (54,8%) [10].

W podsumowaniu warto podkreślić, że nie powinno się lekceważyć znaczenia zjawiska agresji w szpitalach psychiatrycznych, które wpływa negatywnie na personel medyczny (odczuwanie lęku, brak poczucia bezpieczeństwa, zmniejszenie bezpieczeństwa pracy), stąd w szpitalach psychiatrycznych konieczne jest wdrożenie lepszych strategii zapobiegania agresji pacjentów.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Większość personelu pielęgniarskiego oddziałów psychiatrycznych w Choroszczy nie czuła się w swojej pracy bezpiecznie, spotkała się z agresją ze strony pacjentów zarówno werbalną, pozawerbalną, jak i fizyczną.
2. Zachowania agresywne pacjentów u większości personelu pielęgniarskiego wywoływały lęk i strach oraz zakłócały spokój i dezorganizację pracy w oddziale.
3. Pomimo iż w pracy bardzo bezpiecznie czuł się t niewielki odsetek badanych, to zdecydowana większość personelu pielęgniarskiego pracującego w Oddziale psychiatrycznym lubiła swoją pracę.

PIŚMIENNICTWO

1. Małas Z.: Agresja wobec pielęgniarek i położnych coraz poważniejszym problemem, Puls Medycyny, <https://pulsmedycyny.pl/agresja-wobec-piellegniarek-i-polozonych-coraz-powazniejszym-problemem-982937> (data dostępu 11.05.2020).
2. <https://www.politykazdrowotna.com/53976,wiekszosc-piellegniarek-spotyka-sie-w-pracy-z-agresywnymi-zachowaniami> (data dostępu 11.05.2020).
3. https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0019/130177/Informacja-o-zgloszeniach-agresji-w-MAWOZ.pdf, (data dostępu 11.05.2020).
4. Fraczek A.: Czynności agresywne jako przedmiot studiów eksperymentalnej psychologii społecznej. Wydawnictwo PAN, Wrocław 1979.
5. Skorny Z.: Psychologiczna analiza agresywnego zachowania się. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1968.
6. Fraczek A, Struzik P.: Agresja wśród dzieci i młodzieży. Wydawnictwo PWN, Kielce 1986.

7. Anderson C., Bushman B.: Human aggression. *Annual Review of Psychology* 2002; 53: 28-29.
8. Lickiewicz J., Piątek J.: Doświadczenie agresji w pracy pielęgniarstwie. *Sztuka Leczenia* 2014; 3(4): 11-22.
9. Markiewicz R.: Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarstwa zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych. *Problem Psychiatrii* 2012; 13(2): 93-97.
10. Grudzień D., Zurzycka P., Radzik T.: Opinie personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2015; 4(45): 242-247.
11. Suwała A.: Zjawisko przemocy w zakładach opieki zdrowotnej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16(1,2): 157-162.
12. Kowalczyk K., Krajewska-Kułak K., Jankowiak B., Klimaszewska K., Rolka H., Kondzior D., Kowalewska B.: Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2008; 89(2): 211-215.
13. Merecz D., Mościcka A.: Przemoc w placówkach służby zdrowia i sposoby jej przeciwdziałania. Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 2003.
14. 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.
15. Niechwiadowicz- Czapka T.: Agresja w pracy pielęgniarki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2010: 3.
16. Delaney J, Cleary M, Jordan R i wsp.: An exploratory investigation into the Nursing management of aggression in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2001; 8, 1:77-84.
17. Duffin C.: Managing violent patients. *Nursing Older People*, 2007; 19(6): 14-16.
18. Sariusz-Skapska M.: Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14(2): 87-91.
19. Berent D., Pierchała O., Florkowski A., Gałęcki P.: Agresja pacjentów wobec personelu medycznego izby przyjęć szpitala psychiatrycznego. *Psychiatria i Psychoterapia* 2009; 5(1-2): 13-28.

Zastosowanie hipotermii terapeutycznej u chorych po NZK – wiedza pielęgniarek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego na temat wskazań do zabiegu

Beata Barwińska

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

WSTĘP

NZK oznacza ustanie mechanicznej czynności serca powodującej ustanie krążenia krwi. Jest ono obarczone wysoką śmiertelnością zarówno przed, jak i wewnątrzszpitalną. Przyczynami NZK mogą być choroby oraz ich powikłania ze strony wszystkich układów organizmu, szczególnie układu: krążenia, oddechowego, ośrodkowego układu nerwowego. Spośród innych przyczyn NZK należy wymienić obrażenia ciała. Dane statystyczne wskazują, że w skali Polski rocznie dochodzi nawet do 80 tys. zgonów wskutek NZK. Wyniki badań wyraźnie wskazują, że NZK w Europie diagnozuje się z częstotliwością ok. 375 000 rocznie [1]. U ok. 50% osób, u których dochodzi do NZK nie można uzyskać skutecznego hemodynamicznego rytmu serca, a wśród chorych, u których resuscytacja krążeniowo-oddechowa jest skuteczna, przeżywalność jest niska. W dobrym stanie neurologicznym ze szpitala zostaje wypisanych zaledwie kilka procent chorych [2]. Przeżycie po takim epizodzie skutkuje często rozległym niedokrwieniem mózgu, a to prowadzi do ciężkiego deficytu neurologicznego (np. niedowładów, zaburzeń mowy). Komórki nerwowe są szczególnie wrażliwe na niedotlenienie i już nawet 4-5 minutowy brak dostępu tlenu prowadzi do nieodwracalnych uszkodzeń. Chorzy z różnym stopniem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego wymagają długotrwałej opieki, często pozostają bez możliwości samodzielnego funkcjonowania i kontynuacji pracy zawodowej. Mimo dynamicznego postępu w zakresie prowadzenia technik resuscytacyjnych i farmakoterapii nadal efekty w postaci przeżywalności i poprawie ostatecznej jakości życia pacjentów po NZK są niezadawalające [3]. U chorych po epizodzie NZK możliwe jest wdrożenie procedury medycznej znacznie obniżającej śmiertelność oraz istotnie zwiększającą poprawę stanu neurologicznego. Procedurą taką jest

hipotermia terapeutyczna (TH). W przeprowadzonych badaniach wykazano, iż u pacjentów poddanych terapeutycznej hipotermii u ok. 55% uzyskano dobry stan neurologiczny w porównaniu z 39% chorych leczonych standardowo. Zatem najważniejszym wskazaniem zastosowania hipotermii w NZK jest ograniczenie śmiertelności pacjentów [2,4]. Hipotermia terapeutyczna, czyli kontrolowane obniżanie temperatury ciała człowieka poniżej fizjologicznej wartości, jest metodą stosowaną u chorych po NZK zalecaną między innymi przez Europejską Radę Resuscytacji. Metoda ta ma przede wszystkim ochronić ośrodkowy układ nerwowy przed niekorzystnym działaniem hipoksji i niedokrwienia. Jest metodą stosowaną na całym świecie, w Polsce w 2012 roku powstał Polski Rejestr Hipotermii Leczniczej. Świadomość społeczeństwa w odniesieniu do rozpoznawania NZK i podejmowania działań w ramach pierwszej pomocy jest z roku na rok większa. Coraz częściej świadkowie zdarzenia szybko podejmują czynności resuscytacyjne, korzystają z dostępnych automatycznych defibrylatorów zewnętrznych jeszcze przed przybyciem Zespołu Ratownictwa Medycznego (ZRM). Wytyczne Polskiej Rady resuscytacji z 2015 roku duży nacisk kładą na opiekę poresuscytacyjną – jednym z jej elementów jest wprowadzenie w hipotermię terapeutyczną [5].

HIPOTERMIA PRZYPADKOWA

Hipotermia to stan obniżenia temperatury głębokiej poniżej 35 stopni Celsjusza i mniej. Hipotermia może wystąpić pierwotnie w wyniku oddziaływania czynników środowiskowych na organizm człowieka oraz wtórnie do różnych schorzeń i zaburzeń homeostazy organizmu. Upośledzenie termoregulacji może wystąpić w wielu chorobach, np.: uraz mózgu, przerwanie rdzenia kręgowego, neuropatie, choroba nowotworowa, zaburzenia metaboliczne, niewydolność tarczycy. Zawsze przyczyną zaburzeń termoregulacji jest dysproporcja między utratą ciepła a zdolnością organizmu do jej wytworzenia. W podwzgórzu znajduje się ośrodek termoregulacji i jego zadaniem jest utrzymanie stałej temperatury narządów wewnętrznych (centralnych). Organizm reaguje na wychłodzenie obkurczeniem naczyń krwionośnych, wzrostem tempa przemian energetycznych, drżeniami mięśni szkieletowych [6]. Dochodzi do zaburzeń narządowych i układowych [7]. Szacuje się, że tzw. hipotermia pourazowa z temperaturą ciała poniżej 36 stopni Celsjusza występuje u 14-17 % ofiar urazów, poniżej 34 stopni u ok. 2% chorych, z temperaturą poniżej 32 stopni Celsjusza w 0,1-0,2% przypadków [8]. Występowanie i nasilenie się hipotermii pourazowej wynika z ciężkości doznanego urazu. Na wystąpienie hipotermii pourazowej narażeni są w szczególności pacjenci z obniżonym

stanem świadomości, pod wpływem alkoholu oraz tacy, których ewakuacja z miejsca zdarzenia wymaga dłuższego czasu. Wychłodzenie przypadkowe jest ważnym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia pourazowych zaburzeń krzepnięcia (ATC, *acute traumatic coagulopathy*) [9]. Hipotermia pourazowa wraz z towarzyszącą koagulopatją i kwasicią metaboliczną określane są jako „śmiertelna triada” [10]. Nie należy zatem hipotermii przypadkowej i jej niekorzystnych skutków w żaden sposób kojarzyć z hipotermią terapeutyczną.

RYS HISTORYCZNY STOSOWANIA HIPOTERMII TERAPEUTYCZNEJ

Za pioniera tej metody uważa się Hipokratesa, lekarza, empiryka (V w p.n.e.). Zauważył on korzystne działanie zimna przy tamowaniu krwawień, łagodzeniu bólu oraz zmniejszeniu obrzęku. W czasie wojen napoleońskich Rosjanie wykorzystywali śnieg i lód do okładania żołnierzy podczas zatrzymania krążenia, oczekując powrotu funkcji życiowych. Po silnym schłodzeniu kończyny przeprowadzano jej amputację. Pierwszy przypadek przeprowadzenia świadomej hipotermii miał miejsce w 1945 roku u pacjenta po ciężkim urazie głowy. Następne doniesienia wskazują na zastosowanie hipotermii w celu ograniczenia krwawienia w polu operacyjnym podczas zabiegów neurochirurgicznych oraz kardiochirurgicznych. W zastosowaniu hipotermii terapeutycznej u chorych po NZK przełom w badaniach nastąpił w latach 2001-2002, kiedy to na łamach czasopisma *New England Journal of Medicine* przedstawiono wyniki dwóch dużych, wieloośrodkowych randomizowanych badań klinicznych. Oceniono wpływ zastosowania hipotermii 32-34 °C przez 24 godziny na stan neurologiczny i śmiertelność pacjentów po NZK. Ukazały one korzystny wpływ hipotermii u 55% chorych: wyraźne zmniejszenie częstości wtórnych uszkodzeń mózgu, powrót funkcji neurologicznych w porównaniu z 39% w grupie normoterapii. Wykazano również, iż statystycznie lepsze rezultaty zastosowania hipotermii terapeutycznej występują u chorych, u których do zatrzymania krążenia doszło w mechanizmie migotania komór niż w mechanizmie asystolii [11]. Wyniki tych badań umieszczono w wytycznych ILCOR, *International Liaison Committee on Resuscitation* (Międzynarodowy Komitet Łącznikowy ds. Resuscytacji). Tak więc na całym świecie pacjenci po NZK wprowadzani są w hipotermię terapeutyczną, aby poprawić dalsze rokowanie i zminimalizować ubytki neurologiczne. Jednak nie każdy przypadek powrotu spontanicznego krążenia, czyli ROSC, *Return of Spontaneous Circulation*, kwalifikuje się do zastosowania hipotermii terapeutycznej. Zależy od stanu pacjenta przed NZK oraz mechanizmu, w jakim doszło do NZK.

METODY STOSOWANIA HIPOTERMII TERAPEUTYCZNEJ PO NZK

Metody ochładzania pacjenta można podzielić na: zewnętrzne, nieinwazyjne – powierzchniowe oraz wewnętrzne inwazyjne - wewnątrznaczyniowe. Do metod nieinwazyjnych zaliczamy: chłodzenie poprzez okładanie woreczkami z lodem, wilgotne okłady, używanie koców chłodzących i hełmów z cyrkulacją zimnej wody lub zimnego powietrza. Mogą to być maty z wodą, które przykleja się do skóry, pokryte specjalnym żelem. Zaletą tych metod jest łatwa dostępność i stosunkowo niedrogi koszt ich zastosowania. Powszechnie stosowane są również systemy chłodzenia powierzchniowego, używa się w tym celu urządzeń sterowanych komputerowo, np.: Blanketrol III czy CritiCool. W praktyce najczęściej stosuje się maty z krążącym płynem chłodzącym.



Rycina 1. Urządzenie chłodzące Criti Cool
(źródło własne)



Rycina 2. Mata chłodząca Thermo Wrap
(źródło własne)

Do technik inwazyjnych zaliczamy: płukanie jam ciała np. otrzewnej, pęcherza moczowego, odbytnicy, infuzję dożylną zimnych płynów (0,9% NaCl czy mleczanu Ringera). Metody inwazyjne umożliwiają w szybkim czasie obniżenie temp. ciała. Innym sposobem prowadzenia hipotermii terapeutycznej jest zastosowanie ECMO, *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*, czyli technika pozaustrojowego utlenowania krwi. Najlepsza metoda chłodzenia powinna obniżać temperaturę w krótkim czasie, chłodzić wybrane narządy kompartmentu centralnego (organy, w których temp. pozostaje stała pomimo zmian temp. zewnętrznej), czyli mózg, narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej [12]. Chłodzenie powierzchniowe może być łączone z metodami inwazyjnymi i infuzją zimnych płynów. Niezależnie, jakich metod używa się do wprowadzenia w hipotermię terapeutyczną kluczową sprawą jest prawidłowy, dokładny

pomiar temperatury głębokiej. Pomiaru tego możemy dokonać za pomocą czujników umieszczonych: na błonie bębenkowej, w 1/3 dolnej przetyku, doodbytniczo, czy w pęcherzu moczowym oraz za pomocą cewnika umieszczonego w tętnicy płucnej [13]. Aby zwiększyć dokładność pomiarów zaleca się dokonywanie pomiarów w co najmniej dwóch miejscach. Reakcją obronną organizmu mogącą hamować obniżanie temperatury na schładzanie są dreszcze (zjawisko termogenezy). Pacjent podczas prowadzenia procedury otrzymuje leki do sedacji oraz środki zwiotczające, ważne jest również leczenie p/gorączkowe. Specyfika terapii wymaga respiratoroterapii, czyli pacjent musi być zaintubowany i podłączony do respiratora. Proces utrzymywania niskiej temperatury 32-34 °C powinien trwać 24 godziny.

ZNACZENIE STOSOWANIA HIPOTERMII JEJ ETAPY I OCENA SKUTECZNOŚCI

Procedura wprowadzania TH rozpoczyna się fazą indukcji (wstępne ochładzanie ciała). Jedną ze skuteczniejszych metod wstępnego ochładzania jest szybkie przetoczenie zimnych płynów infuzyjnych najczęściej 0,9% NaCl o temperaturze 4 stopnie Celsjusza w dawce 30 ml. /kg.m.c. Metoda ta pozwala obniżyć temperaturę ciała średnio o 1,5 stopnia Celsjusza [4]. Należy dążyć do jak najszybszego uzyskania temperatury docelowej 32-34 stopnie Celsjusza, używając metod wewnętrznych oraz zewnętrznych. Proces podtrzymywania docelowej stabilnej temperatury powinien trwać 24 godziny. Często indukcja prowadzona jest równocześnie z wykonaniem innych procedur medycznych, np. koronarografii z przezskórną angioplastyką wieńcową u chorych z ostrym zespołem wieńcowym [14]. Ochładzanie powinno rozpocząć się jak najwcześniej po powrocie skutecznego hemodynamicznego rytmu serca. Pacjent przez cały czas trwania procedury TH wymaga stałego monitorowania wszelkimi dostępnymi metodami. Zgodnie z protokołem prowadzenia TH pobierane są kontrolne badania krwi (gazometria, jonogram, morfologia, wskaźniki martwicy mięśnia sercowego). Niezwykle ważna jest kontrola glikemii, ponieważ hiperglikemia zwiększa ryzyko uszkodzenia OUN.

Dowodzono, że hipotermia zmniejsza mózgowy metabolizm tlenu o około 6% na każdy 1 stopień Celsjusza obniżenia temperatury ciała, co ogranicza uwalnianie szkodliwych aminokwasów i powstawanie wolnych rodników [14]. Chłodzenie organizmu utrudniają mechanizmy kompensacyjne zapobiegając utracie ciepła. Po NZK z powodu wzmożonego napięcia współczulnego izolacja termiczna organizmu wzrasta. Niezamierzone nadmierne schłodzenie poniżej 32 stopni Celsjusza zwiększa ryzyko koagulopatii, zaburzeń rytmu, a temperatura poniżej 30 stopni Celsjusza może spowodować migotanie komór (VF, *Ventricular Fibrillation*). Trzecim etapem TH jest faza ogrzewania. Po 24 godzinach utrzymywania

stabilnej temperatury rozpoczyna się kontrolowane ogrzewanie. ERC zaleca przywracanie prawidłowej temperatury ciała o około 0,25-0,5 stopnia Celsjusza na godzinę [3]. Wolne ogrzewanie ma zapobiegać niebezpiecznym zmianom stężeń elektrolitów w osoczu, hiperglikemii, hipowolemii oraz gorączki. Po osiągnięciu temperatury ciała 36-37 stopni Celsjusza należy zapobiegać dalszemu jej wzrostowi powyżej 37,5.

OCENA SKUTECZNOŚCI ZASTOSOWANIA HIPOTERMII TERAPEUTYCZNEJ U CHORYCH PO NZK

Najszerze opracowanie wyników Polskiego Rejestru Hipotermii przedstawiono na Kongresie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego we wrześniu 2014 r. w Poznaniu. W badaniu uwzględniono 188 chorych z 13 ośrodków anestezjologicznych i kardiologicznych. Najczęstszą przyczyną NZK było migotanie komór i częstoskurcz komorowy (82,3%). Chorzy byli nieprzytomni ocenieni na 4 punkty w skali GCS (ang. Glasgow Come Scale). Etap indukcji przeprowadzono za pomocą infuzji zimnych płynów, następnie stosowano zewnętrzne metody chłodzenia celem podtrzymywania temperatury docelowej. Zazwyczaj chory poddawany był leczeniu inwazyjnemu w Pracowni Hemodynamiki. Ostatecznie przeżycie do wypisu ze szpitala udało się uzyskać u 71,2% chorych, a u 55,3% funkcje neurologiczne ocenione były jako dobre. Obserwując tempo, w jakim rośnie liczba publikacji dotyczących zastosowania hipotermii terapeutycznej u chorych po NKZ można przyjąć, iż jest to jedna z bardziej dynamicznie rozwijających się dziedzin medycyny. Dane zawarte w Polskim Rejestrze Hipotermii stanowią cenne źródło informacji dla ośrodków, które mogą porównać swoje wyniki ze średnią ogólnopolską [15].

WSKAZANIA I PRZECIWWSKAZANIA DO ZASTOSOWANIA HIPOTERMII TERAPEUTYCZNEJ PO NZK

Podobnie jak w każdej procedurze medycznej, tak i w zastosowaniu hipotermii terapeutycznej ustalono wskazania i przeciwwskazania. Eksperti Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego ustalili jasne kryteria włączenia i wyłączenia. Do kryteriów włączenia należą:

- Stan po NZK. Niezależnie od mechanizmu zatrzymania – migotanie komór, częstoskurcz komorowy bez tętna, asystolia, czynność elektryczna serca bez tętna. Należy tutaj zaznaczyć rozszerzenie wskazań do zastosowania TH u chorych z

zatrzymaniem krążenia w mechanizmie rytmów niedefibrylacyjnych. Początkowo była ona zalecana tylko u chorych z komorowymi zaburzeniami rytmu serca.

- Powrót wydolnego hemodynamicznie rytmu serca (ROSC) w czasie 5-60 minut od zatrzymania krążenia. Czas krótszy niż 5 minut do ROSC uznawany jest za czas, w którym nie powinny nastąpić objawy uszkodzenia mózgu, a powrót świadomości powinien nastąpić spontanicznie. Po ponad 60 minutach RKO należy spodziewać się ciężkiego uszkodzenia mózgu i zastosowanie TH nie przyniosłoby oczekiwanych rezultatów.
- Wiek powyżej 18. roku życia, dotyczy włączenia do Polskiego Rejestru Hipotermii Leczniczej. Stosowaniem hipotermii u dzieci i młodzieży zajmują się specjalistyczne ośrodki i towarzystwa pediatryczne.
- Limit czasu od zatrzymania krążenia do 4 godzin.
- Pacjent nieprzytomny uzyskujący wg skali Glasgow mniej niż 8 punktów skurczowe ciśnienie tętnicze powyżej 80 mmHg (dopuszczalne leczenie inotropowe).

Do kryteriów wyłączenia należą:

- Powszechnie stosowana ocena stanu neurologicznego - stan nieprzytomności przed NZK (ciężkie zatrucia, uraz głowy, udar mózgu, krwawienie wewnątrzczaszkowe)
- Wstrząs kardiogeny, skurczowe ciśnienie tętnicze poniżej 80 mmHg, mimo stosowania amin presyjnych
- Temperatura ciała poniżej 30 stopni Celsjusza po uzyskaniu powrotu krążenia
- Cięża
- Choroby terminalne
- Czas prowadzenia resuscytacji powyżej 60 minut
- Zaburzenia krzepnięcia
- Ciężkie uogólnione zakażenie
- Oporne na leczenie arytmie serca [16].

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Celem pracy było zbadanie, jakie jest zastosowanie hipotermii terapeutycznej u chorych po NZK - wiedza pielęgniarek i pielęgniarzy systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego na temat wskazań do zabiegu.

W pracy określono pytania badawcze:

1. Czy hipotermia terapeutyczna może być zaliczana do działań protekcji mózgu (ochrony) po nagłym zatrzymaniu krążenia (NZK)?
1. Czy wskazaniem do zastosowania hipotermii terapeutycznej jest NZK w mechanizmie migotania komór z ROSC?
2. Czy hipotermia terapeutyczna polega na tym, iż temperatura docelowa jest utrzymana przez 24 godziny, a następnie pacjenci są ogrzewani do temperatury 36-37 °C przez co najmniej 8 godzin, a po osiągnięciu prawidłowej temperatury zapobiega się jej wzrostowi powyżej 37,5°C?

W pracy postawiono kierunkowe hipotezy badawcze:

1. Jedną ze skuteczniejszych metod wstępnego schładzania jest szybkie przetoczenie zimnych płynów infuzyjnych (o temperaturze 4 °C) w dawce 30 ml/kg mc., co obniża temperaturę ciała średnio o 1,5 °C .
2. Terapeutyczne oziębienie po NZK powinno się rozpocząć jak najszybciej od powrotu skutecznego hemodynamicznego rytmu serca
3. Kontrolowane ogrzewanie pacjenta po zakończeniu utrzymywania go w hipotermii terapeutycznej powinno być prowadzone zgodnie z zasadą 0,25-0,5 °C/godz.

MATERIAŁ I METODY

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Do badań posłużył autorski kwestionariusz ankiety. Zawierał on 15 pytań. Ankiety były anonimowe, zostały rozdane do wypełnienia łącznie 50 pielęgniarkom i pielęgniarzom. Po ich wypełnieniu zebrano wyniki i poddano analizie statystycznej.

WYNIKI ANALIZY

Wśród badanych osób 38 (76%) było płci żeńskiej, a 12 osób, czyli 24% było płci męskiej.

Największą liczbę respondentów, czyli 25 (50 %) stanowiły osoby w przedziale 31-45 lat, najmniej osób było w wieku 46-60 lat (4 osoby - 8%). 21 osób było w wieku 23-30 lat, co stanowiło 42% ankietowanych.

Najdłuższy staż pracy, czyli 10 lat i więcej posiadało 21 osób (42%) badanych, najkrótszy staż, 0-5 lat posiadało 11 osób (22 %). 18 osób, czyli 36% posiadało staż wynoszący 5-10 lat.

Najwięcej, czyli 30 osób badanych miało wykształcenie policealne i średnie, co stanowiło 60%. Najmniej badanych miało wykształcenie wyższe magisterskie było to 6 osób (12%), zaś 14 osób (28 %) miało wykształcenie wyższe pierwszego stopnia - licencjat. 36 ankietowanych (72%) nie posiadało specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, natomiast 14 osób badanych (28%) posiadało ukończoną specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego.

Najwięcej, czyli 41 osób (82%) odparło, iż hipotermia terapeutyczna może być zaliczana do działań protekcji mózgu (ochrony) po nagłym zatrzymaniu krążenia (NZK). Jedynie 3 osoby (4% ankietowanych) odparło, iż tak nie jest. 6 osób, co stanowiło 12% ankietowanych podało, iż nie wie.

Według większości osób ankietowanych, czyli 28 osób (56%) wskazaniem do zastosowania hipotermii terapeutycznej po powrocie spontanicznego krążenia jest NZK z powrotem spontanicznego krążenia bez względu na miejsce. Najmniej osób, czyli 10 osób (20%) badanych podało, iż wskazaniem tym jest nagłe wewnątrzszpitalne zatrzymanie krążenia. 12 osób, czyli 24% respondentów podało, iż wskazaniem tym jest nagłe zatrzymanie krążenia. Najwięcej, czyli 40 osób (80%) podało, iż wskazaniem do zastosowania hipotermii terapeutycznej po powrocie spontanicznego krążenia nie jest każde przebyte nagłe zatrzymanie krążenia. Natomiast 10 osób (20%) badanych podało, że każde NZK jest wskazaniem do zabiegu. 29 osób, czyli 56% podało, iż wskazaniem do zastosowania hipotermii terapeutycznej jest NZK w mechanizmie migotania komór z ROSC. Najmniej, czyli 7 osób (14%) uważa iż jest to NZK w mechanizmie PEA z ROSC. Według 8 osób (16%) wskazaniem jest NZK w mechanizmie asystolii z ROSC. 24 ankietowanych, czyli 48% uważało, że wskazaniem jest każde NZK z powrotem spontanicznego krążenia (ROSC). Najwięcej osób, czyli 32 respondentów (64%) odparło, iż brak przytomności (skala GCS ≤ 8 pkt) może stanowić inne ważne kryterium włączenia do zastosowania hipotermii terapeutycznej po przebytym NZK. 3 ankietowanych (6%) odparło, iż ważne kryterium to czas trwania reanimacji powyżej 30 minut (jako kryterium względne). Według 4 osób (8 %) badanych jest to temperatura $< 30^{\circ}\text{C}$ (hipotermia przypadkowa) oraz przyczyna śpiączki (np. udar niedokrwienny mózgu, krwotok śródmózgowy, stan padaczkowy, przedawkowanie leków). Według 22 osób (44%) badanych, kryterium włączenia to pacjenci zaintubowani i wentylowani mechanicznie. W opinii 16 osób

(32%) badanych ważne kryterium włączenia do zastosowania hipotermii terapeutycznej po przebytym NZK stanowili pacjenci ze skurczowym ciśnieniem tętniczym co najmniej 90 mmHg, a w opinii 18 osób (36 %) badanych, kryterium to obejmuje pacjentów powyżej 18. r.ż..

Najwięcej osób badanych, czyli 36 osób (72%) odparło, iż zabieg hipotermii stosuje się u pacjentów poprzez chłodzenie za pomocą aparatów do chłodzenia wewnątrznaczyniowego. 34 osoby (68%) odparło, iż innymi metodami (np. okładanie lodem, podawanie zimnych płynów i.v.).

22 respondentów (44 %) odparło, iż hipotermia terapeutyczna polega na tym, iż temperatura docelowa jest utrzymana przez 24 godziny, następnie pacjenci są ogrzewani do temperatury 36-37°C przez co najmniej 8 godzin, a po osiągnięciu prawidłowej temperatury zapobiega się jej wzrostowi powyżej 37,5°C, a najmniej odparło 12 osób (24%), iż tak nie uważa. 16 osób, czyli 32% podało, iż nie wie. 28 osób (56%) odparło, iż terapeutyczne oziębienie po NZK powinno się rozpocząć jak najszybciej od powrotu skutecznego hemodynamicznego rytmu serca (jednak nie później niż do 4 godzin po NZK). Najmniej ankietowanych, czyli 4 osoby (8%) twierdziło inaczej. 18 osób (56 %) podało, iż nie wie, czy istnieją kryteria czasowe.

Według większości jedną ze skuteczniejszych metod wstępnego schładzania jest szybkie przetoczenie zimnych płynów infuzyjnych (o temperaturze 4°C) w dawce 30 ml/kg mc, co obniża temperaturę ciała średnio o 1,5 °C Tak podało 19 osób (38%) badanych. 14 osób, czyli 28% badanych odparło iż nie wie. Natomiast 17 osób (34%) podało, iż tak nie jest. Najwięcej, czyli 38 respondentów (76%) uważa, że nadmierne schłodzenie ciała może powodować: obniżenie temperatury głębokiej poniżej 30 °C może być powodem nawracającego migotania komór opornego na defibrylację i leki antyarytmiczne, wzrost ryzyka zaburzeń rytmu, koagulopatii oraz infekcji. Najmniej osób, czyli 4 (8%) podało przeczącą odpowiedź.

Według 46 osób badanych (92 %) istotnym elementem zastosowania hipotermii terapeutycznej jest kontrolowane ogrzewanie. Według 4 osób, czyli 8% tak nie jest. 32 osoby (64%) uważają, iż kontrolowane ogrzewanie pacjenta po zakończeniu utrzymywania go w hipotermii terapeutycznej powinno być prowadzone zgodnie z zasadą 0,25 - 0,5° C/godzinę. Dwie osoby, czyli 4% tak nie uważa. 16 osób (32%) podało, iż nie wie, co na ten temat powiedzieć. Wśród badanych, 42 osoby (84%) odparło, że wie, iż prowadzenie hipotermii terapeutycznej składa się z trzech faz: indukcji, podtrzymania temperatury docelowej

i ogrzewania. 3 osoby, czyli 6% odpowiedziało, że nie. Natomiast 5 osób (10%), że nie wie. Najwięcej, czyli 20 ankietowanych (40%) odparło, iż metodami hipotermii, z którymi mają najczęściej do czynienia w pracy są metody powierzchniowe (z temperaturę 32-34 °C, którą utrzymuje się przez 12-24 h). 6 osób, czyli 12% odparło, iż inne i w ich miejscu pracy nie stosuje się hipotermii terapeutycznej. 18 osób podało, iż najczęściej do czynienia mają z metodą wewnątrznaczyniową. 34 ankietowanych (68%) podało, iż hipotermia przypadkowa u chorych po NZK zwiększa śmiertelność, a najmniej, 4 osoby (8%), iż jest zjawiskiem bez znaczenia. Zaś 12 osób, czyli 24% badanych odparło, iż jest tak samo korzystna jak hipotermia terapeutyczna.

