



Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego

*Pod redakcją: E. Krajewskiej-Kułak,
M. Sierakowskiej, J. Lewko i C. Łukaszuk*



Tom II

Białostocka Biblioteka Pielęgniarki i Położnej

Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego

„Quemadmodum nihil refert, utrum aegrum in ligneo lecto an in aureo colloces: quocumque illum transtuleris, morbum secum suum transferet: sic nihil refert, utrum aeger animus in divitiis an in paupertate ponatur. Malum illum suum sequitur”

„Jak nie ma różnicy, czy położysz chorego na drewnianym albo złotym łożu – gdziekolwiek go bowiem umieścisz, zabierze ze sobą chorobę: tak i bez znaczenia jest to, czy chora dusza przebywa wśród bogactw, czy też w ubóstwie. Choroba wszędzie się za nią powlecze”

Seneka Młodszy

Akademia Medyczna w Białymstoku Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia

prowadzi kształcenie
na kierunkach i specjalnościach

➤ KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO

- studia dzienne licencjackie (3 letnie)
- uzupełniające studia magisterskie dzienne i wieczorowe (2 letnie)
- magisterskie zaoczne (10 semestralne)
- uzupełniające studia magisterskie zaoczne (4 semestralne)

➤ KIERUNEK POŁOŻNICTWO

- studia dzienne licencjackie (3 letnie)
- uzupełniające studia magisterskie dzienne i wieczorowe (2 letnie)
- uzupełniające studia magisterskie zaoczne (4 semestralne)

➤ FIZJOTERAPIA

- studia dzienne licencjackie (3 letnie)

➤ ZDROWIE PUBLICZNE

specjalność zdrowie publiczne

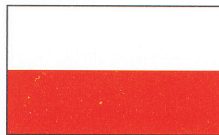
- studia dzienne licencjackie (3 letnie)

specjalność dietetyka

- studia dzienne licencjackie (3 letnie)
- uzupełniające studia magisterskie dzienne i wieczorowe (2 letnie)

specjalność ratownictwo medyczne

- studia dzienne licencjackie (3 letnie)
- zaoczne studia licencjackie (3 letnie)



Akademia Medyczna w Białymstoku w roku akademickim 2004/2005, dzięki wsparciu finansowemu Unii Europejskiej*, uruchomiła:

na kierunku pielęgniarstwo:

- ☞ uzupełniające studia zaoczne licencjackie (tzw. pomostowe) (3-5 semestralne)

na kierunku położnictwo:

- ☞ uzupełniające studia zaoczne licencjackie (tzw. pomostowe) (3 semestralne)

* tytuł kontraktu: „Dofinansowanie studiów pomostowych dla pielęgniarek i położnych w ramach Programu PHARE PL2002/000-580.02.07.03”

Akademia Medyczna w Białymstoku
Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia

Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego

Tom II

Praca zbiorowa pod redakcją
prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułąk,
dr n. med. Matyldy Sierakowskiej, dr n. med. Jolanty Lewko,
dr n. med. Cecylii Łukaszuk

Białystok 2005

Recenzent: Prof. dr hab. n. med. Jan Karczewski

Wydanie monografii zostało częściowo sfinansowane
z budżetu Miasta Białegostoku
oraz Programu PHARE PL2002/000-580.02.07.03

ISBN 83-86796-97-9

Projekt okładki: Agnieszka Kułak

Skład i łamanie: Stanisław Żukowski

SPIS TREŚCI

Żywność, żywienie a zdrowie

| | |
|--|----|
| Lukaszuk C. <i>Wprowadzenie</i> | 13 |
| Trafalska E., Grzybowski A. <i>Żywność probiotyczna w promocji zdrowia i profilaktyce chorób</i> | 15 |
| Piórecka B., Markielowska A., Schlegel-Zawadzka M. <i>Sposób żywienia pielęgniarek, a ich przygotowanie do udzielania informacji w zakresie żywności i żywienia</i> | 20 |
| Lewko J., Karczewski J. <i>Znaczenie magnezu w diecie zdrowych dzieci</i> | 27 |
| Pużuk M., Strankowska M., Kulikowska A. <i>Wzorce jedzenia a zaburzenia odżywiania się w grupie dziewcząt w okresie adolescencji</i> | 31 |
| Pawłowska D., Goździkiewicz A., Bassam A. <i>Ilościowa ocena jadłospisów dzieci w wieku przedszkolnym z Białegostoku</i> . . . | 37 |
| Walczak A., Pawelec M., Drozd-Dąbrowska M., Pastucha E., Berezowska E. <i>Zwyczaje żywieniowe a źródła dochodu pacjentów operowanych w Klinice Kardiologii PAM w Szczecinie z powodu choroby niedokrwiennej serca</i> | 43 |
| Kempińska A., Knap O. <i>Próba oceny korelacji między BMI a fenotypem termicznym pleców młodzieży w wieku 21–24 lat na przykładzie studentów Pomorskiej Akademii Medycznej</i> | 50 |
| Nowacka E., Paradowska-Stankiewicz I., Grzybowski A., Zimna-Walendzik E. <i>Przydatność żywności funkcjonalnej w profilaktyce i terapii</i> | 58 |

| | |
|--|----|
| Pentkowska E., Pawłowska D., Majewski R., Filarski R. <i>Zawartość wybranych składników mineralnych w dziennej racji pokarmowej studentów dietetyki AM w Białymstoku</i> | 65 |
| Połowianiuk D., Pawłowska D., Pytel I., Kalinowska U. <i>Zawartość żelaza, witaminy B12 i kwasu foliowego w dziennej racji pokarmowej studentek AM w Białymstoku</i> | 71 |
| Adamska E., Pawłowska D., Czechowska S., Zalewska M. <i>Antyoksydanty w diecie studentów AM w Białymstoku</i> | 76 |
| Wawreszuk M., Pawłowska D., Wawreszuk-Pryszczepko A., Bassam A., Goździkiewicz A. <i>Zawartość tłuszczów nasyconych, cukrów prostych i cholesterolu w diecie pacjentów z nadciśnieniem i chorobą wieńcową</i> | 82 |

Problemy epidemiologiczne XXI wieku

| | |
|--|-----|
| Krajewska-Kułąk E. <i>Wprowadzenie</i> | 89 |
| Jethon Z. <i>Zagrożenia spowodowane niewłaściwą aktywnością ruchową</i> | 91 |
| Wojewoda B., Rosińczuk-Tonderys J., Ośmiałowska E. <i>Czynniki ryzyka wpływające na rozwój nowotworu jelita grubego</i> | 99 |
| Bartosińska M., Ejsmont J., Zaborski L., Zagożdżon P. <i>Analiza umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w województwie pomorskim</i> | 109 |
| Adamek R., Florek E., Anholcer A. <i>Warunkowanie zmian zachowań zdrowotnych odnośnie palenia tytoniu przez czynniki społeczno-ekonomiczne i edukację zdrowotną</i> | 115 |
| Zalewska A., Jankowiak B. <i>Ocena poziomu wiedzy pielęgniarek i położnych na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B</i> | 122 |
| Jerominko A., Pacholski K., Henrykowska G., Dziedziczak-Buczuńska M., Buczyński A. <i>Ocena wybranych parametrów metabolizmu tlenowego krwinek płytkowych ekspozowanych na promieniowanie elektromagnetyczne o niskich częstotliwościach w pojazdach samochodowych – badania in vitro</i> | 129 |
| Bukowska A., Kinicka J. <i>Udział pielęgniarki w profilaktyce zakażeń szpitalnych</i> | 136 |

Promocja zdrowia, edukacja i profilaktyka chorób

| | |
|---|-----|
| Lewko J. | |
| <i>Wprowadzenie</i> | 151 |
| Niemiec J. | |
| <i>Elastyczność i prężność edukacji jako strategia i perspektywa</i> | 153 |
| Penar-Zadarko B. | |
| <i>Ogólne zasady planowania i realizowania programów edukacyjnych</i> | 160 |
| Fetlińska J., Zagroba M. | |
| <i>Udział Banku Światowego w rozwoju promocji zdrowia w Polsce (na przykładzie Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia)</i> | 171 |
| Dąbrowska E., Balunowska M. | |
| <i>Przyczyny i profilaktyka chorób jamy ustnej</i> | 179 |
| Zwierzyńska H., Kielbratowska B. | |
| <i>Cechy osobowości pielęgniarek prowadzących edukację zdrowotną, a efektywność ich działań dydaktycznych w opinii pacjentów oddziałów nefrologicznych</i> | 187 |
| Tatur G., Książek J., Wilczewska L. | |
| <i>Edukacja zdrowotna w ocenie pacjentów korzystających z świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej</i> | 193 |
| Krymska B. | |
| <i>Poziom świadomości kadry pielęgniarskiej placówek POZ i szpitali klinicznych miasta Zabrze w zakresie promowania zdrowia i prowadzenia edukacji zdrowotnej</i> | 199 |
| Kubik B., Musiał Z., Pasek M., Schlegel-Zawadzka M. | |
| <i>Edukacyjna funkcja pielęgniarki w przygotowaniu chorych na cukrzycę do samoopieki. Badania wstępne</i> | 211 |
| Nierodzik M., Podlaska E. | |
| <i>Rola pielęgniarki diabetologicznej w zespole terapeutycznym pracującym z dzieckiem chorym na cukrzycę</i> | 217 |
| Łagoda K., Sierżantowicz R., Sawicka J., Jarocka I., Kobus G., Snarska K. | |
| <i>Program edukacji zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania otyłości u pacjentów z cukrzycą</i> | 221 |
| Musiał Z., Kubik B., Pasek M., Schlegel-Zawadzka M. | |
| <i>Ocena poziomu wiedzy i postaw młodzieży gimnazjalnej wobec problemu HIV i AIDS. Badania wstępne</i> | 230 |
| Bannach M., Grabiec M., Rybka M. | |
| <i>Wpływ edukacji zdrowotnej na uczestnictwo w badaniach profilaktycznych raka piersi i raka szyjki macicy</i> | 236 |
| Bartczuk A., Krzemińska S., Uchmanowicz I., Arendarczyk M. | |
| <i>Wpływ edukacji pacjenta na zmianę stylu życia w nadciśnieniu tętniczym</i> | 244 |

| | |
|--|-----|
| Kamińska H., Grabowska H., Krajewska M., Gaworska-Krzemińska A., Grabowski W. <i>Przygotowanie studentów V roku pielęgniarstwa do wczesnego wykrywania i postępowania w sytuacji zagrożenia chorobami układu krążenia</i> | 249 |
| Dolińska C., Ziętkowski Z., Bodzenta-Łukaszyk A. <i>Edukacja chorych na astmę w praktyce pielęgniarstwie</i> | 255 |
| Gniadek A., Cisek M., Mrozowicz A. <i>Zachowania zdrowotne podejmowane przez pracowników Huty Szkła Jarosław</i> | 263 |
| Sierżantowicz R., Łagoda K. <i>Zasady profilaktyki powikłań oddechowych u chorych leczonych respiratorem w pracy pielęgniarzek oddziałów intensywnej terapii</i> | 270 |
| Krajewska M., Grabowska H., Grabowski W. <i>Styl życia uczennic a zapotrzebowanie na edukację zdrowotną</i> | 277 |

Wielodyscyplinarna opieka paliatywna

| | |
|--|-----|
| Krajewska-Kułał E. <i>Wprowadzenie</i> | 285 |
| Grzesiak D., Łukaszuk C., Rolka H., Krajewska-Kułał E. <i>Opieka paliatywna jako forma opieki nad pacjentem umierającym</i> | 287 |
| Iwanowska J. <i>Lekarz wobec nieuleczalnie chorego.</i> | 295 |
| Nyklewicz W. <i>Tak chcę umrzeć – refleksje nauczyciela pielęgniarstwa</i> | 299 |
| Grabowski W., Grabowska H., Krajewska M. <i>Wprowadzenie studentów pielęgniarstwa w zagadnienia opieki paliatywnej z wykorzystaniem kształcenia wyzwalającego</i> | 303 |
| Muraczyńska B., Zaczyk I. <i>Subiektywna ocena reakcji emocjonalnych kobiet i mężczyzn w czasie trwania chemioterapii.</i> | 309 |

Zagrożenia zawodowe personelu medycznego

| | |
|---|-----|
| Krajewska-Kułał E. <i>Wprowadzenie</i> | 317 |
| Modzelewska T., Szpak-Lipińska K. <i>Praca zawodowa jako wartość w systemie wartości pielęgniarzek</i> | 319 |
| Kamińska B., Szpak A. <i>Wielkość obsady pielęgniarstwie a jakość opieki w leczeniu stacjonarnym</i> | 332 |

| | |
|--|-----|
| Szepietowski J., Salomon J. <i>Zmiany wypryskowe rąk jako problem środowiska pielęgniarskiego.</i> | 339 |
| Konieczny G., Sokołowski M., Wrzosek Z. <i>Występowanie bólu dolnego odcinka kręgosłupa u pielęgniarek oddziału ortopedyczno-urazowego – doniesienia wstępne</i> | 346 |
| Grabowska H., Grabowski W., Krajewska M. <i>Stres w pracy pielęgniarek kardiologicznych</i> | 349 |
| Krzemińska S., Arendarczyk M., Uchmanowicz I., Szulęcka W., Bartczuk A. <i>Ocena czynników stresujących na Oddziałach Intensywnego Nadzoru</i> | 357 |
| Lesiak A., Zdziebło K. <i>Czynniki szkodliwe w pracy personelu bloku operacyjnego</i> | 362 |
| Milona M., Gańczak M., Szych Z. <i>Postawy i obawy pielęgniarek oddziałów zabiegowych w woj. zachodniopomorskim wobec zawodowego ryzyka zakażenia wirusem HIV</i> | 373 |
| Ramuszewicz M., Krajewska-Kułał E., Rolka H., Łukaszuk C. <i>Zespół wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek anestezyjologicznych</i> | 381 |
| Zahorowska A., Godlewski C., Pużuk E. U. <i>Występowanie Zespołu Wypalenia Zawodowego wśród pracowników Domów Pomocy Społecznej i Szkół Specjalnych</i> | 387 |
| Ordys D., Eszyk J., Gęпка M. <i>Mobbing w pracy śląskich pielęgniarek</i> | 395 |

Aspekty etyczne, społeczne i prawne zawodów medycznych

| | |
|--|-----|
| Jankowiak B. <i>Wprowadzenie</i> | 405 |
| Hatzopulu A., Van Dame-Ostapowicz K., Theodosopulu E., Tsokantari-dis H. <i>Wokół pojęć: pielęgniarstwo i gender studies, dla dobra pacjenta.</i> | 407 |
| Gryko K. B., Głodowski J. <i>Sytuacja osób poddanych eksperymentom medycznym w obozie koncentracyjnym Auschwitz a teoria salutogenezy</i> | 413 |
| Głowacka M. <i>Problemy aktywności zawodowej pielęgniarek rodzinnych</i> | 421 |
| Jodłowska M., Zakrzewska B., Dębek E., Bączek G. <i>Istota zawodu i rola położnej w opinii społecznej</i> | 428 |
| Salamon J. <i>Wartości i cnoty etyczne fizjoterapeuty i ich przydatność w rozwiązywaniu utrudnień w pracy zawodowej</i> | 434 |

| | |
|---|-----|
| Kołtunowicz M., Bączek G. <i>Samodzielność zawodowa w opinii współczesnej położnej</i> | 442 |
| Patoła A., Piotrkowska R., Książek J. <i>Skutki choroby niedokrwiennej kończyn dolnych w aspekcie społeczno-ekonomicznym</i> | 445 |

Żywność, żywienie a zdrowie



Wprowadzenie

Zbytek potraw chorobą przypłacić trzeba

Gamius (1702 r.)

Odżywianie człowieka jest jednym z podstawowych warunków jego życia, rozwoju, zdrowia i sprawności fizycznej, a także źródłem satysfakcji z zaspokajania potrzeb socjalnych i hedonistycznych. Dlatego zdobywanie żywności, jej produkcja oraz konsumpcja były zawsze najważniejszym zajęciem i zadaniem ludzkości, a wszelkie niepowodzenia w tym zakresie miały poważne skutki biologiczne i społeczne. Życie człowieka jest uwarunkowane przez czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, przy czym wśród tych drugich najbardziej zmienna była na przestrzeni dziejów żywność i sposób odżywiania się.

Żywnienie człowieka jest zjawiskiem tak dawnym, jak historia Homo sapiens. Przez wiele wieków zmiany i postęp w tym zakresie były bardzo niewielkie, a o sposobie odżywiania decydowało przede wszystkim „naturalne” środowisko, w którym człowiek żył. Ono też kształtowało wskazania żywieniowe, oparte początkowo na instynkcie, a następnie na pierwszych doświadczeniach i tworzących się stopniowo zwyczajach, w których powstawaniu ogromną rolę odgrywały wierzenia i religie. Religie w dużym stopniu przyczyniły się też do rozwoju wiedzy i utrwalania zaleceń żywieniowych. Obecnie mają one w wielu społecznościach istotny wpływ na dobór żywności i sposób odżywiania (posty, zakazy, potrawy symboliczne i spożywane z okazji świąt i uroczystości).

Ważnym problemem żywieniowym w świecie jest niedożywienie (głód) oraz zbyt duża konsumpcja żywności. Zarówno niedożywienie, jak i przekarmienie prowadzi do zmian patologicznych w organizmie człowieka. Niedożywienie białkowo-energetyczne prowadzi do wystąpienia takich schorzeń, jak: marasmus i kwashiorkor. Spożywanie wysokoenergetycznego pożywienia, niezbilansowanego z zapotrzebowaniem prowadzi do otyłości, a w konsekwencji do chorób cywilizacyjnych.

Do najczęstszych błędów w żywieniu Polaków należą: nieregularne spożywanie posiłków, zbyt małe spożycie pieczywa razowego, grubych kasz i suchych nasion roślin strączkowych, niskie spożycie warzyw i owoców, zbyt małe spo-

życie produktów mlecznych, zbyt duże spożycie mięsa i wędlin, duże spożycie soli kuchennej, małe spożycie ryb, szczególnie morskich, małe urozmaicenie potraw.

Ważną rolę w rozwoju nauki o żywieniu człowieka w Polsce oraz we wdrażaniu jej osiągnięć do praktyki odegrały i odgrywają placówki akademickie, kształcące specjalistów w zakresie żywienia. Jednym z zadań żywieniowców i dietetyczek jest prowadzenie poradnictwa żywieniowego dla wszystkich grup ludności. Wpływa to na wyrobienie prozdrowotnego sposobu żywienia Polaków. Ważne jest, aby każdy kraj prowadził politykę żywienia, która służy ochronie zdrowia. Polityka żywnościowa dotyczy produkcji, przetwarzania, obrotu, importu i eksportu żywności. Celem polityki żywienia jest opracowanie norm żywienia i wyżywienia oraz wytycznych, które wpłyną na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa.

Cecylia Łukaszuk

Elżbieta Trafalska¹, Andrzej Grzybowski¹

Żywność probiotyczna w promocji zdrowia i profilaktyce chorób

Ilościowy i jakościowy skład mikroflory jelitowej zdrowego człowieka jest względnie stabilny, a dominują mikroorganizmy korzystne dla jego zdrowia (zwłaszcza dobroczynne bakterie z rodzaju *Lactobacillus* i *Bifidobacterium*), stanowiąc naturalną ochronę przed patogenami. Udział ilościowy bakterii obecnych w okrężnicy jest zmienny i zależny od wieku, stanów fizjologicznych, diety, stosowanych leków, mechanizmów odpornościowych gospodarza i innych czynników środowiskowych. Można go modulować przez dostarczanie bakterii probiotycznych wraz z żywnością. Stwarza się w ten sposób w przewodzie pokarmowym warunki środowiska sprzyjające rozwojowi szczepów korzystnych dla zdrowia, a hamujące rozwój drobnoustrojów chorobotwórczych, poprawia funkcjonowanie nabłonka jelitowego i moduluje parametry immunologiczne układu odpornościowego.

Żywność probiotyczna to produkty spożywcze zawierające żywe mikroorganizmy, które wywierają korzystny wpływ na organizm człowieka poprzez modyfikację mikroflory jelitowej. Jako probiotyki najczęściej stosuje się pałeczki kwasu mlekowego (*Lactobacillus*) i bifidobakterie (*Bifidobacterium*) [1].

Działanie probiotyków wspomaga się dodając do żywności prebiotyki, czyli specyficzne węglowodany, które nie podlegają trawieniu i wchłanianiu w jelicie cienkim, a pozytywnie oddziałują na gospodarza poprzez wybiórczą stymulację wzrostu i aktywności wybranych mikroorganizmów obecnych w okrężnicy. Do najczęściej stosowanych prebiotyków zalicza się inulinę, oligofruktozę i galakto-oligosacharydy [2, 3].

Cechy probiotyczne nie są związane z rodzajem bakterii, ale z wyselekcjonowanymi szczepami z danego rodzaju (np. preparat Actimel firmy Danone zawiera *Lactobacillus casei* szczep DN – 114 001, Activia firmy Danone – *Bifidobacterium* szczep DN – 173 010). Nie każdy szczep bakteryjny spełnia bowiem kryteria probiotyku. Za szczepy probiotyczne uważane są tylko te, które pochodzą

¹ Zakład Higieny Żywnienia i Epidemiologii, Katedra Higieny i Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

od człowieka, są odporne na niskie pH żołądka i działanie kwasów żółciowych w dwunastnicy, są zdolne do przeżycia i aktywności metabolicznej w środowisku jelita grubego oraz mają zdolność adherencji do komórek nabłonka jelitowego i trwałej bądź przejściowej kolonizacji przewodu pokarmowego. Szczep taki nie może też budzić zastrzeżeń dotyczących bezpieczeństwa stosowania (nie może wywoływać infekcji ani wykazywać oporności na stosowane antybiotyki) [1].

Oprócz właściwej selekcji i doboru szczepów, ważna jest także liczba żywych komórek dostarczanych do ustroju człowieka z żywnością probiotyczną – według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i Międzynarodowej Federacji Mleczarskiej (IDF) w momencie spożycia nie powinna ona być niższa niż 10^6 komórek bakteryjnych w 1 ml lub w 1 g produktu.

Pojawia się coraz więcej dowodów naukowych na skuteczność probiotyków w leczeniu schorzeń infekcyjnych przewodu pokarmowego, zwłaszcza biegunek rotawirusowych u dzieci, biegunek poantybiotykowych i w przebiegu zakażenia *Clostridium difficile* oraz tzw. biegunek podróżnych. Probiotyki stosuje się też w celu złagodzenia objawów alergii i nietolerancji laktozy, redukcji stanów zapalnych przewodu pokarmowego i wzmocnienia systemu immunologicznego [4, 5].

Nie do końca udokumentowane, ale obiecujące są doniesienia na temat możliwości zastosowania żywności probiotycznej w promocji zdrowia, w celu obniżenia ryzyka rozwoju chorób przewlekłych o charakterze cywilizacyjnym. Najczęściej wskazuje się na następujące efekty czynnościowe pro- i prebiotyków:

1. poprawę motoryki jelit
2. zwiększenie biodostępności i wchłaniania wapnia oraz poprawę metabolizmu kostnego
3. zmniejszenie zawartości w kale enzymów związanych z mutagenezą i karcinogenezą
4. działanie hipocholesterolemiczne i hipolipemiczne [6].

Powyższe efekty czynnościowe sprzyjają zmniejszeniu ryzyka rozwoju zaparć atonicznych i zespołu jelita drażliwego, osteoporozy, nowotworów i chorób układu krążenia.

Żywność probiotyczna a choroby czynnościowe przewodu pokarmowego

Zaparcia stolca należą do bardzo często spotykanych zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego. Najczęstszą ich przyczyną są czynniki dietetyczne, jak niska podaż błonnika pokarmowego i płynów, wysoka konsumpcja produktów konserwowanych i o dużej zawartości tłuszczu. Zaleganie mas kałowych zaburza równowagę mikroflory jelitowej i nasila procesy gnilne. Zwiększa się produkcja toksycznych dla nabłonka jelita grubego siarczków, których źródłem są konserwanty dodawane do żywności i aminokwasy siarkowe. Probiotyki optymalizują skład mikroflory jelitowej, a krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe powstające w procesach fermentacji bakteryjnej działają stymulująco na moto-

rykę jelita. Zapewnia to skrócenie czasu pasażu jelitowego i szybsze wydalanie produktów przemiany materii [7].

Patogeneza zespołu jelita drażliwego ma związek z czynnikami psychosocjalnymi, zmniejszoną ruchliwością jelit i zwiększoną ich aktywnością sensoryczną. Wskazuje się także na rolę zmian w składzie mikroflory jelitowej i niedostateczną produkcję krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych. Wydaje się więc, że systematyczne podawanie pro- i prebiotyków może zapobiegać powyższym schorzeniom.

Żywność probiotyczna a osteoporoza

W literaturze naukowej brak jest wiarygodnych danych na temat prozdrowotnego oddziaływania probiotyków na gospodarkę wapniowo-fosforanową. Dobrze udokumentowany jest natomiast wpływ prebiotyków na biodostępność i wchłanianie wapnia oraz na metabolizm kostny. W badaniach na zwierzętach wykazano pozytywny wpływ oligosacharydów na bilans wapniowy, gęstość minerału kostnego i odporność na złamania. Zwiększone wchłanianie wapnia kojarzone jest z wyższym poziomem białka wiążącego wapń, którego produkcja w jelicie grubym jest stymulowana przez oligosacharydy. Badania wpływu prebiotyków na gospodarkę wapniowo-fosforanową u ludzi są nieliczne. Wskazują na pozytywny wpływ inuliny na absorpcję i retencję wapnia u młodych mężczyzn i maksymalizację u nich szczytowej masy kostnej. U kobiet w okresie pomenopauzalnym stwierdzono zwiększone wchłanianie wapnia przy niezmiennym wydalaniu tego pierwiastka z moczem, co może sugerować większe wbudowywanie wapnia do kości i/lub hamowanie resorpcji tkanki kostnej [8].

Żywność probiotyczna a nowotwory

Pałeczki kwasu mlekowego i bifidobakterie zmniejszają zawartość w stolcu enzymów, takich jak: β -glukuronidaza, nitroreduktaza, azoreduktaza, β -glukozydaza, które odgrywają rolę w procesie karcinogenezy. Prebiotyki przyspieszają perystaltykę jelit, skracając czas kontaktu karcinogenów zawartych w pożywieniu z nabłonkiem jelitowym. Prebiotyki w warunkach eksperymentalnych hamują wzrost niektórych guzów nowotworowych oraz zmniejszają występowanie aberracji krypt jelita grubego. Niektóre szczepy z rodzaju *Bifidobacterium* obniżają konwersję prokarcinogenów do karcinogenów [5].

Żywność probiotyczna a choroby układu krążenia

Żywność probiotyczna może obniżać ryzyko chorób układu krążenia poprzez zmniejszanie stężenia cholesterolu frakcji LDL i trójglicerydów w surowicy krwi. Za efekt hipocholesterolemiczny odpowiedzialny jest glutaran hydroksymetylu powstający w czasie procesu fermentacji [5].

Drobnoustroje jelitowe produkują też witaminy z grupy B (tiamina, ryboflawina, kobalamina, niacyna, kwas foliowy), których niedobór sprzyja rozwojowi miażdżycy.

*
* *

W promocji zdrowia zaleca się systematyczne spożywanie produktów spożywczych zawierających w swym składzie probiotyki i prebiotyki [9, 10]. Najbardziej popularne są przetwory mleczne fermentowane, w tym jogurty, kefir, mleko acidofilne i bifidusowe, sery twarogowe i sery pleśniowe dojrzewające typu camembert. Na rynku dostępne są trzy grupy napojów mlecznych fermentowanych:

- napoje I generacji (tradycyjne) – zawierające bakterie jogurtowe *Streptococcus thermophilus* i *Lactobacillus bulgaricus*
- napoje II generacji – zawierające szczepionki tradycyjne i bakterie jelitowe (probiotyki)
- napoje III generacji (nietradycyjne) – zawierające wyłącznie mikroflorę probiotyczną, bez bakterii jogurtowych.

Prebiotyki mogą być dodawane do produktów spożywczych niezależnie od mikroflory probiotycznej, np. do ciastek, zup czy dań gotowych, bądź łącznie z nią. W najnowszych napojach fermentowanych dodaje się laktulozę, fruktooligosacharydy czy galaktooligosacharydy, selektywnie stymulujące rozwój bifidobakterii w przewodzie pokarmowym. Takie preparaty nazywa się synbiotykami. Wykazują one działanie synergistyczne i charakteryzują się silnym efektem żywieniowym [11].

Należy także wspomnieć, iż wartość odżywcza napojów mlecznych fermentowanych jest wyższa niż mleka słodkiego. Bakterie fermentacyjne mają bowiem wpływ na pozytywne zmiany w jego składzie. Następuje hydroliza laktozy do glukozy i galaktozy z uwolnieniem kwasu mlekowego. Nadtrawienie laktozy w produkcie spożywczym, a następnie działanie bakterii kwasu mlekowego wytwarzających laktazę w jelicie umożliwia spożywanie tych przetworów przez ludzi z hipolaktazją. Zakwaszenie produktu wpływa na zwiększenie przyswajalności białka. Drobnoustroje kwasu mlekowego syntetyzują witaminy z grupy B, znacząco zwiększając ich zawartość w produkcie końcowym (nawet 10-krotnie). W procesie fermentacji z kazeiny i białek serwatkowych mleka może dochodzić do uwalniania znacznych ilości peptydów czynnościowych. Probiotyki są też stosowane jako naturalne konserwanty żywności, które poprzez produkcję bakteriocyn hamują rozwój bakterii patogennych wywołujących zakażenia pokarmowe [9].

Modyfikacja mikroflory jelitowej poprzez regularne spożywanie żywności probiotycznej może chronić przed schorzeniami jelitowymi i wpływać na ogól-

ną kondycję zdrowotną człowieka, a jednocześnie zmniejszać ryzyko niektórych schorzeń przewlekłych tzw. cywilizacyjnych. Szczególnie cennym uzupełnieniem naszej diety są jogurty naturalne nowej generacji zawierające bifidobakterie, z uwagi na ich wysoka wartość odżywczą i obecność probiotyków. Należy więc zalecać je do codziennego spożywania, zarówno przez osoby dorosłe, jak i przez dzieci.

Piśmiennictwo

1. Fuller R.: Probiotics in human medicine. *Gut* 1991, 32, 439–442.
2. Cummings J. H., Macfarlane G. T., Englyst H. N.: Prebiotic digestion and fermentation. *Am J Clin Nutr* 2001, 73, supl., 415S–420S.
3. Roberfroid M. B.: Prebiotics and probiotics: are they functional food? *Am J Clin Nutr* 2000, 71, 1682S–1687S.
4. Vanderhoof J. A., Young R. J.: The role of probiotics in the treatment of intestinal infection and inflammation. *Curr Opin Gastroenterol* 2001, 17, 58–62.
5. de Roos N. M., Katan M. B.: Effects of probiotic bacteria on diarrhea, lipid metabolism and carcinogenesis. *Am J Clin Nutr* 2000, 71, 405–411.
6. Socha J., Stolarczyk A.: Probiotyki i prebiotyki jako przykład żywności funkcjonalnej. *Pediatrics Współczesna. Gastrologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka*. 2002, 4, 1, 15–18.
7. Heczko P. B., Strus M., Drzewiecki A.: Probiotyki a zakażenia. *Zakażenia*. 2004, 4, 33–38.
8. Karczmarewicz E., Skorupa E., Lorenc R. S.: Wpływ probiotyków i prebiotyków na gospodarkę wapniowo-fosforanową i metabolizm kostny. *Pediatrics Współczesna. Gastrologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka*. 2002, 4, 1, 55–60.
9. Kunachowicz H., Paczkowska M.: Wartość odżywcza fermentowanych napojów mlecznych. *Żyw Człow Metab* 1999, 26, supl, 14–22.
10. Roberfroid M. B.: Concepts and strategy of functional food science: the European perspective. *Am J Clin Nutr* 2000, 71, 1660S–1664S.
11. Libudzisz Z.: Mikroflora jelitowa a nowe generacje fermentowanych napojów mlecznych. *Żyw Człow Metab* 1999, 26, supl, 14–22.

Beata Piórecka¹, Agnieszka Markielowska¹,
Małgorzata Schlegel-Zawadzka¹

Sposób żywienia pielęgniarek, a ich przygotowanie do udzielania informacji w zakresie żywności i żywienia

Wstęp

Zmiana zachowań żywieniowych uwarunkowana jest zmianą postaw wobec żywności i żywienia. W tym ostatnim przypadku mają znaczenie takie czynniki, jak: osoba udzielająca informacji, sam komunikat tj. siła i rodzaj wykorzystanych argumentów, jak również cechy odbiorców [1]. Stan zdrowia ma istotny wpływ na postawy reprezentowane względem żywności i żywienia, jednak nie wszystkie osoby chore oczekują informacji żywieniowych, ze względu na brak zrozumienia relacji pomiędzy żywnością a zdrowiem. Wpływ na podnoszenie świadomości żywieniowej ma sposób i forma przekazywania informacji [2]. Pielęgniarka uprawniona jest do prowadzenia poradnictwa w zakresie żywienia dorosłych oraz dzieci zdrowych, a uzyskując tytuł specjalisty w określonej dziedzinie pielęgniarstwa może prowadzić również poradnictwo dietetyczne [3].

Aktualnie zaznacza się nowa rola pielęgniarki nie tylko jako realizatora zaleceń zdrowotnych, ale głównie doradcy i konsultanta wspierającego rodzinę w działaniu i uzupełniającego braki w wiedzy i umiejętnościach dbałości o zdrowie [4]. To spojrzenie na pracę pielęgniarki, istotne z punktu widzenia zespołu terapeutycznego, wiąże się z zagadnieniami dotyczącymi żywności i żywienia przekazywanych pacjentom lub podopiecznym.

Celem prezentowanej pracy była ocena sposobu żywienia pielęgniarek w aspekcie ich przygotowania do podejmowania tematyki dotyczącej żywności i żywienia. W pracy zaznaczono element własnego przykładu i doświadczenia pielęgniarki w podejmowaniu oraz skuteczności przekazywania informacji żywieniowej.

¹ Zakład Żywienia Człowieka, Instytut Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

Materiał i metoda

Badaną grupę stanowiły pielęgniarki z regionu Polski Południowej, czynne zawodowo ($n = 197$), uzupełniające kształcenie na poziomie studiów licencjackich i magisterskich w Instytucie Pielęgniarstwa WOZ CM UJ. Średnia wieku badanej grupy wyniosła $37,6 \pm 6,68$ lat (23–52 lata), natomiast średni staż pracy wynosił $16,11 \pm 7,01$ lat (2–32 lata). Badanie zostało przeprowadzone w 2004 roku przed rozpoczęciem wykładów z zakresu żywienia człowieka przewidzianych w programie studiów. W ocenie sposobu żywienia oraz źródeł informacji przekazywanych w zakresie żywności i żywienia przez badane osoby wykorzystano zmodyfikowaną ankietę autorstwa prof. A. Międzobrodzkiej [5]. Założono różnice w częstości i zakresie udzielanych informacji żywieniowych w grupie pielęgniarek zatrudnionych w lecznictwie zamkniętym (LZ, $n = 167$) oraz w grupie osób pracujących w lecznictwie otwartym (LO, $n = 25$). Pozostałe osoby ($n = 5$) to pielęgniarki, które aktualnie nie pracują lub pracują poza wyróżnionymi LZ i LO. Uzyskanym w ankiecie odpowiedziom przydzielono wartości całkowite z zastosowaniem skali dwupunktowej (1 = nie, 2 = tak). W ocenie częstości spożycia wybranych produktów i potraw zastosowano 6-cio stopniową skalę, gdzie 1 – oznaczało nigdy, a 6 jadam codziennie. Wyniki zostały przedstawione jako średnie arytmetyczne, \pm odchylenie standardowe. Obliczenia wykonano przy użyciu pakietu statystycznego Statistica 6,0 PL. Celem sprawdzenia różnic w odpowiedziach pielęgniarek, w zależności od miejsca pracy, zastosowano test nieparametryczny Manna-Whitney’a, przyjmując poziom istotności $\alpha = 0,05$.

Wyniki badań

Badana grupa pielęgniarek charakteryzowała się istotnie różnym wiekiem i stażem pracy w zależności od miejsca zatrudnienia ($p < 0,01$). Pielęgniarki zatrudnione w LZ były średnio młodsze o 4 lata i krócej pracowały zawodowo o 5 lat w porównaniu do swoich koleżanek zatrudnionych w LO (LZ: wiek – $37,19 \pm 6,52$ lat, staż pracy $15,55 \pm 6,82$ lat, LO: wiek – $41,25 \pm 5,75$ lat, staż pracy $20,56 \pm 5,82$ lat). Zgodnie z założeniem badawczym wystąpiła różnica w częstości udzielania informacji żywieniowej ($p < 0,02$). Ponad 90% badanych pielęgniarek zatrudnionych w opiece środowiskowej udzielało informacji żywieniowej swoim podopiecznym ze średnią częstością $4,17 \pm 1,09$, co mieściło się w skali odpowiedzi pomiędzy codziennie a kilka razy dziennie. W grupie osób zatrudnionych w LZ – 78% badanych udzielało informacji żywieniowej, co było również uzależnione od specyfiki oddziały, jednak średnia częstość udzielania informacji była mniejsza i wynosiła $3,31 \pm 1,58$ i odpowiadała odpowiedzi – raz na 2 tygodnie.

Wyniki oceny sposobu żywienia przedstawiono w formie tabel (tab. 1–2) dla całej badanej populacji pielęgniarek i w zależności od miejsca pracy. W ocenie

Tabela 1. Częstość spożycia wybranych posiłków oraz produktów wybieranych na dojadanie przez badane pielęgniarki ogółem i w zależności od miejsca pracy

| Badana cecha (zakres skali) | Ogół | | Miejsce pracy | | | |
|---------------------------------|------|-------------|----------------------|-------------|--------------------|-------------|
| | | | Lecznictwo zamknięte | | Lecznictwo otwarte | |
| | n | $X \pm SD$ | n | $X \pm SD$ | n | $X \pm SD$ |
| Obiad (1–2) | 193 | 1,91 ± 0,28 | 163 | 1,91 ± 0,28 | 25 | 1,88 ± 0,33 |
| Śniadanie (1–2) | 193 | 1,85 ± 0,36 | 163 | 1,83 ± 0,38 | 25 | 1,96 ± 0,20 |
| Kolacja (1–2) | 193 | 1,77 ± 0,42 | 163 | 1,79 ± 0,41 | 25 | 1,60 ± 0,50 |
| II śniadanie (1–2) | 193 | 1,37 ± 0,48 | 163 | 1,37 ± 0,49 | 25 | 1,36 ± 0,49 |
| Podwieczorek (1–2) | 193 | 1,27 ± 0,44 | 163 | 1,24 ± 0,43 | 25 | 1,44 ± 0,51 |
| Jak często dojada (1–5) | 196 | 2,53 ± 1,07 | 166 | 2,57 ± 1,10 | 25 | 2,20 ± 0,82 |
| Dojada – owoce (1–2) | 196 | 1,82 ± 0,38 | 166 | 1,83 ± 0,38 | 25 | 1,80 ± 0,41 |
| Dojada – jogurty, serki (1–2) | 196 | 1,52 ± 0,50 | 166 | 1,51 ± 0,50 | 25 | 1,56 ± 0,51 |
| Dojada – słodycze (1–2) | 197 | 1,43 ± 0,50 | 167 | 1,43 ± 0,50 | 25 | 1,36 ± 0,49 |
| Dojada – pieczywo cukier. (1–2) | 196 | 1,28 ± 0,45 | 166 | 1,30 ± 0,46 | 25 | 1,24 ± 0,44 |
| Dojada – kanapki (1–2) | 196 | 1,27 ± 0,45 | 166 | 1,28 ± 0,45 | 25 | 1,24 ± 0,44 |
| Dojada – suszone owoce (1–2) | 196 | 1,22 ± 0,42 | 166 | 1,23 ± 0,43 | 25 | 1,20 ± 0,41 |
| Dojada – chipsy, orzeszki (1–2) | 196 | 1,18 ± 0,39 | 166 | 1,19 ± 0,40 | 25 | 1,08 ± 0,28 |
| Dojada – inne (1–2) | 197 | 1,05 ± 0,22 | 167 | 1,05 ± 0,23 | 25 | 1,04 ± 0,20 |

n – liczba odpowiedzi; $X \pm SD$ – średnia arytmetyczna \pm odchylenie standardowe; Częstość dojadania: 1 – nigdy, 2 – sporadycznie, 3 – 1–2 razy w tygodniu, 4 – codziennie, 5 – 2–3 razy dziennie.

zwyczajów żywieniowych zaobserwowano pewne tendencje, które jednak nie były statystycznie istotne. Pielęgniarki z LO jadały częściej śniadania, natomiast obiady i kolacje pielęgniarki z LZ, również ta grupa osób częściej deklarowała dojadanie pomiędzy głównymi posiłkami. W tym ostatnim przypadku również nie była to różnica istotna statystycznie. Na dojadanie ponad połowa badanych pielęgniarek ogółem (tab. 1) wybierała owoce oraz jogurty i serki.

Badana grupa w skali 4-punktowej od 1 – zdecydowanie nie, do 4 – zdecydowanie tak, oceniła regularność spożywania posiłków. Ogółem w badanej grupie średnia regularność posiłków wyniosła $2,28 \pm 0,83$, co oznacza że badane pielęgniarki zazwyczaj nie jadały regularnie posiłków. W ocenie sposobu żywienia pomiędzy wyróżnionymi grupami w zależności od miejsca pracy, wystąpiły istotne różnice dotyczące jedynie częstości spożycia słodyczy (tab. 2; $p < 0,05$). Częstość spożycia słodyczy w grupie pielęgniarek pracujących w środowisku wynosiła $3,83 \pm 1,43$ a w grupie pielęgniarek zatrudnionych w lecznictwie zamkniętym była większa i wynosiła $4,54 \pm 1,34$. Zaznacza się prawidłowe, codzienne spożycie warzyw i owoców w postaci surowej, co jest zgodne z zaleceniami żywieniowymi. W badanej grupie sprawdzenia wymaga częstość spożycia mleka

Tabela 2. Częstość spożycia wybranych grup produktów spożywczych przez badaną grupę pielęgniarek ogółem i w zależności od miejsca pracy

| Częstość spożycia wybranych grup produktów spożywczych | Ogół | | Miejsce pracy | | | |
|--|------|-------------|----------------------|--------------|--------------------|--------------|
| | | | Lecznictwo zamknięte | | Lecznictwo otwarte | |
| | n | $X \pm SD$ | n | $X \pm SD$ | n | $X \pm SD$ |
| Owoce surowe | 188 | 5,59 ± 0,74 | 159 | 5,57 ± 0,76 | 24 | 5,63 ± 0,71 |
| Warzywa surowe i soki warzywne | 183 | 5,24 ± 0,99 | 153 | 5,23 ± 1,00 | 25 | 5,32 ± 0,99 |
| Mleko i produkty mleczne | 188 | 5,17 ± 1,11 | 160 | 5,18 ± 1,04 | 24 | 5,13 ± 1,51 |
| Masło | 188 | 5,01 ± 1,57 | 159 | 4,98 ± 1,59 | 24 | 5,08 ± 1,61 |
| Warzywa gotowane | 187 | 4,87 ± 1,01 | 157 | 4,89 ± 0,98 | 25 | 4,84 ± 1,18 |
| Pieczywo razowe | 190 | 4,73 ± 1,22 | 161 | 4,77 ± 1,21 | 24 | 4,50 ± 1,32 |
| Pieczywo pszenne | 183 | 4,50 ± 1,62 | 153 | 4,54 ± 1,57 | 25 | 4,28 ± 2,01 |
| Cukier | 189 | 4,50 ± 2,01 | 159 | 4,56 ± 1,98 | 25 | 4,12 ± 2,17 |
| Słodycze | 193 | 4,48 ± 1,37 | 164 | 4,54 ± 1,34* | 24 | 3,83 ± 1,43* |
| Drób | 190 | 4,39 ± 0,66 | 160 | 4,39 ± 0,66 | 25 | 4,40 ± 0,65 |
| Kasze, makarony, ryż | 190 | 4,35 ± 0,79 | 160 | 4,31 ± 0,79 | 25 | 4,56 ± 0,77 |
| Jaja | 193 | 4,11 ± 0,86 | 163 | 4,13 ± 0,89 | 25 | 4,08 ± 0,57 |
| Ryby i przetwory rybne | 190 | 3,90 ± 0,69 | 161 | 3,88 ± 0,73 | 24 | 4,04 ± 0,36 |
| Mięso czerwone | 192 | 3,54 ± 1,03 | 163 | 3,58 ± 1,03 | 24 | 3,42 ± 1,06 |
| Smalec, boczek | 181 | 2,49 ± 1,20 | 151 | 2,51 ± 1,20 | 25 | 2,48 ± 1,23 |

n – liczba odpowiedzi; $X \pm SD$ – średnia arytmetyczna \pm odchylenie standardowe; Częstość spożycia 1 – nigdy, 2 – rzadziej niż raz w miesiącu, 3 – raz w miesiącu, 4 – 1–2 razy w tygodniu, 5 – 3–4 razy w tygodniu, 6 – codziennie, * $p < 0,05$ – różnice istotne statystycznie.

i przetworów mlecznych, która średnio w grupie wyniosła $5,17 \pm 1,11$, co oznaczało 3–4 razy w tygodniu. Obserwuje się w badanej grupie osób wysoką, bliską częstości 4–5 razy w tygodniu, średnią częstość spożycia pieczywa razowego, co jest prawidłowe z punktu widzenia żywieniowego.

Badane pielęgniarki udzieliły odpowiedzi na pytanie dotyczące hierarchii ważności wybranych tematów z zakresu żywności i żywienia w ich pracy zawodowej, wyniki przedstawia tabela 3. Tematy wybierane jako istotne przez dwie grupy pielęgniarek różniły się istotnie w zależności od miejsca pracy ($p < 0,05$). Dla pielęgniarek pracujących w LO tematy dotyczące związku żywienia z chorobami cywilizacyjnymi oraz diet odchudzających miały większe znaczenie w porównaniu do pielęgniarek z LZ, które wyżej oceniały ustawodawstwo żywieniowe. Najważniejszym tematem dla ogółu badanych pielęgniarek była wartość odżywcza produktów i potraw. Ograniczeniem pracy może być zbyt mała liczba pielęgniarek pracujących w opiece środowiskowej, które rzadziej ze względu na wiek i staż pracy podejmują się trwającego kilka lat kształcenia uzupełniającego.

Tabela 3. Wybrane istotne treści z zakresu żywności i żywienia realizowane w pracy badanej grupy pielęgniarek ogółem i w zależności od miejsca zatrudnienia

| Wybrane istotne treści z zakresu żywności i żywienia | Ogół | | Miejsce pracy | | | |
|--|------|-------------|----------------------|--------------|--------------------|--------------|
| | | | Lecznictwo zamknięte | | Lecznictwo otwarte | |
| | n | $X \pm SD$ | n | $X \pm SD$ | n | $X \pm SD$ |
| Wartość odżywcza produktów i potraw | 167 | 2,90 ± 1,95 | 143 | 2,85 ± 1,91 | 23 | 3,17 ± 2,23 |
| Diety lecznicze | 165 | 3,13 ± 1,98 | 142 | 3,06 ± 1,99 | 22 | 3,41 ± 1,82 |
| Choroby wywołane czynnikami żywieniowymi | 163 | 3,47 ± 1,89 | 140 | 3,41 ± 1,91 | 22 | 3,95 ± 1,68 |
| Związek żywienia z chorobami cywilizacyjnymi | 163 | 4,24 ± 2,06 | 140 | 4,41 ± 2,01* | 22 | 3,14 ± 2,12* |
| Nowości w dziedzinie żywności i żywienia | 162 | 4,73 ± 1,78 | 139 | 4,77 ± 1,79 | 22 | 4,59 ± 1,71 |
| Znakowanie żywności | 165 | 4,77 ± 2,24 | 143 | 4,72 ± 2,22 | 21 | 5,14 ± 2,46 |
| Ustawodawstwo żywnościowe | 159 | 6,13 ± 1,97 | 139 | 5,98 ± 2,04* | 19 | 7,21 ± 0,85* |
| Diety odchudzające | 160 | 6,19 ± 2,04 | 138 | 6,36 ± 1,95* | 21 | 5,05 ± 2,29* |

n – liczba odpowiedzi; $X \pm SD$ – średnia arytmetyczna \pm odchylenie standardowe; w odpowiedzi należało podać hierarchię ważności poszczególnych tematów od 1 – najważniejsze do 8 – mało ważne, * $p < 0,02$ – różnice istotne statystycznie.

Omówienie

Badana grupa pielęgniarek nie realizuje w pełni prawidłowych zaleceń żywieniowych. Odpowiednia częstota spożycia mleka i produktów mlecznych powinna wynosić od 2–3 razy dziennie. W prowadzonym badaniu średnio jest ona dużo niższa, co w porównaniu z wiekiem badanej grupy (profilaktyka osteoporozy), może budzić obawy o pokrycie norm na wapń w badanej grupie pielęgniarek. Zaznacza się zbyt duże, pomiędzy 3–4 razy do 1–2 razy w tygodniu spożycie słodczy, szczególnie w grupie osób zatrudnionych w lecznictwie zamkniętym, słodczyce znajdują się także na trzecim miejscu w wyborze produktów na dojadanie pomiędzy posiłkami przez badane pielęgniarki. Wśród prawidłowych zachowań żywieniowych badanych osób należy podkreślić prawie codzienne spożywanie owoców i warzyw surowych oraz właściwą częstotliwość spożycia pieczywa razowego, produktów zawierających błonnik pokarmowy, a także unikanie mięsa czerwonego oraz tłuszczu bogatych w nasycone kwasy tłuszczowe (smalec, boczek). Prowadzone wcześniej badania wykazały, że pielęgniarki popełniają najczęstsze błędy żywieniowe sprzyjające powstawaniu nadwagi i otyłości tj. w ciągu doby nieregularnie spożywają posiłki, a także dodatkowo jedzone

są one rzadko. Posiadana wiedza żywieniowa deklarowana przez pielęgniarki nie była zazwyczaj powiązana z realizacją prawidłowych nawyków żywieniowych. Potwierdzone błędy żywieniowe oraz brak aktualizacji wiedzy na temat żywienia człowieka zdrowego i chorego, w opinii autorów, nie pozwalają na prowadzenie przez pielęgniarki właściwej edukacji żywieniowej [5–8]. W badaniach Sokołowskiej pielęgniarki również znają, ale nie preferują zdrowego stylu żywienia, odżywiają się nieregularnie. Połowa badanych pielęgniarek określiła, że to praca zmianowa utrudnia im regularne odżywianie. Wśród innych czynników wpływających na regularne spożywanie posiłków pielęgniarki zaznaczyły stale pogarszającą się sytuację materialną oraz brak czasu wynikający z nadmiaru obowiązków [9].

W opinii pielęgniarek wśród elementów stylu życia przeciętnej polskiej rodziny, interwencji pielęgniarskiej w zakresie działań edukacyjnych wymagają przede wszystkim sposób odżywiania się oraz sposób radzenia sobie ze stresem [10]. Pielęgniarki stanowią duży potencjał w działaniach na rzecz edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Podejmują one zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia, edukacji pacjenta, a w szczególności promocji zdrowia poprzez edukację w zakresie kulturowych wzorów, w tym m.in. wzorów żywienia [11].

W przeprowadzonym badaniu zaznacza się zróżnicowanie ważności treści z zakresu żywności i żywienia istotnych w pracy pielęgniarek w zależności od miejsca pracy. Pielęgniarki środowiskowe, które w większym stopniu zajmują się promocją zdrowia wybrały tematy dotyczące związku żywienia z chorobami cywilizacyjnymi oraz leczeniem nadwagi lub otyłości. Celem dobrego przygotowania programu edukacji żywieniowej należy określić jaką wiedzę żywieniową posiadają jej odbiorcy, jakie prezentują postawy i zachowania w sferze żywności i żywienia. Przekazana informacja żywieniowa może być przez podopiecznych lub pacjentów odrzucona jako nieprzekonywująca lub zaakceptowana, co nie jest jednoznaczne ze zmianą zachowań żywieniowych. Rezultaty wprowadzenia przekazywanych informacji żywieniowych są dość odległe w czasie, a przy tym nie pojawia się szybka potrzeba wprowadzenia zmian. Niektóre wskazania edukacyjne mogą też pozostawać w konflikcie z indywidualnym doświadczeniem, co zmniejsza szanse ich zastosowania w praktyce [2].

Pielęgniarka jako rzeczniczka propagowania zdrowego stylu życia, w dużej mierze sama powinna być przykładem dla swoich pacjentów. Poniekąd jej pozytywne zachowania zdrowotne świadczą o racji i słuszności stosowania działań prozdrowotnych. W badaniach Filipczuk i Wrońskiej zaobserwowano prawie 100% jednorodność, że własne postawy i zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia mogą pozytywnie lub negatywnie wpływać na kreowanie zachowań prozdrowotnych podopiecznych. Niestety, tylko co dziesiąta badana osoba (pielęgniarki i lekarze), wymieniła własny przykład jako metodę oddziaływania w promocji zdrowia [12].

Wnioski

Sposób żywienia pielęgniarek wymaga korekty, szczególnie w zakresie realizacji prawidłowych nawyków żywieniowych.

Częstość spożycia warzyw i owoców oraz pieczywa razowego w badanej grupie pielęgniarek jest większa niż dla ogółu polskiego społeczeństwa.

W prowadzeniu trwałych zmian u pacjentów i podopiecznych w zakresie postaw wobec żywności i żywienia istotny jest indywidualny przykład pielęgniarki i innych pracowników ochrony zdrowia, zajmujących się promocją zdrowia i edukacją zdrowotną.

Piśmiennictwo

1. Aronson E., Wilson T.D., Akert R.: Postawy i zmiana postaw: wpływanie na myśli i uczucia. w E. Aronson, T.D. Wilson, R. Akert (red.): Psychologia społeczna. Serce i umysł. Wyd. Zysk i ska, Poznań, 1997, 310–353.
2. Jeżewska-Zychowicz M.: Wpływ procesu edukacji żywieniowej na postawy i zachowania żywieniowe. w M. Jeżewska-Zychowicz: Zachowania żywieniowe konsumentów a proces edukacji żywieniowej. Wyd. SGGW, Warszawa, 1996, 36–39.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r., w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz. U. Nr 116, poz. 750).
4. Majchrowska A.: Zachowania zdrowotne – aspekty socjologiczne. w: A. Majchrowska (red.): Wybrane elementy socjologii. Wyd. Czelej, Lublin, 2003.
5. Międzobrodzka A., Piórecka B.: Poziom wiedzy studentów wydziałów pielęgniarstwa z zakresu żywienia człowieka. *Pielęgniarstwo* 2000, 1999, 3, 54–60.
6. Międzobrodzka A., Piórecka B.: Wstępne badania stanu wiedzy personelu medycznego z zakresu żywienia człowieka. *Zdrowie Publ.*, 2000, 110, 418–421.
7. Międzobrodzka A., Piórecka B.: Ocena wiedzy żywieniowej słuchaczy studiów podyplomowych i studentów Wydziału Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ. *Żywność, Nauka, Technologia, Jakość*, 2001, 3 (supl.), 28, 81–89.
8. Gawel G., Piórecka B., Rak A., Nowacka A., Motyka H., Schlegel-Zawadzka M.: Wiedza pielęgniarek na temat żywieniowych czynników ryzyka chorób układu krążenia. *Ann. Univ. M. Curie-Skłodowska*, 2003, 58, (supl.), 13, 71, 390–394.
9. Sokołowska B., Samoszuk T., Piaszczyk D.: Styl życia a odżywianie pielęgniarek jako jeden z wyznaczników programu promocji zdrowia. *Ann. Univ. M. Curie-Skłodowska*, 2003, 58, (supl.) 13, 231, 152–156.
10. Bogusz R., Majchrowska A.: Rola pielęgniarki w edukacji zdrowotnej rodziny w opinii studentek Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu. *Ann. Univ. M. Curie-Skłodowska*, 2004, 59 (supl.), 14, 34, 174–179.
11. Przewoźniak L.: Edukacyjne zadania pielęgniarki. *Mag. Piel. i Położ.*, 2001; 1: 42–43.
12. Filipczuk A., Wrońska I.: Promocja zdrowia wśród pracowników ochrony zdrowia. *Ann. Univ. M. Curie-Skłodowska*, 2003, 58 (supl.), 13, 58, 319–326.

Znaczenie magnezu w diecie zdrowych dzieci

Dzieci i młodzież w wieku szkolnym rosnąc zmieniają się w różny sposób. Osobnicze cechy rozwojowe i różne tempo wzrastania rzutują na ich potrzeby żywieniowe. Dotychczasowe dane z piśmiennictwa wskazują na wiek pokwitania jako na wiek dający największą szansę na trwałą zmianę niewłaściwych nawyków żywieniowych i skuteczną promocję takiej diety, która może poprawić wskaźniki zdrowotne w społeczeństwie [1]. Ponadto uznaje się, że to właśnie w tym wieku ustalają się nawyki żywieniowe, które są następnie kontynuowane w samodzielnym życiu dorosłym. Dużą rolę, poza wieloma innymi czynnikami takimi jak np. wpływ grupy rówieśniczej, ma przynależność do klasy społecznej [2].

Okres młodzieńczy charakteryzują 3 cechy rozwojowe, które wpływają na zapotrzebowanie energetyczne i na inne składniki pożywienia. Masa ciała ulega podwojeniu w okresie tzw. skoku wzrostowego, zapotrzebowanie na energię i składniki pokarmowe ściśle związane jest ze skokiem wzrostowym i jest większe niż w jakimkolwiek innym okresie życia. W wyniku bardzo dużych potrzeb żywieniowych młodzież w wieku skoku wzrostowego jest bardzo wrażliwa na wszelkie ograniczenia podaży energii i składników pokarmowych, w tym także mineralnych [3]. Błędy żywieniowe wpływają nie tylko na fazę biologicznego wzrostu i rozwoju, lecz także mogą wywołać odległe implikacje zdrowotne [4, 5].

Z przyrostem masy mięśniowej i kości wzrasta zapotrzebowanie na magnez. Przyjmuje się, że na przyrost każdego kilograma mięśni potrzeba około 200 mg Mg, a na przyrost jednego kilograma ciała – 300 mg. Dla chłopców pomiędzy 9 a 13 rokiem życia, którzy nie weszli jeszcze w okres szybkiego wzrostu masy ciała i wysokości zapotrzebowanie na magnez powinno być takie, jak u dziewcząt w tym samym wieku, tj. 5 mg/kg/dzień. Przy średniej masie ciała 40 kg jest to 200 mg/dzień. To jest najmniejsza ilość, która daje dodatni bilans Mg przy zapewnieniu odpowiedniej ilości białka w diecie.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Białymstoku

² Zakład Higieny i Epidemiologii, Akademia Medyczna w Białymstoku

Należy w tym miejscu przypomnieć, że zapotrzebowanie młodzieży na magnez pomiędzy 10 a 15 rokiem życia wynosi 300 mg dla dziewcząt oraz 290 i 300 mg dziennie dla chłopców. Bezpieczny poziom spożycia Mg wynosi dla dziewcząt 280 mg/dzień, dla chłopców 270–280 mg/dzień [6].

Zalecane jest, aby młodzież spożywała od 4 do 5 posiłków dziennie z przeciętną częstotliwością nie większą niż co 4 godziny [4]. Zbyt długie przerwy pomiędzy posiłkami powodują uczucie głodu, który obniża zdolność koncentracji, ogranicza zdolność psychofizyczną, pogarsza nastrój i dobre samopoczucie, a tym samym wpływa ujemnie na efektywność procesu nauczania [7]. Istotne są drugie śniadania w szkole, które powinny składać się z pieczywa, dodatku białkowego, warzyw (np. pomidora, papryki) i owoców. Nie zaleca się spożywania słodkiego pieczywa, ciastek i innych słodczy [8]. Rzeczywistość szkolna jest inna, gdy tylko rozlegnie się dźwięk dzwonka na przerwę tłum młodzieży oblega kiosk ze słodczami. Dietetyków nie dziwi już fakt, że przy takich nawykach żywieniowych dzieci są agresywne, nieobecne myślami na lekcjach, nie mogą się skoncentrować, dlatego że brak równowagi psychicznej jest często skutkiem niedoboru witamin, składników mineralnych i pierwiastków śladowych. W wieku szkolnym porządne śniadanie, tzn. pokrywające zapotrzebowanie organizmu na składniki odżywcze odgrywa wielką rolę. Wydolność fizjologiczna i wysiłek umysłowy na lekcjach powodują, że dzieci wydatkują w szkole jedną trzecią całodziennego zapotrzebowania energetycznego organizmu [9].

Trudniejszy problem, co do wartości odżywczej, stanowi posiłek południowy – obiad. Stanowi on prawie połowę dziennego zapotrzebowania żywieniowego, w miarę możliwości powinien być sporządzony z wszystkich rodzajów artykułów żywnościowych w odpowiednich proporcjach tj. produktów zbożowych, mięsnych, warzywnych, owocowych, tłuszczowych, mlecznych. Obiad powinien być czasem koniecznego odprężenia, stanowić okazję do nauczania prawidłowych nawyków w zakresie żywienia [3].

Planując jadłospis, trzeba dbać o jego urozmaicenie, wykorzystując produkty z podstawowych grup, takich jak: produkty zbożowe, mleko i produkty mleczne, mięso, ryby, drób, wędliny i jaja oraz owoce i warzywa w postaci sałatek i surówek [6].

Podstawowym źródłem magnezu są produkty roślinne, szczególnie ich części zielone, ze względu na zawartość chlorofilu, w skład którego wchodzi magnez. Zawartość Mg w roślinnych produktach spożywczych jest zróżnicowana i zależy również od zawartości tego pierwiastka w glebie i wodzie [6, 10].

Produkty żywnościowe odznaczające się wysokim poziomem magnezu (powyżej 100mg/100g) to: kakao, czekolada, ser biały, kukurydza, pełne ziarna żyta i pszenicy, orzechy, migdały oraz suszone owoce [5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16]. Ziarno roślin dobrze odżywionych Mg posiada białko o optymalnej zawartości aminokwasów egzogennych, które w dużej mierze decydują o wartości odżywczej otrzymywanych z tego ziarna produktów [17]. Średni poziom magnezu (od 25

do 100mg/100g) mają: chleb, ryby, mięso, jaja, kapusta, kasze. Niski poziom magnezu (poniżej 25mg/100g) posiada: białe pieczywo, masło, margaryna, cukier, napoje orzeźwiające, alkohole [16].

W Polsce, jak również w krajach rozwiniętych obserwuje się stopniowy spadek zawartości magnezu w produktach spożywczych. Wpływa na to m.in. ingerencja człowieka w środowisko naturalne (np. jednostronne nawożenie wapniem oraz nawozami azotowymi spowodowało zakłócenie naturalnej równowagi w glebie i w konsekwencji doprowadziło do zmian zawartości tych pierwiastków w łańcuchu troficznym człowieka) [18].

Oczyszczanie produktów żywnościowych również obniża w nich zawartość magnezu. Procesy technologiczne związane z przetwarzaniem żywności mają istotny wpływ na zawartość Mg. Mąka o wysokim przemiele, mocno oczyszczona zawiera tylko 1/3 ilości magnezu, która znajdowała się w nienaruszonym ziarnie. Ryż łuskany, w przeciwieństwie do ryżu naturalnego (lub brązowego), nie zawiera praktycznie żadnych składników mineralnych i pierwiastków śladowych [10, 15]. Gotowe wyroby, konserwy, produkty mrożone, zupy „z papierka” ogromnie ułatwiają życie, ale powinny być wzbogacone świeżymi dodatkami w celu uzupełnienia niedoborów składników mineralnych i witamin [9]. Obróbka warzyw i nasion strączkowych przy zastosowaniu ciepłej wody obniża zawartość Mg do 1/2, a nawet do 1/3 ilości pierwotnie w nich występujących [6]. Przykładowo, w konserwowanym szpinaku strata Mg wynosi 87%, w mące pszennej 89%, a w łuskany ryżu 29% [9].

Głównym źródłem magnezu, jak wynika z badań krajowych racji pokarmowych, są produkty zbożowe, które dostarczają około 35% tego pierwiastka w dziennej racji pokarmowej. Mleko i jego przetwory dostarczają około 20%, ziemniaki 20%, warzywa i owoce dostarczają w dziennej racji pokarmowej około 10% magnezu [19].

Poważnym problemem wśród dziewcząt jest odchudzanie, stosowanie nieracjonalnego odżywiania, często jednostronnego, co prowadzi do niedoborów pokarmowych. Podczas planowania indywidualnego żywienia dla młodzieży należy zwrócić szczególną uwagę na zachowanie należnej masy ciała [5, 8].

Prawidłowo zbilansowana dieta, we właściwych proporcjach dostarcza organizmowi człowieka niezbędnych składników odżywczych. W przypadku nieprzestrzegania takiej diety powstają niedobory. Są one wynikiem złych nawyków żywieniowych, spożywania żywności wysokoprzetworzonej, stosowanie nieracjonalnych „modnych” diet. Prowadzi to do konieczności wzbogacania żywności, najczęściej w witaminy i składniki mineralne.

Piśmiennictwo

1. Charzewska i współ.: Społeczne uwarunkowania żywienia młodzieży w latach 1982–1991. Wydawnictwo IŻŻ, Warszawa 1995.

2. Sweeting H., Anderson A., West P.: Socio-demographic correlates of dietary habits in mid to late adolescence. *Europ. J. of Clin. Nutr.*, 1994, 48, 736.
3. Hasik J., Gawędzki J.: Żywnienie człowieka zdrowego i chorego. PZWL, Warszawa, 2000.
4. Sałacka A., Radomska K., Kozielec T., Strecker D.: Występowanie wybranych biopierwiastków we włosach u dzieci przebywających w Państwowym Domu Małego Dziecka. *Biul. Magnezol.*, 1 (3), 1998, 10–14.
5. Socha J. (red.): Żywnienie dzieci chorych i zdrowych. PZWL, Warszawa, 1998.
6. Ziemiański Ś. (red.): Normy żywienia człowieka. Fizjologiczne podstawy. PZWL, Warszawa, 2001.
7. Brown J. L., Pollitt E.: Malnutrition, poverty and intellectual development. *Sci. Am.* 1996, 274, 38.
8. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka. PZWL, Warszawa, 2000.
9. Berger U., Rosenfelder R.: Włosy odbiciem zdrowia lub choroby. Amber, Warszawa, 2001.
10. Hasik J. (red.): Dietetyka. PZWL, Warszawa, 1992.
11. Czajkowski K.: Wapń, magnez i fosfor nieograniczony w ciąży powikłanej cukrzycą. WAM, Warszawa, 1996.
12. Floriańczyk B.: Status magnezu w ustroju i jego niedobory. *Prob. Lek.*, 1997, XXXVI, 1–2, 55–58.
13. Kłosiewicz-Latoszek L.: Niedobór magnezu a choroby serca. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm.* 1993, XX, 4, 374–380.
14. Krzewicki J.: Magnez w organizmie człowieka. *Pol. Tyg. Lek.*, 1989, XLIV, 30–31, 732–735.
15. Marcinkowska-Suchowierska E.: Metabolizm magnezu w zdrowiu i chorobie. *Homeostaza magnezowa – część I.* *Post. Nauk Med.*, 1991, IV, 86–89.
16. Pasternak K.: Biopierwiastki w praktyce klinicznej. Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin, 2000.
17. Krauze A., Borowszczyk T., Miron W.: Wpływ nawożenia magnezem na wartość odżywczą ziarna pszenicy. *Biul. Magnezol.*, 1999, 4, 1, 111–115.
18. Ustymowicz-Farbiszewska J., Czapska D., Karczewski J.: Magnez i wapń w diecie uczniów regionu podlaskiego – badania retrospektywne. *Biul. Magnezol.*, 1999, 4, 1, 196–202.
19. Rutkowska U., Iwanow K., Chojnowska J., Nadolna I., Kunachowicz H.: Badania analityczne nad składem i wartością odżywczą racji pokarmowych. Cz.II. Zawartość wapnia, fosforu, magnezu, żelaza i potasu. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm*, 1993, 20, 4, 328–338.

M. Pużuk, M. Strankowska, A. Kulikowska

Wzorce jedzenia a zaburzenia odżywiania się w grupie dziewcząt w okresie adolescencji

Zaburzeń odżywiania nie rozpoznają u siebie grubasy unieruchomione nadwagą, sparaliżowane lękiem przed cukrzycą ani wychudzone modelki na wybiegach. Nałóg jest ukrywany, objawia się dopiero innymi chorobami: głodowym wycieńczeniem albo przykuciem do łóżka osoby okaleczonej przez otyłość.

Początek anoreksji jest zwykle ukryty, dziewczyna nie postrzega siebie jako chorej. Taka osoba systematycznie unika jedzenia, szczególnie pokarmów wysokokalorycznych oraz bogatych w „tuczące” węglowodany. Dieta staje się coraz bardziej drastyczna aż do całkowitego zaprzestania przyjmowania pokarmów, zwykle w tym czasie uprawia intensywnie ćwiczenia fizyczne, niektóre z nich bezpośrednio po jedzeniu prowokują wymioty, przyjmują środki przeczyszczające i odwadniające. Dziewczęta te są z reguły znakomitymi, ambitnymi uczennicami.

Chora na bulimię w czasie napadów bulimicznych może zjadać olbrzymie ilości pożywienia, często nie mając poczucia kontroli nad przebiegiem zdarzenia, nie może przestać jeść. Po ataku ma poczucie rodzaju ulgi związanej ze spadkiem napięcia emocjonalnego oraz poczucie winy z powodu braku kontroli nad sobą. Po epizodzie obżarstwa wywołują wymioty, które trwają aż do momentu gdy chora jest pewna, że wszystko co zjadła zwymiotowała.

Życie bez jedzenia nie sposób, ale spróbować można, próbę tę podejmują już gimnazjalistki, licealistki i dojrzałe kobiety.

Celem pracy było określenie patologicznych wzorców odżywiania się (anoreksji psychicznej i bulimii psychicznej) w dwóch grupach dziewcząt w okresie adolescencji – gimnazjalistek w II klasie i licealistek w II klasie.

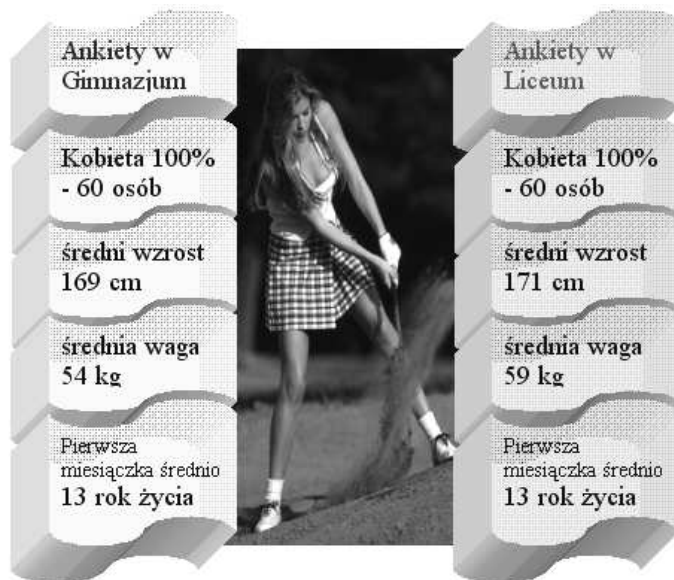
Material i metoda

Badania przeprowadzono w szkołach Białegostoku na grupie 60 licealistek i grupie 60 gimnazjalistek za pomocą kwestionariusza ankiety konstrukcji wła-

¹ SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

snej zawierającej pytania dotyczące: zadowolenia z siebie, zainteresowania swoją wagą, ilością spożywanego pokarmu, ograniczenia jedzenia, występujących okresów obżarstwa, prowokowania wymiotów, przyjmowania środków przeczyszczających, środków odchudzających, wyczerpujących ćwiczeń fizycznych, unikania jedzenia, głodzenia się, unikania wspólnych posiłków z rodziną.