DYSKUSJA

Hipotermia terapeutyczna nie była stosowana przez wiele lat, ponieważ nie było dowodów na jej skuteczność. Badania kliniczne z ostatnich kilku lat dają podstawy do rozważenia hipotermii jako skutecznej metody terapeutycznej u pacjentów ze śpiączką hipoksemiczną po nagłym zatrzymaniu krążenia. Chłodzenie organizmu jest utrudnione przez mechanizmy kompensacyjne, które zapobiegają utracie ciepła (dreszcze zwiększają wytwarzanie ciepła i zwężenie naczyń obwodowych zmniejszają jego utratę). Po nagłym zatrzymaniu krążenia spowodowanym zwiększonym napięciem układu współczulnego, izolacja termiczna organizmu wzrasta [12]. W dotychczas przeprowadzonych badaniach najczęstszymi kryteriami włączenia do leczenia hipotermii było nagłe zatrzymanie krążenia z powrotem do spontanicznego rytmu (ROSC) bez powrotu przytomności (skala śpiączki Glasgow - GCS $\leq$ 8 punktów) u pacjentów powyżej 18 lat. Do innych kryteriów włączenia zalicza się: zastosowanie intubacji dotchawiczej ze skuteczną wentylacją mechaniczną płuc, samoistne utrzymywanie przez chorego skurczowego ciśnienia krwi co najmniej 90 mmHg. Najważniejsze kryteria wykluczenia obejmowały inną przyczynę śpiączki (udar niedokrwienny, krwotok śródmózgowy, stan padaczkowy, przedawkowanie leku), temperatura. Celowe chłodzenie hamuje wiele mechanizmów prowadzących do opóźnionej śmierci komórek, w tym apoptozy. Hipotermia zmniejsza metabolizm tlenu w mózgu o około 6% na każde 1°C poniżej normalnej temperatury ciała, co może ograniczać uwalnianie szkodliwych aminokwasów i powstawanie wolnych rodników [15]. Hipotermia hamuje szkodliwe wewnątrzkomórkowe efekty nadmiernej stymulacji przez neuroprzekaźniki i zmniejsza odpowiedź zapalną związaną z chorobą po resuscytacji. Aktualne wytyczne ERC (2015 rok) dotyczą również zastosowania hipotermii terapeutycznej u pacjentów po SCA w przebiegu

ostrych zespołów wieńcowych. Według ERC wyniki badania wskazują, że w zawale powikłanym zatrzymaniem krążenia możliwe jest i korzystne dla chorego jednocześnie stosowanie przezskórnej angioplastyki wieńcowej i hipotermii [17]. Wykazano, że stosowanie zimnego płynu Ringera natychmiast po przywróceniu spontanicznego krążenia poprawia wyniki neurologiczne u osób z nagłym zatrzymaniem krążenia. Obserwacje te nie zostały potwierdzone w badaniach randomizowanych. Wlew 30 ml/kg/h schłodzonej cieczy powoduje obniżenie temperatury ciała o 2,5-3,3°C/h i jest powszechnie stosowany w połączeniu z innymi metodami. Jak dotąd nie wykazano niekorzystnych skutków tej metodą. Do innych metod osiągnięcia terapeutycznej hipotermii zalicza się zastosowanie urządzeń wykorzystujących krążenie krwi w krążeniu pozaustrojowym, takich jak: terapia nerkozastępcza (obecnie nieużywana w neuroprotekcji po nagłym zatrzymaniu krążenia) i pozaustrojowe utlenianie błonowe (ECMO). ECMO pozwala na szybkie obniżenie temperatury ciała o 4,0 - 6,0 °C/h i dotlenienie krwi podczas resuscytacji. Metoda ta jest najbardziej korzystna w obniżaniu temperatury ciała, ale poważne ograniczenia techniczne i logistyczne ograniczają jej zastosowanie do wybranych ośrodków [18]. Aktualnie obowiązujące wytyczne dotyczące zaawansowanej resuscytacji rekomendują utrzymywanie temperatury ciała na poziomie hipotermii łagodnej (32–34 °C). Jednakże po opublikowaniu badania Nielsena, ILCOR (Międzynarodowy Komitet Łącznikowy ds. Resuscytacji) akceptuje docelową temperaturę 36 °C do czasu opublikowania nowych zaleceń, tj. 2015 r. Tymczasem zalecenia dla nieprzytomnych pacjentów z zawałem mięśnia sercowego powikłanego zatrzymaniem krążenia pozostają niezmienione. Należy wziąć pod uwagę, że temperatura mózgu może różnić się od temperatury ciała o 0,1-0,2°C. Istnieje wiele sposobów monitorowania temperatury głębokiej ciała chorego, między innymi: czujniki mierzące temperaturę błony bębenkowej, albo czujniki doodbytnicze, wewnątrzpęcherzowe, przełykowe, albo pomiary z użyciem cewnika wprowadzonego do tętnicy płucnej, czy też systemowej.

WNIOSKI

- Hipotermia terapeutyczna może być zaliczana do ważnych działań protekcji mózgu (ochrony) po nagłym zatrzymaniu krążenia (NZK).
- Wskazaniem do zastosowania hipotermii terapeutycznej jest NZK w mechanizmie migotania komór z ROSC.

- Istotą hipotermii terapeutycznej jest utrzymanie docelowej temperatury przez 24 godziny, a następnie pacjenci są ogrzewani do temperatury 36-37 °C przez co najmniej 8 godzin, a po osiągnięciu prawidłowej temperatury zapobiega się jej wzrostowi powyżej 37,5°C?

W pracy pozytywnie potwierdzono hipotezy badawcze, gdyż badani potwierdzili, iż:

- Jedną ze skuteczniejszych metod wstępnego schładzania jest szybkie przetoczenie zimnych płynów infuzyjnych (o temperaturze 4°C) w dawce 30 ml/kg mc., co obniża temperaturę ciała średnio o 1,5° C .
- Terapeutyczne oziębienie po NZK powinno się rozpocząć jak najszybciej od powrotu skutecznego hemodynamicznie rytmu serca.
- Kontrolowane ogrzewanie pacjenta po zakończeniu utrzymywania go w hipotermii terapeutycznej powinno być prowadzone zgodnie z zasadą 0,25-0,5°C/godzinę

PIŚMIENNICTWO

1. de Vreede-Swagemakers JJ, Gorgels AP., Dubois-Arbouw WI., van Ree JW., Daemen MJ., Houben LG., Wellens HJ.: Out-of- hospital cardiac arrest in the 1990: a population - based study in the Maastricht area on incidence, characteristics and survival. Journal of the American College of Cardiology, 1997; 15;30(6):1500-1505.
2. Neumar RW., Nolan JP., Adrie C., Aibiki M., Berg RA., Böttiger BW., Callaway C., Clark RS., Geocadin RG., Jauch EC., Kern KB., Laurent I., Longstreth WT. Jr, Merchant RM., Morley P., Morrison LJ., Nadkarni V., Peberdy MA., Rivers EP., Rodriguez-Nunez A., Sellke FW., Spaulding C., Sunde K., Vanden Hoek T.: Post-cardiac arrest syndrome: epidemiology, pathophysiology, treatment, and prognostication. A consensus statement from the International Liaison Committee on Resuscitation (American Heart Association, Australian and New Zealand Council on Resuscitation, European Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation of Canada, Inter American Heart Foundation, Resuscitation council of Asia, and the Resuscitation Council of SouthernAfrica); the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee; the Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; the Council on Cardiopulmonary, Perioperative, and Critical Care; the Council on Clinical Cardiology; and the Stroke Council. Circulation 2008; 118 (23): 2452-2483.

3. Nolan JP., Soar J., Zideman DA., ERC Guide-lines Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 1. Executive Summary. Resuscitation 2010; 81: 1219-1276.
4. The Hypothermia After Cardiac Arrest Study Group. Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. The New England Journal of Medicine. 2002; 386: 549-556.
5. Polska Rada resuscytacji . Wytyczne Polskiej Rady Resuscytacji 2015. Kraków 2015.
6. Szczeklik A., Tendera M.: Kardiologia. Tom II, Kraków, Medycyna praktyczna, 2010: 1033-1042.
7. Cheung KW., Green RS., Magee KD.: Systematic review of randomized controlled trials of therapeutic hypothermia as a neuroprotectant in post cardiac arrest patients. The Canadian Journal of Emergency Medicine, 2006; 8 (5): 329-337.
8. Durrer B., Brugger H., Syme D.: The medical on-site treatment of hypothermia: ICAR-MEDCOM recommendation. High Altitude Medicine & Biology, 2003: 99-103.
9. Davenport R.: Pathogenesis of a cute traumatic coagulopathy. Transfusion 2013; 53: 23-27.
10. Simmons J.W., Pittet J.F., Pierce B.: Trauma-Induced Coagulopathy. Current Anesthesiology Reports 2014; 4: 189-199.
11. Belliard G., Catez E., Charron C., Caille V., Aegerter P., Dubourg O., Jardin F., Vieillard-Baron A.: Efficacy of therapeutic hypothermia after out-of-hospital cardiac arrest due to ventricular fibrillation. Resuscitation, 2007; 75: 252-259.
12. Rajek A., Greif R., Sessler DI., Baumgardner J., Laciny S., Bastanmehr H.: Core cooling by central venous infusion of ice-cold (4 degrees C and 20 Degrees C) fluid: insulation of core and peripheral thermal compartments. Anaesthesiology 2000; 93(3): 629-637.
13. Tisherman SA.: Hypothermia and injury. Current Opinion in Critical Care, 2004; 10, 512-519.
14. Gunn Aj., Thoresen M.: Hypothermic neuroprotection. NeuroRX 2006; 3: 154-169. resuscitation care after out- of- hospital cardiac arrest. Resuscitation 2007; 73: 29-39.
15. www.hipotermiaterapeutyczna.pl (data dostępu 10.06.2020).
16. www.erc.edu (data dostępu 10.06.2020).
17. Sunde K., Pytte M., Jacobsen D., Mangschau A., Jensen LP., Smedsrud C., Draegni T., Steen PA.: Implementation of a standardised treatment protocol for post resuscitation care after out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation. 2007; 73(1):29-39.
18. Sunde K.: Therapeutic hypothermia with endovascular cooling. Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine, 2004; 12:23–25.

Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na poziom satysfakcji z życia pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach zabiegowych

Aneta Jędrzejewska¹, Agnieszka Kijowska², Mariusz Wysokiński³, Wiesław Fidecki³, Hanna Kachaniuk⁴, Ewa Krzyżanowska⁵, Karolina Jędrzejewska⁶

1. Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr T. Chałubińskiego, Radom
2. Zakład Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Krośnie
3. Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
 - a. Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
4. Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
5. Studentka Instytutu Psychologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II

WSTĘP

Satysfakcja z życia, jak podaje Diener to *efekt porównania przez jednostkę swojej sytuacji życiowej z przyjętymi przez nią standardami. Jeżeli wynik porównania jest zadowalający, to jego skutkiem jest odczucie satysfakcji* [1]. Z kolei Jachimowicz i Kostka uważa, iż satysfakcja z życia to *ogólna ocena zadowolenia z życia danej osoby odnoszona do osobistych standardów* [2]. Natomiast Seligman uważa, iż *poczucie życiowego szczęścia uzależnione jest od trzech rodzajów czynników: zewnętrznych, czyli okoliczności życiowych, czynności zależnych od woli człowieka oraz czynników biologicznych* [3]. Do okoliczności można zaliczyć: zdarzenia i fakty, na które człowiek nie ma wpływu, jak płeć, wiek, przebyte stany traumatyczne, choroby oraz te, które jest w stanie kontrolować, czyli stan cywilny, sytuacja materialna oraz miejsce zamieszkania. Satysfakcja jest zjawiskiem złożonym, może składać się z różnych obszarów, może wiązać się z różnymi działaniami czy pełnionymi przez jednostkę funkcjami.

W ostatnich latach w literaturze coraz bardziej zwraca się uwagę na jakość życia pielęgniarek. Wynika to z faktu dużej intensywności ich pracy związanej z niedoborami

kadrowymi, co może mieć przełożenie na poczucie stresu emocjonalnego oraz wypalenia zawodowego [4,5]. Badania naukowe podejmowane w aspekcie lepszego poznania czynników warunkujących satysfakcję z życia pielęgniarek umożliwiają podejmowanie wieloaspektowych działań, w tym również interdyscyplinarnych, celem poprawy jakości życia pielęgniarek. W przypadku aktywnych zawodowo pielęgniarek satysfakcja z życia może bezpośrednio wiązać się z satysfakcją z pracy. Na jej poziom mogą mieć wpływ czynniki bezpośrednio związane ze środowiskiem pracy, jak np.: miejsce i warunki pracy czy system pracy.

Każda pielęgniarka indywidualnie i różnie ocenia swoją sytuację życiową. Dla jednej będzie ona szczytem marzeń, a inna oceni ją przeciętnie. Dlatego warto poszukać odpowiedzi na pytanie, co dokładnie wpływa na tą ocenę, aby móc powiedzieć, że jest się usatysfakcjonowanym ze swojego życia.

W niniejszym opracowaniu podjęto próbę uzyskania odpowiedzi na pytanie: na jakim poziomie kształtuje się satysfakcja z życia pielęgniarek zabiegowych oraz jakie czynniki socjodemograficzne determinują jej poziom.

CEL PRACY

Celem pracy jest określenie poziomu satysfakcji z życia pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach zabiegowych i jej determinantów.

MATERIAŁ I METODA

Grupę badaną stanowiło 195 pielęgniarek, gdzie 94,36% (N=184) stanowiły kobiety, a 5,64% (N=11) mężczyźni. Wiek badanych zawierał się w przedziale od 23 lat do 57 lat (średnia=39,40 lat; SD=9,7). Mediana wieku wyniosła 39 lat. Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby posiadające wykształcenie na poziomie magistra pielęgniarstwa 56,92% (N=111). Drugą liczną grupą były osoby posiadające licencjat pielęgniarstwa 35,9% (N=70), zaś 7,18% (N=14) badanych miało średnie/pomaturalne. W większości osoby badane były w związku 79,49% (N=155) i pochodziły z miasta 60,00% (N=117). Sytuacja materialna badanych była zróżnicowana, 58,97% (N=115) oceniło ją jako dobrą, jako zadawalającą określiło 30,76% (N=60), zaś 1,02% (N=2) respondentów oceniło na złą lub bardzo złą. Ze względu na małą liczebność grupy o złej lub bardzo złej sytuacji materialnej, badani ci zostali włączeni do jednej grupy razem z osobami o zadawalającej

sytuacji materialnej uzyskując wynik 31,8% (N=62). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby, które swoją sytuację materialną oceniły na bardzo dobrą 9,23% (N=18) wskazań.

Ponad 2/3 badanych pracowała w systemie 12 - godzinnym 76,92% (N=150), a 23,08% (N=45) pracowała w systemie 8 - godzinnym. Szczegółowe zestawienie wartości przedstawia tabela I.

Tabela I. Charakterystyka badanej próby

Zmienne	Wskaźniki	N	%
Płeć	kobiety	184	94,36
	mężczyźni	11	5,64
Wiek	do 35 lat	76	38,97
	36-45lat	53	27,18
	powyżej 46 lat	66	33,85
Wykształcenie	średnie/pomaturalne	14	7,18
	licencjat pielęgniarstwa	70	35,90
	magister pielęgniarstwa/ doktor	111	56,92
Stan cywilny	wolny	40	20,51
	w związku	155	79,49
Miejsce zamieszkania	wieś	78	40,00
	miasto	117	60,00
Sytuacja materialna	bardzo zła/ zła/zadawalająca	62	31,80
	dobra	115	58,97
	bardzo dobra	18	9,23
System pracy	dyżury 8 - godzinne	45	23,08
	dyżury 12 - godzinne	150	76,92

Zgodnie z planem, badanie przeprowadzono w oparciu o metodę sondażu diagnostycznego. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, w którym zawarte były pytania dotyczące zmiennych socjodemograficznych (płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna oraz system pracy). Narzędziem badawczym oceniającym poczucie satysfakcji z życia była Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) autorstwa E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larson, S. Griffin w adaptacji Juczyńskiego [1]. Respondent na podstawie kwestionariusza zawierającego pięć stwierdzeń ocenił, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia. Do każdego z 5-ciu stwierdzeń badany wybierał jedną odpowiedź, od 1 (zupełnie nie zgadzam się) do 7 (całkowicie zgadzam się). Czas badania wynosił 2 minuty.

Zsumowane wartości oznaczyły stopień satysfakcji respondenta z własnego życia. Wartości te mieszczą się w granicach od 5 do 35 punktów. Im wyższy wynik, tym większe jest poczucie satysfakcji z życia. Wyniki surowe przekształcono na standaryzowane normy stenowe gdzie: 1-4 stena – określa niski poziom poczucia satysfakcji, 5-6 stena – przeciętny poziom satysfakcji, natomiast 7-10 stena – poczucie wysokiego poziomu satysfakcji.

Współczynnik rzetelności wg wskaźnika alfa-Cronbacha dla skali SWLS wyniósł 0,802. Wartość jego była porównywalna do uzyskanego w wersji oryginalnej (0,87).

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 13.1 (StatSoft, Polska). Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany, dolnego i górnego kwartyla, wartości minimalnych i maksymalnych oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka.

W pracy wykorzystano testy Chi², U Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa. Ocenę różnic pomiędzy trzema lub więcej grupami wykonano przy pomocy analizy wariancji ANOVA. Do sprawdzenia zależności pomiędzy niektórymi zmiennymi wykorzystano także korelację r-Pearsona. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Badanie przeprowadzono w okresie od lutego do kwietnia 2019 roku wśród pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych realizujących różne formy kształcenia podyplomowego w Ośrodku Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego. Pielęgniarki uczestniczące w badaniu wyraziły na nie zgodę, a ich uczestnictwo w nim było anonimowe.

Zgodę na przeprowadzenie badania wydała Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie.

WYNIKI BADAŃ

Na podstawie przeprowadzonych analiz zgromadzonego materiału w czasie badań ustalono, że wskaźnik poczucia satysfakcji z życia pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach zabiegowych wyniósł 23,26 punktów $\pm$ 4,67 (tabela II). Jednocześnie zrekodowano uzyskane wyniki na skalę stenową (tabela III). Okazało się, że 88 osób, stanowiących 45,13% badanej próby charakteryzowało się wysoką satysfakcją z życia, 89 badanych (45,64%) przeciętną, zaś jedynie 18 osób (9,23%) miało niską satysfakcję z życia. Średnia wartość stenów wszystkich badanych wynosiła 6,47 punktów $\pm$ 1,67 i wskazywała na przeciętny poziom poczucia satysfakcji z życia respondentów (tabela IV).

Tabela II. Statystyki opisowe SWLS - ogół

	M	Me	Min	Maks	Q1	Q3	SD
SWLS - ogół	23,26	23	8	35	20	26	4,67

M – średnia, Me – mediana, Min – wynik minimalny, Maks – wynik maksymalny,
Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył, SD – odchylenie standardowe

Tabela III. Statystyki opisowe SWLS - sten

	M	Me	Min	Maks	Q1	Q3	SD
SWLS- sten	6,47	6,00	1,00	10,00	5,00	7,00	1,67

M – średnia, Me – mediana, Min – wynik minimalny, Maks – wynik maksymalny,
Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył, SD – odchylenie standardowe

Tabela IV. Wyniki skali SWLS w zależności od poziomu

		N	%
Poziom satysfakcji z życia (SWLS)	niski	18	9,23
	przeciętny	89	45,64
	wysoki	88	45,13

Kolejnym krokiem przeprowadzanych badań było sprawdzenie, czy poziom satysfakcji z życia powiązany jest z płcią, wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, miejscem zamieszkania, sytuacją materialną oraz systemem pracy. Dokonane analizy wykazały, że udział kobiet i mężczyzn w badanych grupach, wyznaczonych poziomem satysfakcji był zbliżony do siebie ($p=0,545$). Analogicznie, jak widać w tabeli V udział osób z różnym wiekiem ($p=0,128$), wykształceniem ($p=0,534$), stanem cywilnym ($p=0,717$) oraz systemem pracy ($p=0,433$) był także zbliżony do siebie.

W dalszej części badań postanowiono sprawdzić, czy poziom satysfakcji z życia jest powiązany z miejscem zamieszkania badanych osób. Przeanalizowano, czy udział osób o niskim, przeciętnym i wysokim poziomie satysfakcji z życia jest odmienny w zależności od tego, czy badane osoby mieszkały na wsi czy w mieście. Odnotowano istotny statystycznie wynik $p=0,035$ wskazujący na fakt, iż udział osób o wysokim poziomie satysfakcji z życia był większy w grupie mieszkańców wsi.

Oceniono również, czy udział osób o niskim, przeciętnym i wysokim poziomie satysfakcji z życia jest powiązany z sytuacją materialną. Jak się okazało poziom satysfakcji z życia jest odmienny w zależności od sytuacji materialnej na poziomie istotności statystycznej $p=0,018$

Odnotowano wzrost udziału osób o wysokim poziomie satysfakcji z życia wraz ze wzrostem poziomu sytuacji materialnej od złej do zadowalającej.

Tabela V. Poziom satysfakcji z życia a zmienne socjodemograficzne

Analizowana zmienna			Poziom satysfakcji			Analiza statystyczna
			niski	przeciętny	wysoki	
Płeć	kobiety	N	16	84	84	Chi ² =1,210 df=2 p=0,546
		%	8,70	45,65	45,65	
	mężczyźni	N	2	5	4	
		%	18,18	45,45	36,36	
Wiek	do 35 lat	N	3	41	32	Chi ² =7,138 df=4 p=0,129
		%	3,95	53,95	42,11	
	36–45 lat	N	5	23	25	
		%	9,43	43,40	47,17	
	powyżej 45 lat	N	10	25	31	
		%	15,15	37,88	46,97	
Wykształcenie	średnie / pomaturalne	N	2	5	7	Chi ² =3,139 df=4 p=0,534
		%	14,29	35,71	50,00	
	licencjat	N	9	30	31	
		%	12,86	42,86	44,29	
	magisterskie / doktorskie	N	7	54	50	
		%	6,31	48,65	45,05	
Stan cywilny	wolna/y	N	5	18	17	Chi ² =0,664 df=2 p=0,717
		%	12,50	45,00	42,50	
	w związku	N	13	71	71	
		%	8,39	45,81	45,81	
Miejsce zamieszkania	wieś	N	6	28	44	Chi ² =6,704 df=2 p=0,035
		%	7,69	35,90	56,41	
	miasto	N	12	61	44	
		%	10,26	52,14	37,61	
Sytuacja materialna	Bardzo zła/zła/zadawalająca	N	12	24	26	Chi ² =11,940 df=4 p=0,018
		%	19,35	38,71	41,94	
	dobra	N	6	55	54	
		%	5,22	47,83	46,96	
	bardzo dobra	N	0	10	8	
		%	0,00	55,56	44,44	
System pracy	dyżury 8-godzinne	N	4	17	24	Chi ² =1,673 df=2 p=0,433
		%	8,89	37,78	53,33	
	dyżury 12-godzinne	N	14	72	64	
		%	9,33	48,00	42,67	

W dalszej części badań przeprowadzono analizy różnic w poziomach satysfakcji z życia ze względu na zmienne socjodemograficzne. Odnotowano, iż poziom satysfakcji z życia

w badanej grupie był wyższy u kobiet (23,31) w odniesieniu do grupy mężczyzn (22,36). Nie wykazano jednak istotnych statystycznie zależności ($U=924,00$, $p=0,63$). Kolejną analizowaną zmienną był wiek pielęgniarek. Podzielono je na trzy grupy wiekowe: do 35 lat, 36-45 lat oraz powyżej 45 lat. Najwyższy średni poziom satysfakcji z życia deklarowały osoby w wieku 36-45 lat (23,92), zaś najniższy powyżej 45. roku życia (22,59). Nie odnotowano jednak istotnych statystycznie zależności pomiędzy grupami wiekowymi a średnim poziomem satysfakcji z życia ($F=1,24$, $p=0,29$).

Zbadano również poziom satysfakcji z życia pielęgniarek w zależności od wykształcenia. Największą średnią wykazały osoby z wykształceniem wyższym (23,42), najniższą osoby z wykształceniem na poziomie licencjatu (23,03). W analizie statystycznej nie wykazano zależności pomiędzy wykształceniem a średnim poziomem satysfakcji z życia ($H=0,56$, $p=0,76$). Zmienną, która również nie różnicowała istotnie statystycznie średniego poziomu satysfakcji z życia był stan cywilny badanych ($Z=1,22$, $p=0,222$). Zdecydowanie lepiej oceniają poziom swojego życia osoby będące w związku (23,52), niż osoby wolne (22,23).

W wyniku analizy stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a średnim poziomem satysfakcji z życia respondentów ($Z=-2,87$, $p=0,004$). Wyższy średni poziom satysfakcji z życia był w grupie osób mieszkających na wsi (24,23), zdecydowanie mniejszy poziom deklarowały osoby zamieszkujące w mieście (22,61).

Kolejnym krokiem było sprawdzenie zależności pomiędzy sytuacją materialną a średnim poziomem satysfakcji z życia badanych. Za pomocą przeprowadzonego testu nie stwierdzono występowania istotnej zależności pomiędzy sytuacją materialną a średnim poziomem satysfakcji z życia ($H=3,25$, $p=0,20$). Dysponowanie przez pielęgniarki bardzo dobrej sytuacji materialnej skutkowało posiadaniem przez nie wyższej satysfakcji z życia (24,17). Niższe poczucie satysfakcji odczuwały osoby o dobrej sytuacji materialnej (23,65), najgorzej poziom swojego życia oceniły osoby posiadające złą, bardzo złą lub zadawalającą sytuację materialną (22,26).

Oceniono również średni poziom satysfakcji z życia pielęgniarek w zależności od systemu pracy, w jakim pracują. Najwyżej poziom satysfakcji z życia oceniły pielęgniarki pracujące w systemie 8-godzinny (24,11), niżej pielęgniarki zatrudnione w systemie 12-godzinny (23,00). Analiza statystyczna nie wykazała istotnie statystycznej zależności pomiędzy systemem pracy a średnim poziomem satysfakcji z życia ($Z=1,177$, $p=0,239$) - tabela VI.

Tabela VI. Analiza różnic w poziomach satysfakcji z życia ze względu na zmienne socjodemograficzne

SWLS		M	Me	SD	Analiza statystyczna
Płeć	kobiety	23,31	23,00	4,67	U = 924,00, p = 0,63
	mężczyźni	22,36	22,00	4,78	
Wiek	do 35 lat	23,37	23,00	3,52	F = 1,24, p = 0,29 r = - 0,068, p = 0,346
	36–45 lat	23,92	23,00	5,43	
	powyżej 45 lat	22,59	23,00	5,12	
Wykształcenie	średnie / pomaturalne	23,07	22,00	5,77	H = 0,56, p = 0,76
	licencjat	23,03	23,00	5,19	
	magisterskie / doktorskie	23,42	23,00	4,18	
Stan cywilny	wolna/y	22,23	22,00	4,77	Z = 1,22, p = 0,222
	w związku	23,52	23,00	4,62	
Miejsce zamieszkania	wieś	24,23	24,50	4,83	Z = -2,87, p = 0,004
	miasto	22,61	22,00	4,45	
Sytuacja materialna	Bardzo zła / zła/ zadowolająca	22,26	22,00	5,43	H = 3,25, p = 0,20
	dobra	23,65	23,00	4,23	
	bardzo dobra	24,17	23,00	4,13	
System pracy	dyżury 8-godzinne	24,11	25,00	4,72	Z = 1,177, p = 0,239
	dyżury 12-godzinne	23,00	22,50	4,64	

DYSKUSJA

Tematyka obejmująca poczucie satysfakcji z życia pielęgniarek, często zamiennie określana jako zadowolenie z życia, jest często podejmowana w literaturze ukierunkowanej wokół problematyki jakości życia pielęgniarek. Satysfakcja najczęściej porównywana jest z dobrobytem, wynikającym z zamożności. Na poziom majątności największy wpływ ma praca, na którą poświęca się większą część życia. Dlatego słuszne jest łączenie poczucia satysfakcji z życia z szeroko rozumianą satysfakcją z pracy [6]. Poza czynnikami związanymi ze środowiskiem pracy, które warunkują osiągnięcie celu, jakim jest satysfakcja z życia należy wymienić te, które są niezależne od jednostki np. miejsce urodzenia, płeć oraz zależne od jej aktywności [7].

Podjęta próba, w ramach badań własnych, oceny poziomu poczucia satysfakcji z życia pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach zabiegowych w odniesieniu do czynników socjodemograficznych wykazała, iż poziom satysfakcji z życia pielęgniarek zabiegowych kształtuje się na poziomie przeciętnym i wyniósł 23,26 punktów $\pm$ 4,67. Osiągnięty wynik jest

zbliżony do wyniku, jaki osiągnęli inni polscy badacze oceniając poczucie satysfakcji z życia wszystkich pielęgniarek, nie uwzględniając miejsca ich pracy [4,5]. Na podobnym poziomie satysfakcję z życia oceniły także koreańskie i amerykańskie pielęgniarki [8].

Poziom satysfakcji z życia nie jest warunkowany płcią, jednak można zauważyć, że lepiej zadowolone ze swojego życia są kobiety niż mężczyźni. Podobne wyniki uzyskali inni polscy badający to zagadnienie [5]. Natomiast przeciwnie ocenili poziom satysfakcji z uwzględnieniem płci zagraniczni badacze, według których to mężczyźni lepiej ocenili swoje życie [9].

A jak wygląda związek pomiędzy wiekiem a satysfakcją z życia badanych pielęgniarek?

Z badań własnych wynika, iż większy poziom satysfakcji z życia odczuwają badani w wieku 36-45 lat, zaś najniższy powyżej 45. roku życia.

Natomiast wyniki badań publikowanych przez Dziąbek i in. oraz Jakubowską i in. pokazują, że poziom satysfakcji z życia zmienia się wraz z wiekiem badanych. Większą satysfakcję z życia odczuwają starsze pielęgniarki [10,11]. Podobne wyniki uzyskano badając szwedzkie i tajwańskie pielęgniarki [12,13].

Jak twierdzi Kupcewicz wraz ze współautorami poziom satysfakcji z życia pielęgniarek jest istotnie zależny od wykształcenia, stanu cywilnego oraz sytuacji materialnej [4]. Badania własne nie wykazały tej istotności, przy czym wyższy poziom satysfakcji z życia deklarowali badani w związku z bardzo dobrą sytuacją materialną oraz posiadający wyższe wykształcenie. Badania weryfikowały również wpływ miejsca zamieszkania, który istotnie statystycznie wpływał na poczucie satysfakcji z życia. Ukazano, że większe poczucie satysfakcji z życia mają osoby zamieszkujące wieś, ale według badań Wysokińskiego i in. wyżej oceniają ją mieszkańcy miasta [5].

Badając wpływ systemu pracy badanych pielęgniarek na stopień satysfakcji z życia, także nie stwierdzono istotnego statystycznie związku. Niemniej jednak otrzymane wyniki wyraźnie uwidaczniają, że satysfakcja z życia jest wyższa u osób pracujących w systemie zmianowym niż 8-godzinnym. Wyniki prezentowanych badań wyraźnie pokazują, że średni poziom satysfakcji z życia pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach zabiegowych jest różny w zależności od zmiennych socjodemograficznych, lecz nie we wszystkich z nich występują zależności statystycznie istotne. Dla lepszego poznania zjawiska satysfakcji z życia pielęgniarek znaczące byłoby przeprowadzenie badań oceniających wpływ innych determinantów na poczucie satysfakcji z życia, które bezpośrednio związane byłyby z czynnikami dotyczącymi środowiska pracy.

WNIOSKI

Analiza uzyskanych wyników wykazała, iż poczucie satysfakcji z życia wśród badanych pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach zabiegowych jest na poziomie przeciętnym.

Sytuacja materialna istotnie statystycznie wpływa na poziom satysfakcji z życia – wyższy poziom satysfakcji uwarunkowany jest od wzrostu dochodów.

Nie stwierdzono istotnego statystycznie wpływu na poziom satysfakcji z życia takich zmiennych, jak: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny i system pracy.

Istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a średnim poziomem satysfakcji z życia badanych pielęgniarek – wyższym poziomem satysfakcji odznaczają się mieszkańcy wsi.

PIŚMIENNICTWO

1. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2009: 128-136.
2. Jachimowicz V., Kostka T.: Satysfakcja z życia starszych kobiet. *Ginekologia Praktyczna* 2009; 17(3): 27-32.
3. Seligman M.: Prawdziwe szczęście. Psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia. Media Rodzina, Poznań 2005.
4. Kupcewicz E., Szczypiński W., Kędzia A.: Satysfakcja z życia w kontekście życia zawodowego pielęgniarek. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2018; 8(1): 27-32.
5. Wysokiński M., Fidecki W., Walas L., i wsp.: Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. *Problemy pielęgniarstwa* 2009; 17(3):167-172.
6. Lipińska – Grobelny A., Głowacka K.: Zadowolenie z pracy a stopień dopasowania do zawodu. *Przegląd Psychologiczny* 2009; 52(2): 181-194.
7. Mądrycki T.: Osobowość jako system tworzący i realizujący plany. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.
8. Lee H., Hwang S., Kim J., Daly B.: Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 48(6): 632-641.
9. Kliszcz J., Nowicka - Sauer K., Trzeciak B., Sadowska B.: Poziom lęku, depresji i agresji u pielęgniarek, a ich satysfakcja z życia i pracy zawodowej. *Medycyna Pracy* 2004; 55(6): 461-468.

10. Dziąbek E., Dziuk U., Bieniek J., Brończyk-Puzon A. i wsp.: Ocena satysfakcji życiowej w wybranej grupie pielęgniarek i położnych Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i położnych W Bielsku-Białej- doniesienie wstępne. *Problemy pielęgniarstwa* 2015; 23(3): 279-284.
11. Jakubowska A., Żuralska R., Mziray M.: Ocena satysfakcji z życia w grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz ratowników/ratowniczek medycznych województwa pomorskiego. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2017; 7(4): 279-284.
12. Wu CH., Yao G.: Analysis of factorial invariance across gender in the Taiwan version of the Satisfaction with Life Scale. *Personality and Individual Differences* 2006; 40(6): 1259–1268.
13. Hultell D., Gustavsson J.P.: A psychometric evaluation of the Satisfaction with Life Scale in a Swedish nationwide sample of university students. *Personality and Individual Differences* 2008; 44(5): 1070 –1079.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z refluksem żołądkowo – przełykowym

Martyna Olszańska¹, Anna Baranowska²

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo studia pierwszego stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Refluks żołądkowo- przełykowy z ang. GERD (*Gastroesophageal Reflux Disease*) to jedna z najczęściej spotykanych chorób w gastroenterologii [1]. ChRP (choroba refluksowa przełyku) to, obok nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, hiperlipidemii, chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa i stawów, powszechnie spotykane schorzenie u lekarza rodzinnego.

Według definicji przyjętej w 2006 r. w Montrealu powstaje wskutek wstecznego zarzucania treści żołądkowej do przełyku, wywołując kłopotliwe objawy i powikłania [2].

Trudno jest oszacować liczbę chorych na refluks żołądkowo-przełykowy. ChRP jest często traktowana jako przepuklina rozworu przełykowego przepony [3]. Częstość występowania GERD waha się w przedziale 10-20% w Europie i Stanach Zjednoczonych, a poniżej 5% w Azji [4]. Chorobę refluksową obserwuje się u dzieci i u dorosłych. Badania epidemiologiczne dowodzą, że ChRP częściej występuje w populacji chorych na astmę, aniżeli w populacji ogólnej [5]. W żadnych badaniach nie wykazano, że płeć męska wiąże się z większą chorobowością na GERD [6].

Wykazano, że refluks żołądkowo-przełykowy częściej występuje w Ameryce Północnej niż w Europie, a także częstsze występowanie w północnej części Europy niż w południowej [4].

Patogeneza refluksu żołądkowo- przełykowego jest złożona. Należy wziąć pod uwagę podłoże anatomiczne, funkcjonalne oraz środowiskowe [2]. Jedną z przyczyn GERD może być nieprawidłowo funkcjonująca bariera antyrefluksowa. W jej skład wchodzi:

- dolny zwieracz,
- odnogi przepony,

- więzadło przeponowo-przełykowe,
- zastawka śluzówkowa przełyku.

Spadek ciśnienia zwieracza i jego skrócenie powoduje epizod refluksu. Za pojawienie się GERD odpowiada nadmierna ilość samoistnych, spontanicznych relaksacji dolnego zwieracza przełyku TLERs (*Transient lower esophageal sphincter relaxations*), co predysponuje do pojawienia się choroby refluksowej [2].

Czynnikiem sprzyjającym chorobie refluksowej przełyku jest upośledzenie klirensu przełykowego (zdolność przełyku do oczyszczania się) [1]. Ślina neutralizuje kwaśną treść w dystalnej części przełyku. Zmniejszenie produkcji śliny opóźnia unieszkodliwianie kwasu solnego i nasila objawy nocnego refluksu żołądkowo-przełykowego. Kwaśna treść jest usuwana z przełyku, dzięki jego perystaltyce. Zaburzona perystaltyka powoduje znaczne wydłużenie ekspozycji błony śluzowej przełyku na działanie kwaśnej treści [7].

Czynnikami sprzyjającymi GERD są także nieprawidłowe opróżnianie żołądka, podwyższone ciśnienie w żołądku oraz jamie brzusznej, a także patologiczne rozszerzenie żołądka.

W etiologii refluksu żołądkowo-przełykowego ważną rolę odgrywa także styl życia i sposób odżywiania. Prawdopodobnie, jedzenie w pośpiechu, otyłość i nadwaga, siedzący tryb życia, palenie tytoniu, częste spożywanie tłustych posiłków, czekolady, napojów gazowanych, alkoholu, herbaty miętowej oraz przyjmowanie niektórych leków (azotany, antagoniści kanałów wapniowych) może zwiększać ryzyko GERD [1,2,7].

OBJAWY KLINICZNE

Refluks żołądkowo-przełykowy manifestuje się w postaci objawów przełykowych i pozaprzełykowych. Najczęściej występującą dolegliwością jest zgaga, określana jako uczucie palenia za mostkiem, które często promieniuje do gardła, pleców, barku, ramienia czy szyi i żuchwy. Zgaga występuje zwykle 0,5 h po posiłku, nasila się w pozycji leżącej, przy pochylaniu się do przodu i po wysiłku fizycznym. Kolejnym często zgłaszanym objawem są regurgitacje (ulewania), którym nie towarzyszą nudności i wymioty. Chorzy określają je jako uczucie kwasu, goryczy i niesmaku w ustach (cofanie się treści żołądkowej). Regurgitacje nasila pochylanie się do przodu, obcisłe ubrania, parcie podczas defekacji i czasami leżąca pozycja ciała. Innym istotnym objawem przełykowym jest dysfagia objawiająca się uczuciem pełności

w gardle, a nawet zaburzeniami połykania, na skutek zwężenia przełyku. Pacjenci skarżą się także na bóle w nadbrzuszu i klatce piersiowej (sugerujące bóle wieńcowe) oraz odbijanie [3].

Pacjenci ze diagnozowanym GERD cierpią także na objawy pozaprzelykowe, takie jak:

- kaszel refluksowy,
- refluksowe zapalenie krtani,
- refluksowe nadżerki szkliwa zębów,
- astma refluksowa.

Przypuszcza się, że refluksowy zespół astmatyczny, zapalenie krtani, erozja szkliwa, zapalenie gardła oraz idiopatyczne włóknienie płuc to również objawy GERD, jednak niedostatecznie udowodnione [9].

DIAGNOSTYKA

Skrupulatnie zebrany wywiad lekarski może stanowić wstępne rozpoznanie zespołu refluksowego. U pacjentów z typowymi objawami GERD utrzymującymi się co najmniej 3 miesiące należy zastosować empiryczną terapię farmakologiczną [8,10].

Próba leczenia empirycznego

Próba z IPP (Inhibitory pompy protonowej) polega na przyjmowaniu przez pacjenta standardowej dawki IPP dwa razy dziennie. Lek przyjmuje się 30 minut przed pierwszym posiłkiem rano i wieczorem przed kolacją. Po upływie dwóch tygodni i ustąpieniu dolegliwości pozaprzelykowych, stwierdza się refluks żołądkowo-przełykowy. U pacjentów cierpiących na objawy pozaprzelykowe wydłuża się stosowanie IPP (Inhibitory pompy protonowej) do 3-4 miesięcy. Jeśli dolegliwości ustępują w czasie leczenia IPP stwierdza się chorobę refluksową. W przypadku nieustąpienia objawów diagnostyka GERD jest rozszerzana [10].

Badanie endoskopowe

Endoskopia jest metodą pozwalającą na dokładne obejrzenie błony śluzowej przełyku. W pierwszej kolejności należy ją wykonać u pacjentów, u których występuje [7,20]:

- krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego,
- wymioty, niedokrwistość,
- zaburzenia połykania,

- ból podczas połykania,
- nieskuteczne leczenie farmakologiczne,
- znaczący spadek masy ciała.

Najczęściej wybieraną skalą oceniającą zmiany zapalne przełyku jest klasyfikacja Los Angeles, którą umieszczono poniżej (Tabela I.)

Tabela I. Klasyfikacja refluksowego zapalenia przełyku wg skali Los Angeles, na podstawie [12]

STOPIEŃ A	Jedno lub kilka uszkodzeń błony śluzowej nie dłuższych niż 5 mm, nie zlewających się
STOPIEŃ B	Jedno lub kilka uszkodzeń błony śluzowej dłuższych niż 5 mm, które nie obejmują odległości między dwoma szczytami sąsiednich fałdów błony śluzowej
STOPIEŃ C	Jedno lub kilka uszkodzeń błony śluzowej zlewających się, ale nie obejmujących więcej niż 75% obwodu przełyku
STOPIEŃ D	Jedno lub kilka uszkodzeń błony śluzowej obejmujących więcej niż 75% obwodu przełyku

Pomiar pH w przełyku

Powszechnie stosowaną metodą w diagnostyce GERD jest 24-godzinna pH-metria przełyku. Stosowana jest u chorych z bólami w klatce piersiowej po wykluczeniu innych chorób somatycznych i z objawami pozaprzelykowymi choroby refluksowej. Badanie jest rekomendowane też u pacjentów, u których wykonane wcześniej badanie endoskopowe i histopatologiczne wzbudziło wątpliwości oraz przy kwalifikacji do ingerencji chirurgicznej oraz obserwacji po zabiegu.

Wykorzystuje się w tej metodzie zgłębnik (sonda), który jest wprowadzany przez jamę nosową do przełyku. Zgłębnik jest umieszczany ok. 5 cm powyżej dolnego zwieracza przełyku LES (*Lower Esophageal Sphincter*). Na końcu zgłębnika znajduje się czujnik wrażliwy na stężenie jonów wodorowych [8,11].

Tabela II. Wyniki prawidłowe w badaniu pH-metrycznym, źródło [7]

Całkowity czas, kiedy pH w przełyku wynosi < 4	< 5%
Czas, kiedy w pozycji stojącej pH w przełyku wynosi < 4	< 8%
Czas, kiedy w pozycji leżącej pH w przełyku wynosi < 4	< 3%
Liczba epizodów zmniejszenia pH < 4, które trwają > 5 min.	< 3
Wskaźnik objawowych epizodów (% objawowych epizodów zmniejszenia pH < 4)	< 50%

Tydzień przed badaniem chory nie powinien przyjmować IPP i antagonistów receptorów H₂. Prawidłowe wartości badanie pH-metrycznego przedstawiono w tabeli II. Wyższe wartości od powyżej podanych uznaje się za nieprawidłowe [7].

Impedancja wewnątrzprzełykowa (MII-pH)

Badanie wykonuje się przy użyciu sondy zakładanej przez nos. Sonda badająca oporność zawiera 6-7 czujników położonych w równej odległości na włożonym przez nos zgłębniku. Aparat rejestruje dane przez całą dobę.

MII (*multichannel intraluminal impedance*) polega na pomiarze oporności na różnych poziomach przełyku. Każda substancja przesuwająca się między dwiema elektrodami powoduje zmianę oporności. Epizodem refluku definiuje się minimum 50% zmianę oporności wyjściowych wartości [11].

Badanie pozwala na różnicowanie refluku gazowego i płynnego [8]. Wskazaniem do wykonania MII jest refluks oporny na leczenie IPP [7].

Manometria przełyku

Manometrię przełyku wykonuje się, aby ocenić czynność skurczową trzonu przełyku oraz dolnego i górnego zwieracza przełyku. Badanie daje możliwość rozpoznania zaburzeń motoryki przełyku oraz oceny perystaltyki przełyku po zabiegach antyrefluksowych.

Podczas badania zakładany jest zgłębnik do przełyku, który rejestruje zmiany ciśnień wywołane skurczami przełyku [8].

LECZENIE

Leczenie farmakologiczne

Zasadniczą grupą leków stosowanych w GERD są inhibitory pompy protonowej, które hamują wydzielanie kwasu solnego w żołądku. Zalecane jest leczenie IPP raz na dobę min. 30 minut przed pierwszym posiłkiem rano. Do powszechnie przyjmowanych należą: (Omeprazol w dawce 20 mg, Pantoprazol w dawce 40 mg, Lanzoprazol w dawce 30 mg, Esomeprazol w dawce 40 mg, Dekslanzoprazol w dawce 60 mg) przez 4-6 tygodni. Jeśli dyskomfort wywołany refluksem nadal się utrzymuje dawkę można podwoić lub przyjąć IPP przed kolacją (w przypadku dolegliwości nocnych).

Inhibitory pompy protonowej, pomimo dobrej tolerancji powodują działania niepożądane: bóle brzucha, biegunki i bóle głowy, występujące u ponad 3% chorych.

Długotrwała terapia IPP dwukrotnie zwiększa ryzyko zgonu, z powodu chorób sercowo-naczyniowych, przyczynia się do wzrostu zachorowań na pozaszpitalne zapalenie płuc, pogarsza absorpcję witamin i minerałów oraz może doprowadzić do niedoborów wit. C, wit. B12, wapnia, żelaza i magnezu.

Koleją grupę leków stanowią H₂-blokery, których działanie polega na hamowaniu działania receptorów histaminowych. Do preparatów tych należy Ranitydyna- 150 mg, Famotydyna- 40 mg, przyjmowane jeden lub dwa razy na dobę.

W leczeniu refluksu stosuje się także leki prokinetyczne, których działanie opiera się na przyspieszaniu opróżniania żołądka i zwiększeniu napięcia LES. W tej grupie leków wyróżnia się: Metoklopramid, Domperidon, Betanecol i Sulpiryd. Nowszym lekiem prokinetycznym jest chlorowodorek itopridu, który przyspiesza opróżnianie żołądka i poprawia motorykę jelit.

Wśród preparatów przyjmowanych w reflukse żołądkowym wymienia się baklofen (pochodna kwasu gamma aminomasłowego). Wykazano, że zmniejsza liczbę epizodów refluksu [13,14,21,24].

W leczeniu refluksu stosowane są także leki wzmacniające barierę śluzówkową (Mizoprostol). Do leków najbardziej dostępnych w chorobie refluksowej (bez recepty) należą preparaty zobojętniające kwas solny (wodorotlenek glinu, węglan magnezu i trójkrzemian magnezu) oraz osłaniające błonę śluzową żołądka (pochodne kwasu alginowego, sukralfat, cytrynian tripotasowo bizmutawy), które przyjmują w żołądku postać żelu, chroniąc błonę śluzową żołądka przed szkodliwym działaniem kwasu solnego [15,28].

Leczenie nefarmakologiczne

Najważniejszą rolę pełni zmiana stylu życia. Obejmuje ona [12,14,16,22]:

- spanie z uniesionym wezgłowiem łóżka (głowa powyżej klatki piersiowej),
- redukcję masy ciała u osób z nadwagą i otyłością,
- unikanie zaparć, aktywności fizycznej i pochylania tułowia zaraz po posiłku,
- redukcję stresu,
- zaprzestanie palenia papierosów,
- unikanie obcisłej odzieży,
- kontrolę przyjmowanych leków nasilających refluks (metyloksantyny, azotany, NLPZ (niesteroidowe leki przeciwzapalne) antagoniści kanałów wapniowych, leki przeciwocholinergiczne, β_2 -mimetyki, teofilina, morfina, dopamina, leki przeciwdepresyjne, preparaty potasu o powolnym uwalnianiu, kwas acetylosalicylowy, progesteron, barbiturany, diazepam).

Leczenie chirurgiczne i endoskopowe

Podstawowym zadaniem operacji antyrefluksowych jest przywrócenie prawidłowego funkcjonowania LES. W celu zakwalifikowania pacjenta do leczenia operacyjnego należy rozpatrzyć następujące kryteria:

- objawy lub powikłania refluksu, które pojawiły się po 8-12 tygodniach intensywnej terapii IPP,
- zwiększony czas ekspozycji błony śluzowej przełyku na zarzucaną treść żołądkową w badaniu pH-metrycznym,
- brak poprawy czynności zwieracza udokumentowanej w manometrii przełyku,
- wyeliminowanie pierwotnych zaburzeń czynności przełyku.

Przestrzeganie powyższych kryteriów zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań (dysfagia). Przejściowe trudności z połykaniem ustępują w ciągu 6-12 tygodni po ingerencji chirurgicznej [17].

Leczenie chirurgiczne GERD zapoczątkował w 1956 r. Nissen. Zabieg polegał na uwolnieniu dna żołądka i utworzeniu kołnierza (mankietu) otaczającego brzuszną część przełyku. Wynikiem tego zabiegu jest zwiększenie ciśnienia LES i zmniejszenie częstości regurgitacji [8].

Obserwacje kliniczne wykazują, że zabiegi laparaskopowe mają zbliżoną wartość terapeutyczną jak zabiegi antyrefluksowe wykonywane tradycyjnie [18].

Endoskopowa gastroplikacja

Sposób leczenia został opracowany przez dr Paula Swaina w 1980 r. w Londynie. Za pomocą urządzenia szyjącego aplikuje się fałdy, których zadaniem jest zmniejszenie nasilenia objawów choroby refluksowej [8].

Zastosowanie tej metody terapeutycznej pozwala na zmniejszenie stosowanej dawki IPP, jednakże wśród dostępnych publikacji o tej metodzie nie ma informacji o przydatności takiego leczenia [8].

Ablacja termiczna

Urządzenie Stretta składa się z cewnika, rękojeści i założonego dystalnie balonu z czterema elektrodami, które emitują energię cieplną (prąd) o częstotliwości radiowej. Miejszem dostarczenia energii jest okolica połączenia żołądkowo-przełykowego. Czas trwania zabiegu waha się w granicach 40-60 minut.

W miejscach uszkodzenia termicznego tkanki podśluzówkowe obkurczają się i dochodzi do odpowiedzi komórkowej, czego skutkiem jest obniżenie liczby przemijających relaksacji LES i epizodów zarzucania treści żołądkową przez połączenie żołądkowo-przełykowe.

W badaniach kontrolnych wykazano, że poprawiła się jakość życia pacjentów i nastąpił wzrost satysfakcji z ich życia. U 30% chorych zaprzestano leczenia IPP, a u 58% zredukowano dawkę [19].

Endoskopowa implantacja

Technika ta polega na wytworzeniu mechanicznej bariery antyrefluksowej poprzez wstrzyknięcie w okolice LES odpowiedniej substancji. Środkiem stosowanym w tej metodzie był m.in. bydlęcy kolagen- Enteryx, który mimo pewnej skuteczności terapeutycznej miał niewielką trwałość [8,19].

Stosowanie tej metody wywołało niebezpieczne powikłania, tj. odma śródpiersiowa, niewydolność nerek i ciężka stenoza przełyku [8,19].

LECZENIE ŻYWIENIOWE

Chorzy na GERD nie powinni zbyt często przyjmować dużych objętościowo porcji posiłków. W celu uniknięcia przejadania się chorych, rekomenduje się 4-5 posiłków dziennie. Pokarm należy spożywać dokładnie i bez pośpiechu. Po spożyciu stałego posiłku zaleca się płyny obojętne: woda niegazowana, herbata owocowa, mleko z 2% zawartością tłuszczu, kawa zbożowa czy soki warzywne.

Spożywane pokarmy powinny być łagodne (pozbawione dużej ilości pieprzu, papryki chili i curry), a ich temperatura podobna do temperatury ciała [23].

Z jadłospisu należy usunąć pokarm zawierający dużo błonnika (gruboziarniste kasze, makarony, pełnoziarniste pieczywo, płatki owsiane). Dienne spożycie błonnika powinno wynosić 20-30g [23].

Chorzy w swojej diecie powinni unikać potraw tłustych i smażonych: masło, tłuste mięsa i wędliny, a także wzdymających (kapusta, warzywa strączkowe) [23].

Przeciwwskazane są owoce cytrusowe, pomidory i ich przetwory, kawa, czekolada i herbata. Ostatni posiłek należy spożyć 2h przed snem [23].

POWIKŁANIA

Refluks żołądkowo-przełykowy to schorzenie będące przyczyną powikłań wielu narządów. Najbardziej niebezpiecznym powikłaniem laryngologicznym refluksu są choroby nowotworowe. Przypuszcza się, że GERD zwiększa ryzyko wystąpienia raka gardła i raka krtani (najczęstszy nowotwór złośliwy krtani). Do innych powikłań refluksu żołądkowo-przełykowego zalicza się: owrzodzenia, zwężenie przełyku z towarzyszącymi trudnościami połykania, próchnicę zębów, przełyk Baretta wiążący się z ryzykiem zezłośliwienia, krwawienie, skrócenie przełyku, powikłania oddechowe, zwężenia połączenia przełykowo-żołądkowego [17,25,26,27,29,30].

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z REFLUKSEM ŻOŁĄDKOWO-PRZĘŁYKOWYM

Dolegliwości refluksowe stanowią powszechny problem w opiece pielęgniarskiej. Ważnym aspektem jest ocena stopnia nasilenia objawów i występowania powikłań.

Ważnymi obowiązkami diagnostycznymi pielęgniarki są:

- przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjenta do badania endoskopowego, radiologicznego, obrazowego, pomiaru impedancji i pH-metrii,
- ustalenie czynników zaostrzających przebieg choroby (skład diety, objętość, częstotliwość i szybkość spożywania posiłków, aktywność fizyczna, stres, przyjmowane leki i BMI),
- ocena wiedzy pacjenta na temat choroby, sposobów radzenia sobie ze stresem, eliminacji czynników nasilających dyskomfort związany z chorobą,
- rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych chorego.

Zadania terapeutyczne pielęgniarki obejmują:

- zachęcanie chorego do przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- poinformowanie o istnieniu możliwości zaostrzenia uporczywych objawów, z powodu przyjmowania innych leków (kwas acetylosalicylowy, leki przeciwdepresyjne, nitraty),
- uświadomienie o możliwości przyjmowania środków zobojętniających przy nasileniu objawów,
- kontrola przyjmowanych leków przez pacjenta.

ROLA EDUKACYJNA PIEŁĘGNIARKI

Kluczowym elementem terapii pacjentów z GERD jest modyfikacja stylu życia i edukacja zdrowotna w zakresie choroby refluksowej przełyku. Zmiana nawyków żywieniowych i utrata nadmiernej masy ciała mają duży wpływ na polepszenie jakości życia i zminimalizowanie uporczywych objawów chorobowych. Równie ważne jest zrezygnowanie z alkoholu i palenia papierosów.

Pacjentom należy zalecić uniesienie wezgłowia łóżka w pozycji do spania i ułożenie na lewym boku podczas nocnego odpoczynku (redukuje epizody refluku), a także spożycie ostatniego posiłku 2-3h przed snem.

Ważną rolę odgrywa nauczanie radzenia sobie ze stresem (ćwiczenia relaksacyjne i oddechowe, muzykoterapia, techniki wizualizacji), unikanie noszenia pasków i obcisłych ubrań i poinformowanie o możliwych powikłaniach choroby oraz konieczności przestrzegania zaleceń lekarza prowadzącego.

W czasie zaostrzenia choroby w okresie hospitalizacji niezbędna jest ocena stanu ogólnego pacjenta, monitorowanie czynności życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddech, temperatura, barwa powłok skórnych), założenie kaniuli dożylniej prowadzenie bilansu płynów, kontrola diety oraz zapobieganie zaburzeniom psychicznym i psychologicznym.

Wszystkie te czynności są niezbędne do osiągnięcia optymalnego efektu terapeutycznego [22].

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Refluks żołądkowo-przełykowy to najczęstsze schorzenie przewodu pokarmowego. Główną przyczyną choroby refluksowej jest niewydolność bariery antyrefluksowej, opróżnianie żołądka i upośledzone samooczyszczanie przełyku. Na obraz kliniczny choroby składają się objawy przełykowe i pozaprzełykowe. Kontekst kliniczny i charakter objawów mają duże znaczenie w diagnostyce i opiece pielęgniarskiej nad pacjentem [31,32].

Choroba refluksowa należy do chorób obniżających jakość życia. Wymaga od chorego i personelu medycznego szerokiej wiedzy w minimalizowaniu codziennych dolegliwości i szukaniu optymalnych metod radzenia sobie z nieprzyjemnymi objawami choroby.

Analiza dolegliwości chorego umożliwia postawienie odpowiedniej diagnozy pielęgniarskiej i wdrożenie kompleksowej opieki pielęgniarskiej (udział w leczeniu

farmakologicznym, edukacja pacjenta i jego rodziny, a także wsparcie na tle psychicznym), które przekłada się na sukcesywny efekt terapeutyczny.

Celem pracy była

1. Analiza publikacji naukowych i literatury medycznej dotyczącej refluksu żołądkowo-przełykowego.
2. Przedstawienie opisu przypadku i ustalenie problemów pielęgnacyjnych u chorego z refluksem żołądkowo- przełykowym.
3. Przygotowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z refluksem żołądkowo- przełykowym.
4. Ocena poziomu wiedzy pacjenta na temat refluksu żołądkowo- przełykowego.
5. Ocena jakości życia z refluksem żołądkowo- przełykowym.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem objęto 50-letniego mężczyznę z rozpoznaniem refluksu żołądkowo-przełykowego.

Chory początkowo został przyjęty do Kliniki Kardiologii z Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym, a następnie został skierowany do Kliniki Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w trybie nagłym.

Potrzebne badania zostały wykonane w dniach 6-8 listopada 2019 r.

W celu zebrania informacji o stanie zdrowia pacjenta wykorzystano metodę wywiadu pielęgniarskiego, analizę dokumentacji medycznej, obserwację pacjenta oraz pomiary. Dokumentacja medyczna zawierała historię choroby, indywidualną kartę zleceń lekarskich, kartę gorączkową, wyniki badań diagnostycznych i laboratoryjnych oraz podstawowe pomiary życiowe (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczba oddechów/ min., temperatura i poziom glikemii).

Stan biologiczny, psychiczny i społeczny został oceniony za pomocą arkusza gromadzenia danych o pacjencie przy pomocy, którego zespół terapeutyczny skupił się na następujących problemach pacjenta: zgaga, nudności, wymioty, ból gardła, chrypka, suchy kaszel, nieprzyjemny oddech z ust, erozja szkliwa i stan zapalny dziąseł, osłabienie, suchość błon śluzowych jamy ustnej, niska jakość snu.

Dolegliwości bólowe zostały opisane dzięki samodzielnie opracowanemu Dzienniczкови monitorowania bólu. Zawiera on Skalę Numeryczną (NRS - *Numerical Rating*

Scale) oraz pytania odnośnie lokalizacji i charakteru bólu, czasu i częstotliwości dolegliwości bólowych, czynników nasilających oraz łagodzących ból i opinii chorego dotyczącej skuteczności prowadzonej terapii farmakologicznej. Pacjentowi udzielono wskazówek dotyczących codziennego uzupełniania dzienniczka przez okres 3 dni (stała pora dnia, subiektywna ocena bólu, opis ewentualnych działań niepożądanych).

Jakość życia chorego została oceniona za pomocą kwestionariusza WHOQOL-Bref (The World Health Organization Quality Of Life – BREFF. Składa się on z 26 pytań, dotyczących dziedziny: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Ankieta bada jakość życia w ciągu ostatnich 2 tygodni i zawiera 2 dodatkowe pytania odnośnie subiektywnej percepcji własnego zdrowia i życia. Badany udziela odpowiedzi w skali 1-5 (im wyższa wartość liczbowa, tym wyższa jakość życia pacjenta).

Samodzielnie stworzona ankieta weryfikująca stan wiedzy chorego na temat refluksu żołądkowo- przełykowego pozwoliła ocenić potrzebę edukacji pacjenta. Ankieta zawierała 20 pytań zamkniętych, na które pacjent odpowiada PRAWDA bądź FAŁSZ.

Proces pielęgnowania pozwolił ustalić diagnozy pielęgniarskie i sporządzić plan pielęgnowania chorego. Jest dynamiczną, uniwersalną i wieloetapową metodą pracy pielęgniarskiej. Prowadzi do cyklicznego rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych i podejmowania działań, które zapewnią optymalny efekt terapeutyczny [33].

Cechy procesu pielęgnowania:

- Uniwersalność.
- Wieloetapowość.
- Ciągłość i dynamika.
- Logiczność i następstwo czasowe.
- Całościowe podejście do podmiotu opieki.

Proces pielęgnowania składa się z czterech etapów:

- Rozpoznanie- gromadzenie danych o pacjencie i jego środowisku, analiza zebranych informacji i postawienie diagnozy pielęgniarskiej.
- Planowanie- ustalenie celów opieki, ocena sposobu realizacji czynności (zasoby ludzkie i materialne) i sformułowanie planu opieki pielęgnacyjnej.
- Realizowanie- wykonanie czynności opiekuńczo- pielęgnacyjnych z wcześniejszym przygotowaniem zarówno pielęgniarki jak i pacjenta.
- Ocenianie- analiza uzyskanych wyników opieki pielęgniarskiej i ich ocena [33].

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Pacjent W. O. został przyjęty do Kliniki Kardiologii z Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w trybie nagłym z podejrzeniem zawału mięśnia sercowego. Chory w wywiadzie zgłaszał nudności, wymioty i bóle zlokalizowane w klatce piersiowej. W przeprowadzonym badaniu elektrokardiograficznym (EKG) i badaniach laboratoryjnych (troponina) nie stwierdzono nieprawidłowości. W celu ustalenia przyczyny dolegliwości mężczyzny poproszono o konsultację gastroenterologa z Kliniki Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych USK w Białymstoku. Na podstawie wykonanego badania endoskopowego stwierdzono u pacjenta refluks żołądkowo- przełykowy.

Chory pochodzi z Baniek (wieś w województwie podlaskim). Mieszka w domu jednorodzinnym z żoną i dwojgiem dorosłych dzieci. Mężczyzna prowadzi własne gospodarstwo rolne, z którego się utrzymuje. Sytuacja finansowa i warunki mieszkaniowe są bardzo dobre, mimo to chory ma obniżony nastrój spowodowany dolegliwościami zdrowotnymi.

Początkowe objawy choroby zostały zaobserwowane przez pacjenta w marcu 2017 roku. Mężczyzna wówczas zgłaszał zgagę, odbijanie i wzdęcia, z którymi radził sobie stosując leki OTC (*over-the-counter drug*), tj. Alugastrin i Ranigast Max i Simetigast Forte.

Pacjent w dniu przyjęcia zgłaszał ból zlokalizowany zamostkowo, nudności i wymioty. Dolegliwościom bólowym przyporządkowano liczbę 6 w skali NRS.

Podczas badania przedmiotowego oceniono wygląd klatki piersiowej i osłuchano serce. W celu wyrażenia podstawowych funkcji życiowych dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi: 145/93 mmHg, tętna: 99 u/ min., częstości oddechów: 16/ min., temperatury ciała: 38,2°C i poziomu glukozy we krwi 90 mg/dl. Po obliczeniu BMI (28,7 kg/m²), stwierdzono nadwagę.

W badaniach laboratoryjnych: hemoglobina (HGB) - 15,6 g/dl (norma 14-16 g/dl), erytrocyty (RBC) - 5,26x 10⁶ mm³ (norma: 4,2-5,4x 10⁶ mm³), leukocyty - 8,28x10³/μl (norma 4- 10x 10³/ μl), płytki krwi - 261 ×10³/μl (norma 130-350× 10³/μl), białko C-reaktywne- 4,1 mg/l (norma: 0-10 mg/l), D-dimery- 238 μg/l (norma: < 500 μg/l), troponiny sercowe - 0,036 μg/l (norma: 0,012-0,4 μg/l), cholesterol całkowity- 219 mg/dl (norma <190 mg/dl), cholesterol HDL-34 mg/ dl (norma: >40 mg/dl), cholesterol LDL-138 mg/dl (norma: <115 mg/dl), Trójglicerydy- 147 mg/dl (norma:<150 mg/dl).

W badaniu EKG rytm serca opisano jako: zatokowy i miarowy, a częstość pracy serca wynosiła 99 u/min.

Wynik badania endoskopowego wykazał nadżerkowe zapalenie przełyku w stopniu B wg skali Los Angeles oraz niewydolność dolnego zwieracza przełyku.

Zastosowane leczenie farmakologiczne:

- Omeprazol (doustnie) 2x 40 mg,
- Ranitydyna (doustnie) 1x 300 mg / noc,
- Rozuwastatyna (doustnie) 1x 15 mg,
- Alumag (doustnie) 3x400 mg; 1,5 h po każdym posiłku i 2 h bezpośrednio przed snem,
- Tymianek i Podbiał w postaci tabletek do ssania dziennie,
- Septosan fix, szalwia, rumianek do płukania jamy ustnej 4x dziennie,
- Krystaloidy (dożylnie) 2x 500 ml 0,9% NaCl.

Podczas trzeciego dnia hospitalizacji zaobserwowano wyraźną poprawę stanu zdrowia chorego. Pacjent w skali oceny bólu wskazał liczbę 2/10 (pierwszego dnia liczba 6/10). Nastąpiło również obniżenie ciśnienia tętniczego z 145/93 mmHg na 126/83 mmHg oraz tętna z 99 u/min. na 67 u/ min. Stan emocjonalny chorego uległ nieznacznej poprawie.

Ocena bólu

W trakcie trzydniowej hospitalizacji podjęto obserwację natężenia i rodzaju bólu. Pierwszego dnia chory oceniał ból na 6/10 w skali NRS, drugiego dnia wynik osiągnął 4/10, trzeciego dnia zaś- 2/10.

Chory zgłaszał dolegliwości bólowe umiejscowione zamostkowo. Charakter bólu określono jako piekący i promieniujący do szyi i barków. Ból towarzyszył choremu zarówno w dzień, jak i w nocy, głównie po posiłkach.

Do czynników nasilających nieprzyjemne odczucia bólowe zaliczono aktywność fizyczną, tłuste i ciężkostrawne potrawy, duże porcje posiłków i pochylanie ciała do przodu bezpośrednio po spożyciu posiłku.