Charakterystyka grupy badanej

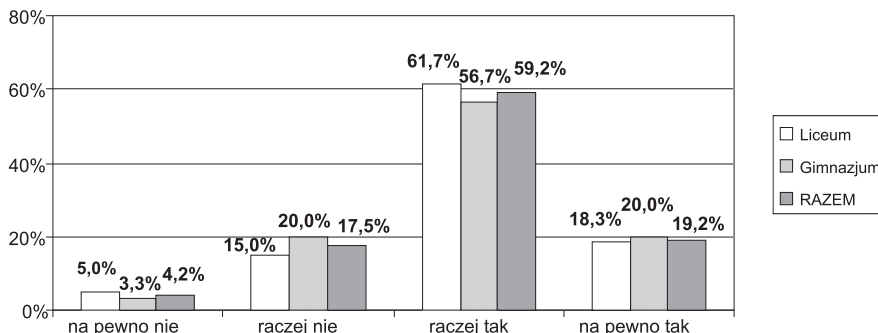
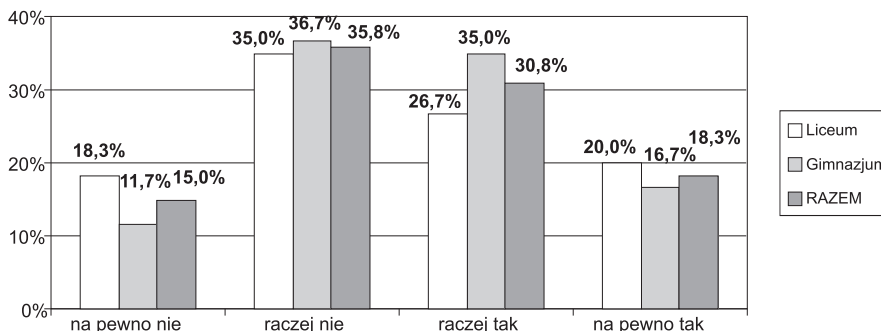
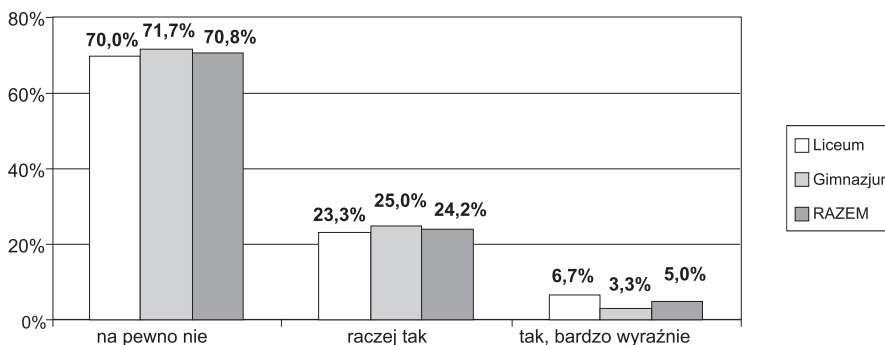


Wyniki

W odpowiedzi na pytanie: Czy jesteś zadowolona z siebie? 61,7% licealistek raczej jest zadowolona z siebie, gimnazjalistki: 56,7% raczej jest zadowolona z siebie (ryc. 1).

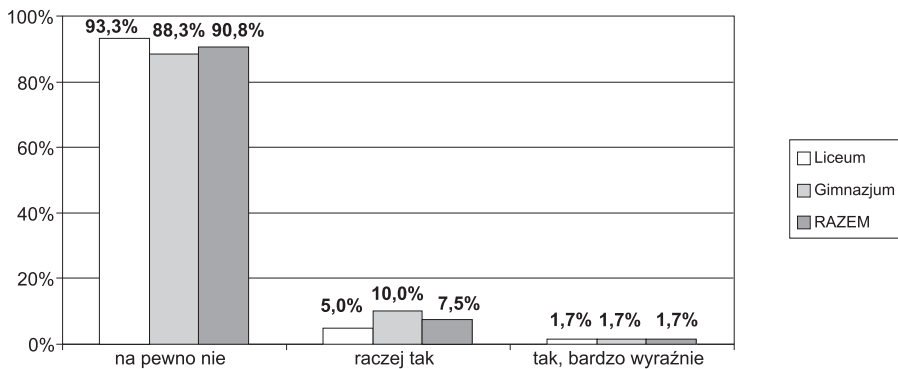
W odpowiedzi na pytanie: Czy uważasz, że jesz za dużo? ankietowanych 35% licealistek stwierdziło: raczej nie je za dużo, 20% uważa, że na pewno je za dużo. Gimnazjalistki: 36,7% raczej nie je za dużo, 35% raczej je za dużo (ryc. 2).

W odpowiedzi na pytanie: Czy zdarzały ci się kilkugodzinne okresy obżarstwa? 70% licealistek wyraziło opinię, że na pewno nie zdarzały się kilkugodzinne okresy obżarstwa, 71,7% gimnazjalistek stwierdziło, że na pewno nie zdarzały się okresy obżarstwa. Badanych 5% uczennic liceum i gimnazjum stwierdziło, że zdarzały im się okresy obżarstwa (ryc. 3).

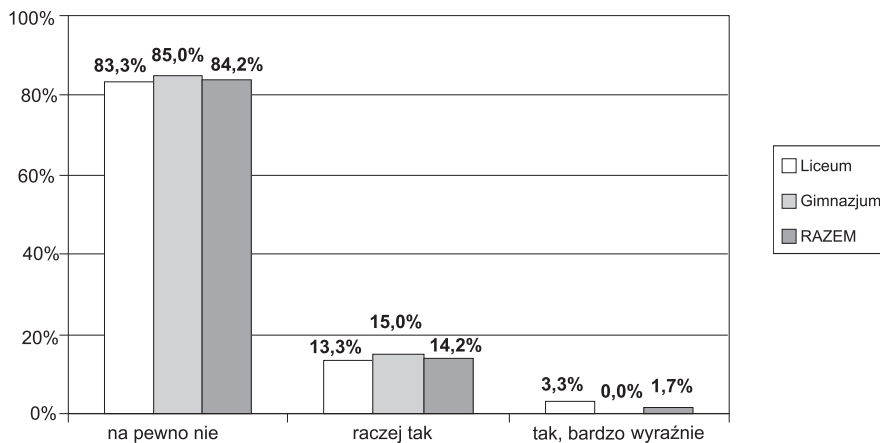
Rycina 1. Czy jesteś zadowolona z siebie?**Rycina 2. Czy uważasz, że jesz za dużo?****Rycina 3. Czy zdarzały ci się kilkugodzinne okresy obżarstwa?**

Na zadane pytanie: Czy prowokowałeś wymioty? 93,3% licealistek nie prowokowało wymiotów. W grupie gimnazjalistek 88,3% na pewno nie prowokowało wymiotów. Badanych 1,7% uczennic liceum i gimnazjum prowokowało wymioty (ryc. 4).

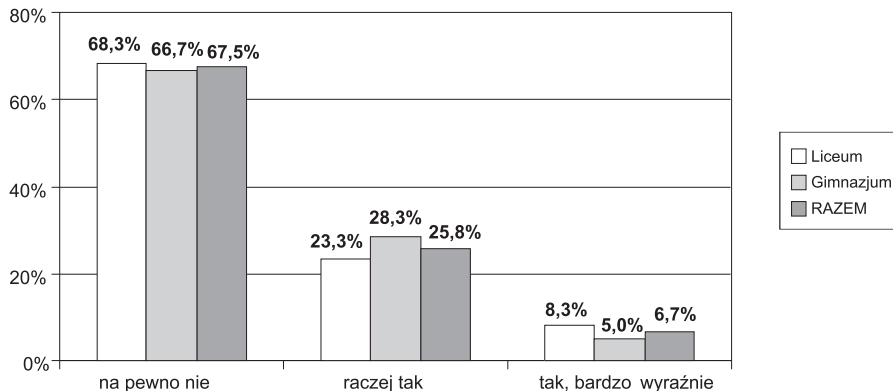
Rycina 4. W odpowiedzi na pytania: Czy prowokowałeś wymioty?



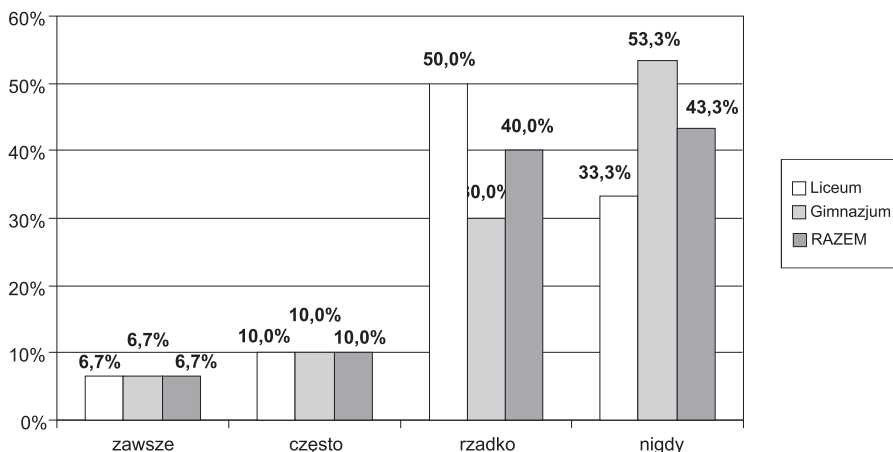
Rycina 5. Czy przyjmowałaś środki odchudzające?



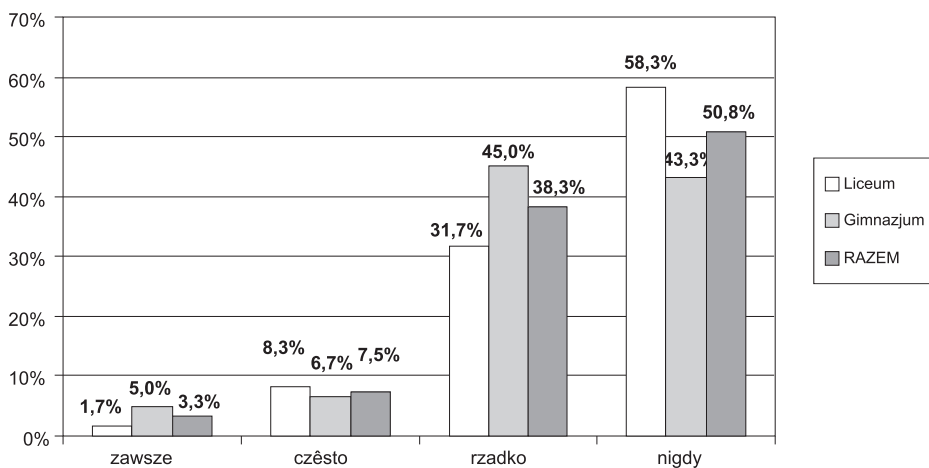
Rycina 6. Czy zdarzało ci się nadmiernie fizycznie?



Rycina 7. Czy lubisz gdy twój żołądek jest pusty?



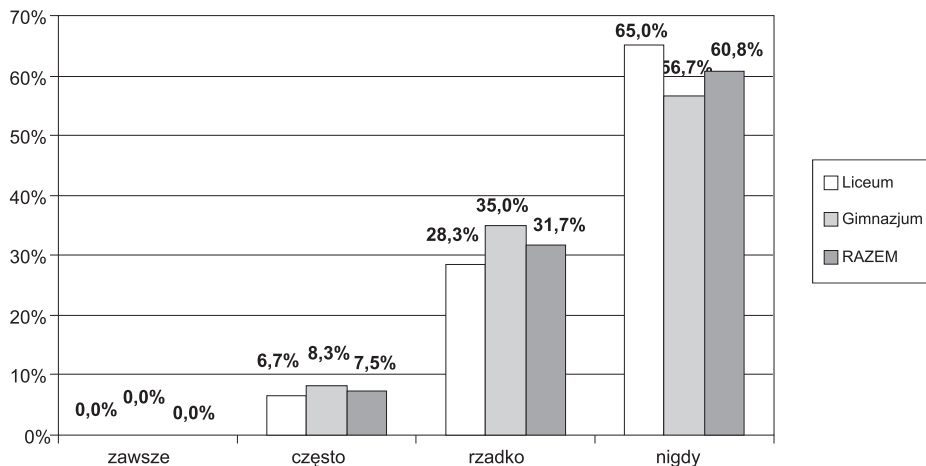
Rycina 8. Czy często unikasz posiłków z rodziną?



W odpowiedzi na pytanie: Czy przyjmowałaś środki odchudzające? 83,3% licealistek na pewno nie przyjmowała środków odchudzających, 3,3% przyjmowała środki odchudzające. 85% gimnazjalistek na pewno nie przyjmowała środków odchudzających, 15% raczej tak, przyjmowała środki odchudzające (ryc. 5).

W odpowiedzi na zadane pytanie: Czy zdarzało ci się ćwiczyć nadmiernie fizycznie? 68,3% ankieterowanych licealistek na pewno nie ćwiczyła nadmiernie fizycznie, 8,3% ćwiczyła nadmiernie. 66,7% gimnazjalistek na pewno nie ćwiczyła nadmiernie fizycznie (ryc. 6).

W odpowiedzi na pytanie: Czy lubisz, gdy twój żołądek jest pusty? 6,7% licealistek lubi zawsze mieć pusty żołądek, 10% często lubi mieć pusty żołądek.

Rycina 9. Czy głodzisz się żeby wyszczupłeć?

Gimnazjalistki: 50% rzadko lubi mieć pusty żołądek, 53,3% nie lubi by żołądek był pusty (ryc. 7).

Na zadane pytanie: Czy często unikasz posiłków z rodziną? 58,3% licealstek nigdy nie unika wspólnych posiłków z rodziną, 43,3% gimnazjalistek nigdy nie unika wspólnych posiłków z rodziną (ryc. 8).

W odpowiedzi na pytanie: Czy głodzisz się żeby wyszczupłeć? 65% licealstek nigdy nie głodziło się żeby wyszczupłeć. 56,7% gimnazjalistek nigdy nie głodziło się żeby wyszczupłeć (ryc. 9).

Wnioski

1. Ankietowane gimnazjalistki i licealistki wyrażały obawę dotyczącą zbyt dużej, ich zdaniem, ilości spożywanych przez siebie pokarmów.
2. Zainteresowanie problematyką odchudzania przekładało się u części badanych na rzeczywiste objawy zaburzeń odżywiania się.

Danuta Pawłowska¹, Anna Goździkiewicz¹,
Bassam Ahmad¹

Ilościowa ocena jadłospisów dzieci w wieku przedszkolnym z Białegostoku

Wstęp

Pokrycie dobowego zapotrzebowania na energię i składniki odżywcze jest niezbędnym warunkiem dla prawidłowego wzrostu i rozwoju organizmu dziecka. Nieprawidłowe żywienie pociąga za sobą szkodliwe skutki zdrowotne [1, 2].

Większość dzieci w wieku 4–6 lat uczęszcza do przedszkoli, przebywając tam do 8 godz. dziennie przez 5 dni w tygodniu. Posiłki otrzymywane w przedszkolach stanowią podstawę całodziennego wyżywienia, a więc muszą być zbilansowane pod względem energii i składników odżywczych stosownych do wieku dziecka [3].

Celem pracy była ocena wartości odżywczej dekadowych jadłospisów posiłków spożywanych przez dzieci 4–6-letnie w białostockich przedszkolach.

Materiały i metody

Badania przeprowadzono w pięciu białostockich przedszkolach. Materiałem badawczym były dekadowe jadłospisy i wielkości porcji produktów i potraw trzech posiłków wydawanych w okresie jesienno-zimowym i wiosenno-letnim 2003/2004. Wartość odżywczą poszczególnych posiłków oceniano za pomocą programu komputerowego Dietetyk 97. Uzyskane wyniki odnoszono do norm żywienia dzieci 4–6-letnich zalecanych przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie [4].

Zgodnie z zasadami zbiorowego żywienia, w przedszkolach obliczana jest średnia racja pokarmowa, stąd wyniki odnoszono do wartości średniego zapotrzebowania na składniki pokarmowe w danej grupie wiekowej dzieci. Przyjęto, iż posiłki spożywane przez dzieci podczas pobytu w przedszkolu powinny do-

¹ Zakład Dietetyki, Akademia Medyczna w Białymstoku

starczyć energii i składników odżywczych w ilościach nie przekraczających 75% dobowego zapotrzebowania.

Wyniki opracowano statystycznie przy użyciu testu t-Studenta. Różnice statystycznie przyjęto przy $p < 0.05$.

Wyniki

Wartość kaloryczną oraz zawartość białka, tłuszczów i węglowodanów w jadłospisach dzieci przedszkolnych przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Energia, białko, tłuszcze i węglowodany w posiłkach przedszkolnych

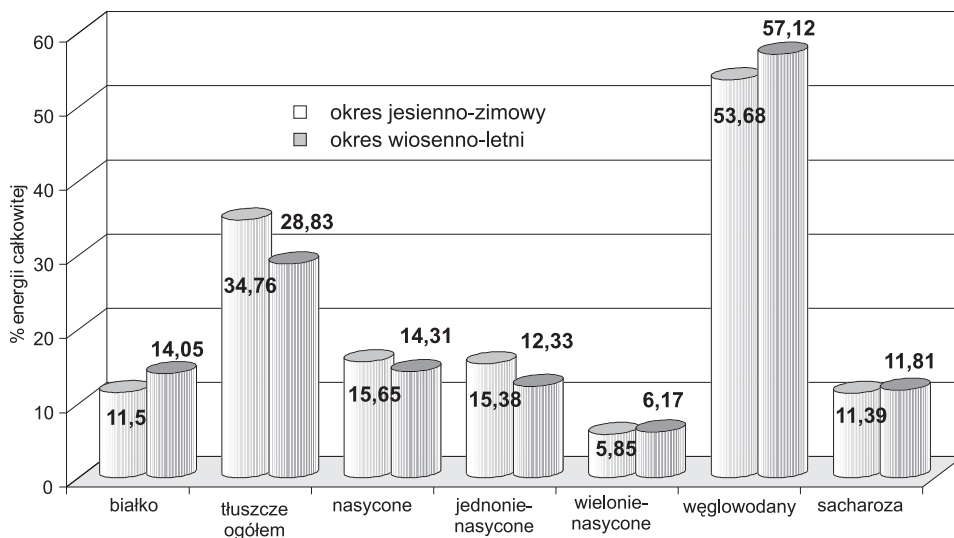
| Składnik | Okres jesienno-zimowy n = 50 | Okres wiosenno-letni n = 50 |
|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Energia (kcal) | 1785,32 ± 380,43 | 1496,40 ± 337,80* |
| Białko (g) | 48,57 ± 7,64 | 50,16 ± 8,70 |
| Tłuszcze (g) | 72,64 ± 30,57 | 58,84 ± 25,18* |
| Kwasy tłuszczowe nasycone (g) | 31,04 ± 8,26 | 23,80 ± 7,90* |
| Kwasy tłuszczowe jednonienasycone (g) | 30,52 ± 6,58 | 20,55 ± 7,24* |
| Kwasy tłuszczowe wielonienasycone (g) | 11,61 ± 4,82 | 10,26 ± 3,69 |
| Węglowodany przyswajalne (g) | 230,66 ± 31,77 | 207,36 ± 29,03* |
| Błonnik (g) | 20,34 ± 6,52 | 17,51 ± 5,39* |
| Sacharoza (g) | 50,84 ± 20,16 | 44,20 ± 15,34 |

* – różnice statystycznie między okresem jesienno-zimowym i wiosenno-letnim, $p < 0.05$

Wartość kaloryczna trzech posiłków spożywanych przez dzieci przedszkolne w okresie jesienno-zimowym wynosiła 1785,32 ± 380,44 kcal/osobę, a w okresie wiosenno-letnim 1496,40 ± 337,80 kcal/osobę. Stwierdzono sezonowe różnice w udziale energii pochodzącej z białka, tłuszczów i węglowodanów, przypadającej średnio na jeden dzień ocenianych dekadowych jadłospisów. W obu okresach badawczych stwierdzono zbyt wysoki udział energii z tłuszczów nasyconych (tab. 1, ryc. 1).

Zawartość witamin w analizowanych jadłospisach przedstawiono w tabeli 2.

Podaż witaminy A w okresie jesienno-zimowym i wiosenno-letnim była wyższa od dobowego zapotrzebowania na tę witaminę. Zawartość witaminy B₁, B₂ i C w posiłkach przedszkolnych w okresie jesienno-zimowym była wyższa od zalecanego dziennego spożycia tych składników odżywczych dla dzieci 4–6-letnich. W obu okresach badawczych średnia podaż ocenianych witamin przewyższała znacznie normy przedszkolne (75% dobowego zapotrzebowania) (tab. 2).

Rycina 1. Udział energii z białka, tłuszczów i węglowodanów w posiłkach przedszkolnych**Tabela 2. Zawartość niektórych witamin w posiłkach przedszkolnych**

| Składnik | | Okres jesienno-zimowy n = 50 | Okres wiosenno-letni n = 50 |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Wit. A (µg) | Średnia ± SD | 683,7 ± 265,06 | 784,30 ± 318,79 |
| | % dziennego zapotrzebowania | 113,95 | 130,72 |
| | % normy przedszkolnej | 151,93 | 174,29 |
| Wit. C (mg) | Średnia ± SD | 68,42 ± 5,64 | 54,81 ± 4,97* |
| | % dziennego zapotrzebowania | 114,03 | 91,35 |
| | % normy przedszkolnej | 152,0 | 121,80 |
| Wit. B ₁ (mg) | Średnia ± SD | 0,911 ± 0,137 | 0,833 ± 0,188* |
| | % dziennego zapotrzebowania | 113,88 | 104,13 |
| | % normy przedszkolnej | 151,83 | 138,83 |
| Wit. B ₂ (mg) | Średnia ± SD | 1,08 ± 0,24 | 1,02 ± 0,18 |
| | % dziennego zapotrzebowania | 108 | 102 |
| | % normy przedszkolnej | 144 | 136 |

* – różnice znamienne statystycznie między okresem jesienno-zimowym i wiosenno-letnim, $p < 0.05$

Tabela 3. Zawartość wapnia, magnezu i żelaza w posiłkach przedszkolnych

| Składnik | | Okres jesienno-zimowy n = 50 | Okres wiosenno-letni n = 50 |
|----------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Wapń (mg) | Średnia ± SD | 460,72 ± 98,84 | 538,60 ± 109,36* |
| | % dobowego zapotrzebowania | 57,50 | 67,32 |
| | % normy przedszkolnej | 76,79 | 89,77 |
| Żelazo (mg) | Średnia ± SD | 5,97 ± 1,23 | 6,39 ± 1,17 |
| | % dobowego zapotrzebowania | 59,7 | 63,9 |
| | % normy przedszkolnej | 79,6 | 85,2 |
| Magnez (mg) | Średnia ± SD | 179,90 ± 40,46 | 216,90 ± 45,72* |
| | % dobowego zapotrzebowania | 119,9 | 144,6 |
| | % normy przedszkolnej | 159,9 | 192,8 |

* – różnice znamienne statystycznie między okresem jesienno-zimowym i wiosenno-letnim, $p < 0.05$

Zawartość składników mineralnych w jadłospisach przedszkolnych przedstawiono w tabeli 3.

Analiza jakościowa wykazała, że zarówno w okresie jesienno-zimowym, jak i wiosenno-letnim podaż magnezu w posiłkach przedszkolnych przewyższała zalecane normy dobowego spożycia. Średnia podaż wapnia i żelaza w posiłkach dzieci 4–6-letnich nie pokrywała zapotrzebowania na te mikroelementy zarówno w odniesieniu do norm przedszkolnych, jak i zalecanego dziennego spożycia (tab. 3).

Omówienie

Teoretyczna analiza ilościowa posiłków wydawanych w pięciu białostockich przedszkolach wykazała nieprawidłowości w żywieniu dzieci 4–6-letnich. Niepokojąca jest zbyt wysoka kaloryczność posiłków. Dzieci przebywające w przedszkolu powinny otrzymywać racje pokarmowe, których wartość odżywcza nie przekracza 75% dobowego zapotrzebowania na energię i składniki odżywcze. Jest to zrozumiałe, gdyż dziecko po powrocie do domu spożywa jeszcze kolację. Zalecane dzienne zapotrzebowanie na energię dla dzieci 4–6-letnich wynosi 1500–1900 kcal/osobę, w zależności od masy ciała dziecka, średnio 1700 kcal/osobę, stąd trzy posiłki wydawane w przedszkolu powinny dostarczyć średnio 1275 kcal/osobę [4, 5].

Udział energii pochodzącej z białka nie powinien przekraczać 13%, a udział energii pochodzącej z tłuszczów – 30% energii całkowitej w racji pokarmowej [4, 5]. W analizowanych jadłospisach, w okresie jesienno-zimowym stwierdzono zanizony udział energii pochodzącej z białka i zawyżony udział energii

pochodzącej z tłuszczów. Odwrotne proporcje stwierdzono w okresie wiosenno-letnim. Niezależnie od sezonu, odnotowano zawyżoną podaż tłuszczów nasyconych i cukrów prostych.

Nadmiar energii, tłuszczów nasyconych i cukrów prostych w dietach przedszkolnych może być przyczyną nadwagi i otyłości występującej coraz częściej u dzieci [1, 2].

Przedszkolne racje pokarmowe nie były zbilansowane pod kątem zawartości ocenianych witamin i składników mineralnych. Stwierdzono zwiększoną podaż witamin: A, C, B₁ i B₂. Podobne wyniki uzyskali inni autorzy oceniający wartość odżywczą posiłków przedszkolnych we Wrocławiu [6].

Zalecane dzienne spożycie witaminy A dla dzieci w wieku 4–6 lat wynosi 600 µg równoważników retinolu na osobę, a w posiłkach przedszkolnych 450 µg/osobę (75% dziennego spożycia) [4, 5]. W okresie wiosenno-letnim podaż witaminy A przekraczała o 30% wartości dobowego zapotrzebowania, a w poszczególnych dniach z dekady nawet o 200%.

Podaż witamin: C, B₁ i B₂ w okresie jesienno-zimowym wynosiła odpowiednio 114,03%, 113,88% i 108%, w okresie wiosenno-letnim 91,35%, 104,13% i 102% zalecanego dziennego spożycia. Wartości te nie stanowią żadnego zagrożenia dla zdrowia dzieci, gdyż dawki wywołujące niekorzystne objawy nadmiaru witamin są kilkadziesiąt lub kilkaset razy wyższe [5].

Zwiększone spożycie magnezu z naturalnych źródeł pożywienia nie prowadzi do żadnych objawów ubocznych [5].

Niepokojącym jest niskie spożycie wapnia i żelaza przez dzieci w wieku 4–6 lat. Zalecane dzienne spożycie na wapń wynosi 800 mg/osobę, a w żywieniu przedszkolnym 600 mg/osobę [4, 5]. W analizowanych jadłospisach zawartość wapnia nie pokrywała norm żywienia przedszkolnego. Podaż wapnia, zgodna z zapotrzebowaniem organizmu, jest konieczna dla prawidłowej budowy kośćca. Przyrost masy kostnej w okresie dziecięcym i młodzieżowym może zapobiegać osteoporozie w wieku podeszłym [1, 2, 5].

Zapotrzebowanie na żelazo dla dzieci w wieku przedszkolnym wynosi 10 mg/osobę/dzień [4, 5]. W analizowanych jadłospisach zawartość żelaza nie pokrywała norm żywienia przedszkolnego. Niedostateczna podaż żelaza w diecie może być przyczyną niedokrwistości, zmian behawioralnych u dzieci, upośledzenia termogenezy i zmniejszonej odporności organizmu [1, 5].

Niedobory wapnia i żelaza w posiłkach przedszkolnych wynikają z niedostatecznej podaży produktów bogatych w te pierwiastki. Głównym źródłem przyswajalnego wapnia jest mleko i jego produkty. Dzienna racja pokarmowa dzieci w wieku 4–6 lat przewiduje spożycie 600 ml mleka, 40 g sera twarogowego i 10 g sera podpuszczkowego [2]. Zalecenia te nie były przestrzegane, gdyż spożycie mleka ograniczało się do 250–300 ml dziennie, a sery twarogowe i podpuszczkowe były uwzględnione w jadłospisach tylko 4–6 razy w ciągu dekady.

Głównym źródłem żelaza w posiłkach przedszkolnych były produkty zbożowe, mięso i jego przetwory oraz ryby. W jadłospisach dominowały produkty o mniejszej zawartości żelaza, jak jasne pieczywo, biały ryż, kasza jęczmienna perłowa, mięso i wędliny drobiowe. Dobór takich produktów był uwarunkowany między innymi niechęcią dzieci do spożywania ciemnego pieczywa, kaszy gryczanej czy wątróbki.

Odnotowane w badaniach nieprawidłowości w żywieniu przedszkolnym wydają się być problemem ogólnokrajowym [3, 6, 7, 8]. Konieczne jest zmniejszenie kaloryczności posiłków dzieci 4–6-letnich oraz zbilansowanie diety pod kątem zawartości wszystkich składników odżywczych.

Wnioski

1. Racje pokarmowe w białostockich przedszkolach są wysokokaloryczne, o zwiększonej zawartości tłuszczu, nasyconych kwasów tłuszczowych i cukrów prostych.
2. Dieta przedszkolna nie jest zbilansowana pod kątem zawartości witamin i składników mineralnych.
3. Nieprawidłowości w żywieniu dzieci przedszkolnych mogą być przyczyną szkodliwych skutków zdrowotnych, jak nadwaga i otyłość, anemia z niedoboru żelaza, osteoporoza.

Piśmiennictwo

1. Żywnienie dzieci zdrowych i chorych. Socha J. (red.), PZWL, Warszawa, 1998, 39–49, 99–100.
2. Szotowa W., Wachnik Z., Weker H.: Żywnienie dzieci zdrowych. PZWL, Warszawa, 1992.
3. Szponar L., Kierzkowska E.: Żywnienie dzieci w przedszkolach. *Ped. Pol.*, 1985, 60, 519–526.
4. Szotowa W., Socha J., Charzewska J., Dłużniewska K., Jabłoński E., Kunachowicz H., Rudzka-Kańtoch Z., Ryżko J., Stolarczyk A., Weker H.: Dienne zalecenia żywieniowe dla dzieci i młodzieży. *Ped. Pol.*, 1995, 7, 1–6.
5. Normy żywienia człowieka. Fizjologiczne podstawy. Ziemiański Ś. (red.), PZWL, Warszawa, 2001.
6. Grajeta H., Iłow R., Prescha A., Regulska-Iłow B., Biernat J.: Ocena wartości energetycznej i odżywczej posiłków przedszkolnych. *Roczn. PZH*, 2003, 54, 417–425.
7. Weker H., Rudzka-Kańtoch Z., Strucińska M., MaroN A., Gozdalik E., Marcinkowska M., Klemarczyk W.: Żywnienie dzieci w wieku przedszkolnym. Ogólna charakterystyka sposobu żywienia. *Roczn. PZH*, 2000, 51, 385–392.
8. Szponar L., Dyczkowska U., Mielezko T.: Jakość żywienia w przedszkolach. *Ped. Pol.*, 1990, 46, 51–58.

A. Walczak¹, M. Pawelec², M. Drozd-Dąbrowska¹,
E. Pastucha¹, E. Berezowska¹

Zwyczaje żywieniowe a źródła dochodu pacjentów operowanych w Klinice Kardiologii PAM w Szczecinie z powodu choroby niedokrwiennej serca

Wstęp

Sytuacja społeczno-ekonomiczna społeczeństwa polskiego uległa od początku lat dziewięćdziesiątych istotnym zmianom. Podobnie jak w innych krajach europejskich również w Polsce ujawniły się grupy społeczne o skrajnie różnych dochodach, a narastanie dysproporcji między nimi prawdopodobnie powoduje pogłębianie się tzw. „nierówności w zdrowiu” [1, 2]. Mimo rozległej wiedzy o czynnikach miażdżycowych przeprowadzono dotychczas w naszym kraju stosunkowo niewiele badań dotyczących sposobu odżywiania się chorych z CHNS, w powiązaniu z ich statusem socjoekonomicznym. Stąd zasadne wydało się pokazanie różnic w zachowaniach żywieniowych związanych ze zdrowiem i chorobą pomiędzy osobami z chorobą niedokrwinną serca (CHNS), różniącymi się pod względem dochodów. Tym bardziej, że wyniki doniesień z innych krajów pokazują, że niezdrowa dieta osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym jest jednym z czynników przyczyniających się do wzrostu umieralności z powodu CHNS [3, 4].

Celem niniejszej pracy było opisanie i ocena zwyczajów żywieniowych grupy pacjentów operowanych z powodu CHNS w relacji do ich źródeł dochodu.

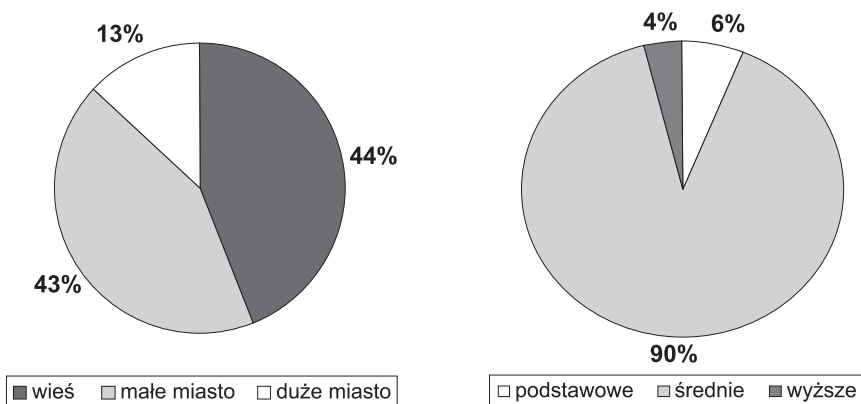
Materiał i metody

W grupie 100 pacjentów hospitalizowanych na przełomie kwietnia i maja 2002 w Klinice Kardiologii PAM w Szczecinie, tj. 72 mężczyzn (M) w wieku $57 \pm 8,9$ lat oraz 28 kobiet (K) w wieku $63,2 \pm 7,8$, zebrano dane o zwyczajach żywieniowych i źródłach dochodu. W ocenie sposobu żywienia zastosowano metodę wywiadu bezpośredniego, który prowadzono indywidualnie według

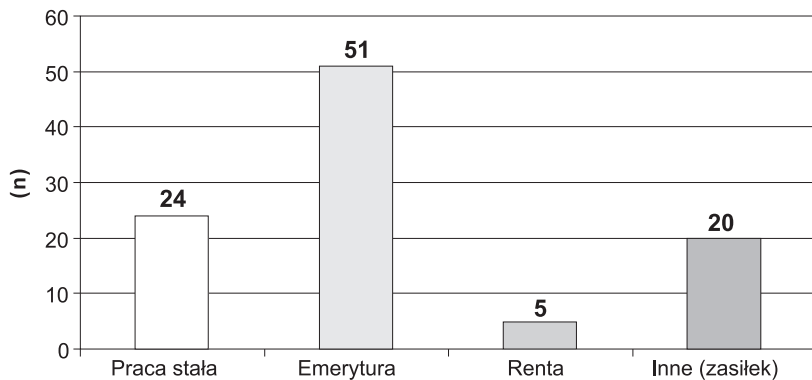
¹ Zakład Higieny, Epidemiologii i Zdrowia Publicznego PAM

² Klinika Kardiologii PAM

Rycina 1. Struktura badanych chorych wg miejsca zamieszkania i wykształcenia



Rycina 2. Struktura badanych chorych wg źródła dochodu



pytań anonimowej ankiety. Ilościowe dane biomedyczne, dotyczące wskaźnika masy ciała (BMI), wartości ciśnienia tętniczego skurczowego (RRs) i rozkurczowego (RRd) oraz stężeń cholesterolu całkowitego (CHL), pochodziły z pomiarów bezpośrednich wykonywanych przy przyjęciu chorych do Kliniki, a zapisanych w dokumentacji szpitalnej.

Wyniki

Grupę badaną stanowiło 100 osób operowanych w Klinice Kardiochirurgii PAM w Szczecinie w związku z zaawansowanymi postaciami CHNS. Wszyscy badani byli poddani zabiegom pomostowania tętnic wieńcowych.

Z danych przedstawionych na rycinie 1 wynika, że tylko 13% badanej grupy stanowili mieszkańcy dużych miast (powyżej 40 tysięcy mieszkańców). Większość badanych pacjentów (90%) miała wykształcenie średnie, 6% podstawowe, a tylko 4% wyższe.

Wśród pacjentów hospitalizowanych (rycina 2) najliczniejszą grupę stanowili nieczynni zawodowo, tj. emeryci, renciści i osoby utrzymujące się z zasiłków dla bezrobotnych – łącznie 76 osób, w tym 51 M i 25 K. W badanej grupie tylko 24% było aktywnych zawodowo, których stałym źródłem utrzymania były dochody z zatrudnienia.

W tabeli 1 przedstawiono średnie wartości BMI, RRs, RRd i CHL w surowicy krwi. Prezentowane wyniki potwierdzają diagnozę CHNS pacjentów z Kliniki Kardiologii – praktycznie wszystkie z mierzonych parametrów, z wyjątkiem RRd, przekraczają powszechnie uznane wartości referencyjne.

Z rozkładu spożycia posiłków (tabela 2) wynika, że tylko grupa osób ze stałym zatrudnieniem spożywała w ciągu dnia 4 lub 5 posiłków, tj. zgodnie z zaleceniami racjonalnego żywienia. Najliczniejszą zaś grupę stanowili nieczynni zawodowo emeryci i renciści (56%), którzy spożywali tylko 3 posiłki dziennie. Najmniejsza grupa, bo 20% badanych to pacjenci utrzymujący się z zasiłków dla bezrobotnych, spożywała zwykle tylko dwa posiłki dziennie. W dziennym jadłospisie grupy osób nieczynnych zawodowo, szczególnie wśród utrzymujących się z zasiłków, pomijano posiłki przedpołudniowe, tj. pierwsze i drugie śniadanie (odpowiednio 31,5% i 86,8%), a także podwieczorek (85,5%).

Z danych zawartych w tabeli 3 wynika, że status materialny nie miał istotnego wpływu na przekrój spożywanych rodzajów mięs, a przewaga preferujących spożywanie wołowiny i wieprzowiny była wyraźna, bez względu na źródło dochodów.

Na podstawie danych przedstawionych w tabeli 4 można wnioskować, że surowe warzywa i owoce raz dziennie spożywało tylko 19% badanych, a 17% nie jadło ich nigdy – byli to głównie emeryci i osoby utrzymujące się z zasiłku. Ciemnego pieczywa nie spożywało nigdy aż 86% pacjentów, w tym z kolei 72% należało do grupy osób nieczynnych zawodowo. Ponad 3/4 (74%) pacjentów przyznało, że nie ma zwyczaju i nigdy nie spożywa mięsa ryb.

Omówienie

Przegląd piśmiennictwa dotyczącego czynników socjoekonomicznych i ich związku z CHNS dokonany przez Kaplana i Keila [4] wykazał, że status socjoekonomiczny jest istotnym czynnikiem modyfikującym rozwój choroby. Ze względu na trudności w uzyskaniu szczegółowych informacji o wysokości dochodów badanych osób, w naszej pracy posłużyliśmy się danymi pośrednim; przyjęliśmy, iż osoby pracujące charakteryzują się wyższymi dochodami niż osoby na emeryturze, rencie i zasiłku dla bezrobotnych. Zwyczajowy sposób żywienia badanej

Tabela 1. Średnie arytmetyczne ($\bar{x} \pm SD$) BMI, CHL całkowitego, RRs, RRd w zależności od źródła dochodu badanych osób

| Parametr | Źródła dochodu | | | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------|---|---|
| | Praca stała (n = 24) | Emerytura (n = 51) | Renta (n = 5) | Zasiłek dla bezrobotnych (n = 20) | Emerytura + Renta + Zasiłek (n = 76) |
| BMI [kg/m ²] | 28,6 ± 4,9 | 30,3 ± 4,6 | 26,9 ± 2,7 | 29,5 ± 5,5 | 29,8 ± 4,8 |
| CHL [mg/dl] | 216,4 ± 63,9 | 234,2 ± 65,0 | 245,0 ± 107,2 | 245,8 ± 64,7 | 238,0 ± 67,2 |
| RRs [mmHg] | 150,3 ± 17,4 | 144,8 ± 16,8 | 145,6 ± 11,5 | 141,6 ± 16,3 | 144,0 ± 16,3 |
| RRd [mmHg] | 85,7 ± 11,8 | 83,4 ± 13,7 | 85,6 ± 8,9 | 78,8 ± 9,5 | 82,3 ± 12,6 |

Tabela 2. Ilości badanych osób według kategorii częstości zwyczajowego spożywania posiłków i źródeł dochodu (n = 100)

| Kategorie częstości spożywanych posiłków | Źródło dochodu badanych osób | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|---------------------|--------------------|
| | Praca stała (n = 24) | Emerytura + renta (n = 56) | Zasiłek (n = 20) | Razem (n = 100) |
| I śniadanie | | | | |
| Nigdy | – | 9 | 15 | 24 |
| Zazwyczaj tak | 3 | 19 | 2 | 24 |
| Zawsze | 21 | 28 | 3 | 52 |
| II śniadanie | | | | |
| Nigdy | 1 | 48 | 18 | 67 |
| Zazwyczaj tak | 5 | 5 | 1 | 11 |
| Zawsze | 18 | 3 | 1 | 22 |
| Obiad | | | | |
| Nigdy | – | – | – | 0 |
| Zazwyczaj tak | – | 22 | 1 | 23 |
| Zawsze | 24 | 34 | 19 | 77 |
| Podwieczorek | | | | |
| Nigdy | – | 45 | 20 | 65 |
| Zazwyczaj tak | 4 | 9 | – | 13 |
| Zawsze | 20 | 2 | – | 22 |
| Kolacja | | | | |
| Nigdy | – | – | – | 0 |
| Zazwyczaj tak | 2 | – | – | 3 |
| Zawsze | 22 | 55 | 20 | 97 |

Tabela 3. Ilości badanych osób według preferowanych w pożywieniu gatunków mięs i źródeł dochodu (n = 100)

| Preferowane gatunki mięs | Liczba osób wg źródła dochodu | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------------|------------------|---------------------|--------------------|
| | Praca stała (n = 24) | Emerytura (n = 51) | Renta (n = 5) | Zasiłek (n = 20) | Razem (n = 100) |
| Wieprzowe | 8 | 22 | 2 | 7 | 39 |
| Wołowe | 9 | 17 | 1 | 9 | 36 |
| Drobiowe | 5 | 11 | 1 | 3 | 20 |
| Ryby | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| Razem | 24 | 51 | 5 | 20 | 100 |

Tabela 4. Ilości badanych osób według tygodniowej częstości spożywania wybranych produktów żywieniowych i źródła dochodu

| Produkt: częstość spożycia | Źródło dochodu | | | | |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------|---------------------|--------------------|
| | Staća praca (n = 24) | Emerytura (n = 51) | Renta (n = 5) | Zasiłek (n = 20) | Razem (n = 100) |
| SUROWE WARZYWA I OWOCE | | | | | |
| 1. częściej niż 1 dziennie | – | – | – | – | 0 |
| 2. 1 dziennie | 4 | 15 | – | – | 19 |
| 3. co najmniej 1 w tyg. | 20 | 31 | 5 | 8 | 64 |
| 4. nigdy | – | 5 | – | 12 | 17 |
| CIEMNE PIECZYWO | | | | | |
| 1. częściej niż 1 dziennie | – | – | – | – | 0 |
| 2. 1 dziennie | – | – | – | – | 0 |
| 3. co najmniej 1 w tyg. | – | 10 | 2 | 2 | 14 |
| 4. nigdy | 24 | 41 | 3 | 18 | 86 |
| MLEKO I JEGO PRZETWORY | | | | | |
| 1. częściej niż 1 dziennie | – | 48 | 5 | 8 | 61 |
| 2. 1 dziennie | 20 | 3 | – | 12 | 35 |
| 3. co najmniej 1 w tyg. | 4 | – | – | – | 4 |
| 4. nigdy | – | – | – | – | 0 |
| MIEŚO RYB | | | | | |
| 1. częściej niż 1 dziennie | – | – | – | – | 0 |
| 2. 1 dziennie | – | – | – | – | 0 |
| 3. co najmniej 1 w tyg. | 10 | 2 | – | 2 | 14 |
| 4. nigdy | 12 | 39 | 5 | 18 | 74 |

przez nas grupy chorych z CHNS jest przykładem żywienia sprzyjającego takiemu rozwojowi choroby wieńcowej, który doprowadza na stół operacyjny Kliniki Kardiologii. Jak wynika z danych zawartych w tabeli 2 w niewystarczającej ilości w diecie badanych pacjentów występowały: jedno- i wielonienasycone kwasy tłuszczowe, błonnik pokarmowy, składniki mineralne i witaminy. Uzyskane przez nas wyniki potwierdziły, iż pacjenci Kliniki Kardiologii, niezależnie od źródeł dochodu, podobnie jak ogół Polaków, preferują tzw. czerwone mięsa, przy jednoczesnym niskim spożyciu ryb i białych mięs oraz przy niewystarczającym spożywaniu owoców i warzyw. Badania populacyjne jednoznacznie wskazują, że regularne spożycie ryb wiąże się z niższą umieralnością z powodu CHNS i udaru mózgu [5], podobnie jak stosowanie diety bogatej w błonnik (warzywa, owoce, ciemne pieczywo) [6, 7].

W dostępnej nam literaturze polskiej nie znaleziono podobnych do naszego profilu badań kohortowych. Natomiast w badaniu fińskim stwierdzono, że osoby o wyższym statusie socjoekonomicznym konsumują więcej serów, warzyw, owoców a mniej chleba, masła i mleka [8]. Inne badanie wskazuje na wyższe spożycie tłuszczów nasyconych i niskie spożycie warzyw i owoców w grupie mężczyzn o niskim statusie socjoekonomicznym, gdy u kobiet różnice te nie wykazywały znamienności statystycznej [9]. W badaniach polskich, gdzie analizowano dokonujące się zmiany w codziennej diecie ludności Warszawy z lat 1984–1993 stwierdzono, że dochód wpływał na strukturę diety badanych osób, a mający lepsze możliwości finansowe w wyższym stopniu dopasowywali swój sposób żywienia do zalecanego w prewencji miażdżycy [10].

Prawidłowe żywienie polega nie tylko na zaspokojeniu w sposób optymalny zapotrzebowania organizmu na energię i składniki pokarmowe, lecz także uwzględnia rozłożenie posiłków w ciągu dnia w taki sposób, aby w każdym podstawowym posiłku oprócz odpowiedniej ilości energii znalazły się wszystkie potrzebne składniki odżywcze [11, 12].

W naszym badaniu zdecydowana większość osób czynnych zawodowo spożywała 4–5 posiłków, natomiast pacjenci utrzymujący się z zasiłków dla bezrobotnych spożywali zwykle tylko dwa posiłki dziennie. W tej grupie badanych widać również wyraźne przesunięcie pór spożywanych posiłków na godziny popołudniowe i wieczorne, wynikające najprawdopodobniej z ubóstwa lub złych nawyków żywieniowych.

Podsumowanie

Badana przez nas kategoria pacjentów dowodzi, jak ważne jest stosowanie się do zasad racjonalnego żywienia, co szczególnie odnosi się do środowiska osób o niższym statusie socjoekonomicznym. Podstawą wszystkich zaleceń, nie tylko dla tej grupy pacjentów zagrożonych utratą życia z powodu zaawansowanej CHNS, winna być stara, ale aktualna teza, iż żadna terapia ani suplementacja nie zastąpi racjonalnego żywienia i zdrowego stylu życia.

Piśmiennictwo

1. Atlas of Health in Europe 2003. WHO Geneva 2004.
2. European health for all [database online] Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 2004.
3. Davey Smith G., Brunner E.: Socio-economic differentials in health: the role of nutrition. *Proc. Nutr. Soc.*, 1997, 56, 75–90.
4. Kaplan G., Keil J.: Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*, 1993, 88, 1973.
5. Pająk A., Wolfshaut R.: Zwalczenie chorób układu krążenia na poziomie populacyjnym. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2004, 1, 1/2003, 31–9.
6. Stec S., Budaj A., Oupnou S. i wsp.: Podstawowe czynniki ryzyka zawału serca w populacji Polski, Europy Zachodniej i świata – wyniki badania Intern-Heart. *Kardiologia Pol.*, 2003, 59, supl. I, 234.
7. Burr M. L., Fehily A. M., Gilbert J. F. i wsp.: Effects of changes in fat, fish and fibre intakes on death and myocardial reinfarction: diet and reinfarction trial (DART). *Lancet*, 1989, 757–61.
8. Roos E. et al.: Modern and healthy? Socioeconomic differences in the quality of diet. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 1996, 50, 753–60.
9. Erkkila A. T., Sarkkinen E. S. et al.: Diet in relation to socioeconomic status in patients with coronary heart disease. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 1999, 52, 662–8.
10. Rywik S. L., Piotrowski W., Broda G.: Czy nierówności w stanie zdrowia ludności zależne od czynników społecznych dotyczą także Polski? *Pol. Arch. Med. Wew.*, 2003, 109 (4), 383–394.
11. Cybulska B.: Żywność w profilaktyce i leczeniu miażdżycy. *Czyn Ryz.*, 1997, 64–8.
12. Kozłowska-Wojciechowska M.: Choroby wywołane nieprawidłowym żywieniem. *Mag. Med.*, 1996, 65, 43–44.

Agnieszka Kempieńska¹, Oktawian Knap²

Próba oceny korelacji między BMI a fenotypem termicznym pleców młodzieży w wieku 21–24 lat na przykładzie studentów Pomorskiej Akademii Medycznej

Wstęp

Pojęcie temperatury i ciepła funkcjonuje w świadomości ludzkiej od początków dziejów. Praktyczne obserwacje dotyczące zmian temperatury ciała ludzkiego poczynił już Hipokrates (460–370 p.n.e.), który wykorzystywał pastę z mokrej gliny do uwidaczniania miejsc o podwyższonej ciepłocie. W 1595 r. Galileusz skonstruował pierwszą aparaturę do ilościowego pomiaru temperatury, a w 30 lat później Sanctorium z Padwy zastosował termometr do oceny ciepłoty ciała ludzkiego. W roku 1800 Sir William Herschel odkrył promieniowanie, a już w latach 70-tych XX w., stosunkowo prymitywne kamery termowizyjne znalazły swoje zastosowania medyczne. Dzisiaj zastosowanie nowoczesnych kamer IR z aplikacjami medycznymi jest szerokie, mimo to nie ustalono dotąd zakresu zmienności rozmieszczenia izoterm na ciele człowieka w zależności od właściwości osobniczych. Dotąd jedyną wytyczną do analizy termogramów jest porównywanie symetrycznych części ciała badanego. A przecież zmiany temperatury są jednym z najwcześniejszych sygnałów rozpoczynających się procesów patologicznych. Istnieje więc konieczność ustalenia normy termicznej, jako ewentualnego źródła do badań porównawczych. Zapoczątkowaliśmy takie badania poprzez analizę fenotypów termicznych bliźniąt homozygotycznych [1–5]. Kontynuując niniejszą tematykę rozszerzyliśmy badania i uwzględniliśmy również zależność pomiędzy termoemisją a budową anatomiczną i stanem metabolicznym organizmu.

W niniejszej pracy podjęliśmy próbę oceny termoemisji pleców młodzieży w wieku 21–24 lat oraz korelacji między BMI a termoemisją.

¹ Samodzielna Pracownia Edukacji Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, PAM

² Zakład Medycyny Sądowej, PAM

Tabela 1. Test W Shapiro-Wilka – BMA, temperatura maksymalna, minimalna i średnia oraz odchylenie standardowe z termogramów pleców

| Zmienna | Razem n = 67 | Kobiety n = 46 | Mężczyźni n = 21 |
|---------|-----------------|-------------------|---------------------|
| BMI | 0,038215 | 0,029216 | 0,775856 |
| MIN | 0,084085 | 0,107276 | 0,166474 |
| MAX | 0,920917 | 0,709210 | 0,703197 |
| AVG | 0,778232 | 0,432507 | 0,918799 |
| SD | 0,000069 | 0,041207 | 0,000037 |

Wynik istotny ($p < 0,05$) oznacza, że rozkład odbiega od normalnego

Materiał i metody

Do badań wykorzystano kamerę Therma CAMTMSC500 z detektorem focal plane Array (FPA), niechłodzony mikrobolometr, o rozdzielczości 320 x 240 pikseli, wielkość pojedynczego Pixela 1,3 mrad, pasmo działania 7,5–13 μm , wbudowany filtr atmosferyczny wycinający pasmo do 7,5 μm . Sprzęt ten posiada także korekcję temperatury tła, korekcję emisyjności, automatyczną korekcję zmian transmisji optyki, opartą o sygnał 5 wewnętrznych czujników. System termowizyjny używany do badań odpowiadał wymaganym standardom – certyfikat 150–900 λ . Do analizy pomiarów użyto programów: AGEMA Report 5.4.1, AGEMA Report Viewer 5.4, AGEMA Image Viewer 1.02. Powyższe programy są firmowane do specyficznej analizy termogramu. Badania odbywały w pomieszczeniu o wilgotności 55%. Zdjęcia robiliśmy z odległości 2 m, przy uwzględnienia współczynnika emisyjność skóry = 0,98.

W ramach badań pilotażowych przebadaliśmy 67 studentów Pomorskiej Akademii Medycznej. Wykonaliśmy termogramy pleców i twarzy. Dodatkowo przeprowadziliśmy wywiad lekarski, aby ocenić stan zdrowia badanych oraz uwzględniliśmy takie wartości, jak grubości fałdów skórno-tłuszczowych, wagę i wzrost.

Wyniki badań

1. Ustaliliśmy normalność rozkładu przy użyciu testu – W Shapiro-Wilka (Tab. 1).
2. Zastosowaliśmy standardowe obliczenia statystyczne (Tab. 2–4).
3. Porównaliśmy wartości średnich dla kobiet i mężczyzn (Tab. 5).
4. Współczynnik korelacji miał na celu określenie siły związku pomiędzy zmiennymi (próbami) x i y , przy założeniu liniowej zależności pomiędzy tymi zmiennymi. Wartość współczynnika mieści się w granicach od -1 do 1 (znak informuje o kierunku zależności, a wartość o jej sile) ($p < 0,05$ – wynik istotny).

Tabela 2. BMI, Temperatura maksymalna, minimalna, średnia i odchylenie standardowe dla kobiet i mężczyzn

| Zmienna | N | Średnia | SD | SE | - 95% | +95% | Min | Max | Me | I kw. | III kw. |
|---------|----|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| BMI | 67 | 21,89687 | 2,594503 | 0,316969 | 21,26402 | 22,52971 | 17,36000 | 28,28000 | 21,64000 | 19,63000 | 23,66000 |
| MIN | 67 | 33,13372 | 1,122180 | 0,137096 | 32,86000 | 33,40745 | 30,38950 | 35,41300 | 33,27750 | 32,35110 | 34,11660 |
| MAX | 67 | 35,95627 | 0,827873 | 0,101141 | 35,75434 | 36,15821 | 34,08740 | 37,80380 | 36,05550 | 35,35000 | 36,55520 |
| AVG | 67 | 34,60538 | 0,907083 | 0,110818 | 34,38412 | 34,82663 | 32,25180 | 36,49010 | 34,57340 | 33,97220 | 35,33540 |
| SD | 67 | 0,50548 | 0,185473 | 0,022659 | 0,46024 | 0,55072 | 0,27350 | 1,10340 | 0,46500 | 0,36460 | 0,60250 |

Legenda: Średnia – średnia arytmetyczna; - 95%, +95% – granice 95% przedziału ufności średniej; Me – mediana; Min, Ma – wartości minimalne i maksymalne; I kw. i III kw. – dolny i górny kwartył (25 i 75 centyl); SD – odchylenie standardowe; SE – błąd standardowy.

Tabela 3. BMI, Temperatura maksymalna, minimalna, średnia i odchylenie standardowe dla kobiet

| Zmienna | N | Średnia | SD | SE | - 95% | +95% | Min | Max | Me | I kw. | III kw. |
|---------|----|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| BMI | 46 | 21,23000 | 2,260061 | 0,333228 | 20,55884 | 21,90116 | 17,36000 | 28,28000 | 20,73000 | 19,61000 | 22,76000 |
| MIN | 46 | 33,02442 | 1,056604 | 0,155788 | 32,71065 | 33,33819 | 30,38950 | 34,68570 | 32,92840 | 32,34910 | 34,03230 |
| MAX | 46 | 35,98000 | 0,819735 | 0,120863 | 35,73657 | 36,22343 | 34,43940 | 37,80380 | 36,06565 | 35,27580 | 36,65490 |
| AVG | 46 | 34,54772 | 0,882746 | 0,130154 | 34,28557 | 34,80986 | 32,25180 | 36,10090 | 34,43700 | 33,91960 | 35,33540 |
| SD | 46 | 0,53192 | 0,159835 | 0,023566 | 0,48445 | 0,57938 | 0,27800 | 1,03350 | 0,47810 | 0,42960 | 0,64030 |

Legenda: Średnia – średnia arytmetyczna; - 95%, +95% – granice 95% przedziału ufności średniej; Me – mediana; Min, Ma – wartości minimalne i maksymalne; I kw. i III kw. – dolny i górny kwartył (25 i 75 centyl); SD – odchylenie standardowe; SE – błąd standardowy.

Tabela 4. BMI, temperatura maksymalna, minimalna, średnia i odchylenie standardowe dla mężczyzn

| Zmienna | N | Średnia | SD | SE | - 95% | +95% | Min | Max | Me | I kw. | III kw. |
|---------|----|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| BMI | 21 | 23,35762 | 2,730884 | 0,595928 | 22,11454 | 24,60070 | 18,13000 | 28,09000 | 23,67000 | 21,50000 | 24,63000 |
| MIN | 21 | 33,37315 | 1,247420 | 0,272209 | 32,80533 | 33,94097 | 30,95000 | 35,41300 | 33,66710 | 32,61440 | 34,25900 |
| MAX | 21 | 35,90430 | 0,863528 | 0,188437 | 35,51123 | 36,29737 | 34,08740 | 37,40900 | 35,97730 | 35,46100 | 36,29590 |
| AVG | 21 | 34,73169 | 0,968272 | 0,211294 | 34,29094 | 35,17244 | 32,89030 | 36,49010 | 35,03060 | 34,04730 | 35,32920 |
| SD | 21 | 0,44757 | 0,225636 | 0,049238 | 0,34486 | 0,55028 | 0,27350 | 1,10340 | 0,35960 | 0,30090 | 0,53610 |

Legenda: Średnia – średnia arytmetyczna; - 95%, +95% – granice 95% przedziału ufności średniej; Me – mediana; Min, Ma – wartości minimalne i maksymalne; I kw. i III kw. – dolny i górny kwartył (25 i 75 centyl); SD – odchylenie standardowe; SE – błąd standardowy.

Tabela 5. Poziom istotności testów dla poszczególnych zmiennych

| Zmienna | Poziom istotności testu | | |
|---------|-------------------------|------------|--------------------|
| | F Snedecora | t-Studenta | U Manan – Whitneya |
| BMI | 0,289904 | | 0,001716 |
| MIN | 0,351144 | 0,240901 | 0,216203 |
| MAX | 0,747186 | 0,731307 | 0,761046 |
| AVG | 0,591226 | 0,445428 | 0,457258 |
| SD | 0,055637 | | 0,004349 |

Tabela 6. Korelacja parametryczna i nieparametryczna dla kobiet i mężczyzn

| X | Y | N | R | R ² [%] | p | Y = a + bX | | Korelacja nieparametryczna Spearmana | |
|-----|-----|----|-----------|--------------------|----------|------------|-----------|--------------------------------------|----------|
| | | | | | | a | b | R | p |
| BMI | MIN | 67 | -0,217164 | 4,7160 | 0,077523 | | | -0,288397 | 0,017946 |
| BMI | MAX | 67 | -0,276624 | 7,6521 | 0,023447 | 37,88905 | -0,088267 | -0,286625 | 0,018696 |
| BMI | AVG | 67 | -0,246137 | 6,0583 | 0,044664 | 36,48969 | -0,086054 | -0,275184 | 0,024209 |
| BMI | SD | 67 | 0,033578 | 0,1127 | 0,787352 | | | | 0,625220 |

Tabela 7. Korelacja parametryczna i nieparametryczna dla kobiet

| X | Y | N | R | R ² [%] | p | Y = a + bX | | Korelacja nieparametryczna Spearmana | |
|-----|-----|----|-----------|--------------------|----------|------------|-----------|--------------------------------------|----------|
| | | | | | | a | b | R | p |
| BMI | MIN | 46 | -0,318890 | 10,1691 | 0,030769 | 36,18949 | -0,149085 | -0,372255 | 0,010848 |
| BMI | MAX | 46 | -0,236736 | 5,6044 | 0,113184 | | | -0,223514 | 0,135387 |
| BMI | AVG | 46 | -0,279037 | 7,7862 | 0,060391 | | | -0,295090 | 0,046492 |
| BMI | SD | 46 | 0,198639 | 3,9457 | 0,185706 | | | 0,231495 | 0,121627 |

Tabela 8. Korelacja parametryczna i nieparametryczna dla mężczyzn

| X | Y | N | R | R ² [%] | p | Y = a + bX | | Korelacja nieparametryczna Spearmana | |
|-----|-----|----|-----------|--------------------|----------|------------|---|--------------------------------------|----------|
| | | | | | | a | b | R | p |
| BMI | MIN | 21 | -0,266538 | 7,1043 | 0,242840 | | | -0,388312 | 0,081943 |
| BMI | MAX | 21 | -0,363760 | 13,2321 | 0,105022 | | | -0,385714 | 0,084188 |
| BMI | AVG | 21 | -0,355941 | 12,6694 | 0,113280 | | | -0,422078 | 0,056659 |
| BMI | SD | 21 | 0,034465 | 0,1188 | 0,882096 | | | 0,344156 | 0,126598 |

1. Stosowano liniowy model regresji typu $Y = a + bX$, gdzie: Y zmienna zależna (skutek); X zmienna niezależna (przyczyna), a i b obliczane współczynniki równania regresji.
2. W tabelach podano:
 - X – zmienna niezależna,
 - Y – zmienna zależna,
 - R – współczynnik korelacji liniowej – mówi o sile zależności; ujemna wartość świadczy o zależności odwrotnie proporcjonalnej tzn. ze wzrostem X maleje Y
 - R² – współczynnik determinacji – jest to kwadrat wsp. korelacji x 100% i mówi, w jakim procencie zmiany zmiennej zależnej objaśniane są przez zmienną niezależną,

p – poziom istotności testu dla współczynnika korelacji; wartość istotna ($< 0,05$) świadczy, że wsp. korelacji nie jest równy 0 czyli korelacja jest istotna.

N – liczebność,

a i b – odpowiednio współczynniki równania regresji.

Ze względu na brak normalności rozkładu dla BMI i SD, tabela 6 zawiera dodatkowo wyniki dla nieparametrycznej korelacji Spearmana, która jest mało wrażliwa na brak normalności rozkładu. Współczynnik korelacji R Spearmana traktujemy analogicznie jak wsp. korelacji liniowej. W tym przypadku jednak nie oblicza się wsp. determinacji, ani równania regresji (Tab. 6–8).

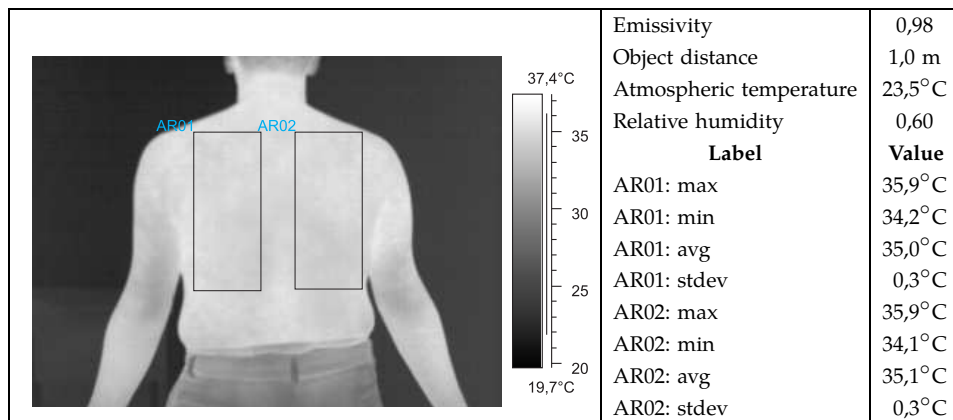
Omówienie

Medycyna nuklearna oraz ultrasonografia i obrazowanie z użyciem magnetycznego rezonansu jądrowego uznawane są za metody diagnostyczne nietraumatyzujące. Do tej grupy metod można zaliczyć termowizję. Termografia jest nieinwazyjnym i bezbolesnym badaniem, które może być wielokrotnie powtarzane bez szkody dla zdrowia. Nie istnieją również jakiegokolwiek ograniczenia co do wieku i płci badanego. Umożliwia to stałą i efektywną kontrolę rozkładu temperatury badanych. Podstawową zaletą tej metody jest łatwość współpracy z układem przetwarzania informacji, dobra rozdzielczość liniowa i czułość temperaturowa pomiaru. Parametry użytkowe, dostępnego obecnie sprzętu do badań TW, pozwalają na prace w terenie, z zastosowaniem przenośnego źródła zasilania. Umożliwia to wykonywanie badań w każdym pomieszczeniu spełniającym wymogi tej metody. Do wad tej metody należy zaliczyć wysoki koszt aparatury i stosunkowo ostre wymagania użytkowe [6–9].

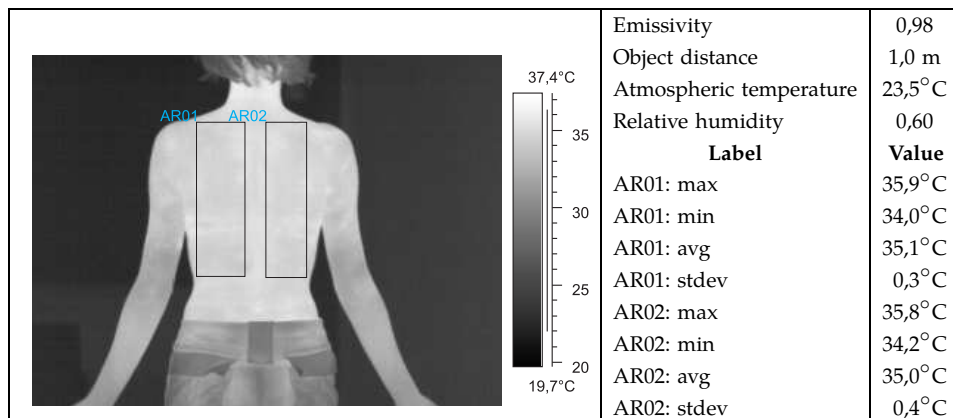
Sposób pomiaru nie zaburza oznaczanej temperatury i pozwala na ocenę nie tylko punktową, ale całej badanej powierzchni. Umożliwia też obliczanie powierzchni ognisk hipo- i hipertermicznych oraz porównanie rozkładu temperatury jednocześnie u pary bliźniąt. Ważne jest również to, że uzyskane pomiary są wynikami ilościowymi dogodnymi do analizy porównawczej.

Należy zauważyć, że termografia umożliwia pomiar 50–60% ogólnej ilości energii cieplnej, jaką ustrój oddaje do otoczenia. W ten sposób można rozpoznać miejscowe wzmożenie lub zmniejszenie emisji IR, co pozwala na ocenę miejscowych zmian ukrwienia powłoki skórnej. Typowym objawem jest znaczne obniżenie promieniowania cieplnego ponad miejscami niedokrwionymi w przebiegu czynnościowych lub organicznych zaburzeń krążenia obwodowego. Nasilenie promieniowania stwierdza się nad powierzchniami zmian zapalnych lub nowotworowych [7, 9, 10–14]. Przyjmuje się, że różnica temperatur $> 0,5^{\circ}\text{C}$, w stosunku do powierzchni otaczających, może świadczyć o występowaniu zmian chorobowych w danym obszarze ciała [7]. Najczęściej opisywanymi cechami nieprawidłowego termogramu są: asymetria, zniekształcenie pola powierzchni

Rycina 1. Przykładowa analiza rozkładu temperatury w obrębie pleców u pacjenta z nadwagą



Rycina 2. Przykładowa analiza rozkładu temperatury w obrębie pleców u pacjentki z niedowagą



zamkniętego izotermami, pojawienie się nowych obszarów o innej temperaturze, często w postaci owalnych plam.

Tkanka tłuszczowa jest gorszym przewodnikiem ciepła niż tkanka mięśniowa, z tego powodu skóra nad miejscami bogatymi w tkankę tłuszczową ma niższą temperaturę. Skóra znajdująca się w bezpośrednim sąsiedztwie z tkanką kostną, np. w okolicy kostki przyśrodkowej, kostki bocznej i rzepkowej, jest zimniejsza, ponieważ brak pod nią bogato unaczynionych tkanek. Z kolei włosy są zimne, ponieważ pozostają w stanie równowagi termicznej z otoczeniem.

Odwrotnie, skóra położona nad narządami bogato unaczynionymi, ma wyższą temperaturę. Skąpo unaczynione zmiany bliznowate, czy torbielowate w skórze i pod nią, powodują obniżenie temperatury. Wszystkie te czynniki są istotne przy ocenie badań termograficznych [7, 13–15].

Należy przy tym zaznaczyć, że pigmentacja skóry nie odgrywa roli w obrazie termograficznym, dlatego też pomiary mogą być wykonywane i porównywane bez względu na przynależność etniczną, czy istnienie pigmentacji plamistej lub opalenizny [9, 10, 13, 16]. Wpływ na odczyt termogramu ma palenie tytoniu i spożywanie pokarmów o wysokiej lub niskiej temperaturze [17, 18].

Wnioski

1. W niniejszej próbie nie stwierdzono istotnej korelacji między BMI a rozkładem temperatury na powierzchni pleców.
2. Stopień odżywienia nie ma istotnego wpływu na obraz termowizyjny.
3. Termowizja może być wykorzystywana przy badaniu różnych jednostek chorobowych.

Piśmiennictwo

1. Kempieńska A. i in.: An attempt to describe a differentiation of monozygotic twin faces, thermal phenotypes. *Gemellol. Rev.*, 2002, 3, 125–32.
2. Kempieńska A. i in.: Porównanie fenotypów termicznych twarzy bliźniąt monozygotycznych z zastosowaniem analizatora obrazowego. 5th Congress of the Polish Society of Thermology in Zakopane 2002. Materiały konferencyjne.
3. Kempieńska A. i in.: An attempt to describe a thermal similarity of monozygotic twins on the basis of the hand thermograms analysis. *Gemellol. Rev.*, 2003, 4, 89–95.
4. Kempieńska A. i in.: Thermal similarity of monozygotic quadruplets. *Gemellol. Rev.* 2004, vol. 5, nr 1, s. 65–68.
5. Kempieńska A.: Thermal phenotypes of monozygotic twins – an attempt of their differentiation. *Gemellol. Rev.* 2004, vol. 5, nr 1, s. 63.
6. Broniarczyk-Dyla G.: Kilka uwag w sprawie termometrii skóry. *Prz. Derm.*, 1974, 61, 89–93.
7. Kruszewski i in.: Application of thermographic methods for estimation of skin prick tests results. *Int. Rev. Allergol. Clin. Immunol.*, 1995, 1, 5.
8. Stuttgarten G. i in.: *Dermatological thermography* VCH Verlagsgesellschaft. Weinheim 1985.
9. Szubert J. i in.: Zastosowanie termografii w medycynie. *Pol. Tyg. Lek.*, 1977, 32, 855–7.
10. Aarts N.: *Thermography*. Basel, 1975.
11. Amalric R. i in.: Dynamic teletherography in dermatology. *Ann. Dermatol. Syphiligr.* (Paris), 1975, 102, 157–64.
12. Bihl I.: Zastosowanie termografii w medycynie (ze szczególnym uwzględnieniem gruczołu piersiowego u kobiet) [W:] *Człowiek Populacja Środowisko. Prace Dolnośląskiego Centrum Diagnostyki Medycznej DOLMED we Wrocławiu*. Wrocław 1987, 4, 11–26.

13. Górski S.: Uwagi o pochodzeniu objawów termograficznych. *Pol. Prz. Radiol.*, 1980, 5, 154. Górski S.: Uwagi o pochodzeniu objawów termograficznych. *Pol. Prz. Radiol.*, 1980, 5, 154.
14. Ramlau C. i in.: Combination of thermographic and ultrasound methods for the diagnosis of female breast cancer. *Eur. J. Gynaecol. Oncol.*, 1993, 14 (Suppl), 152–4.
15. Menachem A. i in.: Levator scapulae syndrome; an anatomic – clinical study. *Bull. Hosp. Jt. Dis.*, 1993, 53, 21–4.
16. Rudowski G.: Zależność jakości i treści obrazów termowizyjnych od emisyjności obiektów i temperatury otoczenia. *Pol. Prz. Radiol. Med. Nukl.* 1980, 44, 1–5.
17. Łaszczyńska J.: 10 Międzynarodowa Konferencja Inżynierii Termicznej i Termografii „THERMO”. Sprawozdania ze zjazdów. *Pol. Prz. Med. Lot.*, 1997, 3, 389–90.
18. Meissner A. J. i in.: Ocena przydatności termografii w zaburzeniach przepływu tętniczego i żylnego, 1979, 34, 1229–32.

Ewa Nowacka¹, Iwona Paradowska-Stankiewicz²,
Andrzej Grzybowski², Ewa Zimna-Walendzik¹

Przydatność żywności funkcjonalnej w profilaktyce i terapii

Postęp technologiczny w produkcji żywności, a jednocześnie wzrost zainteresowania konsumentów osiągnięciem i utrzymaniem jak najlepszego stanu zdrowia, zwiększeniem wydolności psychofizycznej oraz opóźnieniem procesów starzenia się stworzyło warunki do gwałtownego rozwoju nowego rynku żywnościowego – żywności funkcjonalnej [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

Według definicji sformułowanej w dokumencie końcowym programu badawczego FUFOSSE (ang. Functional Food Science in Europe): „Żywność może być uznana za funkcjonalną, jeżeli udowodniono jej korzystny wpływ na jedną lub więcej funkcji organizmu ponad efekt odżywczy, który to wpływ polega na poprawie stanu zdrowia oraz samopoczucia i/lub zmniejszeniu ryzyka chorób. Żywność funkcjonalna musi przypominać postacią żywność konwencjonalną i wykazywać korzystne oddziaływanie w ilościach, które oczekuje się, że będą normalnie spożywane z dietą – nie są to tabletki ani kapsułki, ale część składowa prawidłowej diety” [1, 3, 4, 8].

Jakość zdrowotna żywności funkcjonalnej wiąże się z zawartością w niej poszczególnych składników odżywczych w najkorzystniejszych fizjologicznie porcjach oraz obecnością substancji bioaktywnych o udowodnionych właściwościach prozdrowotnych. Poprzez korzystanie z żywności funkcjonalnej można osiągnąć określone, wymierne skutki zdrowotne. W różnego rodzaju opracowaniach, które na ten temat ukazały się w ostatnich latach, wskazuje się przede wszystkim takie aspekty, jak:

- zapobieganie rozwojowi wielu chorób dietozależnych oraz spowalnianie procesów starzenia przez hamowanie zmian degeneracyjnych w organizmie człowieka,
- zwiększenie efektywności leczenia wielu chorób oraz łagodzenie przebiegu schorzeń przewlekłych (np. alergii i nietolerancji pokarmowych, cukrzycy itp.),

¹ Zakład Higieny i Promocji Zdrowia, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

² Zakład Higieny Żywności i Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

- zwiększenie podaży składników odżywczych szczególnie istotnych w określonych stanach fizjologicznych (ciąża, laktacja), a także w okresach zwiększonego zapotrzebowania wynikającego ze wzmożonego wysiłku fizycznego,
- sprzyjanie dobrostanowi fizycznemu i psychicznemu człowieka.

Obecnie za najważniejsze dla osiągnięcia wyżej wymienionych korzyści wynikających ze stosowania żywności funkcjonalnej uznano następujące składniki bioaktywne: błonnik pokarmowy, oligosacharydy, alkohole wielowodorotlenowe, aminokwasy, peptydy i białka, wielonienasycone kwasy tłuszczowe, witaminy, składniki mineralne, cholinę i lecytynę, bakterie fermentacji mlekowej oraz substancje fitochemiczne [3, 9, 12, 13].

W związku z różnorodnością substancji bioaktywnych obecnych w żywności funkcjonalnej i wiążące się z tym potencjalne skutki zdrowotne, stosuje się różne podziały tej żywności. Na przykład ze względu na specyficzny skład wyodrębnia się żywność wzbogaconą, energetyzującą, niskoenergetyczną, wysokobłonnikową, o obniżonej zawartości sodu, o obniżonej zawartości cholesterolu, probiotyczną. Inny podziału uwzględnia zróżnicowane zapotrzebowanie organizmu człowieka związane z określonym stanem fizjologicznym bądź ograniczenia wynikające ze zwiększonego zagrożenia chorobami, stąd żywność dla sportowców, dla kobiet w ciąży i karmiących, dla niemowląt, dla młodzieży w okresie intensywnego wzrostu, dla osób w podeszłym wieku, żywność zmniejszającą ryzyko chorób krążenia, zmniejszającą ryzyko chorób nowotworowych, zmniejszającą ryzyko osteoporozy, żywność dla osób z zaburzeniami metabolizmu i trawienia, hamującą procesy starzenia itp. Zaprezentowane podziały są umowne, gdyż często poszczególne produkty wykazują jednocześnie kilka różnych właściwości funkcjonalnych i z tego powodu można je zaliczyć do różnych grup żywności funkcjonalnej.

Z punktu widzenia lekarza praktyka do szczególnie przydatnych w profilaktyce i terapii chorób można z pewnością zaliczyć żywność niskoenergetyczną, niskocholesterolową i niskosodową oraz wysokobłonnikową. Poniżej podamy charakterystykę tych kilku grup żywności.

Żywność niskoenergetyczna

Żywność o obniżonej kaloryczności to produkty, których wartość energetyczna jest o co najmniej 30% niższa w porównaniu z produktami tradycyjnymi [1]. Określenie „żywność niskoenergetyczna” odnosi się do produktów o naturalnej, niskiej wartości kalorycznej, produktów, w których zredukowano wartość kaloryczną oraz preparatów wykorzystywanych do redukcji masy ciała.

Produkty o naturalnej niskiej wartości energetycznej [13]:

- świeże warzywa (wartość kaloryczna ok. 15–30 kcal./100g produktu),

- niektóre owoce: truskawki, maliny, porzeczki, pomarańcze, mandarynki i grejpfruty, świeże śliwki, jabłka (wart. kal. ok. 28–45 kcal.),
- inne owoce, których spożycie należy ograniczać: gruszki, winogrona, czereśnie, mango, ananasy (wart. kal. ok. 50–70 kcal.),
- przetwory mleczne: serwatka, mleko chude, napoje fermentowane, chudy twaróg (wart. kal. ok. 50–100 kcal.),
- mięso chude i jego przetwory: konina, drób i wieprzowina I klasy, wołowina I klasy (wart. kal. ok. 80–150 kcal.),
- chude ryby: dorsz, pstrąg, sandacz, karp (wart. kal. ok. 50–80 kcal.),
- przetwory zbożowe zawierające mąkę razową (wart. kal. ok. 250 kcal).

Produkty o zredukowanej wartości odżywczej [14, 15, 16]:

- niskoenergetyczne przetwory mleczne, które najczęściej otrzymuje się przez zmniejszenie naturalnej zawartości tłuszczu lub czasem przez stosowanie zamienników tłuszczu;
- niskokaloryczne napoje bezalkoholowe i przetwory owocowo-warzywne; przy ich produkcji ogranicza się dodatek cukru lub zastępuje go syntetycznymi środkami słodzącymi, produkuje się przetwory niesłodzone lub zastępuje węglowodany naturalnie obecne w surowcach wodą albo substancjami nietrawionymi w przewodzie pokarmowym człowieka;
- niskokaloryczne margaryny o zawartości tłuszczu 8–80% są wynikiem odpowiedniej technologii i stosowania dodatków polepszających cechy sensoryczne;
- wyroby wędliniarskie – obniżoną kaloryczność uzyskuje się przez zastosowanie substytutów tłuszczu, emulgatorów oraz substancji imitujących organoleptyczne właściwości trójglicerydów (gumy, karagen, peptyny, skrobie);
- wyroby piekarnicze, w których mąka częściowo zastępowana jest przez nierozpuszczalne frakcje błonnika pokarmowego w postaci naturalnej, tj. otrąb pszennych lub owsianych oraz specjalnie otrzymywanych preparatów: celulozy, hemicelulozy, ligniny.

Preparaty pomocne w redukcji masy ciała

Są 3 rodzaje preparatów o wyżej wymienionych właściwościach:

- preparaty zastępujące posiłki zawierające w swoim składzie odpowiednio zbilansowane składniki odżywcze; środki te są stosowane jako zamienniki diety całodobowej (wart. kal. 800–1200 kcal.) lub jako zamienniki jednego albo więcej posiłków w ciągu dnia (wart. kal. 100–400 kcal.),
- środki ziołowe to mieszanki substancji moczopędnych i żółciopędnych oraz przeczyszczających; wykorzystuje się w nich aloes, mniszek lekarski, kwiat tarniny, liście brzozy, owoce głogu, pokrzywę, morszczyn itp.
- preparaty wysokobłonnikowe są przeznaczone do spożycia przed lub w trakcie posiłków; zawierają błonnik pokarmowy (przeciętnie w 1 porcji około 5g) i/lub substancje wiążące wodę, co zmniejsza łaknienie.

Żywność wysokobłonnikowa

Błonnik pokarmowy jest naturalnym składnikiem roślin, stanowi mieszaninę związków opornych na działanie enzymów trawiennych przewodu pokarmowego człowieka. Błonnik nie ma znaczenia odżywczego, spełnia natomiast inne funkcje, stąd jest niezbędny w diecie. Są znane dwie frakcje błonnika – rozpuszczalne i nierozpuszczalne w wodzie. Błonnik rozpuszczalny to przede wszystkim pektyny, hemicelulozy o wysokim i niskim stopniu rozgałęzienia, gumy i śluzy roślinne, beta-glukany. Do błonnika nierozpuszczalnego należy celuloza, hemicelulozy ekstrahowane z roztworów kwaśnych i ligniny. Efekty fizjologiczne obecności błonnika pokarmowego w żywności w dużym stopniu zależą od wielorzędowej struktury chemicznej włókna w produkcie i jego rozdrobnienia, a także od właściwości samego środowiska (pH, uwodnienie, obecność metali itp.). Włókno roślinne ma znaczenie w regulacji procesów zachodzących w przewodzie pokarmowym: stymuluje ruchy perystaltyczne, ogranicza czas pasażu jelitowego, ułatwia usuwanie niestrawionych resztek i substancji szkodliwych, stanowi pożywkę dla drobnoustrojów i w istotny sposób może modyfikować ilościowy i jakościowy skład mikroflory jelitowej [2, 9, 11].

Wymienione znaczenie fizjologiczne włókna pokarmowego powoduje, iż dzięki spożyciu odpowiednich ilości błonnika w diecie można osiągnąć określone efekty zdrowotne [2, 11, 14], przede wszystkim takie, jak:

- obniżenie stężenia cholesterolu, lipidów i trójglicerydów we krwi,
- regulację poziomu glukozy i insuliny we krwi,
- ubytek masy ciała poprzez wpływ na redukcję spożycia energii, redukcję absorpcji składników odżywczych i zmniejszenie zdolności magazynowania energii,
- regulację transportu jelitowego i zapobieganie zaparciom.

Do żywności wysokobłonnikowej zaliczają się produkty o wysokiej, naturalnej zawartości tego składnika oraz preparaty wysokobłonnikowe. Wysoką naturalną zawartością błonnika charakteryzują się:

- nasiona strączkowe – fasola, soja itp.,
- warzywa i owoce, szczególnie jedzone ze skórą i z pestkami (np. maliny, porzeczki),
- produkty zbożowe – kasza gryczana i jęczmienna, ryż brązowy, pieczywo razowe i mieszane, preparaty zbożowe zwane śniadaniowymi.

Preparaty wysokobłonnikowe to:

- preparaty w postaci półproduktów otrzymywane ze zbóż, nasion strączkowych, owoców i warzyw (często z pestek, skórek, łupin, szypulek) o zawartości błonnika 30–60% lub koncentraty zawierające 60–90% błonnika; preparaty te wykorzystuje się przy produkcji pieczywa i innych produktów zbożowych, przetworów owocowych, mięsnych, przekąsek,

- preparaty wysokobiałkowe stanowiące dietetyczne środki spożywcze; są to przede wszystkim preparaty przeznaczone do redukcji masy ciała, których charakterystykę przedstawiono wyżej.

Żywność o obniżonej zawartości sodu

Są to produkty o niskiej zawartości soli kuchennej lub wyprodukowane z wykorzystaniem soli niskosodowej, w której chlorek sodu zastąpiono częściowo lub całkowicie chlorkiem potasu lub solą bezlodową [1]. Również sama sól niskosodowa i bezsodowa są zaliczane do żywności funkcjonalnej.

Podstawą żywności niskosodowej są oczywiście produkty z niską naturalną zawartością sodu. Należą do nich przede wszystkim świeże owoce i ich przetwory, miód, cukier, czekolada, kakao, mąka, ryż, płatki owsiane, ziemniaki, świeże warzywa z wyjątkiem marchwii, buraków, pietruszki, selera, mleko, śmietana, orzechy niesolone, herbata, kawa, piwo, wino. Zawartość sodu w wymienionych produktach nie przekracza 40mg/100g produktu. Nieco wyższe ilości sodu (40–80mg/100g produktu) występują w przetworach mlecznych z wyjątkiem serów żółtych, pleśniowych itp., jajach, ciastach, mięsie, drobiu, rybach i niektórych wodach mineralnych.

Niewspółmiernie wysokimi zawartościami sodu (powyżej 500, a nawet 1000mg/100g produktu) charakteryzują się przede wszystkim produkty przetworzone, tj. przetwory mięsne i rybne, pieczywo, konserwy, sery żółte i pleśniowe itp.

W Polsce brak jest obecnie na rynku żywnościowym wyrobów, przy produkcji których zastosowano technologie pozwalające na obniżenie zawartości sodu [10]. W krajach Europy Zachodniej wprowadzono ograniczenia ilości sodu w żywności o zredukowanej zawartości tego pierwiastka. Dla poprawy smaku takich produktów stosuje się określone zalecenia kulinarne, przede wszystkim stosowanie dużej ilości przypraw i ziół, cebuli, czosnku, produktów pełnoziarnistych oraz takich metod przygotowania potraw, które wzmacniają oryginalny smak produktu (grillowanie, pieczenie).

Żywność o obniżonej zawartości cholesterolu

Produkty, które można zaliczyć do tej grupy żywności to produkty o małej lub obniżonej zawartości tłuszczu i/lub jednocześnie z dużą ilością błonnika [1, 14]. Spośród surowców, w których naturalna zawartość tłuszczu jest niska należy wymienić świeże, mrożone i konserwowane warzywa i owoce, większość produktów zbożowych, szczególnie z mąki gruboziarnistej, chude mleko, chude mięso (drób, cielęcina, dziczyzna, chuda wołowina i chuda wieprzowina), ryby. Produkty otrzymywane z wyżej wymienionych surowców z zastosowaniem odpowiedniej technologii stanowią podstawę żywności niskocholesterolowej.

Innym rodzajem produktów tej grupy są takie, przy produkcji których surowce bogate w cholesterol zastępuje się zamiennikami o niskiej zawartości tego składnika, np. przetwory mięsne z udziałem białka sojowego, tłuszcze do smarowania pieczywa z dodatkiem olejów roślinnych itp. [1, 10, 11].

Jednym ze sposobów ograniczenia ilości cholesterolu w mięsie jest karmienie zwierząt hodowlanych paszą z dodatkami hamującymi syntezę tego związku [18]. Biorąc pod uwagę fakt, iż wielonienasycone kwasy tłuszczowe, szczególnie z grupy omega 6, zmniejszają stężenie cholesterolu we krwi człowieka, szuka się obecnie sposobów na zwiększenie zawartości wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w różnych surowcach. Jednym z najnowszych rozwiązań jest produkcja jaj i mięsa drobiowego wzbogaconego w te składniki odżywcze poprzez dodawanie do mieszanek paszowych wysuszonych mikroalg morskich będących bogatym źródłem form długołańcuchowych, tj. kwasu dokozaheksaenowego (DHA) i eikozapentaenowego (EPA). W ten sposób umożliwia się produkcję wyrobów spożywczych nowego typu, o podwyższonej wartości odżywczej. Produkty tego rodzaju wprowadzane są obecnie na rynki niektórych krajów Europy Zachodniej, Kanady itp.

Innym rodzajem żywności funkcjonalnej wpływającej na obniżenie poziomu cholesterolu we krwi są produkty zawierające fitosterole) [1, 10, 19]. Występują one w śladowych ilościach w surowcach roślinnych. Mechanizm działania fitosteroli nie został do końca wyjaśniony, korzystne działanie wiąże się przede wszystkim z podobieństwem ich do struktury cząsteczkowej cholesterolu. Fitosterole rywalizują z cholesterolem w połączeniu do micelli odpowiedzialnych za jego transport. Przy odpowiednio dużej ilości fitosteroli hamują one skutecznie wchłanianie cholesterolu. W wielu badaniach wykazano, że estry stanolu (bardziej stabilnej formy fitosteroli, którą otrzymuje się po uwodornieniu) są efektywnym czynnikiem obniżającym poziom cholesterolu, przy dziennym spożyciu 1–3 g stężenie cholesterolu całkowitego spada od 5–11%, poziom LDL nawet do 16%. Obecnie opracowane zostały, głównie na podstawie badań w Finlandii, rozwiązania technologiczne pozwalające na wzbogacanie tłuszczów jadalnych w stanole. W Finlandii margaryny ze stanolami są dostępne od 1995 r. i szacuje się, że ok. 140 tys. mieszkańców tego kraju spożywa je regularnie, a milion nieregularnie. W tym okresie nie stwierdzono żadnych niekorzystnych efektów ubocznych, a skutek działania stanoli jest bardzo szybki, można po kilku dniach ich spożywania zaobserwować obniżenie stężenia cholesterolu we krwi. Produkty z estrami stanoli i steroli zostały zaakceptowane przez Amerykański Urząd ds. Żywności i Leków (FDA) jako produkty obniżające ryzyko chorób układu krążenia. Obecnie obok margaryn zaczyna się wzbogacać stanolami inne produkty, m.in. przetwory mleczne, mięsne i cukiernicze.

Piśmiennictwo

1. Żywność wygodna i żywność funkcjonalna. Świdorski F. (red.), Wyd. Nauk.-Tech., Warszawa 1999.
2. Żywnienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu. Gawęcki J., Hryniewiecki L. (red.), Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 1998.
3. Functional Food Science In Europe-foreword. *British J of Nutr.*, 1998, 80, suppl. 1, 3–4.
4. Roberfroid M. B.: Concepts and strategy of funkcjonal food science: the European perspective. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2000, 71, suppl. 1660S–1664S.
5. Milner J. A.: Funcjonal foods: the US perspective. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2000, 71, suppl. 1654S–1659S.
6. Mojska H., Szponar L.: Sprawozdanie z XX Sesji Komitetu ds. Żywnienia i Żywności Specjalnego Dietetycznego Przeznaczenia Kodeksu Żywnościowego FAO/WHO, Bonn – Bad Godesberg, 7–11 października 1995 r. *Żywność, żywienie a zdrowie*, 1996, V, 4, 27–38.
7. Zduńczyk Z.: Nowe wyzwania dla badaczy i producentów żywności. *Przemysł Spożywczy*, 1999, 3, 2–4.
8. Krygier K.: Żywność funkcjonalna – żywność XXI wieku. *Przemysł Spożywczy*, 2002, 4, 2–5.
9. Kolanowski W.: Nowoczesne produkty spożywcze o pożądanym działaniu zdrowotnym, żywność funkcjonalna. *Żywność, żywienie a zdrowie*, 1999, 1, 101–109.
10. Janicki A.: Żywność funkcjonalna – potrzeba czy promocja nowych wyrobów. *Bezpieczna Żywność*, 2001, 1, 1–5.
11. Zduńczyk Z.: Znaczenie biologiczne aktywnych nieodżywczych składników diet w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym. *Żywność. Technologia. Jakość*, 1999, 21, 4 suppl. 75–89.
12. Diplock A. F. i wsp.: Scientific concepts of functional foods in Europe: Consensus document. *Brit. J. Nutr.*, 1999, 81, suppl. 2–5.
13. Kunachowicz H., Nadolna I., Przygoda B., Iwanow K.: Tabele wartości odżywczej produktów spożywczych. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 1998.
14. Żywnienie człowieka zdrowego i chorego. Hasik J., Gawęcki J. (red.), Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2000.
15. Kunachowicz H., Kłys W.: Żywność funkcjonalna. Wpływ dodatku prebiotyków i probiotyków na wartość odżywczą żywności. *Pediatrics Współczesna*, 2002, 4, 1, 33–40.
16. Okolska G., Skrzypek B., Stoś K.: Środki słodzące zastępujące cukier stosowane w przemyśle spożywczym. *Nowa Medycyna*, 1996, 21, 31–33.
17. Trafalska E., Grzybowska K.: Probiotyki – alternatywa dla antybiotyków? *Wiadomości Lekarskie*, 2004, LVII, 9–10, 491–498.
18. Kolanowski W.: Jaja kurze i mięso drobiowe wzbogacone w wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega 3. *Żywność, żywienie a zdrowie*. 1997, 6, 4, 343–345.
19. Rutkowski A., Gwiazda S., Dąbrowski K.: Substancje dodatkowe i składniki funkcjonalne żywności. *Agro Food Technology*, Czeladź 1997.

Ewa Pentkowska¹, Danuta Pawłowska¹,
Radosław Majewski¹, Remigiusz Filarski¹

Zawartość wybranych składników mineralnych w dziennej racji pokarmowej studentów dietetyki AM w Białymstoku

Wstęp

Prawidłowo zbilansowana dieta warunkuje dobre funkcjonowanie organizmu człowieka. Zapotrzebowanie na poszczególne składniki odżywcze zależy od wieku osobnika, jego płci, aktywności fizycznej i stanu fizjologicznego. Składniki mineralne należą do niezbędnych związków egzogennych, które muszą być dostarczane do organizmu człowieka z pokarmem. Pełnią one różnorodne funkcje: są materiałem budulcowym, wchodzi w skład komórek, płynów ustrojowych, biorą udział w regulacji gospodarki wodno-elektrolitowej, kwasowo-zasadowej oraz w zachowaniu prawidłowej pobudliwości nerwów i mięśni [1].

Niedobór lub nadmiar makroelementów w diecie prowadzi nie tylko do zaburzeń wielu przemian metabolicznych w ustroju, ale jest również czynnikiem ryzyka chorób takich, jak nadciśnienie, osteoporoza, udar mózgu, nowotwory [2, 3].

Celem pracy była ocena zawartości wapnia, fosforu, magnezu, sodu i potasu w dziennej racji pokarmowej studentów Akademii Medycznej w Białymstoku.

Materiał i metody

W badaniach uczestniczyło 81 studentów (72 K, 9 M, w wieku 20–25 lat) specjalności dietetyka AM w Białymstoku. Z każdą osobą przeprowadzono 2-krotnie wywiad 24-godzinny, dotyczący spożycia produktów w dniu poprzedzającym badanie, z wyłączeniem sobót i niedziel. Wielkość porcji produktów i potraw oceniano za pomocą „Albumu fotografii produktów i potraw” [4]. Wartość odżywczą analizowanych jadłospisów oceniono przy pomocy programu Diete-

¹ Zakład Dietetyki, Akademia Medyczna w Białymstoku

tyk 97 [5]. Obliczano wartość energetyczną dziennej racji pokarmowej oraz zawartość podstawowych składników odżywczych (białka, węglowodany, tłuszcze) i makroelementów. Uzyskane wyniki porównano z normami Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ) w Warszawie na poziomie bezpiecznym i zalecanym według płci i wieku oraz aktywności fizycznej [1]. Ze względu na charakter zajęć na Uczelni, wszyscy studenci zostali zakwalifikowani do grupy ludności o umiarkowanej aktywności fizycznej.

Stan odżywienia studentów oceniano na podstawie wskaźnika masy ciała – BMI (body mass index).

Wyniki opracowano statystycznie przy użyciu testu t-Studenta. Wartości znamienne statystycznie przyjęto przy $p < 0.05$.

Wyniki

Analiza wartości kalorycznej jadłospisów studentów AMB wykazała zaniżone wartości w stosunku do dziennego zapotrzebowania na energię wg wieku, płci i aktywności fizycznej. Stwierdzono nieprawidłowy udział tłuszczów i węglowodanów w pokryciu dziennego zapotrzebowania na energię (tabela 1).

Tabela 1. Wartość kaloryczna i udział energii z podstawowych składników odżywczych w dziennej racji pokarmowej studentów AM w Białymstoku

| Składnik | Jednostki | Wartości zalecane | Kobiety (n = 72) | Mężczyźni (n = 9) |
|--------------------------|-----------|----------------------|------------------|-------------------|
| | | | Średnia ± SD | Średnia ± SD |
| Energia | MJ | K 9,9; M 13,7 | 7,72 ± 2,14 | 9,87 ± 2,89* |
| Białko | g | K 70–90; M 75–100 | 64,04 ± 22,86 | 86,58 ± 31,25* |
| | % energii | 10–15 | 13,84 ± 2,36 | 14,71 ± 4,89 |
| Tłuszcze ogółem | g | K 78; M 108 | 73,85 ± 30,88 | 107,82 ± 32,10* |
| | % energii | 25–30 | 35,92 ± 7,21 | 41,21 ± 8,17* |
| Błonnik | g | 27–40 | 18,57 ± 5,95 | 16,41 ± 3,57 |
| Węglowodany przyswajalne | g | K 294–382; M 406–528 | 232,36 ± 58,43 | 259,55 ± 75,47 |
| | % energii | 50–65 | 50,42 ± 4,27 | 44,08 ± 10,87* |

* – różnice znamienne statystycznie między kobietami i mężczyznami, $p < 0.05$

Stan odżywienia badanych studentów przedstawiono w tabeli 2. Średnia wartość BMI w grupie kobiet i mężczyzn zawierała się w granicach wartości prawidłowych, przy czym u mężczyzn była znamienne wyższa niż u kobiet. U 41,67% badanych studentek stwierdzono niedobór masy ciała w stosunku do wzrostu.

Tabela 2. Stan odżywienia studentów dietyki AMB

| Zakresy BMI | Kobiety | Mężczyźni |
|------------------------------|--|-----------------------------|
| $\leq 19,9 \text{ kg/m}^2$ | $18,89 \pm 0,89$ n = 30 (41,67%) | 16,07 n = 1 |
| 20–24,9 kg/m^2 | $21,27 \pm 0,98$ n = 42 (58,5%) | $23,41 \pm 1,70$ n = 4 |
| 25–29,9 kg/m^2 | 0 | $26,18 \pm 0,60$ n = 4 |
| 30 kg/m^2 i powyżej | 0 | 0 |
| Średnia wartość | $20,39 \pm 1,69$ n = 72 | $23,84 \pm 3,40^*$ n = 9 |

* – różnice znamienne statystycznie między kobietami i mężczyznami, $p < 0,01$

Tabela 3. Zawartość wybranych składników mineralnych w diecie studentów dietyki AMB

| Pierwiastek | Norma | Kobiety | | | | Mężczyźni |
|---------------------|------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| | | Średnia | Poniżej normy | W normie | Powyżej normy | Średnia |
| Wapń (mg/dobę) | 1100–1200 | $598,36 \pm 286,45$ n = 72 | $512,48 \pm 194,97$ n = 62 (86,1%) | $1171,25 \pm 80,32$ n = 10 (13,9%) | – | $599,63 \pm 373,16$ n = 9 |
| Fosfor (mg/dobę) | 800–900 | $1071,58 \pm 341,77$ n = 72 | $636,38 \pm 95,08$ n = 16 (22,2%) | $832,97 \pm 30,75$ n = 10 (13,9%) | $1269,78 \pm 248,97$ n = 46 (63,9%) | $1145,00 \pm 298,09$ n = 9 |
| Magnez (mg/dobę) | K 280–300 M 350–370 | $258,25 \pm 72,46$ n = 72 | $213,78 \pm 42,06$ n = 46 (63,9%) | $282,50 \pm 0,55$ n = 6 (8,3%) | $351,20 \pm 32,99$ n = 20 (27,8%) | $219,25 \pm 29,21$ n = 9 |
| Sód (mg/dobę) | 575 minimalnie | $1707,78 \pm 596,79$ n = 72 | – | – | $1707,78 \pm 596,79$ n = 72 (100%) | $2347,33 \pm 735,76^*$ n = 9 |
| Potas (mg/dobę) | 3500 | $2856,92 \pm 765,12$ n = 72 | $2517,38 \pm 603,21$ n = 52 (72,2%) | – | $3739,70 \pm 358,69$ n = 20 (27,8%) | $2535,5 \pm 504,20$ n = 9 |

* – różnice znamienne statystycznie między kobietami i mężczyznami, $p < 0,01$

Zawartość wapnia w analizowanych jadłospisach kobiet zawierała się w przedziale od 163 mg/dobę do 1346 mg/dobę. Podobne wartości stwierdzono w diecie mężczyzn. W racjach pokarmowych obu grup studentów ilość wapnia była niższa o około 40% od normy na poziomie bezpiecznym dla danych grup ludności (tabela 3).

Średnia ilość fosforu w diecie kobiet i mężczyzn była wyższa od wartości zalecanych norm. Wśród kobiet 63,9% spożywało posiłki o zwiększonej zawartości fosforu. Dieta 22,2% studentek nie pokrywała dziennego zapotrzebowania na ten pierwiastek.

Ilość magnezu w dziennej racji pokarmowej mężczyzn stanowiła 62,6% wartości normy na poziomie bezpiecznym. Średnia zawartość magnezu w jadłospisach kobiet odpowiadała 92,2% wartości bezpiecznej normy, przy czym dieta 46 studentek pokrywała dobowe zapotrzebowanie magnez jedynie w 76%.

Ilość sodu w diecie mężczyzn była znamienne wyższa od ilości sodu w diecie kobiet. Zawartość sodu w racjach pokarmowych obu grup studentów przekraczała ponad czterokrotnie wartości minimalnego zalecanego spożycia.

Średnia zawartość potasu w analizowanych jadłospisach kobiet nie różniła się od ilości potasu w jadłospisach mężczyzn i była niższa od zalecanych norm spożycia. Dieta 27,8% studentek zawierała produkty dostarczające zwiększonych ilości potasu.

Omówienie

Analiza jadłospisów uzyskanych metodą 24-godzinnej wywiadu wykazała nieprawidłowości w żywieniu studentów specjalności dietetyka AM w Białymstoku. Kaloryczność posiłków kobiet i mężczyzn nie pokrywała dobowego zapotrzebowania na energię w zależności od wieku, płci, masy ciała i aktywności fizycznej. Badania innych autorów wykazały także obniżoną wartość energetyczną dziennych racji pokarmowych studentek i studentów AMB oraz innych wyższych uczelni w kraju [6, 7, 8].

Ujemny bilans energetyczny jest zalecany w dietach redukcyjnych, stosowanych w leczeniu nadwagi i otyłości. U osób z należną masą ciała prowadzi do nadmiernego wykorzystania tkanki tłuszczowej i glikogenu, jako materiału energetycznego, co w efekcie staje się przyczyną niedożywienia [1].

U 41,67% ankietowanych studentek stwierdzono niedobór masy ciała w stosunku do wzrostu, wyrażony wskaźnikiem BMI na poziomie $18,89 \pm 0,89$ kg/m². Można przypuszczać, że stan ten jest spowodowany spożywaniem posiłków o niedostatecznej wartości kalorycznej.

Oceniane jadłospisy były nieprawidłowo zbilansowane pod względem zawartości składników energetycznych (białko, tłuszcze, węglowodany). Diety kobiet i mężczyzn zawierały zbyt duże ilości tłuszczów i za mało węglowodanów oraz błonnika. Nadmiar tłuszczów w pożywieniu, zwłaszcza zwierzęcych, nasyconych sprzyja rozwojowi miażdżycy, czego następstwem w przyszłości może być choroba niedokrwienna serca lub udar mózgu. Niska podaż błonnika pokarmowego w diecie może być czynnikiem ryzyka raka jelita grubego i okrężnicy [1].

Pokrycie dobowego zapotrzebowania na składniki odżywcze, w tym makro i mikroelementy oraz witaminy warunkuje prawidłowe funkcjonowanie organi-

zmu człowieka. Do utrzymania masy kostnej konieczna jest odpowiednia podaż wapnia i fosforu w diecie. Według zaleceń IŻŻ, bezpieczna norma dziennego spożycia wapnia dla kobiet i mężczyzn w wieku 19–25 lat, o umiarkowanej aktywności fizycznej, wynosi 1100 mg/osobę/dobę, a fosforu – 800 mg/osobę/dobę [1]. Do prawidłowego metabolizmu kości konieczne jest utrzymanie ilości wapnia i fosforu w diecie w stosunku wapń:fosfor – 1:1. W racjach pokarmowych ankietowanych studentów i ponad 80% studentek stwierdzono niską zawartość wapnia. Podobne wyniki uzyskali autorzy, którzy oceniali dzienne racje pokarmowe studentów innych wydziałów AMB [9].

W analizowanych jadłospisach zawartość fosforu przewyższała ponad dwukrotnie ilość wapnia. Niedostateczna podaż wapnia, przy jednoczesnym nadmiarze fosforu w diecie jest czynnikiem ryzyka osteoporozy. Z badań wielu autorów wynika, że spożycie wapnia na poziomie 1000 mg zmniejsza ryzyko nadciśnienia, otyłości, kamicy nerkowej i niektórych nowotworów [2, 10, 11].

Magnez jest pierwiastkiem spełniającym szereg funkcji w organizmie. Aktywuje wiele enzymów, bierze udział w pobudliwości tkanki nerwowej i mięśniowej, zapewnia integralność błon mitochondrialnych, stabilizuje DNA w jądrach komórkowych, uczestniczy w aktywnym transporcie sodu i potasu, działa przeciwstresowo, bierze udział w utrzymaniu homeostazy wapnia w ustroju [1, 12]. Zapotrzebowanie na magnez wzrasta w przypadku stresów i nadmiernego napięcia nerwowego, jak chociażby u uczniów i studentów. Zalecana przez IŻŻ bezpieczna norma dziennego spożycia magnezu dla badanych kobiet wynosi 280 mg/osobę/dobę, dla mężczyzn – 350 mg/osobę/dobę [1]. Niska zawartość magnezu odnotowana w dietach studentów może rzutować na metabolizm kości i rozwój osteoporozy. Z badań epidemiologicznych wynika, iż u osób spożywających małe ilości magnezu częściej występują zmiany miażdżycowe naczyń krwionośnych i nadciśnienie. Niskie spożycie magnezu osłabia wydolność fizyczną [12, 13, 14].

Analiza jadłospisów wykazała, iż zawartość sodu w dietach studentek i studentów przewyższała ponad 4-krotnie minimalne zalecane wartości spożycia tego pierwiastka, czyli 575 mg/dobę [1]. Głównym źródłem sodu w dziennej racji pokarmowej, poza naturalnymi produktami spożywczymi i produktami przetwarzanymi przemysłowo, jest sól kuchenna dodawana do potraw w trakcie ich przygotowywania. Według zaleceń WHO dopuszczalna ilość sodu kształtuje się na poziomie 2350 mg/dobę, co odpowiada 6 g soli kuchennej [1]. W ankietach nie uwzględniano ilości soli dodawanej do potraw spożywanych przez studentów. Uzyskane wartości odnoszą się do sodu zawartego w naturalnych produktach spożywczych. Przypuszcza się, iż faktyczna zawartość sodu w dietach studentów jest znacznie wyższa, co może stanowić zagrożenie nadciśnieniem lub rakiem żołądka. Ryzyko nadciśnienia wzrasta, jeżeli nadmiernej podaży sodu towarzyszy zmniejszona zawartość potasu w diecie [3, 15].

Wnioski

1. Dzienna racja pokarmowa studentów dietetyki AM w Białymstoku nie pokrywa dobowego zapotrzebowania na energię, wapń, magnez i potas.
2. Błędy żywieniowe w postaci zwiększonego udziału energii z tłuszczów, niedostatecznego spożycia błonnika pokarmowego, nadmiernego spożycia fosforu przy niedoborze wapnia, zwiększonego spożycia sodu i niedoboru potasu w diecie mogą być czynnikami ryzyka wielu chorób w późniejszych okresach życia.

Piśmiennictwo

1. Normy żywienia człowieka. Fizjologiczne podstawy. Ziemiański Ś. (red.), PZWL, Warszawa, 2001.
2. Miller G. D., Anderson J. J. B.: The role of calcium in prevention of chronic diseases. *J. Am. Coll. Nutr.*, 1999, 18, 371S–372S.
3. Joossens J., Geboers J.: Dietary salt and risk to health. *Am. J. Clin. Nutr.*, 1987, 45, 1277–1288.
4. Album fotografii produktów i potraw. Szponar L., Wolnicka K., Rychlik E. (red.), Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2000.
5. Podstawy naukowe żywienia w szpitalach. Dzieniszewski J., Szponar L., Szczygieł B., Socha J. (red.), Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2001, 627–687.
6. Cholawa-Zięciak H., Kret M.: Ocena sposobu żywienia słuchaczek Medycznego Studium Zawodowego nr 6 w Krakowie. *Biuletyn PTD*, 2001, 24/25, 30–34.
7. Ostrowska L., Czapska D., Karczewski J.: Ocena nadwagi i otyłości oraz nawyków żywieniowych studentów Akademii Medycznej w Białymstoku. *Bromat. Chem. Toksykol.*, 2000, 33, 125–131.
8. Krechniak A., Zaborski L.: Ocena wartości odżywczej całodziennych racji pokarmowych młodzieży akademickiej. *Bromat. Chem. Toksykol.*, 1999, 32, 1569–174.
9. Czapska D., Ostrowska L., Karczewski J.: Zawartość wybranych biopierwiastków w całodzienniej racji pokarmowej studentów Akademii Medycznej w Białymstoku. *Roczn. PZH*, 2000, 51, 353–359.
10. Zemel M. B.: Calcium modulation of hypertension and obesity: mechanisms and implications. *J. Am. Coll. Nutr.*, 2001, 20, 428S–435S.
11. Parikh S. J., Yanowwski J. A.: Calcium intake and adiposity. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2003, 77, 281–287.
12. Ilich J. Z., Kerstetter J. E.: Nutrition in bone health revisited: a story beyond calcium. *J. Am. Coll. Nutr.*, 2000, 19, 715–737.
13. Lukaski H. C.: Magnesium, zinc, and chromium nutriture and physical activity. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2000, 72, 585–593.
14. Lukaski H. C.: Vitamin and mineral status: effects on physical performance. *Nutrition*, 2004, 20, 632–644.
15. Majkowska L., Stefański A.: Sodobrawżliwość ciśnienia tętniczego u chorych na cukrzycę. *Diabetol. Dośw. Klin.*, 2002, 2, 429–435.

Diana Połowianiuk¹, Danuta Pawłowska¹,
Iwona Pytel¹, Urszula Kalinowska¹

Zawartość żelaza, witaminy B₁₂ i kwasu foliowego w dziennej racji pokarmowej studentek AM w Białymstoku

Wstęp

Wiek, płeć, i aktywność fizyczna determinują zapotrzebowanie organizmu na składniki odżywcze. Sposób odżywiania się uwarunkowany stylem życia, czynnikami socjoekonomicznymi i zwyczajami kulturowymi często odbiega od zasad prawidłowego i racjonalnego żywienia [1, 2].

Okres studiów, to dla wielu młodych ludzi gwałtowna zmiana w stylu życia. Z badań licznych autorów wynika, że dieta młodzieży akademickiej nie jest zbilansowana pod kątem wielu składników odżywczych [3, 4, 5].

Młode kobiety mogą być szczególnie narażone na skutki błędów żywieniowych. Dieta kobiet w wieku rozrodczym powinna być zbilansowana pod kątem składników krwiotwórczych oraz pokrywać zapotrzebowanie na kwas foliowy, którego odpowiednia dawka warunkuje prawidłowy rozwój płodu [6, 7].

Celem pracy była ocena zawartości żelaza, witaminy B₁₂, i kwasu foliowego w dziennej racji pokarmowej studentek.

Materialy i metody

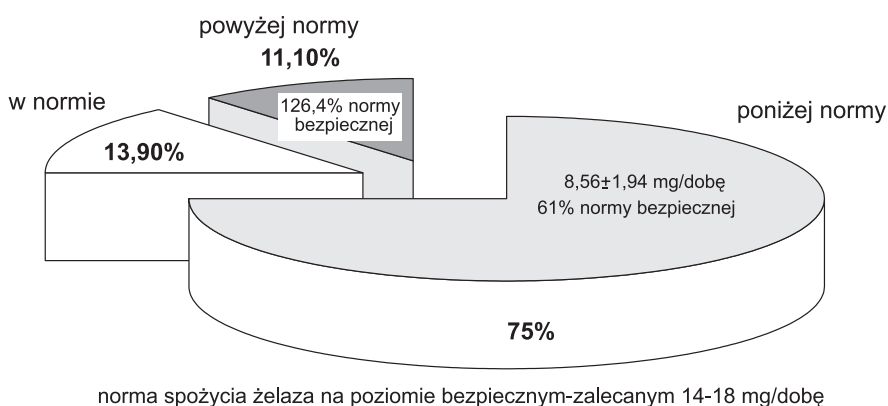
Badania ankietowe przeprowadzono wśród 72 studentek dietetyki Akademii Medycznej w Białymstoku. Z każdą osobą przeprowadzono dwukrotnie 24-godzinny wywiad żywieniowy, dotyczący spożycia produktów i potraw w dniu poprzedzającym badanie (z wyłączeniem sobót i niedziel). Wielkość porcji oceniano przy pomocy „Albumu fotografii produktów i potraw” [8]. Wartość odżywczą jadłospisów oszacowano za pomocą programu komputerowego Dietetyk 97 [9]. Uzyskane dane odnoszono do wartości norm na poziomie bezpiecznym i zalecanym, opracowanych przez Instytut Żywności i Żywienia (IŻŻ) w Warszawie [2].

¹ Zakład Dietetyki, Akademia Medyczna w Białymstoku

Wyniki

Zawartość żelaza w analizowanych jadłospisach zawierała się w przedziale od 5,1 do 26,7 mg/dobę. Stwierdzono, że podaż żelaza w diecie 75% ankietowanych studentek była niższa o 39% od wartości normy na poziomie bezpiecznym, natomiast ilość żelaza w racji pokarmowej 11,1% studentek przewyższała o 26,4% zalecane normy dziennego spożycia (ryc. 1).

Rycina 1. Rozkład żelaza w racji pokarmowej studentek dietyki AM w Białymstoku



Podaż witaminy B₁₂ w dziennej racji pokarmowej studentek AMB była zróżnicowana. Spożycie na poziomie bezpiecznej normy odnotowano u 38,9% ankietowanych. Niską podaż witaminy B₁₂ stwierdzono w diecie 33,3% studentek. Racje pokarmowe 27,8% kobiet zawierały wysokie dawki witaminy B₁₂, przewyższające średnio prawie trzykrotnie zalecane normy dziennego spożycia (tab. 1).

Podaż kwasu foliowego w dziennej racji pokarmowej studentek wynosiła 155,61 ± 47,37 mg/osobę/dobę, co stanowiło 64,8% bezpiecznej normy (tab. 1).

Średnia zawartość witaminy B₆ w analizowanych dietach wynosiła 1,64 ± 0,45 mg. Niskie spożycie pirydoksyny odnotowano u 61,1% ankietowanych studentek (tab. 1).

Omówienie

Analiza dziennych racji pokarmowych studentek dietyki AM w Białymstoku wykazała nieprawidłowości w spożyciu żelaza i wybranych witamin z grupy B.

Tabela 1. Zawartość wybranych składników odżywczych w racji pokarmowej studentek dietyki AMB

| Witamina | Norma | Poniżej normy X ± SD n (% populacji) | Powyżej normy X ± SD n (% populacji) | Średnia z całej grupy |
|----------------------|--------------------------|--|---|---|
| | Bezpieczna – zalecana | | | |
| Wit. B ₁₂ | 2,0–3,0 µg/dobę | 1,45 ± 0,52 (72,5% normy) n = 24 (33,3%) | 8,25 ± 7,30 (275% normy) n = 20 (27,8%) | 3,77 ± 4,69 (125,7% normy) n = 72 |
| Kwas foliowy | 240–290 µg/dobę | 155,61 ± 47,37 (64,8% normy) n = 72 (100%) | – | 155,61 ± 47,37 (64,8% normy) n = 72 |
| Wit. B ₆ | 1,8–2,0 mg/dobę | 1,37 ± 0,29 (76% normy) n = 44 (61,1%) | – | 1,64 ± 0,45 (91% normy) n = 72 |

Średnia podaż żelaza wynosiła 10,94 mg/osobę/dobę, co stanowiło 78% normy na poziomie bezpiecznego spożycia. Niedobór żelaza w diecie stwierdzono wśród studentek innych wydziałów AM w Białymstoku [3], studentek z Wrocławia [4] oraz słuchaczek Medycznego Studium Zawodowego w Krakowie [5].

Żelazo spełnia wiele funkcji w organizmie człowieka, z których najważniejszymi są: udział w przenoszeniu tlenu i oddychaniu tkankowych, udział w powstawaniu krwinek czerwonych, leukocytów i limfocytów T oraz wpływ na procesy odporności komórkowej i humoralnej. Zapotrzebowanie na ten pierwiastek wzrasta w okresie intensywnego wzrostu i rozwoju, u kobiet w wieku rozrodczym, w ciąży i karmiących piersią. Niedostateczne spożycie żelaza z pożywieniem prowadzi do niedokrwistości niedobarwliwej, rozpoznawanej bardzo często wśród grup ryzyka. Przewlekłe niedobory żelaza mogą być powodem zmian psychicznych i emocjonalnych, spadku sprawności psychomotorycznej człowieka i obniżenia odporności organizmu [2, 6, 10, 11].

Niedobór żelaza w diecie jest najczęściej spowodowany niskim spożyciem produktów bogatych w ten pierwiastek, jak mięso i przetwory mięsne, wątróbka, nasiona roślin strączkowych, produkty zbożowe, natka pietruszki, szpinak [1, 11].

Witamina B₁₂ jest niezbędna do prawidłowej funkcji układu krwiotwórczego i nerwowego. Jej niedobór w organizmie może prowadzić do niedokrwistości megaloblastycznej, zaburzeń w metabolizmie tłuszczów i węglowodanów oraz nieodwracalnych zmian w układzie nerwowym [1, 12, 13]. Niska podaż witaminy B₁₂ w żywieniu stanowi ryzyko jej niedoborów w ustroju jedynie u osób spożywających wyłącznie dietę jarską [14]. Zwiększona zawartość witaminy B₁₂ w diecie nie stanowi żadnego zagrożenia dla człowieka.

Niedostateczne spożycie witaminy B₁₂ jest niepokojące z innego powodu. Witamina ta, łącznie z kwasem foliowym i witaminą B₆ bierze udział w przemianie homocysteiny do metioniny. Niedobór witaminy B₁₂, B₆ i kwasu foliowego prowadzi do wzrostu poziomu homocysteiny w ustroju człowieka. Z badań wielu autorów wynika, że wzrost poziomu homocysteiny jest czynnikiem ryzyka miażdżycy i choroby niedokrwiennej serca [13, 15, 16]. W przeprowadzonych badaniach stwierdzono niedostateczną podaż witaminy B₆ i kwasu foliowego w diecie studentek AMB.

Kwas foliowy jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania układu krwiotwórczego oraz prawidłowego wzrostu i rozwoju wszystkich komórek ustrojowych. Niedobór kwasu foliowego prowadzi do niedokrwistości megaloblastycznej, zwiększenia podatności komórek na transformacje nowotworowe, wzrostu poziomu homocysteiny we krwi oraz zmian w układzie nerwowym [15, 16, 17, 18].

Źródłami pokarmowymi kwasu foliowego są prawie wszystkie produkty pochodzenia zwierzęcego i roślinnego. Niedostateczna zawartość kwasu foliowego w diecie może być spowodowana znacznymi stratami tego związku podczas przechowywania żywności i jej przetwarzania [1].

Niedostateczna podaż kwasu foliowego z pokarmami jest szczególnie niebezpieczna dla kobiet w okresie rozrodczym z uwagi na związek tej witaminy z zaburzeniami rozwoju cewy nerwowej płodu. Przyjmuje się, że dzienne spożycie 350 µg kwasu foliowego jest dawką profilaktyczną, zapobiegającą wzrostowi poziomu homocysteiny we krwi, natomiast suplementacja diety syntetycznym kwasem foliowym w ilości 400 µg/dobę jest niezbędna do zmniejszenia ryzyka wad wrodzonych u noworodków [7].

Podsumowując uzyskane wyniki należy stwierdzić, że w dziennej racji pokarmowej większości ankietowanych studentek występował niedobór żelaza i witaminy B₆. Wszystkie analizowane diety zawierały niedostateczną ilość kwasu foliowego. Stwierdzone błędy żywieniowe u młodych kobiet mogą rzutować na macierzyństwo i stan zdrowia w przeszłości.

Wnioski

1. Dzienna racja pokarmowa studentek dietyki AMB nie pokrywa zapotrzebowania na żelazo, witaminę B₆ i kwas foliowy.
2. Niskie spożycie kwasu foliowego przez młode kobiety w wieku rozrodczym wymaga suplementacji diety tym związkiem.
3. Stwierdzone nieprawidłowości w żywieniu studentek mogą być czynnikiem ryzyka niedokrwistości i miażdżycy.

Piśmiennictwo

1. Gawęcki J., Hryniewiecki L. (red.): *Żywność człowieka. Podstawy nauki o żywieniu*, PWN, Warszawa, 2000.
2. Ziemiański Ś., Bułhak-Jachymczyk B., Budzyńska-Topolowska J., Panczenko-Kresowska B., Wartanowicz M.: Normy żywienia dla ludności w Polsce. *Nowa Medycyna*, 1998, 5, 1–27.
3. Czapska D., Ostrowska L., Karczewski J.: Zawartość wybranych biopierwiastków w całodziennej racji pokarmowej studentów Akademii Medycznej w Białymstoku. *Roczn. PZH*, 2000, 51, 353–359.
4. Iłow R., Regulska-Iłow B.: Ocena sposobu żywienia studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 1991–1993. Cz. I. Kobiety. *Bromat. Chem. Toksykol.*, 1995, 28, 223–228.
5. Cholawa-Zięciak H., Kret M.: Ocena sposobu żywienia słuchaczek Medycznego Studium Zawodowego nr 6 w Krakowie. *Biuletyn PTD*, 2001, 24/25, 30–34.
6. Wartanowicz M., Ziemiański Ś.: Niedokrwiłość – czy jest to problem populacyjny? *Nowa Medycyna*, 1996, 21, 7–12.
7. Bailey L. B.: New standard for dietary folate intake in pregnant women. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2000, 71, (suppl), 1304S–1307S.
8. *Album fotografii produktów i potraw*. Szponar L., Wolnicka K., Rychlik E. (red.), Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2000.
9. *Podstawy naukowe żywienia w szpitalach*. Dzieniszewski J., Szponar L., Szczygieł B., Socha J. (red.), Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2001, 627–687.
10. Youdim M. B. H.: Nutrient deprivation and brain function: iron. *Nutrition*, 2000, 16, 504–508.
11. Martinez-Navarrete N., Camacho M.M., Martinez-Lahuerta J., Martinez-Monzo J., Fito P.: Iron deficiency and iron fortified foods – a review. *Food Res. Int.*, 2002, 35, 225–231.
12. Masalha R., Rudoy I., Volkov I., Yusuf N., Wirguin I., Herishanu Y. O.: Symptomatic dietary vitamin B₁₂ deficiency in a nonvegetarian population. *Am. J. Med.*, 2002, 112, 413–416.
13. Adelekan D. A.: Multiple micronutrient deficiencies in developing countries. *Nutrition*, 2003, 19, 473–474.
14. Ziemiański Ś., Bułhak-Jachymczyk B., Konopka L., Węgierek-Filipiak B., Górski T.: Iron and vitamin B12 status of vegetarians living in Warsaw area. *Żyw. Człow. Met.*, 1996, 23, 295–305.
15. Mattson M. P., Shea T. B.: Folate and homocysteine metabolism in neural plasticity and neurodegenerative disorders. *Trends in Neurosci.*, 2003, 26, 137–146.
16. Thompson S. W., Heimburger D. C., Cornwell P. E., Turner M. E., Sauberlich H. E., Fox L. M., Butterworth C. E.: Correlates of total plasma homocysteine: folic acid, copper, and cervical dysplasia. *Nutrition*, 2000, 16, 411–416.
17. Sang-Woon Choi, Mason J. B.: Folate and carcinogenesis: An integrated scheme. *J. Nutr.*, 2000, 130, 129–132.
18. Alpert J. E., Mischoulon D., Nierenberg A. A., Fava M.: Nutrition and depression: focus on folate. *Nutrition*, 2000, 16, 544–581.

Edyta Adamska¹, Danuta Pawłowska¹,
Sylwia Czechowska¹, Magda Zalewska¹

Antyoksydanty w diecie studentów AM w Białymstoku

Wstęp

W warunkach fizjologicznych około 1,0–1,5% tlenu ulega konwersji do form wolnorodnikowych w mitochondrialnym łańcuchu przenoszenia elektronów. Reaktywne formy tlenu (RFT) są niezbędne dla wielu procesów metabolicznych, ale nadmierna produkcja RFT, nie podlegająca regulacji fizjologicznej, może być przyczyną wielu procesów chorobowych i przedwczesnego starzenia się [1, 2].

Organizm człowieka wytworzył system obronny przed działaniem wolnych rodników. System ten składa się z układu enzymów i substancji drobnocząsteczkowych, których zadaniem jest zapobieganie tworzeniu form wolnorodnikowych, anihilacja powstałych wolnych rodników oraz zatrzymanie lawinowych reakcji utleniania [1, 2].

Utrzymanie równowagi między ilością wolnych rodników a aktywnością układu antyoksydacyjnego jest niezbędne dla zachowania zdrowia. Do zapewnienia prawidłowej funkcji układu przeciwutleniaczy konieczna jest podaż naturalnych antyoksydantów, takich jak witamina C, witamina E, witamina A, beta-karoteny, selen, miedź i cynk. Niedostateczne spożycie tych związków sprzyja toksycznym efektom RFT [3, 4, 5, 6].

Celem pracy była ocena zawartości witamin i mikroelementów, o działaniu antyoksydacyjnym, w dziennej racji pokarmowej studentów AM w Białymstoku.

Materiały i metody

Badania ankietowe przeprowadzono wśród 81 studentów (72 K, 9 M, w wieku 20–25 lat) kierunku zdrowie publiczne, specjalności dietetyka AM w Białymstoku. Dzienną rację pokarmową oceniano na podstawie 24-godzinnego

¹ Zakład Dietetyki, Akademia Medyczna w Białymstoku

wywiadu żywieniowego, dotyczącego spożycia produktów i potraw w dniu poprzedzającym badanie. Wywiad przeprowadzono dwukrotnie w okresie jesienno-zimowym, z wyłączeniem dni wolnych od zajęć (sobota, niedziela). Wielkość porcji określano za pomocą „Albumu fotografii produktów i potraw” [7]. Wartość odżywczą jadłospisów analizowano przy pomocy programu Dietetyk 97 [8].

Uzyskane dane odnoszono do wartości norm na poziomie bezpiecznym dla odpowiednich grup ludności, zalecanych przez Instytut Żywności i Żywienia (IŻŻ) w Warszawie [9]. Wyniki opracowano statystycznie przy użyciu testu t-Studenta. Wartości znamienne statystycznie przyjęto przy $p < 0.05$.

Wyniki

Ilość witaminy C w analizowanych jadłospisach wahała się od 11,7 mg/osobę/dobę do 162,9 mg/osobę/dobę. Średnia podaż witaminy C w racji pokarmowej kobiet była dwa razy wyższa od podaży tej witaminy w diecie mężczyzn. Różnice te były znamienne statystycznie (tab. 1).

Tabela 1. Zawartość antyoksydantów w dziennej racji pokarmowej studentów dietyki AMB

| Składnik | | Kobiety (n = 72) | Mężczyźni (n = 9) |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| Wit. C (mg) | Zalecane dzienne spożycie | 60–70 mg/osobę | 60–70 mg/osobę |
| | Przedział wartości w grupie | 11,7–162,9 | 12,50–73,4 |
| | Średnia w grupie ($X \pm SD$) | 64,08 \pm 42,20 | 30,80 \pm 20,27* |
| Wit. E (mg) ¹ | Zalecane dzienne spożycie | 8–10 mg/osobę | 10 mg/osobę |
| | Przedział wartości w grupie | 3,10–27,14 | 3,79–15,01 |
| | Średnia w grupie ($X \pm SD$) | 9,57 \pm 5,12 | 9,61 \pm 3,09 |
| Wit. A (μ g) ² | Zalecane dzienne spożycie | 600–800 μ g/osobę | 700–1000 μ g/osobę |
| | Przedział wartości w grupie | 153–9328 | 212–1219 |
| | Średnia w grupie ($X \pm SD$) | 582,84 \pm 263,38 ³ | 725,56 \pm 296,59 |
| Cynk (mg) | Zalecane dzienne spożycie | 10–13 mg/osobę | 14–16 mg/osobę |
| | Przedział wartości w grupie | 4,37–16,60 | 7,86–19,80 |
| | Średnia w grupie ($X \pm SD$) | 9,22 \pm 3,05 | 11,01 \pm 3,66 |
| Miedź (mg) | Zalecane dzienne spożycie | 2,0–2,5 mg/osobę | 2,0–2,5 mg/osobę |
| | Przedział wartości w grupie | 0,47–1,67 | 0,77–1,51 |
| | Średnia w grupie ($X \pm SD$) | 1,09 \pm 0,37 | 1,01 \pm 0,23 |

¹ witamina E jest wyrażana w mg równoważników tokoferolu

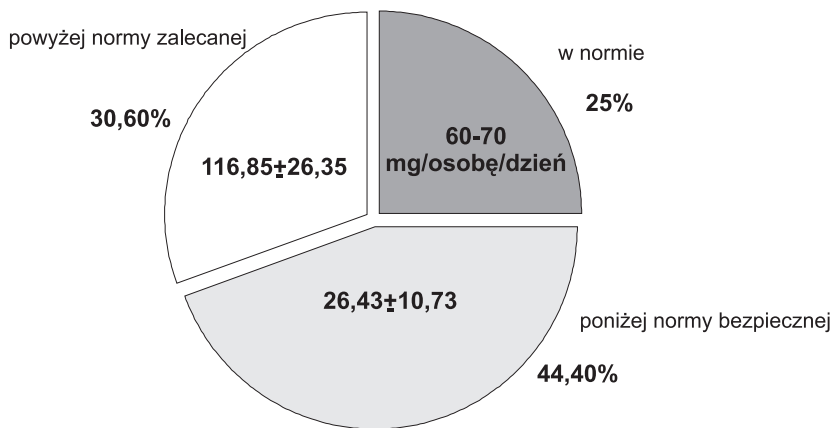
² witamina A jest wyrażana w μ g równoważników retinolu

³ do średniej nie wliczono najwyższej wartości

* różnice znamienne statystycznie między kobietami i mężczyznami, $p < 0.05$

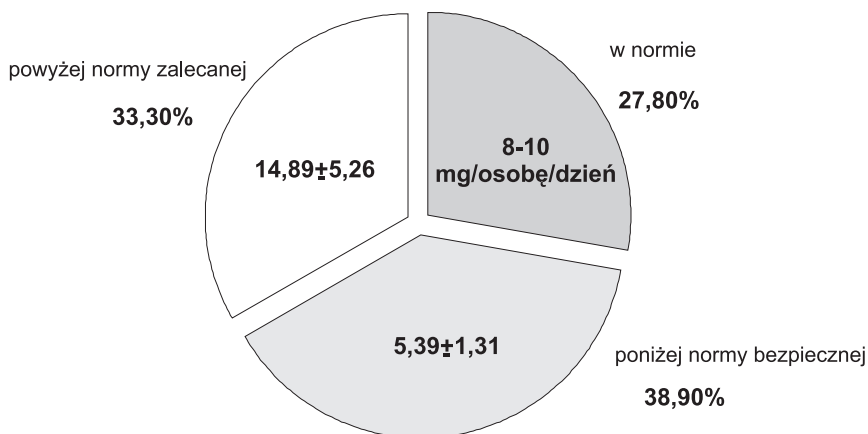
W grupie studentek, 44,4% badanych spożywało dietę zawierającą witaminę C na poziomie $26,43 \pm 10,73$ mg/dobę (Ryc. 1).

Rycina 1. Zawartość witaminy C w diecie kobiet



Dzienna podaż witaminy E była w granicach bezpiecznych norm dla wieku, płci i aktywności fizycznej studentek i studentów (tab. 1). W grupie kobiet, u 28 ankietowanych (38,9%) stwierdzono spożycie witaminy E na poziomie 67,3% zalecanej normy (Ryc. 2).

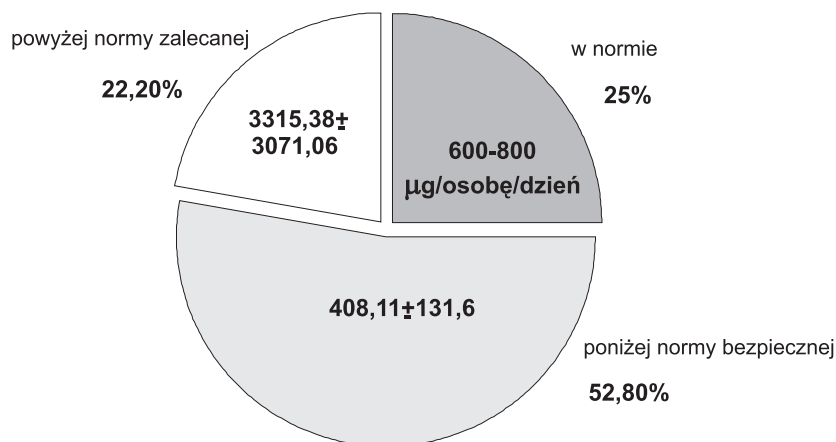
Rycina 2. Zawartość witaminy E w diecie kobiet



Zawartość witaminy A w dziennych racjach pokarmowych studentów była zróżnicowana ($153\text{--}9328$ μg retinolu/osobę/dobę u kobiet i $212\text{--}1219$ μg /osobę/dobę u mężczyzn). Średnia podaż witaminy A w diecie mężczyzn zawierała

się w granicach zalecanych norm (tab. 1). Wśród kobiet 52,8% ankietowanych spożywało niedostateczne ilości retinolu, a 22,2% spożywało dietę zawierającą witaminę A w ilościach kilkakrotnie przewyższających zalecane normy (Ryc. 3).

Rycina 3. Zawartość witaminy A w diecie kobiet



Średnia zawartość cynku w diecie kobiet była niższa o 7,8%, a w diecie mężczyzn niższa o 21,4% od zalecanego dziennego spożycia na poziomie bezpiecznym (tab. 1).

Znaczny niedobór miedzi stwierdzono we wszystkich analizowanych dziennych racjach pokarmowych (tab. 1).

Omówienie

System antyoksydacyjny organizmu człowieka składa się z układu enzymów i substancji drobnocząsteczkowych. Witaminy: C, E i A stanowią układ, w którym zachodzi nieustanna wymiana elektronów, konieczna nie tylko do anihilacji form wolnorodnikowych, ale niezbędna do utrzymania integralności tego układu. Niedobór jednego ze składników, np. witaminy C może pociągać za sobą generację RFT, zwiększenie procesów peroksydacji lipidów, jak też niedostateczną regenerację pozostałych witamin antyoksydacyjnych [1, 2].

Niepokojącym jest fakt, iż zarówno mężczyźni, jak i 44,4% kobiet spożywa produkty i posiłki o bardzo niskiej zawartości witaminy C, pokrywające zaledwie w 50% dobowe zapotrzebowanie na ten składnik. Niska podaż tej witaminy w diecie studentów jest spowodowana niedostatecznym spożyciem owoców i warzyw, jak też stratami tego związku w czasie przygotowywania potraw.

Witamina C jest ważna dla organizmu człowieka nie tylko z powodu jej właściwości antyoksydacyjnych. Odgrywa istotną rolę w przemianie aminokwasów,

hormonów sterydowych, barwników skóry, amin katecholowych. Jest niezbędna w syntezie kolagenu, podstawowego składnika tkanki łącznej. Odpowiada za uszczelnianie śródbłonna naczyń krwionośnych, stabilizuje układ odpornościowy organizmu, ułatwia prawidłowe wchłanianie żelaza z przewodu pokarmowego. Niskie spożycie witaminy C może być powodem braku łąknienia, szybkiego męczenia się, zwiększonej podatności na infekcje wirusowe, niedokrwistości, kruchości naczyń włosowatych [1, 6].

Średnia podaż witaminy E w diecie kobiet i mężczyzn była w granicach bezpiecznej normy. Wśród kobiet, 38,9% ankietowanych spożywało produkty o niskiej zawartości witaminy E, pokrywające w 67,4% dzienne zapotrzebowanie na ten składnik.

Witamina E, zwana „witaminą płodności i młodości” pełni rolę biologicznego antyutleniacza, chroniąc organizm przed działaniem wolnych rodników. Jej niedobór sprzyja rozwojowi miażdżycy i nowotworów oraz procesom starzenia się [1, 4, 6].

Witamina A jest niezbędna w procesach widzenia, reguluje procesy wzrostu komórek, stabilizuje układ immunologiczny i działa przeciwutleniająco [2, 6]. Niska zawartość retinolu w diecie może być uzupełniona spożyciem produktów bogatych w beta-karoten [3, 10]. W racjach pokarmowych około 50% ankietowanych kobiet stwierdzono niedostateczną zawartość witaminy A, natomiast u 22,2% odnotowano zbyt duże spożycie tego składnika. Nadmiar witaminy A powoduje, iż z przeciwutleniacza staje się ona utleniaczem, nasilając procesy wolnorodnikowe w ustroju. Nadmiar tej witaminy może być szkodliwy dla kobiet w wieku rozrodczym, z uwagi na działanie teratogenne [11].

W analizowanych dietach stwierdzono nieznaczny niedobór cynku i bardzo niską podaż miedzi (50% zalecanego dziennego spożycia na poziomie bezpiecznym). Cynk jest mikroelementem występującym we wszystkich tkankach i płynach ustrojowych. Spełnia rolę katalityczną lub strukturalną wielu enzymów. Bierze udział w przemianach metabolicznych białek, tłuszczów i węglowodanów. Współdziała z witaminą A w adaptacji wzroku do ciemności. Wykazuje właściwości antyoksydacyjne [5, 12, 13, 14].

Cynk i miedź wchodzi w skład dysmutazy ponadtlenkowej, jednego z głównych enzymów biorących udział w przemianach wolnych rodników. Miedź jest składowym elementem innych enzymów, jak tyrozynaza, oksydaza cytochromowa, oksydaza lizynowa i askorbinianowa. Najbardziej wrażliwą na niedobór miedzi jest dysmutaza ponadtlenkowa erytrocytów [14].

Niedostateczna podaż naturalnych antyoksydantów może być przyczyną zachwiania równowagi redoks na korzyść procesów utleniania. Dieta studentów AM w Białymstoku wymaga suplementacji witaminami i mikroelementami o działaniu przeciwutleniającym. Stwierdzony niedobór analizowanych składników w racjach pokarmowych zwiększa ryzyko zagrożenia zdrowia.

Wnioski

1. Dieta studentów AM w Białymstoku jest niezbilansowana pod kątem zawartości witamin i mikroelementów o działaniu antyoksydacyjnym.
2. Podaż witaminy C i miedzi pokrywa 50% zalecanego dziennego spożycia na poziomie bezpiecznym.
3. Konieczne jest wzbogacenie diety w warzywa i owoce jako źródła naturalnych antyoksydantów.

Piśmiennictwo

1. Clarkson P. M., Thompson H. S.: Antioxidants: what role do they play in physical activity and health? *Am. J. Clin. Nutr.*, 2000, 72, 637S–646S.
2. Antyoksydanty w medycynie i zdrowiu człowieka. Ball S. (red), Medyk, Warszawa, 2001, 12–24.
3. Palva S. A. R., Russell R. M.: β -carotene and other carotenoids as antioxidants. *J. Am. Coll. Nutr.*, 1999, 18, 426–433.
4. Noaman E., Zahran A. M., Kamal A. M., Omran M. F.: Vitamin E and selenium administration as a modulator of antioxidant defense system: biochemical assessment and modification. *Biol. Trace Elem. Res.*, 2002, 86, 55–64.
5. DiSilvestro R. A.: Zinc in relation to diabetes and oxidative disease. *J. Nutr.*, 2000, 130, 1509S–1511S.
6. Witaminy lipofilne i kwas askorbinowy. Maszczyński P., Pyć P. (red), PWN, Warszawa, 1999.
7. Album fotografii produktów i potraw. Szponar L., Wolnicka K., Rychlik E. (red.), Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2000.
8. Podstawy naukowe żywienia w szpitalach. Dzieniszewski J., Szponar L., Szczygieł B., Socha J. (red.), Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2001, 627–687.
9. Ziemiański Ś., Bułhak-Jachymczyk B., Budzyńska-Topolowska J., Panczenko-Kresowska B., Wartanowicz M.: Normy żywienia dla ludności w Polsce. *Nowa Medycyna*, 1998, 5, 1–27.
10. Krinsky N. I.: Carotenoids as antioxidants. *Nutrition*, 2001, 17, 815–817.
11. Russell R. M.: The vitamin A spectrum: from deficiency to toxicity. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2000, 71, 878–884.
12. Grahn B. H., Paterson P. G., Gottschall-Pass K. T., Zhang Z.: Zinc and eye. *J. Am. Coll. Nutr.*, 2001, 20, 106–118.
13. Powell S. R.: The antioxidant properties of zinc. *J. Nutr.*, 2000, 130, 1447S–1454S.
14. Rukgauer M., Neugebauer R. J., Plecko T.: The relation between selenium, zinc and copper concentration and the trace element dependent antioxidative status. *J. Trace Elem. Med. Biol.*, 2001, 15, 73–78.

Michał Wawreszuk¹, Danuta Pawłowska³, Anna Wawreszuk-Pryszczepko²,
Bassam Ahmad³, Anna Goździkiewicz³

Zawartość tłuszczów nasyconych, cukrów prostych i cholesterolu w diecie pacjentów z nadciśnieniem i chorobą wieńcową

Wstęp

Choroby układu sercowo-naczyniowego są poważnym problemem zdrowotnym populacji ludzkiej na całym świecie. Częstotliwość zgonów z powodu zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu jest równie wysoka, co śmiertelność spowodowana nowotworami [1]. Istnieje wiele czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, a wśród nich na szczególną uwagę zasługuje nieprawidłowe żywienie [2, 3].

Celem pracy była ocena zawartości tłuszczów nasyconych, cukrów prostych i cholesterolu w diecie pacjentów z nadciśnieniem i chorobą wieńcową.

Materiały i metody

Badania ankietowe przeprowadzono wśród 69 pacjentów Mazurskiego Centrum Zdrowia „Pro Medica” i 108 Szpitala Wojskowego w Elku. Grupę badanych stanowiło 37 mężczyzn i 32 kobiety w wieku 41–79 lat, u których nadciśnienie i chorobę wieńcową rozpoznano co najmniej 2 lata wcześniej.

Podczas badań kontrolnych, z każdym pacjentem przeprowadzono trzykrotnie 24-godzinny wywiad żywieniowy, dotyczący spożycia produktów i potraw w dniu poprzedzającym badanie. Wielkość porcji określano za pomocą „Albumu fotografii produktów i potraw” [4]. Wartość odżywczą jadłospisów oceniano za pomocą programu komputerowego Dietetyk 97. Uzyskane wartości odnoszono do zalecanych norm spożycia [5].