Czynnikami łagodzącymi ból okazało się unikanie pozycji leżącej po jedzeniu, dbałość o spożywanie posiłków w małej objętości i w wolnym tempie, a także ograniczanie picia kawy.

Ocena jakości życia pacjenta

Według kwestionariusza WHOQOL-Bref pacjent nie jest zadowolony z jakości swojego życia. Uzyskany wynik wyniósł 80/129 punktów. Choroba refluksowa utrudnia

choremu aktywność zawodową i realizację swoich pasji. Odczuwane dolegliwości predysponują do obniżenia nastroju, negatywnie wpływają na nastawienie do życia i funkcjonowanie w sferze społecznej, a także obniżają jakość snu. Pacjent może jednak liczyć na pełną akceptację i wsparcie bliskich, z którymi ma dobre relacje.

Ocena wiedzy pacjenta o chorobie

Według samodzielnie stworzonej ankiety oceniającej poziom wiedzy pacjenta na temat refluksu żołądkowo- przełykowego, chory ma bardzo niski poziom wiedzy o schorzeniu, z którym się zmagają. Prawidłowe odpowiedzi stanowiły 30% wszystkich pytań. Skala punktacji wyniosła 6/20 punktów. Przeprowadzona ankieta uzasadniła konieczność przeprowadzenia edukacji pacjenta na temat choroby refluksowej.

PLAN OPIEKI WOBEC PACJENTA Z REFLUKSEM ŻOŁĄDKOWO-PRZĘŁYKOWYM

Diagnoza pielęgniarska I. Zgaga i ból w nadbrzuszu spowodowany zarzucaniem kwaśnej treści żołądkowej

Cel opieki:

- Eliminacja lub zmniejszenie przykrych dolegliwości bólowych,
- Zneutralizowanie objawów zgagi,
- Poprawa komfortu pacjenta.

Planowane działania:

- Wykluczenie z diety produktów nasilających objawy zgagi,
- Podanie leków obniżających kwasność soku żołądkowego na zlecenie lekarza,
- Ocena nasilenia bólu wg skali VAS (3x dziennie) i obserwacja zachowania chorego w reakcji na ból (pobudzenie, apatia, wzmożona potliwość ciała, grymas twarzy),
- Zalecenie uniesienia wezgłowia łóżka w czasie odpoczynku nocnego,
- Poinformowanie o unikaniu noszenia pasków i obcisłej odzieży,
- Rozmowa z chorym w celu odwrócenia uwagi od przykrych dolegliwości,
- Prowadzenie przez chorego dzienniczka obserwacji bólu, który pozwoli zwrócić uwagę chorego na czynniki i zachowania nasilające nieprzyjemne dolegliwości,
- Zapewnienie choremu rozrywki w celu odwrócenia uwagi od choroby (czytanie książek, czasopism i słuchanie muzyki),

- Edukacja pacjenta na temat zalecanej diety w refluksie, częstości, objętości i porze spożywania posiłków.

Realizacja:

- Wyeliminowałam z diety pacjenta produkty powodujące zgagę.
- Podałam leki zmniejszające wydzielanie kwasu żołądkowego, zobojętniające kwas solny, osłaniające śluzówkę żołądka i przełyk oraz środki przeciwbólowe zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
- Zaleciłam płukanie jamy ustnej preparatami ziołowymi o działaniu łagodzącym i przeciwzapalnym.
- Poleciłam uniesienie wezgłowia łóżka podczas odpoczynku nocnego o ok. 15cm do góry.
- Poinformowałam pacjenta o konieczności spożycia ostatniego posiłku ok. 3 h przed snem.
- Poleciłam konsumpcję posiłków w małych objętościach, 4-5x dziennie w atmosferze bezstresowej.
- Wyedukowałam pacjenta na temat produktów zalecanych i zabronionych w chorobie refluksowej przełyku.

Ocena:

- Objawy zgagi zostały złagodzone,
- Dolegliwości bólowe zmniejszyły się,
- Pacjentowi poprawił się nastrój.

Diagnoza pielęgniarska II. Nudności i wymioty spowodowane owrzodzeniem przełyku przez cofającą się treść pokarmową

Cel opieki:

- Eliminacja nudności i wymiotów,
- Zapobieganie odwodnieniu organizmu.

Planowane działania:

- Obserwacja wymiocin- (rodzaj, kolor i domieszki), ocena częstości i ilości wymiotów,
- Ocena stopnia nawodnienia pacjenta przez ocenę napięcia i elastyczności skóry, wilgotności błon śluzowych,
- Podanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza,

- Kontrola podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, częstość oddechów, temperatura ciała),
- Prowadzenie bilansu płynów,
- Obserwacja diurezy dobowej,
- Zachęcanie pacjenta do picia min. 2 l płynów,
- Zabezpieczenie chorego przed zachłyśnięciem się wymiocinami, ułożenie pacjenta na boku, zapewnienie choremu miski nerkowatej, ligniny,
- Dbłość o higienę jamy ustnej (toaleta jamy ustnej, płukanie ust naparem z szalwi lub mięty),
- Zmiana bielizny osobistej i pościelowej w przypadku zabrudzenia.

Realizacja:

- Oceniałam ilość, charakter i częstotliwość wymiotów,
- Podałam leki przeciwwymiotne na zlecenie lekarza,
- Poinformowałam chorego o konieczności uzupełniania płynów poprzez picie min. 2 l wody w ciągu dnia,
- Zapewniłam pacjentowi możliwość utrzymania prawidłowej higieny jamy ustnej,
- Zapewniłam pacjentowi czystą bieliznę pościelową i osobistą.

Ocena:

- Nudności i wymioty zostały wyeliminowane.

Diagnoza pielęgniarska III. Ból gardła, chrypka i suchy kaszel spowodowane stanem zapalnym górnych dróg oddechowych

Cel opieki:

- Zmniejszenie bólu gardła,
- Zminimalizowanie chrypki,
- Złagodzenie kaszlu.

Planowane działania:

- Inhalacje z 0,9% NaCl 2x dziennie,
- Zalecenie eliminacji z diety produktów drażniących błonę śluzową (ostre przyprawy, napoje gazowane),
- Poinformowanie chorego o potrzebie ograniczenia wysiłku strun głosowych,
- Podanie środków farmakologicznych na zlecenie lekarza (Tymianek i Podbiał)

- Nauczenie pacjenta przyjmowania odpowiedniej pozycji podczas kaszlu (pozycja półwysoka lub wysoka),
- Nawilżanie powietrza,
- Wietrzenie sali.

Realizacja:

- Stosowałam inhalację z 0,9 % NaCl na pisemne zlecenie lekarza,
- Poinformowałam pacjenta o konieczności mycia zębów i przepłukiwaniu jamy ustnej po każdym posiłku w celu uniknięcia namnażania się bakterii,
- Zaleciłam przyjmowanie pozycji półwysokiej lub wysokiej przy napadzie kaszlu,
- Zaleciłam pacjentowi, aby w możliwy sposób ograniczył wysiłek strun głosowych,
- Poleciałam wyeliminowanie potraw drażniących błonę śluzową gardła (ostre przyprawy, twarde pożywienie,
- Poleciałam pacjentowi zrezygnowanie z palenia papierosów,
- Zastosowałam środki o działaniu łagodzącym oraz wykrztuśnym - Tymianek i Podbiał.

Ocena:

- Ból gardła został zniwelowany,
- Chrypka i kaszel zostały złagodzone.

Diagnoza pielęgniarska IV. Dyskomfort spowodowany nieprzyjemnym oddechem z ust i smakiem w jamie ustnej

Cel opieki:

- Wyeliminowanie przykrego zapachu z ust i smaku w jamie ustnej,
- Poprawa samopoczucia pacjenta.

Planowane działania:

- Polecenie stosowania płynów do płukania jamy ustnej z chlorheksydyną,
- Polecenie stosowania szczoteczki do higieny jamy ustnej z miękkiego włosia i pasty do zębów z substancjami bakteriobójczymi,
- Poinformowanie pacjenta o konieczności mycia zębów po każdym posiłku,
- Polecenie ssania pastylek o właściwościach bakteriobójczych i bakteriostatycznych,
- Obserwacja stanu jamy ustnej,
- Edukacja pacjenta na temat optymalnej higieny jamy ustnej.

Realizacja:

- Podawałam pacjentowi płyny do płukania jamy ustnej, które odświeżają oddech oraz niwelują nieprzyjemny smak w ustach,
- Zachęcałam chorego do częstej toalety jamy ustnej,
- Poleciłam pacjentowi wypicie szklanki przegotowanej wody po posiłku celu oczyszczenia przełyku,
- Zachęcałam chorego do ssania pastylek z ksylitolem i cynkiem.

Ocena:

- Przykry zapach z ust został wyeliminowany.

Diagnoza pielęgniarska V. Erozja szkliwa i stan zapalny dziąseł spowodowany wymiotami zawierającymi kwas żołądkowy

Cel opieki:

- Złagodzenie zaczerwienienia dziąseł,
- Poprawa stanu uzębienia pacjenta.

Planowane działania:

- Szczególna dbałość o higienę jamy ustnej,
- Zalecenie pacjentowi używania miękkiej szczoteczki i pasty do wrażliwych zębów,
- Zalecenie stosowania preparatów do płukania jamy ustnej z chlorheksydyną,
- Zalecenia mycia zębów po każdym posiłku,
- Wyeliminowanie z diety produktów drażniących szkliwo i dziąsła (soki, cytrusy, ostre przyprawy),
- Zalecenie konsultacji stomatologicznej.

Realizacja:

- Okazałam pomoc w utrzymaniu prawidłowej higieny jamy ustnej poprzez przypominanie o częstym myciu zębów miękką szczoteczką oraz pastą do zębów nadwrażliwych, a także o czyszczeniu języka,
- Zaleciłam płukanie jamy ustnej płynami o działaniu przeciwzapalnym, odkażającym i antyseptycznym oraz pędzlowanie miejsc zmienionych zapalnie naparem szalwi,
- Wyeliminowałam z diety pacjenta pokarmy kwaśne, gazowane, które uszkadzają szkliwo,
- Poleciłam choremu przepłukanie jamy ustnej wodą po każdym posiłku,

- Pacjent został skonsultowany ze stomatologiem w celu oceny stanu dziąseł i uzębienia oraz miejscowej fluoryzacji.

Ocena:

- Stan zdrowia jamy ustnej uległ niewielkiej poprawie.

Diagnoza pielęgniarska VI. Osłabienie spowodowane podwyższoną temperaturą ciała

Cel opieki:

- Obniżenie temperatury ciała.

Planowane działania:

- Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczba oddechów, temperatura),
- Ocena nawodnienia pacjenta (ocena napięcia powłok skórnych i wyglądu błon śluzowych),
- Zwiększenie podaży płynów,
- Zmiana bielizny osobistej i pościelowej w razie potrzeby,
- Stosowanie zimnych okładów w okolicy pach, pachwin i karku,
- Dokumentowanie temperatury w karcie gorączkowej,
- Wietrzenie sali,
- Zapewnienie ciszy i spokoju,
- Podanie leków przeciwgorączkowych na zlecenie lekarza.

Realizacja:

- Monitorowałam parametry życiowe pacjenta (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczba oddechów, temperatura),
- Zwiększyłam podaż płynów do 2 l na dobę,
- Zapewniłam czystą bieliznę pościelową i osobistą,
- Prowadziłam dokumentację temperatury w karcie gorączkowej,
- Zapewniłam choremu komfortowe warunki odpoczynku, ciszę i spokój.
- Podałam leki przeciwgorączkowe na zlecenie lekarza.

Ocena:

- Temperatura ciała uległa obniżeniu do wartości 36,9 °C.

Diagnoza pielęgniarska VII. Suchość błon śluzowych jamy ustnej z powodu odwodnienia

Cel opieki:

- Zmniejszenie suchości błon śluzowych chorego,
- Nawodnienie pacjenta.

Planowane działania:

- Toaleta jamy ustnej 2x dziennie,
- Zalecenie przyjmowania dużej ilości płynów (min. 2 l),
- Częste płukanie jamy ustnej wodą lub naparem z rumianku,
- Dożylne nawadnianie chorego na zlecenie lekarza,
- Prowadzenie bilansu płynów,
- Obserwacja napięcia powłok skórnych i błony śluzowej jamy ustnej.

Realizacja:

- Zaleciłam przyjmowanie dużej ilości płynów w ciągu dnia (min. 2 l),
- Zaleciłam częste płukanie jamy ustnej wodą lub naparem z rumianku,
- Prowadziłam dobowy bilans płynów,
- Obserwowałam napięcie powłok skórnych i błony śluzowej jamy ustnej.

Ocena:

- Pacjent nadal skarży się na suchość jamy ustnej. Problem do dalszej pielęgnacji.

Diagnoza pielęgniarska VIII. Niska jakość snu spowodowana bólami w klatce piersiowej

Cel opieki:

- Polepszenie jakości snu chorego.

Planowane działania:

- Zalecenie pacjentowi uniesienia wezgłowia łóżka,
- Poinformowanie o powstrzymaniu się od jedzenia 2 h przed odpoczynkiem nocnym,
- Zapewnienie ciszy i spokoju,
- Zapewnienie czystej bielizny pościelowej i osobistej,
- Podanie środków farmakologicznych na zlecenie lekarza (Relanium, dawka 2 mg w porze wieczornej).

Realizacja:

- Poleciałam pacjentowi, by w czasie snu wezgłowie łóżka było uniesione o ok. 15cm do góry,

- Poinformowałam o konieczności spożycia ostatniego posiłku nie później niż 2h przed snem,
- Zapewniłam komfortowe warunki podczas zasypiania i snu chorego,
- Zachęcałam pacjenta do zrelaksowania się przed snem, biorąc ciepłą kąpiel bądź czytając książkę.

Ocena:

- Jakość snu uległa znacznej poprawie.

Diagnoza pielęgniarska IX. Niedostateczna wiedza pacjenta na temat GERD

Cel opieki:

- Edukacja pacjenta na temat właściwej diety w refluksie.

Planowane działania:

- Zalecenie stosowania diety lekkostrawnej,
- Poinformowanie o konieczności spożywania niewielkich objętościowo posiłków w wolnym tempie,
- Zalecenie spożycia ostatniego posiłku 2 h przed snem,
- Przedstawienie pacjentowi produktów zalecanych i zabronionych.

Realizacja:

- Poinformowałam pacjenta o dietoterapii stosowanej w refluksie
- Zalecałam pacjentowi prowadzenie zdrowego trybu życia,
- Poinformowałam pacjenta o skutecznych metodach nefarmakologicznego leczenia refluksu żołądkowo- przełykowego.

Ocena:

- Stan wiedzy pacjenta uległ poprawie,
- Pacjent postanowił wdrożyć w życie większość zaleceń.

Diagnoza pielęgniarska X. Trudności w wypełnianiu obowiązków zawodowych spowodowane nadwagą

Cel opieki:

- Obniżenie masy ciała pacjenta,
- Zwiększenie aktywności fizycznej chorego,
- Zwiększenie energii pacjenta.

Planowane działania:

- Analiza trybu życia i zwyczajów żywieniowych,
- Analiza przyczyn nadwagi,
- Dostosowanie zaleceń dietetycznych do ogólnego stanu pacjenta,
- Zalecenie konsultacji dietetyka,
- Motywacja do odchudzania i leczenia nadwagi,
- Monitorowanie przestrzegania zaleceń.

Realizacja:

- Przeanalizowałam przyczyny nadwagi pacjenta,
- Zaleciłam redukcję masy ciała poprzez dietę,
- Zaleciłam choremu gimnastykę poranną i wieczorną, ok. 30 minut dziennie
- Okazałam pacjentowi empatię i motywację do podjęcia leczenia nadwagi.

Ocena:

- Nastąpiło wdrożenie zdrowej żywności do jadłospisu,
- Zwiększyła się aktywność fizyczna (poranna i wieczorna gimnastyka),
- Pacjent ograniczył kaloryczność posiłków.

Diagnoza pielęgniarska XI. Niepokój pacjenta spowodowany przeprowadzeniem badania endoskopowego

Cel opieki:

- Zmniejszenie obaw pacjenta.

Planowane działania:

- Okazanie choremu wsparcia i zapewnienie bezpieczeństwa,
- Informowanie pacjenta o potrzebie i celu wykonywania czynności pielęgnacyjnych
- Zapewnienie rozmowy z lekarzem,
- Poinformowanie o przebiegu badania,
- Przygotowanie chorego do badania diagnostycznego pod względem fizycznym i emocjonalnym.

Realizacja:

- Okazałam choremu szacunek i wsparcie,
- Informowałam pacjenta o potrzebie i celu wszystkich wykonywanych czynności pielęgnacyjnych,

- Przygotowałam chorego do badania diagnostycznego pod względem fizycznym i emocjonalnym.

Ocena:

- Niepokój pacjenta został zredukowany.

Diagnoza pielęgniarska XII. Ryzyko zakażenia wkłucia dożylnego

Cel opieki:

- Niedopuszczenie do zakażenia.

Planowane działania:

- Mycie i dezynfekcja rąk przed i po czynnościach wykonywanych wokół kaniuli,
- Używanie jednorazowych rękawiczek,
- Używanie jałowych koreczków, strzykawek i gazików,
- Dbłość o opatrunek wokół wkłucia (zmiana co 24- 48 h lub w razie potrzeby),
- Obserwacja skóry wokół kaniuli (zaczerwienienie, obrzęk, wyciek ropny bądź surowiczy),
- Ocena miejsca wkłucia przy pomocy skali Baxter.

Realizacja:

- Przestrzegałam zasad aseptyki i antyseptyki,
- Obserwowałam skórę wokół kaniuli,
- Oceniałam miejsce wkłucia przy pomocy skali Baxter.

Ocena:

- Ryzyko zakażenia kaniuli zostało zminimalizowane.

WSKAZÓWKI DO DALSZEJ PIEŁĘGNACJI

- Dieta przy refluksie powinna łagodzić nieprzyjemne dolegliwości. Zaleca się stosowanie diety łatwostrawnej z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego.
- W leczeniu dietetycznym GERD niezwykle ważne jest powolne i staranne przeżuwanie pokarmu (ok. 30 min. na każdy). Jedzenie w pośpiechu powoduje połykanie powietrza, które rozciąga ściany żołądka i powoduje rozluźnienie dolnego zwieracza przełyku.
- Posiłki należy spożywać często i w małych objętościach (5-6x dziennie) w spokojnej atmosferze, pozbawionej stresu, który negatywnie wpływa na trawienie.

- Temperatura posiłków powinna być zbliżona do temperatury ciała, aby nie podrażniać przełyku.
- Korzystne jest spożywanie potraw o konsystencji papkowej, ponieważ ogranicza ona czas przeżuwania pokarmu i zmniejsza wydzielanie żołądkowe.
- W przypadku trudności podczas połykania, zaleca się dietę płynną wzmocnioną lub papkową.
- Ostatni posiłek w ciągu dnia powinien być skonsumowany 2-3 godziny przed odpoczynkiem nocnym, aby mechanizmy samooczyszczania przełyku spełniły swoją funkcję.
- Przy refluksie należy ograniczyć produkty z dużą ilością tłuszczu.
- Należy zrezygnować z podjadania przed snem.
- W diecie należy zwiększyć spożycie białka do 1,2 g/ kg m.c.
- Tłuszcze powinny pokrywać 30% dobowego zapotrzebowania energetycznego.
- Należy zaprzestać palenia papierosów.

Tabela III. Produkty zalecane i niewskazane w chorobie refluksowej przełyku, źródło [34]

Nazwa produktu/ potrawy	Dozwolone	Zabronione
Mięso, wędliny, ryby	mięsa chude (wołowina, cielęcina, drób, chuda wieprzowina w ograniczonej ilości); ryby chude (okoń, sandacz, mintaj, sola, dorsz); wędliny chude (wieprzowe, drobiowe, wołowe), mięsa gotowane, duszone, pieczone w folii; pulpety,	mięsa tłuste (wieprzowina, gęsi, kaczki, baranina, tłuste wędliny, podroby, pasztety, konserwy mięsne, mięsa i ryby smażone na tłuszczu),
Mleko i przetwory mleczne	mleko (0,5%; 1,5% tłuszczu), odtłuszczone mleko skondensowane, mleko sojowe, jogurty naturalne i owocowe, kefiry; twaróg chudy i półtłusty, serki homogenizowane (w ograniczonych ilościach), śmietana (zawierająca do 18% tłuszczu),	tłuste mleko (3,2% i więcej tłuszczu), twaróg tłusty, sery topione, żółte, pleśniowe, typu feta i fromage, śmietana (zawierająca 22% i więcej tłuszczu),
Produkty zbożowe	pieczywo pszenne, jasne, drożdżowe; kasza (manna, krakowska), makarony, ryż,	pieczywo razowe, typu graham, kaszy gruboziarniste (gryczana, jęczmienna pęczak), płatki owsiane,

Jaja	gotowane na miękko i twardo,	jajecznica smażona na tłuszczu, z boczkiem,
Tłuszcze	masło, margaryny i oleje roślinne (do 8 łyżeczek dziennie),	smalec, słonina, boczek, skwarki,
Cukier i słodczyce	cukier, miód	czekolada i wyroby cukiernicze, chałwa, cukierki zawierające alkohol,
Ziemniaki	Gotowane, tłuczone, puree (bez masła), pyzy,	ziemniaki smażone, placki ziemniaczane, frytki, chipsy,
Warzywa i ich przetwory	marchew, buraki, kabaczki, dynia, szpinak,	pomidory, sok pomidorowy, cebula, por, karczochy, szparagi, fasola i inne warzywa strączkowe,
Owoce i ich przetwory	owoce jagodowe, winogrona, banany, morele, jabłka, przetwory owocowe,	cytrusy: cytryny, grejpfruty, pomarańcze, mandarynki, soki z owoców cytrusowych,
Zupy	wszystkie oprócz wymienionych w rubryce obok,	gotowane na wywarze z kości lub tłustych mięs, zabelane tłustą śmietaną i zagęszczane zasmażką,
Sosy	łagodne, zabelane jogurtem, chudym mlekiem, zawiesiną mąki w wodzie,	pikantne, przygotowane na wywarze z kości i tłustych mięs, zagęszczane zasmażką, tłustą śmietaną, sosy na bazie majonezu,
Desery	kompoty, kisiele, sorbety, galaretki, ciasto biszkoptowe i drożdżowe, budyń,	pączki, ciasta kremowe, torty, wyroby z ciasta francuskiego, kruchego, faworki,
Napoje	woda mineralna niegazowana, „słaba” herbata, herbatki ziołowe (z wyjątkiem miętowej), herbatki owocowe, alkohol w bardzo ograniczonych ilościach (u osób z zapaleniem przełyku – całkowita rezygnacja),	Mocna kawa i herbata, napar z mięty, napoje gazowane, drinki alkoholowe z dodatkiem soków cytrusowych, sok pomidorowy, alkohol wysokoprocentowy,
Przyprawy	Wanilia, cynamon	Ostra papryka, chili, pieprz, curry, musztarda, chrzan, kostki bulionowe, przyprawy do zup, glutaminian sodu.

Porady dotyczące stylu życia

- Przestrzeganie zasad dotyczących leczenia farmakologicznego GERD,
- Unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego, szczególnie popołyłkowego,

- Unikanie obcisłej odzieży i pasków,
- Uniesienie wezgłowia łóżka w czasie odpoczynku nocnego (efektywniejsze oczyszczanie przełyka z treści żołądkowej),
- Normalizacja masy ciała- BMI od 18,5 do 24,9 kg/m²,
- Unikanie pochyień klatki piersiowej,
- Zaprzestanie palenia papierosów (zmniejsza liczbę epizodów refluksu),
- Regularne wizyty u stomatologa,
- Dostarczanie odpowiedniej objętości płynów do organizmu (min. 2 l. na dobę).

WNIOSKI

1. Refluks żołądkowo - przełykowy wiąże się z wieloma konsekwencjami utrudniającymi funkcjonowanie całego organizmu. Jednak najistotniejsze problemy w sferze bio-psycho- społecznej dotyczą układu pokarmowego. Wśród nich można było wyodrębnić takie problemy zdrowotne, jak: zgaga, bóle zamostkowe, puste odbijanie, nudności, wymioty oraz przykry oddech z jamy ustnej.
2. Sformułowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej oraz zalecenia dla pacjenta dotyczące leczenia żywieniowego oraz zmiany trybu życia. Zastosowane działania pielęgnacyjne w znacznym stopniu przyczyniły się do poprawy stanu fizycznego pacjenta oraz spowodowały zmniejszenie dolegliwości bólowych.
3. Na podstawie porównania postawionych celów z osiągniętymi wynikami dokonano oceny realizacji zaplanowanych działań. Większość z nich zrealizowano tylko częściowo, ponieważ wiele problemów wymagało dłuższego okresu leczenia.
4. Rolą pielęgniarki była obserwacja pacjenta i pomoc w rozwiązywaniu problemów biologicznych, natury psychicznej oraz społecznej.
5. Wiedza badanego pacjenta na temat choroby była niepełna.
6. Jakość życia badanego pacjenta z refluksem żołądkowo- przełykowym była obniżona.

PIŚMIENNICTWO

1. Korzonek M., Dziergas A.: Jakość życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2014; 38: 13-19.

2. Dudkowiak R., Poniewierka E.: Rola diety i stylu życia w leczeniu choroby refluksowej przełyku. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012; 4: 586–591.
3. Tarnowski W.: Łagodne choroby przełyku leczone chirurgicznie. *Postępy Nauk Medycznych* 2009; 3: 173-179.
4. Badillo R., Francis D.: Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics* 2014; 5: 105-112.
5. Glück J.: Leczenie refluku żołądkowo-przełykowego poprawia kontrolę astmy. *Alergia Astma Immunologia* 2011; 16: 24-26.
6. El-Serag H. B., Sweet S., Winchester C.C.: Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2014; 63: 871-880.
7. Banks M.: The modern investigation and management of gastroesophageal reflux disease (GORD). *Clinical Medicine* 2009; 6: 600-604.
8. Korzonek M., Dziergas A., Kuczyńska M.: Choroba refluksowa przełyku (GERD) — problem wciąż aktualny. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2014; 8: 201–210.
9. Trojanowska E, Bieńkiewicz B., Kowalski M.: Choroba refluksowa przełyku a choroby układu oddechowego. *Alergia Astma Immunologia* 2015; 20: 40-45.
10. Raban M., Żak A., Litak J., Turska M., Grochowski C.: Gastroesophageal reflux disease - unit description, diagnosis and treatment. *Journal of Education, Health and Sport*, 2017; 7: 215-225.
11. Jason A., Dranove M.D.: Nowe technologie w rozpoznawaniu refluku żołądkowo-przełykowego. *Pediatrics po Dyplomie* 2009; 3: 65-69.
12. Chmielecka-Rutkowska J., Pietruszewska W.: Objawy laryngologiczne choroby refluksowej przełyku i ich leczenie. *Terapia* 2017; 26: 19-28.
13. Wocial T.: Istotne problemy w rozpoznawaniu i leczeniu choroby refluksowej przełyku. *Gastroenterologia Kliniczna* 2010; 2: 71–80.
14. Szymczyk H.: Choroba refluksowa przełyku częsty problem w codziennej praktyce. *Gabinet prywatny* 2017; 24: 24-32.
15. Smith T.: Zgaga i refluks żołądkowy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
16. Hart A.M.: Evidence- based recommendations for GERD treatment. *The Nurse Practitioner* 2013; 38: 26-34.
17. Szmidt J.: Podstawy chirurgii. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2010.

18. Frazzoni M., Piccoli M., Conigliaro R., Frazzoni L., Melotti G.: Laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease. *World Journal of Gastroenterology*. 2014 Oct 21; 20(39): 14272–14279.
19. Classen M., Tytgat G.N. J., Lightdale Ch. J.: *Endoskopia układu pokarmowego tom 1*. M-Media, Warszawa 2013.
20. Wallner G., Solecki M., Tarnowski W., Wróblewski T., Stanowski E., Budzyński A., Michalik M.: Gastroesophageal reflux disease – clinical practice guidelines. Videosurgery and other miniinvasve techniques 2009; 4 (Suppl 1): S16–S24
21. Chuks Nwokediuko S.C.: Current Trends in the Management of Gastroesophageal Reflux Disease: A Review. *ISRN Gastroenterology* 2012; 1-11.
22. Jurkowska G., Łagoda K.: *Pielęgniarstwo internistyczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
23. Salomon A., Salomon Ł., Regulska- Iłow B., Paradowski L.: Choroba refluksowa przełyku GERD- znaczenie postępowania nefarmakologicznego. *Gastroenterologia Polska* 2012; 19: 171-175.
24. Kazberuk M., Brzóska S., Hryszko T., Naumnik B.: Nadużywanie inhibitorów pompy protonowej i jego konsekwencje. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2016; 70: 1112-1116.
25. Chmiel K., Niškiewicz I., Krela-Kaźmierczak I., Łykowska-Szuber L., Linke K.: Pozaprzęłykowe objawy refluksu żołądkowo-przełykowego. *Nowiny Lekarskie* 2009; 78: 216–221.
26. Samborski P., Grzymisławski M.: Laryngologiczna manifestacja choroby refluksowej przełyku u chorych z otyłością- nowości w diagnostyce i leczeniu. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2015; 6: 31-36.
27. Krogulska A., Wąsowska-Królikowska K.: Refluks żołądkowo-przełykowy a refluks krtaniowo gardłowy – znaczenie w laryngologii. *Otorynolaryngologia* 2009; 8: 45-52.
28. Rajtar- Cynke G.: *Farmakologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
29. Arges W., Al Dahouk S.: *Interna w 5 dni*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.
30. Domagała W., Chosia M., Urańska E.: *Podstawy patologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
31. Latkowski J.B., Lukas W., Godycki-Ćwirko M.: *Medycyna Rodzinna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.

32. Eder P.: Praktyczne aspekty diagnostyki i leczenia choroby refluksowej przełyku. *Lekarz POZ* 2017; 5: 344-348.
33. Zarzycka D., Ślusarska B.: Podstawy pielęgniarstwa. Tom 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
34. Włodarek D., Lange E., Kozłowska L., Głębska D.: Dietoterapia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem ze schizofrenią w okresie adolescencji – studium przypadku

Agnieszka Renn-Żurek

Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego

WSTĘP

Schizofrenia jest poważną chorobą psychiczną, która wymaga rozpatrywania w wielu obszarach: społecznym, ekonomicznym i kulturowym.

Kontakt z chorującym adolescentem, opieka nad osobą, której wejście w dorosłość i samodzielność zostało zatrzymane przez chorobę, pozwala stworzyć obraz schizofrenii dotyczącej młodzież.

Typowy dla okresu adolescencji intensywny wzrost sił witalnych, rozwój czynności umysłowych i zasobów psychiki, pogłębienie więzi emocjonalnych zostaje zaburzony.

Objawy choroby zakłócają proces zmierzający do uformowania dojrzałej tożsamości psychologicznej oraz utrudniają prawidłową socjalizację.

SPECYFIKA OKRESU ADOLESCENCJI

Adolescencja to okres życia postrzegany jako ukształtowana przez rodzinę, kulturę i subkulturę psychologiczna odpowiedź na wydarzenia związane z biologicznym dojrzewaniem [1]. Słowo adolescencja wywodzi się z języka łacińskiego i oznacza dorastanie. Charakterystyczne dla tego okresu są znaczne zmiany biologiczne zachodzące w intensywnym tempie. Dochodzi do wzmożonej aktywności hormonalnej, następuje wzrost wysokości ciała, rozpoczyna się dojrzewanie płciowe, wyraźnie zaznacza się popęd seksualny. Poza rozwojem biologicznym istotne zmiany dokonują się również w rozwoju poznawczym będącego efektem dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego. Rozwija się umiejętność wielopoziomowego, abstrakcyjnego, zróżnicowanego myślenia, złożonego sposobu widzenia siebie, innych i świata. Pojawia się zdolność rozważania hipotez, rozumowania naukowo-indukcyjnego, tworzenia uogólnień, tworzenia nowej wiedzy opartej

na wewnętrznych myślach i refleksjach, pełniejszego poznawania świata. Adolescencja to również istotna faza w rozwoju moralnym i emocjonalno-społecznym [2].

Szczególnie istotne dla młodych ludzi są relacje z osobami z otoczenia, ponieważ młodzież intensywnie poszukuje swego miejsca w różnych stosunkach społecznych. Jest to okres licznych przemian i zagrożeń, które wynikają m.in. z trudności w określeniu swojej zmieniającej się tożsamości. Dorastający odczuwają dezorientację w relacjach interpersonalnych, tymczasowość aktualnego położenia życiowego oraz trudność znalezienia swojego miejsca w świecie. Adolescenci intensywnie poszukują miłości, przyjaźni i wsparcia w grupach rówieśniczych. Tam właśnie nabywają nowych doświadczeń społecznych: umiejętności działania w zespole, rywalizacji, rozwijają też zdolności przywódcze [3].