¹ 108 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Elku

² Mazurskie Centrum Zdrowia „Pro-Medica” w Elku

³ Zakład Dietetyki, Akademia Medyczna w Białymstoku

Tabela 1. Charakterystyka pacjentów

| | Kobiety (n = 32) | Mężczyźni (n = 37) |
|---------------------------------|--|--|
| Pochodzenie – miasto okolice | 27 (84%) 5 (16%) | 28 (76%) 9 (24%) |
| Wiek | 45–76 | 41–79 |
| Aktywność zawodowa | Bierna – 20 (62,5%) Czynna – 12 (37,5%) | Bierna – 30 (81%) Czynna – 7 (19%) |
| BMI | 31,46 ± 3,22 (n = 24) 27,89 ± 3,56 (n = 8) | 34,86 ± 4,52 (n = 29) 29,92 ± 2,14 (n = 8) |
| Cholesterol całkowity | 213,65 ± 34,72 | 248,65 ± 40,32 |
| Triglicerydy całkowite | 220,84 ± 28,75 | 243,52 ± 31,56 |
| LDL cholesterol | 160,22 ± 20,88 | 165,34 ± 30,27 |
| HDL cholesterol | 50,44 ± 10,26 | 42,98 ± 6,45 |
| Ciśnienie tętnicze | 155/90 – 190/100 | 160/100 – 200/120 |
| Zalecona dieta | małosolna (n = 32) uboga w cholesterol (n = 32) | małosolna (n = 37) uboga w cholesterol (n = 37) |

Wyniki opracowano statystycznie przy użyciu testu t-Studenta, przyjmując wartości znamienne statystycznie przy $p < 0.05$.

Wyniki

Charakterystykę pacjentów przedstawiono w tabeli 1.

Większość pacjentów pochodziła z Elku. Osoby powyżej 50 roku życia nie pracowały; przebywały na rencie lub emeryturze. U większości kobiet i mężczyzn stwierdzono otyłość. Wszystkie osoby miały podwyższone ciśnienie tętnicze krwi. W badaniach dodatkowych odnotowano mieszczący się w granicach wartości referencyjnych poziom całkowitego cholesterolu we krwi, podwyższony poziom LDL cholesterolu i triglicerydów oraz obniżony poziom HDL cholesterolu. Wszyscy badani, od momentu rozpoznania choroby, mieli zaleconą dietę lekkostrawną, małosolną, z niską zawartością cholesterolu.

Analiza jadłospisów wykazała, że średnia wartość energetyczna codziennych posiłków wynosiła 3256,67 kcal/osobę u mężczyzn i 2544,25 kcal/osobę u kobiet. Udział energii pochodzącej z białka i węglowodanów był zaniżony u mężczyzn, natomiast udział energii z białka i tłuszczów był zawyżony u kobiet. Podaż kwasów tłuszczowych nasyconych była zawyżona zarówno u kobiet, jak i mężczyzn (tab. 2).

Zawartość cholesterolu w dziennej racji pokarmowej kobiet wynosiła średnio 354,18 mg/osobę. Mężczyźni spożywali produkty i potrawy o większej zawar-

Tabela 2. Wartość odżywcza dziennej racji pokarmowej pacjentów z nadciśnieniem i chorobą wieńcową

| Składnik | Kobiety n = 32 | Mężczyźni n = 37 |
|---------------------------------------|------------------|--|
| Energia (kcal) | 2544,25 ± 286,49 | 3256,67 ± 382,46 |
| Białko (g) | 101,83 ± 22,88 | 81,82 ± 20,58* |
| % energii całkowitej | 16,01 ± 3,27 | 10,05 ± 2,33* |
| Tłuszcze ogółem (g) | 99,62 ± 20,54 | 149,08 ± 30,34* |
| % energii całkowitej | 35,24 ± 5,72 | 41,20 ± 7,24* |
| Kwasy tłuszczowe nasycone (g) | 34,46 ± 15,06 | 48,21 ± 21,16* |
| % energii całkowitej | 12,19 ± 3,97 | 13,32 ± 4,82 |
| Kwasy tłuszczowe jednonienasycone (g) | 41,55 ± 28,42 | 71,16 ± 36,42* |
| % energii całkowitej | 14,70 ± 7,82 | 19,67 ± 8,65* |
| Kwasy tłuszczowe wielonienasycone (g) | 18,09 ± 6,81 | 20,71 ± 8,40 |
| % energii całkowitej | 6,40 ± 3,16 | 5,72 ± 2,04 |
| Cholesterol (mg) | 354,18 ± 46,24* | 389,13 ± 52,65 (n = 29) 921,00 ± 179,61 (n = 8) |
| Węglowodany przyswajalne (g) | 310,08 ± 75,24 | 396,91 ± 83,29* |
| % energii całkowitej | 48,75 ± 10,27 | 48,75 ± 15,34 |
| Sacharoza (g) | 79,38 ± 28,59 | 98,36 ± 30,29* |
| % energii całkowitej | 12,48 ± 5,42 | 12,08 ± 3,22 |
| Błonnik pokarmowy (g) | 28,92 ± 5,36 | 24,09 ± 4,77* |

* – różnice znamienne statystycznie między kobietami i mężczyznami, $p < 0.01$

tości cholesterolu niż kobiety, a w jadłospisach ośmiu mężczyzn średnia zawartość cholesterolu wynosiła 921 mg/osobę/dobę (tab. 2).

Zawartość błonnika w diecie kobiet i mężczyzn była niższa od zalecanych wartości dziennego spożycia. W obu grupach stwierdzono zawyżony udział energii pochodzącej od cukrów prostych (tab. 2).

Omówienie

Nadciśnienie i choroba wieńcowa mają wiele wspólnych cech ryzyka. Należy tu nadmienić otyłość, małą aktywność ruchową, miażdżycę, nieprawidłowe żywienie [1]. Istnieje wiele dowodów na to, że nadmiar tłuszczów, cholesterolu i cukrów prostych w pożywieniu oraz niedobór wielonienasyconych kwasów tłuszczowych i błonnika pokarmowego przyspieszają rozwój zmian miażdżycowych w naczyniach krwionośnych, co znacznie zwiększa ryzyko nadciśnienia i choroby niedokrwiennej serca [6–9].

Analiza jadłospisów pacjentów wykazywała duże nieprawidłowości w żywieniu. Zapotrzebowanie na energię uzależnione jest od wieku i płci osobnika

oraz od jego aktywności fizycznej. Dla kobiet w wieku 25–60 lat, o małej aktywności fizycznej, zapotrzebowanie na energię wynosi od 1700 do 2000 kcal/dobę, w zależności od należnej masy ciała, średnio 1860 kcal/osobę/dobę. Podaż energii dla kobiet w wieku powyżej 60 roku życia nie powinna być wyższa jak 1850 kcal/dobę. Mężczyźni w wieku 26–60 lat powinni spożywać posiłki dostarczające ok. 2400 kcal/dobę, zaś w wieku powyżej 60 lat nie więcej jak 2200 kcal/osobę/dobę [5]. Stwierdzona nadmierna kaloryczność posiłków sprzyjała nadwadze i otyłości obserwowanej u badanych.

W prawidłowo zbilansowanej diecie, udział energii pochodzącej z białka powinien wynosić 12–14%, z tłuszczów 25–30%, w tym z kwasów tłuszczowych nasyconych 10%, jednonienasyconych 10–20% i z wielonienasyconych 6–7% [9]. Udział energii z poszczególnych składników odżywczych był odmienny u kobiet i mężczyzn, co wynikało ze zróżnicowanego sposobu żywienia. Dieta mężczyzn obfitowała w tłuszcze zwierzęce, mięso i jego produkty, wędzone ryby, masło i jaja. Dieta kobiet zawierała większe ilości mleka i serów podpuszczkowych. Niezależnie od sposobu żywienia, nadmiar tłuszczów zwierzęcych jest czynnikiem ryzyka miażdżycy [1, 2, 6–8].

Analiza wykazała niedostateczną podaż węglowodanów i błonnika pokarmowego. Dieta uboga w węglowodany i bogata w wielonienasycone i jednonienasycone kwasy tłuszczowe wywiera korzystny efekt w profilaktyce chorób układu sercowo-naczyniowego [2, 3, 7, 8]. Niestety, do takich diet nie można zaliczyć ocenianych jadłospisów pacjentów.

Zalecane dzienne spożycie błonnika pokarmowego dla osób dorosłych wynosi od 27 do 40 g [9]. Błonnik pokarmowy jest niezbędny nie tylko do prawidłowej funkcji przewodu pokarmowego. Stwierdzono, że błonnik wiąże kwasy żółciowe, zmniejsza wchłanianie cholesterolu pokarmowego oraz obniża syntezę endogennego cholesterolu w wątrobie [5, 9]. Niska podaż błonnika pokarmowego u pacjentów wynikała z rzadkiego spożycia owoców i warzyw.

Niepokojącym jest fakt znacznego udziału cukrów prostych i cholesterolu w diecie pacjentów z nadciśnieniem i chorobą wieńcową. Nadmiar cukrów prostych w dziennej racji pokarmowej jest czynnikiem ryzyka cukrzycy [9]. Zwiększony pobór cholesterolu może nasilać objawy choroby i zwiększać ryzyko wydarzeń nadciśnienia i choroby wieńcowej [3, 5, 7, 9].

Stwierdzone błędy żywieniowe wynikały ze zbyt małej wiedzy pacjentów na temat prawidłowego żywienia, jak też z nawyków żywieniowych. Wszyscy mieli zaleconą dietę lekkostrawną, małoosolną, z ograniczoną ilością cholesterolu [10]. Chorzy, mimo zaleceń przestrzegania diety, żywili się zgodnie ze swoimi upodobaniami. Większość pacjentów zgłaszała tylko ograniczenie użycia soli do przyprawiania potraw.

Wskazana jest edukacja żywieniowa, która powinna uświadomić chorym, jaki sposób żywienia jest dla nich najbardziej optymalny. Wzrost spożycia mleka, jogurtów, kefirów, tłuszczów roślinnych, ryb, warzyw i owoców oraz zmniejsze-

nie kaloryczności posiłków oraz podaży mięsa i jego produktów, jaj kurzych, tłuszczów zwierzęcych i cukrów prostych jest konieczne dla zahamowania postępu choroby oraz zmniejszenia ryzyka zawału mięśnia sercowego i udaru mózgu [8, 9, 11, 12].

Wnioski

1. Dieta pacjentów z nadciśnieniem i chorobą wieńcową, leczonych w Mazurskim Centrum Zdrowia w Ełku jest wysoko energetyczna, bogata w tłuszcze, cholesterol i cukry proste oraz uboga w błonnik pokarmowy.
2. Sposób żywienia ankietowanych pacjentów sprzyja postępowi zmian chorobowych mimo leczenia farmakologicznego.
3. Wskazana jest dokładna edukacja żywieniowa chorych z nadciśnieniem i chorobą wieńcową.

Piśmiennictwo

1. Hooper L., Summerbell C. B., Higgins J. P. T., Thompson R. I., Capps N. E., Smith G. D., Riemersma R. A., Ebrahim S.: Dietary fat intake and prevention of cardiovascular disease: systematic review. *B.M.J.*, 2001, 522, 757–763.
2. Penumetcha M., Khan N., Parthasarathy S.: Dietary oxidized fatty acids; an atherogenic risk? *J. Lipid Res.*, 2000, 41, 1473–1480.
3. Lyons L. M. S., Cahalin L. P.: The effect of diet and exercise on serum lipids and risk of cardiovascular disease: a literature review and case study. *Cardiopulmonary Phys. Ther.*, 2002, 13, 3–13.
4. Album fotografii produktów i potraw. Szponar L., Wolnicka K., Rychlik E. (red.), Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa, 2000.
5. Normy żywienia człowieka. Fizjologiczne podstawy. Ziemiański Ś. (red.), PZWL, Warszawa, 2001.
6. Zock P. L., Katan M. B.: Diet, LDL oxidation, and coronary artery disease. *Am. J. Clin. Nutr.*, 1998, 68, 759–760.
7. Brown A. A., Hu F. B.: Dietary modulation of endothelial function: implications for cardiovascular disease. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2001, 73, 673–686.
8. Schacky C.: n-3 fatty acids and the prevention of coronary atherosclerosis. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2000, 71, 224–227.
9. Dietetyka. Żywienie zdrowego i chorego człowieka. Ciborowska H., Rudnicka A. (red.), PZWL, Warszawa, 2000.
10. Jabłoński E., Heleniak G., Kaźmierczak U.: Leczenie nefarmakologiczne nadciśnienia tętniczego – modyfikacja żywienia. *Nadciśn. Tętn.*, 2002, 6, 53–59.
11. St-Onge M. P., Farnworth E. R., Jones P. J. H.: Consumption of fermented and non-fermented dairy products: effects on cholesterol concentrations and metabolism. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2000, 71, 674–681.
12. Bartkowiak R., Woźakowska-Kapłon B., Janion M.: Znaczenie omega-3 wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w zapobieganiu chorobom serca i naczyń – dotychczasowy stan wiedzy. *Pol. Prz. Kard.*, 2002, 4, 385–387.

Problemy epidemiologiczne XXI wieku



Wprowadzenie

Badania medyczne zrobiły taki
niebywały postęp, że dziś praktycznie
nie ma już ani jednego zdrowego człowieka.

Aldous Leonard Huxley

Życiu i zdrowiu ludzkiemu zawsze zagrażały różne niebezpieczeństwa. Przez tysiąclecia epidemie udowadniały ludziom, jak niebezpieczny może być niekontrolowany rozwój chorób zakaźnych. Człowiek niemal od zawsze wykorzystywał czynniki biologiczne w walce z wrogiem. Plemiona zatruwały strzały wyciągami roślin lub zanurzały groty w rozkładających się szczątkach zwierząt. W starożytności niejednokrotnie zatruwano wodę pitną np. sporyszem. Choroby zakaźne przesądziły zarówno o wyniku pojedynczej bitwy, jak również o losach całych cywilizacji. Przykładów w historii czasów nowożytnych można znaleźć wiele, np. klęska wojsk Napoleońskich pod Moskwą, które toczyły bitwę nie tylko z carską Rosją, ale także z mikroskopijnej wielkości *Rickettsia prowazekii* wywołującą tyfus plamisty. Cywilizacje Azteków i Inków ugięły się nie tylko pod naporem konkwistadorów, ale także przybyłych wraz z nimi chorób Starego Świata. Siły natury, klęski głodu, epidemie pustoszyły kraje, dziesiątkowały ludność. Ich niebezpieczeństwo narastało wraz z rozwojem cywilizacji, wzrostem liczby ludności i jej starzeniem. Choroby zakaźne jeszcze w pierwszej połowie XIX w. uchodziły za dopust Boży, klęskę nie do przewidzenia, a tym bardziej nie do opanowania. Dopiero rozwój epidemiologii przyczynił się do rozróżniania poszczególnych infekcji.

Współcześnie epidemiologia zajmuje się przede wszystkim chorobami niezakaźnymi np. chorobą wieńcową, nadciśnieniem tętniczym, chorobami alergicznymi, otyłością, cukrzycą, chorobami nowotworowymi, chorobą zwyrodnieniową stawów, zatruciami, wypadkami, chorobami psychicznymi, depresją, chorobami związanymi z zanieczyszczeniem, czy też zachwianiem prawidłowych proporcji w środowisku naturalnym.

Problemy epidemiologiczne XXI wieku są ciągle wielką niewiadomą. Może będzie to czerniak, AIDS, gruźlica, może SARS, bioterrozym, a może jeszcze coś innego... Pewne jest jednak, że nierozzerwalnie z nimi związane są wyzwania

nia dotyczące między innymi promocji zdrowia (objętej w Polsce Narodowym Programem Zdrowia), profilaktyki pierwotnej i wtórnej, walki z chorobami cywilizacyjnymi oraz z aktywnym udziałem w ochronie środowiska.

Elżbieta Krajewska-Kulak

Zbigniew Jethon¹

Zagrożenia spowodowane niewłaściwą aktywnością ruchową

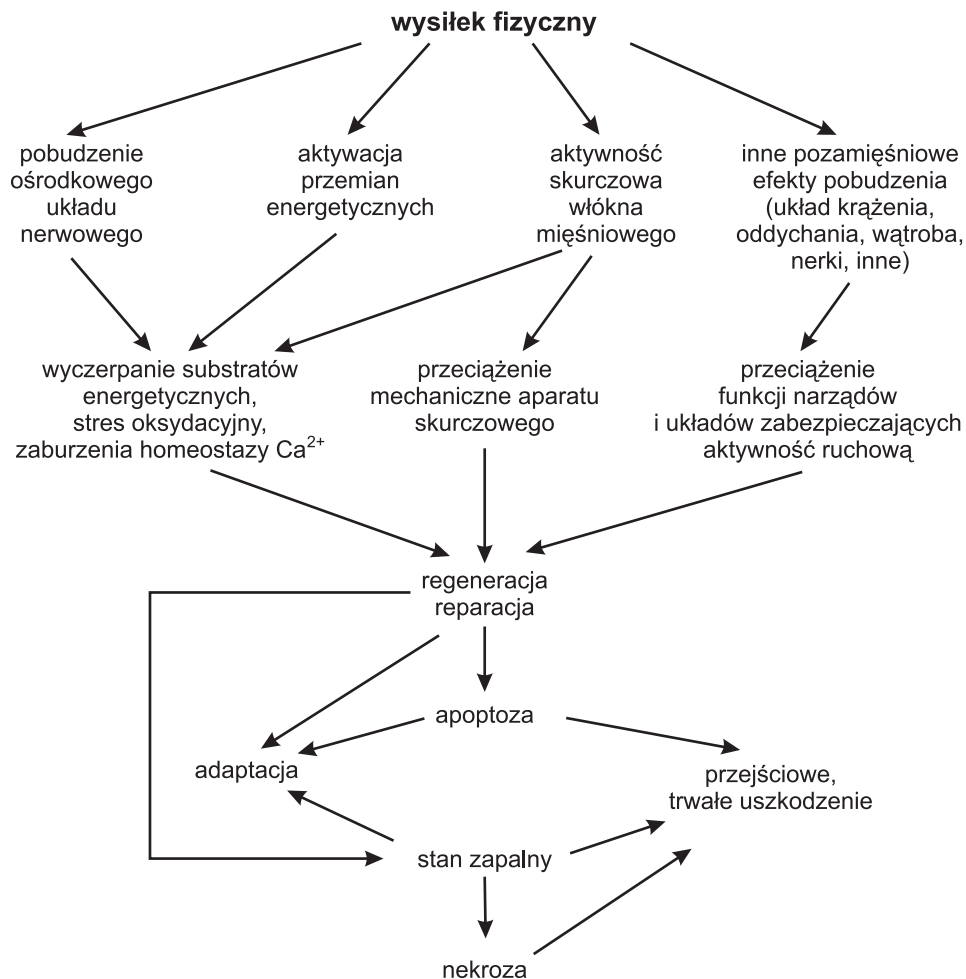
Prozdrowotna wartość wysiłku fizycznego jest ogólnie uznana, chociaż doświadczalne potwierdzenie tego faktu nie jest pewne. Dodatni dla zdrowia efekt ruchu jest głównie poparty wynikami badań epidemiologicznych. Wykazano, porównując grupy osób ćwiczących i niećwiczących, że w tej drugiej grupie występuje więcej przypadków choroby niedokrwiennej serca, niewydolności układu krążenia, miażdżycy naczyń krwionośnych, cukrzycy insulinozależnej, osteoporozy, raka jelita grubego niektórych innych chorób [więcej szczegółów w 1, 2]. Podobny wniosek można także sformułować analizując niedobór ruchu (hipokinezji), który jest współzależny ze zwiększonym ryzykiem różnych przedklinicznych i klinicznych uszkodzeń [3].

Mimo powyższych spostrzeżeń, potwierdzonych zwłaszcza analizami epidemiologicznymi, coraz częściej zwraca się uwagę na zagrożenia związane z niewłaściwie lub nadmiernie intensywnie prowadzoną aktywnością ruchową. Najwyraźniej jest to widoczne w sporcie klasyfikowanym, gdzie trening prowadzony w okresie startowym może przekraczać dopuszczalne obciążenia. Prowadzi to do zmian, które manifestują się jako przeciążenie, przetrenowanie oraz do uszkodzeń włókien mięśniowych, powierzchni stawowych i struktury kości [4, 5]. W ostatnich latach pojawia się ponadto coraz więcej prac wskazujących na możliwość powstania uszkodzeń poza układem ruchu [4, 6].

Ujemne skutki niewłaściwie prowadzonego treningu sportowego można także stwierdzić w rekreacyjnej aktywności ruchowej, jeżeli aktywność ta jest prowadzona przez osoby nieprzystosowane, zwłaszcza będące w starszym wieku. W takich wypadkach uszkodzenia mogą wystąpić już po niewielkich obciążeniach, szczególnie podczas wysiłków długotrwałych cechujących się dużą ekscentryczną komponentą. W skrajnych przypadkach może dojść do zejścia śmiertelnego, przy czym w większości to zagrożenie dotyczy młodych mężczyzn [7].

¹ Zakład Fizjologii, Katedra Biomedycznych Podstaw Kultury Fizycznej, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

Rycina 1. Sekwencje zmian powstających pod wpływem wysiłku fizycznego



Wyniki badań, prowadzone nad zdrowotną wartością wysiłku fizycznego wskazują, że jego oddziaływanie związane jest z obciążeniami, które w różnym stopniu zmieniają funkcje wewnątrzustrojowe, stymulując bardzo specyficzne i o różnym charakterze zjawiska adaptacyjne. Mimo genetycznego podłoża aktywności ruchowej adaptacja wysiłkowa zależna jest od rodzaju ruchu, jego intensywności i czasu wykonania. Uwarunkowania związane z płcią, rasą, procesem starzenia, odżywianiem, stylem życia modyfikują efekty wysiłkowe, co powoduje bardzo złożony przebieg kształtowania się adaptacji.

Ocena charakteru adaptacji wysiłkowej i jej zdrowotnej wartości może być dokonana m.in. w oparciu o określenie mechanizmów oddziaływania wysiłku.

Tabela 1. Zmiany wewnątrz włókien mięśniowych mogące spowodować uszkodzenie funkcji mięśni

- Intensyfikacja powstania reaktywnych form tlenu, stres oksydacyjny (uszkodzenie lipidów błonowych, białek, kwasów nukleinowych)
- Zakłócenie homeostazy Ca^{2+} wewnątrz organelli komórkowych sarkoplazmie, aktywacja endonukleazy Ca^{2+} -zależnej
- Indukcja kaskady kaspaz, apoptoza
- Uszkodzenie strukturalne białek kurczliwych, białek cytoszkieletu, powstanie ognisk nekrotycznych
- Uwalnianie cytokin pozapalnych, powstanie ognisk zapalenia, napływ neutrofilów do wnętrza włókna
- Obniżenie stężenia NAD/NADP i ATP
- Wyczerpanie potencjału obrony antyoksydacyjnej
- Nagromadzenie pochodnych przemian węglowodanowych, tłuszczowych, białkowych (kwas mlekowy, kwas pirogronowy, ketony, amoniak, kwas moczowy i inne)
- Obniżenie efektywności białek stresowych (HSP) w zakresie funkcji osłonowej, transportującej i fałdowania

Efektorowi ruch uwarunkowany jest aktywnością sarkomerów włókna mięśniowego, których zmiany są proporcjonalne do mocy rozwijanej przez włókno. W niewielkich intensywnościach i w stosunkowo umiarkowanym czasie wykonywania ruchu zmiany te wskazują na „zużywanie się” niektórych białek sarkomerycznych. Wysokość i kierunek obciążeń mechanicznych może modyfikować ten proces. Zwrócono szczególną uwagę na opory stawiane kierunkowi ruchu, zwłaszcza pokonujące rozwijaną moc skurczu i prowadzące do rozciągnięcia skurzonego włókna. Ten tzw. ekscentryczny charakter ruchu prowadzić może do mechanicznych uszkodzeń i jest m.in. związany z zespołem opóźnionej bolesności mięśnia [8].

Czynniki indukujące powstanie uszkodzeń we włóknach mięśniowych mają fizyczny i metaboliczny charakter. Fizyczny charakter mają zjawiska mechaniczne i termiczne, związane zwłaszcza z rozciąganiem mięśnia w ekscentrycznym wysiłku. Może wówczas powstać uszkodzenie lub rozerwanie białek sarkomerycznych, uszkodzenie siateczki sarkoplazmatycznej i zaburzenie uwalniania z niej jonów wapnia, przerwanie błony włókna mięśniowego oraz uszkodzenie białek enzymatycznych spowodowane nagłym wzrostem dużej ilości energii cieplnej we włóknie. Czynniki metaboliczne związane są z intensyfikacją przemian, które mają zapewnić dostawę wystarczającej energii do białek kurczliwych sarkomeru. Zwiększa się wówczas stężenie pośrednich i końcowych produktów przemian oraz zmienia się ilość i aktywność enzymów z tymi przemianami związanych.

Jako efekt zmian metabolicznych następuje także odchylenie w stężeniach i aktywności różnych substancji regulatorowych, jak hormony, cytokiny, białka stresowe oraz powstają zwiększone ilości wolnych rodników. Część z tych substancji powstaje we włóknach mięśniowych i wydostając się poza włókno jest rozprowadzana w całym organizmie. Uszkodzenie włókna może prowadzić do indukcji apoptozy oraz stanu zapalnego. Następuje infiltracja uszkodzonych miejsc przez monocyty i neutrofile, a uwalniane przez nich cytokiny stymulują ogólną reakcję organizmu w postaci reakcji ostrej fazy [5, 9].

Wewnątrzustrojowe efekty wysiłkowe różnią się w zależności od tego, czy są rozpatrywane jako następstwo jednorazowego wysiłku, czy też jako proces długotrwały, wywołany wielokrotnie powtarzaniem obciążeniem pracą (efekt treningowy – adaptacja). W jednorazowym wysiłku występujące zmiany związane są głównie z przemianami w mięśniach wraz z zmianami w funkcji determinant zabezpieczających czynność ruchową, natomiast efekt treningowy obejmuje procesy regulacyjne – nerwowe, hormonalne, mechanizmy transmisji bodźca [4]. W obu wypadkach klamrą spinającą większość zmian jest podwzgórze. Wysiłek fizyczny jest zazwyczaj rozpatrywany jako swego rodzaju stres, natomiast w każdej reakcji stresowej podwzgórze jest centralnym ośrodkiem scalającym wszystkie dośrodkowe impulsy i pełniącym zasadniczą rolę w regulacji odpowiedzi ośrodkowego układu nerwowego na stres. Integracja obejmuje dośrodkowe informacje z nerwowego układu autonomicznego, przejawy metaboliczne, reakcje hormonalne i regulatorów miejscowych (cytokin), a także informacje z wyżej położonych ośrodków nerwowych. Aktywacja neuronów podwzgórza zmienia reakcje wszystkich efektorów, modelując określoną, specyficzną dla danego stresu odpowiedź.

W stresie spowodowanym wysiłkiem fizycznym pierwotne sygnały dośrodkowe powstają we włóknach mięśniowych. Wbrew oczekiwaniom nie ma wyników badań, które potwierdzałyby współzależność między intensywnością uszkodzenia półprzepuszczalności błony włókna a pojawieniem się poza włóknem, we krwi, markerów uszkodzenia w postaci różnych białek wewnątrzkomórkowych i ich fragmentów [10]. Można sądzić, że zmiany te są „normalnym” przejawem aktywności włókna, a do wyjaśnienia jest jaka ich intensywność już będzie świadczyć o uszkodzeniu. Dodatkowo do zbadania jest także, które z efektów występujących we włóknie oraz jaki wymiar tych efektów jest wyrazem odwracalnych odchyżeń, a na jakim poziomie efekty będą już zmianami nieodwracalnymi.

Analizując powysiłkowe procesy metaboliczne w aspekcie powstawania przejawów adaptacyjnych można stwierdzić, że zwłaszcza intensyfikuje się aktywność enzymów nadzorujących przemiany tlenowe substratów energetycznych oraz zwiększa się liczba mitochondriów. Poszukując czynników, które inicjują mitochondrialną biogenezę zwrócono uwagę na fakt, że podczas treningu następuje wielokrotna interakcja małych zmian w stężeniu 5'-ATP z białkami regulującymi ekspresję genów mitochondrialnych [11]. Charakter tych reakcji nie został dotąd

Tabela 2. Ważniejsze zagrożenia stanu zdrowia w aktywności ruchowej

- Immunosupresja
- Zespół opóźnionego bólu mięśnia
- Przemęczenie, przetrenowanie
- Zmiany degeneracyjne (przeciążeniowe w układzie ruchu)
- Zaburzenia żołądkowo-jelitowe
- Zaburzenia dojrzewania płciowego i funkcji rozrodczej
- Osteoporoza
- Anoreksja, bulimia inne zaburzenia odżywiania
- Odchylenia w procesie rozwojowym dzieci (przeciążenia tzw. wczesnej specjalizacji sportowej)
- Zmiany funkcji nerek
- Indukcja trwałych przykurczów mięśni
- Przypadki nagłej śmierci
- Interakcja wysiłku fizycznego z zanieczyszczeniem środowiska
- Wypadkowość na zajęciach i zawodach, następstwa urazów sportowych
- Wpływ warunków klimatycznych i pogodowych, wpływ środowiska wodnego w sportach wodnych

wyjaśniony. Stwierdzono jednak, że w powiązaniu homeostazy ATP z biogenną mitochondriów szczególną rolę wydają się dogrywać niektóre białka stresowe [11, 12]. Białka te są grupą wysoce konserwatywnych związków, o masie cząsteczkowej 10 kDa do 170 kDa, które w spoczynku występują w niskich stężeniach, głównie jako formy stabilne (cognate). W razie oddziaływania różnych czynników, jak wzrost temperatury, niedokrwienie i niedotlenienie, kwasica, wzrost cytosolowego stężenia Ca^{2+} i reaktywnych form tlenu, obniżona biodostępność glukozy, degradacja białek, endotoksemia i inne ich stężenie szybko wzrasta. Wszystkie te zmiany występują w wysiłku fizycznym, zwłaszcza wykonywanym w dłuższym czasie. Przyjmuje się, że głównym zadaniem białek stresowych w mięśniach, poza ich związkiem z układem immunologicznym, jest udział w translokacji, fałdowaniu i gromadzeniu białek mitochondrialnych.

Możliwe ujemne skutki wysiłkowe nie ograniczają się tylko do mięśni. Wykonanie akcji skurczowej jest zabezpieczane wieloma procesami, które manifestują się wzrostem aktywności różnych narządów oraz modyfikacją neurohormonalnej funkcji koordynacyjnej. Jest zrozumiałe, że w tych zmianach homeostazy należy głównie poszukiwać odchyleń grożących antyzdrowotnymi skutkami. Jeśli dodatkowo weźmie się pod uwagę wpływ z włókna mięśniowego różnych substancji, zakłócenia wielu funkcji stają się możliwe.

Zwykle przyjmuje się, że trening fizyczny obniża podatność na zmiany strepopochodne. Głównie stanowisko to związane jest z efektami stresu psychofizycznego i psychospołecznego; inne rodzaje stresu są pod tym względem mniej poznane. Antystresowa właściwość treningu fizycznego w dużym stopniu zależy od charakteru, intensywności i schematu powtórzeń środków treningowych (ćwiczeń). Czasem można stwierdzić wzmożenie podatności na czynniki stresowe, zwłaszcza w przypadku przeciążenia lub przetrenowania [4, 6].

Wśród wielu możliwych ujemnych skutków aktywności ruchowej szczególnie dużo prac poświęcono wyjaśnieniu zmian w układzie odpornościowym. U sportowców stwierdza się zwiększoną wrażliwość na infekcje, nawet jeśli trening jest prowadzony prawidłowo, lecz z większym natężeniem (np. w okresie startowym). Osoby uprawiające sporty rekreacyjne, gdzie te natężenia są mniejsze, są jednak bardziej odporni na infekcje w porównaniu z osobami o małej aktywności ruchowej. Jako ujemne efekty stwierdza się zmianę rozmieszczenia subpopulacji leukocytarnych i ich obwodowego stężenia, zmianę aktywności limfocytów NK i neutrofilów, obniżenie stężenia immunoglobulin IgA, IgG i IgM, odchylenia w ilości uwalnianych pro- i antyzapalnych cytokin i inne [13]. Już podczas i po jednorazowym wysiłku można stwierdzić objawy immunosupresji. We krwi powstaje szybki, narastający w ciągu minut, wzrost liczby krwinek białych, a po wysiłku ich zmniejszenie poniżej poziomu wyjściowego. Zwiększa się także w osoczu stężenie interferonu- γ (IFN- γ), czynnika nekrotycznego guza- α (TNF- α), niektórych interleukin (IL-1, IL-2, IL-6), białka C-reaktywnego i fragmentu komplementu. Utrzymywanie się powysiłkowej immunosupresji zależy od charakteru wysiłku i jest proporcjonalne do jego trwania i intensywności oraz od dodatkowo działających różnych czynników środowiskowych i może utrzymywać się wiele godzin. Zmiany te zazwyczaj są niewielkie i z wyjątkiem podatności na infekcje górnych dróg oddechowych są klinicznie nieistotne [14]. Mogą jednak współdziałać z innymi zmianami w powstawaniu uszkodzeń zdrowia.

Stosunkowo niewiele wyjaśniających badań prowadzono nad wpływem wysiłku na przewód pokarmowy. W praktyce sportowej zaburzenia żołądkowo-jelitowe podczas długotrwałych, intensywnych wysiłków spotyka się stosunkowo często. Najczęstszymi objawami są biegunka, rozlane bóle brzucha, bolesne skurcze jelit, a czasem także krwawienia z przewodu pokarmowego. W zawodach chodu „Nijmeegse Vierdaagse” (Holandia), gdzie codziennie przez 4 dni mężczyźni pokonują trasę 51 km, a kobiety 41 km, u 21% uczestników stwierdzano zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego. Jako przyczyny tych zmian przyjmuje się zmniejszenie ukrwienia jelit (przesunięcie krwi do pracujących mięśni), nasilenie perystaltyki, mechaniczne oddziaływania na trzewia oraz zmiany w regulacji neurohormonalnej [15]. Zazwyczaj zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego są przejściowe. Czasem jednak mogą mieć bardziej odważny charakter, zwłaszcza w przypadku współistniejących innych zmian chorobowych.

Zmiany w funkcji nerek od dawna znane są wśród sportowców. W moczu pojawiają się krwinki czerwone i białe, białka osocza oraz następuje zwiększone wydalanie potasu, co uzyskało nazwę sportowego pseudozapalenia nerek (pseudonephritis athletica). Epidemiologiczne badania nie potwierdzają poważniejszych uszkodzeń u sportowców, jednak ostatnio uzyskano dane o możliwości powstania tych zmian. Stwierdza się w moczu powysiłkowym podwyższenie aktywności N-acetyl- β -D-glukozaminidazy, β -glukuronidazy i obniżenie aktywności arylsulfataz. Wskazuje to na zakłócenia funkcji filtracyjnej nefronu. Wykazano również liczne ogniska apoptozy głównie zlokalizowane w dystalnych kanalikach [16, 17].

W badaniach aktywności ruchowej kobiet stwierdza się, że wysiłek fizyczny może prowadzić do zakłóceń funkcji rozrodczej, zaburzeń odżywiania (anorexia, bulimia) i do zmniejszenia umineralizowania kości (osteopenia). Te trzy zespoły zmian uzyskały nazwę triady kobiecej. W jej powstawaniu główną rolę przypisuje się odchyleniom w stylu życia, zmniejszonej biodostępności wapnia oraz ograniczeniu odżywiania. Wpływy te prowadzą do niedoboru hormonów gonadotropowych przysadki mózgowej i estrogenów [18]. U mężczyzn występują podobne zmiany, zwłaszcza w zakresie funkcji rozrodczej, chociaż są mniej intensywne. Występuje obniżenie stężenia we krwi testosteronu i lutropiny, które prowadzi w niektórych przypadkach do nasilenia osteopenii (zwłaszcza u pływaków) oraz do obniżenia libido, jednak bez objawów hamowania spermatogenezy [19].

Powyższe, najczęściej rozpatrywane niebezpieczeństwa niewłaściwie prowadzonej aktywności ruchowej wskazują, że przekroczenie pewnego jej poziomu może stanowić istotne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia. Określenie tego poziomu nie jest w obecnym stanie wiedzy możliwe. Spowodowane jest to genetycznymi uwarunkowaniami różnic międzyosobniczych, ich podatnością na wpływy środowiskowe, indywidualnym stylem życia, przebytymi chorobami, budową i składem ciała, wiekiem, płcią i wieloma innymi czynnikami wpływającymi na predyspozycje do ruchu. Można jedynie ustalić kryteria, których przekroczenie jest już dla zdrowia niebezpieczne.

Piśmiennictwo

1. Jethon Z.: Fizjologiczne podstawy prewencji i rehabilitacji ruchowej w chorobach układu krążenia. T. Mieczkowski (red.), *Ruch jak lekarstwo – za mało nie skutkuje – za dużo szkodzi*. Wyd. Uniw. Szczecińskiego, Szczecin 1999, 19–29.
2. Kesaniemi Y. A., Danforth E., Jr., Jensen M. D., Kopelman P. G.: Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 2001, 33, S351–S358.
3. Jethon Z.: Wartość aktywności fizycznej dla zdrowia. Założenia metodyczne badań dowodowych. *Probl. Higieny*, 2003, 79, 61–69.
4. Jethon Z.: Stresowe aspekty wysiłku fizycznego w sporcie i lotnictwie. *Pol. Przegl. Med. Lotniczej*, 2002, 8, 387–395.

5. Steinacker J. M., Lormes W., Reissnecker S., Liu Y.: New aspects of the hormone and cytokine response to training. *Eur. J. Appl. Physiol.*, 2004, 91, 382–391.
6. Moraska A., Deak T., Spencer R.L., Roth D., Fleshner M.: Treadmill running produces both positive and negative physiological adaptations in Sprague-Dawley rats. *Am. J. Physiol.*, 2000, 279, R1321–R1329.
7. Maron B. J.: Sudden death in young athletes. *New England J. Med.*, 2003, 349, 1064–1075.
8. Jethon Z.: Mechanizm powstawania wysiłkowego uszkodzenia mięśni szkieletowych. M. Zatoń, Z. Jethon (red.), *Aktywność ruchowa w świetle badań fizjologicznych i promocji zdrowia*. Wyd. AWF we Wrocławiu, 1998, 153–165.
9. Jethon Z.: Fizjologiczne mechanizmy aktywności fizycznej w działaniu na zdrowie. *Wiad. Lekarskie*, 2002, 55, Supl. 1, 170–177.
10. Malm C.: Exercise-induced muscle damage and inflammation: fact or fiction? *Acta Physiol. Scand.*, 2001, 171, 233–239.
11. Essig D. A.: Contractile activity-induced mitochondrial biogenesis in skeletal muscle. *Exerc. Sport Sci. Rev.*, 1996, 24, 289–319.
12. Ecochard L., Lhenry F., Sempore B., Favier R.: Skeletal muscle HSP72 level during endurance training: influence of peripheral arterial insufficiency. *Pflug. Arch.*, 2000, 440, 918–924.
13. Pedersen B. K., Hoffman-Goetz L.: Exercise and the immune system: regulation, integration and adaptation. *Physiol. Rev.*, 2000, 80, 1055–1081.
14. Tauler P., Aguiló A., Cases N., Sureda A., Gimenez F., Villa G., Córdova A., Biescas A. P.: Acute phase immune response to exercise coexists with decreases neutrophil antioxidant enzyme defences. *Free Radical Res.*, 2002, 35, 1101–1107.
15. Peters H. P. F., de Vries W. R., Vanberge Henegouwe G. P., Akermans L. M. A.: Potential benefits and hazards of physical activity and exercise on gastrointestinal tract. *Gut*, 2001, 48, 435–439.
16. Murawska-Ciałowicz E., Podhorska Okołów M., Jethon Z., Dzięgiel P., Januszewska L.: Zmiany czynnościowe i strukturalne w komórkach nerki po wysiłku fizycznym. *Probl. Higieny*, 2003, 83, 190–191.
17. Podhorska-Okółów M., Dzięgiel P., Gomułkiewicz A., Dolińska-Krajewska B., Murawska-Ciałowicz E., Jethon Z., Zabel M.: The role of AT1 and AT2 angiotensin receptors in the mechanism of apoptosis in renal tubular cells after physical exercise. *Ann. Acad. Med. Bialostocensis*, 2004, 49, Supl. 1, 8–10.
18. Rosetta L., Condé da Silva Fraga E., Mascie-Taylor C. G. N.: Relationship between self-reported food and fluid intake and menstrual disturbance in female recreational runners. *Ann. Human Biol.*, 2001, 28, 444–454.
19. di Luigi L., Guidetti L., Baldari C., Fabbri A., Moretti C., Romanelli F.: Physical stress and qualitative gonadotropin secretion: LH biological activity at rest and after exercise in trained and untrained men. *Int. J. Sports Med.*, 2002, 23, 307–312.

Barbara Wojewoda¹, Joanna Rosińczuk-Tonderys²,
Edyta Ośmiałowska

Czynniki ryzyka wpływające na rozwój nowotworu jelita grubego

Wstęp

Wśród chorób nowotworowych jedno z czołowych miejsc zajmują nowotwory jelita grubego. Rak okrężnicy i odbytnicy w ciągu ostatniego dwudziestolecia jest coraz częściej rozpoznawalny. Częstość występowania wzrasta w większości krajów o wyższym poziomie cywilizacji i dobrobytu materialnego. Według danych epidemiologicznych ocenia się, że rocznie na świecie na raka jelita grubego zapada około 600 000 osób, w tym około 400 000 w krajach wysoko rozwijających się [1, 2]. Do krajów o największym ryzyku zachorowań na raka jelita grubego należą Stany Zjednoczone i kraje Europy Zachodniej, natomiast o najmniejszym – kraje azjatyckie i afrykańskie. Nowotwory jelita grubego są drugimi, co do częstości występowania, nowotworami i można przypuszczać, że już wkrótce znajdą się na pierwszym miejscu, wyprzedzając nowotwory tytoniozależne. W Polsce, w ciągu roku u obu płci, nowotwory jelita grubego, a więc okrężnicy i odbytnicy łącznie, stanowią trzecią, co do częstości występowania przyczyną zachorowań i zarazem trzecią przyczyną zgonów z powodu wszystkich nowotworów złośliwych [3, 4].

Podstawą ich leczenia jest wczesne rozpoznanie, które może zapewnić doświadczenie, a co za tym idzie, skuteczność leczenia. Nowotwory jelita grubego stanowią o tyle korzystną sytuację, że uważny obserwator potrafi rozpoznać ich objawy we wczesnych okresach choroby. Fundamentalną sprawą, w przypadku nowotworów o tej samej lokalizacji, staje się więc samoobserwacja, co z kolei jest możliwe tylko przy odpowiednim uświadomieniu pacjentów. Pomocna w tym jest promocja zdrowia realizowana w skali kraju. Także trwający od kilkun-

¹ Zakład Specjalności Zabiegowych, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna we Wrocławiu

² Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna we Wrocławiu

stu lat wzrost zainteresowania sprawami ekologii, zdrowego życia i odżywiania powinien przynieść efekty w postaci spadku liczby zachorowań na ten typ nowotworów, co niestety jest jeszcze sprawą przyszłości.

Najczęściej występującym nowotworem złośliwym okrężnicy jest rak (rozwijający się z tkanki nabłonkowej). Histologicznie jest rakiem gruczołowym (adenocarcinoma), zbudowanym ze struktur cewkowych i (lub) kosmkowych. Obok raka okrężnicy innym nowotworem złośliwym jest mięsak (sarkoma), rozwijający się z komórek łącznotkankowych. Mięsak występuje rzadko, ale cechuje go duży stopień złośliwości. Zwykle u ludzi młodych, sporadycznie, rozpoznawany jest nowotwór pochodzenia chłonnego – mięsak chłonny (lymphosarcoma) – również cechujący się złym rokowaniem.

W jelicie grubym nowotwory łagodne występują w postaci tłuszczaka, śluzaka, włókniaka i gruczolaka, których przebieg kliniczny, rokowania i leczenie jest zwykle pomyślny [5].

Ryzyko zachorowania zwiększa się wraz z wiekiem. Niewielki wzrost zachorowań występuje w wieku 40 lat, wyraźniejszy staje się w wieku 50 lat, a największy w grupie wiekowej 50–70 lat [6]. Ogólnie liczba zachorowań na raka jelita grubego jest podobna u obu płci. U mężczyzn notuje się nieco większą zachorowalność na raka odbytnicy, rak okrężnicy częściej występuje u kobiet [4].

Uważa się, że pierwszoplanową rolę odgrywają tu składniki pożywienia. Ubogoresztkowe i bogate w tłuszcze zwierzęce pożywienie, zaparcia, przedłużony czas pasażu jelitowego, małe objętościowo stolce i zmiany w składzie flory bakteryjnej, tłumaczyć mogą zwiększoną produkcję ciał karcinogennych i dłuższe działanie na błonę śluzową jelita. Różne postaci polipowatości rodzinnej, a także tak zwany zespół raka rodzinnego świadczą o układzie czynnika genetycznego w etiologii raka jelita grubego. Niektórzy badacze przedstawili hipotezę łącznego wpływu czynników zewnętrznych i uwarunkowań genetycznych. Uważali oni, że do powstania poliopów gruczolakowatych, a następnie raka, dochodzi pod wpływem czynników środowiskowych, działających na genetycznie usposobioną błonę śluzową [7]. Do czynników rakotwórczych zaliczamy: węglowodory aromatyczne (powstają w procesie przygotowania potraw – smażenia, wędzenia mięsa lub ryb), chlorek winylu, używki (alkohol etylowy, nikotyna), mała ilość wapnia w pokarmach, niedostateczną podaż witamin A, C, E selenu oraz ogólnie dużą podaż energii i otyłość.

Czynniki karcinogenne występujące również w mikrośrodowisku jelita grubego to:

- określona ilość substancji mutagennych, produkowanych przez bakteroidy w jelicie (poziom tych substancji zwiększają: kwas askorbinowy, alfatokofenol i błonnik);
- ketosteroidy, czyli sterydy cytotoksyczne i genotoksyczne w stolcu, które powstają na skutek przemiany tłuszczów;

- wysokie pH stolca (alkaliczne), uwarunkowane dużą ilością tłuszczu, białka, a małą błonnika w diecie – w takim środowisku kwasy tłuszczowe są rozpuszczalne i toksyczne dla nabłonka jelit [1, 2].

Wszystkie przedstawione poglądy mają charakter raczej mniej lub bardziej prawdopodobnych hipotez [7].

Czynniki ryzyka zachorowania na raka jelita grubego możemy podzielić na wewnętrzne (w tym genetyczne) i zewnętrzne [20, 21]. Do czynników wewnętrznych zaliczamy: wrzodziejące zapalenie jelita grubego (colitis ulcerosa), choroba Leśniowskiego-Crohna, gruczolaki jelita grubego, rodzinną polipowatość jelit z gruczolakowatością, dziedziczny rak jelita grubego. Do czynników zewnętrznych (środowiskowych) zaliczamy: nieprawidłową dietę, używki – tytoń i alkohol, zmniejszoną aktywność fizyczną, zaparcia stolca.

Wiele danych wskazuje, że rozwój raka jelita grubego może być dwuetapowy:

- W pierwszym etapie powstaje gruczolak, w wyniku zaistnienia dwóch zdarzeń:
 1. charakterystyczny gen regresywny powoduje stan „skłonności do powstania gruczolaka”;
 2. czynnik środowiskowy powoduje powstanie gruczolaka [1, 2].
- W drugim etapie działają czynniki rakotwórcze na kształtowanego gruczolaka, powodując powstanie raka.

Taki schemat powstawania części raków jest do przyjęcia, ponieważ harmonizuje on z dotychczasową wiedzą o historii naturalnej nowotworów złośliwych, w której można wyróżnić fazę inicjacji, promocji i progresji [1, 2].

Cel pracy

Celem pracy jest wykazanie znajomości czynników ryzyka wpływających na rozwój jelita grubego u osób leczonych z powodu rozpoznania nowotworu jelita grubego. Analiza tych czynników pozwala na indywidualne podejście do procesu chorobowego, co ma wpływ na zastosowanie wczesnej profilaktyki, diagnostyki i kompleksowej opieki.

Material i metoda

W okresie od października 2003 r. do lutego 2004 r. przeprowadzono badania ankietowe wśród 50 pacjentów leczonych w Oddziale Chirurgii I Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu z powodu rozpoznania nowotworu jelita grubego, dotyczące czynników ryzyka wpływających na rozwój nowotworu jelita grubego. Przebadano 27 kobiet (54%) i 23 mężczyzn (46%). 41 osób tj. 82% to osoby mieszkające w mieście, pozostałe 9 osób tj. 18% mieszka na wsi.

Tabela 1. Wiek badanych

| Wiek badanych | Liczba badanych | Udział procentowy |
|---------------|-----------------|-------------------|
| 26–40 lat | 1 | 2% |
| 41–55 lat | 17 | 34% |
| 56–60 lat | 6 | 12% |
| 61–65 lat | 13 | 26% |
| 66 i więcej | 13 | 26% |
| Ogółem | 50 | 100% |

Tabela 2. Pozycja społeczna badanych

| Pozycja społeczna przebadanych | Liczba badanych | Udział procentowy |
|--------------------------------|-----------------|-------------------|
| robotnik niewykwalifikowany | 5 | 10% |
| robotnik wykwalifikowany | 4 | 8% |
| pracownik fizyczny | 10 | 20% |
| pracownik umysłowy | 31 | 62% |
| Ogółem | 50 | 100% |

Wyniki badań i omówienie

Na podstawie przeprowadzonej ankiety można stwierdzić, że najwięcej pacjentów obojga płci – 17 tj. 34% – było leczonych w grupie wiekowej 41–55 lat. Natomiast w grupie wiekowej 61–65 lat było 13 pacjentów tj. 26%, tak samo również przedstawia się sytuacja w grupie wiekowej 66 i więcej lat. W grupie wiekowej 56–60 lat było 6 osób tj. 12% (tab. 1).

Stwierdzono, iż 31 osób (tj. 62%) z rozpoznaniem nowotworem jelita grubego to osoby z wykształceniem wyższym, 10 osób (tj. 20%) to pacjenci z średnim wykształceniem, 5 osób tj. 10% – robotnicy niewykwalifikowani (tab. 2).

Z przeprowadzonej analizy wynika, że najwięcej zachorowań na nowotwór jelita grubego obserwuje się u rencistów i emerytów – 34 osoby tj. 64%, 16 osób tj. 32% stanowią osoby pracujące zawodowo. W pozostałych grupach, tzn. osób bezrobotnych oraz prowadzących gospodarstwo domowe, zachorowań nie zaobserwowano (tab. 3).

Obserwuje się wyższą liczbę zachorowań na nowotwór jelita grubego w grupie oceniających własne warunki socjalne jako dobre – 24 osoby tj. 48%, średnie warunki podało 15 osób tj. 30%, złe 3 osoby tj. 6% (tab. 4).

Z przeprowadzonej analizy wynika, wyższą liczbę zachorowań na nowotwór jelita grubego obserwuje się w grupie osób oceniających swój typ sylwetki jako

Tabela 3. Aktywność zawodowa badanych

| Aktywność zawodowa przebadanych | Liczba badanych | Udział procentowy |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|
| pracujący | 16 | 32% |
| bezrobotny | 0 | 0% |
| emerytura/renta | 34 | 64% |
| prowadzący gospodarstwo domowe | 0 | 0% |
| Ogółem | 50 | 100% |

Tabela 4. Ocena warunków socjalnych, dokonana przez badanego

| Warunki socjalne przebadanych | Liczba badanych | Udział procentowy |
|-------------------------------|-----------------|-------------------|
| bardzo dobre | 8 | 16% |
| dobre | 24 | 48% |
| średnie | 15 | 30% |
| złe | 3 | 6% |
| Ogółem | 50 | 100% |

Tabela 5. Ocena typu sylwetki, dokonana przez badanego

| Typ sylwetki przebadanych | Liczba badanych | Udział procentowy |
|---------------------------|-----------------|-------------------|
| szczupły | 9 | 18% |
| średni | 33 | 66% |
| otyły | 8 | 16% |
| Ogółem | 50 | 100% |

średni – 33 osób tj. 66%, szczupły – 9 osób tj. 18%, natomiast otyły 8 osób tj. 16% (tab. 5).

Obserwuje się wyższą liczbę zachorowań na nowotwór jelita grubego w grupie nie uprawiających sportu i gimnastyki – 22 osoby tj. 44%, uprawiających sport, gimnastykę rzadziej niż 2 razy w tygodniu – 14 osób tj. 28%. Natomiast liczność zarówno grupy osób uprawiających sport i gimnastykę, co najmniej 2 razy w tygodniu jak grupy osób uprawiających sport i gimnastykę codziennie wynosi 7 osób tj. 14% (tab. 6).

Na podstawie przeprowadzonej ankiety stwierdzono, iż 27 osób (tj. 54%) pije kawę 1–2 razy dziennie, 15 osób nie pije kawy, co stanowi 30% (tab. 7).

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że zdecydowana większość tj. 41 osób (82%) nie pali papierosów, natomiast 6 osób (tj. 12%) pali poniżej 20 papierosów dziennie (tab. 7).

Tabela 6. Aktywność fizyczna

| Aktywność fizyczna | Liczba badanych | Udział procentowy |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| codziennie | 7 | 14% |
| 2 x w tygodniu | 7 | 14% |
| rzadziej | 14 | 28% |
| nie uprawiam wcale | 22 | 44% |
| Ogółem | 50 | 100% |

Tabela 7. Stosowane używki

| Stosowane używki | Liczba badanych | Udział procentowy |
|---------------------------|-----------------|-------------------|
| Kawa | | |
| 1–2 razy dziennie | 27 | 54% |
| okazjonalnie | 7 | 14% |
| więcej niż 2 dziennie | 1 | 2% |
| nie piję | 15 | 30% |
| Ogółem | 50 | 100% |
| Papierosy | | |
| 20 szt. dziennie i więcej | 3 | 6% |
| poniżej 20 szt. dziennie | 6 | 12% |
| nie palę | 41 | 82% |
| Ogółem | 50 | 100% |
| Alkohol | | |
| piję | 0 | 0% |
| piję okazjonalnie | 35 | 70% |
| jestem abstynentem | 15 | 30% |
| Ogółem | 50 | 100% |

Na podstawie przeprowadzonej ankiety wśród 50 przebadanych pacjentów stwierdzono, iż 35 osób tj. 70% podaje, że pije alkohol okazjonalnie (tab. 7).

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że obserwuje się wyższą liczbę zachorowań na nowotwór jelita grubego w grupie osób podatnych na sytuacje stresowe – 36 osób tj. 72%, natomiast pozostałe osoby – 14 tj. 28%, stanowią grupę uważających, że nie są podatne na sytuacje stresowe (tab. 8).

Zdecydowana większość – 28 osób tj. 56% nie podaje rodzinnego zachorowania na nowotwór j. grubego, grupa osób, u których występowały rodzinne zachorowania stanowi 13 osób tj. 26% (tab. 9).

Tabela 8. Podatność badanych na sytuacje stresowe

| Sytuacje stresowe | Liczba badanych | Udział procentowy |
|-------------------|-----------------|-------------------|
| tak | 36 | 72% |
| nie | 14 | 28% |
| Ogółem | 50 | 100% |

Tabela 9. Występowanie rodzinne chorób jelita

| Występowanie rodzinne chorób jelita | Liczba badanych | Udział procentowy |
|-------------------------------------|-----------------|-------------------|
| tak | 13 | 26% |
| nie | 28 | 56% |
| nie wiem | 9 | 18% |
| Ogółem | 50 | 100% |

Tabela 10. Pierwsze objawy, jakie skłoniły badanego do wizyty u lekarza

| Pierwsze objawy | Liczba badanych |
|-----------------|-----------------|
| ból | 13 |
| krwawienia | 28 |
| zaparcia | 18 |
| biegunki | 7 |
| anemia | 3 |
| polipy | 1 |
| ból żołądka | 1 |

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że pierwszymi objawami, które skłoniły chorego do wizyty u lekarza były krwawienia – u 28 osób, zaparcia – u 18 osób, ból – u 13 osób oraz biegunki – u 7 osób. Pozostałe objawy, występujące u przebadanych to anemia, polipy i ból żołądka (tab. 10).

Zdecydowana większość – 20 osób tj. 40%, to pacjenci, którzy zgłosili się do lekarza po kilku miesiącach od wystąpienia pierwszych objawów, natomiast 12 osób tj. 24% stanowią pacjenci, którzy zgłosili się do lekarza natychmiast po wystąpieniu pierwszych objawów (tab. 11).

Najczęstszymi zmianami w stolcu była krew – u 31 osób, rzadziej występowały: śluz – u 16 osób i stolce smołowate – u 8 osób (tab. 12).

Tabela 11. Czas zgłoszenia się do lekarza od wystąpienia pierwszych objawów choroby

| Czas zgłoszenia się do lekarza | Liczba badanych | Udział procentowy |
|--------------------------------|-----------------|-------------------|
| natychmiast | 12 | 24% |
| po kilku tygodniach | 18 | 36% |
| po kilku miesiącach | 20 | 40% |
| Ogółem | 50 | 100% |

Tabela 12. Zmiany w stolcu zaobserwowane przez chorych

| Zmiany w stolcu | Liczba badanych |
|------------------|-----------------|
| krw | 31 |
| śluz | 16 |
| stolce smołowate | 8 |
| inne | 0 |

Tabela 13. Zaburzenia w oddawaniu stolca

| Zaburzenia | Liczba badanych |
|---------------------------------|-----------------|
| biegunka | 15 |
| zaparcia | 15 |
| uczucie niepełnego wypróżnienia | 20 |
| stolce ołówkowate | 13 |
| bezobjawowo | 1 |

Najczęstszym zaburzeniem w oddawaniu stolca było uczucie niepełnego wypróżnienia – u 20 osób. Pozostałe zaburzenia stwierdzono u 15 osób – biegunka, 15 osób – zaparcia, stolce ołówkowate – 13 osób. Tylko jedna osoba nie stwierdziła żadnych zaburzeń w oddawaniu stolca (tab. 13).

Najczęściej obecnie występującymi objawami podanymi przez ankietowanych są: osłabienie – 18 osób, zmęczenie – 17 osób, niedokrwistość (anemia) – 10 osób oraz senność – 8 osób (tab. 14).

Spośród 50 przebadanych 33 osoby tj. 66% stwierdziły, że znają zasady zdrowego żywienia, pozostałe 17 osób tj. 34% ich nie zna (tab. 15).

Najczęstszym źródłem informacji o chorobie dla przebadanych były informacje od lekarza – dla 34 osób, literatura – 12 osób, czasopisma – 9 osób (tab. 16).

Tabela 14. Objawy występujące obecnie

| Objawy występujące obecnie | Liczba badanych |
|----------------------------|-----------------|
| osłabienie | 18 |
| zmęczenie | 17 |
| spadek sił życiowych | 7 |
| trudności z koncentracją | 3 |
| senność | 8 |
| niedokrwistość (anemia) | 10 |

Tabela 15. Znajomość zasad zdrowego żywienia

| Znajomość zasad zdrowego żywienia | Liczba badanych | Udział procentowy |
|-----------------------------------|-----------------|-------------------|
| tak | 33 | 66% |
| nie | 17 | 34% |
| Ogółem | 50 | 100% |

Tabela 16. Źródła wiedzy na temat choroby

| Źródło wiedzy | Liczba badanych |
|---------------|-----------------|
| od lekarza | 34 |
| z literatury | 12 |
| z czasopism | 9 |
| media | 4 |

Wnioski

1. Osoby po 40 roku życia powinny być objęte szczególną profilaktyką przeciwnowotworową, ze względu na najczęstsze występowanie nowotworów w tym okresie.
2. Analiza materiału własnego potwierdza, że najczęściej nowotwory jelita grubego występują u osób z wyższym wykształceniem, co może wiązać się z narażeniem na stres.
3. Z przeprowadzonej analizy wynika, że wzrasta liczba zachorowań na nowotwory jelita grubego u osób nieaktywnych zawodowo.
4. Analiza przeprowadzonych badań potwierdziła, że zmniejszona aktywność fizyczna, bądź jej brak, zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwór jelita grubego.

5. Na uwagę zasługuje fakt, że czynnik ryzyka, jakim jest otyłość nie wystąpił (nie został potwierdzony) w analizie materiału własnego.
6. Należy podkreślić, że zwiększa się liczba przypadków zachorowania na raka jelita grubego u osób bez obciążenia rodzinnego.
7. Charakterystycznymi objawami dla nowotworu jelita grubego są zmiana rytmu wypróżnień oraz świeża krew w stolcu. Istotna jest rola promocji zdrowia, co można wykorzystać w działaniach profilaktycznych, związanych z samoobserwacją.
8. Z przeprowadzonej analizy wynika, że większość osób zna i stosuje zasady zdrowego żywienia.

Piśmiennictwo

1. Nowacki M.: Nowotwory jelita grubego. Wiedza i życie. Warszawa 1996.
2. Nowacki M.: Rak jelita grubego i aktualne poglądy w diagnostyce i leczeniu. Instytut Onkologii oraz Kształcenia Podyplomowego. Warszawa 1988.
3. Dyoma S.: Badania przesiewowe w raku jelita grubego – głos za. Medycyna po dyplomie, 1998, vol. 7, nr 2: 140–142.
4. Fibak J.: Chirurgia dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 1996.
5. Koszarowski T., kułakowski A., Lewiński T.: Chir. onkolog. PZWL, Warszawa 1978.
6. Lawrence W., Engleberg J.: Współczesne rozpoznanie i leczenie w chirurgii. PZWL. Warszawa 1980.
7. Góral R.: Chirurgia okrężnicy i odbytnicy. PZWL, Warszawa 1993.

Maria Bartosińska¹, Jan Ejsmont¹,
Leszek Zaborski¹, Paweł Zagożdżon¹

Analiza umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w województwie pomorskim

Wstęp

Choroby serca i naczyń są najpowszechniejszą przyczyną zgonów i jednym z najczęstszych powodów inwalidztwa w naszym kraju [1, 2]. Umieralność sercowo-naczyniowa w Polsce wzrosła gwałtownie w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych. W tym samym czasie w krajach „starej” Unii Europejskiej obserwowano zmniejszenie liczby zgonów z tego powodu. Od początku lat dziewięćdziesiątych ten niekorzystny trend w Polsce uległ najpierw zahamowaniu, a później odwróceniu [1]. Nadal jednak omawiane współczynniki umieralności należą w Polsce do najwyższych w Europie. Choroby serca i naczyń są w Polsce także główną przyczyną umieralności przedwczesnej, tj. do 64 roku życia stanowiącą odpowiednio 37% i 17% ogółu zmarłych mężczyzn i kobiet [1].

Uważa się, że jeśli w Polsce zostanie utrzymane obecne tempo redukcji umieralności przedwczesnej z przyczyn sercowo-naczyniowych, to osiągnięcie wskaźników Unii Europejskiej z 2001 r. nastąpi po 17 latach, czyli w 2018 roku [3].

Materiał i metody

Przedmiotem analizy były dane o zgonach z obszaru województwa pomorskiego. Dane o zgonach w powiatach, które poprzednio należały do województwa gdańskiego obejmowały okres pięcioletni od 1998 do 2002 roku. Dane z powiatów, które poprzednio znajdowały się w innych województwach, możliwe były do uzyskania dopiero od 2000 roku – obejmowały więc lata 2000–2002. Do analizy tych danych opracowano specjalny program komputerowy. Korzystano również z publikacji GUS dotyczących liczby mieszkańców w powiatach i kolejnych latach. Analizę statystyczną wyjściowej przyczyny zgonów oparto o klasyfikację ICD 10.

¹ Zakład Higieny i Epidemiologii, Akademia Medyczna w Gdańsku

Tabela 1. Umieralność w latach 1999–2002 w województwie pomorskim, Polsce, Europie na 100.000 mieszkańców

| | Choroby układu krążenia | | | | | Choroba niedokrwienna serca | | | | |
|----------------|-------------------------|-------|-------|-------|----------------------------|-----------------------------|-------|-------|-------|----------------------------|
| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Zmiana 1999/2000 [%] | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Zmiana 1999/2000 [%] |
| Woj. pomorskie | 381,5 | 361,0 | 371,1 | 347,9 | -8,8 | b.d. | 141,8 | 146,6 | 151,3 | +6,6 |
| Polska | 469,0 | 444,0 | 431,5 | 412,4 | -12,1 | 147,9 | 141,0 | 133,5 | 125,5 | -15,1 |
| Europa | 266,7 | 257,8 | 244,7 | 238,5 | -10,6 | 103,2 | 97,4 | 94,2 | b.d. | -0,9 |

Tabela 2. Umieralność ogólna oraz z powodu chorób układu krążenia w poszczególnych powiatach województwa pomorskiego

| Lp. | Powiat | Umieralność na 100000 osób | | Stosunek (2) do (1) w % |
|----------------|--------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------|
| | | (1) Ogólna | (2) Ch. ukl. krążenia | |
| 1 | bytowski | 749,9 | 302,2 | 40,3 |
| 2 | chojnicki | 750,7 | 370,1 | 49,3 |
| 3 | człuchowski | 740,8 | 288,9 | 39,0 |
| 4 | gdański | 649,5 | 257,2 | 39,6 |
| 5 | kartuski | 660,2 | 301,7 | 45,7 |
| 6 | kościerski | 750,7 | 383,6 | 51,1 |
| 7 | kwidzyński | 779,8 | 351,7 | 45,1 |
| 8 | łęborski | 749,4 | 327,5 | 43,7 |
| 9 | malborski | 890,4 | 406,9 | 45,7 |
| 10 | nowodworski | 900,2 | 387,1 | 43,0 |
| 11 | pucki | 710,1 | 330,9 | 46,6 |
| 12 | słupski | 810,4 | 325,8 | 40,2 |
| 13 | starogardzki | 820,7 | 369,3 | 45,0 |
| 14 | sztumski | 807,0 | 587,5 | 72,8 |
| 15 | tczewski | 889,5 | 442,1 | 49,7 |
| 16 | wejherowski | 789,8 | 293,0 | 37,1 |
| Woj. pomorskie | | 812,0 | 371,1 | 45,7 |
| Polska | | 941,1 | 331,5 | 45,9 |

Wyniki

W latach od 1999 do 2002 współczynnik zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych w województwie pomorskim obniżył się o 8,8% (z 381,5 do 347,9/100.000 osób). Jednakże częstość zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w latach 2000–2002 wzrosła o 6,6% (tab. 1).

Tabela 3. Trendy umieralności z przyczyn sercowo-naczyniowych w powiatach województwa pomorskiego

| Lp. | Powiat | Zmiana współczynnika umieralności | | | | | |
|----------------|--------------|-----------------------------------|------|---------------------------|------|--------------------|------|
| | | Ch. ukł. krążenia ogółem | | Ch. niedokrwienność serca | | Zawał m. sercowego | |
| | | trend | [%] | trend | [%] | trend | [%] |
| 1 | bytowski | - | 15,9 | + | 28,2 | - | 62,6 |
| 2 | chojnicki | - | 13,1 | + | 46,8 | + | 12,2 |
| 3 | człuchowski | - | 13,0 | + | 7,1 | - | 5,1 |
| 4 | gdański | + | 7,8 | - | 1,3 | - | 6,3 |
| 5 | kartuski | + | 5,2 | + | 23,2 | - | 5,4 |
| 6 | kościerski | + | 9,9 | + | 6,1 | - | 5,1 |
| 7 | kwidziński | - | 3,2 | + | 11,2 | + | 4,1 |
| 8 | łęborski | + | 1,1 | + | 61,8 | | 0,0 |
| 9 | malborski | - | 34,7 | - | 21,3 | - | 26,3 |
| 10 | nowodworski | + | 28,8 | + | 49,6 | + | 25,4 |
| 11 | pucki | - | 10,2 | - | 11,3 | - | 1,2 |
| 12 | słupski | - | 5,3 | + | 17,2 | + | 18,8 |
| 13 | starogardzki | - | 8,9 | - | 1,3 | - | 19,1 |
| 14 | sztumski | + | 10,1 | + | 9,4 | + | 10,2 |
| 15 | tczewski | + | 6,1 | + | 15,8 | + | 16,3 |
| 16 | wejherowski | + | 4,3 | + | 14,2 | + | 14,2 |
| Woj. pomorskie | | - | 3,6 | + | 6,6 | - | 14,1 |
| Polska | | - | 7,1 | - | 10,9 | - | 15,1 |
| Europa | | - | 7,5 | - | 8,7 | | b.d. |

W Polsce oraz w krajach Unii Europejskiej (tab. 1) w omawianym okresie obniżeniu uległy współczynniki zgonów związane z chorobami układu krążenia (w Polsce o 12,1%, w Europie o 10,6%), jak też z chorobą niedokrwiennością serca (odpowiednio o 15,1% i o 0,9% – tu w okresie od 1999 do 2001 r.).

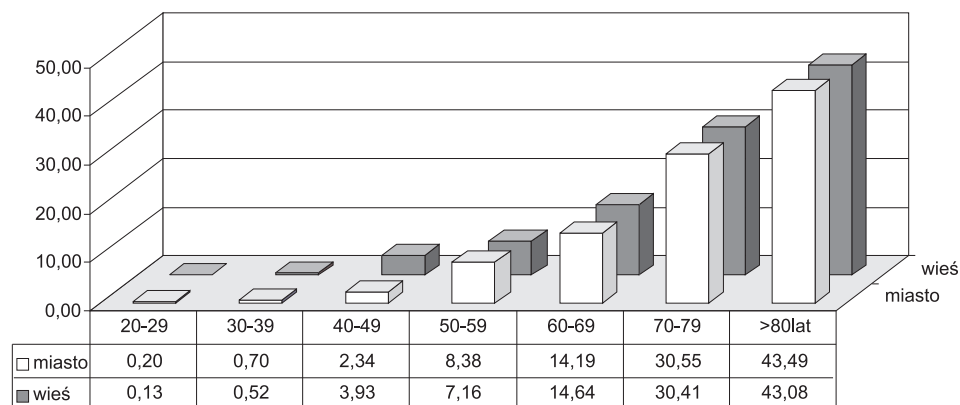
W tabeli 2 porównano umieralność ogólną oraz z przyczyn sercowo-naczyniowych w poszczególnych powiatach województwa pomorskiego w 2001 roku. Najwyższą umieralność z przyczyn sercowo-naczyniowych odnotowano w powiecie sztumskim. W województwie pomorskim współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia stanowił 45,7% umieralności ogólnej, natomiast w całej Polsce 45,9%.

W okresie od 2000 do 2002 roku w 8 powiatach na 16 częstość zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych obniżyła się, podczas gdy w pozostałych 8 wzrosła (tab. 3). Największy spadek odnotowano w powiecie malborskim (o 34,7%), a najwyższy wzrost w powiecie nowodworskim (o 28,8%). W województwie pomorskim współczynnik zgonów z powyższych przyczyn obniżył się

Tabela 4. Stosunek współczynnika umieralności z przyczyn sercowo-naczyniowych mężczyzn do współczynnika umieralności kobiet

| | Choroby układu krążenia | Choroba niedokrwienna serca | Zawał mięśnia sercowego |
|----------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Woj. pomorskie | 100/111 | 100/94 | 100/61 |
| Miasto | 100/114 | 100/99 | 100/66 |
| Wieś | 100/104 | 100/83 | 100/51 |
| Trójmiasto | 100/115 | 100/101 | 100/71 |

Rycina 1. Struktura wiekowa osób zmarłych z powodu chorób układu krążenia w województwie pomorskim w 2002 roku według miejsca zamieszkania

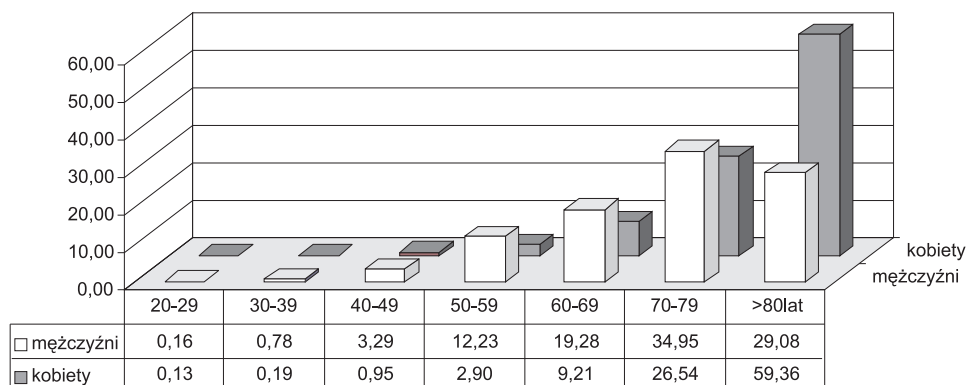


o 3,6%, a w krajach Unii Europejskiej o 7,5%. W tym samym okresie w większości powiatów województwa pomorskiego nastąpił wzrost częstości zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca, a największy w powiecie lęborskim (o 61,8%). W Polsce również odnotowano wzrost współczynnika zgonów z tej przyczyny o 6,6%, zaś w krajach Unii Europejskiej spadek o 10,9%. W powiecie malborskim zmniejszyła się częstość zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca o 21,3%.

Znaczący spadek częstości zgonów w następstwie zawału mięśnia sercowego odnotowano w powiecie bytowskim (o 62,6%), natomiast największy wzrost zaobserwowano w powiecie nowodworskim (o 25,4%). W Polsce współczynnik zgonów z powodu zawału mięśnia sercowego obniżył się w latach 2000–2002 o 14,1%, a w krajach Unii Europejskiej o 15,1%.

W województwie pomorskim w 2002 roku na 100 mężczyzn przypadało 105 kobiet. Wśród zmarłych z przyczyn sercowo-naczyniowych proporcje mężczyzn do kobiet wynosiły 100/111, z powodu choroby niedokrwiennej serca

Rycina 2. Struktura wiekowa osób zmarłych z powodu chorób układu krążenia w województwie pomorskim w 2002 roku według płci



– 100/94, a wśród zmarłych na skutek zawału mięśnia sercowego – 100/61. Pośród zmarłych mieszkańców miast i wsi województwa pomorskiego podobnie kształtują się proporcje zgonów obu płci (tab. 4).

Nie obserwowano różnic w strukturze wiekowej osób zmarłych z przyczyn sercowo-naczyniowych pomiędzy osobami mieszkającymi w mieście w porównaniu z mieszkańcami wsi (ryc. 1). Istniały natomiast różnice między mężczyznami a kobietami. Wśród mężczyzn już w młodszych grupach wiekowych zaznacza się kilkakrotnie wyższe odsetki zgonów niż u kobiet. Jedynie w grupie wiekowej 70 lat i powyżej tego wieku przewagę stanowiły kobiety (ryc. 2).

Omówienie wyników badań

Uzyskane przez nas wyniki badań potwierdzają spadek współczynnika umieralności z przyczyn sercowo-naczyniowych w latach 1999–2002 w województwie pomorskim, w Polsce oraz w krajach UE. Współczynnik zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w latach 2000–2002 w Polsce oraz w krajach UE obniżył się, ale w województwie pomorskim w tym okresie uległ wzrostowi o 6,6%. Wymaga to dalszej obserwacji oraz pilnego włączenia działań zapobiegawczych.

W poszczególnych powiatach województwa pomorskiego obserwuje się istotne różnice zarówno poziomu umieralności z powodu chorób układu krążenia, jak też kierunków zmian wartości współczynników w latach 2000–2002. Szczególny niepokój budzi dodatni trend dotyczący współczynnika umieralności z powodu chorób układu krążenia, zwłaszcza w powiecie nowodworskim.

Etiologia chorób układu krążenia w dużej mierze zależy od czynników środowiskowych, społeczno-ekonomicznych oraz od zachowań zdrowotnych, a umieralność zależna jest także od jakości opieki medycznej.

W województwie pomorskim w warunkach szkodliwych dla zdrowia zatrudnionych było w 2002 roku 6,8% osób pracujących. Pod względem emisji zanieczyszczeń pyłowych zajmuje ono 5 miejsce, gazowych 6 miejsce w kraju. Średnia liczba udzielonych porad lekarskich wynosiła 5,5 na jednego mieszkańca w ciągu 2002 roku [4, 5].

Wśród mieszkańców województwa pomorskiego stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosił w 2002 roku 100/105. Porównanie współczynnika umieralności dla mężczyzn do współczynnika dla kobiet w przypadku chorób układu krążenia (100/111) wskazuje na przewagę zgonów kobiet, natomiast w przypadku choroby niedokrwiennej serca (100/94) i zawału mięśnia sercowego (100/61) – na przewagę zgonów mężczyzn.

Piśmiennictwo

1. Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej Polski. Wojtyniak B., Goryński P. (red.), PZH, Warszawa, 2002, 14–20.
2. Pajak A.: Zawał serca – zagrożenia i postępowanie. Długofalowa obserwacja populacji 280000 kobiet i mężczyzn. *Przegl. Lek.*, 1996, 53 (10), 703–706.
3. Nolte E., McKee M.: Population health in Europe: how much is attributable to health care? *World. Hosp. Health Serv.*, 2004, 40 (3), 12–14.
4. Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. GUS, Warszawa 2003.
5. Rocznik demograficzny. GUS, Warszawa 2003.

Renata Adamek¹, Ewa Florek², Andrzej Anholcer³

Warunkowanie zmian zachowań zdrowotnych odnośnie palenia tytoniu przez czynniki społeczno-ekonomiczne i edukację zdrowotną

Wstęp

Pomimo postępów w naukach medycznych i przyrodniczych, a także większej świadomości społeczeństwa dotyczącej zdrowotnych skutków palenia tytoniu, nałóg ten stanowi nadal powszechne zjawisko. Szacuje się, że około 250 milionów kobiet na świecie pali tytoń, 22% w krajach rozwiniętych i 9% w krajach rozwijających się [1]. W Polsce pali około 23% kobiet, ponad 60% populacji narażonej jest na dym tytoniowy w domu, miejscu pracy lub w miejscach publicznych. Palenie w czasie ciąży deklaruje aż 30% kobiet, a około 50% bierne inhalowanie dymu tytoniowego [2]. Badania przeprowadzone w Wielkopolsce w populacji kobiet w wieku prokreacyjnym wykazały, że 22% ankietowanych czynnie paliło tytoń. Bierne narażenie na dym tytoniowy zadeklarowało 66% respondentek. Wśród kobiet biernie narażonych na dym tytoniowy 35% biernie inhalowało dym w domu, 27% w pracy i 44% w czasie spotkań towarzyskich i w czasie rekreacji [3]. W Kanadzie 14–16% kobiet paliło w okresie ciąży, natomiast w Stanach Zjednoczonych odsetek palących kobiet ciężarnych wynosił 20–23%. We Francji palenie tytoniu w grupie kobiet ciężarnych wzrosło z 17% w 1981 roku do 25% w 1995 roku [4].

Powikłania u kobiet ciężarnych stwierdza się znacznie częściej u palących i dotyczą one m.in.: ciąży pozamacicznej, łożyska przoduującego, przedwczesnego oddzielenia się łożyska, krwawień podczas ciąży, przedwczesnego pęknięcia błon płodowych oraz poronień samoistnych [5]. Według Di Franza i współ-

¹ Zakład Zdrowia Publicznego, Katedra Medycyny Społecznej, Wydział Lekarski I, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Laboratorium Badań Środowiskowych, Katedra Toksykologii, Wydział Farmaceutyczny, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Katedra i Klinika Perinatologii i Ginekologii, Wydział Lekarski II, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

autorów, co roku z powodu palenia tytoniu na świecie obserwuje się od 32 tys. do 61 tys. urodzeń dzieci z masą poniżej 2500 g, od 14 tys. do 26 tys. porodów noworodków, które wymagają leczenia na Oddziale Intensywnej Terapii, od 1900 do 4800 zgonów dzieci z powodu wad wrodzonych i od 1200 do 2000 nagłych zgonów noworodków [6]. Okres ciąży jest idealnym momentem do podjęcia wszelkich działań motywujących kobietę do zmiany stylu życia. Jeżeli kobieta przed zajściem w ciążę paliła, to okres ciąży może przyczynić się do zaprzestania lub chociaż ograniczenia liczby wypalanych papierosów [7].

Cel pracy i materiał

Celem pracy była ocena świadomości zdrowotnych konsekwencji palenia tytoniu wśród kobiet ciężarnych, a także zbadanie uwarunkowań społeczno-demograficznych oraz działań w zakresie promocji zdrowia wpływających na postawy wobec narażenia na dym tytoniowy.

Badania przeprowadzono wśród 200 kobiet ciężarnych, które zgłosiły się na Oddział Porodowy do Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (GPSK AM). Dobór szpitala był celowy, ze względu na wysoki stopień specjalizacji i duży zasięg terytorialny. Do realizacji badań przystąpiono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Akademii Medycznej w Poznaniu – nr 1253/99 z dnia 25 lutego 1999 roku. Do badań zakwalifikowano jedynie kobiety, które wyraziły zgodę na udział w badaniach, z ciążą pojedynczą zakończoną po 22 tygodniach. Każda kobieta została poinformowana o celu i zasadności badania oraz zapewniona o anonimowości wypowiedzi. Odmowa udziału w badaniach nie miała wpływu na jakość udzielanych pacjentce usług zdrowotnych.

Wśród kobiet wyróżniono trzy grupy, zgodnie ze złożonymi przez nie deklaracjami o ekspozycji na dym tytoniowy w okresie ciąży: grupę A, grupę B i grupę kontrolną. Grupę A reprezentowały kobiety palące papierosy w okresie ciąży. Grupę B stanowiły kobiety biernie ekspozowane na dym tytoniowy w okresie ciąży. Do grupy kontrolnej przyporządkowano kobiety nieekspozowane zarówno czynnie, jak i biernie na dym tytoniowy w okresie ciąży.

Metoda

W badaniach zastosowano metodę ankietową z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety składającego się z trzech części: dwie pierwsze adresowane były do respondentek i dotyczyły danych społeczno-ekonomicznych oraz aktywności w zakresie edukacji zdrowotnej; trzecia część przeznaczona była dla położnika i dotyczyła danych zdrowotnych noworodka.

Wyniki badań

Ponad 90% kobiet ciężarnych (183 respondentki) zadeklarowało świadomość zdrowotnych konsekwencji czynnej i biernej ekspozycji na dym tytoniowy, w tym 12,6% stanowiły kobiety palące papierosy w czasie ciąży i 33,9% kobiety biernie narażone na dym tytoniowy. Ponad połowę grupy reprezentowały kobiety niepalące i nienarażone na bierne inhalowanie dymu tytoniowego w czasie ciąży – o 40,9% więcej w porównaniu z grupą kobiet palących (statystycznie istotna zależność) i o 19,6% więcej w porównaniu z grupą B (Tab. 1).

Tabela 1. Subiektywna ocena świadomości zdrowotnych konsekwencji czynnej i biernej ekspozycji na dym tytoniowy wśród kobiet palących, biernie palących i niepalących czynnie i biernie

| Ocena własnej świadomości | Kobiety palące (Grupa A) | | Kobiety biernie palące (Grupa B) | | Kobiety niepalące czynnie i biernie (Grupa kontrolna) | |
|---------------------------|--------------------------|------|----------------------------------|------|---|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Świadome | 23 | 12,6 | 62 | 33,9 | 98 | 53,5 |
| Nieświadome | 8 | 47,1 | 5 | 29,4 | 4 | 23,5 |

Wykazano statystycznie istotną zależność między świadomością kobiet, a statusem socjo-ekonomicznym (między wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, średnim dochodem brutto przypadającym na jednego członka rodziny, aktywnością zawodową w czasie ciąży, rodzajem wykonywanej pracy i miejscem zamieszkania). Ponad 78% kobiet uzyskało informacje od lekarza dotyczące szkodliwości palenia.

Blisko 77% badanych (153 respondentki) uzyskało informacje od lekarza dotyczące szkodliwego wpływu palenia i inhalowania dymu tytoniowego na rozwój płodu i stan zdrowia noworodka. Grupę tę stanowiło 55,6% kobiet niepalących i nienarażonych na bierne palenie, 12,4% kobiet palących i 32% respondentek biernie narażonych na dym tytoniowy (Tab. 2).

Ponad 94% respondentek, które uzyskały informacje od lekarza deklarowało świadomość zdrowotnych konsekwencji ekspozycji na dym tytoniowy.

Dla 48,4% kobiet ciężarnych palących papierosy w czasie ciąży (15 respondentek z grupy A) argumenty użyte w nakłonieniu do zaprzestania palenia lub ograniczenia liczby wypalanych dziennie papierosów były przekonywujące.

Pomimo tego blisko 40% kobiet poszukiwało dodatkowych informacji na temat szkodliwości palenia.

Na decyzję zerwania z nałogiem palenia tytoniu miały wpływ (9 respondentek zaprzestało palenia): miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa w czasie

Tabela 2. Dostęp do informacji dotyczących szkodliwości palenia tytoniu

| Dostęp do informacji na temat zdrowotnych skutków palenia | Kobiety palące (Grupa A) | | Kobiety biernie palące (Grupa B) | | Kobiety niepalące czynnie i biernie (Grupa kontrolna) | |
|---|--------------------------|------|----------------------------------|------|---|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Uzyskały informacje | 19 | 12,4 | 49 | 32,0 | 85 | 55,6 |
| Nie uzyskały informacji | 12 | 25,5 | 18 | 38,3 | 17 | 36,2 |

ciąży, deklarowana przez badane świadomość oraz argumenty o szkodliwości palenia.

Za ograniczeniem liczby wypalanych dziennie papierosów zdecydował (14 respondentek ograniczyło palenie): wiek badanych, miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność zawodowa w czasie ciąży, ocena własnej świadomości, uzyskanie informacji od lekarza o szkodliwości palenia oraz argumenty użyte w celu ograniczenia palenia.

Omówienie

W prezentowanych badaniach szczególnie dużo uwagi poświęcono problemowi świadomości kobiet, dotyczącej zdrowotnych konsekwencji ekspozycji na dym tytoniowy w czasie ciąży oraz uzyskaniu informacji od lekarza na temat skutków palenia. W badaniach Price i współautorów odsetek kobiet w wieku rozrodczym, które deklarowały świadomość zdrowotnych konsekwencji ekspozycji na dym tytoniowy wynosił od 68% do 85%. Pomimo tego odsetek kobiet, które rzeczywiście zdecydowały się na zaprzestanie palenia był nadal zbyt niski [8]. W Wielkopolsce 91% kobiet znało zdrowotne następstwa narażenia na dym tytoniowy, a blisko 90% wiedziało, iż narażenie kobiety ciężarnej może mieć wpływ na stan zdrowia płodu i noworodka [9]. W prezentowanych badaniach ponad 90% kobiet ciężarnych zadeklarowało świadomość zdrowotnych konsekwencji czynnej i biernej ekspozycji na dym tytoniowy, w tym 12,6% stanowiły kobiety palące papierosy w czasie ciąży i 33,9% kobiety biernie narażone na dym tytoniowy. Jak należało się spodziewać kobiety, które nie paliły i nie były narażone na bierne inhalowanie dymu tytoniowego stanowiły ponad połowę grupy – 53,5%. Kobiety deklarujące świadomość zdrowotnych konsekwencji ekspozycji na dym tytoniowy znamienne częściej były w młodszym wieku: do 25 roku życia – 36,6% i w przedziale wiekowym 25–29 lat – 41,5%. Blisko 29% kobiet posiadało wykształcenie wyższe, 60,7% respondentek pracowało w czasie ciąży i 82% z nich wykonywało pracę fizyczną. Mieszkancki Poznania stanowiły 55,7% badanych i 91,8% kobiet było mężatkami. U 55,2% średni dochód brutto kształtował się na poziomie 500–1000 złotych. Ponadto 78,7% kobiet uzyskało informacje od lekarza dotyczące szkodliwości palenia.

Wysoki odsetek kobiet deklarujących świadomość zanotowano także w populacji kobiet rodzących zamieszkujących mniejszą miejscowość – w Śremie. Wykazano, że 85,2% kobiet było świadomych szkodliwego wpływu palenia na organizm kobiety i płód. Najwyższą świadomością wykazały się kobiety w wieku 25–29 lat, z wyższym wykształceniem i dochodami powyżej 500 złotych na jednego członka rodziny. Podczas wizyt w gabinetach ginekologicznych 63,2% ankietowanych kobiet zostało przez lekarza poinformowanych o zdrowotnych konsekwencjach palenia, a dla 96,4% z nich były to informacje przekonywujące [10]. Podobną sytuację zaobserwowano w badaniach własnych. Spośród 200 kobiet 77% respondentek uzyskało informacje od lekarza dotyczące szkodliwego wpływu palenia i inhalowania dymu tytoniowego na rozwój płodu i noworodka. Ponad połowę spośród kobiet, które zostały poinformowane o szkodliwości palenia stanowiły kobiety niepalące i nienarażone na bierne palenie – o 43,2% więcej w porównaniu z grupą kobiet palących (statystycznie istotna różnica) i o 23,6% więcej w porównaniu z grupą kobiety biernie inhalujących dym tytoniowy.

Ponad 94% kobiet deklarowało świadomość zdrowotnych konsekwencji ekspozycji na dym tytoniowy. Dla 48,4% kobiet palących papierosy w czasie ciąży argumenty użyte w nakłonieniu do zaprzestania palenia lub ograniczenia liczby wypalanych papierosów były przekonywujące. Pomimo tego, blisko 40% kobiet poszukiwało samodzielnie dodatkowych informacji na temat szkodliwości palenia. Zaprzestanie palenia papierosów pod wpływem informacji od lekarza zadeklarowało 29% badanych kobiet. Na decyzję zerwania z nałogiem miały wpływ: aktywność zawodowa w czasie ciąży (88,9% kobiet pracowało), miejsce zamieszkania (77,8% kobiet mieszkało w Poznaniu), świadomość (77,8% badanych zadeklarowało świadomość) oraz argumenty o szkodliwości palenia (dla 83,3% informacje były przekonywujące). Ponad 45% kobiet ograniczyło liczbę wypalanych dziennie papierosów. Za ograniczeniem liczby wypalanych papierosów zdecydował: wiek badanych (64,3% kobiet było w wieku do 25 roku życia), miejsce zamieszkania (71,4% stanowiły mieszkanki Poznania), stan cywilny (78,6% kobiet było mężatkami), aktywność zawodowa w czasie ciąży (78,6% pracowało w czasie ciąży). Jak należało się spodziewać kobiety, które zdecydowały się na ograniczenie palenia znamiennej części deklarowały świadomość zdrowotnych konsekwencji palenia – 71,4%, 85,7% uzyskało informacje od lekarza o szkodliwości palenia. Dla 83,3% informacje te były przekonywujące.

W badaniach Cnattingiusa, podobnie jak w badaniach własnych, wykazano, że kobiety, które zaprzestały palenia tytoniu w przeważającej mierze były mężatkami, charakteryzowały się młodszym wiekiem i wyższym wykształceniem [11]. Tendencję tą potwierdzają rezultaty kolejnych badań, według których do zaprzestania palenia w najmniejszym stopniu skłonne są kobiety niezamężne, w wieku powyżej 35 lat, posiadające niższe wykształcenie i niższy dochód. Zastanawiający jest fakt, że na rozstania z nałogiem palenia nie decydowały się również kobiety, które posiadały już dzieci [7]. W badaniach Zapki zaobserwowano, że

ponad 1/4 kobiet, które zdecydowały się na zaprzestanie palenia powróciło do nałogu po około 6 tygodniach po urodzeniu dziecka, a 70% po 6 miesiącach. Zazwyczaj nie były to mężatki, ani kobiety posiadające wyższe wykształcenie i korzystną sytuacją materialną [12, 13].

Każdy program edukacyjny, aby mógł odnieść sukces, musi skupić się na czynnikach, które determinują palenie tytoniu wśród kobiet ciężarnych. Spośród czynników socjo-demograficznych wymienia się: wiek matki, wykształcenie, sytuację materialną i stan cywilny. Wszelkie działania edukacyjne powinny skoncentrować się zatem szczególnie na grupie kobiet młodszych, posiadających niższe wykształcenie i niższe dochody oraz na grupie kobiet niezamężnych [14]. Szczególnie wiele uwagi należy poświęcić kobiecie w okresie połogu, aby nie powróciła do nałogu, a także nakłonić jej partnera do zaprzestania palenia. Wszystkie te zabiegi zwiększą szansę na rozwój dziecka w środowisku wolnym od dymu tytoniowego [15, 16]. Dane światowe donoszą, że około 700 milionów dzieci (ponad połowa populacji dzieci) oddycha powietrzem zanieczyszczonym dymem tytoniowym. Z realizacji programu „Project on Youth & Tobacco” Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że ponad 60% polskich dzieci narażonych jest każdego dnia na wymuszone przebywanie w środowisku dymu tytoniowego [17].

Wnioski

1. Ponad 90% kobiet ciężarnych (183 respondentki) zadeklarowało świadomość zdrowotnych konsekwencji czynnej i biernej ekspozycji na dym tytoniowy, a blisko 77% badanych (153 respondentki) uzyskało informacje od lekarza dotyczące szkodliwego wpływu palenia i inhalowania dymu tytoniowego na rozwój płodu i stan zdrowia noworodka.
2. Wykazano statystycznie istotną zależność między świadomością kobiet, a statusem socjo-ekonomicznym (między wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, średnim dochodem brutto przypadającym na jednego członka rodziny, aktywnością zawodową w czasie ciąży, rodzajem wykonywanej pracy i miejscem zamieszkania).
3. Dla 48,4% kobiet ciężarnych palących papierosy w czasie ciąży (15 respondentek z grupy A) argumenty użyte w nakłonieniu do zaprzestania palenia lub ograniczenia liczby wypalanych dziennie papierosów były przekonujące. Pomimo tego blisko 40% kobiet poszukiwało dodatkowych informacji na temat szkodliwości palenia.

Piśmiennictwo

1. Mackay J., Eriksen M. The Tobacco Atlas, WHO, Geneva, Switzerland, 2002.
2. The World Bank: Curbing the Epidemic. Government and the Economics of Tobacco. Control, Washington D. C. 1999.

3. Florek E., Marszałek A., Piekoszewski W., Wrzosek J., Opala T., Moczki J.: Występowanie narażenia na dym tytoniowy wśród kobiet w wieku prokreacyjnym. *Gin. Prakt.*, 2001, 60, 16–21.
4. Piekoszewski W., Florek E.: Markery narażenia na dym tytoniowy. (Ed) Katedra i Zakład Toksykologii, Akademia Medyczna, Poznań; 2001, 9–18.
5. Dempsey D. A., Hajnal B. L., Partridge J. C., Jacobson S. N., Good W., Jones R. T., Ferriero D. M.: Tone Abnormalities Are Associated With Maternal Cigarette Smoking During Pregnancy In Utero Cocaine-Exposed Infants. *Pediatrics*, 2000, 106, 79–85.
6. Gajewska M., Celińska A., Domańska-Janczewska E. Ocena masy urodzeniowej noworodka donoszonego u kobiet palących papierosy. W: Florek E., Piekoszewski W., Wrzosek J., Kobieta i Tytoń – współczesne poglądy (Ed.) Katedra i Zakład Toksykologii, Akademia Medyczna, Poznań, 2001, p. 77–83.
7. O'Campo P., Davis M. V., Gielen A. C.: Smoking cessation interventions for pregnant women: review and future directions. *Semin. Perinatol.*, 1995; 19: 279–285.
8. Price J. H., Desmond S. M., Roberts S. M., Krol R. A., Losh D. P., Snyder F. F.: Comparison of three antismoking interventions among pregnant women in an urban setting: a randomized trial. *Psychol. Reports*, 1991; 68: 595–604.
9. Wrzosek J., Marszałek A., Piekoszewski W., Opala T., Moczko J., Florek E.: Czy wiemy dużo na temat szkodliwości palenia? W: E. Florek, W. Piekoszewski, J. Wrzosek. Kobieta i Tytoń – współczesne poglądy. (Ed.) Katedra i Zakład Toksykologii, Akademia Medyczna, Poznań, 2001, 175–176.
10. Florek E., Rybakowski Ł., Karkucińska M., Ślusarska E., Hubert A.: Ocena świadomości szkodliwości i zdrowotnych następstw palenia tytoniu wśród kobiet ciężarnych. W: E. Florek, W. Piekoszewski. Tytoń a zdrowie. Katedra i Zakład Toksykologii, Akademia Medyczna, Poznań, 2003, 190–197.
11. Windsor R. A., Boyd N. R., Orleans C. T.: A meta-evaluation of smoking cessation intervention research among pregnant women: improving the science and art. *Health Education Research*, 1998; 13: 419–438.
12. Zapka J. G., Pbert L., Stoddard A. M., Ockene J. K., Goins K. V., Bonollo D.: Smoking Cessation Counseling with Pregnant and Postpartum Women: A Survey of Community Health Center Providers. *Am. J. Public Health*, 2000, 90, 78–84.
13. Goldenberg R. L., Klermann L. V., Windsor R. A., Whiteside H. P.: Smoking in pregnancy: final thoughts. *Control*, 2000, 9, 85–86.
14. Jaakkola J. J. K., Jaakkola N., Zahlsen K.: Fetal Growth and Length of Gestation in Relation to Prenatal Exposure to Environmental Tobacco Smoke Assessed by Hair Nicotine Concentration. *Environ. Health Persp.*, 2001, 109, 557–561.
15. World Health Organization. Międzynarodowe spotkanie konsultacyjne: „Zdrowie dzieci a bierne palenie tytoniu”. Szwajcaria, Genewa, 1999.
16. Lemasters G. K.: Epidemiologiczne metody oceny wpływu narażenia zawodowego na wyniki ciąży. *Med. Pracy*, 1994, 5, 419–433.
17. Zejda J. E.: Wpływ biernego palenia tytoniu na stan zdrowia układu oddechowego u dzieci w Polsce. *Alk. Narkom.*, 2000, 13, 373–388.

Anna Zalewska¹, Barbara Jankowiak²

Ocena poziomu wiedzy pielęgniarek i położnych na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B

Wstęp

Wirusowe zapalenie wątroby typu B jest chorobą wątroby wywołaną przez hepatotropowy wirus typu B (HBV) [1, 2]. Choroba ta może prowadzić do bardzo poważnych powikłań, a nawet do śmierci. Pomimo postępu wiedzy medycznej, jak też obowiązujących szczepień ochronnych, zakażenia wirusem HBV są nadal bardzo częste. Dlatego tak istotne jest postępowanie zapobiegające zakażeniom, szczególnie w środowisku medycznym.

Celem pracy była ocena wiedzy pielęgniarek i położnych na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B oraz stosowanych metod zapobiegania zakażeniom HBV.

Material i metoda

Badaniami objęto 56 pielęgniarek pracujących w SPSK Akademii Medycznej w Białymstoku oraz 52 położne pracujących w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku.

Do badania wykorzystano anonimowy kwestionariusz, opracowany dla potrzeb badań. Składał się z części metryczkowej (6 pytań) oraz części zasadniczej (25 pytań). Pytania zawarte w części zasadniczej kwestionariusza miały na celu uzyskanie informacji o wiedzy respondentek na temat zakażenia wirusem HBV, objawów i powikłań choroby oraz metod zapobiegania zakażeniu. Respondentki miały możliwość dokonania samooceny pod względem posiadanych wiadomości o wzv typu B oraz chęci poszerzenia wiedzy na temat tego schorzenia.

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Białymstoku

² Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Białymstoku

Wyniki

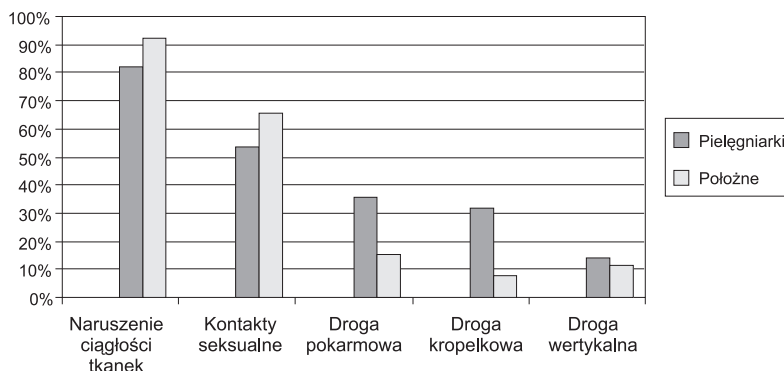
W badaniu wzięło udział 56 pielęgniarek i 52 położne. Były to głównie pielęgniarki odcinkowe (82%), zabiegowe (10,7%) oraz położne odcinkowe (76,9%) i zabiegowe (11,5%). Zdecydowana większość pielęgniarek (78,6%), jak również położnych (69,2%) posiadała wykształcenie średnie. Nieliczne posiadały wykształcenie wyższe: 10,7% pielęgniarek i 15,4% położnych, w tym wyższe pielęgniarskie – 7,1%, wyższe położnicze – 3,8%. Średni czas pracy w zawodzie pielęgniarki wynosił 15,9 lat, a w zawodzie położnej – 16,5 lat. Miejscem pracy pielęgniarek były oddziały internistyczne i zabiegowe, położnych oddziały ginekologiczne, położniczo-noworodkowe i sale porodowe.

Ankietowane pielęgniarki (71,4%) i położne (57,7%) swoją wiedzę na temat wzw typu B oceniają jako dostateczną. Jedynie tylko jedna pielęgniarka określiła, swoją wiedzę, jako bardzo wysoką. Natomiast niski i bardzo niski poziom wiadomości o wzw zaznaczyło 30,8% położnych oraz 10,7% pielęgniarek. Ankietowane pielęgniarki w większości (85,7%) zdobyły wiedzę o wzw w szkole pielęgniarskiej, ale także podczas pracy zawodowej (53,6%). Szkolenia wewnątrzszpitalne to niewielki odsetek, dzięki którym pielęgniarki pogłębiały swoje wiadomości (3,6%). Położne natomiast twierdziły, że zdobyły informacje o wzw głównie dzięki samokształceniu (57,7%) oraz w szkole przygotowującej do zawodu położnej (42,3%). Praca zawodowa u położnych stanowiła w 30,8% źródło informacji, a szkolenia wewnątrzszpitalne 15,4%. W zdecydowanej większości respondentki wyrażały chęć systematycznego poszerzania wiedzy w zakresie: profilaktyki (pielęgniarki – 67,9%, położne – 61,5%), postępowania w sytuacji ekspozycji na materiał zakaźny (pielęgniarki – 32,1%, położne 65,4%), objawów wzw (pielęgniarki – 42,9%, położne 38,5%), leczenia (pielęgniarki – 50,0%, położne – 23,1%) oraz metod diagnozowania. Tylko 32,1% pielęgniarek i 42,3% położnych wyraziło chęć dokończenia się w zakresie pielęgnacji pacjentów chorych na wzw.

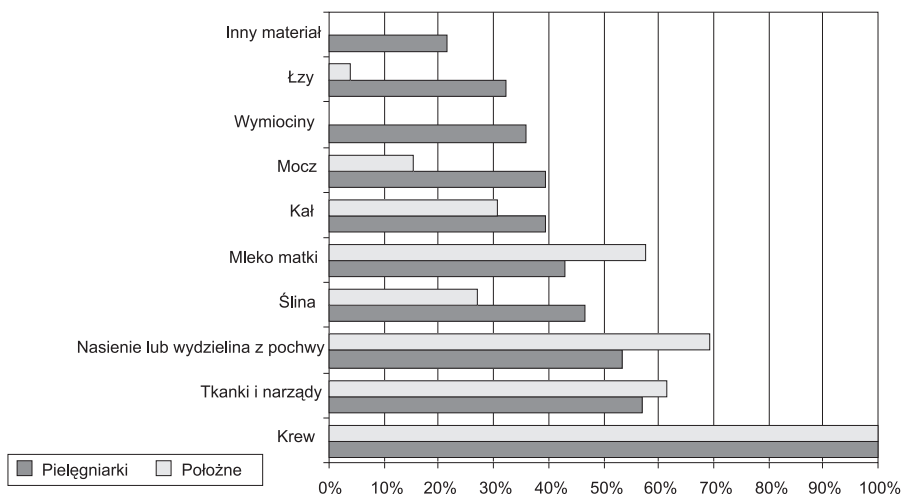
Kolejne pytanie dotyczyło wirusa wywołującego zakażenie. Zdecydowana większość położnych (92,3%) udzieliła prawidłowej odpowiedzi wskazując na wirus HBV. Pielęgniarki jedynie w 53,6% znały poprawną odpowiedź, a niepokojące jest to, że 3,6% pielęgniarek twierdziła, że wzw typu B wywołuje wirus HIV. Na pytanie: „Ile czasu trwa okres wylegania wirusa” przeważały odpowiedzi dobre (57,1% pielęgniarek i 84,6% położnych). Jednak pojawiły się także odpowiedzi, że okres wylegania wirusa to 1 rok.

Większość pielęgniarek i położnych wie kto/co może być źródłem zakażenia, jednak tylko 4 pielęgniarki (14,3%) i 1 położna (3,8%) zaznaczyły wszystkie możliwe prawidłowe odpowiedzi. Niestety, aż 21,4% pielęgniarek uważa, że źródłem zakażenia może być nawet mleko krowie. Pielęgniarki (82,1%), jak również położne (92,3%) w zdecydowanej większości wiedziały, że wirus HBV rozprzestrzenia się głównie przez naruszenie ciągłości tkanek. Respondentki twierdziły, że zarazić się można na drodze kontaktów seksualnych (53,6% pielęgniarek

Rycina 1. Drogi szerzenia się wirusa HBV



Rycina 2. Materiał zakaźny



i 65,4% położnych) oraz na drodze wertykalnej (14,3% pielęgniarek i 11,5% położnych) (Ryc. 1). Wszystkie natomiast ankietowane stwierdziły, że materiałem zakaźnym jest krew. Wskazały też na inne odpowiedzi, co obrazuje Ryc. 2.

Respondentki знаły grupy szczególnie narażone na zakażenie. Według 100% pielęgniarek najbardziej narażone są osoby często poddawane inwazyjnym zabiegom medycznym. Położne natomiast wskazały, że główną grupę ryzyka stanowią pracownicy służby zdrowia (80,8%). Na pytanie: „Czy uważa Pani, że osoby często zmieniające partnerów homo- i heteroseksualnych są narażone na zakażenie?” ankietowane odpowiadały twierdząco – 64,3% pielęgniarek i 42,3% położnych.

Pielęgniarki i położne zapytane o objawy prodromalne w bardzo niewielkim odsetku (3,6% pielęgniarek i 7,7% położnych) odpowiedziały prawidłowo. Najwięcej respondentek (42,9% pielęgniarek i 42,3% położnych) uważało, że objawami zwiastunowymi jest zażółcenie powłok skórnych. Natomiast objawy fazy żółtaczkowej prawidłowo wskazało już 35,7% pielęgniarek i 26,9% położnych.

Poproszono ankietowane, by określiły powikłania choroby. Ponad połowa odpowiedziało prawidłowo (53,6% pielęgniarek i 57,7% położnych) wskazując głównie na niewydolność wątroby, marskość wątroby, ostre zapalenie trzustki, pierwotny rak wątroby.

Zdecydowana większość pielęgniarek i położnych znała zasady postępowania ze sprzętem wielokrotnego użytku. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 82,1% pielęgniarek i 88,5% położnych. Złymi zasadami w swojej pracy zawodowej kieruje się 7,1% pielęgniarek i 3,8% położnych, a 10,7% pielęgniarek i 7,7% położnych przyznało, że nie zna dokładnych procedur. Niepokojącym jest także to, iż znaczna większość pielęgniarek (85,7%) i położnych (92,3%) nie wie kiedy ma do czynienia z sytuacją ekspozycji na materiał zakaźny.

Kolejne pytania kwestionariusza dotyczyły profilaktyki zakażeń HBV. Profilaktykę swoistą potrafiło scharakteryzować 46,4% pielęgniarek i 30,8% położnych. O profilaktyce nieswoistej prawidłowo wypowiadało się 46,4% pielęgniarek i 26,9% położnych. Respondentki wskazywały głównie na przestrzeganie zasad higieny i reżimu sanitarnego, stosowanie jednorazowego sprzętu oraz właściwą dezynfekcję i sterylizację narzędzi i sprzętu medycznego. Wśród innych metod zapobiegających rozprzestrzenianiu się wirusa, ankietowane wymieniały takie działania, jak: edukacja zdrowotna (7,1%), stosowanie prezerwatyw (5,5%), czy nawet stosowanie diety wegetariańskiej (3,6%).

Omówienie

Wirus zapalenia wątroby (HBV) należy do wirusów pierwotnie hepatotropowych. Mechanizm prowadzący do uszkodzenia komórki wątrobowej wirusem HBV nie jest w pełni poznany. HBV po wtargnięciu do organizmu namnaża się w hepatocytach i powoduje ich uszkodzenie. W odpowiedzi na zakażenie organizm rozpoczyna reakcje immunologiczne. Prowadzi to do ogniskowej (rozlanej) martwicy wątroby z odczynami zapalnymi – naciekami [1, 2, 3]. W przeprowadzonych badaniach lepszą wiedzę dotyczącą rodzaju wirusa, który wywołuje wzw typu B wykazały się położne, gdyż tylko w 8,7% zaznaczyły błędne odpowiedzi (pielęgniarki w 46,4%).

Źródłem zakażenia wirusem HBV jest człowiek. Może to być zarówno osoba chora, jak też zdrowy nosiciel antygeny HbsAg [1]. Najbardziej niebezpieczny jest kontakt z krwią nosiciela, gdyż we krwi znajduje się około 100–1000 razy więcej cząstek wirusa niż w innych płynach ustrojowych [3]. Poza krwią źródłem

zakażenia jest m.in. również wydzielina z ran, mocz, nasienie męskie i wydzielina z pochwy, ślina, krew miesięczkowa, mleko kobiece i prawdopodobnie łzy, co nie jest ostatecznie potwierdzone [3, 4]. W tym zakresie lepszą wiedzę wykazały się pielęgniarki, chociaż to głównie położne w większym odsetku wskazały, że materiałem zakaźnym może być mleko matki (57,7%).

Bardzo duże znaczenie w przenoszeniu wirusa stanowi naruszenie ciągłości tkanek. Przerwanie ciągłości skóry lub błon śluzowych związane jest z zabiegami medycznymi lub niemedycznymi. Niewłaściwa lub niedostateczna sterylizacja narzędzi medycznych i niemedycznych odgrywa zasadniczą rolę [1, 4, 5]. W analizowanym materiale położne słusznie uznały, że drogą szerzenia się wirusa może być np. dializoterapia, gastroskopia, zabiegi stomatologiczne, ale także zabiegi kosmetyczne lub fryzjerskie.

Ważną drogą rozprzestrzeniania się wirusa jest kontakt seksualny. W tym przypadku znaczenie ma uszkodzenie błony śluzowej podczas stosunku i przedostanie się wirusa z nasienia lub wydzieliny z pochwy [1, 2, 3]. Badania dowiodły, że ryzyko zakażenia kobiety przez mężczyznę jest prawie 2-krotnie większe, a markery zakażenia HBV występują częściej u mężczyzn o orientacji homoseksualnej w porównaniu z heteroseksualistami. Ponad połowa ankietowanych przez nas pielęgniarek i położnych kontakty seksualne wymieniło, jako częstą drogę szerzenia wzw.

Zakażenie perinatalne może nastąpić w wyniku pęknięcia łożyska podczas akcji porodowej, połknięcia krwi matki, oblania płynem owodniowym i krwią, kontaktu z wydzielinami pochwy w czasie przechodzenia przez kanał rodny, uszkodzenia pochwy instrumentami stosowanymi podczas porodu [3]. Drogę wertykalną (zakażenia płodu lub noworodka od matki nosicielki) wskazało 14,3% pielęgniarek i 11,5% położnych.

Zakażenia w środowisku domowym nie zostały do końca wyjaśnione, jednak wiadomo, że do zakażenia wirusem HBV nie dochodzi na drodze fekalno-oralnej, ani przez skażoną wodę. Bierze się pod uwagę możliwość przeniesienia wirusa na uszkodzoną skórę ze śliną. Zanieczyszczone nią ubrania, zabawki lub przedmioty mogą stanowić źródło zakażenia [2, 3, 6]. Większość pielęgniarek (67,9%) oraz położnych (53,8%) uważała, że osoby żyjące w złych warunkach socjalno-ekonomicznych należą do grupy ryzyka. Jednak 17,9% pielęgniarek i aż 34,2% położnych nie wiedziało nic na ten temat.

W przeprowadzonych przez nas badaniach były też osoby, które sądziły, że istnieją takie drogi przenoszenia wirusa HBV, jak droga kropelkowa, pokarmowa.

Okres wylegania wirusa waha się przeciętnie 60–90 dni, tak też podało 42,9% pielęgniarek i 46,1% położnych. Obraz kliniczny wzw typu B może być zróżnicowany. Tylko 44,4% respondentek wiedziało, że przebieg choroby może być bezobjawowy (dzieje się tak u około 2/3 dorosłych zakażonych) lub objawowy [3, 6, 7]. Tylko 11,3% ankietowanych wiedziało, jakie objawy towarzyszą okresowi zwiastunowemu (prodromalny) i że są to m.in.: objawy rzekomogry-

powe, dyspeptyczne, bóle stawowe, bóle umiejscowione pod prawym i lewym łukiem żebrowym oraz w nadbrzuszu, osłabienie [1, 2, 3, 6]. Niestety, aż 21,4% pielęgniarek i 15,4% położnych uważało, że objawy zwiastunowe nie występują w ogóle. Z początkiem fazy żółtaczkowej dolegliwości zmniejszają się i w ciągu 10 dni narasta żółtaczka. W tym też czasie wątroba powiększa się, jest bolesna, stwierdza się wzrost enzymów wątrobowych, a w moczu pojawia się urobilinogen. Temperatura ciała jest podwyższona, pacjenci zgłaszają brak łaknienia, nudności, puste odbijania. U chorych z cholestatyczną postacią żółtaczki występuje świąd skóry. Taki przebieg fazy żółtaczkowej wskazało łącznie 62,6% ankietowanych. Po około 3–4 tygodniach u większości chorych następuje faza zdrowienia [1, 2, 6, 8].

W okresie ostrym choroby może dojść do tzw. galopującego zapalenia wątroby, a wskutek masywnej martwicy komórek – rozwinąć się śpiączka wątrobowa [3, 6, 8]. W sytuacji, gdy proces chorobowy przedłuża się ponad 6 tygodni następuje przejście w przewlekłe zapalenie wątroby. Zmiany chorobowe charakteryzują się różną aktywnością i prowadzą w efekcie do marskości, nowotworu, a nawet zgonu [7, 8]. Ankietowane osoby w większości prawidłowo wskazały powikłania wzw, ale nie były pewne, czy choroba ta może wywołać także zapalenie trzustki, czy też kłębuszkowe zapalenie nerek.

W Polsce zakażenia HIV można uznać za zakażenia szpitalne, gdyż około 55–60% zachorowań ma związek z zabiegami medycznymi. Narażeni są nie tylko pacjenci, ale także pracownicy, w tym najbardziej pielęgniarki i położne, przy czym stwierdzono, że częstość markerów zakażenia rośnie wraz ze stażem pracy [5]. Jednak wzv typu B należy do chorób, którym można skutecznie zapobiegać poprzez działania swoiste (szczepienia, system działań poekspozycyjnych) oraz działania nieswoiste (m. in. przestrzeganie reżimu sanitarnego, wykonywanie prawidłowo procedur medycznych, dezynfekcja i sterylizacja sprzętu, właściwe postępowanie odpadami medycznymi). Pomimo, że średnia stażu pracy ankietowanych wynosiła 16 lat, to nie znały one w sposób zadawalający wszystkich metod należących do profilaktyki nieswoistej, którą powinny stosować w codziennej pracy. Jedynie blisko co druga pielęgniarka i co trzecia prawidłowo umiała scharakteryzować profilaktykę swoistą wymieniając działania do niej zaliczane [4, 5]. Podobne badania zostały przeprowadzone przez Klimberg i wsp. [9], w których dowiedziono, że wiedza pielęgniarek i położnych na temat zakażeń szpitalnych jest niedostateczna. Autorzy zwrócili uwagę, że koniecznym jest zintensyfikowanie i podniesienie jakości szkoleń i kursów dla pielęgniarek i położnych, jako grupy szczególnie narażonej na zakażenia [9].

Wnioski

1. Pielęgniarki i położne nie posiadają wystarczającej wiedzy na temat wzv typu B.

2. Ankietowane nie potrafią wskazać metod zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa, a w sytuacji ekspozycji nie znają podstawowych zasad postępowania.
3. Wskazane jest by organizować systematyczne szkolenia dotyczące profilaktyki wzw.

Piśmiennictwo

1. Juszczyk J.: Wirusowe zapalenie wątroby. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1999, 125–131.
2. Lok A.: Hepatitis B infection: pathogenesis and management. *J. Hepatol.*, 2000, 32, 89–97.
3. Ramos P.: Wirusowe zapalenie wątroby typu B – problem także lekarza rodzinnego. *Świat Med. i Farm.*, 2002, 8, 28–31.
4. Juszczyk J.: Komentarz do artykułu: Postępowanie w przypadku ekspozycji pracowników służby zdrowia na HBV, HCV i HIV. Aktualne wytyczne Centers for Disease Control and Prevention. *Medycyna Praktyczna*, 2002, 6, 62–63.
5. Dzierżanowska-Fangratt K., Fangrat A., Madaliński K.: Czynniki etiologiczne zakażeń szpitalnych.: Dzierżanowska D., Jeliaszewicz J.: Zakażenia szpitalne. α -medica press, Bielsko-Biała, 1999, 59–156.
6. Gąsiorowski J., Ingłot M., Czarnecki M., Waclawie J.: Wirusowe zapalenie wątroby typu B – patogeneza, diagnostyka, leczenie. *Prz. Urol.*, 2002, 1, 35–38.
7. Okuda K.: Hepatocellular carcinoma: recent progress. *Hepatology*, 1992, 5, 948–963.
8. Ciok J.: Konsekwencje zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B. *Gab. Pryw.*, 2002, 2, 31–36.
9. Klimberg A., Marcinkowski J.: Wiedza pielęgniarek (pielęgniarzy) i położnych na temat profilaktyki zakażeń szpitalnych. *Pielęg. Pol.*, 2002, 1, 65–69.

Anna Jerominko¹, Krzysztof Pacholski², Gabriela Henrykowska¹,
Maria Dziedziczak-Buczyńska¹, Andrzej Buczyński¹

Ocena wybranych parametrów metabolizmu tlenowego krwinek płytkowych ekspozowanych na promieniowanie elektromagnetyczne o niskich częstotliwościach w pojazdach samochodowych – badania *in vitro*

Wstęp

Środowisko życia człowieka w XX wieku uległo znacznym zmianom w wyniku gwałtownego rozwoju technologicznego. Obecnie biosfera kształtowana jest przez nakładanie się na naturalne warunki otoczenia czynników będących skutkiem ewolucyjnych przemian techniczno-przemysłowych. Przykładem konfrontacji zjawisk naturalnych ze sztucznie wytworzonymi może być smog elektromagnetyczny.

Naturalne pole magnetyczne Ziemi wynosi zależnie od miejsca pomiaru od 40 do 6 μ T. Na to promieniowanie nakłada się pole elektromagnetyczne (PEM) pochodzące od sztucznych emiterów. Najczęściej środowiskowa i zawodowa ekspozycja dotyczy częstotliwości radiowych i mikrofalowych (100 kHz–300GHz) oraz częstotliwości sieciowych (50,60 Hz). Przeprowadzono wiele badań opisujących wpływ w/w PEM na organizm człowieka [1, 2].

W naszym otoczeniu coraz częściej występuje PEM o parametrach innych niż wymienione. Znaczny rozwój motoryzacji spowodował wzrost liczby osób ekspozowanych środowiskowo i zawodowo na promieniowanie elektromagnetyczne emitowane przez elektronikę samochodową. Współczesny pojazd samochodowy oprócz konwencjonalnego wyposażenia elektrycznego tzn. układu zapłonowego, układu zasilania oraz instalacji oświetleniowej i sygnalizacyjnej wyposażone są w elektroniczne układy zwiększające komfort i bezpieczeństwo jazdy (np. układ Airbag, ABS, ASR i inne) [3]. Rozbudowa elektronicznego wyposażenia pojazdu pociąga za sobą rozbudowę instalacji elektrycznej. Współczesna instalacja elektryczna, ze względu na realizowane zadania, pokrywa gęstą siecią praktycznie

¹ Zakład Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

² Instytut Elektrotechniki Teoretycznej, Metrologii i Materiałoznawstwa w Łodzi

całą wewnętrzną stronę płyty podłogowej oraz deski rozdzielczej samochodu. Impulsowe pole zakłócające pochodzące od elektroniki charakteryzuje się składowa magnetyczną o indukcji nie przekraczającej 1 mT i częstotliwości od 0.5 do 3kHz [4].

Na podstawie prowadzonych badań nad wpływem pola EM na organizm ludzki stwierdzono, że metabolizm tlenowy komórek eksponowanych na promieniowanie elektromagnetyczne może być wskaźnikiem wrażliwości organizmu na ten czynnik środowiska. Poznano niektóre istotne skutki biologiczne podatności układów na PEM [5]. Jednym z najlepiej opisanych jest proces peroksydacji fosfolipidów błon cytoplazmatycznych komórek.

Prowadzone badania własne dotyczą wpływu PEM występującego w kabinie samochodu na metabolizm tlenowy krwinek płytkowych, będących jednym z istotnych elementów determinujących proces hemostazy w ustroju człowieka.

Cel badania

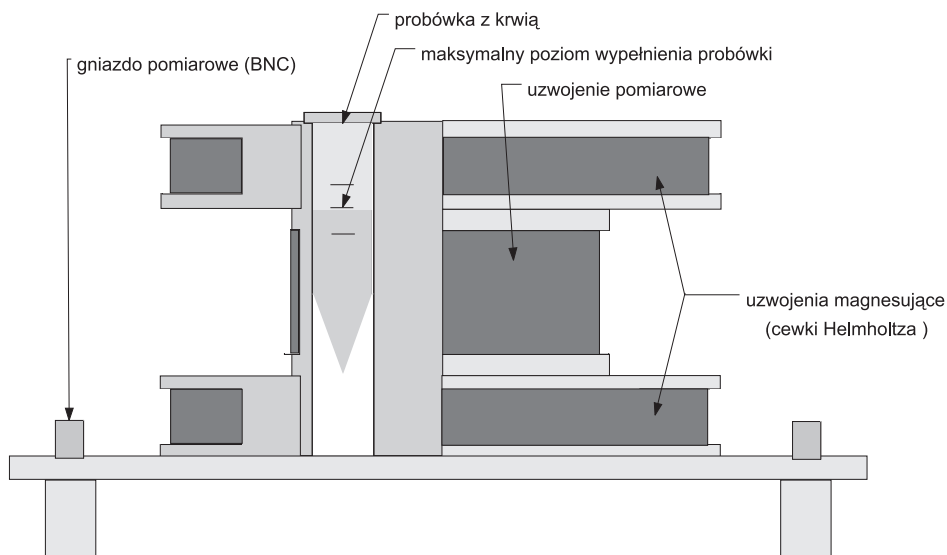
Celem badania jest określenie w jakim stopniu powstawanie wolnych rodników w krwinkach płytkowych eksponowanych na pole elektromagnetyczne PEM występujące w pojazdach osobowych wpływa na proces peroksydacji fosfolipidów błon komórkowych tych elementów morfotycznych.

Materiał i metody

Materiał do badań stanowiła zawiesina ludzkich krwinek płytkowych uzyskana ze stacji krwiodawstwa od honorowych dawców krwi. Były nimi osoby, u których wykonano badanie internistyczne, wykluczono przeciwwskazania oraz wykonano badania laboratoryjne krwi typowe dla dawców krwi. Preparat z Banku Krwi transportowano w pojemniku wykonanym z blachy transformatorowej, który ekranował materiał przed polem elektromagnetycznym panującym w kabinie samochodu.

Parametry fal elektromagnetycznych występujących w kabinie samochodu odwzorowano w warunkach laboratoryjnych. Głównym elementem stanowiska badawczego są cewki Holmholtza wytwarzające pole elektromagnetyczne działające na krwinki płytkowe umieszczone w 8 probówkach polietylenowych (ryc. 1). Każda próbówka może zawierać maksymalnie 2 ml preparatu krwinkowego. Wymiary geometryczne cewek Holmholtza oraz ich odległość jest dobrana tak, aby składowa magnetyczna pola stymulującego preparat miała przebieg jednorodny i charakteryzowała się indukcją o wartościach występujących w pojazdach. Badanie przeprowadzono zgodnie z przedstawioną procedurą. Probówkę polietylenową zawierającą krwinki płytkowe o objętości do 2 ml umieszczono w stanowisku badawczym i poddano ekspozycji pola elektromagnetycznego o indukcji B wynoszącej 0,5 mT i częstotliwości 1 kHz przez okres 30, 60,

Rycina 1. Stanowisko laboratoryjne



90 min. Dla zachowania optymalnych warunków temperaturę otoczenia stanowiska badawczego, jak i temperaturę wnętrza luminometru utrzymywano na poziomie 250°C.

Badanie chemiluminescencji wykonano w próbie kontrolnej oraz próbie badanej. Próbę kontrolną stanowiła zawieszina płytek z PBS i luminolem [niezbędnym do wzmocnienia zjawiska chemiluminescencji], natomiast próbę badaną zawieszina płytek stymulowanych PEM zawierająca PBS i luminol. Pomiar chemiluminescencji wykonano luminometrem Lumatic firmy HAMILTON współpracującym z komputerem IBM. Jednoczasowy sekwencyjny pomiar wykonywany jest dla 6 próbek.

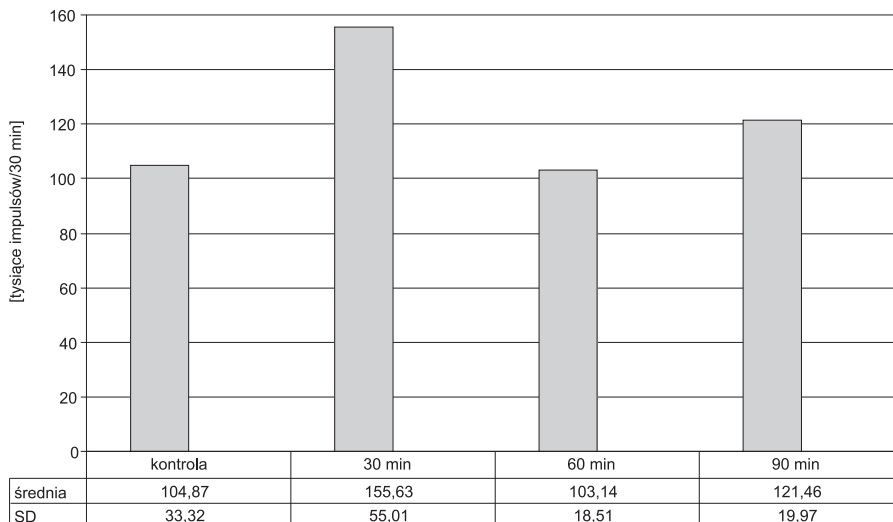
Stężenie dialdehydu malonowego badano każdorazowo po upływie określonego czasu ekspozycji na pole EM (30, 60, 90 min) wykorzystując metodę Placera [6]. Badania kontrolne zostały wykonane według wyżej przedstawionego schematu jednak z użyciem krwinek płytkowych, które nie zostały poddane działaniu pola elektromagnetycznego.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej testem t Studenta dla dwóch średnich przy poziomie ufności $p \leq 0,05$.

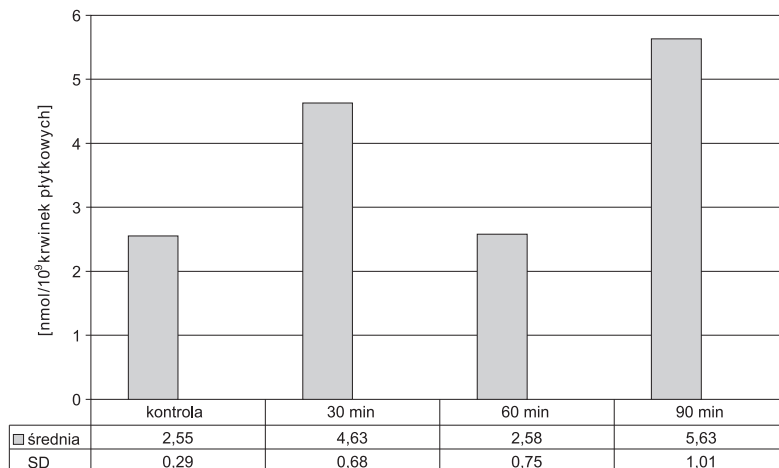
Wyniki

Pomiar generacji wolnych rodników, wykonany zgodnie z przedstawioną metodyką wykazał największy wzrost ich wytwarzania po 30-sto i 90-cio minutowej ekspozycji na badane promieniowanie elektromagnetyczne w porównaniu z wartością próby kontrolnej (ryc. 2).

Rycina 2. Poziom generacji wolnych rodników mierzony za pomocą chemiluminescencji zależnie od czasu ekspozycji na pole elektromagnetyczne, n = 25



Rycina 3. Stężenie dialdehydu malonowego w TBARS zależnie od czasu ekspozycji na pole elektromagnetyczne, n = 25



Najwyższe stężenie dialdehydu malonowego wystąpiło podobnie jak w przypadku generacji wolnych rodników po 30-sto i 90-cio minutowej ekspozycji na badane promieniowanie elektromagnetyczne w porównaniu z wartością próby kontrolnej (ryc. 3).

Omówienie

Każdy czynnik egzogeny wywołujący wzrost lub spadek generacji wolnych rodników pociąga za sobą istotne skutki biologiczne [7]. Cząstki te ze względu na wysoką reaktywność należą do destabilizatorów układów biologicznych w których się pojawiają [8, 9]. Jednym z systemów biologicznych, na których bada się wpływ PEM na generację wolnych rodników jest krwinka płytkowa. Komórka ta posiada pewną specyfikę w wytwarzaniu reaktywnych form tlenu w porównaniu z pozostałymi elementami morfotycznymi krwi.

W płytkach krwi istnieje kilka źródeł powstawania reaktywnych form tlenu [RFT]. Jednym z nich jest łańcuch oddechowy znajdujący się w mitochondriach. Wspomniane struktury komórkowe nie występują w erytrocytach, które jednak posiadają w swojej cząstce atom Fe^{2+} (o dyskusyjnej funkcji w powstawaniu reaktywnych form tlenu), podczas gdy funkcja obronna granulocytów związana jest głównie z aktywnością enzymatyczną oksydazy NADPH (wytwarzającej anionorodnik) [10].

Wcześniejsze doświadczenia prowadzone na płytkach krwi określały wpływ PEM emitowanego przez telefony komórkowe o częstotliwości 900 i 1800 MHz na płytki oraz ekspozycji w/w elementów morfotycznych na PEM o częstotliwości sieciowej 50 HZ i indukcji 15 mT. Uzyskane wyniki jednoznacznie wykazały zmiany metabolizmu tlenowego krwinek płytkowych stymulowanych wspomnianym promieniowaniem EM [11, 12].

Obecnie prowadzone badania własne dotyczące wytwarzania wolnych rodników w płytkach krwi pod wpływem PEM o określonych parametrach potwierdzają wrażliwość tych komórek na promieniowanie niejonizujące o określonych parametrach. Wzrost wolnych rodników w krwinkach płytkowych obserwowany po 30-stu i 90-ciu minutach pozostawania w polu EM wskazuje na istnienie zależności pomiędzy metabolizmem tlenowym komórek a badanym promieniowaniem.

Zachwianie równowagi wewnątrzkomórkowego wytwarzania reaktywnych form tlenu polegające na wzroście wolnych rodników w stosunku do normy obserwowano także w innych badaniach dotyczących wpływu promieniowania niejonizującego na systemy biologiczne [13, 14].

Utrzymywanie najniższego możliwego poziomu generacji wolnych rodników jest istotne ze względu na niekorzystne skutki ich oddziaływania na układy biologiczne. Jednym z najlepiej poznanych skutków biologicznych nadmiernego wytwarzania wolnych rodników jest peroksydacja fosfolipidów błon komórkowych. Ta wolnorodnikowa reakcja łańcuchowa utleniania wielonienasyconych kwasów tłuszczowych wchodzących w skład fosfolipidów błon cytoplazmatycznych ma decydujący wpływ na funkcje krwinek płytkowych, powodując aktywację wymienionych elementów morfotycznych krwi (adhezji, agregacji). Proces peroksydacji lipidów błon komórkowych uznany został za efekt wyczerpania moż-

liwości obronnych układów antyoksydacyjnych dlatego pozostaje jednym z głównych patomechanizmów badanych w przypadku określenia zmian komórkowych związanych z stresem oksydacyjnym.

Istnieją nieliczne badania opisujące wpływ pola elektromagnetycznego na układ antyoksydacyjny krwinek płytkowych. W zależności od parametrów promieniowania wykazano wzrost stężenia dialdehydu malonowego wskazującego na toczący się proces peroksydacji błon komórkowych [15] lub braku zmian ilościowych MDA w porównaniu do prób kontrolnych [takie wyniki otrzymano często dla wartości PEM wykorzystywanych w fizjoterapii – stymulacja procesów naprawczych między innymi przez zastosowanie pola magnetycznego przebiega w wyniku wzrostu aktywności enzymów obrony antyoksydacyjnej i zahamowania procesu peroksydacji lipidów, co przyspiesza proces regeneracyjny uszkodzonych tkanek [16].

Obserwowane zmiany stężenia dialdehydu malonowego dowodzą, że pod wpływem pola elektromagnetycznego, emitowanego przez elektronikę samochodową, może dochodzić do zwiększenia peroksydacji kwasu arachidonowego będącego składnikiem fosfolipidów błon komórkowych krwinek płytkowych. Wzrost stężenia MDA w badanych przedziałach czasowych świadczy o niedostatecznej adaptacji komórkowych mechanizmów antyoksydacyjnych płytek krwi zabezpieczających min. przed utlenieniem składników błon komórkowych, z wszystkimi wspomnianymi wyżej skutkami tego procesu.

Wnioski

1. Zmiany wytwarzania reaktywnych form tlenu w wyniku pozatermicznego działania niejonizującego PEM egzogenne występującego w pojazdach świadczą o wrażliwości [podatności] komórek na ten czynnik środowiskowy.
2. Obserwowane zmiany stężenia dialdehydu malonowego dowodzą, że pod wpływem pola elektromagnetycznego emitowanego przez elektronikę samochodową może dochodzić do zwiększenia peroksydacji kwasu arachidonowego będącego składnikiem fosfolipidów błon komórkowych krwinek płytkowych.
3. Wzrost stężenia MDA w badanych przedziałach czasowych w odpowiedzi na nadmierne generowanie wolnych rodników w płytkach krwi świadczy o niedostatecznej adaptacji komórkowych mechanizmów antyoksydacyjnych wymienionych elementów morfotycznych krwi zabezpieczających przed utlenieniem składników błon komórkowych, z wszystkimi biologicznymi skutkami tego procesu.

Piśmiennictwo

1. Bortkiewicz A., Zmysłony M., Gadziacka E.: Ekspozycja na pola elektromagnetyczne o częstotliwości 50 Hz a zmiany w układzie krążenia u pracowników stacji elektroenergetycznych. *Med. Pr.*, 1998, XLIX [3] 261–274.
2. Zmysłony M.: Telefonii komórkowa. Problemy oceny ekspozycji na pola elektromagnetyczne. *Med. Pr.*, 2000, LI [2] 151–158.
3. Herner A.: *Elektronika w samochodzie*. WKŁ, Warszawa 2001.
4. Pacholski K., Jerominko A., Nawarycz T., Buczyński A.: Badanie wpływu słabego pola elektromagnetycznego na składniki krwi człowieka. VI Sympozjum pt. Modelowanie i Pomiary w Medycynie – MPM 2004 materiały konferencyjne, 9–13 maj. Krynica 2004.
5. Szadkowska-Stańczyk I., Zmysłony M.: Ekspozycja zawodowa na pola elektromagnetyczne i jej skutki zdrowotne u pracowników elektroenergetyki. *Medycyna pracy*, 2000, LI [6] 636–652.
6. Placer Z. I.: Estimation of products of lipid peroxydation malonyl dialdehyde in biochemical systems. *Anal. Bioch.*, 1966, 16:359–364.
7. Wachowicz B., Olas B., Żbikowska H. M., Buczyński A.: Generation of reactive oxygen species in blood platelets. *Platelets*, 2002, 13, 175–182.
8. Nordensen I., Mild K. H., Andersson G., Sandström M.: Chromosomal aberrations in human amiotic cells after intermittent exposure to fifty hertz magnetic fields *Bioelectromagnetics* 1994, 15, 293–299
9. Ronco A. L., Halberg F.: The pineal gland and cancer. *Anticancer Res*, 1996, 16 [4A], 2033–2039.
10. Bartosz G.: *Druga twarz tlenu*. PWN. Warszawa 2004.
11. Buczyński A., Buczyński J., Dziedziczak-Buczyńska M., Henrykowska G.: The Assessment of the Process of Lipid Peroxidation in Blood Platelets Exposed to Electromagnetic Radiation – in vitro Studies. *Polish Journal of Environmental Studies*, 2004, [13], Suppl. 2, 25–28.
12. Buczyński A., Dziedziczak-Buczyńska M., Jerominko A., Henrykowska G.: Metabolizm tlenowy krwinek płytkowych ekspozowanych na promieniowanie elektromagnetyczne – badania in vitro. Konferencja Naukowa nt Człowiek w ekstremalnych warunkach środowiska. WIML. Warszawa. Abstrakt. 21–22.10.2004, s. 22.
13. Ahlbom A., Feygthig M., Koskenvuo M., Olsen J. H., Pukkala T., Schlugen G., Verkasalo P. K.: Electromagnetic field and childhood cancer. *Lancet*, 1993, 342:1295–96.
14. Brocklehurst B., McLauchlan K. A.: Free radical mechanism for the effects of environmental electromagnetic fields on biological systems. *Int J Radiat Biol* 1996 69: 1, 3–24.
15. Stopczyk D., Gnitecki W., Buczynski A., Markuszewski L., Buczynski J.: Effect of electromagnetic field produced by mobile phones on the activity of superoxide dismutase (SOD-1) and the level of malonyldialdehyde (MDA) – in vitro study *Med Pr.* 2002, 53, (4): 311–314.
16. Sieroń A., Kawczyk-Krupka A.: Komórkowe efekty oddziaływania wolnozmiennych pól magnetycznych *Acta Bio-Opt. Inf. Med.*, 1998; 4:79–83.

Agnieszka Bukowska¹, Julita Kinicka²

Udział pielęgniarki w profilaktyce zakażeń szpitalnych

Zakażenia szpitalne są ogromnym problemem dla pacjentów, a także dla funkcjonowania szpitali, powodują że czas hospitalizacji pacjentów znacznie się wydłuża, zmniejsza się szansa na prawidłowy przebieg leczenia, wzrasta ryzyko wystąpienia powikłań, a jednocześnie znacznie zwiększają się koszty leczenia chorych.

Problem zakażeń szpitalnych może zostać zminimalizowany tylko wówczas, gdy walka z nim zostanie podjęta przed personel szpitalny. Przede wszystkim ogromna w tym rola pielęgniarek, które znajdują się najbliżej, najdłużej pacjenta, pielęgnują go, wykonują zabiegi, organizują dla niego pobyt w oddziale szpitalnym³.

Zakażenie szpitalne to pojawienie się zakażeń w krótkim czasie po przyśściu do szpitala lub ujawnienie się po opuszczeniu szpitala. Zakażenie powstaje na skutek czynnika chorobotwórczego, który może pochodzić od innego chorego lub pracowników szpitala, albo przez endogenny czynnik mikrobiologiczny⁴.

Ogólnie zakażenia szpitalne można podzielić na dwie zasadnicze grupy. Pierwszą grupę stanowią zakażenia, na których powstanie przestrzeganie zasad profilaktyki zakażeń szpitalnych przez personel ma ograniczony wpływ. Drugą grupą są zakażenia szpitalne, które są następstwem braku wiedzy przez pracowników szpitala, złych nawyków higienicznych, niekiedy są następstwem niedbalstwa⁵.

¹ Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

² Studentka IV roku studiów dziennych, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

³ Anusz Z.: Podstawy epidemiologii i kliniki chorób zakaźnych. Warszawa PZWL 1998, s. 22.

⁴ Zarządzenie MZiOp.S z dnia 15 III 1989 (Dz. Urz. MZiOp.S nr 4, poz. 28) o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń szpitalnych.

⁵ Anusz Z.: Podstawy epidemiologii i kliniki chorób zakaźnych, Warszawa PZWL 1998, s. 121.

Wszelkie drobnoustroje mają możliwość przenoszenia się różnymi drogami. Główną drogą przenoszenia zakażeń szpitalnych są kontakty pacjent–personel, personel–pacjent i pacjent–pacjent⁶.

Przeniesienie drobnoustrojów, czyli transmisja może odbywać się w sposób bezpośredni, poprzez bezpośredni kontakt osoby zdrowej ze źródłem zakażenia lub pośredni⁷.

Metody zwalczania i zapobiegania zakażeń szpitalnych

Aseptyka i antyseptyka

Aseptyka jest to zespół czynności, które stanowią podstawę profilaktyki zakażeń szpitalnych. Działania te mają na celu niedopuszczenie do skażenia naturalnie jałowych tkanek czy też płynów ustrojowych, a także sterylnych materiałów i narzędzi. Postępowanie to odnosi się zarówno do pielęgnacji chorego, jak i do dbałości o czystość mikrobiologiczną⁸. Aseptyka to stosowanie zespołu środków, takich jak wyjaławianie, dezynfekcja, antyseptyka i sprzątanie⁹.

Środki antyseptyczne mogą się różnić pod kilkoma względami, np. spektrum bakteriobójczym, sposobem działania lub szybkością działania.

Środki antyseptyczne są preparatami chemicznymi, w antyseptyce są wykorzystywane środki z grupy alkoholi, związki powierzchniowoczynne np. chlorocheksydyna¹⁰.

Środki antyseptyczne dobierają w szpitalach pielęgniarki na swoich stanowiskach pracy; pielęgniarki epidemiologiczne, pielęgniarki naczelne i przełożone poprzez udział w komisjach przetargowych na dostawę środków dezynfekujących do szpitala.

Dezynfekcja i sterylizacja

Istotną przyczyną szerzenia się zakażeń szpitalnych jest mała znajomość teoretyczna i praktyczna dekontaminacji. Dekontaminacja to proces zabicia lub

⁶ Binczycka-Anhalcer M., Marcinkowski J. T.: Źródło i profilaktyka zakażeń szpitalnych. W: Podstawy higieny, Red. Marcinkowski J. T. Wyd. Wolumed Wrocław 1998, s. 293.

⁷ Jabłoński L., Karwat J. D.: Epidemiologia zakażeń szpitalnych – wiadomości podstawowe. W: Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologii chorób zakaźnych. Red. Jabłoński L., Karwat J. D. Wyd. Czelej Lublin 2002, s. 359.

⁸ Bober-Gheck B.: Zapobieganie zakażeniom W: „Magazyn pielęgniarki i położnej” Luty 2001, nr 2, s. 27.

⁹ Krzywicka H.: Strategia zapobiegania zakażeniom szpitalnym. W: Dezynfekcja szpitalna – teoria i praktyka. Red. Krzywicka H. PZWL Warszawa 1987, s. 22–23.

¹⁰ Anusz Z.: Mikrobiologia i parazytologia lekarska. PZWL Warszawa 1990, s. 270.

usunięcia drobnoustrojów w wyniku, którego materiały stają się bezpieczne dla zdrowia. Pojęcie to obejmuje: oczyszczanie, dezynfekcją i sterylizacją¹¹.

Dezynfekcję prowadzą pielęgniarki bądź nadzorują jej wykonanie przez firmy sprząające szpitale. Dezynfekcję można podzielić na:

- Dezynfekcję zapobiegawczą
- Dezynfekcję bieżącą, która polega na ciągłym stosowaniu dezynfekcji wśród osób chorych zakaźnie lub osób – nosicieli
- Dezynfekcję końcową, którą wykorzystuje się wśród zakaźnie chorych, ale w momencie, gdy te osoby są usunięte z pomieszczenia lub u osób tych choroba ustąpiła i zakończył się okres zaraźliwości¹².

Wyróżniamy cztery metody dezynfekcji:

- metodę fizyczną
- metodę termiczną
- metodę chemiczną
- metodę termiczno-chemiczną

Metoda fizyczna wykorzystuje promieniowanie nadfioletowe, ultradźwięki i filtrację. Metoda termiczna wykorzystuje wysoką temperaturę ciepła suchego i wilgotnego. Metoda termiczno-chemiczna wykorzystuje preparaty chemiczne wraz z podwyższoną temperaturą wody. Metoda chemiczna to stosowanie środków dezynfekujących w postaci proszków, granulatów, roztworów, aerozoli, par¹³.