Adolescencja jest także okresem ilościowego i jakościowego wzrastania zasobów psychicznych. Udoskonalające się procesy poznawcze stają się jednocześnie źródłem krytycyzmu względem samego siebie, ale i rodziny oraz całego ładu społecznego [8]. Rodzina do tej pory była dla młodego człowieka najbliższym środowiskiem. Po raz pierwszy opinie rodziców tracą znaczenie na rzecz opinii rówieśników, których świat staje się tak samo ważny, a często ważniejszy niż rodzina [3]. Pojawia się bunt wobec wszystkich dotychczasowych autorytetów. Dorośli są przez dojrzewających krytycznie obserwowani i konfrontowani z własnym, tworzącym się odrębnym systemem ocen i wartości [4].

Wszystkie zachodzące w tym okresie zmiany zmierzają do wypełnienia indywidualnych zadań, jakimi są:

- uzyskanie niezależności uczuciowej od rodziców i innych osób,
- rozwijanie własnego systemu wartości,
- uformowanie roli męskiej lub kobiecej,
- osiągnięcie osobistej niezależności,
- ukształtowanie postaw wobec grup społecznych i instytucji,
- tworzenie nowych, dojrzałych więzi z rówieśnikami obojga płci,
- przygotowanie do małżeństwa i życia w rodzinie oraz kariery zawodowej,
- dążenie do postawy odpowiedzialnej społecznie [2].

Określenie własnej szeroko rozumianej tożsamości: psychologicznej, psychoseksualnej, interakcyjnej, społecznej, ustalenie własnego systemu wartości oraz własnych celów życiowych jest zwieńczeniem procesu separacji i indywiduacji rozpoczętego już w pierwszym roku życia dziecka. Wymienione cele do osiągnięcia są trudne dla dorastającego młodego człowieka, jak i jego rodziców [4].

PROBLEMY KLINICZNE WIEKU DOJRZEWANIA

Problemy kliniczne objawiające się pod postacią różnorodnych zaburzeń mają często genezę złożoną z wielu czynników. Po jednej stronie mamy do czynienia z zewnętrznymi stresorami, po drugiej trafiamy na podatność dziecka na ich oddziaływanie. Przeżyte doświadczenia i biologiczne dyspozycje wzajemnie się łączą, są poddawane wpływom otoczenia społecznego, własnej aktywności dziecka i zasobów tkwiących w nim samym oraz znajdujących się w jego najbliższym otoczeniu [5].

Zwrócenie uwagi na okres adolescencji ma znaczenie socjologiczno-kulturowe, ale również pełni istotną rolę w rozumieniu psychopatologii człowieka dorosłego. Bez odniesienia się do wieku dzieciństwa i dorastania nie można w pełni zrozumieć głębszych mechanizmów biologicznych, jak i psychologicznych, które doprowadziły człowieka do choroby [1]. Czas adolescencji jest okresem życia związanym z licznymi zagrożeniami, co jest efektem psychologicznych konsekwencji neurohormonalnych zmian, ustalenia nowego miejsca w różnych relacjach społecznych, problemów z określeniem przeobrażającej się tożsamości [5].

Do kryzysu adolescencji prowadzi szereg gwałtownie i równocześnie zachodzących zmian w obszarach: biologicznym, psychologicznym i społecznym (interakcyjnym). Odróżnienie kryzysu normatywnego od zaburzeń psychicznych nastrocza wiele trudności. W różnicowaniu kryzysu adolescencji z patologiczną dekompensacją pomocne są kryteria:

- liczba sytuacji, w których dorastający przestaje sobie radzić ze zwykłymi życiowymi zadaniami;
- stopień nasilenia lęku, depresji, agresji i autoagresji;
- jakość relacji osób dorosłych z najbliższego otoczenia (rodziny i szkoły) [4].

Badanie psychiatryczne dzieci i młodzieży wiąże się z trudnościami, które nie występują w innych grupach wiekowych. Do trudności tych zaliczyć należy niedojrzałość poznawczą i emocjonalną osób w wieku rozwojowym i związany z tym ograniczony wgląd w swoje procesy psychiczne [6]. Wywoływać to może istotne problemy diagnostyczne odnoszące się do kwalifikacji określonych zachowań, objawów i cech, które mogą być postrzegane jako trudności okresu dojrzewania lub jako objawy zaburzenia psychicznego [7]. Od lat trwa dyskusja, czy kryzys adolescencji jest kryzysem normatywnym, czyli że jest swoistą normą rozwojową, czy raczej jest przejawem dysfunkcji rodzinno-środowiskowej. Niektórzy autorzy uważają, iż załamanie psychiczne i zmiany zachowania są nieuniknione w

okresie adolescencji. Brak tych zmian traktują jako zahamowanie rozwoju. E. Erikson dowodzi, że rozwój przebiega w sposób kryzysowy przez całe życie [4].

W klasyfikacjach psychiatrycznych granicę między normą a patologią wyznacza nie tylko natura objawów, lecz raczej ich nasilenie, upośledzenie funkcjonowania i wywołane cierpienie [6]. Swoistość psychopatologii okresu dojrzewania podkreślana była już przez klasyków psychiatrii. W przypadku przeceniania normatywnego kryzysu adolescencji może dojść do przeoczenia dyskretnie przebiegających objawów psychopatologicznych. W sytuacji niedocenienia objawów kryzysu można z kolei dopatrzyć się zaburzeń tam, gdzie ich w istocie nie ma [4].

Wśród młodzieży, która sobie nie radzi ze zmianami zachodzącymi w okresie dojrzewania, typowe są następujące zaburzenia: lęki (np. związane z osiągnięciami szkolnymi, dotyczące pozycji wśród rówieśników, relacji seksualnych); zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia); uzależnienia; zachowania destrukcyjne i autodestrukcyjne (agresywne, samobójcze, przestępcze); depresja [5].

Zaburzenia psychiczne spotykane w okresie adolescencji można podzielić na następujące grupy [4]:

- zaburzenia zaczynające się we wczesnym dzieciństwie, zaostrzające się w okresie dojrzewania i trwające w dorosłości (np. antysocjalne zaburzenia osobowości, przewlekłe postaci nerwic, niedorozwój umysłowy, zaburzenia związane z wczesnym uszkodzeniem mózgu);
- zaburzenia mające początek w dzieciństwie a kończące się w okresie dojrzewania (np. lęk separacyjny);
- zaburzenia swoiste dla adolescencji, związane z trudnościami w realizacji zadań rozwojowych tego okresu życia i ustępujące z osiągnięciem dorosłości (wymienione wyżej zaburzenia odżywiania, depresja młodzieńcza, zaburzenia zachowania);
- zaburzenia mające początek w okresie adolescencji, które nie są swoiste dla tego okresu, nie ustępują po osiągnięciu dorosłości i mogą powtarzać się przez całe życie (choroby afektywne, psychozy schizofreniczne).

GENEZA SCHIZOFRENII W OKRESIE ADOLESCENCJI

Schizofrenia jest chorobą, której cechą charakterystyczną jest chroniczny przebieg z naprzemiennymi okresami remisji i zaostrzeń, w których mogą wystąpić objawy wytwórcze,

taki jak omamy czy urojenia. Współczesne podejście wskazuje na udział czynników biologicznych, psychologicznych, jak i środowiskowych w etiologii schizofrenii [8]. Mimo iż wiedza o przyczynach oraz ciągu zależności patogenetycznych jest coraz bogatsza, istotne czynniki wywołujące chorobę ciągle pozostają nieznane. Występujące od wielu lat zaburzenie opisywane jest przez autorów publikacji poprzez użycie hipotez i spekulacji [9].

Wśród grup czynników wpływających na pojawienie się schizofrenii wymienia się czynniki organiczne. Ich roli upatrywano w związku z teorią występowania zmian w mózgach osób chorujących. Techniki obrazowania dowodzą obecności różnych zmian strukturalnych i czynnościowych w obrębie mózgowia, natomiast nie można z pewnością stwierdzić, że zmiany te są charakterystyczne dla schizofrenii. Badania neuroobrazowe wykonuje się u chorych na schizofrenię głównie po to, by wykluczyć inne schorzenia, a nie w celu postawienia diagnozy schizofrenii [10]. Odchylenia neuropatologiczne u chorujących na schizofrenię znacznie różnią się od zmian opisywanych w wielu chorobach organicznych. Odchylenia te nie mają charakteru zapalnego, a zmiany morfologiczne nie mają tendencji do narastania [11].

Znaczną popularnością cieszy się obecnie neurorozwojowa koncepcja schizofrenii. Zgodnie z tą teorią etiologiczne czynniki choroby występują na długo przed pojawieniem się jej klinicznych objawów. Genetyczne uwarunkowania oraz czynniki środowiskowe występujące już w okresie życia płodowego wiodą do zmian w rozwoju i funkcjonowaniu mózgu w okresie wczesnej młodości. Istnieje wiele czynników środowiskowych mogących zaburzyć prawidłowy rozwój ośrodkowego układu nerwowego. Wymienić tu można konflikt serologiczny, niedokrwienie okołoporodowe, krwawienia w czasie ciąży, poród przedwczesny, niską masę urodzeniową, cukrzycę, infekcje wirusowe wywołane wirusem różyczki, grypy, a także wpływ innych drobnoustrojów. Do czynników zaburzających rozwój mózgu zalicza się również uraz głowy w dzieciństwie czy stosowanie kanabinoli w wieku młodzieńczym [12]. Komplikacje okresu okołoporodowego oraz wczesnodziecięcego mogą prowadzić do nieprawidłowego rozwoju mózgu, co w połączeniu z innymi czynnikami przyczynić się mogą do pojawienia objawów schizofrenii [10].

Funkcjonują także koncepcje biochemiczne schizofrenii, z których najbardziej rozpowszechniona zakłada istnienie w tej chorobie przejawów nadczynności przekąźnictwa dopaminergicznego, co zostało potwierdzone w związku z rozwojem technik neuroobrazowania mózgu. Drugim, obok dopaminy, neuroprzekąźnikiem odgrywającym dużą rolę w schizofrenii jest serotonina. Badania biochemiczne dostarczyły licznych dowodów wskazujących na rolę mechanizmów serotoninerгіcznych w genezie choroby. Wpływ na

rozwój schizofrenii ma również osłabiona aktywność układu glutaminergicznego, co także potwierdzone zostało szeregiem badań. Kolejna biochemiczna koncepcja powstania schizofrenii zakłada istnienie zaburzeń w zakresie metabolizmu lipidów błony komórkowej. Wyniki badań wykazują, że w omawianej chorobie może występować czynnościowy niedobór niektórych niezbędnych kwasów tłuszczowych, co może mieć związek z występowaniem objawów psychopatologicznych [11].

Niezwykle popularnym kierunkiem poszukiwań przyczyn schizofrenii są czynniki genetyczne. Związane jest to z obserwacjami nad rodzinnym występowaniem choroby. Na podstawie wyników badań można stwierdzić, że ryzyko wystąpienia schizofrenii wzrasta, im bliższe jest pokrewieństwo z osobą chorą: bliźniak monozygotyczny, oboje rodziców, jeden rodzic. Również dalsi krewni chorzy na schizofrenię lub nawet na inną chorobę psychiczną, np. afektywną dwubiegunową przyczyniają się do wzrostu ryzyka [10]. Znana jest także koncepcja, że ryzyko rozwoju choroby powstaje u osób z określoną konstytucją genetyczną, nazwaną schizotaksją. Hipoteza zakłada istnienie tzw. hipokryzji (endofenotypu) - produktu schizotaktycznego genu powodującego defekt integracji neuronalnej w mózgach osób ze schizotaksją. Termin endofenotyp oznacza wewnętrzny fenotyp wykrywalny badaniem biochemicznym lub mikroskopowym, jest więc mierzalnym parametrem niewidocznym gołym okiem, a stanowiącym pomost między chorobą a genotypem. W badaniach molekularno-genetycznych w schizofrenii analizowanych jest szereg potencjalnych endofenotypów: neurofizjologiczne, neurokognitywne, neurochemiczne, biochemiczne i behawioralne. Dotychczas jednak nie udało się zidentyfikować jednego, klasycznego endofenotypu schizofrenii [13].

Istnieje koncepcja, która zakłada, że na wystąpienie choroby wpływ mają różne czynniki, które kształtują nadmierną wrażliwość danej osoby na stres. Czynniki te są stresory zewnętrzne, przebieg procesu wychowania, nabywania umiejętności itp. Pogląd ten nosi nazwę teorii uwrażliwienia, podatności na zranienie [10].

Wśród przyczyn schizofrenii wymienia się także przesłanki środowiskowe. Wskazuje się na wpływ wczesnych doświadczeń o charakterze urazu psychicznego oraz negatywne wydarzenia życiowe, gwałtowne zdarzenia o cechach katastrofy, czy przewlekłe stresowe doświadczenia oraz sytuacje o indywidualnym znaczeniu traumatycznym. Jako źródło negatywnych wydarzeń rozwojowych najczęściej pojawia się najbliższe otoczenie chorego, zwykle jego rodzina. Dopatruje się nieprawidłowych relacji między rodzicami a dzieckiem, zakłóceń układu rodzinnego [9]. Wyznacznikiem niewłaściwego funkcjonowania rodziny może być naduwikłanie - brak granic między sobą i rodziną pochodzenia oraz

charakterystyczny wysoki wskaźnik ujawnionych emocji (wskaźnik EE), który cechuje się intensywnością i reaktywnością emocjonalną, trudnościami w rozwiązywaniu problemów i sytuacji konfliktowych [14]. Teorie te nie tłumaczą jednak genezy schizofrenii, ale przyczyniają się do zrozumienia roli środowiska w kształtowaniu właściwych postaw chorego wobec jego choroby.

W ostatnim czasie dostrzegalny jest wzrost zainteresowania znaczeniem tzw. osi jelitowo-mózgowej w patogenezie schizofrenii [15].

Wśród istotnych czynników wymienia się: mikrobiom jelitowy, zespół przeziębliwego jelita oraz nadwrażliwość na antygeny pokarmowe, szczególnie na gluten oraz kazeinę mleka krowiego [15].

Wymienione wyżej grupy czynników etiologicznych nie dają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, co wywołuje chorobę, wyjaśniają jednak pewne prawidłowości w zakresie występowania schizofrenii.

CELE PRACY

Celem pracy było

- przedstawienie roli pielęgniarki w procesie opieki nad młodocianą pacjentką z rozpoznaną schizofrenią
- ukazanie najważniejszych aspektów i złożonej problematyki schizofrenii w okresie adolescencji.

MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

Metodą badawczą zastosowaną w pracy jest metoda indywidualnego przypadku (ang. case study). Jest to metoda badawcza wykorzystywana w badaniach jakościowych i polega ona na analizie losów danego człowieka wynikających z jego specyficznej sytuacji klinicznej, psychospołecznej i kulturowej, które są wynikiem choroby i jej następstw oraz procesu leczenia ze szczególnym nastawieniem na określenie problemów pielęgnacyjnych oraz opracowanie modelu opieki pielęgniarskiej [16,17].

Studium przypadku stanowi szczegółowy oraz wnikliwy opis konkretnych, charakterystycznych właściwości i doświadczeń jednostki obejmujący zarówno pojedynczą osobę, jak i daną grupę społeczną [16].

W pielęgniarstwie studium przypadku polega na rozpoznaniu określonych problemów pielęgnacyjnych pacjenta wynikających z jego choroby oraz zaplanowaniu modelu opieki pielęgniarstwej [17]. Metoda „case study” cechuje się holistycznym podejściem do konkretnego przypadku. Ukazuje go w wielu wymiarach jego funkcjonowania i dopiero dokładna analiza poszczególnych sfer życia może generować pogląd na ogół zagadnienia oraz występujące problemy [16].

W pracy przedstawiono przypadek 17-letniej pacjentki z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną, hospitalizowanej na Oddziale Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży.

Materiał badawczy uzyskano poprzez zastosowanie technik badawczych, takich jak obserwacja, wywiad, analiza dokumentów (historia choroby, historia pielęgnowania, raporty pielęgniarstwe, karty obserwacyjne, wyniki badań).

STUDIUM PRZYPADKU

Pacjentka M. L. lat 17 uczennica szkoły ponadpodstawowej, hospitalizowana w Oddziale Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży. Początkowo leczona ambulatoryjnie w poradni zdrowia psychicznego pod opieką psychiatry oraz w regularnym kontakcie z psychologiem, konsultowana w poradni psychologiczno-pedagogicznej w związku z doświadczanymi trudnościami szkolnymi. Pierwsza hospitalizacja miała miejsce, gdy dziewczynka miała 11 lat. W wywiadzie od rodziców pojawiały się informacje o zachowaniach agresywnych ze strony dziewczynki względem domowników – podnoszenie głosu, przewiska, rzucanie przedmiotami.

Pacjentka mieszka w domu jednorodzinnym, w którym jeden pokój zajmuje matka z partnerem, drugi - pacjentka z siostrami, jedną starszą o 2 lata, drugą młodszą o 2 lata. Warunki socjalne dobre. Ojciec dziewczynki zmarł nagle w 2017 roku, chorował na cukrzycę i schizofrenię,

Stan psychiczny: świadomość jasna, orientacja co do czasu, miejsca, otoczenia i własnej osoby prawidłowa. Nastrój zmienny, niedostosowany, labilność emocjonalna. Napęd wzmożony, pobudzenie psychomotoryczne, zachowania dziwaczne, skłonności do działań impulsywnych. Trudności w skupieniu uwagi, łatwe rozproszenie. Rozkojarzenie myślenia i zerwanie wątków myślowych. Zaburzenia treści myślenia, urojeniowe interpretowanie otoczenia. Pamięć osłabiona, luki pamięciowe. Spostrzeganie nie zaburzone. Kontakt słowny powierzchowny, utrudniony, słownictwo ubogie. Mowa szybka, niewyraźna.

Neguje myśli samobójcze, w przeszłości występowały myśli autodestrukcyjne. Diagnoza lekarska: Schizofrenia paranoidalna.

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ – PROCES PIELĘGNOWANIA

Diagnoza 1 - Zubożenie emocjonalne jako wynik objawów ubytkowych choroby prowadzi do wycofania pacjentki z kontaktów społecznych

Cel: Podtrzymywanie przez pacjentkę prawidłowych relacji z otoczeniem

Działania pielęgniarskie:

- zachowanie autentyczności w kontakcie z pacjentką;
- okazywanie szacunku, empatii i akceptacji;
- akceptowanie odrębności pacjentki;
- stworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu równowagi kontaktów społecznych;
- inicjowanie kontaktu w grupie pacjentów z podobnymi przeżyciami i zainteresowaniami;
- zachęcanie do udziału w zajęciach grupowych;
- stopniowe zachęcanie do podejmowania funkcji w ramach społeczności terapeutycznej;
- umożliwienie pacjentce kontaktu z rodzicami, rodzeństwem, rówieśnikami

Ocena: Pacjentka stopniowo nawiązywała relacje, początkowo z dorosłymi, następnie z rówieśnikami, inicjowała kontakt z osobami z otoczenia.

Diagnoza 2 - Pacjentka przeżywa lęk, ponieważ urojenia prowadzą do zaburzonego postrzegania przez nią rzeczywistości

Cel: Przywrócenie prawidłowej percepcji rzeczywistości

Działania pielęgniarskie:

- tworzenie klimatu dającego poczucie bezpieczeństwa;
- obserwacja zachowań pod kątem występowania objawów psychiatrycznych;
- zachęcanie do werbalizacji przeżyć psychiatrycznych;
- zdobycie zaufania pacjentki;
- wysłuchanie pacjentki, zaniechanie ocen i krytyki;
- stała obecność przy pacjentce przeżywającej lęk;
- wspieranie pacjentki przy próbach werbalizacji lęku;
- pomoc pacjentce w kierowaniu uwagi na rzeczywiste zdarzenia;
- unikanie dotykania pacjentki, cichej rozmowy, szeptu;

- informowanie i uprzedzanie o wszystkich podejmowanych działaniach wobec pacjentki;
- zmniejszenie liczby i nasilenia bodźców w otoczeniu pacjentki;
- proponowanie i przygotowanie zajęć alternatywnych, aby zastąpić lęk;
- współudział w farmakoterapii;

Ocena: Lęk pacjentki stopniowo zmniejszał się, zminimalizował się wraz z ustąpieniem doznań psychotycznych.

Diagnoza 3 - Utrzymująca się ambiwalencja i rozkojarzenie wywołuje trudności pacjentki w werbalizacji potrzeb co prowadzi do zaburzenia komunikowania

Cel: Podtrzymanie i rozwijanie umiejętności komunikowania się

Działania pielęgniarskie:

- podtrzymywanie indywidualnego werbalnego i niewerbalnego kontaktu terapeutycznego w sytuacji, gdy pacjentka nie chce mówić;
- akceptacja pacjentki i jej sposobów komunikowania z otoczeniem;
- przewidywanie i zaspokajanie potrzeb pacjentki do czasu powrotu zadowalającego sposobu komunikowania się;
- stosowanie zachowań podtrzymujących komunikację;
- rozwijanie i utrwalanie umiejętności porozumiewania w ramach treningu z zakresu komunikacji;
- wykazywanie cierpliwości, życzliwości i tolerancji;
- bycie autentycznym w kontakcie z pacjentką;
- zachęcanie do wyrażania emocji i myśli;
- trening werbalnych i niewerbalnych umiejętności radzenia sobie w kontaktach z innymi;
- stosowanie form przekazu w sposób zrozumiały dla pacjenta, udzielanie jasnych i konkretnych wskazówek;
- rozwijanie u pacjentki motywacji do porozumiewania się z drugą osobą, komunikowania potrzeb i stanów emocjonalnych;
- tworzenie i wykorzystywanie sytuacji życiowych do rozwijania umiejętności komunikacyjnych pacjentki;
- dążenie do zachowania jednoznaczności postępowania zespołu terapeutycznego.

Ocena: Pacjentka stopniowo przejawiała coraz mniejsze trudności w komunikowaniu z otoczeniem.

Diagnoza 4 - Lęk wywołany doznaniem psychotycznym prowadzi do zachowań agresywnych pacjentki

Cel: Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentce i otoczeniu

Działania pielęgniarskie:

- wczesne rozpoznanie czynników ryzyka zachowań agresywnych związanych z osobami oraz warunkami pracy oddziału;
- starania o odroczenie zachowań zagrażających poprzez nawiązanie kontaktu z pacjentką;
- zadeklarowanie o chęci pomocy, a jednocześnie niedopuszczenia do zachowań agresywnych;
- stała obserwacja zachowania pacjentki;
- ograniczanie bodźców z otoczenia;
- zapewnienie kompleksowego nadzoru przez ciągłą obecność;
- zachowanie spokoju i rozwagi w kontakcie;
- usunięcie z otoczenia pacjentki przedmiotów potencjalnie niebezpiecznych;
- próba pozyskania pacjentki do współpracy;
- podjęcie próby rozmowy z pacjentem;
- dbałość o organizację otoczenia, by minimalizować ryzyko agresji (unikanie jaskrawego światła, hałasu, pośpiechu, braku informacji);
- podjęcie próby przekierowania zachowań agresywnych na inne aktywności, np. ćwiczenia fizyczne, sprząatanie;
- zachowanie spokoju i opanowania;
- dbałość o odpowiednią ilość personelu, by zapewnić bezpieczeństwo i w razie konieczności dysponować przewagą i udowodnić kontrolę nad sytuacją;
- unikanie przebywania z osobą agresywną w zamkniętym pomieszczeniu;
- podawanie zleconych leków z monitorowaniem ich skuteczności;
- unikanie postawy osądzającej i nie traktowanie w sposób dosłowny obraźliwych zachowań pacjenta (uważać je za przejaw zaburzeń psychicznych, a nie za wyraz rzeczywistego stosunku chorego do personelu);
- wdrożenie procedury zastosowania przymusu bezpośredniego w sytuacji braku uspokojenia pacjentki z dostosowaniem warunków unieruchomienia do stanu pacjentki;

Ocena: Lęk wywołujący agresję zmniejszył się, zachowania agresywne nie pojawiły się, wzrosło poczucie bezpieczeństwa pacjentki.

Diagnoza 5 - Pacjentka zaniedbuje higienę, ponieważ doznania psychotyczne ograniczają jej agendę samoopieki

Cel: Zapewnienie pacjentce pomocy w zaspokojeniu podstawowych potrzeb higienicznych i zapobieganie powikłaniom zdrowotnym wynikającym z ich zaniedbania

Działania pielęgniarskie:

- pomoc w zaspokojeniu potrzeb w zależności od stopnia deficytu w zakresie zdolności do samodzielnego funkcjonowania;
- pozyskanie zaufania pacjentki;
- zachęcanie do zgłaszania potrzeb w zakresie czynności życia codziennego;
- dbałość o higienę i odzież pacjentki przy jej aprobacie i współpracy;
- informowanie pacjentki o wszystkich planowanych czynnościach pielęgnacyjnych wobec niej;
- towarzyszenie pacjentce przy czynnościach samoobsługowych w okresach jej lepszego samopoczucia;
- udzielenie pomocy w wyborze ubrania, zachęcanie do ubierania się i utrzymania czystej garderoby;
- motywowanie do udziału w treningach umiejętności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego.

Ocena: Pacjentka miała zapewnioną pomoc w zaspokajaniu potrzeb higienicznych, nie wystąpiły powikłania zdrowotne wynikające z zaniedbania potrzeb.

Diagnoza 6 - W wyniku przeżywanych doznań psychotycznych pacjentka odmawia przyjmowania posiłków, co prowadzi do niedoborów pokarmowych

Cel: Zapobieganie niedoborom pokarmowym

Działania pielęgniarskie:

- dążenie do wzbudzenia zaufania u pacjentki;
- pomoc i nadzór podczas spożywania posiłków;
- dostrzeganie poprawnych zachowań, stosowanie pochwał adekwatnie do sytuacji;
- spokój i akceptacja zdania pacjentki z jednoczesną stanowczością i przekonaniem o konieczności systematycznego spożywania posiłków;

- umożliwienie pacjentce obserwacji przygotowania posiłku, by minimalizować jej niewłaściwe przekonania wynikające z urojeń;
- działania zgodne z oczekiwaniami i dietetycznymi upodobaniami pacjentki;
- dbałość o to, by pacjentka nie czuła się zmuszana do jedzenia;
- kontakt z rodziną, zachęcenie do współpracy, propozycja dostarczania posiłków z domu;
- rozmowa na temat istotnego wpływu jedzenia dla zdrowia;
- w razie potrzeby przynoszenie posiłków do łóżka, czuwanie nad ich spożywaniem;
- zachęcanie do jedzenia bez straszenia i moralizowania;
- zapewnienie przy współpracy z dietetyczką wysokokalorycznej, urozmaiconej diety;
- uważne słuchanie pacjentki bez bagatelizowania jej problemów;
- motywowanie pacjentki do współdziałania z zespołem terapeutycznym w procesie leczniczo-rehabilitacyjnym.

Ocena: Pacjentka mimo niechęci spożywała systematycznie posiłki, nie wystąpiły objawy niedoborów pokarmowych.

Diagnoza 7 - Poczucie odrzucenia wynikające z braku zrozumienia istoty choroby ze strony bliskich utrudnia relacje rodzinne

Cel: Pozyskanie rodziny do współpracy w celu uzyskania zrozumienia choroby i eliminowania napięć

Działania pielęgniarskie:

- rozmowa z rodziną pacjentki podczas wizyt w szpitalu;
- przejawianie wyrozumiałości dla odczuć rodziny;
- poprawa stanu informacji rodziny na temat obrazu schizofrenii, jej przyczyn, przebiegu i możliwości leczenia;
- odciążenie emocjonalne rodziny;
- wspieranie rodziny w gotowości do leczenia pacjentki;
- nawiązanie współpracy z asystentem rodziny;
- poprawa zdolności do przewyżczania kryzysów i do wzajemnego wspierania się w przypadku ich wystąpienia.

Ocena: Relacje między pacjentką a jej rodziną uległy nieznacznej poprawie, rodzina uzyskała wiedzę na temat choroby, co wpłynęło na zmniejszenie poczucia odrzucenia.

Diagnoza 8 - Długotrwała i wielokrotna hospitalizacja wywołuje niepokój pacjentki przed powrotem do środowiska, co prowadzi do trudności w funkcjonowaniu społecznym

Cel: Zapewnienie pomocy w powrocie do życia społecznego

Działania pielęgnarskie:

- wzbudzenie wiary w powodzenie terapii;
- organizacja zajęć dających szansę na uzyskanie umiejętności ułatwiających efektywne funkcjonowanie w grupie;
- korekta zachowań niepożądanych, nauka norm i postaw, które umożliwiają funkcjonowanie w społeczeństwie;
- kształtowanie umiejętności nawiązywania i budowania pozytywnych relacji;
- rozwijanie asertywności, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych,
- dążenie do pozyskania przez pacjentkę umiejętności korzystania ze wsparcia innych ludzi, pogłębienia wiedzy o drugim człowieku, radzenia sobie z emocjami – rozpoznawania ich, nazywania, wyrażania, rozwijaniu zainteresowań i identyfikowaniu możliwości ich realizacji;
- uczenie zasad współistnienia społecznego oraz kształtowanie umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach społecznych;
- włączanie pacjentki w życie społeczności oddziału poprzez zachęcanie i umożliwienie realizacji różnorodnych funkcji w oddziale;
- przygotowanie wspólnie z pacjentką planu zaspokojenia potrzeb, umożliwiających uzyskanie niezależności.

Ocena: Pacjentka uzyskała większe poczucie własnej sprawczości, lęk przed powrotem do społeczeństwa zmniejszył się, lecz nie ustąpił.

Diagnoza 9- Pacjentka przejawia dziwaczne zachowania wynikające z zaburzonego interpretowania rzeczywistości, przez co jest odrzucana przez rówieśników

Cel: Zapobieganie stygmatyzacji pacjentki

Działania pielęgnarskie:

- chronienie pacjentki przed ośmieszeniem;
- natychmiastowe interwencje w sytuacji napiętnowania pacjentki;
- rozmowy z innymi pacjentami poszerzającymi zakres ich wiedzy o chorobie psychicznej;
- zmniejszanie lęku innych pacjentów poprzez wzbudzanie poczucia bezpieczeństwa;

- korygowanie błędnych przekonań pacjentów na temat schizofrenii;
- podjęcie próby zachęcania do współpracy z pacjentką;
- współdziałanie z psychoterapeutą w pojęciu dialogu z pacjentami na temat ich obaw i uprzedzeń;
- zaproszenie do współpracy Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Ocena: Pacjentka otrzymała pomoc i ochronę przed dezaprobatą, znacząco zmniejszył się negatywny odbiór pacjentki przez grupę rówieśniczą.

Diagnoza 10- Pacjentka przeżywa smutek wynikający z osamotnienia i poczucia braku wsparcia, co nasila poczucie izolacji społecznej

Cel: Zapewnienie poczucia wsparcia

Działania pielęgniarskie:

- budowanie wglądu pacjentki we własne emocje i przeżycia;
- zachęcanie pacjentki do podejmowania nowych sposobów rozumienia siebie i swoich problemów;
- nawiązanie kontaktu słownego i emocjonalnego;
- oferowanie swojej obecności;
- uważne słuchanie pacjentki, skupienie na werbalnych i niewerbalnych sygnałach;
- zachęcanie do opisu przeżyć, werbalizacji uczuć;
- przeprowadzenie rozmowy z rodziną pacjentki o znaczeniu i możliwości wsparcia pacjentki;
- udzielanie rzetelnych informacji, eliminowanie niejasności;
- rozmowy na temat pozytywnych doświadczeń;
- wzmacnianie pacjentki przez skupianie się na każdej próbie podejmowanych działań;
- stymulowanie u pacjentki woli życia, akcentowanie jej osiągnięć, szukanie możliwości rozwiązania problemów;
- umiejętne słuchanie bez osądzania i udzielania rad;
- okazywanie życzliwości, serdeczności, cierpliwości i akceptacji;
- tworzenie właściwych warunków, niezbędnych do zapewnienia pacjentce komfortu psychicznego, poczucia bezpieczeństwa i akceptacji;
- poszukiwanie wspólnie z pacjentką możliwych rozwiązań.

Ocena: Zapewnienie wsparcia zmniejszyło smutek, poczucie opuszczenia i przykre emocje pacjentki, wpłynęło na zwiększenie nadziei.

Diagnoza 11 - Zaburzenia snu wywołane przez urojenia i halucynacje prowadzą do utrudnień w utrzymaniu dobowego rytmu

Cel: Przywrócenie prawidłowego dobowego rytmu snu i czuwania

Działania pielęgniarskie:

- monitorowanie przebiegu snu (drzemki, liczba przespanych godzin, pora zaśnięcia);
- rozpoznanie objawów stanu narastającego napięcia;
- zachęcanie do unikania snu w dzień;
- podawanie w miarę możliwości leków przeciwpsychotycznych przed snem, by zminimalizować senność w ciągu dnia;
- pomoc pacjentce w przestrzeganiu zasad higieny snu;
- stworzenie warunków do odpoczynku nocnego: cisza, właściwy mikroklimat
- zapewnienie pacjentce możliwości jak najbardziej aktywnego spędzania czasu w ciągu dnia;
- kiedy pacjentka nie śpi i jest w lęku, zapewnienie uspokajającej obecności;
- umożliwienie odreagowania emocjonalnego poprzez rozmowę;
- współudział w farmakoterapii.