Pielęgniarki bezpośrednio po zabiegach przeprowadzają wstępną dezynfekcję narzędzi. Dezynfekcja ta przeprowadzana jest dwoma sposobami. Pierwszy sposób polega na tym, że zużyte narzędzia umieszczamy w pojemniku ze środkiem dezynfekującym, następnie po upływie odpowiedniego czasu wyjmujemy narzędzia, płuczemy pod bieżącą wodą, osuszamy. Druga metoda polega na tym, że narzędzia najpierw poddane są myciu wstępnemu poprzez zanurzenie w preparacie myjącym, który usuwa zanieczyszczenia. Następnie dezynfekowane są poprzez zanurzenie w środku dezynfekującym, potem następuje płukanie, czyszczenie ręczne lub mechaniczne i płukanie wodą destylowaną¹⁴.

Kolejną metodą jest dezynfekcja fizyczna, która wykorzystuje promieniowanie (UV). Lamy bakteriobójcze stosuje się do dezynfekcji powietrza, powierzchni i płynów. Lamy są używane w pomieszczeniach zabiegowych, polach opera-

¹¹ Nosowska K.: Podstawy sterylizacji i dezynfekcji w zwalczaniu zakażeń szpitalnych. Wyd. Czelej 2000, s. 25.

¹² Anusz Z.: Podstawy epidemiologii i kliniki chorób zakaźnych. PZWL Warszawa 1998, s. 58.

¹³ Nosowska K.: Podstawy sterylizacji i dezynfekcji w zwalczaniu zakażeń szpitalnych. Wyd. II, Czelej 2000, s. 26.

¹⁴ Nosowska K.: Podstawy sterylizacji i dezynfekcji w zwalczaniu zakażeń szpitalnych. Wyd. II, Czelej 2000, s. 46.

cyjnych, poczekalniach, w pomieszczeniach, gdzie przygotowywane są leki i pożywki bakteryjne¹⁵.

Pielęgniarki włączają lampy, decydują o ich rozmieszczeniu, używaniu, odnotowują czas świecenia palników tak, aby nie przekroczyć ich normy użycia.

Sterylizacja

Sterylizacja jest procesem, który prowadzi do zabicia wszystkich drobno-ustrojów, razem ze sporami. W procesie sterylizacji wykorzystywane są czynniki: gorące suche powietrze, para wodna w nadciśnieniu, formaldehyd, tlenek etylenu, ozon, promieniowanie gamma, nadtlenek wodoru, kwas nadoctowy.

Metody sterylizacji:

- zimna sterylizacja (nietermiczna), w której wykorzystywany jest tlenek etylenu, promieniowanie jonizujące,
- gorąca sterylizacja wykorzystuje suche, gorące powietrze i parę wodną w nadciśnieniu,
- niskotemperaturowa sterylizacja¹⁶.

Pielęgniarki przygotowują narzędzia operacyjne i zabiegowe do sterylizacji. Proces sterylizacji odbywa się w centralnych sterylizatorniach, w których kierownikami są magistrowie pielęgniarstwa.

Metoda sterylizacji suchym, gorącym powietrzem polega na działaniu wysokiej temperatury w określonym czasie na określony materiał sterylizowany. Znalazła ona zastosowanie do wyjaławiania wyrobów metalowych, szklanych, wosku, pudrów, gliceryny, tłuszczów, olejów.

Sprzęt musi być zapakowany w rękaw foliowy. Należy prawidłowo załadować sterylizator, gdzie wsad sterylizujący umożliwi swobodny dostęp czynnika sterylizującego w każdym punkcie komory. Aby sprzęt był sterylny należy przestrzegać zasad jego przechowywania, przenoszenia, manipulowania podczas wyjmowania z pakietu¹⁷. Pielęgniarki oddziałowe bloków operacyjnych, pielęgniarki instrumentariuszki często nadzorują ekipy transportujące sprzęt do i z centralnej sterylizatorni, z i do bloku operacyjnego. Czas sterylizacji i zalecana temperatura – 170°C – 2 godziny, 180°C – 1 godzina¹⁸.

Kolejną metodą jest sterylizacja parą wodną w nadciśnieniu. Jest to metoda nietoksyczna, najszybsza, najtańsza i najbardziej ekonomiczna dla sprzętu.

¹⁵ Anusz Z.: Mikrobiologia i parazytologia lekarska Wyd. II poprawione, PZWL Warszawa 1990, s. 271.

¹⁶ Nosowska K.: Podstawy sterylizacji i dezynfekcji w zwalczaniu zakażeń szpitalnych. Wyd. II, Czelej 2000, s. 59.

¹⁷ Anusz Z.: Mikrobiologia i parazytologia lekarska. PZWL Warszawa 1990, s. 274.

¹⁸ Belowa M.: Dekontaminacja sprzętu i środowiska. W: Kontrola zakażeń szpitalnych. Red. Belowa M. Wyd. Medycyna praktyczna, Kraków 1996, s. 25.

Steryliczuje się bieliznę, narzędzia chirurgiczne, rękawniki chirurgiczne, materiały gumowe, metalowy sprzęt medyczny, wodę, płyny infuzyjne. Pakiety nie powinny być zbyt duże i nie powinny być ułożone ciasno. Ważne jest, aby komora autoklawu była odpowietrzona i para spełniała parametry¹⁹. Parametry sterylizacji są różne i zależą od zastosowanej wody. Minimalne parametry to dla temperatury 121°C czas sterylizacji trwa 20 minut, a dla temperatury 134°C 3–4 minuty²⁰.

Steryliczacja tlenkiem etylenu pozwala na wyjąłowanie niemal każdego rodzaju sprzętu: od drobnych narzędzi optycznych po respiratory. Należy pamiętać, że tlenek etylenu jest silnie trujący. Warunkiem skutecznej sterylizacji jest przestrzeganie zasad: właściwie przygotować sprzęt, używać opakowań zalecanych przez producenta sterylizatora, przestrzegać czasu wietrzenia artykułu po procesie sterylizacji²¹.

Steryliczacja radiacyjna wykorzystuje dwie ilości promieni gamma. Metoda ta pozwala na sterylizację materiałów opatrunkowych, bielizny operacyjnej jednorazowego użytku, preparatów ziołowych i leków, implantów i sprzętu jednorazowego użytku²².

Niskotemperaturowa sterylizacja plazmowa wykorzystuje plazmę z nadtlaniem wodoru. Metoda ta pozwala na sterylizację artykułów medycznych wrażliwych na temperaturę. Zaletami tej metody są: niska temperatura, bardzo mała toksyczność i krótki czas sterylizacji. Niestety jest to metoda kosztowna (wysoki koszt urządzeń)²³.

Steryliczacja kwasem nadooctowym polega na zanurzaniu artykułu medycznego w roztworze, ok. 30 minut w temperaturze 50–55°C – całkowity cykl. Proces niskotemperaturowej sterylizacji kwasem nadooctowym pozwala na wyjąłowanie aparatury medycznej z materiałów termowrażliwych jak: endoskopy, precyzyjne urządzenia metalowe, sprzęt anesteziologiczny. Metoda ta wymaga wielokrotnego płukania materiałów po sterylizacji wodą destylowaną²⁴.

Steryliczacja w aldehydzie glutenowym cechuje się niskimi kosztami i dobrym znoszeniem go przez większość materiałów. Wadą tej metody jest wysoka

¹⁹ Nosowska K.: Podstawy sterylizacji i dezynfekcji w zwalczaniu zakażeń szpitalnych. Wyd. II, Czelej 2000, s. 62–66.

²⁰ Belowa M.: Dekontaminacja sprzętu i środowiska. W: Kontrola zakażeń szpitalnych. Red. Belowa M. Wyd. I, Medycyna praktyczna, Kraków 1996, s. 25.

²¹ Jakimiak B.: Steryliczacja. Metody sterylizacji niskotemperaturowej. W: Higiena w placówkach opieki medycznej. Fachowy poradnik dla zarządzających placówkami opieki medycznej oraz lekarzy. Red. Dulny G., Lejbrandt E., Verlag Dashofer 2002, s. 1–2.

²² Nosowska K.: Podstawy sterylizacji i dezynfekcji w zwalczaniu zakażeń szpitalnych. Wyd. II Czelej 2000, s. 71.

²³ Basta M., Gątkiewicz A.: Współczesne osiągnięcia w zakresie dezynfekcji i sterylizacji. W: „Medycyna 2000” 1995, nr 51/52, s. 9.

²⁴ Lenartowicz P.: Steryliczacja niskotemperaturowa W: „Pielęgniarka i położna” 1995, nr 9, s. 25–26.

toksyczność i konieczność płukania po sterylizacji, a sam czas sterylizacji jest długi i trwa 10 godzin²⁵.

Pielęgniarki naczelne, pielęgniarki położne, przełożone oddziałowe, zabiegowe mają wpływ na wybór metody sterylizacji. Często decydują o zakupach nowej aparatury sterylizującej, o wprowadzeniu nowoczesnych metod sterylizacji.

Proces sterylizacji powinien być regularnie kontrolowany. Do tego służą wskaźniki biologiczne, chemiczne i fizyczne. Wskaźniki fizyczne to: termometry, manometry, karty kontrolne, które wskazują lub rejestrują parametry procesu, określają stan techniczny urządzenia.

Wskaźniki biologiczne – dostarczają informacji o fakcie zabicia drobnoustrojów, umieszczane są w pakietach poddawanych procesowi sterylizacji, a potem sprawdzana jest żywotność spor bakteryjnych we wskaźniku. Negatywny wskaźnik posiewu daje gwarancję uzyskania sterylności materiału.

Wskaźniki chemiczne – zawierają roztwory, które zmieniają barwę pod wpływem temperatury wyjaławiania i określonego czasu. Wyróżniamy wskaźniki chemiczne wewnętrzne, które są wkładane do wewnątrz pakietu i informują o skuteczności sterylizacji wewnątrz, jak również są wskaźniki zewnętrzne, których zmiana barwy świadczy, że pakiet był poddany sterylizacji. Do zewnętrznych wskaźników należą samoprzylepne taśmy papierowe (tzw. Sprawdziany wyjaławiania)²⁶.

Okres przechowywania narzędzi i materiałów wynosi: 7 dni – materiał wyjałowiony w opakowaniu papierowym lub w opakowaniu z tkaniny, następnie zabezpieczony workiem papierowym²⁷.

Jałowe materiały należy oznakować podając datę wyjaławiania i rodzaj materiałów. Należy przechowywać w pomieszczeniach czystych, suchych. Transport powinien odbywać się wydzielonymi ciągami komunikacyjnymi. Transportowane sterylne pakiety należy zabezpieczyć dodatkowym opakowaniem²⁸.

1 miesiąc – gdy jest podwójna warstwa papieru lub warstwa papieru i warstwa włókniny; 6 miesięcy – opakowanie papierowo-foliowe²⁹.

²⁵ Basta M., Gałkiewicz A.: Współczesne osiągnięcia w zakresie dezynfekcji i sterylizacji. W: „Medycyna 2000” 1995, nr 51/52, s. 25.

²⁶ Juszczak J., Hryniewicz W., Magdzik W., Samet A.: Zakażenia szpitalne. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Warszawa 1996, s. 33.

²⁷ Juszczak J., Hryniewicz W., Magdzik W., Samet A.: Zakażenia szpitalne. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Warszawa 1996, s. 33.

²⁸ Jakimiak B.: Sterylizacja. Metody sterylizacji niskotemperaturowej. W: Higiena w placówkach opieki medycznej. Fachowy poradnik dla zarządzających placówkami opieki medycznej oraz lekarzy. Red. Dulny G., Lejbrandt E., Verlag Dashofer 2002, s. 1–2.

²⁹ Jakimiak B.: Sterylizacja. Metody sterylizacji niskotemperaturowej. W: Higiena w placówkach opieki medycznej. Fachowy poradnik dla zarządzających placówkami opieki medycznej oraz lekarzy. Red. Dulny G., Lejbrandt E., Verlag Dashofer 2002, s. 2.

Pielęgniarki sprawdzają pakiety w oddziale ze sterylnym sprzętem pod kątem ważności sterylizacji, mają więc wpływ na to czy zabiegi, opatrunki będą wykonywane sterylnym sprzętem i materiałem opatrunkowym.

Higiena pomieszczeń i powierzchni szpitalnych

Podstawowym celem utrzymania czystości w szpitalu jest ograniczenie liczby drobnoustrojów, które mogą wywoływać zakażenia na każdym rodzaju powierzchni. Źle opracowany system sprzątanía w oddziałach przyczynić się może do szerzenia się zakażeń. Sprzątanie powierzchni i pomieszczeń szpitalnych należy przeprowadzić w sposób planowy, dokładnie określając metody mycia, ustalić niezbędny sprzęt, którego należy użyć, określić środki myjące, częstość i porę sprzątania. Planowanie czynności musi uwzględnić specyfikę oddziału i bardzo ważne jest określenie stref czystości. W strefie I, która obejmuje ciągi komunikacyjne, wystarczy zwykłe mycie bez konieczności stosowania środków dezynfekujących, strefa II, która obejmuje sale chorych, toalety, łazienki, należy stosować mycie i dezynfekcję miejscową, strefą III są sale operacyjne i zabiegowe, pomieszczenia te wymagają codziennego generalnego mycia i dezynfekcji³⁰.

Sprzątanie często nadzoruje pielęgniarka oddziałowa, a naczelną pielęgniarka, przełożona czy epidemiologiczna mają wpływ na wybór w przetargu firmy sprzątającej, która powinna stosować nowoczesny sprzęt sprzątający i nowoczesne technologie.

Za opracowanie zasad sprzątania odpowiada Zespół ds. zakażeń szpitalnych czy pielęgniarka epidemiologiczna.

Postępowanie z bielizną szpitalną i odpadami medycznymi

Zanieczyszczona bielizna szpitalna może być przyczyną szerzenia się zakażeń szpitalnych. Podstawową zasadą w postępowaniu z bielizną jest bezwzględne oddzielenie bielizny czystej od bielizny brudnej. Brudną bieliznę wkłada się do worka bezpośrednio przy łóżku chorego. Do segregacji bielizny używa się różnokolorowych worków, które jednoznacznie informują, z jakim materiałem mamy do czynienia. W praktyce stosowane są następujące kolory worków:

- Worki koloru czerwonego – używane są do bielizny szczególnie niebezpiecznej, czyli bielizny, z którą mieli kontakt pacjenci będący nosicielami chorób zakaźnych np. WZW, HIV;
- Worki koloru żółtego – służą do transportu fartuchów, odzieży ochronnej, serwet i pozostałej bielizny, której nie należy prać razem z bielizną pościelową.

³⁰ Nosowska K.: Podstawy sterylizacji i dezynfekcji w zwalczaniu zakażeń szpitalnych. Wyd. II poprawione Czelej Warszawa 2000, s. 109–110.

Należy stosować worki plastikowe, najlepiej te, które rozpuszczają się w pralnicy. Stosując worki z tkaniny należy pamiętać, że powinny być oznakowane i poddane procesowi prania i dezynfekcji razem z bielizną³¹.

W szpitalu należy zapewnić pacjentom pościel jałową. Wszystkie czynności, takie jak zdejmowanie, składanie, wkładanie do worka należy wykonywać bez energicznych ruchów, aby nie powodować rozsiewania drobnoustrojów. Przy zmianie bielizny należy pamiętać, że nie wolno kłaść brudnej bielizny na podłogę, taborety, inne łóżka. Do zmiany bielizny potrzebny jest wózek do brudnej bielizny z odpowiednim workiem lub pokrowcem. Każdy worek należy dokładnie zamknąć³².

Opisane procedury realizowane są przez pielęgniarki w każdym oddziale szpitalnym. Dokładne ich wykonywanie ma wpływ na zapobieganie zakażeniom szpitalnym.

Transportem bielizny szpitalnej zajmuje się wydzielona ekipa, która często jest nadzorowana przez pielęgniarkę.

W systemie prania wykorzystuje się:

- Dezynfekcję termiczną – temperatura prania wynosi 90–95°C i powinna być utrzymana przez ok. 15 minut;
- Dezynfekcję chemiczno-termiczną – temperatura prania wynosi 60°C i utrzymana jest przez 20 minut lub 40°C przez 20 minut z jednoczesnym zastosowaniem środków piorąco-dezynfekujących³³.

Przy transporcie bielizny należy oddzielić drogi czyste od brudnych.

Pielęgniarki odpowiedzialne są za właściwe przechowywanie bielizny, zaopatrzenie i przechowywanie tych worków. Pielęgniarki mają obowiązek dopilnować właściwego transportu bielizny brudnej i czystej oraz właściwego przechowywania bielizny świeżo upranej. Aby minimalizować szerzenie zakażeń wewnątrzszpitalnych oddział powinien być wyposażony w wózki transportowe zamknięte, wózki używane przy łóżku chorego, worki do bielizny we wszystkich kolorach (czerwone, żółte i białe)³⁴.

Zasady postępowania z odpadami reguluje ustawa z 27.04.2001 (Dz U nr 62, poz. 628). Za odpady medyczne uważa się odpady pochodzące z zakładów świadczących usługi medyczne, będące w kontakcie z wydzielinami lub częściami

³¹ Profilaktyka i zwalczanie zakażeń szpitalnych Red. Kędzi W., Wydawnictwo Uczelniane AM im. Marcinkowskiego K. Poznań 1989, s. 19.

³² Profilaktyka i zwalczanie zakażeń szpitalnych Red. Kędzi W., Wydawnictwo Uczelniane AM im. Marcinkowskiego K. Poznań 1989, s. 19.

³³ Tadeusiak B.: Postępowanie z bielizną szpitalną. Pralnia z barierą higieniczną W: Higiena w placówkach opieki medycznej. Fachowy poradnik dla zarządzających placówkami opieki medycznej oraz lekarza. Red. Dulny G., Lejbrandt E., Verlag Dashofer 2002, s. 6–8.

³⁴ Nosowska K.: Podstawy sterylizacji i dezynfekcji w zwalczaniu zakażeń szpitalnych. Wyd. II poprawione Czelej Warszawa 2000, s. 108.

ciami ciała np. krew, mocz, opatrunki, strzykawki, które wymagają oddzielnego zbierania i unieszkodliwiania z powodu zagrożenia infekcyjnego i sanitarnego³⁵.

Zgodnie ze standardem „Profilaktyka i zwalczanie zakażeń” w postępowaniu z odpadami należy przestrzegać następujących zasad:

1. Odpady są segregowane na bieżąco i przechowywane w przeznaczonym do tego pomieszczeniu, odbierane 3 x dziennie;
2. Odpady medyczne niebezpieczne przeznaczone do spalania zbierane do worków w kolorze czerwonym, odpady komunalne – w kolorze czarnym;
3. Odpady medyczne niebezpieczne są oddawane do spalania w spalarni szpitalnej (lub do firmy zajmującej się utylizacją odpadów);
4. Odpady komunalne są wywożone na miejskie wysypisko śmieci³⁶.

Odpady kliniczne: materiały opatrunkowe, zużyte strzykawki, butelki po płynach infuzyjnych, tkanki ludzkie, odpady laboratoryjne zanieczyszczone drobnoustrojami należy gromadzić w workach jednorazowego użytku, worki po napełnieniu zamknąć i przekazać do unieszkodliwienia. Przedmioty ostre (igły, skalpele) po użyciu należy wrzucić do plastikowych pojemników, posiadających twarde, nieprzekłuwalne ścianki. Po napełnieniu pojemnik zamknąć szczelnie i przekazać do spalania.

Wszelkie płyny należące do odpadów medycznych można usuwać przez wodny system ściekowy i oczyszczać w szpitalnej oczyszczalni ścieków³⁷.

Higiena rąk personelu

Odpowiednia higiena rąk może być przeprowadzona pod warunkiem właściwego wyposażenia oddziału, w miejscach mycia rąk w dozowniki do mydła w płynie, dozowniki do preparatów dezynfekujących, ręczniki jednorazowego użytku. Stosowanie rękawiczek ochronnych nie zwalnia z mycia rąk, gdyż podczas ich zdejmowania bakterie znajdujące się na rękawiczkach mogą być przeniesione na ręce, a następnie na inną osobę. Istnieją trzy sposoby, które prowadzą do zmniejszenia ryzyka przeniesienia zakażeń poprzez ręce:

1. Mycie rąk mydłem w płynie i wodą oraz ich wycieranie ręcznikiem jednorazowego użytku;
2. Odkażanie rąk;

³⁵ Kanclerski K.: Postępowanie z odpadami. W: Higiena w placówkach opieki medycznej. Fachowy poradnik dla zarządzających placówkami opieki medycznej oraz lekarzy. Red. Dulny G., Lejbrandt E., Verlag Dashofer 2001, s. 1.

³⁶ Skalmowska E.: Profilaktyka i zwalczanie zakażeń. W: „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2003, nr 7–8.

³⁷ Juszczyk J., Hryniewicz W., Magdzik H., Samet A.: Zakażenia szpitalne. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej Warszawa 1996, s. 37.

3. Stosowanie rękawiczek ochronnych³⁸.

Wyróżnia się trzy rodzaje mycia rąk – mycie z użyciem mydła w płynie, co najmniej 10–20 sekund. Ręce płukać w strumieniu bieżącej wody i usunąć ręcznikiem jednorazowego użytku. Należy zdjąć biżuterię i zegarek³⁹. Podczas zwykłego mycia rąk wzorować się należy na technice Aylife. Pielęgniarka myje ręce przed i po zabiegu. Na rękach podczas pracy nie nosi biżuterii, zegarka. Higieniczne mycie rąk – jest to mycie rąk z dezynfekcją. Ręce myje się 30–60 sekund, powinny być namydlone techniką Aylife. Ręce osusza się ręcznikiem jednorazowego użycia, potem wciera się techniką Aylife 3–5 ml alkoholowego środka antyseptycznego przez 30–60 sekund. Potem przed zabiegiem założyć rękawiczki jednorazowego użytku⁴⁰.

Chirurgiczne mycie rąk, po wstępnym etapie przebiegającym identycznie jak w postępowaniu higienicznym, wymaga zastosowania związku dezynfekującego, który należy wcierać w skórę przez 3 minuty i pozostawić do osuszenia bez spłukiwania⁴¹.

Odzież robocza i ochronna personelu

Pracownicy służby zdrowia powinni wykonywać swe obowiązki zawodowe w odpowiedniej odzieży roboczej lub ochronnej. Odzież robocza; ubrania (bluzka, spodnie, spódnica), nakrycia głowy, maski chirurgiczne, fartuchy, obuwie, ochraniacze na buty. Bluzy, fartuchy powinny mieć krótkie rękawy, ponieważ należy często myć i odkażać ręce. Odzież ochronna musi być często zmieniana i podawana procesowi prania w pralni szpitalnej.

Odzież ochronną stanowią również osłony na twarz, rękawice, fartuchy operacyjne jednorazowe i wielorazowe. Odzież ta może być z długim rękawem i jest noszona, gdy personel narażony jest na kontakt z krwią, płynami ustrojowymi, wydaliniami i wydzielinami zanieczyszczonymi krwią. Odzież tą należy zmieniać po każdym wykonaniu zabiegu. Do zabiegów aseptycznych należy ubierać odzież jałową zgodnie z obowiązującą techniką⁴².

³⁸ Marcinkowski J. T., Klimberg A., Krajewska-Kulać E., Polz-Dacewicz M., Karczewski J. K.: Zagrożenia w środowisku pracy. W: Higiena – podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Red. Karczewski J. K. Wyd. Czelej. Wyd. I, Lublin 2002, s. 247.

³⁹ Syski S.: Dezynfekcja skóry, mycie i dezynfekcja rąk. W: Higiena w placówkach opieki medycznej. Fachowy poradnik dla zarządzających placówkami opieki medycznej oraz lekarzy. Red. Dulny G., Lejbrandt E., Verlag Dashofer 2002, s. 1.

⁴⁰ Majda A., Zahradniczek K.: Udział pielęgniarki w procesie diagnozowania i leczenia. W: Pielęgniarstwo – poradnik dla studentów medycyny. Red. Zahradniczek K. Wyd. I PZWL Warszawa 2004, s. 378.

⁴¹ Zakażenia szpitalne. Red. Dzierżanowska D. Jeliaszewicz J. s. 370.

⁴² Ciuruś M. J.: Zapobieganie zakażeniom w gabinetach zabiegowych a jakość usług medycznych. Poradnik praktyczny. Wyd. Adi. Łódź 1999, s. 158–159.

Pielęgniarki na wszystkich stanowiskach pracy mają wpływ na system zamawiania, kupowania, doboru odzieży ochronnej, system jej prania i przechowywania. Odpowiadają za bezpieczeństwo epidemiologiczne własne i pacjenta.

Rola pielęgniarki: Naczelniej (zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa) przełożonej, oddziałowej, odcinkowej, epidemiologicznej

Naczelnia pielęgniarka, pielęgniarka oddziałowa i przełożona tworzą kierowniczą kadre pielęgniarską. Pielęgniarki te są odpowiedzialne za organizację pracy pionu pielęgnowania, jak również odpowiadają za działania związane z profilaktyką zakażeń szpitalnych tj.:

- Za stwarzanie odpowiednich warunków pracy;
- Organizowanie środków potrzebnych do realizowania opieki;
- Wyposażenie szpitala w sprzęt i aparaturę medyczną pozwalającą na realizację procesu pielęgnowania zgodnie ze standardami;
- Opracowywanie standardów postępowania, algorytmów, schematów i procedur, które ułatwiają wykonywanie zadań pielęgniarkom;
- Zadbanie o minimalne normy zatrudnienia (docelowo optymalne);
- Zapewnienie szkoleń tj. dostarczenie najnowocześniejszej wiedzy medycznej;
- Doskonalenie personelu i metod pracy;
- Nadzorowanie przestrzegania wdrażania standardów.

Zadaniem pielęgniarki przełożonej jest głównie:

- Organizowanie okresowych i doraźnych szkoleń personelu pielęgniarskiego;
- Zapewnienie łączności pomiędzy zespołem ds. zwalczania zakażeń szpitalnych i oddziałami szpitalnymi (klinikami);
- Zapewnienie edukacji pielęgniarkom w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych;
- Zgłaszanie zespołowi ds. zakażeń szpitalnych problemów występujących w oddziałach (klinikach) związanych z zakażeniami szpitalnymi.

Pielęgniarki odcinkowe w ramach profilaktyki zakażeń szpitalnych:

- Realizują procedury pielęgnacyjne zgodnie z obowiązującymi standardami;
- Przestrzegają zasady higieny, aseptyki i antyseptyki;
- Przestrzegają zasadę izolacji i segregacji pacjentów w celu zapobiegania rozprzestrzeniania się zakażeń wewnątrzszpitalnych⁴³.

⁴³ Jewsiejczyk K., Jakubaszek E., Makolus K.: Zakres i charakter działań pielęgniarki zapewniających pacjentowi bezpieczeństwo. W: Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Red. Ciechaniewicz W., Wyd. I, PZWL, Warszawa 2001, s. 164.

Do obowiązków pielęgniarki epidemiologicznej należy:

- Prowadzenie nadzoru w obszarze higieny szpitalnej, dezynfekcji i sterylizacji;
- Analizowanie metod i technik pracy pielęgniarki i personelu pomocniczego;
- Prowadzenia edukacji i doradztwa;
- Udział w pracach naukowo badawczych;
- Opracowanie, wdrażanie i kontrolowanie przestrzegania programów i standardów w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- Uczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentem;
- Analizowanie źródła zakażeń;
- Dokumentowanie zakażeń szpitalnych⁴⁴.

Pion Pielęgowania każdego szpitala powinien mieć: wykształconą kadre w wystarczającej ilości, nowoczesny sprzęt, aparaturę medyczną, nowoczesne środki dezynfekujące i myjące, powinien realizować opiekę zgodnie z nowoczesnymi standardami.

Piśmiennictwo

1. Anusz Z.: Podstawy epidemiologii i kliniki chorób zakaźnych. Warszawa PZWL 1999.
2. Anusz Z.: Mikrobiologia i parazytologia lekarska. PZWL Warszawa 1990.
3. Basta M., Gątkiewicz A.: Współczesne osiągnięcia w zakresie dezynfekcji i sterylizacji. W: „Medycyna 2000” 1995, nr 51/52.
4. Belowa M.: Dekontaminacja sprzętu i środowiska. W: Kontrola zakażeń szpitalnych. Red. Belowa M. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 1996.
5. Binczycka-Anhalcer M., Marcinkowski J. T.: Źródło i profilaktyka zakażeń szpitalnych. W: Podstawy higieny, Red. Marcinkowski J. T. Wyd. Wolumed Wrocław 1998.
6. Bober-Gheck B.: Zapobieganie zakażeniom. W: „Magazyn pielęgniarki i położnej” 2001, nr 2.
7. Ciuruś J. M.: zapobieganie zakażeniom w gabinetach zabiegowych, a jakość usług medycznych. Poradnik praktyczny. Wyd. Adi. Łódź 1999.
8. Jabłoński L., Karwat J. D.: Epidemiologia zakażeń szpitalnych – wiadomości podstawowe. W: Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologii chorób zakaźnych. Red. Jabłoński L., Karwat J. D., Wyd. Czelej Lublin 2002.
9. Jakimiak B.: Sterylizacja. Metody sterylizacji niskotemperaturowej. W: Higiena w placówkach opieki medycznej oraz lekarzy. Red. Dulny G. Lejbrandt E., Verlag Dashofer 2002.
10. Jewsiejczyk K., Jakubaszek E., Makolus K.: Zakres i charakter działań pielęgniarki zapewniających pacjentowi bezpieczeństwo. W: Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Red. Ciechaniewicz W. Wyd. I, PZWL Warszawa 2001.

⁴⁴ Wojtkowiak B.: Rola pielęgniarki epidemiologicznej w diagnostyce i zwalczaniu zakażeń szpitalnych. W: „Pielęgniarstwo 2000” 1997, nr 6, s. 21–22.

11. Juszczak J., Hryniewicz W., Magdzik W., Samet A.: Zakażenia Szpitalne. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Warszawa 1996.
12. Kanclerski K.: Postępowanie z odpadami. W: Higiena w placówkach opieki medycznej. Fachowy poradnik dla zarządzających placówkami opieki medycznej oraz lekarzy. Red. Dulny G., Lejbrandt E., Verlag Dashofer 2001.
13. Kędzi W. Red. Profilaktyka i zwalczanie zakażeń szpitalnych. Wyd. uczelniane AM im. Marcinkowskiego K. Poznań 1989.
14. Krzywicka H.: Strategia zapobiegania zakażeniom szpitalnym. W: Dezynfekcja szpitalna – teoria i praktyka. Red. Krzywicka H. PZWL Warszawa 1987.
15. Lenartowicz P.: Sterylizacja Niskotemperaturowa. W: „Pielęgniarka i położna” 1995, nr 9.
16. Majda A., Zahradniczek K.: Udział pielęgniarki w procesie diagnozowania i leczenia. W: Pielęgniarstwo – Poradnik dla studentów medycyny. Red. Zahradniczek K. Wyd. I, PZWL Warszawa 2004.
17. Marcinkowski J. T., Klimberg A., Krajeńska-Kuśak E., Polz-Dacewicz M., Karczewski J. K.: Zagrożenia w środowisku pracy. W: Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Red. Karczewski J. K., Wyd. Czelej Wyd. I, Lublin 2002.
18. Nosowska K.: Podstawy sterylizacji i dezynfekcji w zwalczaniu zakażeń szpitalnych. Wyd. II, Czelej 2000.
19. Skalmowska E.: Profilaktyka i zwalczanie zakażeń. W: „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2003, nr 7–8.
20. Syski S.: Dezynfekcja skóry, mycie i dezynfekcja rąk. W: Higiena w placówkach opieki medycznej. Fachowy poradnik dla zarządzających placówkami opieki medycznej oraz lekarzy. Red. Dulny G., Lejbrandt E., Verlag Dashofer 2002.
21. Tadeusiak B.: Postępowanie z bielizną szpitalną. Pralnia z barierą higieniczną. W: Higiena w placówkach opieki medycznej. Fachowy poradnik dla zarządzających placówkami opieki medycznej oraz lekarza. Red. Dulny G., Lejbrandt E., Verlag Dashofer 2002.
22. Wojtkowiak B.: Rola pielęgniarki epidemiologicznej w diagnostyce i zwalczaniu zakażeń szpitalnych. W: „Pielęgniarstwo 2000” 1997, nr 6.

Promocja zdrowia, edukacja i profilaktyka chorób



Wprowadzenie

Promocja zdrowia wchodzi w zakres zdrowia publicznego obejmującego szeroki obszar działań dotyczących niemal wszystkich aspektów zdrowia społeczeństwa. Karta Ottawska definiuje promocję zdrowia jako proces umożliwiający kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę. Zasadniczymi obszarami działań na rzecz promocji zdrowia są: prowadzenie polityki prozdrowotnej, tworzenie środowisk korzystnych dla zdrowia, wzmacnianie działalności społecznej oraz rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu.

W zakres promocji zdrowia wchodzi również edukacja zdrowotna przygotowująca jednostki i grupy do działań na rzecz zdrowia. Podstawowym zadaniem edukacji zdrowotnej jest wzrost kompetencji jednostek i grup, w tym zawodowych, w zakresie samodzielnego działania na rzecz zdrowia własnego i innych osób. Edukacja zdrowotna może być ukierunkowana na: zdrowie, czynniki ryzyka i na chorobę poprzez przekazywanie wiedzy o sposobach radzenia sobie w czasie choroby. Profilaktyka chorób i promocja zdrowia różnią się przede wszystkim obiektem zainteresowań. Celem profilaktyki jest zapobieganie chorobom, w centrum uwagi promocji zdrowia leży zdrowie i potęgowanie jego zasobów.

Podsystem pielęgniarstwa w systemie ochrony zdrowia realizuje zadania związane m.in. z pielęgnowaniem osób zdrowych, chorych, niepełnosprawnych oraz promowaniem zdrowia. Pielęgnowanie to również oddziaływanie wychowawcze, przekazywanie wiedzy, pomaganie w kształtowaniu umiejętności oraz motywowanie pacjenta do podejmowania samodzielných działań na rzecz własnego zdrowia.

Pielęgniarka, jako członek zespołu terapeutycznego, w znaczący sposób wpływa na podnoszenie jakości życia jednostek i grup społecznych w zdrowiu i w chorobie.

Jolanta Lewko

Jerzy Niemiec¹

Elastyczność i prężność edukacji jako strategia i perspektywa

W edukacji uzewnętrzniają się aktualnie dwa wyraźne nurty: bilansowanie stanu dotychczasowych osiągnięć oraz modelowania prognoz edukacyjnych na XXI wiek. Jedną z nader charakterystycznych cech wielu refleksji, jest podkreślanie szczególnego znaczenia tych *okoliczności*, których wpływ na sytuacje edukacyjne był dotąd wyraźny i prawdopodobnie będzie coraz bardziej znaczący. Istnieje wobec tego naturalna potrzeba poprawnej interpretacji kompleksu zjawisk powodujących obserwowane i przyszłe ewentualne zmiany w systemach edukacyjnych, wpływające istotnie na filozofię i zadania edukacyjne, sięgające swoim zakresem poza klasyczne szkolnictwo.

Na wstępie, trzy ogólne refleksje godne są podkreślenia. Pierwszą jest stwierdzenie, że po raz pierwszy w rozwoju ludzkości, młode pokolenie w coraz mniejszym stopniu może korzystać z przekazu i doświadczeń dawnych autorytetów, gdyż staje wobec nowych nieznanymi „ojcom” wyzwani cywilizacyjnych. Wiele z nich wiąże się z procesem kształcenia. Kolejne spostrzeżenie dotyczy dynamiki ogólnych zmian obserwowanych w ostatnich latach. Podkreśla się m.in. 6-krotną zmianę zawodu lub technologii produkcji w okresie jednego „produkcyjnego życia”, geometryczny postęp w zatrudnianiu i dwukrotny wzrost inteligencji w okresie kilku lat, a ponad sto nowych zawodów zdefiniowanych ostatnio, wymaga kwalifikacji „ponad-maturalnych”. Po trzecie obserwuje się często wprowadzanie zmian organizacyjnych, gdy tymczasem nie one, ale znajomość wyzwań „które zmieniają cele, treści i organizację”, jest najważniejszą².

Podkreśla się jednocześnie, że XX wiek był okresem wielu edukacyjnych niepowodzeń. Różne innowacyjne pomysły wprowadzane do praktyki po pewnym czasie zanikały, a w to miejsce powracała „szara szkolna rzeczywistość” (mimo znacznych finansowych nakładów). W wielu krajach znaczna część absolwentów szkół zawodowych pracowała w innych niż wyuczonych zawodach lub pozostawała bez pracy. Jak się sądzi, prawdopodobną przyczyną tych niedomagań, była

¹ Uniwersytet w Białymstoku

² D. E. Hanna: Higher Education in an Era of Digital Competition. Madison. USA. 2000.

rosnąca rozbieżność między pojęciem dobrej szkoły i praktyką realnej szkoły. Często głoszone teorie, w obliczu występujących złożoności, nie mogły osiągać założonych celów. Pełniejsze uwzględnianie realnych warunków i wielu nowych okoliczności procesu kształcenia może służyć zmniejszeniu dystansu między teoretycznym poglądem na edukację, a realną praktyką edukacyjną. Projektowane reformy muszą natomiast szeroko uwzględniać **wieloaspektowości inicjowanych zmian** (Multidimensionality of Change). Można hipotetycznie przyjąć, że edukacja XXI wieku „uwikłana” będzie oto takimi okolicznościami:

- Egzystować będą trzy filozofie i możliwości kształcenia (szkolnictwo powszechne, edukacja równoległa oraz ostatnio kształcenie dystansowe). Jednocześnie będą one funkcjonować „obok siebie” w przyszłości, realizując cele edukacyjne związane z przygotowaniem młodego pokolenia do przyszłego życia, kształcąc i doksztalając pokolenie dorosłych oraz prowadząc klasyczną i dystansową, edukację, nowoczesną i tę samą dla wszystkich.

- Realizowane będą trzy standardy kształcenia powszechnego (kształcenie elementarne, maturalne oraz wyższe) jako szansa dla wszystkich (np. w prognozach USA³, czy przy chłonności uczelni w naszym kraju). Podejmowane są prace nad pomnożeniem liczby przyjmowanych do szkół wyższych absolwentów szkół maturalnych, na minimum dwa lata w USA. Według „scenariuszy dla Europy”, w naszym kraju, po raz pierwszy liczba urodzeń okazała się mniejszą niż liczba oferowanych miejsc na pierwszym roku studiów. Ponadto według założeń krajów jednoczących się w Europie, matura będzie *wyznacznikiem standardu Europejszyka*. Rośnie zapotrzebowanie na inteligencję z pełnym średnim wykształceniem⁴.

- W szkolnictwie XXI wieku, pod uwagę będą brane trzy główne cele edukacyjne: osiągnięcie odpowiedniego standardu wykształcenia, jako tworzenia możliwości funkcjonowania w nowoczesnym środowisku, kształcenie równoległe „przez całe życie”, jako uzupełnianie i modernizowanie wiedzy oraz umiejętności przede wszystkim zawodowych, a także kształcenie „nachylone” na realizację planów przyszłościowych, czyli dla realizacji przyjętych zawodowych celów indywidualnych.

- Ostrzej wyodrębnić się będą w przyszłości trzy zakresy treści kształcenia. Dotyczy to nowych ujęć kształcenia ogólnego: rozumieć świat, żyć w nim, kreować go, rozszerzać liczbę umiejętności koniecznych do sprawnego funkcjonowania wśród ludzi, a w pracy poznawać nowe treści kształcenia zawodowego, czy tylko poprzez kształcenie „zawodowe bez zawodu”, jak to obecnie jest postulowane⁵, czy poprzez kształcenie w dwu zawodach i w kilku specjalizacjach, dokonywać wyborów nie według zamiłowania i aspiracji, ale według intratności zajęcia, czy możliwości zatrudnienia, daleko poza wyuczonymi kwalifikacjami,

³ Clinton's Call for action on the education. New York. 1998 (internet).

⁴ G. Bertrand i in.: Scenarios por l'Europe 2010. Commission Europeenne. 1999.

⁵ H. P. Schafer: Berufsbildung ohne Beruf. Konferencja Uniwersytet Warszawski 2000, maj Wierzba.

by „uciec” od bezrobocia oraz marazmu bezczynności i bez szans na godną stabilną pracę.

- W procesach edukacyjnych, wyraźnie zarysowywać się będą trzy obszary treści kształcenia. Obejmować one będą zagadnienia globalne, ważne w makro skali (np. ekologia, globalizm w ekonomika, etyczne aspekty), a także kompleksowa problematyka Europy jako kontynentu i także pełne nie dość jasnych prognoz, sytuacje społeczne, równoległe treścią kształcenia coraz pełniej stawać się będą problemy szans pozycji na arenie międzynarodowej i rozwoju kraju ojczystego, a także oczekiwań społeczności lokalnych jedno i wiele kulturowych⁶, wreszcie trzeci zakres treści, związany z pozycją rodziny stale przecież słabnącą, jak i indywidualne aspiracje poszczególnych ludzi, dotąd kształcenie nie miało tak rozległego zasięgu⁷.

- Zmieniają swoją wymowę trzy znane i wymieniane nurty krytyki treści kształcenia. Na XXI wiek jeszcze ostrzej zarysowuje się konieczność zmiany proporcji w treściach, co polegać winno na bardzo poważnym *rozszerzeniu* treści dotyczących współczesności i jeszcze bardziej wyeksponowanie możliwych do zaobserwowania stanów i zjawisk, jakie wystąpią w najbliższej przyszłości. Na uprawianie historyzmu w takim zakresie jak obecnie nie można sobie będzie pozwolić tym bardziej, że cały system edukacyjny „zmuszony” zostanie do pełniejszego wiązania treści kształcenia treścią przyszłego życia ludzi, a znany izolacjonizm szkoły, zastąpiony będzie treściami według zasady „treść w kontekście”, tym co oczekiwane przez uczących się, biorąc pod uwagę ich kondycję intelektualną jako podmiotów procesu kształcenia⁸.

- Dla poczynań pedagogów, kolejnym dylematem ważnym w przyszłości, będzie problematyka źródeł treści kształcenia. W przeszłości (obecnie podobnie), cele i treści dawane były „z góry”, gotowe i tylko one wyłącznie do realizacji w kształceniu. Była to koncepcja oparta na przymusie oraz założeniu, że treści „dane” są jedynie słuszne, prawdziwe i tylko one mogą występować w kształceniu. Jednocześnie kierunki edukacyjne głoszące hasła „edukacji wolności”, upominają się o kształcenie „narracyjne”⁹, powiązane z opisem i refleksją (na przeszłość) własnych uczącego się doświadczeń (tzw. „edukacja z dołu”)¹⁰, być jednak może, że obie te tendencje będą w przyszłości występowały, albo raczej ich miejsce coraz częściej zajmować będzie „dyktando” wolnego rynku, i sponsorów,

⁶ J. Niemiec: Wielokulturowość jako tendencja i projekcja edukacji. *Trans Humana*. 1999, s. 56 oraz J. Niemiec: Wielokulturowość w edukacji, a początek XXI wieku. *Trans Humana*. 2001, s. 149.

⁷ Ch. V. Willie: *The Evolution of Community Education: Content and Mission*. *Harvard Educational Review*. 2/2000, s. 191.

⁸ J. Niemiec: Intencja miłości u podstaw przemian edukacyjnych. „*Episteme*”. M.W. Olecko 1/1999, s. 177.

⁹ J. Niemiec: *Narracja w zróżnicowanym kształceniu*. Uniwersytet Szczeciński. Szczecin 2000, s. 162.

¹⁰ R. L. Hopkins: *Narrative Schooling*. Columbia University 1994.

a indywidualne aspiracje oczekiwania natrafiały będą na różnorodne przeszkody (aparatura, koszty, czas, użyteczność uczenia się), wybory i ujęcia.

- Zadania edukacyjne coraz to bardziej wiązać się będą z koniecznością głębszego różnicowania uczących się¹¹. Z jednej strony według nurtów kształcenia, z drugiej rodzaju treści, ale przede wszystkim według norm wiedzy i umiejętności koniecznych powszechnie. Następnie według temperamentu, tempa uczenia się, a najpełniej według indywidualnych zainteresowań i talentów, stosując różne zabiegi, by czasem utajone talenty odkrywać, rozwijać, wprowadzając dodatkowe „ekstra” treści. Pobudzając jednocześnie i te mniej rozwinięte, być może w przyszłości przydatne, także walcząc z trudnościami w uczeniu się poprzez organizowanie dodatkowej pomocy oraz tworzenie „szkół drugiej szansy”, dostosowanych do możliwości uczących się, np. związanych z możliwościami przyszłego zatrudnienia, zmianą pracy. Mnogość dyferencjacji profili i poziomów kształcenia, będzie istotną okolicznością dla kształcenia w XXI wieku¹².

- Rodząca się w naszym kraju decentralizacja instytucji oświatowych, stanie się ważnym wyzwaniem dla poczynań edukacyjnych, demokratyzowania sytuacji wewnątrzszkolnych, komunikowania się nauczycieli, uczniów czy rodziców, aż do decentralizacji, opartej o auto-decyzje, własne ryzyko i samo-kształtowanie u młodzieży czy u dorosłych uczniów¹³.

- Okolicznością odrębną stawać się będzie pluralizm edukacyjny, który zwiększy w przyszłości zasięg swoich oddziaływań, a także zróżnicowań¹⁴, poprzez tworzenie obok państwowych, instytucji oświatowych prywatnych, lub prowadzonych przez różne organizacje, wzbogacając tym samym ofertę edukacyjną, jej atrakcyjność, elastyczność i społeczną użyteczność, a także kreując szlachetną konkurencję i edukacyjne partnerstwo między szkołami w ogólnej pedagogicznej działalności, a szczególnie efektywności dydaktycznych zamierzeń¹⁵.

- Elastyczności i prężności w edukacyjnych działaniach, będą wymagały w XXI wieku, najczęściej ujemne sytuacje społeczne, jak pogłębiający się niż demograficzny, dalsze osłabianie się rodziny, religii, wpływu lokalnych autorytetów, szerzące się bezrobocie i pauperyzację oraz wzrost dystansu materialnego w społeczeństwie, napływ ludności z innych obszarów świata, ekonomię opartą o wolny rynek, poważny wzrost zorganizowanej przestępczości i społecznych patologii, zagrożenie zdrowia¹⁶, brak ochrony środowiska oraz bezpieczeństwa

¹¹ J. Niemiec: Dyferencjacja uczniów – strategią kształcenia. AP Bydgoszcz. 2000, s. 183.

¹² H. Gardner: Multiple Intelligences. Basic Books. USA. 1993.

¹³ J. Niemiec: Intencje przemian w dydaktyce. Uniwersytet Szczeciński. 2000, s. 42.

¹⁴ S. M. Johnson, J. Landman: „sometimes Breaucracy Has its Charms”. The working Conditionsof Teachers in Deregulatet Schools. Teachers College Record. 1/2000, s. 85.

¹⁵ J. Niemiec: Nichtoffentlische Schulen. Konkurrenz oder Partnerschaft. W: Schule im Umbruch. Bohlen Verlag. 1996, s. 176.

¹⁶ J. Niemiec: Tendencje edukacyjne, a promocja zdrowia. AMB Białystok. 2000, s. 149.

indywidualnego, a także wiele zagrożeń dla uznawanego systemu wartości i szanowanych obyczajów. To bardzo trudne wyzwania dla pedagogów w nader złożonych i nie zawsze czytelnych okolicznościach społecznych i warunkach ekonomicznych¹⁷.

- Dla omawianego okresu, podstawową stanie się więź działań opiekuńczych (ochrony uczących się i nauczających) i wychowawczych, związanych z kształtowaniem systemu wartości w ich zupełnie nowym wymiarze, osadzonych głęboko w nowych realiach i nowych poglądach na system wartości, w realizacji zadań edukacyjnych.

- Bez względu na rodzaj i zasięg możliwych do ustalenia sytuacji, wszystkie one będą wymagały elastyczności w powiązaniu działań edukacyjnych z nowoczesnymi technologiami kształcenia, a przede wszystkim z medialnymi, przez szerokie zastosowanie telewizji, możliwości komputerów, poprzez wykorzystanie innych środków szybkiego porozumiewania się ludzi (elektronowa i komórkowa poczta, internet), przez sieć banków informacji oraz poważne możliwości powiązań z ośrodkami „kształcenia na odległość” („WWW” tzn. z siecią „World Wide Web”)¹⁸.

- „Hamujący” wpływ wywierać będą środki finansowe jakimi oświata będzie dysponować. Przyjęto, że edukacja medialna wymagać będzie minimum podwojenia nakładów z wielu źródeł jak podatki, sponsorzy-fundacje, filantropia, czesne, „sprzedaż” wykształcenia, (np. w USA wynoszą one 8% dochodu narodowego), z przeznaczeniem na nowoczesną infrastrukturę dydaktyczną i wysoko kwalifikowaną kadrę pedagogów o starannym i wielostronnym, profesjonalnym przygotowaniu.

- Elastyczności wymagać będą także problemy ewaluacji, wplecione w wielość edukacyjnych „dróg” oraz zastosowaniach nowoczesnych technologii przy orzekaniu o efektach poczynań pedagogicznych, ich ilościowej i jakościowej strony, przy wielości szans powszechnego kształcenia.

- Prężności i elastyczności działań polityków oświatowych wymagać będzie troska o pozycję społeczną oraz ekonomiczne usytuowanie nauczycieli. Konieczna jest w tym zakresie nowa filozofia o potrzebie profesjonalistów¹⁹ wielostronnie i nowocześnie przygotowanych, wspomagających praktykę nauczycieli opiekunów, wychowawców, niezależnych materialnie, mogących angażować się z pasją i znanstwem w dialog wszystkich podmiotów (interautonomię) procesu kształcenia, jako czynnik kreujący i podejmujący decyzje, uznający różne racje i modele realizacji zadań edukacyjnych, zachowując własną autonomię, ponosząc ryzyko

¹⁷ T. Hatch: What Does it Take to Break the Mold? Rhetoric and Reality in New American Schools. Teachers College Record. 3/2000, s. 561.

¹⁸ D. E. Hanna: Higher Education. op.cit.

¹⁹ J. Niemiec: O profesjonalizm w działalności edukacyjnych. W: Myśl pedagogiczna i działanie nauczyciela. Wyd. Zak. Warszawa 1997, s. 11.

i odpowiedzialność za edukacyjne efekty, (podstawowy standard wykształcenia pedagogów, określa się aktualnie na pełnych sześć lat studiów akademickich²⁰, ustawiczne kształcenie i kształtowanie)²¹.

- Szczególna prężność i elastyczność dotyczy pozycji społecznej i ekonomicznej, w jakiej będą sytuowane w Polsce uniwersytety, gdyż nie jest tylko przypadkiem, że XXI wiek nazywany jest **wiekami uniwersytetów**²², to znaczy uczelnie akademickich, które w skali całego świata stanowiąc będą główną siłą dynamizującą postęp i rozwój poszczególnych krajów, w bezpośrednich kontaktach profesor–student i coraz częściej w studiowaniu *dystansowym*, które będzie ogarniać swoim oddziaływaniem niespotykane dotąd ogromne liczby studiujących ustawicznie, ludzi wielu pokoleń.

- Prężność i elastyczność edukacji, nie może być odniesiona wyłącznie do przyszłości. Wiele działań edukacyjnych tkwi swoimi korzeniami w obecnych realiach co oznacza, że na edukacyjną przyszłość, wpływ mieć będzie także bilans wprowadzanych ostatnio zmian podporządkowanych ideałom demokratyzacji²³, a z drugiej strony intencjom patriotycznym i europejskim, zawartym w kompleksowej realizowanej aktualnie w naszym kraju reformie systemu edukacyjnego²⁴.

- Prace wynikające z wprowadzanej reformy systemu edukacyjnego w naszym kraju, należą do złożonych²⁵. Nie ma jak dotąd jasnej odpowiedzi na ważne pytanie, na ile wprowadzana reforma zbliża nas do systemów edukacyjnych krajów zjednoczonej Europy²⁶. Co jest intencją naszych narodowych aspiracji, a także na ile nasze zamierzenia edukacyjne mogą być kompatybilne do projekcji w tym zakresie u naszych wschodnich sąsiadów, uznając ważność tego aspektu²⁷.

- Elastyczność i prężność poczynań edukacyjnych dotyczyć powinna ponadto starań o priorytet narodowy edukacji w polityce ogólnej naszego kraju, działań na rzecz pełnego społecznego uświadomienia o ogromnej ważności poczynań edukacyjnych. XX wiek był sprzeciwem przeciw danym „z góry” intencjom pe-

²⁰ M. Cetron: *Schools of the Future*. USA. Foundation Fund. New York. 1985.

²¹ J. Niemiec: *Nauczyciel w przemianie i perspektywie*. W: *Rozwój nauczyciela w okresie transformacji*. Trans Humana. Białystok 1998, s. 75.

²² N. C. Burbles, T. M. Collister: *Universities in Transition*. Teachers College Record. 2/2000, s. 271.

²³ J. Niemiec: *Poland on The way Towards Democratic Education*. Republic of South Africa. Johannesburg. 1998, s. 61.

²⁴ J. Niemiec: *Polnische Ausbildung im Wandel – 10 Jahre Erfahrungen*. Berlin. 2004, s. 35.

²⁵ J. Niemiec: *reforma edukacji – próba oceny szans*. Lubelski Rocznik Pedagogiczny. XIX. 1999, s. 19 oraz J. Niemiec: *Wspomaganie reformy edukacyjnej*. WSP Rzeszów – Czudec. 2000 [w druku], a także J. Niemiec: *Możliwości i zagrożenia reformy edukacyjnej*. W: *Pamięć i więź*. Trans Humana. 1998, s. 263.

²⁶ J. Niemiec: *Veränderungen in der Bildungs Politik und eine Schulreform in Polen*. W: *Europa als Bildungsgemeinschaft*. H. Verlag. Erfurt. 1997, s. 159 oraz J. Niemiec: *Bildungs strategie als internationale Partnerschaft*. Wyd. Zak. Warszawa 1998, s. 44.

²⁷ R. A. Leontiew: *„Szkoła 2100”*, Bałass. Moskwa. 2000.

dagogicznym²⁸, wołaniem o niezależność i wolność edukacji²⁹. Był okresem ilościowego rozwoju kształcenia. Wiek XXI, to wiek uniwersytetów i jakościowych zmian w edukacji³⁰.

Dla takich jednak poczynań potrzebni będą pedagodzy pasjonaci, całkowicie niezależni, prężni i elastyczni, z uporem i sercem oddani, swemu pedagogicznemu posłannictwu³¹. O Takich osobowościach z uwagą i powagą pisałem³².

²⁸ M.in. P. Freire :Pedagogy of the oppressed. Herder & Herder. New York. 1970.

²⁹ M.in. P. Freire: Pedagogy of Freedom: Ethics, Democracy and Civic Courage. Landham MD. 1998.

³⁰ M.in. R. N. Page: Future Directions in Qualitative Research. Harvard Educational. Review. 1/2000, s. 100.

³¹ Jak to intencje te zgłaszał P. Freire w: Pedagogy of the Heart. New York Continuum. 1997 oraz teachers as Cultural Workers: Letters to Those Who Dare to Teach. Boulder. Westview Press. 1998.

³² J. Niemiec: Meandry jednego akademickiego życia. W: Nowy wymiar edukacji zawodowej. WSP Bydgoszcz 1998, s. 8. także Edukacja wiedzą i kulturą tworzona. W: Pedagogika wobec przemian. WSP Zielona Góra. 2000, s. 34 oraz Kreator teorii organizacji i zarządzania. W: Od prawa szkolnego do etyki pedagogicznej. WSP Rzeszów. 2001, s. 93 oraz Homo Profundus „Episteme” 35/2004, s. 299 i Pedagogzy „edukacji ponad maturę” W: Etos nauczyciela w jednoczącej się Europie. Red. A. Kotusiewicz. „Trans Humana” 2004, s. 27.

Beata Penar-Zadarko¹

Ogólne zasady planowania i realizowania programów edukacyjnych

Pielęgniarka może i powinna odgrywać kluczową rolę w edukacji zdrowotnej pacjentów i pozostałego personelu. Związane jest to z rodzajem wykonywanych przez nią czynności i świadomością sanitarną.

Celem jej postępowania powinno być wyposażenie osób zdrowych i chorych w wiedzę i umiejętności niezbędne do przyjęcia zachowań korzystnych dla zdrowia, wśród zdrowych – w celu utrzymania i umacniania zdrowia oraz zapobiegania chorobom, wśród chorych – w celu zahamowania rozwoju choroby, ograniczenia jej następstw oraz przywracania i utrzymania zdrowia na możliwie dobrym poziomie. Edukacja pacjenta przez pielęgniarkę związana jest więc z kształtowaniem prawidłowych zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, przygotowanie do współpracy i współdziałania w procesie leczenia, pielęgnowania, realizowania – samoopieki i opieki innej niż profesjonalna, ale również wyposażenie pacjentów w wiedzę i kształtowanie u nich umiejętności ustalonych jako niezbędne do współpracy w określonych powyżej zakresach.

Pamiętać jednak należy, że każdej zorganizowanej pracy towarzyszy namysł, którego wynikiem jest program działania. Program jest to opis możliwego w przyszłości toku działań powiązanych wspólnym celem. Sporządzenie programu nazywa się programowaniem, ale termin ten obejmuje również sporządzanie pewnego rodzaju planów. Prakseolog Mazurkiewicz planem nazywa obmyślanie doboru i kolejności przewidywanych działań z jednoczesnym postanowieniem podjęcia działań właśnie według obmyślnego toku.

Plan powinien być:

- celowy (w sposób wyraźny określać cel i środki do tego celu wiodące)
- wykonalny (o wykonaniu planu można się przekonać po wykonaniu próby realizacji)

¹ Zakład Biologii Człowieka i Edukacji Zdrowotnej, Wydział Wychowania Fizycznego, Uniwersytet Rzeszowski

- wewnątrznie zgodny (wykluczać istnienie w nim elementów pozostających w sprzeczności)
- maksymalnie operatywny (taki, którego treść daje się łatwo zastosować w działaniu)
- plastyczny (nacechowany giętkością, zwrotnością pozwalającą w razie konieczności na jego modyfikowanie, bez potrzeby układania nowego planu)
- dostatecznie szczegółowy (cecha szczegółowości związana jest z pożądaną konkretnością planu)
- terminowy (powinien zawierać terminy wykonania części i całości przedsięwzięcia)
- alternatywny (pozwala to na likwidowanie sprzeczności, jaka może wystąpić wtedy, gdy chcemy zadośćuczynić wymaganiom szczegółowości i plastyczności planu)
- kompletny (zupełny)
- optymalnie długodystansowy; w przypadku prac wspólnie podejmowanych plan powinien być
- komunikatywny (zarówno jego części, jak i plan jako całość, muszą być zrozumiałe dla współpracowników).

U podstawy każdego programu nauczania leży pewna filozofia. Autor programu próbuje w swoim dziele odpowiedzieć na postawione sobie pytanie o to, jaki jest sens danej dziedziny wiedzy we współczesnym świecie. Uzyskana wizja pomaga autorowi określić:

- jakiego rodzaju wiedza jest warta przekazania
- jak dobór ten uzasadnić
- jak się tę wiedzę zdobywa lub współtworzy.

Wyznaczone zostają w ten sposób założenia pedagogiczne danej nauki, budowana jest na nich siatka pojęciowa i następuje proces dopasowania całości do potrzeb uczącego się. Tym samym w każdym programie zakłada się cel, drogę do celu i środek jego realizacji:

- cele określone są w różny sposób, jeżeli chodzi o ich definiowanie i szczegółowość ujęcia
- droga do celu może wiązać ściśle cel z metodami jego osiągnięcia lub wskazywać na wiele metod, które wspólnie lub pojedynczo prowadzi do celu
- środki dydaktyczne i techniki nauczania mogą być mocniej lub słabiej powiązane z celem i metodą (najczęściej środek dydaktyczny wiąże się z celem, a określone techniki z metodą nauczania).

Konstrukcja programu edukacyjnego nie ma jednolitego wzorca. Znanych jest wiele modeli programów. Inaczej skonstruowane są programy, których głównym celem jest przyswajanie wiedzy (model analityczny), inaczej te, które starają się prowadzić nauczanego przez serie pytań w nieustannym dialogu z uczącym (model hermeneutyczny), inaczej programy, których celem jest nauczyć zmieniać świat (model krytyczny).

Na pełny program nauczania składają się następujące elementy:

- zakres nauczania
- układ treści
- propozycje poszczególnych działów treści
- interpretacja treści
- metody i techniki nauczania
- sposoby motywowania uczących się do pracy.

Istnieją programy, które są jedynie zestawem zamierzonych efektów pedagogicznych. Odpowiadają one na pytania, co należy robić (zestawienie efektów końcowych), a dają odpowiedzi na pytania, jak to osiągnąć. Liczy się zatem tylko to, co uczeń opanował, jakie umiejętności posiadał, jakimi kompetencjami może się wylegitymować. Nauczycielowi pozostawia się swobodę doboru metod. Ważne są przy tym jedynie rezultaty zamierzone przez autora programu, nie rozpatruje się wszelkich efektów niezamierzonych, skutków ubocznych, czyli programów ukrytych. Istnieją też programy, które stanowią rejestr doświadczeń edukacyjnych oparte na widzeniu ucznia, jako jednostki unikalnej i uwzględniające fakt, że nawet ta sama treść i te same metody stosowane przez nauczyciela przynoszą różny skutek, w zależności od osoby, ku której są kierowane. Programy te skupiają się więc na osobie ucznia z jego bagażem doświadczeń i predyspozycji. Mówią o tym czego uczeń faktycznie się nauczył, a nie o tym, czego miał zostać nauczony.

W każdym omówionym przypadku, bez względu na to jaka forma z pokazanych wyżej zostanie przez autora programu wybrana, może on kształtować swój program w następujących perspektywach:

1. w perspektywie procesu nauczania, wg kryterium:
 - zamierzonego rezultatu (jaki efekt nauczania uzyskać)
 - zalecanych treści (czego nauczać)
 - zaplanowanych działań nauczyciela (jak nauczać)
 - zaplanowanych działań uczniów (jakie zadania stawiać uczniom)
2. w perspektywie procesu uczenia się, wg kryterium doświadczeń edukacyjnych (czego uczeń naprawdę się uczy)

Autor programu na wstępie pracy powinien dokonać rozstrzygnięć, dotyczących:

- wyboru adresata programu;
- decyzji co do głębi, zakresu i tempa prac programowych;
- wyboru paradygmatu, modelu i typu programu;
- decyzji co do poziomu szczegółowości programu

Wybór adresata programu sprowadza się najczęściej do rozstrzygnięcia, czy będzie to program realizowany lokalnie, czy też z przeznaczeniem do realizacji przez szersze grono odbiorców.

Decyzję co do głębi, zakresu i tempa prac programowych wiążą się najczęściej z rozbieżnościami pomiędzy teoretyczną wizją prawidłowego projektowania

a pośpiechem wynikłym z postawieniem autora w sytuacji konieczności szybkiej pracy. Konstrukcje myślowe towarzyszące wszelkiej działalności projektowej wymagają czasu na przemyślenia, niezbędnego dla stopniowego pogłębiania tematu, przechodzenia od ogółu do szczegółów.

Wybór paradygmatu, modelu i typu programu dokonywany jest przez autora zgodnie z koncepcją pedagogiczną. Konsekwencją tego wyboru może być przyjęcie bądź odrzucenie danego programu przez grupy jego odbiorców nieutożsamiające się z podobnym sposobem myślenia. W tej sytuacji ważną rzeczą jest określenie przez autora zasad, którymi kierował się dokonując takiego a nie innego wyboru, określenie czego ten wybór nie zapewnia oraz uzasadnienie swojej decyzji.

Decyzja co do poziomu szczegółowości programu sprowadza się do kwestii, czy lepsza jest w danym przypadku ogólność sformułowań programowych, pozwalająca na kształtowanie ich zawartości przez użytkowników programu, bazująca na dużych zdolnościach nauczycieli, czy też lepiej zastosować uściślenia. Programy dające realizatorom dużą swobodę pracy cieszą się uznaniem nauczycieli dobrych, doświadczonych w swym zawodzie. Rozwiązania szczegółowe oczekiwane są przez nauczycieli pracujących rutynowo.

Istnieją trzy sposoby planowania pracy nad programem, które odpowiadają istniejącym trzem sposobom określania i opisywania sposobu uczenia się:

- paradygmat dominujący;
- paradygmat teoretyczny;
- paradygmat praktyczny.

Paradygmat dominujący ujmuje uczenie się, jako proces zdobywania wiedzy od osoby kompetentnej oraz podręczników. Zajmuje on czołowe miejsce w pedagogice, stąd jego nazwa. Konstrukcja programu jest dokonywana w oparciu o cztery, kolejno po sobie następujące pytania:

- jakie stawiamy cele edukacyjne
- jakie doświadczenia edukacyjne ucznia będą pomocne w realizacji postawionych celów
- jak dobrać i uszeregować te doświadczenia aby zapewnić efektywność nauczania
- jak oceniać efektywność nauczania?

Paradygmat teoretyczny (doświadczalny) zakłada, podobnie jak paradygmat powyższy, pozyskiwanie wiedzy od osoby kompetentnej, ale z samodzielnym strukturyzowaniem tej wiedzy przez ucznia na drodze doświadczeń i pracy indywidualnej. Konstrukcje programu budują tu cztery kolejno po sobie następujące działania:

- formułowanie problemu
- przewidywanie indukcyjnego bądź dedukcyjnego toku postępowania
- określenie rodzaju rozwiązania, do którego powinno się dojść
- określenie sposobu ogłaszania wyników pracy.

Taki program realizowany jest metodami poszukującymi, problemowymi i doświadczalnymi. Nadaje się szczególnie do zastosowania w przypadku przedmiotów przyrodniczych.

Paradygmat praktyczny (zadaniowy) odpowiada pojmowaniu procesu uczenia się, jako opanowania konkretnych umiejętności lub wykonania konkretnych zadań. Program pracy powinien zawierać:

- określenie punktu wyjściowego
- zaplanowanie interakcji w grupie
- zorganizowanie sytuacji dydaktycznej umożliwiającej dochodzenie do wiedzy
- określenie produktu w postaci zrozumienia określonych treści, podjęcia określonych decyzji lub zrealizowania określonej akcji.

Paradygmat praktyczny jest najczęściej stosowany w kształceniu zawodowym oraz w kształceniu osób dorosłych.

Proporcję ujętych w programach treści do innych treści dają nam tzw. **programy minimalne** i **programy maksimum**. Programy, które mają na względzie masowość realizacji i będą wykorzystywane w trudnych nieraz warunkach, ograniczają do minimum zakres treści. Zabezpiecza to przed występowaniem fikcji, w której rzeczywista realizacja programu odbiega znacznie od zamierzeń. Tam, gdzie mamy do czynienia z elitarnością w nauczaniu, mogą mieć zastosowanie programy maksimum. Są one tworzone dla osób szczególnie uzdolnionych. Nauczający, w przypadku ich wyboru, nie posiada swobody w ich realizacji. Wypełniają one cały przeznaczony na zajęcia czas. Pomiedzy programem minimum i maksimum istnieje forma pośrednia. Autorzy opierają konstrukcję takiego programu na pewnym tronie działań koniecznych, ale ukazują jednocześnie możliwości jego rozbudowy, wzbogacania na nowe treści i metody.

Programy całościowe realizowane są w sposób ciągły w jednostce czasu opisanej przez autora (programy roczne).

Programy modułowe zawierają mniejsze segmenty, zwane modułami, które mogą występować oddzielnie i dopiero w pewnej liczbie obejmują całość materiału.

Programy linearne polegają na tym, że układ treści ma charakter linearny, czyli poszczególne partie materiału wprowadzane są kolejno, jedna po drugiej. Treści wcześniejsze muszą zostać opanowane przez nauczanych przed przystąpieniem do realizacji treści późniejszych.

Programy spiralne – opierają się na tym, że występuje powracanie do tych samych treści, które w kolejnych cyklach są rozszerzane i pogłębiane (spiralny układ).

Związki między zdrowiem a edukacją są w zasadzie znane od dawna. Do niedawna, wiele programów edukacji zdrowotnej dostarczało ludziom informacji w nadziei, że zmienią oni swoje zachowanie pod wpływem wiedzy o ryzyku dla ich zdrowia.

Obecnie, edukacja zdrowotna bardziej skupia się na znaczeniu samooceny, indywidualnych zdolności oraz wsparcia społecznego w rozwoju zdrowego stylu życia dzieci, młodzieży, ludzi starszych, osób z dolegliwościami fizycznymi, psychicznymi oraz z trudnościami z przyswajaniem wiedzy.

W ramach promocji zdrowia, centralnym celem edukacji zdrowotnej powinno być budowanie kompetencji zdrowotnych w całej populacji. Na gruncie medycznym promocja zdrowia oznacza rozszerzenie i wzbogacenie dotychczasowych działań zapobiegawczych. Potrzebne są więc programy, które upodmiotowią ludzi, przekażą im pełnomocnictwa w rozwijaniu i używaniu ich indywidualnych fizycznych, psychicznych i emocjonalnych zdolności.

Pike i Foster do głównych nurtów promocji zdrowia zaliczają:

- dostarczanie ludziom właściwych informacji, aby mogli dokonać wyboru
- umożliwienie ludziom oceny wyborów, jakich dokonują
- pomaganie ludziom w rozwijaniu zdolności analizowania i odnajdywania alternatywnych wyborów, które są dla nich otwarte

Metody stosowane w edukacji zdrowotnej są różnorodne. Często jednak istnieje konieczność zastosowania ich kombinacji. Takie postępowanie jest o wiele bardziej skuteczne niż stosowanie każdej z metod osobno. Jest to pomocne w zachowaniu zainteresowania i motywacji ludzi. Gwarantuje też aktywny i skuteczny udział edukowanych w procesie nauki, angażując ich w cały szereg czynności poprzez słuchanie, patrzenie, mówienie i działanie.

Edukator/promotor przed przystąpieniem do pracy powinien przygotować plan działania i ustalić:

- kiedy (data), o której (czas) i gdzie (miejsce) ma się odbyć prezentacja
- typ grupy i ich dotychczasowy stan wiedzy
- ilość osób w grupie
- temat
- cele i zadania spotkania
- pomoce naukowe (np. rzutnik, tablice z rysunkami, wykresami, plakaty, slajdy, folie, ulotki)
- układ miejsc na sali
- konspekt, treść i metody nauczania
- kryteria oceny.

Prezentacja wykorzystuje fakt, że ludzie najlepiej przyswajają wiedzę, kiedy jest ona przedstawiana jako połączenie obserwacji wzrokowej, bodźców słuchowych i działania. Proces uczenia powinien być podzielony na podstawowe etapy i w miarę ich pokonywania muszą być one jasno wyjaśniane przez prezentującego.

Zajęcia praktyczne pozwalają na weryfikację wiedzy zdobytej różnymi metodami i naukę jej praktycznego zastosowania. Zajęcia polegają na kierowaniu pracą kształcących się. Wiedza zdobyta tą metodą jest znacznie trwalsza od wiedzy zdobytej innymi metodami.

Ćwiczenie powinno obejmować następujące etapy:

- opisanie czynności zawartych w ćwiczeniu, jego celu i skutków
- wywołanie i utrzymanie zainteresowania słuchacza
- wyjaśnienie słuchaczom głównych działań składających się na dane ćwiczenie i problemów, które mogą wystąpić
- wywołanie u słuchaczy chęci spróbowania wykonania ćwiczenia
- pokazanie słuchaczom możliwości indywidualnych ćwiczeń po wykładzie
- poproszenie słuchaczy o przedstawienie osiągniętych wyników

Bardzo ważne jest sprawdzenie, czy słuchacze rozumieją każdy z etapów ćwiczenia i jego rolę w prezentacji.

Indywidualne ćwiczenia. Zakres nauki konkretnej czynności praktycznej będzie zależał od wieku słuchaczy, trudności zadania, możliwości i ograniczeń fizycznych oraz doświadczeń słuchaczy. Dzieci w większości uwielbiają ćwiczenia i chętnie przyswajają nowe umiejętności. Dorośli natomiast bardzo szybko tracą zainteresowanie w przypadku, gdy im się coś nie powiedzie i nie osiągną czegoś natychmiast lub gdy nabycie pewnych umiejętności wymaga od nich wielkiego nakładu pracy

Nauka w grupie ma swoje zalety i wady. Bycie częścią grupy zaspakaja potrzeby ludzi w kwestii bezpieczeństwa i pozytywnej akceptacji oraz poświęcenia komuś uwagi i bycia jej obiektem. W grupie bardzo łatwo można dokonać analizy własnych poglądów, zmodyfikować je, nabyć nowych umiejętności i je ćwiczyć. Grupy nie powinny być większe niż 6–8 osób, wtedy interakcja między uczestnikami jest najlepsza. Programy nauczania powinny dawać szansę członkom grupy na uczenie się i rozwój poprzez wzajemne oddziaływanie z innymi. Praca grupowa nie jest z reguły prowadzona z osobami wykazującymi wyraźne upośledzenie umysłowe utrudniające im przyswajanie wiedzy. Niektórzy autorzy uważają jednak, że ta metoda sprawdza się w omawianej grupie, w przypadku nabywania umiejętności związanych z zawieraniem przyjaźni, prowadzeniem rozmowy, słuchaniem, odnoszeniem się do innych.

Praca w grupie wymaga stworzenia właściwej atmosfery do właściwego przepływu informacji. Krzesła powinny być ustawione w sposób niesformalizowany np. koła, litery U, z odpowiednią przestrzenią pomiędzy krzesłami pozwalającą na swobodne poruszanie się. Uczestnicy powinni się wzajemnie widzieć i mieć możliwość porozmawiania między sobą. Temperatura i oświetlenie pomieszczenia powinny być sprawdzone przed spotkaniem. W miarę możliwości wyeliminowane powinny być wszelkie szумы komunikacyjne. W celu stymulacji dyskusji można używać materiałów traktujących o różnych aspektach zdrowia np. video, ulotki, taśmy magnetofonowe, CD, komputer, slajdy. Sprzęt należy sprawdzić wcześniej. Grupy, w celu zachęcenia do większej aktywności, można podzielić na grupy dyskusyjne (pary, trójki) wymieniające między sobą poglądy na jakiś krótki temat lub pytanie. Można także zainicjować odgrywanie przez uczestników krótkich scenek, za pomocą których mają np.

przedstawić jakiś model zachowań prozdrowotnych. Można także przeprowadzić burzę mózgów. W tym przypadku lider grupy musi poprosić pozostałych uczestników o podanie pomysłów, propozycji, sugestii związanych z konkretnym problemem i zapisać je na tablicy. Będą one stanowiły podstawę do dalszej dyskusji.

W pewnych przypadkach, w edukacji zdrowotnej, można zastosować metody symulacyjne, pozwalające doskonale kształcić umiejętności praktyczne, jak i postawy. Polegają one na stwarzaniu dydaktycznych sytuacji będących odzwierciedleniem sytuacji rzeczywistych. W zależności od celu mogą to być symulacje:

- słowne (ustne, pisemne, komputerowe)
- eksponujące (modele, filmy animowane, magnetowidowe inscenizacje sytuacji problemowych)
- praktyczne (inscenizacja, gry decyzyjne, fantomy, modele, elektroniczne symulatory treningowo-kontrolne).

Nauczania programowe – jest metodą kształcenia i samokształcenia, w której materiał nauczania podzielony jest na niewielkie fragmenty następujące po sobie w określonej kolejności, przedstawiany za pośrednictwem odpowiednich środków dydaktycznych i na bieżąco kontrolowany. W nauczaniu programowym obowiązują kilka zasad:

- małych kroczków (stopniowe przyswajanie przez edukowanego małych fragmentów programu edukacyjnego)
- aktywizowania uczących się
- natychmiastowej oceny każdej czynności
- indywidualnego tempa uczenia się
- indywidualizacji treści uczenia.

Środki dydaktyczne ułatwiają i przyspieszają przekaz informacji oraz usprawniają i obiektywizują proces kontroli i oceny wyników kształcenia.

Istnieje kilka ważnych zasad przekazu informacji metodami audiowizualnymi:

- przekaz powinien być tak zbudowany, aby zawierał tylko niezbędne elementy informacyjne
- należy akceptować poszczególne elementy przekazywanej informacji przez stosowanie różnych wariantów wielkości, formy, barwy
- najkorzystniejsze są przekazy komponowane w sposób jednotematyczny, umożliwiające tworzenie rozbudowanych i czytelnych kompleksów informacyjnych
- w przekazach rozbudowanych należy zachować odpowiednie proporcje między informacjami nowymi i powtórzonymi oraz unikać zbędnych powtórzeń
- należy pamiętać, że liczba prostych i niezależnych informacji zapamiętanych w jednym postrzeżeniu nie przekracza liczby 7 ± 2 , a dla bardziej złożonych spada do 2–3

- najkorzystniejsze jest przekazywanie informacji za pomocą przedmiotów i sytuacji rzeczywistych lub przynajmniej pozorujących rzeczywistość (przedmiot w naturze uzmysłowiony jest po 0,4 sek., rysunek barwny po – 0,9 sek., rysunek czarno-biały – po 1,2 sek., słowo – po 2,7 sek.).

Środki dydaktyczne dzielimy na:

- *materiały dydaktyczne* czyli np. tablice, podręczniki, plansze, fantomy, modele, przezrocza, foliogramy, nagrania magnetofonowe, filmy, programy komputerowe itp.;
- *aparaty, urządzenia techniczne* umożliwiające pokaz i przekaz materiałów dydaktycznych np. rzutniki pisma, rzutniki do przezroczy, projektory filmowe i telewizyjne, magnetofony, magnetowidy, gramowidy, monitory, ekrany telewizyjne, kamery telewizyjne itp.;
- *urządzenia częściowo automatyzujące proces nauczania* np. komputery;
- *środki słowne* np. podręczniki, przewodniki, czasopisma, ulotki, inne teksty drukowane.

Środki dydaktycznych możemy podzielić także na:

1. proste środki obrazowe:

- bezpośrednie (zmiany chorobowe u pacjenta, preparaty anatomopatologiczne, histologiczne, cytologiczne, rentgenogramy);
- pośrednie (np. fotografie, modele, fantomy);
- uogólnione (np. schematy, wykresy, diagramy);

2. złożone środki obrazowe:

- automatyzujące proces dydaktyczne;
- audiowizualne.

Środki audiowizualne dzielimy na:

- *wzrokowe*: przyrządy optyczne (mikroskopy, episkopy, epidiaskopy, rzutniki przezroczy, grafoskopy, negatoskopy, projektory filmowe) i materiały (preparaty mikroskopowe, przezrocza, foliogramy, fazogramy, filmy bez dźwięku)
- *śluchowe*: magnetofony, nagrania płytowe, taśmy, kasety magnetofonowe
- *przyrządy* (rzutniki, projektory, odbiorniki, ekrany, magnetowidy, gramowidy, monitory, kamery, zestawy holograficzne)
- *materiały* (programy audiowizualne, filmy dźwiękowe, programy telewizyjne, płyty wizyjne, hologramy).

Wzrokowe środki edukacyjne w znacznym stopniu uzupełniają opis słowny. Dźwięk może być bodźcem samodzielnym lub uzupełnieniem słuchowego. Urozmaica słowny opis rzeczywistości lub wizualne jej odzwierciedlenie i umożliwia wielokrotne odtwarzanie zapisu.

Pamiętać należy, że stosowanie technicznych środków edukacyjnych uzależnione jest w dużej mierze od przystosowania sal do tego celu. Odległość słuchaczy od ekranu nie powinna być mniejsza niż podwojona szerokość ekranu. Odbiorcy nie powinni siedzieć w odległości dalszej niż sześciokrotna szerokość ekranu. Dopuszczalny kąt patrzenia dla ekranów perłkowych wynosi 40 st.,

dla rozpraszających – 60 st. Patrzenie na ekran pod kątem większym niż w/w podane może spowodować znaczne zniekształcenie geometryczne oraz spadek jasności obrazu na ekranie. W salach niezbyt długich, prostokątnych najlepiej sprawdzają się ekrany rozpraszające umieszczone na środku ściany przedniej. W salach wydłużonych najlepsze są ekrany perełkowe.

Stosowanie różnorodnych środków dydaktycznych ma wiele korzyści:

- pomagają prowadzącemu szybciej, pełniej, lepiej i dokładniej przekazywać treści będące przedmiotem zajęć
- zwiększają pogłębienie nauczania
- udostępniają materiał nauczania niemożliwy do przekazania w sposób werbalny
- ułatwiają koncentrowanie uwagi słuchaczy
- pomagają zwiększyć tempo i skrócić czas nauczania
- zwiększają atrakcyjność zajęć, spełniają funkcję motywacyjną oraz wychowawczą.

Należy także pamiętać, że każda interwencja edukacji zdrowotnej powinna być zweryfikowana. Jest to niezbędne ze względu na konieczność ustalenia jej wpływu na uczestników oraz stworzenie możliwości zmodyfikowania celów i zadań. Ocena może być wstępna, bieżąca, końcowa oraz odległa (dystansowa). Ma pomóc w wychwyceniu zmian w poziomie wiedzy, umiejętności, poglądów, zachowań słuchaczy. Narzędziem pomiaru może być kwestionariusz, rozmowa, obserwacja, karta zdrowia.

Pielęgniarstwo profesjonalne zawsze podkreślało działanie w jak najlepszym interesie pacjenta. Pielęgniarka zaangażowana w promocję i edukację zdrowotną powinna być zaangażowana w szeregu różnych sfer działania, musi aktywnie uczestniczyć w budowaniu kompetencji zdrowotnej całej populacji. Pielęgniarka, przygotowana dotychczas do świadczenia usług pielęgnacyjnych, wykonywania szeregu czynności na rzecz pacjenta chorego i cierpiącego, nie zawsze dostrzega znaczenie edukacji i doradztwa. Nowe programy nauczania dość istotnie modyfikują tradycyjne podejście. Uwzględniają w większym zakresie zagadnienia podstawowej opieki zdrowotnej oraz wprowadzają problematykę profilaktyki chorób do podstawowej edukacji pielęgniarskiej. Dotyczy to w znacznym stopniu chorób, które stanowią główną przyczynę zachorowań, inwalidztwa i zgonów.

W polskich warunkach, podobnie jak w większości krajów rozwiniętych i rozwijających się, dotyczy to szczególnie chorób układu krążenia i chorób nowotworowych. Ponadto działania profilaktyczne muszą objąć wszystkie te choroby i dysfunkcje zdrowia, które zajmują wysoką pozycję w statystykach zachorowań, np. urazy i zatrucia oraz inne choroby, których wskaźniki zachorowalności w ostatnim okresie charakteryzuje wysoka dynamika wzrostu lub kosztów leczenia np. grzybice.

Piśmiennictwo

1. Kawczyńska-Butrym Z.: Rodzina – zdrowie – choroba, koncepcja i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Czelej, Lublin 2001.
2. Kordziński J. (red.): Skuteczne zarządzanie szkołą i gimnazjum. Tom 1, Verlag Das horer, Warszawa, 2000.
3. Pike S., Forster D.: Promocja zdrowia dla wszystkich. Wydawnictwo Czelej, Lublin 1998.
4. Pszczołowski T.: Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji. Ossolineum 1978.
5. Świątkowska K.: Metody i formy kształcenia (w:) Podstawy dydaktyki medycznej Wasyluka J. (red.), PZWL, 1986.

Janina Fetlińska¹, Małgorzata Zagroba¹

Udział Banku Światowego w rozwoju promocji zdrowia w Polsce (na przykładzie Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia)

Wprowadzenie

Od 1978 roku kluczową rolę w rozwoju promocji zdrowia pełni Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Strategia „Zdrowie dla Wszystkich” uchwalona w Alma Acie zawierała pierwsze zasady promocji zdrowia i została oparta na założeniach powszechnej dostępności programów ochrony zdrowia, społecznym uczestnictwie oraz międzysektorowej współpracy [2].

Na początku lat 90-tych rząd polski uznał, iż promocja zdrowia i prewencja jako środek do zmniejszenia zachorowalności i umieralności jest istotnym elementem programu reformy. W czerwcu 1990 r. narodowa strategia ochrony zdrowia wypracowana przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOS) została zaaprobowana przez Komisję Ekonomiczną. Ministerstwo Zdrowia nie było jednak w stanie uruchomić środków finansowych i stworzyć możliwości instytucjonalnych dla wypracowania i wdrożenia proponowanych programów, takich jak edukacja zdrowotna w szkołach, działania antynikotynowe i bezpieczeństwo w miejscu pracy. Ówczesny kryzys gospodarczy powodował obawy o zagrożenie działań prewencyjnych, na rzecz finansowania niezbędnych usług leczniczych. Ministerstwo Zdrowia wystąpiło o pożyczkę do Banku Światowego w wysokości ok. 130 milionów dolarów USA na sfinansowanie programu rozwoju służby zdrowia [3].

Pożyczka Banku Światowego – cele i zadania Programu Rozwoju Służby Zdrowia

Umowa o kredyt (3466 POL) zawarta została 17 lipca 1992 roku pomiędzy Rzeczpospolitą Polską oraz Międzynarodowym Bankiem Odbudowy i Rozwoju. Celem kredytu było współfinansowanie Projektu Rozwoju Służby Zdrowia. Koszt

¹ Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

realizacji przewidziano na 200 mln USD z czego z kredytu miało być pokryte 130 mln wydatków. Realizacja Projektu miała rozpocząć się niezwłocznie, a jego zakończenie przewidywano do 30 czerwca 1999 roku [8].

Celem programu było rozwinięcie podstawowej infrastruktury dla reformy całego systemu i wsparcie działań rządu na rzecz poprawy dostępności, jakości, efektywności i sprawności funkcjonowania służby zdrowia, a w szczególności: 1) poprawy stanu zdrowia poprzez zwiększenie możliwości promocji zdrowia; 2) poprawy efektywności i jakości podstawowej opieki zdrowotnej; 3) usprawnienia i umocnienia zdolności zarządzania w sektorze służby zdrowia poprzez rozwój systemów informacyjnych i szkolenie w zakresie zarządzania; 4) opamowania/zahamowania wzrostu kosztów oraz poprawy efektywności i skuteczności funkcjonowania służby zdrowia w trzech zdecentralizowanych regionach (ciechanowskim, pomorskim i wielkopolskim) [1].

Program obejmował cztery uzależnione od siebie składniki: a) promocję zdrowia – 7,5 mln USD; b) podstawową opiekę zdrowotną – 38,3 mln USD; c) zarządzanie służbą zdrowia – 46,3 mln USD; d) regionalną służbę zdrowia w regionach ciechanowskim, pomorskim i wielkopolskim – 90,5 mln USD. Składniki a, b, c były podstawowymi elementami przyczyniającymi się do restrukturyzacji służby zdrowia w trzech regionach w ramach składnika d. Jednocześnie program miał umocnić krajową infrastrukturę zarządzania służbą zdrowia. Ostatecznie prowadzony w latach 1992–1998 projekt, składał się z 2 części komponentów: I. Regionalna Służba Zdrowia (1. Promocja zdrowia – 4,1 mln; 2. Podstawowa Opieka Zdrowotna – 33,6 mln; 3. Konsolidacja i podstawowy sprzęt – 63,4 mln) i II. Rozwój zarządzania służbą zdrowia [8].

Promocja zdrowia w Programie Rozwoju Ochrony Zdrowia

Początkowo dla składnika „promocja zdrowia” została utworzona grupa roboczo-koordynacyjna ds. promocji zdrowia składająca się ze specjalistów oraz po jednym członku w każdym z konsorcjów do pełnienia funkcji łącznika. Z czasem zorganizowano w każdym konsorcjum regionalne zespoły koordynacyjne ds. promocji zdrowia. Na szczeblu krajowym została powołana Rada Promocji Zdrowia. MZiOS oraz Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej wspólnie utworzyły grupę odpowiedzialną za zdrowie i bezpieczeństwo w zakładach pracy. Przygotowano plan zorganizowania wspólnie z WHO/Europa cyklu czterech seminariów poświęconych szkoleniu specjalistów promocji zdrowia. Zostały wyznaczone cztery państwowe instytuty do udzielenia pomocy w działaniach w dziedzinie promocji zdrowia: Instytut Kardiologii, Instytut Matki i Dziecka, Instytut Onkologii i Instytut Medycyny Pracy [12].

Ciechanowskie Konsorcjum Zdrowia (CKZ)

W dniu 15 kwietnia 1991 r. z 21 przedłożonych prac konkursowych (z różnych środowisk, dysponujących często zapleczem akademickim) pozytywną ocenę Komisji Oceniającej powołanej przez MZiOS spośród ekspertów służby zdrowia, przedstawicieli Sejmu, Izby Lekarskiej i związków zawodowych, uzyskały trzy projekty: ciechanowski, wielkopolski i szczeciński i tym samym zostały zakwalifikowane do wdrożenia [4].

Dla zrealizowania projektu na mocy Porozumienia administracyjnego z dnia 26.06.1991 roku pomiędzy Wojewodą Ciechanowskim i Ostrołęckim powołano ostatecznie w 1992 roku Ciechanowskie Konsorcjum Zdrowia (483 tys. mieszkańców) [18].

Głównym motywem działań szerokiego zespołu przedstawicieli służby zdrowia, administracji terytorialnej i samorządów była możliwość uzyskania pomocy BŚ w postaci myśli eksperckiej, szkoleń i sfinansowania części potrzeb regionu dotyczących poprawy poziomu funkcjonowania opieki zdrowotnej. Było to szczególnie uzasadnione sytuacją wieloletniego niedoinwestowania woj. ciechanowskiego.

W projekcie CKZ przewidziano realizację celów założonych przez inicjatorów konsorcjum jak również projekt BŚ, tj. ekonomizację działań służby zdrowia, poprawę organizacji i jakości opieki zdrowotnej, kontynuowanie rozwoju opieki nad matką i dzieckiem oraz rozwój programów w zakresie promocji zdrowia.

Rada nadzorcza CKZ w oparciu o przyjęte założenia Programu Rozwoju Polskiej Służby Zdrowia Rządu Polskiego i BŚ oraz przedstawione wyniki analizy i dokumenty Rządu i BŚ przyjęła ustalenia, że podstawowymi składnikami działań CKZ będzie: 1) rozwój promocji zdrowia; 2) restrukturyzacja podstawowej opieki zdrowotnej; 3) rozwój zarządzania poprzez wprowadzenie liczenia kosztów, monitorowania leków, informatyzacji oraz konsolidacji szpitali. Natomiast do priorytetów klinicznych, które miały być rozwijane w ramach pierwszych dwóch składników i konsolidacji szpitali zaliczono: 1) kardiologię; 2) onkologię; 3) urazy, wypadki i zatrucia; 4) rozwój opieki nad matką i dzieckiem.

Perturbacje prawne i finansowe nie pozwoliły jednak CKZ, jak i dwóm pozostałym konsorcjom w Wielkopolsce (5 województw) i na Pomorzu (3 województwa) na zgodny z zamierzeniami szybki rozwój i stanie się lokomotywą reformy służby zdrowia. Projekt Rządu Polskiego i BŚ, a w tym szczególnie konsorcja, stał się jednak katalizatorem dla wyzwolenia wielu inicjatyw w zakresie POZ, rozwoju zarządzania i promocji zdrowia [7].

Promocja zdrowia w CKZ

Na terenie CKZ już w 1991 roku intensywnie przystąpiono do realizacji promocji zdrowia. Podstawą wytyczania kierunków działań stała się szczegó-

łowa analiza demograficzna, epidemiologiczna, zasobów służby zdrowia oraz potencjalnych instytucji i osób dla określenia potrzeb, możliwości działań w zakresie promocji zdrowia, jak również wyodrębnienia priorytetów dla lecznictwa i rehabilitacji a także wskazane w Narodowym Programie Zdrowia 1990 cele strategiczne i szczegółowe.

Punktem wyjścia było powołanie międzyresortowego zespołu promocji zdrowia, w skład którego weszli przedstawiciele służby zdrowia, naczelne pielęgniarki zoz, lekarze specjaliści, zainteresowani promocją zdrowia przedstawiciele Kuratorium Oświaty, nauczyciele, dyrektorzy szkół, przedstawiciele poszczególnych wydziałów Urzędu Wojewódzkiego, pracownicy stacji sanitarno-epidemiologicznych, przedstawiciele policji, straży pożarnej, obrony cywilnej, duchowieństwa oraz inni chętni do współpracy w zakresie promocji zdrowia. Krąg ten stale poszerzał się stosownie do wdrażanych zadań.

Ustalono chronologię działań w promocji zdrowia, tj. udoskonalenie i kontynuację istniejących już w ciechanowskim programów: Programu Poprawy Karmienia Piersią (wdrażanego od 1986 r.) oraz Programu Profilaktyki Próchnicy Zębów (od 1984 r.). Postanowiono też rozwijać projekty WHO-wskie: Sieć Szkół Promujących Zdrowie, Zdrowe Miasto, Szpital Promujący Zdrowie, Szpital Przyjazny Dziecku. W dalszych etapach opracowano szerokie międzyresortowe programy: Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (1992), Program Zapobiegania Wypadkom, Urazom i Zatruciom (1994), Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (1996), Program Profilaktyki Chorób Nowotworowych (1997). Nie udało się wdrożyć programu obniżenia umieralności okołoporodowej, przygotowanego przez zespół Wojewódzkiej Przychodni Matki i Dziecka Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Ciechanowie i Instytut Matki i Dziecka w Warszawie [5].

Należy w tym momencie podkreślić, że WHO-wski konsultant z CDC w Atlancie, Brian J. McCarthy w swojej ekspertyzie w 1992 roku stwierdził: „Nie mamy wątpliwości, że zdobyte tutaj (w CKZ, przyp. autora) doświadczenia mogą służyć jako model nie tylko dla Polski, lecz także dla całej wschodniej Europy, gdy będzie próbowało się zmienić sposób świadczenia opieki zdrowotnej i wykorzystania zasobów. Ciechanowski program jest »modelowym« programem karmienia piersią i przyjmowania matki z chorym dzieckiem do szpitala. Program powinien być upowszechniony w całej Polsce i mógłby nawet służyć jako przykład dla europejskiego regionu WHO” [3]. Także eksperci Banku Światowego (dr J. Marks, dr R. Henson, dr D. Momrow) podczas wizyty w Ciechanowie (23.06.1992 r.) wskazali na potrzebę i zasadność podjętych działań w kierunku promocji zdrowia [12].

„Program profilaktyki chorób układu krążenia w Ciechanowskim Konsorcjum Zdrowia na lata 1992–2012 ZDROWIE W RYTMIE SERCA”, zbieżny z celami NPZ i założeniami Narodowego Programu Ochrony Serca, opracowano w oparciu o doświadczenia walijskie, kanadyjskie i fińskie. Uwzględnił on działania pracowników służby zdrowia, administracji państwowej, instytucji cywilnych

i paramilitarnych oraz społeczności lokalnych. Dyrektor Instytutu Kardiologii, Konsultant Krajowy d/s Kardiologii – Prof. Z. Sadowski uznał ciechanowski program za wzorcowy dla pionu kardiologicznego na terenie Polski Północno-Wschodniej, a na posiedzeniu Specjalistów Regionalnych ds. Kardiologii, jako pomocniczy dla Polski. Program uzyskał również pozytywną opinię Heather Macdonald z WHO Euro [11].

Szanse i bariery w realizacji promocji zdrowia w CKZ

Istotnymi zaletami programów promocji zdrowia były ich długofalowe zamierzenia, integracja międzysektorowa, wypracowane metody monitorowania i sprecyzowane oczekiwane wyniki po przewidzianym etapie realizacji. Niezwykle ważnym było opracowanie i wydanie w/w programów drukiem, w formie dokumentów. W przypadku programu kardiologicznego istotne było także przeprowadzenie badań stanu wyjściowego świadomości, zachowań i postaw zdrowotnych ludności poddanej wszechstronnemu oddziaływaniu edukacyjnemu.

Dla efektywności promocji zdrowia niezmiernie ważne były drogi wejścia (*entry points*) do populacji z działaniami prozdrowotnymi. W przypadku programów ciechanowskich początkowo wybrano drogi wejścia poprzez jednostki organizacyjne w obrębie poszczególnych sektorów gospodarki, jak: zakłady służby zdrowia; pion sanitarno-epidemiologiczny; zakłady pracy skupiające specyficznie zagrożone grupy ludności (np. instytucje paramilitarne), administrację państwową przewidując dla nich szczegółowe zadania na różnych poziomach ich terytorialnego rozmieszczenia. Szczególną uwagę zwrócono na mass media, wchodząc ze stałymi audycjami do lokalnych rozgłośni radia i TV kablowej a także do prasy z artykułami prozdrowotnymi. W 18. szkołach wdrożono WHO-wski projekt szkół promujących zdrowie a w szpitalu w Działdowie – szpital promujący zdrowie, wykorzystując siedliskowe podejście do promocji zdrowia.

Promocja zdrowia w CKZ a Narodowy Program Zdrowia

Monitoring realizacji harmonogramu działań NPZ z gmin w marcu 1998 roku ujawnił, że większość gmin de facto realizuje zadania NPZ poprzez – przede wszystkim – realizację celów operacyjnych (1.8.9.) tj. konsolidację infrastruktury gminy; budowę wodociągów; kanalizacji; wysypisk śmieci; oczyszczalni ścieków; sal gimnastycznych i terenów sportowych.

Kolejna trzecia wersja NPZ na lata 1996–2005, zamierzona jako próba zmobilizowania zarówno działów gospodarki jak i społeczności lokalnych, spowodowała rewizję dotychczasowych działań promocji zdrowia w Ciechanowskim Konsorcjum Zdrowia.

Okazało się, że około 80% celów i zadań aktualnego NPZ znajduje się już w realizacji na terenie Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia [6].

W związku z wprowadzeniem w 1996 roku nowelizacji NPZ powołano na terenie województw pełnomocników d/s NPZ. Zarządzeniem Wojewody Ciechanowskiego i Sejmiku Samorządowego powołano również Pełnomocnika w woj. ciechanowskim. Zasadniczym celem powołania instytucji Pełnomocnika było stworzenie jak najlepszych warunków organizacyjnych i technicznych dla kontynuowania dotychczasowych działań w zakresie promocji zdrowia oraz wdrażania znowelizowanego NPZ [15].

Także w 1996 roku wdrożono w życie pomysł zatrudnienia Koordynatorów d/s Promocji Zdrowia w Zakładach Opieki Zdrowotnej i utworzenia gabinetów promocji zdrowia w przychodniach rejonowych, ośrodkach zdrowia bądź praktykach kontraktowych. Dawało to szansę na bieżący monitoring i stałe ich doskonalenie.

Podsumowanie i wnioski

Do roku 1998 definitywnie zakończono część projektu „konsorcja”. Wymienione programy promocji zdrowia realizowano we wszystkich zoz, samorządach, szkołach, instytucjach. W posumowaniu projektu w 1998 roku wykazano, iż na promocję zdrowia w latach 1993–1998 wydano 653.958,00 złotych, co w przeliczeniu na 1 mieszkańca oznaczało 1,35 zł na 1 osobę w ciągu 5 lat.

Programy, zwłaszcza karmienia piersią i kardiologiczny, zaznaczyły się wysokim zaangażowaniem realizatorów, czego wyrazem było przyznanie tytułu „Szpital Przyjazny Dziecku” aż trzem szpitalom na terenie CKZ (w Ciechanowie, Działdowie i Żurominie).

Osiągnięte efekty to pozytywna zmiana zachowań zdrowotnych mieszkańców, wykazana podczas badań „Zdrowe Serce I i II”. Przeprowadzone jesienią 1993 roku badania ankietowe „Zdrowe Serce I” w populacji 4.304 osób w wieku 20–61 lat z terenu byłego woj. ciechanowskiego wykazały, że pali papierosy niemal połowa dorosłych – 48%; zdecydowaną większość stanowią mężczyźni – nieco ponad 60% a wśród kobiet pali niemal 35% [6]. Poprawę zachowań wykazały analogiczne badania „Zdrowe Serce II”, przeprowadzone w 1998 roku oraz badania GUS (1985 i 1996) w populacji osób w wieku 15 lat w byłym woj. ciechanowskim. Odsetek palących mężczyzn w 1985 roku wynosił 64,5% (w Polsce 55,9) a odsetek palących kobiet 20,4% (w Polsce 22,4). W 1996 roku wyniki wynosiły odpowiednio: mężczyźni 44,0% (Polska 40,9), kobiety 19,7% (Polska 19,4). Spadek rozpowszechnienia nałogu palenia wśród mężczyzn w okresie lat 1985–1996 wyniósł w byłym woj. ciechanowskim 31,8 a w Polsce 26,8 [17].

O efektach realizacji programów promocji zdrowia świadczyć mogą dane statystyczne dotyczące zmniejszenia próchnicy zębów u dzieci. W roku szkolnym 1992/1993 procent dzieci wymagających leczenia wynosił 63,6% a dzieci z utrzymaną zdrową jamą ustną tylko 9,3; natomiast już w roku szkolnym 1994/95 te wskaźniki wynosiły odpowiednio 51,9 i 15,3 [16].

W 1998 roku obserwowano wyróżniająco poprawną realizację praktyk okołoporodowych wspierających karmienie piersią, np. rooming in – w CKZ – 99,4% (Polska 50%); odsetek niemowląt w 6 m.ż. karmionych wyłącznie piersią w 1997 r. wynosił 68% przy średniej krajowej 35%. Stanowiło to znaczne wyprzedzenie założeń NPZ na 2005 rok, wg których odsetek niemowląt karmionych w 6 m.ż. ma wynosić co najmniej 30% [14].

Omówione działania CKZ, realizującego w latach 1992–1998 cele Projektu Rozwoju Służby Zdrowia Rządu Polskiego i Banku Światowego, wykazują, iż promocja zdrowia może stać się ważnym elementem polityki zdrowotnej. Programy profilaktyczne – długofalowe, mające stałe finansowanie, zaplanowany monitoring, inicjowane oddolnie, w niewielkich społecznościach mają szanse na pełną realizację i stałe doskonalenie.

Środowiska lokalne w Polsce chętnie przyjmowały i realizowały inicjatywy związane z promocją zdrowia. Wydaje się zatem, że potencjałem dla promocji zdrowia mogą być pielęgniarki, które wspierane przez lekarzy są w stanie zrealizować z pożytkiem dla społeczeństwa edukację zdrowotną a także zorganizować wiele działań interwencyjnych i kampanii na rzecz zdrowia.

Istotnym momentem dla pełnej realizacji zadań promocji zdrowia i NPZ jest przygotowanie podstaw legislacyjnych, umożliwiających stworzenie długofalowej stałości w działaniach.

Wydaje się także, że korzystanie z pomocy eksperckiej BŚ znacznie przyspieszyło przygotowanie regionalnych programów promocji zdrowia i jest argumentem na rzecz korzystania z tej formy pomocy.

Piśmiennictwo

1. Aide-memoire misji Banku Światowego poświęconej wstępnej ocenie, 1–17 lipca 1991 r.
2. Bik B.: Koncepcja promocji zdrowia. [w] Czupryna A., Piździoch S., Ryś A., Włodarczyk W. C. (red.): Zdrowie publiczne. Tom II, Vesalius, Kraków 2001.
3. Brian J. McCarthy, Carolyn Aoyama, Raport z wizyty zespołu Banku Światowego ds. pomocy technicznej w zakresie zdrowie matki i dziecka, 13–17 lipca 1992 r.
4. Fetlińska J.: Geneza Programu Rozwoju Polskiej Służby Zdrowia Rządu Polskiego i Banku Światowego – Ciechanowskie Konsorcjum Zdrowia, [w] Konsorcja Zdrowia – ich doświadczenia w procesie przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce. Rytyro, 22–24 maj 1998, materiały konferencyjne.
5. Fetlińska J.: Narodowy Program Zdrowia – wdrożenie na terenie Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia. [w] Kompensum'97. Materiały z sesji edukacyjnych, NRPiP, Warszawa 1997.
6. Fetlińska J.: Tworzenie i funkcjonowanie podwalin systemu promocji w Ciechanowskim Konsorcjum Zdrowia. [w] Konsorcja Zdrowia – ich doświadczenia w procesie przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce. Rytyro, 22–24 maj 1998, materiały konferencyjne).

7. Fetlińska J., Borowik L., Soplińska E.: Program profilaktyki chorób układu krążenia w Ciechanowskim Konsorcjum Zdrowia „Zdrowie w rytmie serca” 1992–2012 – pilotaż rozwiązań systemowych. [w] Promocja zdrowia. Nauki społeczne i medycyna. Rocznik 1, Nr 3–4, 1994.
8. Marciniak J.: Projekt – etapy realizacji – Wielkopolska Unia Opieki Zdrowotnej, [w] Konsorcja Zdrowia – ich doświadczenia w procesie przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce. Rytno, 22–24 maj 1998, materiały konferencyjne.
9. Narodowy Program Zdrowia 1996–2005. MZiOS, Warszawa 1996.
10. Narodowy Program Zdrowia. MZiOS, Warszawa, wersja 1990 i 1993.
11. Pismo H. Macdonald, 15 luty 1993 r.
12. Raport o sytuacji wg składników programu, [w] Aide-Memoire, Misja nadzorcza Banku Światowego, w dniach 9–20 listopada 1992 r.
13. Raport oceniający Program Rozwoju Polskiej Służby Zdrowia, Nr 9816-POL, opracowany przez pracowników BŚ, 27 marca 1992 r.
14. Soplińska E.: Program poprawy karmienia piersią 1993–1996 w Ciechanowskim Konsorcjum Zdrowia. [w] Konsorcja Zdrowia – ich doświadczenia w procesie przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce. Rytno, 22–24 maj 1998, materiały konferencyjne.
15. Ustawa z dnia 22 marca 1990 r. o terenowych organach rządowej administracji ogólnej (Dz.U. Nr 21 poz. 123 z późniejszymi zmianami, Art. 30).
16. Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna, analiza sprawozdań MZ-11S.
17. Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii w Warszawie, na podstawie niepublikowanych danych GUS.
18. Zarządzenie Wojewody Ciechanowskiego Nr 31/92 z dnia 3 kwietnia 1992 r.

Ewa Dąbrowska¹, Maria Balunowska¹

Przyczyny i profilaktyka chorób jamy ustnej

Jama ustna jest integralną częścią całego organizmu, której stan zdrowia wpływa na zdrowie fizyczne i psychiczne pacjenta. Jest miejscem łączenia się wielu funkcji tj.: smakowej (receptory smakowe), trawiennej (formowanie kęsa, enzymy trawienne), wydzielniczej (ślina), ochronnej (enzymy, przeciwciała, samoczyszczanie), diagnostycznej (ślina), mowy (rola języka), estetycznej (zdrowy uśmiech). W funkcjach tych uczestniczą elementy narządu żucia, język i ślina. Czynniki środowiska zewnętrznego: bakterie, wirusy, pokarm, leki oraz różne ksenobiotyki mogą zaburzać równowagę tego szczególnego ekosystemu. Kiedy na skutek różnych przyczyn dojdzie do zaburzenia homeostazy środowiska w jamie ustnej pojawiają się: **próchnica** (choroba zębów), **choroby przyzębia**, **choroby błony śluzowej jamy ustnej** i **choroby nowotworowe**. Stan zdrowia jamy ustnej może być odzwierciedleniem schorzeń wewnątrzustrojowych i pierwszym ich objawem klinicznym, a także przeciwnie, ze względu na obecność w jamie ustnej potencjalnych ognisk zakażenia, być przyczyną schorzeń (choroba odogniskowa) wielu organów wewnętrznych.

Próchnica

Próchnica zębów jest to proces patologiczny polegający na odwapnieniu i proteolitycznym rozpadzie twardych tkanek zęba podatnych na ten proces, pod wpływem kwasów produkowanych przez bakterie próchnicotwórcze. Ze względu na to, iż próchnica zębów występuje u ponad 90% społeczeństwa nazywana jest chorobą społeczną. Powstaje przy jednoczesnym udziale czynników zewnętrznych i wewnętrznych. **Czynniki zewnętrzne to: bakterie, węglowodany i czas. Czynnikiem wewnętrznym jest nabyta w czasie rozwoju zęba odporność twardych tkanek zęba na proces próchnicowy.**

¹ Zakład Stomatologii Społecznej i Profilaktyki, Akademia Medyczna w Białymstoku

Bakterie próchnicotwórcze (*Streptococcus mutans*, *Streptococcus salivarius*, *Streptococcus sanguis*) są głównym czynnikiem powstawania próchnicy i stałym elementem środowiska jamy ustnej całej populacji ludzkiej stąd próchnicę zębów uważa się za chorobę zakaźną. Drobnoustroje zostają przekazane swoim dzieciom przez matki w czasie kiedy niemowlę nie nabyło jeszcze trwałej flory bakteryjnej. *S. salivarius* i *S. sanguis* jako pierwsze pojawiają się w jamie ustnej niemowlęcia. *S. mutans* pojawia się z chwilą wyrznięcia się zębów mlecznych, na których się kolonizuje będąc główną bakterią próchnicotwórczą. Częste karmienie niemowląt, ograniczony przepływ i lepkość śliny małych gruczołów warg sprzyja kolonizacji *S. mutans* i powstaniu próchnicy „butelkowej” [1]. Tak więc na powierzchniach zębów przy udziale białek, mukopolisacharydów i lipidów śliny powstaje **blonka ślinowa**, która może wnikać w głąb szkliwa. Może być ona punktem wyjścia dla remineralizacji (procesu naprawczego) szkliwa lub powstania **płytki nazębnej** jeśli dołączą się bakterie próchnicotwórcze. Inicjuje to proces demineralizacji szkliwa i w dalszym etapie powstanie próchnicy zębów. Płytkę nazębną tworzy swój własny ekosystem, w którym zachodzi wiele dynamicznych procesów biochemicznych, jednocześnie korzystnych i niekorzystnych dla sąsiednich tkanek w zależności od zburzenia równowagi tego ekosystemu. Jest przyczyną próchnicy zębów i chorób tkanek okołozębowych (przyzębia). Mocno przylega do powierzchni zębów i dziąseł. Nie można jej usunąć strumieniem wody tylko mechanicznie. Nie usuwana, przekształca się w kamień nazębny.

Węglowodany są substratem w przemianach metabolicznych bakterii płytki nazębnej. Są one dostarczane z pokarmem, oraz produkowane przez same bakterie. **Cukry proste**, glukoza i fruktoza, najłatwiej przyswajane przez bakterie próchnicotwórcze występują w codziennym pożywieniu jako gotowy substrat pokarmowy (dieta próchnicotwórcza). Dodatkowo powstają one w środowisku jamy ustnej w wyniku trawienia wielocukrów przez amylazę ślinową. Do węglowodanów produkowanych przez same bakterie jako rezerwuaru pokarmowy należą: wewnątrzkomórkowe (glikogen) i zewnątrzkomórkowe (glukan, fruktan).

Kolejnym **czynnikiem zewnętrznym jest czas i częstość** działania bakterii i węglowodanów na powierzchnię twardych tkanek zęba.

Wrażliwość powierzchni szkliwa to wewnętrzny czynnik powstania próchnicy. Struktura tkanek twardych zęba kształtuje się w czasie odontogenezy (rozwoju zawiązka zęba). Mineralizacja tkanek twardych zębów rozpoczyna się w pierwszych miesiącach życia płodowego wcześniej niż kości (tzw. priorytet zębowy). Szczególną rolę w tym procesie odgrywają: sole mineralne (jony wapnia, fosforu, magnezu, żelaza), pełnowartościowe białka (podstawa organiczna dla tkanek twardych zęba) oraz witaminy (A, C i D) [2].

Celem profilaktyki próchnicy jest ochrona przed czynnikami próchnicotwórczymi oraz zwiększenie odporności twardych tkanek zęba na te czynniki.

Profilaktykę próchnicy dzielimy na indywidualną i grupową. Każda z nich wiąże się z: dietą, higieną jamy ustnej i stosowaniem fluoroków.

Dieta i nawyki żywieniowe są ważne już u kobiet w ciąży i matek karmiących, a także w późniejszym życiu osobniczym człowieka. Pełnowartościowy pokarm, prawidłowy dowóz minerałów, a szczególnie jonów wapnia zapewnia odpowiednią twardość szkliwa, które jest najbardziej zmineralizowaną tkanką w ustroju. Dodatkowo odpowiednia podaż witamin wpływa na jakość tkanek twardych. Niedobór witaminy A i C powoduje powstanie niepełnowartościowej matrycy organicznej dla szkliwa i zębiny. Niedobór witaminy D₃ zaburza prawidłową gospodarkę fosforanowo-wapniową prowadząc do krzywicy. W jej następstwie dochodzi do zaburzeń w mineralizacji twardych tkanek zęba i kości szczęk. Może to być powodem powstania wad zgryzowych (m.in. stłoczeń zębów). Predysponuje to do zwiększonej retencji płytki nazębnej co sprzyja powstaniu próchnicy. Działania profilaktyczne obejmują podawanie dzieciom witaminy D₃ niekiedy skojarzonej z fluorkami (dodatkowe zatrzymywanie wapnia). W profilaktyce próchnicy ważną rolę odgrywa konsystencja pokarmu i jego lepkość. Produkty gruboziarniste oczyszczają zęby i zmniejszają ryzyko powstania próchnicy. Pokarmy przetworzone, miękkie i lepkie sprzyjają jej powstaniu. Szczególne znaczenie w diecie próchnicotwórczej ma pojadanie między posiłkami produktów węglowodanowych (lizaki, landrynki, batoniki, ciastka) kupowanych w sklepikach szkolnych. Napoje gazowane szczególnie Coca Cola i soki cytrusowe ze względu na dużą zawartość kwasów mogą uszkadzać powierzchnię szkliwa [3]. W jadłospisie powinny przeważać produkty bogate w wapń (mleczne), pokarmy twarde, które ułatwiają oczyszczanie powierzchni zębów, a także pobudzają kości szczeki do wzrostu. Prawidłowa mineralizacja kości i zębów wynikająca z prawidłowych nawyków żywieniowych zapobiega powstawaniu wad zgryzu i jest jednym z elementów profilaktyki ortodontycznej.

Higiena jamy ustnej ma kluczowe znaczenie w zapobieganiu wszystkim stanom chorobowym dotyczącym jamy ustnej. Jej zakres obejmuje płukanie jamy ustnej, szczotkowanie zębów i stosowanie dodatkowych przyborów higienicznych. W aspekcie profilaktyki próchnicy dotyczy to skutecznego usuwania płytki nazębnej. Można ją usunąć tylko mechanicznie, u niemowląt i małych dzieci gazikiem, u starszych za pomocą szczoteczki do zębów. Zabieg ten wykonujemy po posiłkach głównych. Czynność ta powinna trwać ok. 3 minuty. Szczotkowanie dotyczy również protez ruchomych, których użytkowanie zwiększa ryzyko występowania próchnicy. W przypadku szczotkowania zębów elementem pomocniczym jest pasta do zębów, a w przypadku protez mydło (oddzielna szczoteczka). Pasty do zębów zawierają elementy ściernie i mogą rysować protezę co stanowi możliwość retencji dla płytki i kolonizacji grzybów. Metodą szczotkowania zębów przy prawidłowym stanie przyzębia, która jest najczęściej polecana dla dzieci i dorosłych jest metoda Fonesa Ustawiając szczoteczkę pod kątem prostym w połowie na dziąśle i zębie wykonujemy ruchy obrotowe. W tej metodzie jednocześnie masujemy dziąsło i czyścimy zęby. Szczoteczkę wymieniamy raz na trzy miesiące pamiętając o jej prawidłowym użytkowaniu. Do elementów pomocni-

czych w utrzymaniu higieny należą również: nitki i wykałaczki zębowe (czyszczą miejsca trudnooczyszczalne, powierzchnie styczne zębów, przestrzenie pod przęsłami mostów, okolice aparatów ortodontycznych i wszczepów zębowych), szczoteczki międzyzębowe (szczególnie w obecności aparatów ortodontycznych). Guma do żucia bez cukru (w zastępstwie ksylitol) zwiększa wydzielanie śliny i tym samym samooczyszczanie zębów [4].

Do kontroli skuteczności higieny służy wskaźnik higieny (OHI). Zabarwiona płytka nazębna (przez gotowe tabletki lub roztwór fuksyny zasadowej) najbardziej motywuje pacjenta do skutecznego szczotkowania zębów.

Profilaktyka fluorkowa

Korzystną rolę w procesie mineralizacji twardych tkanek, szczególnie szkliwa, przypisuje się jonom fluoru, które według zwolenników **fluoryzacji endogennej** czynią szkliwo bardziej odporne na działanie kwasów poprzez zamianę hydroksyapatytów szkliwa na fluoroapatyty. Nie zaleca się jednak podawania fluorków kobietom w ciąży, gdyż fluorki są bardzo aktywne biologicznie i wykazują dużą toksyczność [5]. Dodatkowo badania epidemiologiczne nie potwierdzają jednoznacznie korzystnego wpływu fluorków na tkanki w tym okresie suplementacji. Dopuszcza się stosowanie tabletek i kropli fluorkowych od 6 miesiąca życia dziecka do 13 roku pod warunkiem nie przekroczenia dawki optymalnej w zależności od wieku i masy ciała. Zważywszy na to, iż fluorki znajdują się w naszej diecie (herbata, ryby, warzywa, wody naturalne i mineralne) dodatkowa suplementacja fluorków potencjalnie toksycznych budzi wątpliwości u wielu badaczy co znajduje odzwierciedlenie w pracach klinicznych i doświadczalnych [6, 7]. Przedawkowanie fluorków może być powodem fluorozy zębów (plamkowatość szkliwa) [8].

Niekwestionowaną przydatność fluorków wykazano w metodach kontaktowej, **egzogennej profilaktyki fluorkowej**. Mechanizm działania profilaktycznego jonów fluorkowych jest wielokierunkowy. Przy stałej ekspozycji na małe stężenia fluorków (pasty do zębów, płukanki) dochodzi do zamiany hydroksyapatytu szkliwa na fluoroapatpatyt który jest bardziej odporny na działanie kwasów (rezerwa stabilna fluoru). Przy większych stężeniach fluorków, na skutek powinowactwa chemicznego jonów fluorkowych do jonów wapniowych na powierzchni zęba powstaje warstwa fluorku wapnia, który jednocześnie działa w kierunku szkliwa i płytki nazębnej (rezerwa labilna fluoru). Warstwa fluorku wapnia dodatkowo jest barierą mechaniczną dla bakterii oraz stanowi rezerwę wapniową i fluorową dla procesów naprawczych szkliwa (proces remineralizacji). Dzięki nim można odwrócić wczesne zmiany próchnicowe. Jony fluorkowe działają również w kierunku płytki nazębnej zmniejszając metabolizm bakterii próchnicotwórczych poprzez hamowanie transportu glukozy do komórki bakteryjnej oraz hamując enzymy metaboliczne wewnątrzkomórkowe (enolaza) [9].

Prawidłowo stosowana kontaktowa profilaktyka fluorkowa zasadniczo zmniejsza ilość próchnicy i może wykluczać stosowanie metody endogennej. Ważne i najskuteczniejsze w tej profilaktyce jest stałe utrzymywanie w środowisku jamy ustnej małych stężeń fluorku. Szklivo zębów dojrzewa do 18 roku życia stąd ważne w tym okresie są higiena i profilaktyka. Zabiegi higieniczne przy użyciu past do zębów z fluorem są powszechnie stosowane. Mogą dodatkowo być wzbogacone płukankami z fluorem, nitkami z fluorem czy gumami do żucia. Do indywidualnych profesjonalnych metod profilaktycznych (użycie silniejszych preparatów fluorowych), stosowanych pod nadzorem dentysty lub higienistki należą: wcieranie na oczyszczoną powierzchnię lakierów fluorowych (Fluor Protektor, Duraphat, 2 razy w roku). Można również stosować żele zarówno indywidualnie (na łyżkach) i zbiorowo (szczotkowanie), dostępne w aptece (Fluormex-żel, Elmex Gelee, 10 razy w roku co 2 tygodnie). W szkołach i przedszkolach najbardziej popularną metodą profilaktyki (pod nadzorem) jest szczotkowanie zębów 1% roztworem fluorku sodu (9 kropli na szczoteczkę specjalnie do tego przeznaczoną) lub żelem fluorowym [10]. Metoda ta jest bardzo tania i skuteczna. Łączy naukę szczotkowania zębów (utrwalanie nawyków higienicznych) z profilaktycznym działaniem fluorków. Indywidualna profilaktyka fluorkowa (lakiery, żele) ma szczególne znaczenie u dzieci z grup dyspanseryjnych (choroby przewlekłe, różnego typu upośledzenia). W planowaniu działań profilaktycznych należy uwzględnić oświatę prozdrowotną w postaci pogadek, filmów, konkursów oraz uwzględnienia czynników ryzyka występowania próchnicy (genetyczna skłonność, obniżenie zdolności do utrzymania higieny, zmniejszenie wydzielania śliny, niski status socjalno-ekonomiczny, brak ubezpieczenia).

Próchnica zębów jest chorobą wieloprzyczynową, dlatego walka z nią jest trudna. Tylko stosowanie kilku metod profilaktyki jednocześnie może przynieść zadowalające rezultaty profilaktyczne.

Choroby przyzębia i błony śluzowej

W większości krajów wysokorozwiniętych, od kilku lat obserwuje się wyraźne zmniejszenie intensywności próchnicy. Nie dotyczy to jednak zapadalności na choroby przyzębia, które oprócz próchnicy można zaliczyć do chorób społecznych. Redukcja próchnicy spowodowała, że pacjenci zachowują swoje uzębienie dłużej. W związku z tym profilaktyka i leczenie chorób przyzębia stają się coraz bardziej istotne dla zdrowia jamy ustnej.

Schorzenia te mają charakter przewlekły, ich **etiopatogeneza oraz patomechanizm są złożone**. Najważniejszym czynnikiem etiologicznym w zapaleniach przyzębia jest **płytką bakteryjna**. Choroba przyzębia rozwija się w wyniku zaburzenia równowagi pomiędzy oddziaływaniem bakterii płytki nazębnej a zdolno-

ściami obronnymi pacjenta, które także uwarunkowane są przez różne czynniki ryzyka, zarówno miejscowe, jak i ogólne. Zaliczamy do nich czynniki: genetyczny, wiek, płeć, status społeczny, palenie tytoniu, stres, cukrzycę, osteoporozę, niedobory immunologiczne wrodzone oraz nabyte (infekcja HIV). Choroby przyzębia mogą towarzyszyć zaburzeniom hematologicznym, jak nabyta neutropenia, białaczka, inne choroby krwi. Zmiany w przyzębiu obserwuje się też w niektórych ciężkich zespołach uwarunkowanych defektami genetycznymi. Zapalenie dziąseł może być związane także z gospodarką hormonalną, np. w okresie pokwitaniowym, ciąży, a także jako efekt uboczny działania leków np. przeciwdrgawkowych, immunosupresyjnych, blokerów kanału wapniowego (przerost dziąseł).

Najważniejszym czynnikiem powodującym wystąpienie choroby przyzębia są bakterie płytki nazębnej. Mechanizm procesów zapalnych i destrukcyjnych w przyzębiu związany jest z bezpośrednim działaniem endotoksyn, egzotoksyn, enzymów oraz produktów metabolizmu bakterii, a także z wytwarzaniem mediatorów zapalenia przez gospodarza w odpowiedzi immunologicznej na patogeny bakteryjne. Objawami choroby przyzębia, która może dotyczyć tylko dziąseł (gingivitis) lub obejmować także kość wyrostka zębodołowego, ozębną, cement korzeniowy (zapalenie przyzębia– periodontitis) są krwawienia, obrzęk, zaczerwienienie i ból dziąseł, tworzenie patologicznych kieszonek dziąsłowych i obecność w nich wysięku zapalnego, destrukcja kości oraz aparatu zawieszonowego zębów doprowadzająca do ich rozchwiania, a później utraty zębów. Proce-
som tym towarzyszy przykry zapach z ust. Główne kierunki działań w zapobieganiu chorobom przyzębia to: usuwanie płytki nazębnej i kamienia nazębnego, eliminacja czynników ułatwiających ich powstawanie, wykluczanie czynników urazowych i ograniczenie wpływu czynników ogólnoustrojowych [11].

Redukcję płytki nazębnej uzyskujemy poprzez prawidłowe, systematyczne szczotkowanie zębów (zalecane metody w chorobach przyzębia: roll, Chartersa, Stilmana, Bassa), oraz stosowanie dodatkowych środków jak: nici dentystryczne, szczoteczki międzyzębowe, wykałaczki, stymulatory dziąsłowe, irygatory do jamy ustnej [12]. W sytuacjach, gdy szczotkowanie zębów nie jest możliwe lub jest niewystarczające, stosujemy środki chemiczne w celu ograniczenia ilości drobno-
ustojów. Występują one w postaci płukanek, żeli, maści. Mogą to być czwartorzędowe związki amoniowe (chlorek cetylopirydyny–płyny Perio, Perigard), związki fenolowe, np. listeryna, triklosan (płukanki Acti-brush, Triklogard), oraz inne, jak sanguinaryna (płukanki Viadent, Periogard), 0,3% woda utleniona. Za jeden z najskuteczniejszych antyseptyków, ograniczających powstawanie płytki nazębnej i zapalenia dziąseł, nawet w przypadku braku możliwości mechanicznego oczyszczania jamy ustnej uznano **chlorheksydyne**. Posiada ona zdolność przywierania do szkliwa, protein śliny, błony śluzowej, jej poziom utrzymuje się ok. 12 godzin. Jest ona składnikiem niektórych past do zębów, płukanek oraz żeli (Corsodyl, Peridex, Parogencyl, Eludril, Oralsept, KIN-Gingival). Objawy uboczne jej stosowania to: gorzki smak, pieczenie języka i błony śluzowej, prze-

barwienia zębów, wypełnień, suchość jamy ustnej [13, 14]. Osoby, które użytkują aparaty ortodontyczne oraz uzupełnienia protetyczne stałe lub ruchome (protezy) powinny utrzymywać je w odpowiednim stanie higienicznym. Działania te zapobiegają rozwojowi stanów zapalnych przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej, szczególnie o etiologii grzybiczej.

Zmiany chorobowe na błonie śluzowej jamy ustnej mogą być wywoływane przez przyczyny miejscowe lub ogólnoustrojowe w chorobach układowych i metabolicznych. Mogą się manifestować bólem, pieczeniem i uczuciem suchości oraz zmianami patologicznymi na błonie śluzowej. Profilaktyka tych stanów wiąże się z diagnostyką i leczeniem schorzenia ogólnego oraz eliminacją czynników miejscowych o działaniu drażniącym (ostre krawędzie zębów, nieprawidłowe uzupełnienia protetyczne, używki, narażenia zawodowe) [15].

Poprawa zdrowia jamy ustnej zależy w znacznym stopniu od wypracowania prawidłowych nawyków higienicznych i zachowań prozdrowotnych, które powinny być kształtowane przez wszystkie specjalności medyczne na każdym poziomie opieki zdrowotnej, we wszystkich grupach społecznych.

Piśmiennictwo

1. Moss S.: Wgląd do jamy ustnej. *Nowa Stomatologia*, 1999, 4, 3–8.
2. Szymaniak E.: Etiologia próchnicy. Jańczuk Z.: *Stomatologia Zachowawcza Zarys Kliniczny*. PZWL, Warszawa, 1995, 157–173.
3. Waszkiel D.: Nadżerki nietypowe szkliwa. Etiopatogeneza, klinika i zapobieganie w świetle badań własnych. Rozprawa habilitacyjna. 2000, Akademia Medyczna w Białymstoku.
4. Wierzbička M., Dybiżbański E.: Zapobieganie próchnicy na początku trzeciego tysiąclecia. *Stomat. Współczesna*, 2002, sup. 1, 12–14.
5. Chlubek D., Opalko K.: Endogenna profilaktyka fluorkowa próchnicy zębów: primum non nocere. *Stomat. i Protet.*, 2002, 3, 13–16.
6. Dąbrowska E., Balunowska M., Letko R.: Zagrożenia wynikające z nadmiernej podaży fluoru. *Nowa Stomat.*, 2001, 4, 22–27.
7. Wochna-Sobańska M.: Racjonalne wykorzystanie związków fluoru w zapobieganiu próchnicy. *Czas. Stomat.*, 1997, 50, 4, 254–256.
8. Whitford G. M.: Acute and chronic fluoride toxicity. *J. Dent. Res.*, 1992, 71, 5, 1249–1254.
9. Machoy Z.: Oddziaływanie fluoru na organizmy żywe. *Stomat. Współczesna*, 1997, 4, 64–67.
10. Jańczuk Z.: *Profilaktyka Profesjonalna w Stomatologii*, PZWL, Warszawa, 2001, 16–110.
11. Górska R., Zaremba M., Kacprzak M.: Współczesne poglądy na etiopatogenezę chorób przyzębia. Górska R.: *Choroby Przyzębia*. Akademia Medyczna w Warszawie, 2002, 13–27.

12. Bałczewska E., Marat J.: Problem higieny jamy ustnej widziany wczoraj i dziś. *Nowa Stomat.*, 2001, 4, 33–37.
13. Szajnar B., Banach J.: Miejscowe stosowanie preparatów chemicznych wspomagających walkę z płytką nazębną. *Forum Stomatologiczne*, 2004, 2, 43–52.
14. Limanowska-Shaw H., Deręgowska-Nosowicz P.: Chlorheksydyna w profilaktyce i leczeniu chorób jamy ustnej. *Mag. Stom.*, 2000, 12, 50–53.
15. Choroby Błony Śluzowej Jamy Ustnej i Przyzębia. Jańczuk Z., Banach J. (red), PZWL, Warszawa 1995, 125–130.

Halina Zwierzyńska¹, Bogumiła Kielbratowska¹

Cechy osobowości pielęgniarek prowadzących edukację zdrowotną, a efektywność ich działań dydaktycznych w opinii pacjentów oddziałów nefrologicznych

Jedną z metod oddziaływania na kształtowanie stylu życia jednostek i grup społecznych jest edukacja zdrowotna [1]. Funkcja edukacyjna jest jedną z wielu funkcji jakie pełni pielęgniarka w swojej codziennej pracy z pacjentem. W jej ramach pielęgniarka prowadzi zadania i czynności zmierzające do kształcenia zachowań zdrowotnych ludzi, tak aby mogli oni prowadzić zdrowy styl życia i przyczynić się do umacniania zdrowia, a także skutecznie wpływać na zdrowie własne i społeczności, w której żyją.

Istotą pielęgnowania wg Wirginii Henderson jest pomaganie ludziom zdrowym i chorym w utrzymaniu, umacnianiu i odzyskiwaniu zdrowia, aż do zapewnienia spokojnej śmierci [2]. Pomoc medyczna powinna być świadczona w taki sposób, aby człowiek mógł uzyskać niezależność tak szybko jak to możliwe. Koncepcja pielęgniarstwa wg Calisty Roy zakłada, że pielęgniarka nie tylko zastępuje pacjenta w realizacji potrzeb, z którymi on sobie nie radzi w związku z chorobą, ale również go edukuje, przygotowuje do samoopieki i samopielęgnacji, uczy różnych sposobów radzenia sobie z niepełnosprawnością i pomaga w adaptacji do sytuacji zmienionej w wyniku choroby.

Edukacja zdrowotna odnosi się do jednostek i/lub rodzin. Jest celowym procesem podnoszenia ich kompetencji w zmaganiu się z chorobami, zagrożeniami zdrowia.

Nabywanie i podnoszenie owych kompetencji zależy od wiedzy podopiecznych pielęgniarki, umiejętności związanych z oczekiwanymi działaniami, jak również od emocjonalnego ustosunkowania się do zdrowia i związanych z nim problemów oraz możliwości ich rozwiązania. Edukacja zdrowotna koncentruje się na następujących obszarach: odżywianie, aktywność fizyczna, uzależnienia, higiena osobista i otoczenia, higiena psychiczna, życie seksualne, bezpieczeństwo w codziennym życiu, ekologia oraz mechanizmy działania leków [3].

¹ Pracownia Metodyki i Organizacji Pracy Pielęgniarskiej, Katedra Pielęgniarstwa, Akademia Medyczna w Gdańsku

Głównymi adresatami oddziaływań edukacyjnych są następujące środowiska: rodzina, grupa rówieśnicza, społeczność lokalna.

Pielęgniarska działalność edukacyjna związana jest ze stałym oddziaływaniem pedagogiczno-wychowawczym, które ma na celu kształtowanie aktywnej postawy każdego człowieka zdrowego lub chorego w stosunku do własnego zdrowia, zdrowia otoczenia. Powinna również dostarczyć wiedzę na temat tego jak unikać choroby i potęgować własne zdrowie. Działalność taka wymaga od pielęgniarki umiejętności przekazywania wiedzy, a więc: określania celów działań, planowania pracy, znajomości form i metod dydaktycznych. W zależności od specyfiki problemu i liczby osób objętych procesem edukacyjnym, pielęgniarka może wykorzystać takie formy edukacji jak: żywe słowo, demonstracja, opracowania graficzne, broszury, ulotki informacyjne, formy artystyczno-rozrywkowe. W edukacji mogą być wykorzystywane różne działania, nawet jednorazowe i okazjonalne np. w postaci udzielenia instruktażu pacjentowi, podania mu wskazówek i wyjaśnień. Szczególną rolę przypisuje się poradnictwu. Jego założeniem jest pomoc, która ma charakter sytuacyjny tzn. udzielana jest wówczas kiedy pojawiają się sytuacje problemowe lub przewiduje się iż takie sytuacje mogą wystąpić [4].

Edukatorem zdrowia winny być osoby profesjonalnie przygotowane do pełnienia zadań związanych z edukacją, co zapewnia odpowiedzialność za całość działań, w tym także za osiągnięte wyniki. Uzyskanie pozytywnych efektów działalności edukacyjnej pielęgniarki wymaga uwzględnienia wielu czynników, które są wynikiem stopnia przygotowania teoretycznego i praktycznego, jak również pewnych osobowościowych predyspozycji do pełnienia omawianej funkcji. Pozytywne efekty działalności edukacyjnej w zakresie zdrowia uzależnione są od wpływu wielu czynników, wśród których wymienia się: środowisko, w którym przebiega proces edukacji, przestrzeganie zasad nauczania, kwalifikacje i stopień zaangażowania osób prowadzących proces edukacji [5].

Celem niniejszej pracy jest określenie jakie cechy i wymiary osobowości pielęgniarek wpływają na skuteczność prowadzonej przez nie edukacji zdrowotnej. Ponadto dokonano próby wyróżnienia cech osobowościowych, sprzyjających efektywnym stylom edukacji zdrowotnej.

Materiał i metodyka badań

W badaniach, które miały charakter pilotażowy, uczestniczyło 68 pacjentów, w tym 39 kobiet oraz 29 mężczyzn. Wszyscy respondenci, byli pacjentami oddziałów nefrologicznych, dializy otrzewnowej lub hemodializy, na terenie województwa pomorskiego. Wszyscy uczestniczyli w różnych formach edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarki wymienionych oddziałów.

Wykształcenie zawodowe miało 26 ankietowanych pacjentów, 34 – średnie, 8 – wyższe. Badani chorzy byli w następujących przedziałach wiekowych:

Tabela 1. Płeć badanych pacjentów

| L.p. | Pytanie nr 2: Płeć | Liczba osób | |
|--------|--------------------|-------------|-----|
| | | n | % |
| 1. | Mężczyzna | 29 | 43 |
| 2. | Kobieta | 39 | 57 |
| Ogółem | | 68 | 100 |

Tabela 2. Wykształcenie badanych pacjentów

| L.p. | Pytanie nr 3: Wykształcenie | Liczba osób | | | | | |
|--------|-----------------------------|-------------|-----|-----------|-----|--------|-----|
| | | kobiety | | mężczyźni | | ogółem | |
| | | n | % | n | % | n | % |
| 1. | podstawowe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. | zawodowe | 8 | 21 | 13 | 45 | 21 | 31 |
| 3. | średnie | 29 | 74 | 10 | 34 | 39 | 57 |
| 4. | wyższe | 2 | 5 | 6 | 21 | 8 | 12 |
| 5. | inne | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ogółem | | 39 | 100 | 29 | 100 | 68 | 100 |

Tabela 3. Wiek badanych pacjentów

| L.p. | Pytanie nr 3: Wiek | Liczba osób | | | | | |
|--------|--------------------|-------------|-----|-----------|-----|--------|-----|
| | | kobiety | | mężczyźni | | ogółem | |
| | | n | % | n | % | n | % |
| 1. | 18–25 lat | 2 | 5 | 1 | 3 | 3 | 4 |
| 2. | 26–35 lat | 10 | 26 | 8 | 28 | 18 | 27 |
| 3. | 36–45 lat | 14 | 36 | 10 | 34 | 24 | 35 |
| 4. | 46–50 lat | 9 | 23 | 8 | 28 | 17 | 25 |
| 5. | 51–65 lat | 4 | 10 | 2 | 7 | 6 | 9 |
| Ogółem | | 39 | 100 | 29 | 100 | 68 | 100 |

swój wiek w przedziale od 30–40 lat określiło 28 osób, 34 osoby w przedziale od 40–50, 6 osób w przedziale od 50–60. Powyższe zestawienie prezentują tabele 1, 2, 3.

Z szerokiej gamy metod badawczych do celów tej pracy wybrano metodę sondażu diagnostycznego. Technika badawczą zastosowaną w tych badaniach była ankieta, a narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety. Oprócz niego, jako metodę uzupełniającą, zastosowano wywiad, który służy do poznawania

opinii ludzi oraz ich problemów. Wywiad ten potraktowano jako swobodną rozmowę. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej i opisowej.

Wykorzystana w badaniach ankieta składała się z: instrukcji wstępnej, danych ogólnych (wiek, płeć, wykształcenie) oraz części zasadniczej zawierającej 13 cech osobowości, poddawanych ocenie poprzez przyznanie im pierwszego, drugiego lub trzeciego miejsca.

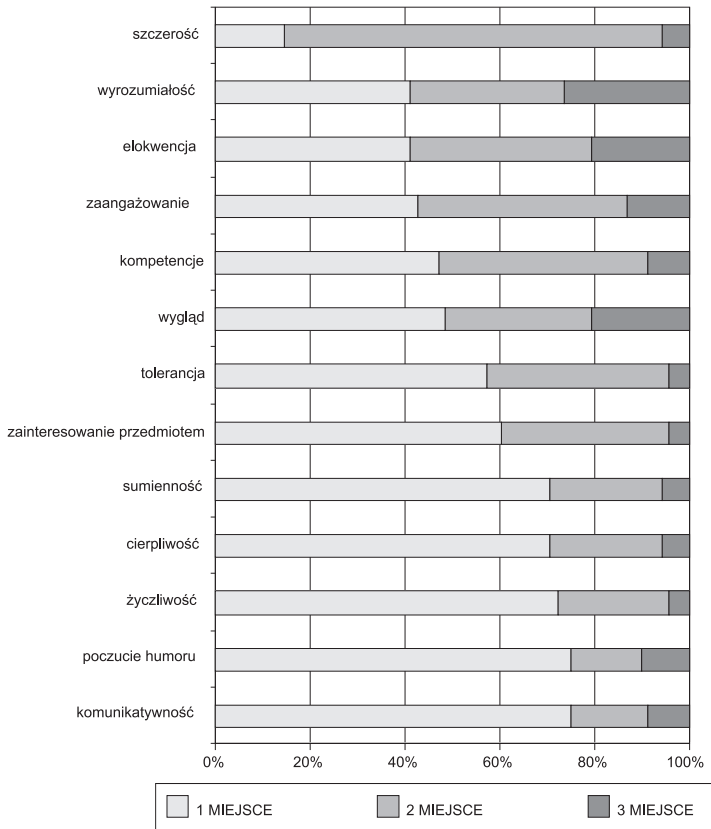
Wyniki badań

Ankietowani poddawali ocenie następujące cechy osobowości: zainteresowanie podopiecznego przedmiotem zajęć, komunikatywność (umiejętność posługiwania się zrozumiałym językiem), szczerłość, wyrozumiałość, cierpliwość, zaangażowanie, tolerancję, poczucie humoru, sumiennność, kompetencje, elokwencję, życzliwość, wygląd (strój, uroda). Wszystkim wymienionym cechom badani przyznawali pierwsze, drugie lub trzecie miejsce.

Pierwsze miejsca respondenci przyznali następującym cechom: komunikatywność oraz poczucie humoru – 75%, życzliwość – 72%, cierpliwość i sumiennność – 71%, zainteresowanie przedmiotem zajęć – 60%, tolerancja – 57%, wygląd – 48%, kompetencje – 47%, zaangażowanie – 43%, elokwencja – 41%, wyrozumiałość – 41%, szczerłość – 15%. Drugie miejsce największa liczba badanych – 54 osoby przyznała szczerości. W następnej kolejności pojawiły się następujące cechy:

Tabela 4. Ranking miejsc dla poszczególnych cech

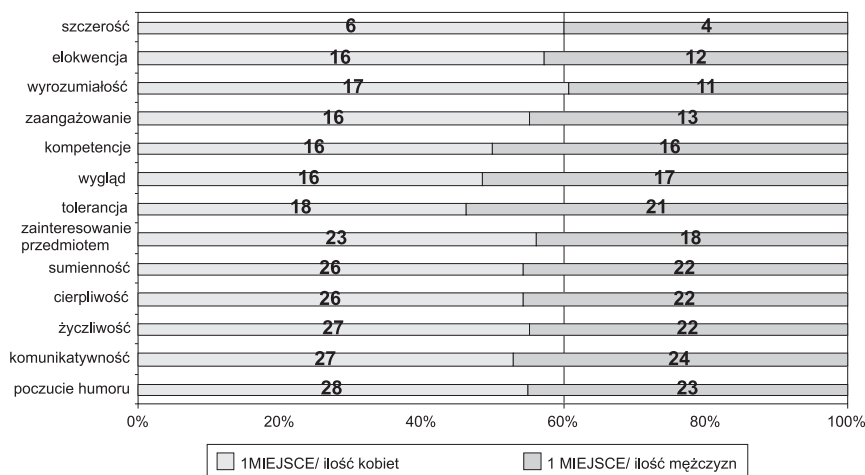
| L.p. | Pytanie nr 4: Proszę przyznać I, II lub III miejsce poniższym cechom osobowości | Liczba osób | | | | | |
|------|---|-------------|----|------------|----|-------------|----|
| | | I miejsce | | II miejsce | | III miejsce | |
| | | n | % | n | % | n | % |
| 1. | Zainteresowanie przedmiotem | 41 | 60 | 24 | 35 | 3 | 5 |
| 2. | Szczerłość | 10 | 15 | 54 | 79 | 4 | 6 |
| 3. | Komunikatywność | 51 | 75 | 11 | 16 | 6 | 9 |
| 4. | Wyrozumiałość | 28 | 41 | 22 | 32 | 18 | 27 |
| 5. | Cierpliwość | 48 | 71 | 16 | 23 | 4 | 6 |
| 6. | Zaangażowanie | 29 | 43 | 30 | 44 | 9 | 13 |
| 7. | Wygląd | 33 | 48 | 21 | 31 | 14 | 21 |
| 8. | Poczucie humoru | 51 | 75 | 10 | 15 | 7 | 10 |
| 9. | Sumiennność | 48 | 71 | 16 | 23 | 4 | 6 |
| 10. | Kompetencje | 32 | 47 | 30 | 44 | 6 | 9 |
| 11. | Elokwencja | 28 | 41 | 26 | 38 | 14 | 21 |
| 12. | Życzliwość | 49 | 72 | 16 | 24 | 3 | 4 |
| 13. | Tolerancja | 39 | 57 | 26 | 38 | 3 | 5 |

Rycina 1. Ranking miejsc przyznawanych wymienionym cechom

zaangażowanie i kompetencje 30 osób, elokwencja i tolerancja – 26 osób, zainteresowanie przedmiotem – 24 osoby, wyrozumiałość – 22 osoby, wygląd – 21 osób, cierpliwość, sumienność, życzliwość – 16 osób, komunikatywność – 11 osób, poczucie humoru 10 osób. Trzecie miejsce największa liczba badanych osób przyznała takim cechom jak: wygląd – 21%, wyrozumiałość – 27%, elokwencja – 21%. Ogólne zestawienie wypowiedzi wszystkich respondentów prezentuje tabela 4 oraz rycina 1.

Wypowiedzi badanych, zróżnicowano w zależności od płci. Nie dostrzeżono istotnych zmian w preferowanych, (tych którym przyznano pierwsze miejsce), przez kobiety i mężczyzn cechach osobowości. Jedni i drudzy jako najistotniejsze cechy sprzyjające efektywności edukacji zdrowotnej wymienili: komunikatywność – 27 kobiet i 24 mężczyzn, cierpliwość – 26 kobiet i 22 mężczyzn, sumienność – 26 kobiet i 22 mężczyzn, zainteresowanie przedmiotem zajęć – 23 kobiety i 18 mężczyzn, wygląd 16 kobiet i 17 mężczyzn. Powyższe zestawienie prezentuje rycina 2.