Ocena: U pacjentki zmniejszyły się trudności z utrzymaniem dobowego rytmu snu i czuwania, zaobserwowano większą liczbę godzin snu nocnego oraz zmniejszenie senności w ciągu dnia.

Diagnoza 12 - Utrata poczucia bezpieczeństwa w wyniku doznań psychotycznych wzmacnia u pacjentki niepokój i lęk

Cel: Wyrównanie nastroju i zapewnienie bezpieczeństwa

Działania pielęgniarskie:

- zapewnienie pacjentki o gotowości pomocy;
- stała obecność z pacjentką;
- zachęcanie do werbalizacji uczuć i bezpośrednie reagowanie na pytania pacjentki;
- poświęcenie czasu na rozmowę;
- okazywanie troski, empatii, zainteresowania i serdeczności;
- uważne słuchanie;
- informowanie o wszystkich wykonywanych czynnościach;
- zapewnienie kompleksowego nadzoru przez ciągłą obecność;

- stosowanie technik komunikowania zalecanych w sytuacji lęku;
- umieszczenie pacjentki w spokojnym otoczeniu, by minimalizować bodźce zewnętrzne;
- unikanie pośpiechu, zdenerwowania;
- umożliwienie kontaktu z rodziną;
- unikanie wzmacniania skarg pacjentki dotyczących objawów wegetatywnych, które nasilają lęk;
- zidentyfikowanie czynności sprawiających przyjemność i zachęcanie do uczestnictwa w nich;
- zwrócenie uwagi na właściwą postawę ciała i poruszania się bez napięcia;
- nauczanie pacjentki technik i ćwiczeń relaksacyjnych.

Ocena: Nastroj pacjentki uległ stabilizacji, lęk zmniejszył nasilenie, stworzone zostały warunki dające poczucie bezpieczeństwa.

Diagnoza 13 - Niewłaściwa opieka nad pacjentką wynikająca z deficytu wiedzy członków rodziny na temat choroby doprowadziła do skrócenia okresu remisji

Cel: Podniesienie poziomu wiedzy rodziny

Działania pielęgniarskie:

- rozmowa z rodziną ukierunkowana na nabywanie wiedzy i kompetencji przez członków rodziny w celu jak najlepszego sprawowania opieki nad pacjentką;
- uzyskanie przez rodzinę akceptacji choroby psychicznej i konieczności długotrwałej farmakoterapii;
- przekazanie wiedzy na temat sposobów czynnego zapobiegania nawrotom choroby;
- wspieranie długotrwałej gotowości do współpracy u wszystkich osób uczestniczących w leczeniu;
- wykład na temat możliwości wystąpienia nawrotu choroby domownika po przebytych epizodach psychozy;
- określanie wczesnych zwiastunów nawrotu;
- formułowanie planu postępowania w sytuacji nawrotu;
- przekazanie broszur informacyjnych na temat choroby.

Ocena: Rodzina pacjentki otrzymała niezbędne informacje dotyczące rozpoznawania i zapobiegania nawrotom psychozy służące uzyskaniu jak najlepszego rozumienia problematyki schizofrenii.

Diagnoza 14 - Brak wiedzy pacjentki na temat przebiegu choroby zwiększa ryzyko narastania deficytów i utrudnia akceptację choroby

Cel: Podniesienie poziomu wiedzy pacjentki na temat choroby

Działania pielęgniarskie:

- uaktywnienie pacjentki i skłonienie do przejęcia odpowiedzialności za leczenie;
- udzielenie wsparcia służącego uzyskaniu przez pacjentkę większej pewności siebie i wzrostu samoskuteczności.
- rozmowy na temat istoty choroby;
- zaproszenie do spotkania z lekarzem prowadzącym;
- uwrażliwienie na sytuacje związane ze stresem jako sytuacje indukujące nawrót choroby;
- dyskusja nad możliwościami zmiany stylu życia pacjentki w kierunku zapobiegania nawrotom choroby;
- przekazanie informacji na temat konieczności przestrzegania zaleceń farmakologicznych;
- kontakt ze szkołą macierzystą pacjentki w celu przekazania informacji niezbędnych do dalszego procesu edukacji;
- dbałość o podstawowe zasady komunikacji, by mieć pewność, że pacjentka właściwie rozumiała przekazywane informacje;
- prowadzenie wywiadu motywującego w celu zwiększenia motywacji do zmiany zachowania;
- zachęcanie do udziału w treningach umiejętności społecznych oraz psychoedukacyjnych.

Ocena: Pacjentka otrzymała istotne informacje na temat choroby.

PODSUMOWANIE

Schizofrenia jest poważną chorobą, zazwyczaj postrzeganą jako nieuleczalna i cechująca się niekorzystnym przebiegiem. W przebiegu schizofrenii często najbardziej dostrzegalne są deficyty w sferze emocjonalnej oraz trudności w funkcjonowaniu społecznym. Pogorszeniu ulega jakość relacji oraz społeczny status chorego. Dlatego istotne jest, by osoba dotknięta chorobą mogła otrzymać niezbędną pomoc w nabyciu umiejętności wpływania na przebieg choroby, radzenia sobie z jej symptomami i przeciwdziałania nawrotom, uczenia się i pracy przy jak najmniejszym wsparciu innych osób oraz instytucji. Efekty takie zapewnić może rehabilitacja psychiatryczna. W działaniach podejmowanych wobec pacjenta należy brać pod uwagę również jego rodzinę, która ma istotny wpływ na

utrzymanie remisji objawów. Istotnym aspektem schizofrenii jest postrzeganie osoby wyłącznie przez pryzmat choroby. Stosunek do chorujących jest zazwyczaj negatywny, nacechowany lękiem, obawami i niepewnością, co tworzy szkodliwy, niekorzystny stereotyp i stygmatyzuje osoby zmagające się z chorobą.

Wynik obserwacji nieletniej pacjentki chorującej na schizofrenię kieruje uwagę pielęgniarki przede wszystkim na podejmowanie działań zmierzających do łagodzenia objawów chorobowych, takich jak urojenia, omamy, zaburzenia myślenia, dezorganizacja zachowania, ambiwalencja, apatia, afektywne niedostosowanie. Jednak znacznie ważniejszym aspektem przebiegu schizofrenii, który jednocześnie wyznacza główny kierunek opieki, są deficyty w sferze emocjonalnej i zaburzone funkcjonowanie społeczne. Objawy psychotyczne są skutecznie redukowane dzięki farmakoterapii, jednak nie ma ona znaczącego wpływu na poprawę umiejętności społecznych pacjentów. Przebieg choroby prowadzi nieuchronnie do trudności w funkcjonowaniu rodzinnym, społecznym, zawodowym. Schizofrenia wiąże się również z cierpieniem osobistym, które często jest wywołane lub wzmacniane stygmatyzacją pacjentów i ich wykluczeniem ze społeczeństwa.

Główne problemy dorastającej pacjentki wiążą się poczuciem odrzucenia przez rówieśników, brakiem zrozumienia choroby ze strony otoczenia, wycofaniem z kontaktów społecznych, obawami związanymi z wielokrotnym pobytem w zamkniętych placówkach szpitalnych, lękiem przed powrotem do środowiska. Najbardziej istotnym czynnikiem stabilizacji zdrowotnej pacjentki wydaje się być uzyskanie rozumienia istoty choroby przez matkę pacjentki i jej rodzinę, która mogłaby udzielić dziewczynce adekwatnego wsparcia.

Pacjentka wymaga wielowymiarowych i systematycznych oddziaływań terapeutycznych, rehabilitacyjnych, a także opieki i akceptowania jej deficytów, dostosowania funkcjonowania rodziny do schematów w funkcjonowaniu pacjentki.

Rola rodziny w terapii schizofrenii jest nie do przecenienia. To dom rodzinny jest najlepszym miejscem dla powrotu do zdrowia, leczenia oraz rozpoznawania niepokojących sygnałów. Rodzina zapewniająca poczucie bezpieczeństwa, dająca oparcie, zrozumienie, zaspokajająca najbardziej pierwotne potrzeby przynależności jest w stanie wprowadzić harmonię i wstrzymać wewnętrzne rozszczępienie przeżywane przez chorujące osoby. To właśnie rodzina jest zawsze wymieniana obok pacjenta w działaniach podejmowanych w ramach rehabilitacji psychiatrycznej, która stanowi podstawową i najważniejszą formę wspomagającą długotrwałe stosowanie leków w terapii schizofrenii.

WNIOSKI

1. Nastoletni pacjent chorujący na schizofrenię wymaga systematycznych, wielokierunkowych oddziaływań w każdej sferze życia: rodzinnej, rówieśniczej, szkolnej, społecznej z uwzględnieniem wszystkich wymiarów rozwoju i funkcjonowania człowieka.
2. Wczesne podjęcie działań rehabilitacyjnych zapewnia ochronę przed nasileniem deficytów w zakresie funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego.
3. Osoby cierpiące z powodu schizofrenii należy chronić przed społecznym wykluczeniem i dyskryminacją.
4. Chorujący na schizofrenię potrzebują wsparcia rodziny w uzyskaniu stabilizacji zdrowotnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Orwid M.: Rozwój i specyfika psychiatrii dzieci i młodzieży. Rozdz. [w:] Psychiatria dzieci i młodzieży, Namysłowska I. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2015: 3-10.
2. Namysłowska I.: Adolescencja - wiek dorastania. Rozdz. [w:] Psychiatria dzieci i młodzieży, Namysłowska I. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2015: 255-274.
3. Niemiec-Elanany S.: Style funkcjonowania interpersonalnego adolescentów z zaburzeniami psychicznymi. Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych 2014: Tom LXVII, 115–126.
4. Orwid M., Pietruszewski K.: Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo CM UJ, Kraków 1996 (ostatnie wydanie).
5. Obuchowska I.: Psychologia kliniczna - wybrane zagadnienia. [w:] Psychologia kliniczna tom 2, Sęk H. (red.). Wydawnictwo PWN, Warszawa 2014: 25-46.
6. Remberk B.: Znaczenie kliniczne doznań podobnych do psychotycznych u dzieci i młodzieży. Psychiatria Polska 2017; 51(2): 271-282.
7. Żechowski C.: Trudności diagnostyczne u pacjentów w okresie dojrzewania - czynniki subiektywne po stronie pacjenta. Psychiatria Polska 2012; 2: 241-247.
8. Pankowski D., Kowalski J., Gawęda Ł.: Skuteczność treningu metapoznawczego u osób chorujących na schizofrenię: narracyjny przegląd systematyczny badań opublikowanych w latach 2009-2015. Psychiatria Polska 2016; 50(4): 787-803.

9. Wciórka J.: Psychozy schizofreniczne. [w:] Psychiatria tom II psychiatria kliniczna. Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.). Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2011: 195-276.
10. Jarema M.: Schizofrenia. [w:] Psychiatria podręcznik dla studentów medycyn, Jarema M. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2016: 73-124.
11. Pużyński S., Rybakowski J.: Neurobiologia zaburzeń psychicznych. [w:] Psychiatria tom I podstawy psychiatrii, Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J. (red.). Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner Wrocław 2010: 150-176.
12. Wójciak P., Remlinger-Molenda A., Rybakowski J.: Etapy przebiegu schizofrenii - koncepcja stagingu. Psychiatria Polska 2016; 50(4): 717-730.
13. Kałużńska O., Rabe-Jabłońska J.: Miękkie objawy neurologiczne jako kandydat na endofenotyp schizofrenii. Psychiatria Polska 2014; 48(1): 5-18.
14. Kasperek B., Michałowska J. Sala P., Spiridonow K.: Modele oddziaływań edukacyjnych dla rodzin osób chorych na schizofrenię. [w:] Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie, Meder J. (red.). Wydawnictwo Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000: 63-88.
15. Karakuła-Juchnowicz H., Dzikowski M., Pelczarska A., Dzikowska I., Juchnowicz D.: Znaczenie zaburzenia osi jelitowo-mózgowej i nadwrażliwości na antygeny pokarmowe w etiopatogenezie schizofrenii. Psychiatria Polska 2016; 50(4): 747-760.
16. Lesińska – Sawicka M. (red.): Metoda Case Study w Pielęgniarstwie. Wprowadzenie do zagadnienia. Wydawnictwo Borgis - Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2009.
17. Lenartowicz H., Kózka M.: Gromadzenie materiału badawczego. [w:] Metodologia badań w pielęgniarstwie. Lenartowicz H., Kózka M. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 97-116.

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem po urazie czaszkowo - mózgowym hospitalizowanym w Oddziale Intensywnej Terapii

Paulina Bakier¹, Rafał Milewski², Bianka Misiak³, Sylwia Jabłońska⁴, Mateusz Lech⁵

1. Doktorantka, Klinika Medycyny Ratunkowej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Doktorant, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
4. Doktorantka, Klinika Medycyny Ratunkowej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
5. Doktorant, Klinika Medycyny Ratunkowej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Urazy, co do częstości występowania, są trzecią przyczyną zgonów w Polsce i na świecie [1]. Uszkodzenia czaszkowo-mózgowe, powstałe najczęściej wskutek, np. wypadku drogowego lub upadku z wysokości, są istotnym problemem zarówno medycznym, jak i socjologicznym. Mogą prowadzić do utraty życia lub trwałego kalectwa [2]. Ponadto w literaturze światowej możemy dojrzeć, że urazy w obrębie głowy stanowią obecnie 40% wszystkich zgonów w trakcie leczenia szpitalnego [3].

Współczynnik występowania uszkodzeń głowy na świecie rocznie sięga około 180 – 220 na 100 tysięcy osób. W krajach Unii Europejskiej stanowi ok. 2/3 wszystkich zgonów po urazie wielonarządowym. W Polsce, rocznie hospitalizuje się około 300-400 osób na 100 tys. mieszkańców, którzy doznali urazu czaszkowo – mózgowego, co stanowi około 5-10% wszystkich hospitalizacji z powodu urazów [3].

DEFINICJA, ETIOLOGIA I PATOGENEZA URAZÓW CZASZKOWO-MÓZGOWYCH

Działająca na organizm siła zewnętrzna prowadzi do powstania urazu, na skutek czego dochodzi do obrażeń fizycznych. Kiedy mamy do czynienia z uszkodzeniem co najmniej dwóch okolic ciała, wymagających specjalistycznych procedur medycznych mówimy

o mnogich obrażeniach ciała. Natomiast, gdy chcemy zakwalifikować to jako uraz wielonarządowy, dodatkowo należy zaobserwować uszkodzenie minimum dwóch narządów [4].

Najczęstszą przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz zgonu u pacjentów z urazem wielonarządowym są właśnie uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, co stanowiło około 25% zgonów spowodowanych urazem [4].

Urazy czaszkowo-mózgowe możemy podzielić na dwie kategorie: pierwotne, powstające na skutek działania siły zewnętrznej, która np. prowadzi do uszkodzenia tkanki mózgu lub złamania kości czaszki oraz urazy wtórne, tworzące się z powodu niedotlenienia i zaburzeń perfuzji tkanki mózgowej, co skutkuje obrzękiem mózgu, a tym samym trwałym uszkodzeniem tkanki mózgowia.

Uszkodzenia głowy mogą wystąpić w obrębie twarzoczaszki, jak i dotyczyć tkanki mózgowej. Ludzka twarz jest bogato unerwiona i unaczyniona. Obserwuje się różne urazy, od drobnych zadrapań, aż do penetrujących ran prowadzących do niedrożności i niewydolności oddechowej lub wstrząsu. Krwawienia występujące w tym obszarze ciała zazwyczaj hamuje się stosując ucisk w miejscu krwawienia. Do złamań w obrębie czaszki możemy zaliczyć: pęknięcia bez przemieszczenia, złamania z wgłobieniem lub złożone. Jeżeli u pacjenta obserwuje się krwiak lub obrzęk skóry głowy możemy wtedy podejrzewać złamanie struktury czaszki [5].

Przy uszkodzeniu mózgu mówimy o: wstrząśnieniu mózgu, stłuczeniu, krwawieniu podpajęczynówkowym lub podtwardówkowym, rozlanym uszkodzeniu aksonalnym, anatoksycznym uszkodzeniu mózgu, krwawieniu wewnątrzczaszkowym.

Wstrząśnienie mózgu jest krótkotrwałym ograniczeniem funkcji neuronów, prowadzi do utraty przytomności o różnej amplitudzie trwania, a także utraty pamięci krótkotrwałej, jednak nieobserwowanej w każdym przypadku.

Stłuczenie mózgu ma podobne objawy, dodatkowo jest niebezpiecznym skutkiem urazu, gdyż może doprowadzić do rozwoju obrzęku mózgu.

Krwawienie podpajęczynówkowe występuje w momencie, kiedy na skutek uszkodzenia naczyń mózgowych krew dostaje się do przestrzeni podpajęcznej. Przyczyną takiego obrazu może być zarówno uraz, jak i samoistne krwawienie. Pourazowo często występuje w towarzystwie stłuczenia mózgu i jego obrzęku. Podrażnienie komórek i tkanek skutkuje przesiekaniem płynu z przestrzeni zewnątrzoponowej do mózgu, wzrostem obrzęku oraz skurczem małych naczyń. Prowadzi to do obniżenia perfuzji mózgowej, tym samym trwale uszkadzając tkankę mózgową lub prowadząc do jej wgłobienia.

Anatoksyczne uszkodzenie mózgu jest urazem wtórnym, powstałym na skutek niedotlenienia tkanki. Rozlane uszkodzenie aksonalne, najczęściej jest skutkiem tępego urazu, ze względu na swoją rozległość może doprowadzić do obrzęku mózgu.

Ostry krwiałak nadtworówkowy wiąże się z częściowym lub całkowitym przerwaniem tętnicy oponowej środkowej. Jest jednym z groźniejszych urazów czaszkowo- mózgowych. Początkowo objawia się nagłą utratą przytomności, a następnie pacjent odzyskuje pełną świadomość. Jest to bardzo mylny obraz, często zaniedbując badania urazowe i objawy może doprowadzić do zgonu pacjenta. Ze względu na krwotok tętniczy, krwawienie i obrzęk narasta bardzo szybko. Innym obrazem jest ostry krwiałak podtworówkowy, który jest krwawieniem żylnym. W tym przypadku ciśnienie wewnątrzczaszkowe wzrasta powoli, a obraz krwawienia w tomografii komputerowej jest możliwy dopiero po kilku godzinach od urazu [6].

Zespół wgłobienia jest bezwzględny stanem zagrożenia życia. Objawy są typowe, jak przy każdym innym urazie mózgu. Początkowo pogarsza się świadomość pacjenta, dochodzi do utraty przytomności, następnie występuje śpiączka. Obserwuje się poszerzenie źrenic, a gałka oczna lokuje się w dół i na zewnątrz po stronie uszkodzenia. Porażenie kończyn pojawia się po przeciwnej stronie do uszkodzenia, a w rezultacie może doprowadzić do charakterystycznej postaci dla odmóżdżenia (wyprostowane, naprężone kończyny dolne i górne) [6]. Patoetiologią zespołu wgłobienia jest pogłębiający się obrzęk mózgu, który wystąpił na skutek krwawienia wewnątrzczaszkowego lub urazu, a za tym idzie wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego [5].

Prawie każdy uraz czaszkowo- mózgowy wymaga wdrożenia specjalistycznych metod leczenia i pielęgnacji pacjenta, ze względu na to, że jest stanem zagrożenia życia. Często pacjenci po obrażeniach czaszkowo-mózgowych są przyjmowani do oddziałów intensywnej terapii, gdzie pielęgniarki odgrywają niejednokrotnie kluczową rolę w opiece nad nimi. Głównym zadaniem zespołu pielęgniarskiego jest monitorowanie stanu pacjenta oraz uczestniczenie w procesie diagnostyczno- terapeutycznym, a także wykonywanie procedur pielęgnacyjnych [6].

MONITOROWANIE I LECZENIE PACJENTA PO URAZIE CZASZKOWO - MÓZGOWYM

Oddziały Intensywnej Terapii (OIT) zajmują się leczeniem pacjentów w stanie zagrożenia życia, spowodowanych niewydolnością jednego lub wielu narządów oraz

podtrzymaniem ich funkcji życiowych. Najczęściej w OIT skupia się na leczeniu niewydolności oddechowej, krążeniowej, jak i ośrodkowego układu nerwowego [7].

Standardy postępowania i organizację pracy oraz sprzętu określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. o sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii [7].

Postępowanie z pacjentem hospitalizowanym w Oddziale Intensywnej Terapii ma charakter interdyscyplinarny. W procesie diagnostyczno-terapeutycznym bierze udział wiele osób, między innymi lekarze i pielęgniarki. Oprócz procesów diagnostycznych i leczniczych ważne są też procesy pielęgnacyjne, gdzie kluczową rolę odgrywa personel pielęgniarski.

Każdy pacjent ma wydzielone, oddzielne stanowisko. Składa się na nie [8]:

- łóżko z materacem przeciwoleżynowym
- respirator z regulacją trybu pracy oraz stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej
- źródło: powietrza, tlenu i próżni
- zestaw do intubacji – laryngoskop, łyżki do laryngoskopu, rurki intubacyjne
- ssak automatyczny
- aparat do żywienia enteralnego
- pompy infuzyjne
- kardiomonitor do monitorowania podstawowych funkcji krążeniowo- oddechowych.

Jako dodatkowe, obowiązkowe wyposażenie OIT podaje się aparat do ultrasonografii (USG), elektrokardiograf, radiometr do pomiaru gazometrii, prokalcytoniny i białka C-reaktywnego (CRP). W oddziale musi być także dostępny zestaw do trudnej intubacji, zawierający między innymi wideolaryngoskop, defibrylatory z możliwością włączenia trybu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), jak i z możliwością wykonania kardiowersji i elektrostymulacji. Musi być także możliwość stosowania ciągłej terapii nerkozastępczej, bronchofiberoskopii [4].

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Do trwałego upośledzenia funkcjonowania organizmu lub zgonu dochodzi najczęściej wskutek pourazowego uszkodzenia mózgu u pacjentów z urazem wielonarządowym. Stanowi około 25% zgonów pourazowych, w tym połowa po wypadku komunikacyjnym. Wystąpienie uszkodzenia mózgu w wyniku urazu, potencjalnie zwiększa ryzyko wystąpienia zgonu u pacjentów w stosunku do tych, u których nie doszło do urazu głowy.

Zadaniem personelu medycznego jest minimalizowanie skutków każdego urazu. U każdego pacjenta z wielonarządowym uszkodzeniem ciała należy natychmiast wdrożyć diagnostykę, leczenie oraz pielęgnację. Tym samym w zapobieganiu powstania urazów istotną rolę odgrywa profilaktyka zdrowotna i edukacja społeczna z zakresu kultury i bezpieczeństwa jazdy w ruchu drogowym.

Celem pracy było:

- Przedstawienie etiologii, skutków społecznych i zdrowotnych wystąpienia urazu czaszkowo-mózgowego
- Postawienie diagnozy pielęgniarskiej pacjenta, u którego doszło do urazu czaszkowo-mózgowego, który w następstwie urazu wymagał hospitalizacji w Oddziale Intensywnej Terapii
- Określenie celu zaplanowanych działań pielęgnacyjnych
- Zaplanowanie i wdrożenie procesu pielęgnowania chorego
- Ukazanie roli pielęgniarki, jako członka zespołu diagnostyczno-terapeutycznego.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Do zredagowania niniejszej pracy wykorzystano literaturę i doniesienia naukowe z ostatniego dziesięciolecia. Wykorzystano ogólnie dostępne obowiązujące akty prawne, czasopisma i pozycje książkowe.

Jako metodę badawczą wybrano studium indywidualnego przypadku pacjenta po urazie czaszkowo-mózgowym, hospitalizowanego w Oddziale Intensywnej Terapii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

Prowadzono obserwację stanu chorego, zebrano dokumentację medyczną, wywiad od rodziców pacjenta.

W trakcie trwania obserwacji pacjent pozostawał w stanie śpiączki farmakologicznej. Opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej, planowano czynności niezbędne do opieki nad pacjentem oraz poddano je ocenie.

Materiał został zebrany na podstawie: analizy dokumentacji medycznej (historii choroby, kart zleceń lekarskich oraz wyników badań), obserwowano chorego, dokonywano pomiarów parametrów hemodynamicznych, przeprowadzono wywiad pielęgniarski.

Metoda realizacji badania składała się na indywidualną analizę oraz opracowanie procesu pielęgnowania pacjenta oraz podzielono na etapy:

- Analiza oraz zbieranie danych, na podstawie których postawiono diagnozę pielęgniarską
- Stworzenie planu opieki oraz określenie celu opieki, przystąpienie do realizacji planu opieki oraz monitorowanie stanu pacjenta i jego reakcji na wdrożony plan pielęgnacji
- Ocena wyników opieki i ustalenie dalszych wskazówek do pielęgnacji [9].

OPIS PRZYPADKU

21-letni pacjent, przyjęty do szpitala o ramach działania Centrum Urazowego, z powodu wielomiejscowych obrażeń ciała, jakich doznał na skutek "dachowania" samochodu osobowego, którym kierował.

Z relacji Zespołu Ratownictwa Medycznego (ZRM), przekazującego chorego do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) wynika, że na miejscu zdarzenia mężczyznę zastano zakleszczonego w uszkodzonym pojeździe i według świadków zdarzenia, nie oddychał. Po wydostaniu chorego z pojazdu oraz wstępnym badaniu zaobserwowano, iż doszło nagłego zatrzymania krążenia (NZK) w mechanizmie asystolii. Natychmiastowo podjęto skuteczne czynności resuscytacyjne, trwające około 20 minut.

Z relacji zespołu SOR mężczyzna w chwili przyjęcia do szpitala pozostawał w śpiączce (3 punkty w skali Glasgow), wentylowany respiratorem transportowym zastosowanym przez ZRM, co zapewniało mu SpO_2 w granicach 98%. Pozostawał wydolny krążeniowo, nie wymagał zastosowania wlewu "presorów".

W zapisie EKG rytm zatokowy miarowy, ok. 68-97 uderzeń/min., ciśnienie tętnicze wahało się w granicach 150-110 / 90-70 mmHg.

Obserwowano liczne obrażenia ciała. Zwrócono uwagę na ranę tłuczoną głowy, otarcia naskórka oraz liczne niewielkie rany twarzy. Zaobserwowano obecność szkła pod powiekami, wiotką klatkę piersiową oraz niewielką ranę ciętą kolana. We wtórnym badaniu urazowym brak znaczących odchyłeń. W trybie pilnym wykonano *trauma scan* tomografem komputerowym (TK). Obraz TK ukazał śladową ilość krwi wewnątrz czaszki oraz cechy obecności ciała obcego pod powieką oka prawego. Odbyto konsultację zespołu urazowego w składzie: chirurg, neurochirurg, okulista oraz laryngolog. W SOR Podjęto skuteczną próbę usunięcia odłamków szkła spod powiek. Wykonano badania laboratoryjne krwi, które wykazały brak istotnych odchyłeń w podstawowych parametrach, jednak badanie toksykologiczne wykazało obecność alkoholu we krwi, około 1,8 promila.

W SOR wdrożono u pacjenta analgesodację indukowaną wlewem propofolu i remifentanylu, profilaktyczną antybiotykoterapię, leczenie przeciwozrękowe oraz profilaktykę przeciwwężcową.

Mężczyzna w pierwszej dobie od przyjęcia do szpitala, z SOR został przekazany do OIT, w celu dalszego leczenia. W dalszym ciągu pacjent pozostawał zaintubowany do dróg oddechowych oraz wentylowany respiratorem transportowym. Monitorowano: częstość pracy serca, saturację, nieinwazyjnie ciśnienie tętnicze, poziom glikemii, EKG, temperaturę powierzchniową ciała. Liczne otarcia zabezpieczono opatrunkiem gazowym z maścią argosulfan. Na ranę ciętą kolana zastosowano opatrunek. Zgodnie z procedurą pracy OIT choremu założono cewnik Foley'a do pęcherza moczowego o rozmiarze 18 Fr. Ze względu na uraz twarzoczaszki sondę żołądkową założono przez usta. Lekarz dyżurny wykonał kaniulację żyły centralnej podobojczykowej prawej kaniulą 3-światłową. Wdrożono prowadzenie dokumentacji medycznej: założono kartę indywidualnej obserwacji wkłucia centralnego, potwierdzono położenie cewnika centralnego przez wykonanie przyłózkowego zdjęcia rentgenowskiego (RTG), wykonano opatrunek zabezpieczający cewnik centralny. Lekarz dyżurny założył dostęp dotętniczy przez tętnicę promieniową prawą, zabezpieczono miejsce opatrunkiem, wdrożono inwazyjny pomiar ciśnienia krwi. Wykonano badanie gazometryczne. Zaobserwowano kwasicę metaboliczną (pH 7,239) oraz niski poziom elektrolitów: K^+ 3,5 mmol/l, Ca^{2+} 1,07 mmol/l. Poziom glikemii 176 mg/dl. W obrazie RTG klatki piersiowej obserwowano liczne złamania żeber po lewej stronie oraz widoczne stłuczenie płuca.

W oddziale wdrożono respiratoroterapię respiratorem stacjonarnym w trybie SIMV. Zaobserwowano spadek ciśnienia krwi (przy przyjęciu NIBP 86-90/34-60 mmHg) włączono wlew ciągły z noradrenaliny (5 mg/50 ml 0,9% NaCl o przepływie 12ml/h). Kontynuowano śpiączkę farmakologiczną indukowaną wlewem ciągłym Sufentanyl oraz Propofolu. Wdrożono procedurę mającą na celu neuroprotekcję mózgu. Utrzymano elewację głowy o kącie 30^0 , regulowano prężność gazów w mieszaninie oddechowej oraz osmoterapię za pomocą mannitolu. Utrzymywano MAP>85-90 mmHg. Utrzymano kołnierz ortopedyczny; w diagnostyce obrazowej opisywane uszkodzenie wyrostka stawowego kręgu C7. U pacjenta utrzymywał się stan podgorączkowy, temperatura powierzchniowa ciała w granicach 37,0 - 37,6 0C .

Włączono profilaktykę przeciwdleżynową, stosowano materac zmiennociśnieniowy, miejsca na skórze narażone na ucisk zabezpieczono preparatem pielęgnacyjnym.

W drugiej dobie pobytu w oddziale, zgłosili się rodzice poszkodowanego, od których zebrano wywiad pielęgniarski. Pacjent na stałe pracował za granicą kraju, jako pracownik fizyczny. Według ojca pacjent nie nadużywał alkoholu, nieznane im były choroby przewlekłe oraz alergie chorego.

W drugiej dobie pobytu w OIT wykonano *screening*, pobrano materiał na badanie mikrobiologiczne (aspirat tchawiczy, wymaz z nosogardła, mocz oraz wymaz z odbytu). Ponadto wykonano kontrolne TK głowy, w obrazie widoczny 3mm krwiak śródmózgowy.

Wdrożono żywienie enteralne dietą przemysłową preparatem Protison firmy Nutricia (1000ml/dobę o przepływie 50ml/h) oraz żywienie parenteralne (Smofkabiven 1000ml z dodatkiem 20% MgSO₄, Cernevit, Addamel oraz Gensulin R 16j).

Konsultujący neurochirurg zdyskwalifikował chorego do zabiegu neurochirurgicznego, zalecił leczenie zachowawcze obserwowanego krwaka.

Zgodnie z zaleceniem lekarskim oraz procedurą stale monitorowano i dokumentowano parametry krążeniowo-oddechowe, bilansowano podane i wydalone przez pacjenta płyny, kontrolowano poziom glikemii. Podwyższony poziom glikemii utrzymywał się w granicach 150-180 mg/dl. Stosowano doraźnie po 6 jednostek insuliny.

Utrzymywano wlew dobutaminy oraz noradrenaliny, działanie związane było z utrzymującym się niskim ciśnieniem tętniczym krwi (80-110 / 50-65 mmHg).

Podczas 7. doby pobytu w wynikach badań mikrobiologicznych wykazano obecność bakterii: *Klebsiella pneumoniae* MBL oraz *Acinetobacter baumannii* complex. Wdrożono antybiotykoterapię celowaną oraz izolację kontaktową pacjenta.

W 12. dobie wykonano zabieg wyłonienia tracheostomii. W 14. dobie rozpoczęto ćwiczenia oddechowe oraz odzwyczajanie pacjenta od respiratora. Zastosowano tlenoterapię bierną.

Już w 17. dobie pacjent oddychał samodzielnie, w dalszym ciągu prowadzono tlenoterapię bierną, co zapewniało mu SpO₂ w granicach 95 – 98%.

W trakcie leczenia zaobserwowano zaczerwienienie na obu piętach oraz odleżynę II stopnia na głowie w części potylicznej. Zastosowano leczenie odleżyn opatrunkami specjalistycznymi.

Po ustabilizowaniu stanu chorego, w 25. dobie hospitalizacji w OIT, przekazano pacjenta w stanie średnio ciężkim do oddziału Neurologii w celu dalszego leczenia.

Pacjent pozostawał przytomny, bez możliwości logicznego kontaktowania się, oddychający samodzielnie, stabilny hemodynamicznie.

INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

I. Ryzyko wystąpienia zgonu spowodowanego niewydolnością krążeniowo- oddechową

Cel opieki: Zniwelowanie możliwości wystąpienia zatrzymania krążenia i zgonu

Zaplanowane działania:

- monitorowanie i dokumentowanie podstawowych parametrów hemodynamicznych i oddechowych
- bilansowanie płynów
- kontrola wyników gazometrii krwi tętniczej, pobieranej zgodnie z zaleceniami lekarskimi
- prowadzenie i kontrola efektów farmakoterapii zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich
- kontrola i utrzymywanie drożności sztucznej drogi oddechowej, pielęgnacja dróg oddechowych, kontrola ciśnienia w mankiecie rurki zapewniającej drożność dróg oddechowych

Realizacja działań pielęgnacyjnych:

- monitorowano i dokumentowano parametry krążeniowo-oddechowe, a także temperaturę powierzchniową ciała, bilans podanych i wydalonych płynów oraz poziom glikemii
- przeprowadzono farmakoterapię zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich, monitorowano efekty terapeutyczne
- pobierano krew na badanie gazometrii i innych badań laboratoryjnych
- prowadzono toaletę dróg oddechowych, aspirowano zalegającą treść zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta
- umocowanie sztucznej drogi oddechowej, zapobieganie jej wypadnięciu

Ocena stanu:

- stan pacjenta pozostawał ciężki, ale stabilny

II. Możliwość powiększenia się pourazowego obrzęku mózgu

Cel opieki: zmniejszenie oraz ograniczenie narastania obrzęku mózgu

Zaplanowane działania:

- monitorowanie i dokumentowanie średniego ciśnienia tętniczego krwi
- obserwowanie zachowania pracy serca, monitorowanie zapisu elektrograficznego

- utrzymywanie elewacji głowy pod kątem 30°
- stosowanie chłodzenia fizykalnego głowy
- podawanie leków osmolalnych i diuretycznych wg indywidualnej karty zleceń lekarskich
- utrzymywanie śpiączki farmakologicznej
- obserwacja zachowania źrenic pacjenta: ich rozmiaru oraz reakcji na światło
- obserwacja tętnic szyjnych, stopnia ich wypełnienia [10]

Realizacja działań pielęgnacyjnych:

- monitorowano i dokumentowano parametry hemodynamiczne, utrzymywano średnie ciśnienie tętnicze krwi w granicach 85–90 mmHg, utrzymano wlew noradrenaliny
- kontynuowano utrzymanie elewacji głowy pod kątem 30°
- stosowano chłodzenie fizykalne głowy z wykorzystaniem zimnych okładów na okolice czołową i skroniową
- prowadzono obserwację stanu źrenic i ułożenia gałek ocznych
- stosowano profilaktykę przeciwobrzękową za pomocą farmakoterapii
- utrzymano wlew opioidów oraz midazolamu wg zleceń lekarza
- uczestniczono w transporcie chorego na kontrolną TK głowy

Ocena stanu:

- obrzęk mózgu utrzymuje się, ale bez widocznych cech powiększania się

III. Ryzyko wystąpienia zaburzeń wentylacji związanych z obrażeniami klatki piersiowej

Cel opieki: Zapewnienie prawidłowej wentylacji

Zaplanowane działania:

- ocena parametrów oddechowych: częstość oddechów, miarowość, objętość wydechu, saturacja krwi
- monitorowanie i utrzymywanie drożności dróg oddechowych
- kontrola równowagi kwasowo – zasadowej przynajmniej dwa razy na dobę
- obserwacja klatki piersiowej, jej ruchów
- utrzymanie leczenia przeciwbólowego wg karty zleceń lekarskich

Realizacja działań pielęgnacyjnych:

- monitorowano i dokumentowano parametry oddechowe
- wykonano toaletę drzewa oskrzelowego według potrzeb pacjenta
- monitorowano gospodarkę równowagę kwasowo- zasadową

- obserwowano ruch klatki piersiowej
- monitorowano parametry wentylacyjne na respiratorze

Ocena stanu:

- utrzymano drożność dróg oddechowych
- parametry oddechowe bez patologicznych odchyleń

IV. Ryzyko rozwoju i rozprzestrzenienia się zakażenia

Cel opieki: Zahamowanie rozwoju zakażenia organizmu, zapobieganie rozwojowi sepsy

Zaplanowane działania:

- kontrolowanie parametrów zapalnych: CRP i prokalcytoniny
- pobranie materiału na badanie mikrobiologiczne zgodnie ze zaleceniem lekarskim
- wykonywanie toalety ciała preparatem bakteriostatycznym i bakteriobójczym
- używanie środków ochrony osobistej
- stosowanie antybiotykoterapii celowanej wg. karty zleceń lekarskich
- wdrożenie i utrzymywanie izolacji kontaktowej

Realizacja działań pielęgnacyjnych:

- pobrano krew w celu kontroli parametrów zapalnych
- pobrano materiał na badanie mikrobiologiczne: aspirat oskrzelowy, mocz i wymaz z odbytu
- asystowano do pobrania krwi na badanie bakteriologiczne
- wykonywano toaletę całego ciała chorego preparatem swelleextra z działaniem bakteriostatycznym
- stosowano środki ochrony osobistej oraz izolację kontaktową

Ocena stanu:

- zahamowano rozwój bakterii i ryzyko wystąpienia wstrząsu septycznego
- nie zaobserwowano nowych rozwoju nowych patogenów

V. Ryzyko wystąpienia zakażenia wklucia centralnego i dotętniczego

Cel opieki: Zapobieganie rozwojowi zakażenia w obrębie cewnika centralnego i kaniuli dotętnicznej

Zaplanowane działania:

- prowadzenie regularnej pielęgnacji wkluc oraz zmian opatrunków zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki

- korzystanie z opatrunku z chlorheksydyny posiadającej działanie bakteriostatyczne przynajmniej raz na siedem dni
- wymienianie przedłużeń z kranikami przy kaniuli żyły centralnej z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki przynajmniej raz na dobę lub w momencie zabrudzenia lub uszkodzenia
- utrzymanie drożności wkłucia centralnego przed i po podaniu leków, przepłukując 0,9% roztworem chlorku sodu
- dezynfekcja "kraników"
- prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z obserwacją wkłucia centralnego

Realizacja działań pielęgnacyjnych

- przestrzegano i stosowano zasady aseptyki i antyseptyki przy zmianie opatrunku na miejscach wkłucia
- zmieniano regularnie opatrunek na wkłuciach z użyciem opatrunku gazowego lub specjalistycznego
- wymieniano raz na dobę kraniki i przedłużki
- kontrolowano i utrzymywano drożność wkłucia centralnego
- dekontaminowano kraniki i miejsca wkłucia przy każdym użyciu
- prowadzono kartę obserwacji wkłucia centralnego

Ocena stanu

- nie zaobserwowano zakażenia odcewnikowego

VI. Ryzyko powikłań związanych z zabiegiem wyłonienia tracheostomii

Cel opieki: Zapobieganie wystąpienia powikłań pozabiegowych

Zaplanowane działania:

- ocena wystąpienia ewentualnego krwawienia oraz rany pooperacyjnej wokół tracheostomii
- ocena i utrzymanie drożności rurki tracheostomijnej
- ocena parametrów oddechowych i wentylacyjnych
- regularna zmiana opatrunku wokół rurki tracheostomijnej

Realizacja działań pielęgnacyjnych

- obserwowano i oceniano miejsce po zabiegu wyłonienia tracheostomii
- obserwowano, czy nie wystąpiło krwawienie
- prowadzono toaletę dróg oddechowych

- umocowano rurkę tracheostomijną o celu zapobiegania jej wysunięcia
- monitorowano i dokumentowano parametry oddechowe
- zmieniano opatrunek w okolicy rurki tracheotomijnej wg potrzeb

Ocena stanu

- utrzymano drożność dróg oddechowych
- krwawienie rany pooperacyjnej nie wystąpiło
- nie zaobserwowano żadnych powikłań związanych z zabiegiem założenia tracheostomii

VII. Możliwość wystąpienia niedożywienia

Cel opieki: Zapobieganie wystąpienia niedożywienia

Zaplanowane działania:

- włączenie żywienia parenteralnego, przygotowanie preparatu zgodnie z zaleceniem lekarza
- założenie sondy żołądkowej
- wdrożenie wlewu żywienia enteralnego preparatem przemysłowym typu: PROTISON
- kontrola położenia i drożności sondy żołądkowej przy zmianie preparatu
- stosowanie przerw w podaży żywienia
- płukanie sondy żołądkowej płynem obojętnym
- kontrola poziomu glikemii, albumin i proteinogram

Realizacja działań pielęgnacyjnych

- przygotowywano i włączono preparat żywienia parenteralnego
- założono sondę do żołądka, skontrolowano jej drożność i właściwe położenie, podłączono żywienie przemysłowe
- prowadzono kontrolę glikemii
- pobrano krew na badanie poziomu albumin i proteinogramu

Ocena stanu

- nie zaobserwowano cech niedożywienia

VIII. Ryzyko wystąpienia gorączki

Cel opieki: Zapobieganie wzrostu temperatury ciała

Zaplanowane działania:

- monitorowanie i dokumentowanie temperatury ciała

- stosowanie chłodzenia fizykalnego w razie potrzeby: stosowanie okładów z worków z lodem w przebiegu dużych tętnic, lżejsze okrycie chorego
- stosowanie chłodzenia farmakologicznego na zlecenie lekarza według potrzeby

Realizacja działań pielęgnacyjnych

- monitorowano i dokumentowano pomiar temperatury powierzchniowej ciała
- zastosowano lżejsze okrycie chorego, obłożono chłodnymi okładami
- podano leki przeciwgorączkowe na zlecenie lekarza

Ocena stanu

- temperatura obniżyła się, do prawidłowej 36,6 °C

IX. Ryzyko wystąpienia i rozwoju odleżyn

Cel opieki: Zapobieganie rozwojowi odleżyn

Zaplanowane działania:

- włączenie terapii przeciwoleżynowej: stosowanie materaca zmiennociśnieniowego oraz innych udogodnień odciążających miejsca narażone na ucisk
- co dobowo toaleta całego
- regularna zmiana bielizny pościelowej
- obserwacja miejsc narażonych na ucisk tj. potylica, łopatki, łokcie, kość krzyżowa, łydki i pięty
- zmiana pozycji ciała według potrzeb chorego
- zaczerwienienia skóry natłuszczano maścią typu alantan
- miejsca, w których przerwano ciągłość skóry stosowanie opatrunku utrzymującego nawilżoną powierzchnię rany
- natłuszczanie miejsc narażonych na ucisk preparatem pielęgnacyjnym

Realizacja działań pielęgnacyjnych

- wdrożono i kontynuowano terapię przeciwoleżynową
- wykonywano toaletę ciała przynajmniej raz na dobę
- zmieniano bieliznę pościelową
- obserwowano i natłuszczano miejsca narażone na ucisk

Ocena stanu

- ograniczono rozwój zaobserwowanych zmian odleżynowych

X. Ryzyko nieskutecznej próby odzwyczajania pacjenta od respiratora

Cel opieki: zmiana tlenoterapii czynnej na bierną

Zaplanowane działania:

- monitorowanie i dokumentowanie parametrów krążeniowych oraz oddechowych: saturacji, częstości i jakości oddechów
- pobranie materiału na badanie gazometrii
- w razie wystąpienia zaburzeń oddychania przekazanie zaistniałego faktu lekarzowi oraz ponowne wdrożenie tlenoterapii czynnej

Realizacja działań pielęgnacyjnych:

- obserwowano i dokumentowano parametry krążeniowo – oddechowe
- pobrano i przekazano do badania gazometrię krwi w radiometrze
- po 8 godzinach samodzielnego oddechu, pacjenta ponownie podłączono do respiratora
- zaplanowano kolejne próby odłączenia pacjenta od respiratora

Ocena stanu:

- pierwsze trzy próby odłączenia od respiratora nie powiodły się, po 5. dobie prób pacjent już oddychał samodzielnie

XI. Deficyt w zakresie samoopieki i samopielęgnacji chorego

Cel opieki: ograniczenie nieporadności przy podstawowych czynnościach higienicznych

Zaplanowane działania:

- wykonywanie toalety całego ciała oraz zmiana bielizny osobistej i pościelowej
- wykonywanie toalety jamy ustnej preparatem z chlorheksydyny i mentolem
- pielęgnacja oraz zmiana opatrunków na kaniulach: dotętniczej i centralnej
- monitorowanie położenia sondy żołądkowej oraz ochrona przed wysunięciem
- zabezpieczenie drożności sztucznej drogi oddechowej oraz ochrona przed wysunięciem
- obserwacja oraz pielęgnacja narządów moczowo-płciowych, do których wprowadzono cewnik Foley'a

Realizacja działań pielęgnacyjnych:

- wykonywano toaletę całego ciała, regularnie zmieniano bieliznę osobistą i bieliznę pościelową
- wykonywano pielęgnację jamy ustnej preparatem specjalnie do tego przeznaczonym
- zmieniano opatrunek na wkłuciach: centralnym i dotętniczym
- zabezpieczono plastrem zgłębnik żołądkowy

- umocowano rurkę zapewniającą drożność dróg oddechowych
- prowadzono obserwację i pielęgnację narządu moczowo-płciowego oraz cewnik Foley'a

Ocena stanu:

Z powodu zaburzeń świadomości nie zniwelowano deficytu samopielęgnacji pacjenta

PODSUMOWANIE

Stosując opisane w pracy metody badawcze: obserwacja chorego, pomiar parametrów krążeniowo-oddechowych, analizowanie dokumentacji medycznej, przedstawiono problemy pielęgnacyjne pacjenta, który doznał m.in. urazu głowy. Chory całkowicie pozostawał pod opieką personelu medycznego, nie tylko lekarskiego, a także pielęgniarskiego pracującego w Oddziale Intensywnej Terapii. Podczas pobytu w klinice, u pacjenta doszło do pogorszenia stanu, nastąpiła niewydolność krążeniowo-oddechowa, która była w głównej mierze następstwem urazu czaszkowo-mózgowego, jak i zatrzymania krążenia. Dodatkową przyczyną był pogłębiający się obrzęk mózgu oraz zaburzenia wentylacji na skutek wiotkiej klatki piersiowej. U pacjenta pozostającego w stałym unieruchomieniu zaobserwowano ryzyko wystąpienia i pogłębienia odleżyn oraz rozwój zakażenia szpitalnego wywołanego przez antybiotykooporne szczepy bakteryjne, co mogło wpłynąć na utrzymywanie się stanu podgorączkowego.

Na podstawie określonych problemów pielęgnacyjnych pacjenta określono: cel opieki pielęgniarskiej i indywidualny plan opieki. Ustalono specyfikę postępowania z chorym po urazie czaszkowo- mózgowym pozostającym pod opieką personelu Oddziału Intensywnej Terapii.

WNIOSKI

Analizując dostępne materiały i analizując przypadek chorego można postawić następujące wnioski:

1. Pacjent po urazie głowy leczony w Oddziale Intensywnej Terapii wymaga interdyscyplinarnej opieki medycznej, a za tym idzie zaangażowanie wielu specjalistów z różnych dziedzin medycyny.
2. Istotną rolę w opiece nad pacjentem odgrywa personel pielęgniarski. Pielęgniarki i pielęgniarze monitorując i opiekując się pacjentem przez całą dobę mają ogromny

wpływ na wiele czynników, które wpływają na stan chorego. To one, prowadząc profilaktykę zdrowotną, zapobiegają m.in. zakażeniom szpitalnym oraz rozwojowi odleżyn.

3. Wczesne zauważenie ogniska zakażenia wpływa na natychmiastowe wdrożenie leczenia antybiotykiem celowanym, umożliwia zapobieganie rozwojowi bakteriemii i sepsy.
4. Opieka personelu pielęgniarskiego jest wieloetapowa. Ważne jest rzetelne poznanie problemów pielęgnacyjnych, określenie celu działań, ich realizacja oraz ocena skuteczności.
5. Wczesne wykonanie zabiegu założenia tracheostomii pozwala na szybsze odzwyczajenie pacjenta od respiratora oraz ograniczenie ryzyka wystąpienia zapalenia płuc.

PIŚMIENNICTWO

1. Gorczyca T., Góra J., Gorczyca D., Maciejewska B., Palczak R.: Wypadki drogowe z udziałem pieszych - problem współczesnej medycyny i zdrowia publicznego. *Zdrowie Publiczne* 2011; 121(1): 90-94.
2. Piłśniak J., Ślusarz R.: Epidemiologia urazów czaszkowo - mózgowych w materiale własnym Pogotowia Ratunkowego o Rypnie: Badania retrospektywne. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2013; 2(1): 4-8.
3. Piekarzewska R., Wieczorkowski A., Zajenkowska-Kozłowska B.: Stan zdrowia ludności Polski w 2016 roku. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017.
4. Prusiński A.: *Neurologia praktyczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
5. Campabell J.E., Alson R.L.: *International Trauma Life Support - Ratownictwo przedszpitalne w urazach*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016.
6. Karwacki Z.: Patofizjologia i leczenie pourazowego obrzęku mózgu. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2008; 2: 163-169.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. o sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej o dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. 2016 poz. 2218) §2 ust. 2.
8. Symon E.: *Wypadki Drogowe w Polsce 2016*. Komenda Główna Policji Biuro Ruchu Drogowego, 6-16.
9. Zahradniczek K., Ścisło L.: *Proces pielęgnowania. Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
10. Trojanowski T.: Leczenie urazów głowy o krajach europejskich. *Neurotraumatologia* 2000; 1: 43-47.

Jakość opieki pielęgniarskiej w ocenie chorych po wykonanej kolonoskopii

**Katarzyna Cierzniakowska¹, Elżbieta Kozłowska¹, Aleksandra Popow¹,
Justyna Dobkowska², Regina Sierżantowicz³, Jolanta Lewko⁴**

1. Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu
2. Studenckie Koło Naukowe Katedry Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu
3. Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Kolonoskopia to badanie endoskopowe, które umożliwia precyzyjną, bezpośrednią i pełną wizualizację błony śluzowej całego jelita grubego [1,2].

Badanie wykonywane jest za pomocą giętkiego fiberoskopu, ponieważ tylko wówczas istnieje możliwość pokonania licznych fizjologicznych zakrzywień i zagięć jelita grubego, które u chorych wcześniej poddawanych interwencjom chirurgicznym, są modyfikowane przez przebyte zabiegi operacyjne [1].

Kolonoskopia jest badaniem, które można wykonać w trybie ambulatoryjnym. Jest badaniem rekomendowanym, jako idealne narzędzie do diagnostyki we wczesnym wykrywaniu raka jelita grubego w Programie Badań Przesiewowych [3].

CEL BADANIA I WSKAZANIA DO KOLONOSKOPII

Kolonoskopia jest wykonywana w celu diagnostycznym i/lub leczniczym. Podstawowym zamierzeniem diagnostycznym jest makroskopowa ocena błony śluzowej jelita (w przypadku wykonywania badań przesiewowych u osób potencjalnie zdrowych) oraz wykrywanie zmian patologicznych (nadżerki, owrzodzenia, guzy, polipy), czy poszukiwanie

źródła krwawienia, u chorych prezentujących objawy chorobowe lub z podejrzeniem schorzeń zlokalizowanych w obrębie jelita grubego. W tym zakresie, w trakcie procedury, pobierany jest materiał do badania histopatologicznego.

Podczas kolonoskopii zabiegowej, wykonywanej w celu leczniczym, istnieje możliwość realizowania takich procedur, jak:

- polipektomia,
- tamowanie krwawień,
- usuwanie ciał obcych,
- paliatywne udrażnianie zwężonego nowotworowo jelita grubego,
- poszerzanie zwężeń jelit, np.: po zespoleniach [2,4].

Najczęstsze wskazania do kolonoskopii zostały zestawione w tabeli I.

Tabela I. Wskazania i przeciwwskazania do wykonywania kolonoskopii [2,4,5]

Wskazania	Przeciwwskazania
• uczucie parcia na stolec • bolesne wypróżnienia • zmiany w rytmie wypróżnień oraz konsystencji stolca • podejrzenie zaburzeń czynnościowych jelit • krwawienie z odbytu, które zostało stwierdzone makroskopowo oraz w badaniach laboratoryjnych stolca • niedokrwistość o nieustalonej etiologii • niewyjaśniony spadek masy ciała w krótkim czasie • nadzór po leczeniu nowotworów jelita grubego i chorób zapalnych jelit • badania przesiewowe dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego	• brak współpracy ze strony chorego i pisemnej zgody na procedurę • zaostrzenie chorób zapalnych jelit • wczesny okres po operacyjnych zespoleniach w zakresie tego odcinka jelita • podejrzenie perforacji jelita grubego • zaburzenia krzepnięcia krwi • niewydolność krążeniowo- oddechowa • ciąża

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD CHORYM PRZED I PO BADANIU

Pielęgniarka pracująca w pracowni endoskopowej powinna mieć ukończony kurs specjalistyczny z zakresu endoskopii, posiadać wysokospecjalistyczną wiedzę oraz umiejętności. Jest ona współodpowiedzialna za przygotowanie chorego, opiekę po badaniu oraz organizację pracy podczas badania. Pielęgniarka dba o właściwe przygotowanie aparatu do badania, zwracając szczególną uwagę na przestrzeganie procedur epidemiologicznych i stan techniczny aparatury [2].

Łatwość nawiązania kontaktu z pacjentem, dbałość o zachowanie warunków intymności podczas badania, serdeczność i życzliwość, może zmniejszyć stres towarzyszący choremu przed kolonoskopią [6,7].

Przed badaniem pielęgniarka przeprowadza wywiad z chorym odnośnie sposobu i przebiegu przygotowania jelita do badania, szczególnie wówczas, gdy chory przygotowywał się w trybie ambulatoryjnym. Dopytuje o występujące choroby przewlekłe, alergie i przyjmowane z tytułu ich leczenia leki. Upewnia się, które leki chory przyjął w dniu badania, zwracając uwagę na środki przeciwkrzepliwe, obniżające stężenie glukozy, czy obniżające ciśnienie tętnicze krwi [5,8,9].

Ponadto pielęgniarka między innymi: wykonuje pomiar parametrów życiowych, sprawdza, czy chory wyraził pisemną zgodę na badanie, odpowiada na pytania chorych, ponieważ często odczuwają oni lęk przed bólem, farmakoterapią, koniecznością obnażenia się czy utratą kontroli nad zwieraczami. Jednym z elementów bezpieczeństwa w trakcie zabiegów endoskopowych jest zdjęcie przez chorego biżuterii i metalowych ozdób. Jeżeli zachodzi potrzeba podania leków, zakłada wkłucie dożylnie, podaje leki, prowadzi monitorowanie stanu chorego (pulsosymetr), udziela wskazówek w zakresie ułożenia chorego i reguł współpracy podczas badania [5,8,9].

Po badaniu pielęgniarka cały czas monitoruje stan chorego, informuje o dalszym postępowaniu (przyjmowanie lekkostrawnych posiłków, unikanie wysiłku fizycznego, zaleca odpoczynek, zwraca uwagę na możliwość dyskomfortu spowodowanego wzdęciem brzucha, oddawaniem gazów, bólem brzucha, wskazuje na kontrolę wypróżnień i higienę okolicy odbytu) [2,4].

Chory po kolonoskopii, wraz z wynikiem badania, otrzymuje od lekarza wskazówki odnośnie objawów, które powinny wzbudzić jego niepokój, wymagających wizyty kontrolnej oraz terminu zgłoszenia się po wynik badania histopatologicznego [2,4].

JAKOŚĆ W OPIECE PIELĘGNIARSKIEJ

Człowiek zdrowy może w pełni osiągać satysfakcję, realizować swoje aspiracje, zmieniać środowisko oraz efektywnie sobie z nim radzić. Choroba u większości ludzi budzi przerażenie oraz zaburza codzienne funkcjonowanie [10]. Pielęgniarkom, z uwagi na fakt najczęstszego kontaktu z pacjentami i ich rodzinami, przypisuje się fundamentalne znaczenie w budowaniu pozytywnej atmosfery hospitalizacji i w kreowaniu wizerunku placówki opieki zdrowotnej. Współczesne pielęgniarstwo dąży do zapewnienia społeczeństwu możliwie najdoskonalszej opieki pod względem jakościowym zarówno w chorobie, jak i w umacnianiu zdrowia [11].

ZAŁOŻENIA I CEL BADAŃ

Kolonoskopia należy do badań pozwalających na dokładną diagnostykę jelita grubego, na wykonywanie zabiegów leczniczych, jak również stanowi badanie kontrolne po leczeniu operacyjnym w obrębie jelita grubego. Jednym z istotnych czynników utrudniających przeprowadzenie kolonoskopii jest ból i dyskomfort pacjenta, powodujący mniejszą akceptację badania oraz mniej korzystne warunki pracy dla lekarza i pielęgniarki. Umiejętne postępowanie z chorym, zapewnienie intymności podczas badania i zastosowanie analgesodacji zwiększa skuteczność przeprowadzanych procedur oraz poprawia ocenę pacjenta, charakteryzującą się również zgodą na ewentualne powtórzenie badania w przyszłości.

Głównym celem badania było poznanie opinii pacjentów po wykonanej kolonoskopii na temat jakości opieki pielęgniarskiej świadczonej w pracowni endoskopowej. Ponadto dokonywano oceny dotyczącej samopoczucia badanych w trakcie procedury.

MATERIAŁ I METODA

Badania były prowadzone w Pracowni Endoskopii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy. Obejmowały grupę 100 pacjentów po przeprowadzonej kolonoskopii. Dane były zbierane za pomocą ankiet w sposób bezpośredni. Każda z osób badanych została poinformowana o celu przeprowadzanych badań słownie oraz za pomocą instrukcji załączonej do kwestionariusza. Chęć udziału w badaniu została potwierdzona pisemną zgodą.

Kwestionariusz ankiety zawierał pytania określające dane demograficzne badanych oraz pytania szczegółowe dotyczące przygotowania do kolonoskopii, celu jej wykonania, towarzyszących emocji i dolegliwości.

Ponadto zastosowano standardowe narzędzie badawcze Kwestionariusz Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej, zawierający 19 pytań podstawowych i 3 pytania dotyczące spostrzeżeń ogólnych. Skala ocen w kwestionariuszu od 1 do 5, przy czym 1 = ocena zła; 5 = ocena wzorowa. Ogólny wskaźnik dla skali wynosi od 19 - 95 punktów. Wskazanie przez badanych mniej niż 20 punktów świadczy o tym, że opieka pielęgniarstwa była zła, 20–38 pkt. – zadowalająca, 39–57 pkt. – dobra, 58–76 pkt. – bardzo dobra i 77–95 pkt. – wzorowa.

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Do opisu grup badanych i charakterystyki zmiennych zastosowano miary statystyki opisowej: średnie, mediany, odchylenie standardowe i frakcje procentowe. Do oceny zależności między zmiennymi wykorzystano test t-studenta, współczynnik korelacji, a dla porównań wielogrupowych test ANOVA Kruskala-Wallisa. Istotną statystycznie zależność między zmiennymi przyjęto wówczas, gdy odpowiadający otrzymanej statystyce poziom istotności p spełnia kryterium $p < 0,05$. Wszystkie obliczenia i ryciny wykonano arkuszem kalkulacyjnym Microsoft Excel oraz pakietem STATISTICA PL, wykorzystując standardowe funkcje tych programów.

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka grupy badanej

Grupa badanych liczyła 100 osób. W grupie tej było 58 (58%) kobiet i 42 (42%) mężczyzn. Wiek badanych zawierał się w przedziale od 20 do 80 lat. Średnia wieku dla całej grupy wynosiła $56,01 \pm 16,08$ roku. Średnia wieku kobiet wynosiła $53,96 \pm 16,03$ i była nieco niższa niż średnia wieku mężczyzn ($58,83 \pm 15,91$). Zdecydowaną większość badanej grupy (78%) stanowiły osoby mieszkające w mieście. Respondenci z wykształceniem wyższym i średnim stanowili dwie podgrupy o podobnej liczebności, odpowiednio 37% i 38%. Wykształcenie zawodowe posiadało 19% badanych. Najmniej liczną podgrupę tworzyły osoby z wykształceniem podstawowym (6%). Większość badanych pozostawała związku małżeńskim 67%. Niemal połowa badanych (49%) była aktywna zawodowo, natomiast 43%

przebywało na rencie lub emeryturze. Pozostałe osoby nie pracowały zawodowo (2% stanowili studenci, 6% bezrobotni).

Ocena stanu zdrowia

Większość respondentów nie pali tytoniu (85%). Na cukrzycę choruje 12% badanych, a na nadciśnienie tętnicze 41%. Dane wskazują, że u 11% badanych obydwie te schorzenia (cukrzyca i nadciśnienie tętnicze) występowały jednocześnie. Niedowaga występowała u 5 badanych (5%). Prawidłową masę ciała miało 38% respondentów. Pozostałe osoby miały nadwagę (35%) i otyłość (22%). Średnia wartość wskaźnika BMI (Body Mass Index) w grupie badanej wynosiła $26,13 \pm 4,97$.

Kolonoskopia, doświadczenia związane z badaniem

Liczba badań wykonanych w przeszłości

Na pytanie: Czy wcześniej miał/a Pan/i wykonywaną kolonoskopię?, 37% badanych odpowiedziało negatywnie. Spośród pozostałych osób, które w przeszłości miały wykonywaną kolonoskopię, dla 32% była to druga z kolei.

Charakter kolonoskopii

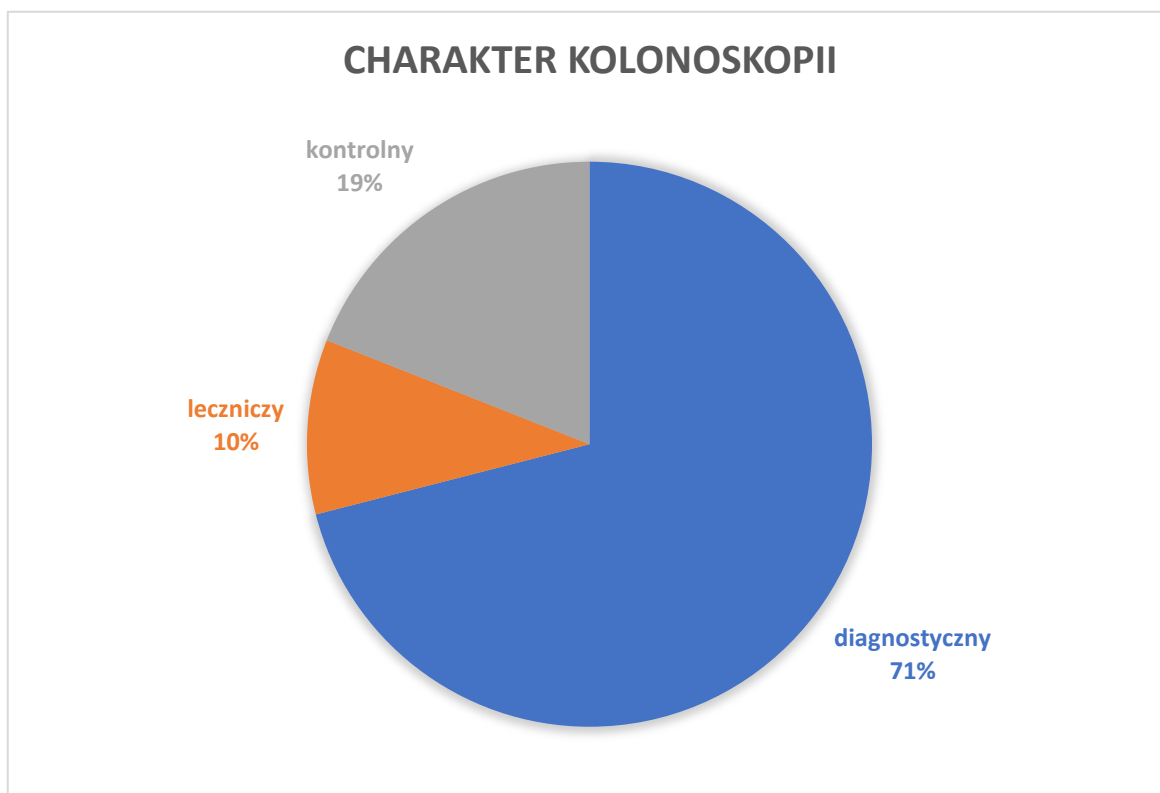
Najczęściej celem kolonoskopii była diagnostyka jelita grubego (71% pacjentów). U 19% badanie miało charakter kontrolny (ryc. 1).

Przygotowanie pacjentów do badania

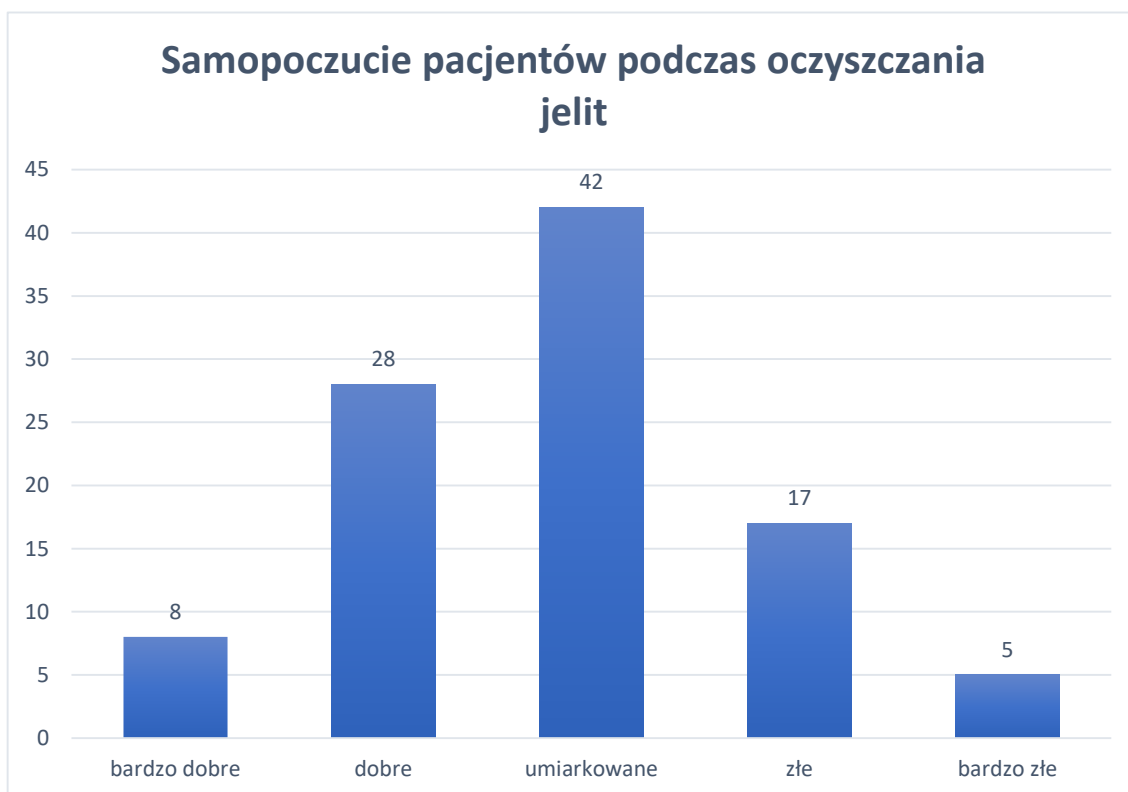
Co piąty badany był zakwalifikowany do przygotowania do kolonoskopii w warunkach szpitalnych, co wymagało hospitalizacji dzień przed badaniem. Pozostałe osoby (79%) przygotowywały się do badania w warunkach ambulatoryjnych.

Samopoczucie pacjentów podczas oczyszczania jelit

Podczas przyjmowania środków przeczyszczających, 42% badanych określiło swoje samopoczucie jako umiarkowane. Negatywne samopoczucie zgłosiło 22% pacjentów (ryc.2).



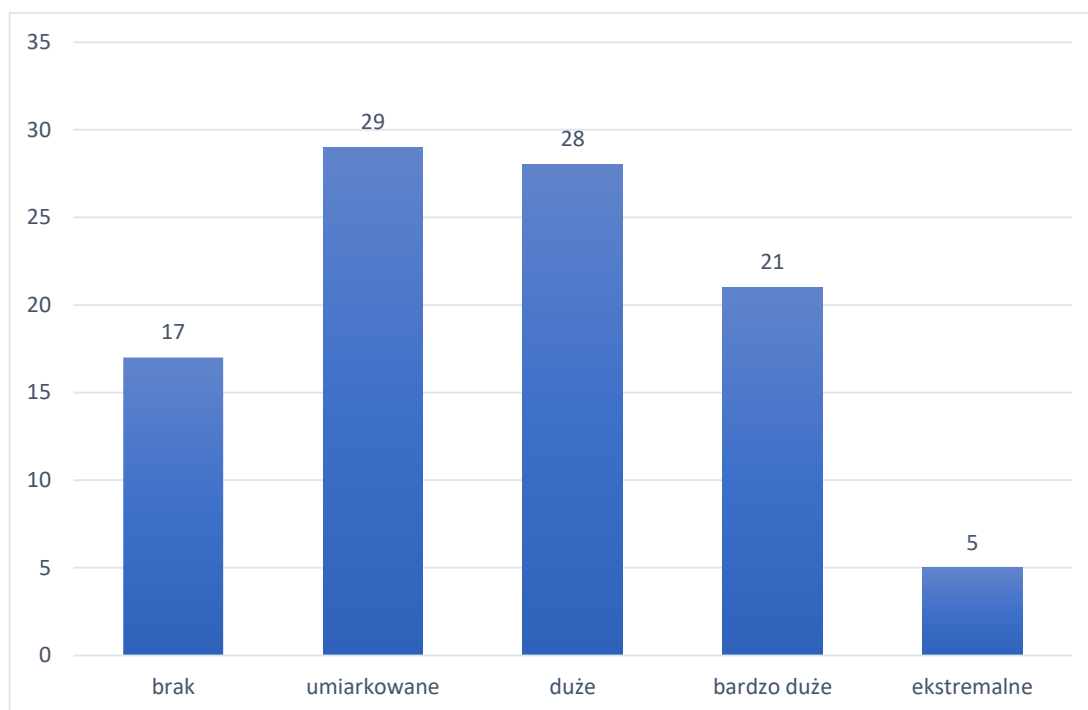
Rycina 1. Cel wykonania kolonoskopii



Rycina 2. Samopoczucie pacjentów podczas oczyszczania jelit

Negatywny stan emocjonalny przed badaniem

W odpowiedzi na pytanie: W jakim stopniu przed badaniem towarzyszyło Panu/i uczucie niepokoju, napięcia psychicznego, zdenerwowania?, tylko 17% badanych nie wskazywało na stany niepokoju czy zdenerwowania. Pozostałym pacjentom towarzyszyły negatywne emocje w różnym zakresie, od umiarkowanego stopnia aż do nasilenia ekstremalnego (ryc.3).



Rycina 3. Uczucie niepokoju, napięcia psychicznego, zdenerwowania towarzyszące pacjentom przed badaniem.

Ból występujący podczas badania

Większość pacjentów (71%) zgłaszało ból podczas badania, występował on w stopniu umiarkowanym po ekstremalny (ryc.4).

Nasilenie bólu u osób, które miały wykonywaną kolonoskopię po raz pierwszy

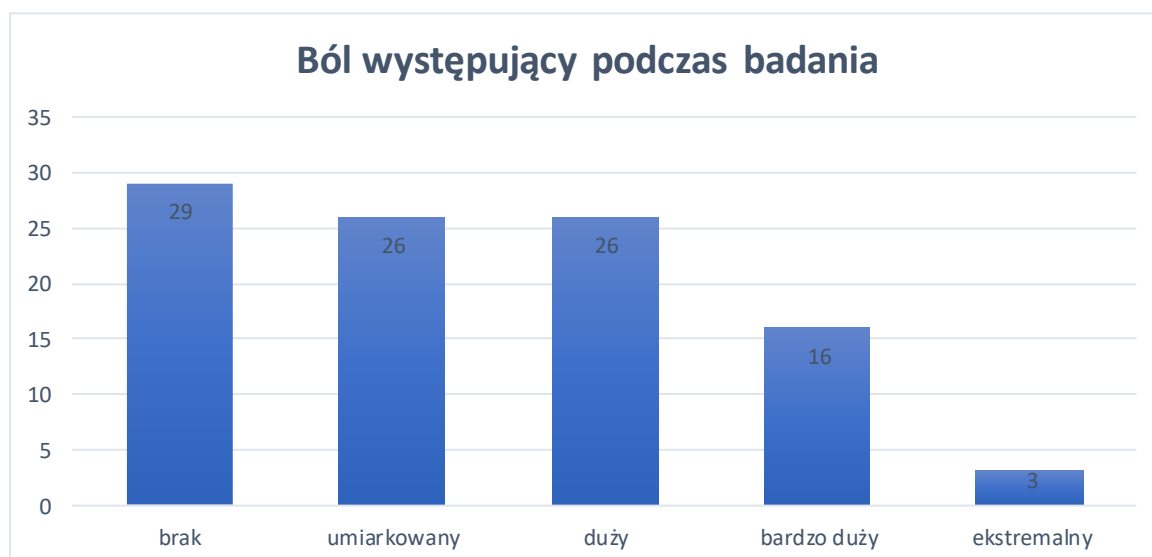
Około 2/3 pacjentów, u których badanie było wykonane po raz pierwszy nie odczuwało bólu lub był on na poziomie umiarkowanym (ryc.5).

Odczuwanie dyskomfortu podczas badania

Jako źródło dyskomfortu towarzyszącego pacjentom podczas badania, wskazywali oni na:

wzdęcia brzucha (54,3%); poczucie, że badanie jest wstydliwe (23,9%); oddawanie gazów podczas badania (17,3%); brak wiedzy, jak się zachować w trakcie badania (10,8%); uczucia pieczenia okolicy odbytu po badaniu (6,5%) I ból wewnątrz jamy brzusznej (2,1%).

Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ niektórzy ankietowani wskazywali po kilka problemów, które im towarzyszyły.



Rycina 4. Ból występujący podczas badania



Rycina 5. Poziom bólu u osób, które miały wykonaną kolonoskopię po raz pierwszy

Jakość opieki pielęgniarskiej

Ogólny wskaźnik dla skali KZPzJOP wynosi od 19 do 95 punktów. Uzyskanie punktacji w zakresie 77 – 95 – oznacza wzorową ocenę jakości opieki. Taką opinię na temat opieki uzyskanej w pracowni endoskopii wyraziło 86% badanych. Ocenę bardzo dobrą wystawiło 13% badanych, a dobra 1%.

Z danych zgromadzonych podczas badania średnia wartość dla całej skali była bardzo wysoka i wyniosła 86,98 punktów. Wartości średnie dla poszczególnych stwierdzeń skali zostały zamieszczone poniżej (tabela II).

Tabela II. Zestawienie danych kwestionariusza KZPzJOP

Kwestionariusz Zadowolenia Pacjenta Z Jakości Opieki Pielęgniarskiej	średnia	mediana	Min.	Maks.	Odch. std
Informacje, które otrzymywałem: pielęgniarki jasno i dokładnie udzielały mi informacji na temat badań, leczenia i wszystkiego, co mnie czekało	4,56	5	1	5	0,80
Wskazówki: pielęgniarki wyjaśniały mi, w jaki sposób przygotować się do badań i zabiegów	4,58	5	1	5	0,88
Dostęp do informacji: pielęgniarki chętnie odpowiadały na zadawane pytania	4,59	5	1	5	0,75
Informacje udzielane przez pielęgniarki: pielęgniarki komunikowały się z Pana/Pani rodziną, osobą towarzyszącą i lekarzami	4,13	4	1	5	1,03
Informowanie rodziny i przyjaciół: pielęgniarki informowały ich o Twoim stanie i potrzebach	4,12	4	1	5	1,08
Angażowanie rodziny lub przyjaciół w opiekę: pielęgniarki wyrażały zgodę na pomoc w opiece nad moją osobą	4,29	5	1	5	0,95
Troska i opieka pielęgniarska: pielęgniarki odnosiły się do mnie grzecznie, z szacunkiem, przyjaźnią i miłą	4,78	5	3	5	0,46
Troska pielęgniarek o Twój stan zdrowia: pielęgniarki interesowały się tym, co robię oraz udzielały mi wskazówek	4,64	5	3	5	0,63
Branie pod uwagę Twojego zdania: pielęgniarki pytały mnie co myślę na dany temat, co jest dla mnie ważne i pozostawiały mi wybór	4,41	5	1	5	0,95
Rozważanie Twoich potrzeb: pielęgniarki wyrażały gotowość niesienia pomocy	4,60	5	1	5	0,77

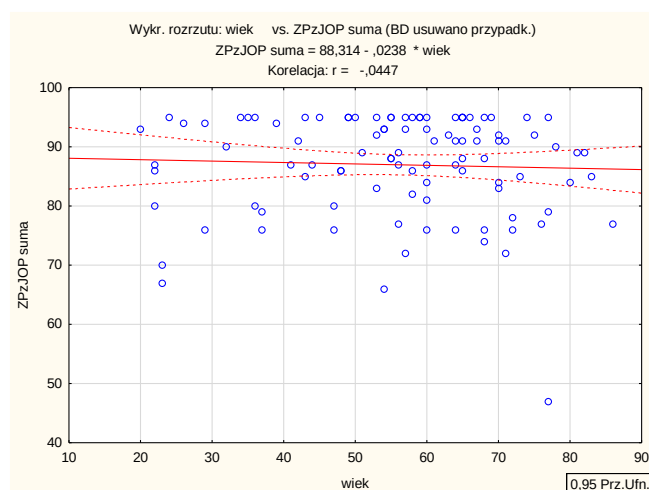
Codzienne obowiązki pielęgniarek: pielęgniarki dbały o planowe wykonanie badania	4,72	5	1	5	0,73
Pomoc: pielęgniarki potrafiły wzbudzić zaufanie i zapewnić komfort	4,71	5	2	5	0,59
Reakcja personelu pielęgniarskiego: pielęgniarki szybko przychodziły mi z pomocą	4,75	5	3	5	0,50
Zręczność i kompetencje pielęgniarek: pielęgniarki dobrze wykonywały swoje czynności	4,80	5	3	5	0,47
Równorzędność opieki: praca zespołowa pomiędzy pielęgniarkami i pozostałym personelem szpitala, który sprawował opiekę nad Tobą	4,76	5	2	5	0,51
Zapewnienie przez pielęgniarki atmosfery spokoju: zapewniono mi ciszę i spokój	4,76	5	2	5	0,55
Prywatność: pielęgniarki szanowały moją prywatność	4,85	5	3	5	0,39
Wskazówki wyjściowe: pielęgniarki jasno i dokładnie mówiły, jak postępować i czego mogę się spodziewać po opuszczeniu szpitala	4,60	5	1	5	0,77
Równorzędność opieki po wypisie: pielęgniarki starały się przewidzieć moje potrzeby po opuszczeniu szpitala	4,42	5	1	5	0,87
SUMA	86,98	89	47	95	8,57
Spostrzeżenia ogólne					
Ogólna jakość opieki, jaką otrzymałeś w trakcie pobytu w szpitalu	4,69	5	2	5	0,58
Ogólna jakość opieki pielęgniarskiej, jaką otrzymałeś w trakcie badania	4,82	5	3	5	0,41
Opieka pielęgniarska, jaką otrzymałem w tym szpitalu jest godna polecenia rodzinie i przyjaciołom	4,66	5	1	5	0,67

Pacjenci odpowiadali również na pytania dotyczące spostrzeżeń ogólnych. Z przedstawionych odpowiedzi wynika, że:

- 74% poleciłoby opiekę w danym szpitalu rodzinie lub przyjaciołom w stopniu wzorowym,
- 20% poleciłoby opiekę w stopniu bardzo dobrym,
- 5% poleciłoby opiekę w stopniu dobrym
- 1% respondentów nie poleciłby opieki w tym szpitalu.

Ocena jakości opieki pielęgniarskiej względem zmiennych

Z analizy danych wynika, że nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy oceną jakości opieki w pracowni endoskopowej a wiekiem badanych ($p = 0,659$) (ryc.6).



Rycina 6. Korelacje zachodzące pomiędzy całościową oceną jakości opieki pielęgniarskiej a wiekiem badanych

Płeć badanych również nie wpływała w sposób znamieny na ocenę jakości opieki pielęgniarskiej – $p(t) = 0,54$.

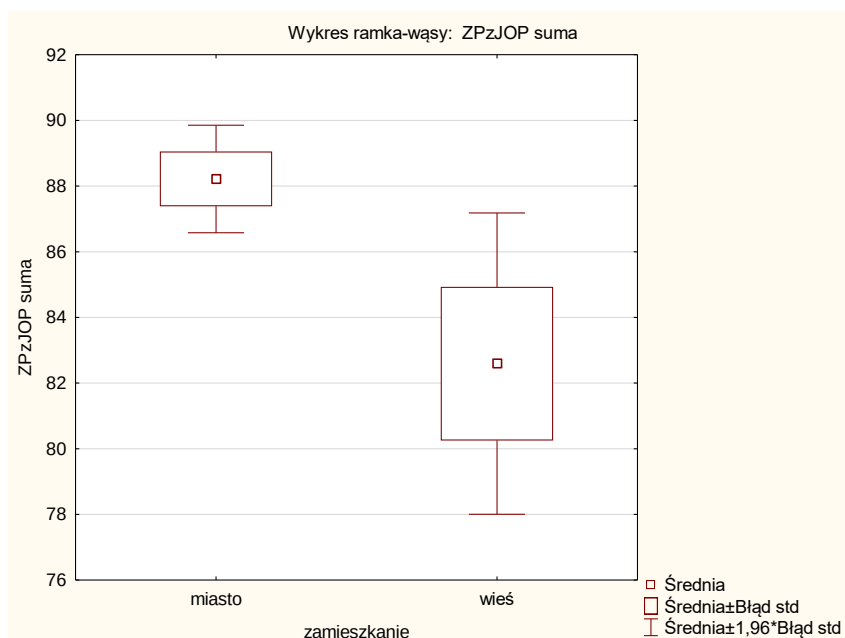
Do czynników wpływających w sposób istotny na ocenę jakości opieki pielęgniarskiej w pracowni endoskopowej należały: miejsce zamieszkania ($p(t) = 0,006$) oraz dyskomfort odczuwany w trakcie badania ($p(t) = 0,004$) (tab. III).

Tabela III. Porównanie wartości średnich wskaźników otrzymanych dla sumy skali ZPzJOP względem zmiennych: płeć, miejsce zamieszkania, dyskomfort w trakcie badania, testem t-Studenta

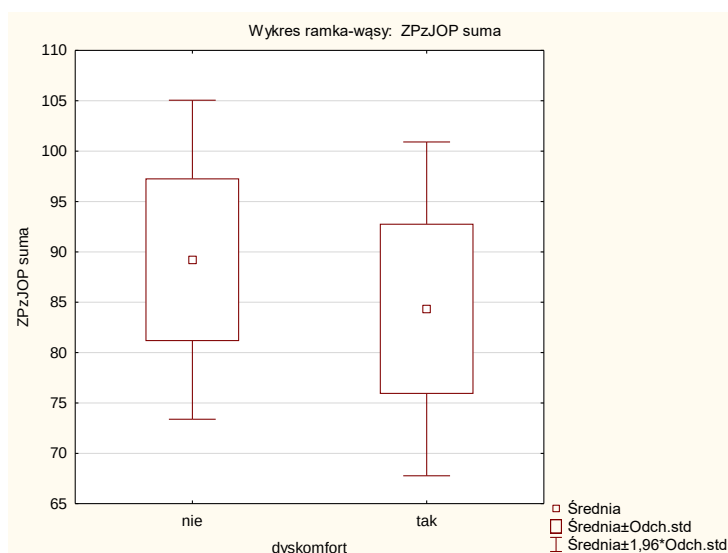
Zmienne			Średnia	Wartość statystyki t	df	Poziom istotności $p(t)$
wartości ZPzJOP suma	płeć	kobieta	87,43	0,616747	98	0,54
		mężczyzna	86,36			
	miejsce zamieszkania	miasto	88,22	2,814379	98	0,006
		wieś	82,59			
	dyskomfort w trakcie badania	nie	89,22	2,943466	98	0,004
		tak	84,35			

Pacjenci zamieszkujący w mieście znacząco lepiej oceniali jakość opieki pielęgniarstwiej w porównaniu do oceny pacjentów mieszkających na wsi (ryc. 7).

Pacjenci, którzy odczuwali dyskomfort w trakcie badania, znacząco niżej oceniali jakość opieki w pracowni endoskopii (ryc.8).



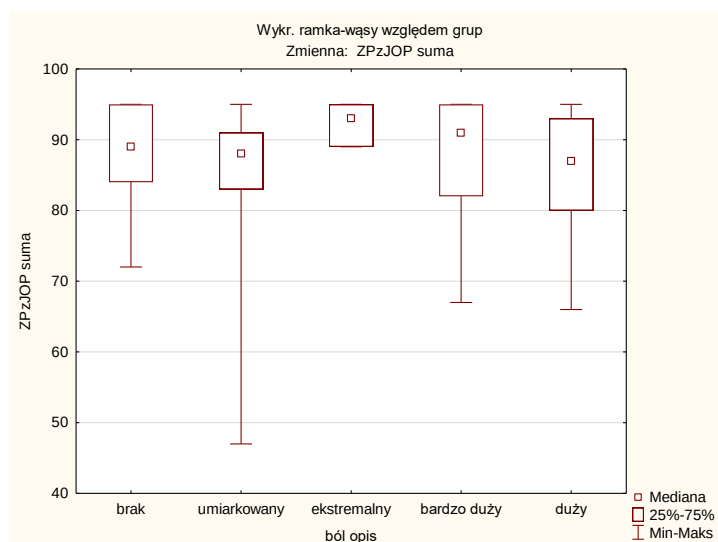
Rycina 7. Porównanie wartości średnich uzyskiwanych dla skali ZPzJOP względem miejsca zamieszkania badanych



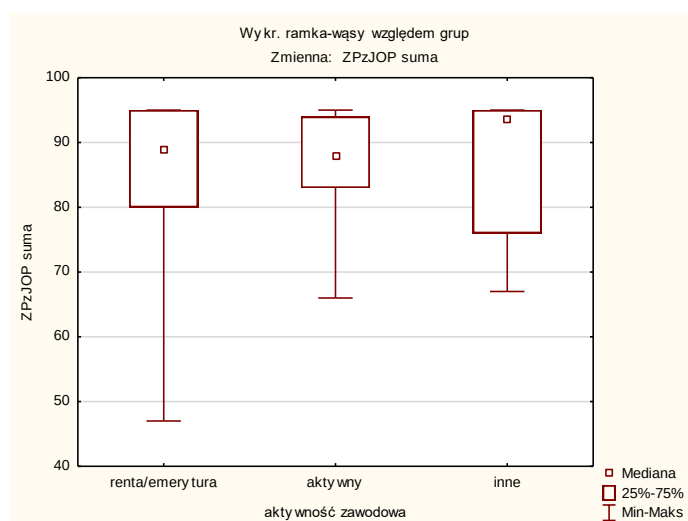
Rycina 8. Porównanie wartości średnich uzyskiwanych dla skali ZPzJOP względem dyskomfortu odczuwanego w trakcie badania

Ból, jaki odczuwali ankietowani podczas kolonoskopii nie wpłynął na różnicowanie jakości opieki pielęgniarzkiej (Test Kruskala-Wallisa: $H(4, N = 100) = 3,889622$; $p = 0,4212$) (ryc. 9).

Aktywność zawodowa badanych również nie była czynnikiem, który wpływał na ocenę wskaźników jakości opieki pielęgniarzkiej (Test Kruskala-Wallisa: $H(2, N = 100) = 0,1908405$; $p = 0,909$) (ryc. 10).



Rycina 9. Porównanie wartości średnich uzyskiwanych dla skali ZPzJOP względem bólu odczuwanego w trakcie badania



Rycina 10. Porównanie wartości średnich uzyskiwanych dla skali ZPzJOP względem aktywności zawodowej

DYSKUSJA

Endoskopia jelita grubego, czyli kolonoskopia, jest badaniem inwazyjnym dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Nad przygotowaniem pacjenta w sferze bio-psycho-społecznej zgodnie z przyjętymi standardami i procedurami powinien czuwać odpowiednio przygotowany personel medyczny [8,12].

W badaniu uczestniczyło 100 osób, z tego 58% stanowiły kobiety, a 42% mężczyźni. Większość badanych to osoby powyżej 50. roku życia, czyli osoby należące do grupy zwiększonego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego. Zdecydowana większość (71%) miała wykonywaną kolonoskopię w celach diagnostycznych, a 37% nie miała wcześniej wykonywanego tego badania. Aż 79% pacjentów przygotowywało się do badania w domu. Natomiast 21% respondentów wymagało hospitalizacji w szpitalu. Samopoczucie badanych podczas oczyszczania jelit było w dużym stopniu niekomfortowe. Dobrze i bardzo dobrze czuło się 36% ankietowanych. Sprawiające trudności przygotowanie do kolonoskopii zgłaszali również respondenci z badania opisywanego przez Antos i wsp. [13].

Pacjentom bardzo często towarzyszą negatywne emocje związane ze strachem przed kolonoskopią, których główną przyczyną jest ich niedostateczny poziom wiedzy na temat badania [8,13]. Ponadto, źródłem stresu jest lęk przed bólem, specyficznym przygotowaniem do badania, naruszeniem intymności osoby badanej oraz ryzyko potencjalnych powikłań, czy poczucie zagrożenia niekorzystnego rozpoznania [12,13]. Nierzadko obawy przed kolonoskopią potęgują osoby trzecie, prezentujące swoje negatywne opinie, odradzając wykonanie badania [14].

W grupie badanej ponad 80% osób przyznało się, że przed kolonoskopią towarzyszył im niepokój, uczucie napięcia psychicznego i zdenerwowania. Odsetek osób odczuwających ból podczas badania wynosił 71%. Na wyższy poziom lęku i bólu przed badaniami inwazyjnymi wskazują również uczestnicy badania Gryza i Izdebskiego, Bazalińskiego i wsp. oraz Antos i wsp. [8,13,15,16].

Ogólny wskaźnik dla skali KZPzJOP (kwestionariusz zadowolenia pacjenta z jakości opieki pielęgniarstwiej) wynosi od 19 do 95 punktów. Z danych zgromadzonych podczas badania średnia wartość dla całej skali wynosiła 86,98 punktów. Oznacza to, że 86% pacjentów oceniło jakość opieki pielęgniarstwiej jako wzorową. Przeprowadzone badania nie wykazały istotnej statystycznie zależności pomiędzy oceną jakości opieki pracowni endoskopowej a wiekiem badanych ($p=0.659$). Kolejnym czynnikiem, który nie miał wpływu na późniejszą ocenę opieki pielęgniarstwiej była płeć badanych ($p(t)=0,54$) Nasilenie

odczuwanego bólu podczas badania również nie wpłynęło na ocenę jakości opieki pielęgniarskiej. Do czynników mających wpływ na ocenę jakości opieki należały natomiast: miejsce zamieszkania ($p(t)=0,006$) oraz dyskomfort odczuwany w trakcie badania ($p(t)=0,004$). Pacjenci zamieszkujący w mieście zdecydowanie lepiej oceniali jakość opieki pielęgniarskiej w przeciwieństwie do oceny pacjentów mieszkających na wsi. Do czynników mogących mieć wpływ na powyższą ocenę należą: niedoinformowanie, obawa przed badaniem i trudna dostępność do ośrodka wykonującego badanie. Ankietowani, odczuwający dyskomfort podczas kolonoskopii, zdecydowanie niżej oceniali jakość opieki w pracowni endoskopii. Do najczęstszych problemów należały wzdęcia brzucha (54,3%), poczucie, że badanie jest wstydlive (23,9%) oraz oddawanie gazów podczas badania (17,3%). Tożsame objawy (ból brzucha, pieczenie okolicy odbytu, wstyd, wzdęcie brzucha) zgłasza większość chorych poddawanych procedurze kolonoskopii [13,14].

Jakość pracy pielęgniarki w dużym stopniu wpływa na poczucie zadowolenia pacjentów. W przypadku badań endoskopowych kompleksowe przygotowanie chorych pod względem psychicznym i fizycznym oraz sprawne przeprowadzenie badania i udzielenie instrukcji co do dalszego postępowania, w tym spodziewanych objawów występujących po kolonoskopii, warunkują pozytywne nastawienie do badania. Wzrost satysfakcji z badania oraz z opieki medycznej wykazuje związek z możliwością wykorzystania znieczulenia podczas kolonoskopii [17]. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej podczas kolonoskopii jest wyrażana jako subiektywna, indywidualna opinia chorego i wpływa na nią wiele różnorodnych czynników. Ważnym aspektem jakości opieki jest odpowiedni przekaz informacji, wsparcie chorego, życzliwość i poszanowanie godności osobistej podczas badania.

WNIOSKI

- Jakość opieki pielęgniarskiej w pracowni endoskopii została oceniona na poziomie wzorowym.
- Wiek i płeć badanych oraz nasilenie odczuwanego podczas wykonywania kolonoskopii bólu nie miały istotnego wpływu na ocenę jakości opieki pielęgniarskiej w pracowni endoskopii.
- Do czynników różnicujących ocenę jakości opieki należały: miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, dyskomfort odczuwany w trakcie badania.

PIŚMIENNICTWO

1. Michałowski J., Kempński R., Wieczorek S., Poniewierka E.: Endoskopia przewodu pokarmowego. Od historii po teraźniejszość i przyszłość. *Nowiny Lekarskie* 2011; 80(2): 153-156.
2. Bambrowicz J., Cierzniańska K., Szewczyk M.T., Popow A., Banaszkiewicz Z., Jawień A.: Badania endoskopowe i opieka pielęgniarska nad chorym w pracowni endoskopii. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011;1:1-6.
3. Musińska M., Minkiewicz M., Wasielica-Berger J., Kidrycki K., Kurek K.: Badania przesiewowe w profilaktyce raka jelita grubego. *Medycyna Rodzinna* 2018; 21(3): 232-244.
4. Karcz D. (red.): Chirurgia endoskopowa w diagnostyce i leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego. Wydawnictwo medyczne, Kraków 2007.
5. Wadek J.: Ocena ryzyka i monitorowanie u dorosłego pacjenta do analgosedacji podczas kolonoskopii. *Nowa Medycyna* 2017; 24(2): 73-85.
6. Szewczyk M.T., Ślusarz R.: Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane zagadnienia z pielęgniarstw specjalistycznych. Wydawnictwo Borgis, Warszawa 2006.
7. Wyderka M.I., Napierała M.: Pielęgniarka w pracowni endoskopowej. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016; 1 (59):18-22.
8. Bazaliński D., Kaczmarska D., Bujalski D.: Lęk i ból u osób poddanych profilaktycznej endoskopii jelita grubego. *Współczesna Onkologia* 2010; 14(5): 326-332.
9. Lewandowska A., Poniewierska E.: Kolonoskopia-czy istnieje optymalny sposób przygotowania do badania? *Gastroenterologia Polska* 2009; 16(1): 63-67.
10. Krot K.: Jakość i marketing usług medycznych. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
11. Juszczak K., Rykowska I.: Rola Naczelnej Pielęgniarki w podnoszeniu jakości usług pielęgniarskich. *Pielęgniarstwo Polskie* 2013; 3(49): 219–229.
12. Dołoto K., Antos E., Wojciechowska M.: Kolonoskopia w profilaktyce raka jelita grubego – działania pielęgniarskie w przygotowaniu do badania. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2017; 1(50): 102-106.
13. Antos E., Maliszewska J., Wojciechowska M.: Kolonoskopia – problemy pacjentów przygotowujących się do badania. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2019; 2(59): 150-156.
14. Bazaliński D., Kaczmarska D., Chmiel Z., Więch P., Dereń M.: Determinanty warunkujące satysfakcję z profilaktycznej endoskopii jelita grubego. *Nowa Medycyna* 2011; 3: 42-50.

15. Gryz J., Izdebski P.: Lęk u pacjentów przed inwazyjnymi badaniami diagnostycznymi: koronografią, arteriografią, kolonoskopią. *Polish Journal Radiology* 2005; 2: 31-6.
16. Sapielkin B., Gotlib J.: Wiedza pacjentów oddziału endoskopii na temat profilaktyki i leczenia nowotworu jelita grubego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2012; 2 (43): 26-27.
17. Jarzynkowski P., Piotrkowska R., Książek J., Mędzycka-Dąbrowska W., Kwiecień-Jaguś W.: Zadowolenie pacjentów z endoskopii przewodu pokarmowego w Polsce. *Journal of public Health, Nursing and Medical Rescue* 2018; 3: 27-33.

ISBN -978-83-9555921-5-7