Rycina 2. Ranking cech, którym przyznano pierwsze miejsca, w zależności od płci



Wnioski

1. Pacjenci, którzy uczestniczą w edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarki, zwracają uwagę na istnienie predyspozycji osobowościowych do realizacji powyższej funkcji.
2. Respondenci za najistotniejsze cechy, sprzyjające efektywności działań edukacyjnych uznali: komunikatywność, poczucie humoru, życzliwość i cierpliwość oraz sumienność.
3. Mniej istotne są takie cechy jak: wygląd osoby prowadzącej edukację zdrowotną, kompetencje, elokwencja, zaangażowanie.
4. Zarówno kobiety i mężczyźni preferują podobne cechy, płeć nie wpływa więc na oczekiwania w stosunku do pielęgniarek prowadzących zajęcia dydaktyczne.

Piśmiennictwo

1. Abramczyk A.: Problemy edukacji zdrowotnej w rodzinie i środowisku lokalnym. W: Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka, red. Z. Kawczyńska-Butrym, CEM Warszawa 1997, s. 239–272.
2. Damant M., Martin C., Openshaw S.: Pielęgniarstwo w praktyce ogólnej – tradycja i zamiany. Sanmedica 1997, Warszawa.
3. Abramczyk A.: Problemy edukacji zdrowotnej w rodzinie i środowisku lokalnym. W: Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka, red. Z. Kawczyńska-Butrym, CEM Warszawa 1997, s. 239–272.
4. Charońska E., Janus B.: Poradnictwo w pracy pielęgniarki. W: Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka, red. Z. Kawczyńska-Butrym, CEM Warszawa 1997, s. 211–235.
5. Wasyluk J.: Podstawy dydaktyki medycznej, Warszawa PZWL 1980.

Grażyna Tatur¹, Janina Książek²,
Lucyna Wilczewska³

Edukacja zdrowotna w ocenie pacjentów korzystających z świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej

Przemiany systemowe w ochronie zdrowia oraz wzrost świadomości społeczeństwa stawiają coraz większe wymagania w podejściu do udzielania świadczeń przez pracowników podstawowej opieki zdrowotnej. Sprawne udzielanie świadczeń daje społeczeństwu wartość wręcz niewymierną, poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego [1].

Ocena to sąd wartościujący wszelką wypowiedź wyrażający dodatnie lub ujemne ustosunkowanie się wypowiadającego do kogoś lub czegoś [2]. W żadnej dziedzinie ocena świadczonych usług nie jest tak ważna, nie budzi tylu emocji i kontrowersyjnych opinii jak w opiece zdrowotnej, dotyczy bowiem najważniejszych wartości – życia i zdrowia ludzkiego. Prawo do zdrowia i jego ochrony jest jednym z podstawowych praw człowieka. Świadomość, że zdrowie społeczeństwa warunkuje sukcesy lub niepowodzenia w dziedzinie ekonomicznej i społecznej powoduje, iż sposób i ocena udzielanych świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej jest przedmiotem szerokiego zainteresowania polityków, samorządów, jednostek i ich rodzin, a także instytucji tworzących system ochrony zdrowia. Przyczynia się również do racjonalnego wykorzystania możliwości systemu oraz nieustannej troski o wysoki poziom świadczeń przez organizatorów ochrony zdrowi. Poznawanie opinii pacjentów o świadczeniu usług lekarzy i pozostałego personelu medycznego podstawowej opieki zdrowotnej oraz czynnikach warunkujących tę ocenę jest problemem niezwykle istotnym. Znajomość wieloaspektowych uwarunkowań ocen pracy personelu medycznego zwiększyć może skuteczność działań reformatorskich w celu usatysfakcjonowania pacjen-

¹ Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia, Akademia Medyczna w Gdańsku

² Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Akademia Medyczna w Gdańsku

³ Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Psychiatryczno-Neurologicznego, Akademia Medyczna w Gdańsku

tów korzystających z usług lekarzy pierwszego kontaktu. Powyższy aspekt odgrywa szczególną rolę z punktu widzenia edukacji zdrowotnej. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie tylko leczy, ale i realizuje zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki. Ma do czynienia z znacznym zróżnicowaniem osobowości i dużym wachlarzem dolegliwości, jakie zgłaszają pacjenci [3, 4].

Warunkiem powodzenia transformacji jest pokonywanie starych i wykształcenie nowych nawyków myślowych całego społeczeństwa. Istotnym jej elementem jest potrzeba osiągnięcia założonego celu, charakteryzująca się umiejętnością dokonywania analitycznej oceny podejmowanych działań, które mogą zakończyć się sukcesem lub niepowodzeniem [5].

Cel pracy

Celem pracy jest ocena edukacji zdrowotnej w opinii pacjentów korzystających ze świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

Materiał i metody

Badaniami objęto 3000 mieszkańców miasta Gdańska, którzy korzystali z świadczeń zdrowotnych przychodni rejonowych. Na 3000 wysłanych kwestionariuszy otrzymano zwrotnie 1778 (59,27%) ankiet, co przekracza przeciętną zwrotność ankiet wysłanych drogą pocztową. Wybór osób, do których wysłano kwestionariusz ankiety oparty był na próbie losowej, bowiem w badaniach uwzględniono co 30-tą osobę z otrzymanego spisu z Biura Ewidencji Ludności Urzędu Miasta Gdańska. W niniejszej pracy zastosowano kwestionariusz ankiety rozsyłany pocztą. Do ankiety dołączono list przewodni wyjaśniający cel i zasadność prowadzonych badań. Ankieta miała charakter anonimowy. Przed przystąpieniem do właściwych prac badawczych przeprowadzono próbę pilotażową, która polegała na wysłaniu do wybranych respondentów 50 ankiet pocztowych. Otrzymane dane poddano weryfikacji oraz analizie statystycznej. Do przeprowadzenia analizy statystycznej w niniejszych badaniach posłużono się testem χ^2 . Zastosowano test istotności dla dwóch średnich (test T) oraz dla więcej niż dwóch średnich (*analiza wariancji*). Odpowiednimi miarami obliczano siłę związku pomiędzy zmiennymi.

Wyniki i omówienie

Analizie poddano wyniki badań 1778 respondentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych przychodni rejonowych podstawowej opieki zdrowotnej w poradniach: ogólnej, dla kobiet, pediatrycznej. Podział badanych z uwzględnieniem rodzaju poradni przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Respondenci według typu poradni

| Rodzaj Poradni | N | % |
|-----------------------|------|-------|
| Poradnia ogólna | 628 | 35,3 |
| Poradnia dla kobiet | 584 | 32,8 |
| Poradnia pediatryczna | 566 | 31,8 |
| Ogółem | 1778 | 100,0 |

Tabela 2. Respondenci według wieku

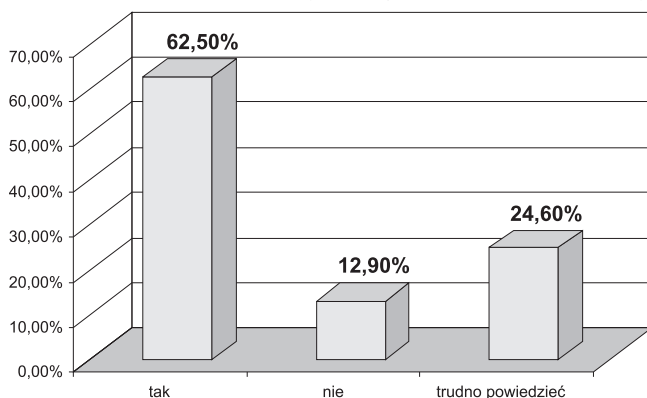
| Wiek respondentów | N | % |
|-------------------|------|-------|
| 0–18 | 559 | 31,4 |
| 19–60 | 1023 | 57,5 |
| 61 i wyżej | 196 | 11,1 |
| Ogółem | 1778 | 100,0 |

Wśród badanej populacji 35,3% osób korzystało z usług poradni ogólnej, 32,8% z poradni dla kobiet, zaś 31,8% to dzieci i młodzież korzystający z poradni pediatrycznej. Analizie poddano wiek pacjentów korzystających ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej – dane przedstawiono w tabeli 2.

Analizując respondentów pod względem płci, wyraźnie stwierdzono, iż dwie trzecie z całości badanych stanowiły kobiety. Większy odsetek kobiet (67,7%) niż mężczyzn (32,3%) wynika z faktu, iż część badań przeprowadzono wśród pacjentek poradni dla kobiet (K). Wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem średnim (34,3%). Co czwarty ankietowany (25,2%) posiadał wykształcenie wyższe. Respondenci z wykształceniem pomaturalnym stanowili 17,3% wszystkich badanych. Podobny odsetek 17,4% stanowili pacjenci z wykształceniem zawodowym. Jedynie 5,6% respondentów posiadało wykształcenie podstawowe.

Istotnym czynnikiem wpływającym na ocenę jakości usług jest fakt informowania pacjentów przez lekarzy o zagrożeniach zdrowotnych. Jak wynika z badań 62,5% pacjentów informowano o istniejących zagrożeniach zdrowotnych i sposobie zapobiegania im, 12,9% osób nie uzyskało takiej informacji. Relatywnie wysoki odsetek osób – 24,6% miał trudności z odpowiedzią na to pytanie (ryc. 1).

Zarówno mężczyźni, jak i kobiety, informowani byli w tym samym zakresie. Osoby z wykształceniem podstawowym – 73,7% były znacznie częściej informowane o zagrożeniach zdrowotnych, niż pozostałe grupy respondentów. Wynik ten świadczyć może o przywiązaniu szczególnej uwagi lekarzy do pacjentów z najniższym poziomem wykształcenia, w działaniach związanych z promocją zdrowia, edukacją zdrowotną i profilaktyką.

Rycina 1. Informowanie przez lekarzy o zagrożeniach zdrowotnych**Tabela 4. Informowanie o zagrożeniach zdrowotnych a typ poradni**

| Rodzaj poradni | Informowanie o zagrożeniach zdrowotnych | | | | | | | |
|-----------------------|---|------|-----|------|-------------------|------|--------|-------|
| | Tak | | Nie | | Trudno powiedzieć | | Ogółem | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Poradnia ogólna | 342 | 54,5 | 101 | 16,1 | 185 | 29,5 | 628 | 100,0 |
| Poradnia dla kobiet | 357 | 63,0 | 67 | 11,8 | 143 | 25,2 | 567 | 100,0 |
| Poradnia pediatryczna | 401 | 71,1 | 59 | 10,5 | 104 | 18,4 | 564 | 100,0 |
| Ogółem | 1100 | 62,5 | 227 | 12,9 | 431 | 24,5 | 1759 | 100,0 |

$$\chi^2 = 37,506; df = 6; p \leq 0,001; V_c = 0,103$$

Należy zwrócić uwagę na duże różnice w kwestii informowania pacjentów przez lekarzy o zagrożeniach zdrowotnych ze względu na rodzaj poradni. Opierając się na wynikach empirycznych można powiedzieć, że największą potrzebę informowania pacjenta o zagrożeniach zdrowotnych zauważają lekarze poradni pediatrycznej – 71,1%, następnie poradni dla kobiet – 63,0%, a lekarze poradni ogólnej w 54,5% (tabela 4). Wpływ na to może mieć fakt, iż pacjenci starsi inaczej odbierają i interpretują przekazywane przez lekarzy informacje. Zapewne i oni są informowani o istniejących zagrożeniach, natomiast nie zawsze są świadomi, że ta informacja dotyczy właśnie zagrożeń zdrowotnych. Dowodem na taką hipotezę mogą być wyniki odpowiedzi: „trudno powiedzieć” i „nie”, bowiem wśród osób powyżej 70 roku życia odsetek odpowiedzi wskazujących na problemy z opiniami w określeniu otrzymanych od lekarzy zaleceń o zagrożeniach zdrowotnych, jest najwyższy i wynosi – 42,4%. Jednoznacznie 12,9% pacjentów udzieliło odpowiedzi świadczącej o tym, iż lekarze nie informują o zagrożeniach zdrowotnych. Powyższe dane odzwierciedla tabela 5.

Tabela 5. Informowanie o zagrożeniach zdrowotnych a wiek

| Wiek respondenta | Informowanie o zagrożeniach zdrowotnych | | | | | | | |
|------------------|---|------|-----|------|-------------------|------|--------|-----|
| | Tak | | Nie | | Trudno powiedzieć | | Ogółem | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 0–2 | 51 | 75,0 | 8 | 11,8 | 9 | 13,2 | 68 | 100 |
| 3–4 | 33 | 55,9 | 6 | 10,2 | 20 | 33,9 | 59 | 100 |
| 5–6 | 45 | 60,0 | 12 | 16,0 | 18 | 24,0 | 75 | 100 |
| 7–10 | 150 | 77,3 | 19 | 9,8 | 25 | 12,9 | 194 | 100 |
| 11–14 | 80 | 70,8 | 8 | 7,1 | 25 | 22,1 | 113 | 100 |
| 15–18 | 32 | 66,7 | 7 | 14,6 | 9 | 18,8 | 48 | 100 |
| 19–30 | 163 | 54,3 | 43 | 14,3 | 94 | 31,3 | 300 | 100 |
| 31–40 | 104 | 59,8 | 31 | 17,8 | 39 | 22,4 | 174 | 100 |
| 41–50 | 171 | 59,8 | 46 | 16,1 | 69 | 23,8 | 286 | 100 |
| 51–60 | 163 | 66,0 | 25 | 10,1 | 59 | 23,9 | 247 | 100 |
| 61–65 | 29 | 43,3 | 11 | 16,4 | 27 | 40,3 | 67 | 100 |
| 66–70 | 40 | 64,5 | 4 | 6,5 | 18 | 29,0 | 62 | 100 |
| Powyżej 70 | 16 | 48,5 | 2 | 9,1 | 14 | 42,4 | 33 | 100 |
| Ogółem | 1077 | 62,4 | 223 | 12,9 | 425 | 24,6 | 1726 | 100 |

$\chi^2 = 75,53$; $df = 24$; $p \leq 0,001$; $V_c = 0,121$

Badania ukazują, że problem oceny edukacji zdrowotnej w grupie pacjentów najstarszych powinien być poddany dodatkowej, szczegółowej analizie.

Wnioski

1. W ocenie pacjentów edukacja zdrowotna ma istotny wpływ na podniesienie jakości usług w podstawowej opiece zdrowotnej.
2. Największą potrzebę edukacji zdrowotnej posiadają rodzice dzieci poradni pediatrycznej.
3. Niskie wyniki ocenianej edukacji w stosunku do pacjentów w wieku podeszłym i starszym wskazują na konieczność podniesienia świadomości lekarzy pierwszego kontaktu i pozostałego personelu w zakresie potrzeb edukacyjnych tej grupy wiekowej.

Piśmiennictwo

1. Przekształcenia podstawowe opieki zdrowotnej. Strategia realizacji celów. Zdrowie Publiczne, 1994, 7, 226–237.

2. Leksykon PWN, Warszawa, 1971, s. 806. Encyklopedia Polpualna, Warszawa 1990, s. 523.
3. Mellibruda J.: Ja – TY – MY. Psychologiczne możliwości ulepszania kontaktów międzyludzkich. Warszawa, Nasza Księgarnia 1986.
4. Dolińska-Zygmunt G. (red.): Elementy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1996.
5. Morawski W.: Zmiana instytucjonalna. Społeczeństwo. Gospodarka. Polityka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.

Bożena Krymska¹

Poziom świadomości kadry pielęgniarskiej placówek POZ i szpitali klinicznych miasta Zabrze w zakresie promowania zdrowia i prowadzenia edukacji zdrowotnej

Wstęp

Współczesna medycyna ustawicznie poszukuje sposobów poprawy zdrowotności społeczeństwa. Daje się zauważyć przenoszenie zadań dotyczących walki o zdrowie, realizowanych dotychczas w głównej mierze przez instytucje medyczne, na instytucje życia społecznego i indywidualne zachowania jednostek. Powodem tego jest fakt, że zdrowie jednostki w ponad 50% zależy od jej zachowań pro- lub antyzdrowotnych, od jej stylu życia.

Następstwem tej sytuacji jest przesunięcie ról pielęgniarskich na rzecz promocji zdrowia i zapobiegania chorobom (doradztwo zdrowotne) oraz wychowania zdrowotnego. Działania zapobiegawcze i wychowanie zdrowotne leżało zawsze w zakresie działań pielęgniarskich, wykonywanie zawodu pielęgniarki na udzielaniu świadczeń zdrowotnych m.in. z zakresu promocji zdrowia, które wykonywała pielęgniarka poprzez samodzielne udzielanie świadczeń zapobiegawczych i edukację zdrowotną [1]. Wydaje się, że była to rola marginalna, albo tak przynajmniej traktowana przez pielęgniarki. Według Sztembis [2]: „zmiana roli zawodowej współczesnej pielęgniarki pociąga za sobą rozszerzenie zadań i przechodzenie w ich wykonywaniu od podporządkowania lekarzowi do samodzielności”.

W stosunku do pacjenta pielęgniarka podejmuje działania zmierzające do zaspokojenia jego potrzeb bio-psycho-społecznych, a niejednokrotnie do uświadomienia tych potrzeb pacjentowi. Staje się nauczycielem, informatorem, doradcą dla pacjenta. Rozwija współpracę przy aktywnym udziale pacjenta i jego rodziny, motywuje do podejmowania działań pomagających utrzymać zdrowie, jak też kształtuje u podopiecznych poczucie odpowiedzialności za zdrowie własne i innych.

¹ Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Rola zawodowa na rzecz promocji zdrowia wbrew pozorom nie dotyczy pracy z człowiekiem zdrowym. Jest dużo do zrobienia również w szpitalach i klinikach. To prawda, że często priorytetową sprawą jest ratowanie życia choremu, ale nie zapominajmy, że on wraca do swego środowiska. Musi być przygotowany (on i jego rodzina) do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia, który eliminuje czynniki ryzyka chorób.

Według Wrońskiej [3] styl życia jednostki można określić jako „sposób życia oparty na wzajemnym związku między szeroko rozumianymi warunkami życia a indywidualnymi wzorami zachowań, zdeteterminowanymi przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy indywidualne”.

Częstotliwość kontaktu pielęgniarki z pacjentem pozwala skutecznie promować zdrowie. Swoje działania edukacyjne pielęgniarka podejmuje w oparciu o diagnozę pielęgniarstwa, która wynika m.in. z rozpoznania szeroko pojętej sytuacji pacjenta, łącznie z warunkami życiowymi, pracy, nauki, wypoczynku oraz oceny postaw prozdrowotnych lub antyzdrowotnych i motywacji do dbania o zdrowie. Powyższe rozpoznanie zobowiązuje pielęgniarkę do oddziaływania na pacjenta poprzez kształtowanie postaw prozdrowotnych i wskazanie korzyści wynikających z prowadzenia zdrowego trybu życia.

Edukacja zdrowotna, prowadzona przez pielęgniarki, jest celowym procesem podnoszenia kompetencji jednostek i/lub rodzin w zmaganiu się z chorobami i zagrożeniami zdrowia. Obejmuje ona wiele czynników [4]:

1. **Wiedza**, której przekazywanie jest konieczne przez edukatora, choć niewystarczające, ponieważ zachowania zdrowotne są funkcją wielu czynników, m.in. psychologicznych (postawy, dążenia, uznawane wartości, motywacje). Wiedza przekazywana w procesie edukacji zdrowotnej dotyczy:
 - zagrożenia zdrowia – świadomość wzrostu ryzyka wynikającego z negatywnego oddziaływania środowiska, ryzykownego stylu życia, cech genetycznych czy osobowościowych,
 - usług – świadomość dostępu do usług zdrowotnych, a szczególnie profilaktycznych,
 - systemów wsparcia – świadomość istnienia systemów wspomagających organizowanych przez system opieki zdrowotnej i grup wsparcia.
2. **Postawy** – przejawiany stosunek do zdrowia, które mogą być zróżnicowane ze względu na:
 - ustosunkowanie się człowieka do problemów,
 - ustosunkowanie się do rozwiązań.
3. **Umiejętności** – wspieranie zdrowia, zapobieganie dysfunkcjom i minimalizowanie czynników ryzyka, zapobieganie skutkom choroby, poprzez takie umiejętności jak:
 - radzenie sobie,
 - komunikowanie się,
 - modyfikowanie zachowań.

Cel pracy

Wypełnienie funkcji zawodowej promotora zdrowia nie jest łatwe. Wymaga przekonania, że jest ona tak samo ważna jak funkcja opiekuńcza, terapeutyczna czy rehabilitacyjna. Wymaga również profesjonalnego przygotowania personelu pielęgniarskiego, które pozwoli im w sposób płynny i bezbolesny sprostać zmianom zachodzącym w ochronie zdrowia i rozbudzonemu oczekiwaniom społecznym.

Celem pracy jest poznanie poziomu świadomości kadry pielęgniarskiej placówek POZ i szpitali klinicznych na terenie Zabrze w zakresie promowania zdrowia i prowadzenia edukacji zdrowotnej wśród jednostek i/lub ich rodzin.

Cele szczegółowe to uzyskanie odpowiedzi na poniższe pytania:

1. Czy pielęgniarki przejawiają gotowość do promowania zdrowia i prowadzenia edukacji zdrowotnej?
2. Czy pielęgniarki są profesjonalnie przygotowane do wypełniania zadań związanych z promocją i edukacją zdrowotną?
 - a) Czy pielęgniarki posiadają fachową wiedzę potrzebną do prowadzenia efektywnej edukacji zdrowotnej?
 - b) Czy pielęgniarki mają umiejętności wspierania zdrowia?
 - c) Czy postawa pielęgniarek (m.in. stosunek do własnego zdrowia) sprzyja promowaniu zdrowia?
3. Czy pielęgniarki opracowują i realizują programy edukacyjno-zdrowotne?
4. Czy mają świadomość potrzeby oceny swoich działań edukacyjno-zdrowotnych?
5. Jakie są doświadczenia pielęgniarek odnośnie doradztwa zdrowotnego prowadzonego w stosunku do nich samych lub członka rodziny?

Material i metody

Badanie przeprowadzono wśród 211 pielęgniarek zatrudnionych w placówkach opieki zdrowotnej na terenie Zabrze – 161 pielęgniarek wypełniających ankietę było zatrudnionych w szpitalach klinicznych, 50 następnych zaś w różnych poradniach POZ i specjalistycznych.

Badanie przeprowadzono w okresie od I do IV 2004 roku.

Zdecydowana większość badanych to kobiety (99%), w wieku 31–49 lat (80%). Największą grupę stanowiły pielęgniarki z 11–15 letnim stażem pracy (33%) i z 16–20 letnim stażem (29%). Największą grupą respondentów były pielęgniarki ze średnim wykształceniem (70%), na stanowisku pielęgniarki odcinkowej (77,3%). Pełną charakterystykę badanej populacji przedstawia tabela 1.

Badanie przeprowadzono za pomocą ankiety zawierającej, poza metryczką, 23 pytania zamknięte i 1 pytanie otwarte. W ankiecie, oprócz pytań autorskich, wykorzystano zmodyfikowane pytania testu samooceny pielęgniarki promującej zdrowie autorstwa Marianny Charzyńskiej-Guly [5, s. 19–25].

Uzyskane wyniki rozpatrzono:

1. pod względem ilościowym, na podstawie analizy liczby uzyskanych odpowiedzi w pytaniach umożliwiających udzielenie więcej niż jednej odpowiedzi lub liczbę osób w pytaniach z jednym wyborem,
2. pod względem jakościowym w pytaniu otwartym.

Wyniki badań

Pielęgniarki zapytano o ocenę własnej gotowości do zajmowania się promocją zdrowia. Większość pielęgniarek, bo 54% (52% – klinicznych i 60% poradniowych) daje zlecenie pacjentowi i/lub jego rodzinie i sugeruje, jak je zrealizować, ale aż 17% pielęgniarek ze szpitali wcale nie wykazuje zainteresowania promocją zdrowia, koncentruje się na chorobie poprzez realizację zleceń lekarskich. Żadna z pielęgniarek pracujących w poradni nie udzieliła odpowiedzi świadczącej o pomijaniu aspektu doradztwa zdrowotnego swojej pracy, a wręcz 30% z nich daje zalecenie, sugeruje jak je zrealizować i ponadto oferuje utrzymanie kontaktu.

Tabela 2.

| Placówka opieki zdrowotnej | Ilość ankietowanych | Odpowiedzi | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------|------------|------|----|------|-----|----|----|----|
| | | A | | B | | C | | D | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Śl. Centrum Chorób Serca | 61 | 10 | 16 | 7 | 12 | 38 | 62 | 6 | 10 |
| Szp. Kliniczny Nr 8 | 19 | 1 | 5 | 3 | 6 | 9 | 47 | 6 | 32 |
| Śl. Centrum Pediatrii | 19 | 6 | 31,5 | 2 | 10,5 | 5 | 26 | 6 | 32 |
| Klinika Pulmonologii | 20 | 4 | 20 | 8 | 40 | 5 | 25 | 3 | 15 |
| Szp. Kliniczny Nr 1 | 42 | 6 | 14 | 3 | 7 | 26 | 62 | 7 | 17 |
| Razem szpitale | 161 | 27 | 17 | 23 | 14 | 83 | 52 | 28 | 17 |
| Poradnie | 50 | – | – | 5 | 10 | 30 | 60 | 15 | 30 |
| Razem | 211 | 27 | 13 | 28 | 13 | 113 | 54 | 43 | 20 |

Oznaczenia:

A – koncentruję się na chorobie poprzez realizację zleceń lekarskich

B – ograniczam się tylko do wydawania zalecenia

C – daję zalecenie i sugeruję jak je zrealizować

D – daję zalecenie, sugeruję jak je zrealizować i oferuję utrzymanie kontaktu

Rycina 1. Ocena własnej gotowości do promowania zdrowia pielęgniarek klinicznych i pielęgniarek poradnianych

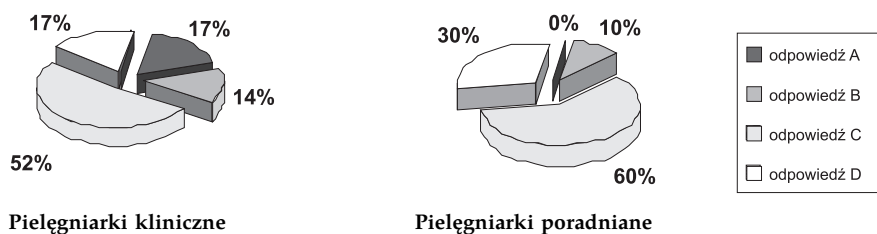


Tabela 3.

| Placówka opieki zdrowotnej | Ilość ankietowanych | Czy twoim zdaniem osoba pracująca na twoim miejscu powinna prowadzić doradztwo zdrowotne? | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------|---|------|----|------|----|------|----|----|
| | | A | | B | | C | | D | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Śl. Centrum Chorób Serca | 61 | 26 | 43 | 17 | 28 | 11 | 18 | 7 | 11 |
| Szp. Kliniczny Nr 8 | 19 | 6 | 32 | 8 | 42 | 5 | 26 | – | – |
| Śl. Centrum Pediatrii | 19 | 7 | 37 | 6 | 31,5 | 6 | 31,5 | – | – |
| Klinika Pulmonologii | 20 | 7 | 35 | 9 | 45 | 4 | 20 | – | – |
| Szp. Kliniczny Nr 1 | 42 | 17 | 40 | 8 | 19 | 7 | 17 | 10 | 24 |
| Razem szpitale | 161 | 63 | 39 | 48 | 30 | 33 | 20 | 17 | 11 |
| Poradnie | 50 | 25 | 50 | 25 | 50 | – | – | – | – |
| Razem | 211 | 88 | 41,5 | 73 | 34,5 | 33 | 16 | 17 | 8 |

Oznaczenia:

A – tak

B – tak, ale tylko wtedy, gdy jest do tego dodatkowo, dokładnie przygotowana

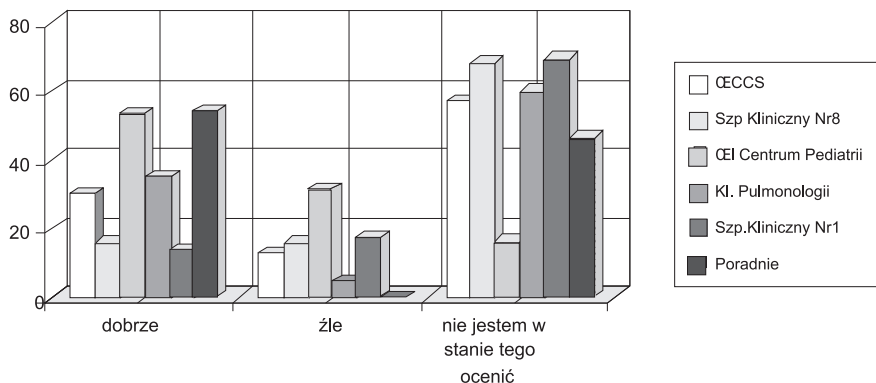
C – nie, ponieważ powinna to robić osoba od początku przygotowana do tego rodzaju zadań (inny zawód), znająca metody skutecznego doradztwa

D – nie, ponieważ na moim stanowisku prowadzenie doradztwa zdrowotnego jest nie-realne

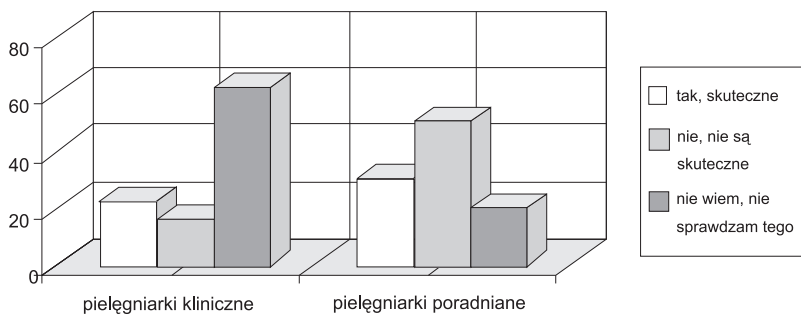
Według 76% wszystkich ankietowanych pielęgniarka powinna prowadzić doradztwo zdrowotne, ale 30% pielęgniarek klinicznych i 50% poradnianych sugerowało, że dopiero po dokładnym i dodatkowym poza programem szkolnym przygotowaniu. Natomiast 33% pielęgniarek klinicznych nie widzi pielęgniarki w roli promotora i edukatora zdrowotnego.

Na pytanie „Jak twoim zdaniem inni pracownicy służby zdrowia w twoim środowisku zawodowym, w twojej placówce realizują doradztwo zdrowotne?“, 34% (44 pielęgniarek klinicznych i 54 poradnianych) odpowiedziało, że dobrze; natomiast aż 54% nie było w stanie tego ocenić.

Rycina 2. Jakość dotychczasowego doradztwa zdrowotnego we własnych placówkach



Rycina 3. Samoocena doradztwa ankietowanych



Nieco niżej oceniono skuteczność własnego doradztwa. 24% wszystkich pielęgniarek, tj. 22% pielęgniarek klinicznych i 30% poradnianych oceniło je jako skuteczne. Jednak duża grupa, bo 52% nie interesuje się skutecznością.

Skuteczność ankietowani oceniali przede wszystkim na podstawie relacji pacjentów. Jednak spora grupa, bo 24% wszystkich pozytywnych odpowiedzi, po prostu się domyśla. Żadna z ankietowanych pielęgniarek nie prowadzi monitoringu swoich porad.

Badanie wykazało, że 24% pielęgniarek (16% klinicznych i 50% poradnianych) ocenia swoje doradztwo za nieskuteczne. W 38% wszystkich ocen nieskuteczności doradztwa jako powód podano, że pacjent bardziej słuca lekarza niż pielęgniarkę. 26% nieskutecznie oceniających swoje doradztwo wskazało na negatywne doświadczenia w tej dziedzinie („wiele razy próbowałam pomóc ludziom i niewiele z tego wyszło”), a 22% jako powód nieskuteczności podało brak czasu na tego typu działalność.

Rycina 4. Na jakiej podstawie ankietowani oceniali skuteczność swojego doradztwa

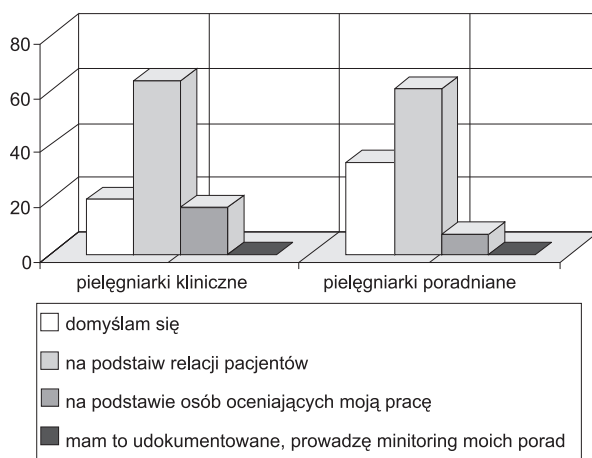


Tabela 4.

| Placówka opieki zdrowotnej | Ilość ankietowanych | Ocena doradztwa zdrowotnego realizowanego w stosunku do ankietowanych lub członka rodziny | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------|---|------|----|------|----|----|---|-----|----|----|----|------|
| | | A | | B | | C | | D | | E | | F | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| ŚCCS | 61 | 4 | 7 | 2 | 3 | 17 | 28 | – | – | 17 | 28 | 21 | 34 |
| Szp. Kliniczny Nr 8 | 19 | 2 | 10,5 | 3 | 16 | 3 | 16 | 1 | 5 | 8 | 42 | 2 | 10,5 |
| Śl. Centrum Pediatrii | 19 | 2 | 10,5 | 2 | 10,5 | 5 | 26 | – | – | 7 | 37 | 3 | 16 |
| Klinika Pulmonologii | 20 | 1 | 5 | – | – | 7 | 35 | 1 | 5 | 7 | 35 | 4 | 20 |
| Szp. Kliniczny Nr 1 | 42 | 4 | 9,5 | 3 | 7 | 11 | 26 | 1 | 2,5 | 15 | 36 | 8 | 19 |
| Szpitala razem | 161 | 13 | 8 | 10 | 6 | 43 | 27 | 3 | 2 | 54 | 34 | 38 | 23 |
| Poradnie | 50 | 25 | 50 | 10 | 20 | 9 | 18 | – | – | 5 | 10 | 1 | 2 |
| Razem | 211 | 38 | 18 | 20 | 9 | 52 | 25 | 3 | 2 | 59 | 28 | 39 | 18 |

Oznaczenia:

A – było bardzo dobre

B – było dobre, choć oczekiwałam czegoś więcej

C – było symboliczne, ograniczające się do wydania polecenia

D – było złe, zawierało nawet błędy merytoryczne

E – w ogóle nie było doradztwa

F – jeszcze nie było takiej sytuacji

111 wszystkich pielęgniarek, tj. 52% nie potrafi ocenić skuteczności swojego doradztwa, ponieważ 34% z nich nie wie jak to robić, a 66% (70% klinicznych i 20% poradnianych) nie widzi sensu dokonywania takiej oceny.

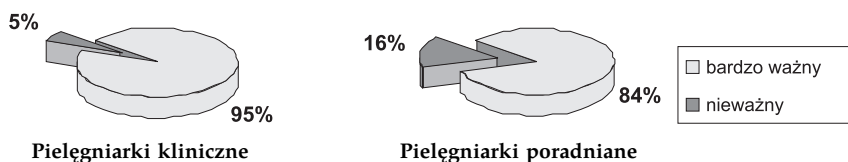
Tabela 5.

| Placówka opieki zdrowotnej | Ilość odpowiedzi pozytywnych | Wybierane tematy doradztwa | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|----|
| | | A | | B | | C | | D | | E | | F | | G | | H* | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| ŚCCS | 103 | 19 | 18 | 24 | 23 | 10 | 10 | 9 | 9 | 22 | 21 | 14 | 14 | 5 | 5 | 10 | 16 |
| Szp. Kliniczny Nr 8 | 24 | 4 | 17 | 7 | 29 | 3 | 13 | 4 | 17 | 2 | 8 | 2 | 8 | 2 | 8 | 2 | 11 |
| Śl. Centrum Pediatrii | 34 | 6 | 18 | 4 | 12 | 4 | 12 | 3 | 8 | 11 | 32 | 6 | 18 | - | - | 5 | 26 |
| Klinika Pulmonologii | 26 | 5 | 19 | 5 | 19 | 4 | 16 | 5 | 19 | 5 | 19 | 1 | 4 | 1 | 4 | 8 | 40 |
| Szp. Kliniczny Nr 1 | 53 | 3 | 6 | 6 | 11 | 3 | 6 | 8 | 15 | 21 | 40 | 8 | 15 | 4 | 7 | 1 | 2 |
| Szpitala razem | 240 | 37 | 15 | 46 | 19 | 24 | 10 | 29 | 12 | 61 | 25 | 31 | 14 | 12 | 5 | 26 | 16 |
| Poradnie | 54 | 6 | 11 | 9 | 18 | 11 | 20 | 12 | 22 | 11 | 20 | 5 | 9 | - | - | - | - |
| Razem | 294 | 43 | 15 | 55 | 19 | 35 | 12 | 41 | 14 | 72 | 24 | 36 | 12 | 12 | 4 | 26 | 12 |

* procent liczony z ilości ankietowanych

- A – Żywienie w zdrowiu
- B – Żywienie w chorobach
- C – Rodzinny problem tytoniowy
- D – Uaktywnienie fizyczne
- E – Pielęgnowanie w zdrowiu
- F – Profilaktyka wypadków i urazów w domu
- G – Inne
- H – W żadnym temacie nie czuję się dobrze

Rycina 5. Ocena wpływu stylu życia pielęgniarki na skuteczność doradztwa w ocenie pielęgniarek klinicznych i pielęgniarek poradnianych



Z badania wynika, że aż 55% pielęgniarek (łącznie odpowiedzi C, D, E) miało nienajlepsze doświadczenia, jeśli chodzi o doradztwo zdrowotne realizowane w stosunku do nich samych lub kogoś bliskiego. Pielęgniarki odpowiadały, że było symboliczne, ograniczające się tylko do wydawania polecenia, lub nie było go wcale. Szczegółowy rozkład odpowiedzi przedstawia tabela 4.

Pielęgniarki w badaniu wskazywały na rodzaj doradztwa, w którym czują się pewnie. Łącznie wymieniły 294 tematy doradztwa, w którym czują się najlepiej, czyli średnio 1,4 tematu na osobę. 16% pielęgniarek klinicznych w żadnym z rodzajów doradztwa nie czuje się pewnie. Żadna z pielęgniarek poradnianych nie udzieliła odpowiedzi negatywnej.

Pielęgniarki wypowiadały się na temat własnego stylu życia i 92% ankietowanych pielęgniarek uznało, że styl życia jaki prowadzi pielęgniarka promująca zdrowie jest bardzo ważny.

Na uwagę zasługuje fakt, że pielęgniarki nie zawsze prowadzą zdrowy styl życia, godny naśladowania. Styl życia, jaki prowadzi badana populacja przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Styl życia badanej grupy

| Placówka | Σ | A* | | B | | C | | D | | E | | F | | G | | H | | I | | J | | K | | L | |
|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|
| | | Tak | Nie | Tak | Nie | Tak | Nie | Tak | Nie | Tak | Nie | Tak | Nie | Tak | Nie | Tak | Nie | Tak | Nie | Tak | Nie | Tak | Nie | Tak | Nie ¹ |
| ŚCCS | 61 | 49 | 10 | 56 | 5 | 60 | 1 | 27 | 34 | 31 | 30 | 29 | 32 | 14 | 47 | 59 | 2 | 51 | 10 | 26 | 35 | 42 | 19 | 53 | 4 |
| Szp.Kl. Nr 8 | 19 | 11 | 8 | 19 | – | 17 | 2 | 7 | 12 | 9 | 10 | 7 | 12 | 5 | 14 | 19 | – | 14 | 5 | 11 | 8 | 14 | 5 | 18 | 1 |
| Śl. C. Ped. | 18 | 13 | 6 | 17 | 2 | 15 | 4 | 8 | 11 | 9 | 10 | 7 | 12 | 4 | 15 | 16 | 3 | 11 | 8 | 10 | 9 | 12 | 7 | 17 | 2 |
| Kl. Pulmonol | 20 | 17 | 3 | 20 | – | 20 | – | 7 | 13 | 14 | 6 | 7 | 13 | 5 | 15 | 17 | 3 | 19 | 1 | 9 | 11 | 13 | 7 | 15 | 5 |
| Szp. Kl. Nr 1 | 42 | 31 | 11 | 36 | 6 | 39 | 3 | 21 | 21 | 24 | 18 | 11 | 31 | 9 | 33 | 36 | 6 | 30 | 12 | 17 | 25 | 26 | 16 | 39 | 3 |
| Razem szp. | 161 | 121 | 38 | 148 | 13 | 151 | 10 | 70 | 91 | 87 | 74 | 61 | 100 | 37 | 124 | 147 | 14 | 125 | 36 | 73 | 88 | 107 | 54 | 142 | 15 |
| Razem szp. % | | 76 | 24 | 92 | 8 | 94 | 6 | 43 | 57 | 54 | 46 | 38 | 62 | 23 | 77 | 91 | 9 | 78 | 22 | 45 | 55 | 66 | 34 | 88 | 9 |
| Poradnie | 50 | 35 | 15 | 36 | 14 | 44 | 6 | 12 | 38 | 21 | 29 | 9 | 41 | 10 | 40 | 40 | 11 | 15 | 35 | 20 | 30 | 48 | 2 | 50 | – |
| Poradnie % | | 70 | 30 | 72 | 28 | 88 | 12 | 24 | 76 | 42 | 58 | 18 | 82 | 20 | 80 | 80 | 20 | 30 | 70 | 40 | 60 | 96 | 4 | 100 | – |
| Razem | 211 | 156 | 53 | 184 | 27 | 195 | 16 | 82 | 129 | 108 | 103 | 70 | 141 | 47 | 164 | 187 | 25 | 140 | 71 | 93 | 119 | 155 | 56 | 192 | 15 |
| Razem % | | 76 | 25 | 87 | 13 | 92 | 8 | 39 | 61 | 51 | 49 | 33 | 67 | 22 | 78 | 87 | 13 | 66 | 34 | 44 | 56 | 73 | 27 | 91 | 7 |

* odpowiadały tylko kobiety

¹ 4 osoby nie udzieliło odpowiedzi, tj. 4,5%

A – Systematycznie badasz swoje piersi

B – Kontrolujesz masę swego ciała

C – Bierzesz leki, których działania jesteś pewna

D – Prawie codziennie zjadasz śniadanie o właściwej porze

E – Owoce i warzywa stanowią przewagę w twojej diecie

F – Świadomie i celowo podnosisz poziom swojej aktywności fizycznej

G – Czy palisz tytoń?

H – Starasz się zachowywać bezpiecznie

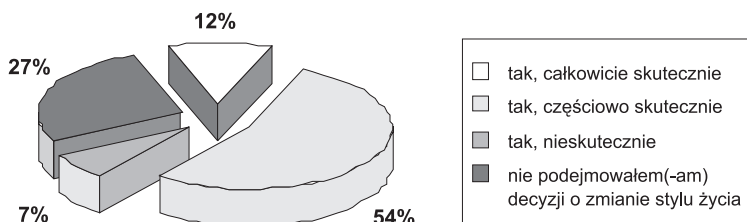
I – Systematycznie kontrolujesz swój stan zdrowia

J – Raz w roku odpoczywasz tak, że czujesz się wypoczęta na cały rok

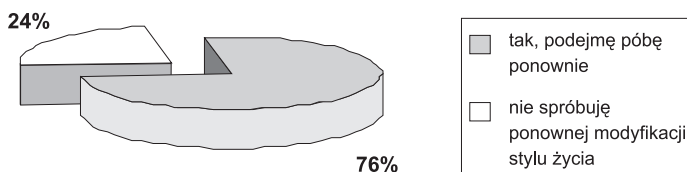
K – Nie nadużywasz alkoholu

L – Unikasz ryzykownych zachowań seksualnych.

Rycina 6. Podejmowanie decyzji o modyfikacji własnych zachowań zdrowotnych



Rycina 7. Deklaracja badanych co do podjęcia ponownej próby modyfikacji własnego stylu życia mimo nieudanej próby



Należy podkreślić, że na niezdrowy styl życia pielęgniarek składają się następujące fakty:

1. większość (76%) nie spożywa systematycznie, o właściwej porze śniadań,
2. 49% badanych przyznaje, że owoce i warzywa nie stanowią zdecydowanej większości wśród spożywanych produktów,
3. pomimo obowiązku badań okresowych i aktualnych książeczek zdrowia, 34% badanej populacji systematycznie nie kontroluje swojego stanu zdrowia,
4. 1/4 pielęgniarek nie bada systematycznie piersi,
5. ponad 1/5 pielęgniarek pali tytoń,
6. aż 56% badanych ujawnia, że nie wypoczywa na urlopie tak, aby zdecydowanie nabrać sił na cały następny rok pracy, czyli czuje się przemęczonych,
7. znaczna część personelu pielęgniarskiego (27%) przyznaje, że spożywana przez nie ilość alkoholu jest za duża.

Badanie wykazało, że aż 66% pielęgniarek dostrzegło potrzebę zmiany swojego stylu życia oraz zachowania zdrowotnego i próbowało wpłynąć na ich zmianę. Jednak części z tych osób (61%) nie do końca udało się zmodyfikować własne zachowanie zdrowotne, ale 76% z nich taką próbę podejmie jeszcze raz.

Wnioski

Z przeprowadzonego badania wynika, że promowanie zdrowia i doradztwo zdrowotne (edukacja zdrowotna) jest traktowane przez pielęgniarki jako funkcja drugorzędna. Ponadto:

1. Znaczna grupa pielęgniarek klinicznych nie wykazuje zainteresowania powyższym zadaniem, koncentruje się na chorobie poprzez realizację zleceń lekarskich, a nieliczna grupa pielęgniarek ogranicza się tylko do wydania zalecenia zmiany trybu życia.
2. Prawie wszystkie pielęgniarki poradniane edukują pacjentów poprzez danie polecenia, sugerowanie jak je zrealizować i oferowanie utrzymania kontaktu
3. Ponad 50% ankietowanych pielęgniarek odczuwa potrzebę dokładnego przygotowania się do poszczególnych rodzajów poradnictwa zdrowotnego, albo przypisało rolę edukatora innym zawodom.
4. Mało pielęgniarek prowadzi skutecznie (w odczuciu samych ankietowanych) doradztwo i promuje zdrowie. Skuteczność oceniają tylko na podstawie relacji pacjentów. Pozostała grupa wcale nie ocenia skuteczności swojej edukacji zdrowotnej, ponieważ albo nie wie jak to robić, albo nie widzi sensu takiej oceny.
5. Należy przeprowadzić szereg szkoleń dla personelu pielęgniarskiego na temat metod i technik edukacji zdrowotnej w zdrowiu i chorobie.
6. Pielęgniarki prowadzą niezdrowy styl życia, chociaż w większości uważają, że ma on wpływ na skuteczność edukacji zdrowotnej, którą same prowadzą.
7. W związku z tym, że tylko 66% wszystkich badanych prowadzących niezdrowy tryb życia próbowało go zmodyfikować, a z tego 76% podjęło próbę ponownie, należy poprzez szkolenia podnieść poziom świadomości pielęgniarek na temat wpływu stylu życia na zdrowie jednostki.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej.
2. Sztambis B., Wrońska I.: Współczesny system ochrony zdrowia. Od ery medycznej do postmedycznej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2001, 12, 5–6.
3. Wrońska I., Filipczuk A.: Zachowanie zdrowotne pacjentów. *Pielęgniarka i Położna*, 2003, 6, 4–7.
4. Charońska E., Janus B.: Promocja zdrowotna i edukacja zdrowotna. *Pielęgniarstwo* 2000, 1999, 3, 19–25.
5. Charzyńska-Gula M.: Edukacja zdrowotna rodziny. *Poradnik dla pielęgniarki rodzinnej*. Stowarzyszenie na Rzecz Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Lublin 2002, 59–65.

Barbara Kubik¹, Zofia Musiał¹, Małgorzata Pasek^{1,2},
Małgorzata Schlegel-Zawadzka¹

Edukacyjna funkcja pielęgniarki w przygotowaniu chorych na cukrzycę do samoopieki. Badania wstępne

Wstęp

Cukrzyca stanowi jeden z głównych problemów zdrowotnych i społecznych we współczesnym świecie, wynikającym ze znacznego rozpowszechnienia choroby, niekorzystnego wpływu cukrzycy na jakość i długość życia chorych oraz ogromnych kosztów związanych z jej kompleksowym leczeniem. W Polsce, na cukrzycę choruje obecnie około 1,8 miliona ludzi, a na całym świecie przeszło 151 milionów. Według prognoz WHO, do roku 2005 liczba chorych na cukrzycę ulegnie podwojeniu [1, 2].

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą i chociaż całkowite jej wyleczenie nie jest obecnie możliwe, stosowana terapia ogranicza negatywny wpływ choroby na jakość życia, pozwala tysiącom chorym na cukrzycę na uzyskanie dobrego stanu zdrowia i samopoczucia. Integralną częścią terapii pacjentów z cukrzycą jest edukacja zdrowotna realizowana przez zespół terapeutyczny względem chorych i ich rodzin [3]. Kształtowanie u chorych z cukrzycą odpowiedzialności za własne zdrowie, wyposażenie w wiedzę i umiejętności do życia z chorobą zmniejszy ich lęk i poczucie inwalidztwa, może stać się podstawą prawdziwej samodzielności i niezależności pacjenta [4, 5].

W edukacji chorych na cukrzycę dużą rolę do spełnienia mają pielęgniarki, ponieważ to one są najbliższe pacjenta, szczególnie w okresie jego hospitalizacji. Właściwa edukacja, połączona z profesjonalną, empatyczną i kreatywną postawą pielęgniarki ma ogromne znaczenie dla jakości życia pacjentów z cukrzycą i ich rodzin [6].

¹ Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

² Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Cel pracy

Celem pracy była ocena udziału pielęgniarek pracujących w oddziałach internistycznych w przygotowaniu chorych na cukrzycę do samoopieki. W celu osiągnięcia celu pracy wyodrębniono następujące problemy badawcze:

1. Czy edukacja zdrowotna chorych na cukrzycę jest elementem stałym w pracy pielęgniarek?
2. Źródła wiedzy pielęgniarek z zakresu cukrzycy i edukacji zdrowotnej.
3. Tematyka działań edukacyjnych podejmowanych przez pielęgniarki w aspekcie przygotowania chorych na cukrzycę do samoopieki.
4. Stosowane przez pielęgniarki metody i formy edukacji zdrowotnej.
5. Ilość czasu przeznaczana przez pielęgniarki na edukację zdrowotną pacjentów z cukrzycą.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w okresie od września do listopada 2004 roku w Tarnowie, Tuchowie i Dąbrowie Tarnowskiej. Uczestniczyły w nich łącznie 75 pielęgniarek pracujących w oddziałach internistycznych czterech szpitali. Do uzyskania materiału badawczego wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, którą stanowił autorski kwestionariusz ankiety, skonstruowanej dla potrzeb badania. Badania były anonimowe.

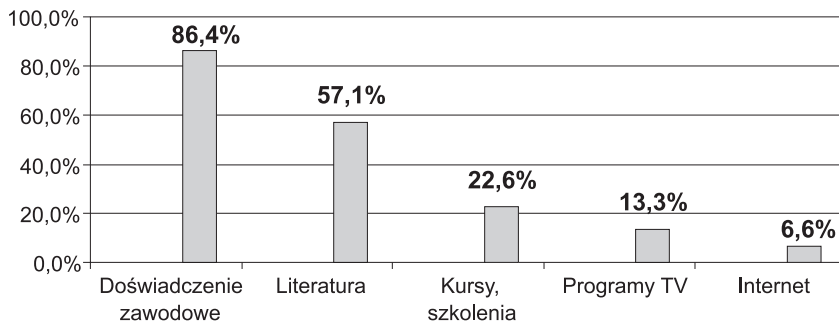
Wyniki badań i ich omówienie

Charakterystykę grupy badawczej przedstawia tabela nr 1. W grupie badanych pielęgniarek, 56,0% (42) w celu podniesienia kwalifikacji zawodowych korzystało z różnych form doskonalenia zawodowego. Kursy doskonalące ukończyło 21,3% (16), kursy kwalifikacyjne 16,0% (12), z kursów specjalistycznych skorzystało 16,0% (12), w tym kurs z zakresu diabetologii ukończyło 6,7% (5). Dwie respondentki tj. 2,7% studiuje zaocznie pielęgniarstwo. Większość badanych 53,3% (40) podaje, że przygotowanie chorych na cukrzycę do samoopieki jest elementem stałym ich pracy, 38,7% (29) czasami włącza się w działania edukacyjne pacjentów z cukrzycą, niewielki odsetek 8,0% (6) ankietowanych rzadko podejmuje edukację chorych na cukrzycę.

Przygotowanie pacjentów z cukrzycą do samodzielnego i niezależnego funkcjonowania w codziennym życiu, wymaga współpracy pielęgniarki z innymi członkami zespołu terapeutycznego. W badanej grupie 77,4% (58) pielęgniarek współpracuje z innymi pielęgniarkami, lekarzem i dietetykiem, tylko z lekarzem współpracuje 9,3% (7) badanych i tyle samo 9,3% (7) wskazało dietetyka jako osobę, która włącza się do działań edukacyjnych realizowanych przez pielęgniarki. Niewielki odsetek badanych 4,0% (3) deklaruje również współpracę z pielęgniarką środowiskowo-rodzinną.

Tabela 1. Ogólna charakterystyka badanych

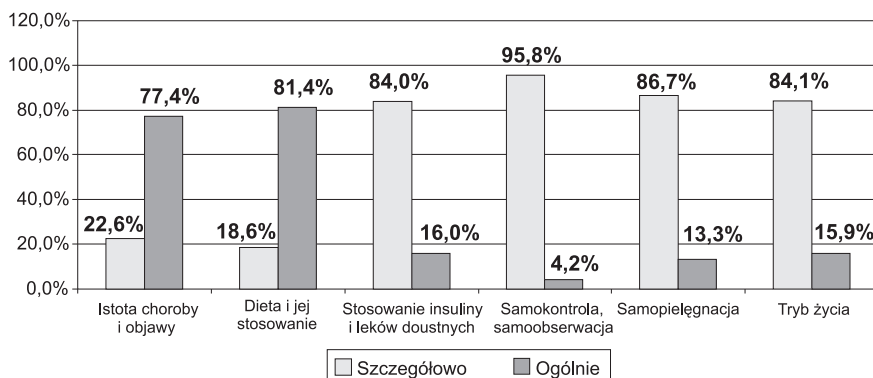
| Charakterystyka badanych | % badanych |
|------------------------------|------------|
| Wiek | |
| Do 25 lat | 11,9% |
| 26–30 lat | 21,3% |
| 31–40 lat | 53,2% |
| 41–50 lat | 18,6% |
| Wykształcenie | |
| wyższe | 5,6% |
| średnie | 94,4% |
| Staż pracy w zawodzie | |
| Do 5 lat | 16,0% |
| 5–10 lat | 20,0% |
| 10–15 lat | 24,8% |
| 15–20 lat | 23,2% |
| Powyżej 20 lat | 16,0% |

Rycina 1. Źródła wiedzy pielęgniarek z zakresu cukrzycy i edukacji zdrowotnej

Źródła wiedzy badanych z zakresu cukrzycy i prowadzonej w tej chorobie edukacji zdrowotnej obrazuje ryc.1. Wyniki w niej przedstawione nie sumują się do 100%, ponieważ badani najczęściej wskazywali kilka źródeł pozyskiwania informacji.

Edukacja chorych na cukrzycę wymaga szczegółowej, obszernej, rozłożonej w czasie realizacji tematyki, dotyczącej istoty choroby i jej objawów, powikłań, samokontroli, kierunków terapii i pielęgnowania. W prowadzonych badaniach podjęto próbę uzyskania informacji, które zagadnienia są realizowane przez pielęgniarki w sposób szczegółowy, a które ogólnie i nie przygotowujący w pełni chorych z cukrzycą do samoopieki. Z sześciu zaproponowanych do edukacji

Rycina 2. Tematyka edukacji zdrowotnej u chorych z cukrzycą podejmowana przez pielęgniarki

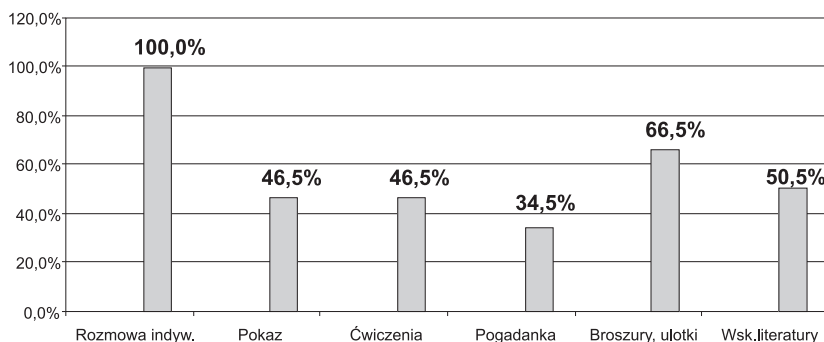
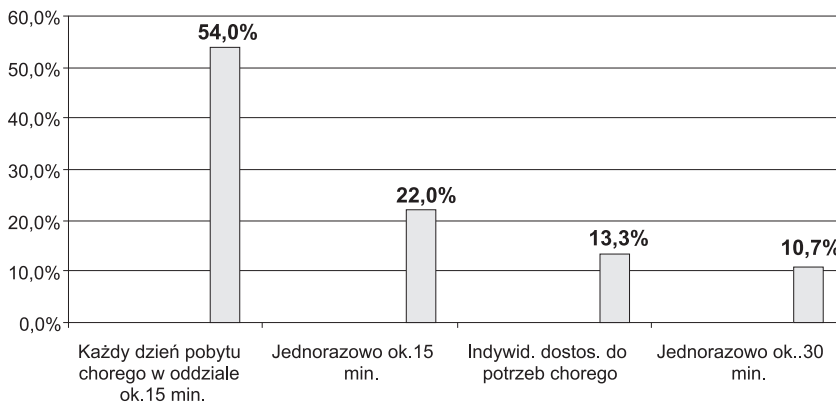


obszarów zagadnień, większość badanych wskazała cztery, w obrębie których, szczegółowo przygotowuje pacjentów z cukrzycą do samoopieki. Te obszary to: samokontrola i samoobserwacja, stosowanie insuliny i leków doustnych, samopielęgnacja, tryb życia. Szczegółową analizę tematyki edukacji zdrowotnej chorych na cukrzycę podejmowaną w pracy przez pielęgniarki przedstawia ryc. 2.

Złożoność i różnorodność problematyki cukrzycy, wynikająca z jej przewlekłego i nieuleczalnego charakteru sprawia, że wielu chorujących na to schorzenie nie może sprostać wszystkim wymaganiom związanym z samoopieką. Dlatego też, edukacja zdrowotna powinna objąć rodzinę i osoby z najbliższego otoczenia chorego. Problem ten poruszony w badaniach, ujawnia niepokojący fakt, że tylko 16,0% (12) ankietowanych pielęgniarek podejmuje edukację rodziny pacjenta, natomiast 84,0% (63) badanych tego nie robi. W pracy edukacyjnej z chorym na cukrzycę pielęgniarki wykorzystują różne metody. Najczęściej wybieraną metodą jest rozmowa indywidualna z chorym 100% (75), połączona z wykorzystaniem dostępnych w oddziale tematycznych broszur i ulotek 66,5% (50) i wskazaniem choremu literatury 50,5% (38), pokaz i ćwiczenia są metodami z wyboru 46,5% (35) badanych. Pogadanka jest metodą wykorzystywaną w edukacji chorych na cukrzycę przez 34,5% (27) pielęgniarek (ryc. 3).

Oddziały, w których pracują respondentki nie są wyposażone w pomieszczenia przeznaczone do edukacji chorych. Pielęgniarki prowadzą ją w sali chorego lub pokoju dziennym.

Tylko 13,3% (10) badanych dostosowuje czas edukacji indywidualnie, w zależności od potrzeb chorego. Szczegółową analizę czasu przeznaczanego przez pielęgniarki w swojej pracy na edukację zdrowotną pacjentów z cukrzycą przedstawia ryc. 4.

Rycina 3. Metody i środki stosowane przez pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę**Rycina 4. Czas przeznaczony przez pielęgniarki w swojej pracy na edukację zdrowotną chorych z cukrzycą**

Opracowane, szczegółowe standardy opieki pielęgniarskiej, podkreślają znaczenie oceny skuteczności podejmowanych działań edukacyjnych. W badanej grupie tylko 21,3% (16) dokonuje takiej oceny zawsze po przeprowadzonej edukacji, 66,7% (50) czasami, natomiast 12,0% (9) nigdy nie ocenia efektów prowadzonej przez siebie edukacji chorych.

Czynniki utrudniające realizację funkcji edukacyjnej względem chorych na cukrzycę, wymieniane przez badanych to mała ilość personelu pielęgniarskiego i brak czasu 52,0% (39), podeszły wiek i stan chorego 28,0% (21), krótki pobyt pacjenta w oddziale 13,3% (10), utrudniony kontakt z rodziną pacjenta 6,7% (5).

Pielęgniarki uczestniczące w badaniach są świadome znaczenia edukacji zdrowotnej dla poprawy jakości życia chorych na cukrzycę oraz wiążących się z pełnieniem przez siebie funkcji edukacyjnej wymogów posiadania rozległej, fachowej wiedzy, umiejętności przekazywania celów działania, planowania pracy,

znajomości form i metod dydaktycznych, umiejętności dyskusowania i przekazywania wiedzy. Niemal wszystkie badane pielęgniarki 96,0% (72) odczuwają potrzebę ciągłego doształcania i postrzegają tę potrzebę jako drogę do osiągnięcia pełnego profesjonalizmu w pełnieniu funkcji edukacyjnej.

Wnioski

1. Edukacja zdrowotna chorych na cukrzycę jest stałym elementem pracy większości badanych pielęgniarek.
2. Pielęgniarki przygotowują szczegółowo chorych na cukrzycę do samoopieki tylko w wybranych obszarach zagadnień.
3. Edukację rodzin chorych na cukrzycę podejmuje mała ilość pielęgniarek.
4. Niewielki odsetek badanych uzależnia czas przeznaczony na edukację od indywidualnych potrzeb pacjenta.
5. Permanentne doształcanie pielęgniarek jest w ich opinii potrzebą i główną drogą podnoszenia jakości świadczeń edukacyjnych chorych na cukrzycę.

Piśmiennictwo

1. Day J. L.: Jak żyć z cukrzycą ? Poradnik Brytyjskiego Towarzystwa Diabetologicznego dla chorych na cukrzycę typu 2. Gdańsk: Via Medica; 2003, s. 1–8.
2. Płaczekiewicz E.: Standardy opieki medycznej nad chorymi na cukrzycę. Med. Prakt. 2002, 4: 47–91.
3. Abramczyk A.: Profilaktyka i wczesne wykrywanie cukrzycy w praktyce pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej. Wrocław; 2002, s. 72–73.
4. Tatoń J.: Cukrzyca. Nauczanie samoopieki. Warszawa: PWN, 1995.
5. Abramczyk A., Turowski K. (red.): Wybrane szczegółowe standardy pielęgniarskiej opieki klinicznej. Lublin 1996, s. 73–75.
6. Kawczyńska-Butrym Z.: Rola pielęgniarki w promocji zdrowia – przygotowanie, zakres roli. Promocja Zdr. Nauki Spół. Med., 1994: 88–96.

Małgorzata Nierodzik¹, Elżbieta Podlaska¹

Rola pielęgniarki diabetologicznej w zespole terapeutycznym pracującym z dzieckiem chorym na cukrzycę

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą o zróżnicowanej etiologii nie do końca poznanej. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat obserwuje się wzrost zachorowań na cukrzycę, szczególnie 2 typu.

Choroba ta stanowi coraz większy problem każdego społeczeństwa. Jest schorzeniem ogólnoustrojowym trwającym całe życie, dotyka praktycznie każdego narządu i układu. Jej skutkiem są między innymi odległe powikłania. Wymaga więc wieloletniej interdyscyplinarnej opieki medycznej.

Cukrzyca typu 1 dotyka głównie ludzi młodych. Takie rozpoznanie często brzmi jak wyrok dla opiekunów małego dziecka i dorastającej młodzieży. Dlatego pomocą otoczona zostaje także rodzina pacjenta oraz jego najbliższe otoczenie.

Każdy młody pacjent trafia do szpitala i tu zostaje otoczony troskliwą opieką zespołu terapeutycznego. Zespół terapeutyczny to szeroko pojęty sztab ludzi, zatrudnionych w danej jednostce medycznej. Szczególne miejsce zajmuje zespół edukacyjny, w którego skład wchodzi lekarze diabetolodzy, pielęgniarki edukacyjne, dietetyk, oraz psycholog. Skuteczne leczenie opiera się na rzetelnej edukacji. W tym celu każdy ośrodek tworzy własne programy edukacyjne, których zadaniem jest przekazanie wiedzy na temat:

- istoty choroby,
- prawidłowego żywienia,
- zasad terapii insuliną,
- opanowania czynności manualnych związanych z pomiarami glikemii,
- podawaniem insuliny,
- samokontroli.

Na każdym etapie opieki medycznej i edukacji rola dobrze przygotowanej pielęgniarki diabetologicznej jest nie do przecenienia.

Podstawowym zadaniem pielęgniarki diabetologicznej jest szeroko pojęta edukacja pacjenta na którą składa się między innymi:

¹ II Klinika Chorób Dzieci SP DSK AM

1. Nauka oznaczania poziomu glikemii:
 - prezentacja dostępnych na rynku glukometrów;
 - zapewnienie wyboru najodpowiedniejszego glukometru;
 - nauka techniki wykonania badania (umycie rąk, nakłucie bocznej części palca, odpowiednie nałożenie kropli na pasek testowy zgodnie z instrukcją producenta);
 - demonstracja urządzeń ułatwiających nakłucie palca tzw. Autoletów (nauka wymiany lancetu, regulowanie głębokości nakłucia);
 - zwracanie uwagi na celowość wykonywania pomiarów, godziny oznaczania glikemii, interpretację wyników (w celu dostosowania odpowiedniej dawki insuliny, zapobieganie hiper i hipoglikemii).
2. Nauka oznaczania poziomu ketonów i glukozy w moczu:
 - omówienie rodzajów pasków stosowanych do pomiaru;
 - techniki wykonania badania, zwrócenie uwagi na konieczność oznaczenia poziomu cukru w czasie choroby, oraz przed i po wysiłku fizycznym.
3. Omówienie, co to jest insulina i jaką rolę pełni w organizmie:
 - sposoby podawania i przechowywania insuliny;
 - demonstracja techniki podawania insuliny penem, strzykawką oraz za pomocą osobistej pompy insulinowej;
 - różnicowanie insulin pod względem czasu działania (przedstawienie w formie graficznej czasu działania poszczególnych insulin analogów, krótko działających i o pośrednim czasie działania);
 - określenie miejsc robienia insuliny;
 - przygotowanie miejsca wkłucia – każdorazowe umycie miejsca wkłucia wodą z mydłem i dokładne osuszenie;
 - demonstracja miejsc robienia insuliny z uwzględnieniem szybkości jej wchłaniania: brzuch, ramię, udo, pośladek, łopatka;
 - techniki i kolejność nabierania insuliny do strzykawki ze szczególnym uwzględnieniem kolejności wpuszczania powietrza do poszczególnych fiolek i nabieranie insuliny;
 - nauczanie i posługiwanie się penem (zasady działania określonego wstrzykiwacza, założenie i wymiana wkładu z insuliną, dobór igły w zależności od wieku i rozwiniętej tkanki podskórnej, nauka nastawiania żądanej dawki insuliny wg. skali wstrzykiwacza bądź za pomocą słyszalnych klików);
 - wykorzystanie zdobytych umiejętności w praktyce przez dziecko i opiekunów.
4. Hipoglikemia:
 - wyjaśnienie pojęcia hipoglikemia – glikemia poniżej 60 mg%;
 - omówienie przyczyn za duża dawka insuliny, za mały lub pominięty posiłek, nie zaplanowany wysiłek fizyczny;

- biegunka, wymioty;
 - różnicowanie objawów (objawy dysfunkcji mózgu – neuroglikopenii osłabienie, zawroty głowy, kłopoty z koncentracją, bóle głowy, zmiany nastroju, podwójne i niewyraźne widzenie, zaburzenia równowagi, senność utrata przytomności, drgawki) oraz objawy ze strony układu współczulnego (drżenie rąk i nóg, niepokój, kołatanie serca, uczucie głodu, nudności, pobudzenie bladej skóry, zimne poty);
 - sposoby postępowania (spożycie węglowodanów tzw. szybko wchłanianych częstsza kontrola glikemii, zaprzestanie wysiłku fizycznego);
 - zapobieganie hipoglikemii (właściwe dawkowanie insuliny, kontrola glikemii, spożywanie odpowiednio skomponowanych posiłków, przestrzeganie pory spożywania posiłków, właściwe planowanie wysiłku fizycznego);
 - demonstracja obsługi zestawu zawierającego glukagon;
 - omówienie sytuacji w której może być użyty (praktyczna nauka przygotowania podania glukagonu z uwzględnieniem dawki stosownej do wieku i masy ciała 0,1–0,2/10 kg masy ciała);
 - zwrócenie uwagi na możliwość wystąpienia objawów ubocznych, bóle głowy nudności, wymioty;
 - omówienie wskazań do podania glukagonu: ciężka hipoglikemia z utratą przytomności i drgawkami, nie możliwość przyjmowania pokarmów.
5. Zapoznanie pacjenta z określeniem hiperglikemii:
- omówienie przyczyn przecukrzenia (zbyt mała dawka insuliny, za duży posiłek, kontrregulacja, objaw brzasku, wysiłek zaplanowany a nie wykonany);
 - objawy (wzmoczone pragnienie, wielomocz, apatia, ból głowy, aceton i cukier w moczu);
 - sposoby postępowania w hiperglikemii (zwiększyć dawkę insuliny, zmniejszyć posiłek, wydłużyć czas do posiłku).
6. Zapoznanie pacjenta z zasadami podejmowania aktywności fizycznej:
- pomiar glikemii przed, po i w trakcie wysiłku, redukcja dawek insuliny, spożycie posiłku przed i w trakcie wysiłku.
7. Zapoznanie z zasadami prowadzenia dzienniczka samokontroli:
- omówienie korzyści płynących z prowadzenia dzienniczka i systematycznego wpisywania wartości glikemii, dawek podawanej insuliny i innych uwag mających istotny wpływ na poziom glikemii i samopoczucie pacjenta.

Edukacja diabetologiczna jest procesem ciągłym, nie kończy się z chwilą wypisania pacjenta ze szpitala. Prowadzona jest systematycznie podczas wizyt kontrolnych w poradni oraz podczas każdorazowej hospitalizacji.

Oddziały szpitalne są miejscem, gdzie dziecko na różnych etapach własnego rozwoju wielokrotnie uczestniczy w zdobywaniu wiedzy. Pacjenci szkoleni

są w różnym wieku, co obliguje cały zespół terapeutyczny do wdrażania urozmaiconych i nowoczesnych metod edukacji. Zadaniem pielęgniarki edukacyjnej jest odpowiedni dobór metod nauczania i środków dydaktycznych w zależności od wieku pacjenta. Najczęściej wykorzystywane są gry planszowe, zabawki edukacyjne, misie i lalki z określonymi miejscami wkłucia, puzzle, kolorowanki, a także plakaty, programy komputerowe i środki audiowizualne.

Postępowanie pedagogiczne członków zespołu sprawia, iż pacjent staje się centralną postacią, a proces jego nauki przybiera charakter indywidualny.

Chętnie wykorzystywanym sposobem pracy z małymi dziećmi jest edukacja nieformalna. Jest to przekazywanie wiadomości w czasie rozmowy, zabawy, oraz wykonywania codziennych czynności np. podczas iniekcji insuliny, w trakcie posiłku lub pomiaru glikemii, a także w czasie rozmów z rówieśnikami. Doskonałym sposobem na poznanie umiejętności dziecka i poszerzenie jego wiedzy są wyjazdy rekreacyjne np. kolonie.

Pielęgniarka czynnie uczestniczy w takich formach wypoczynku. Jest jedną z wielu form edukacji pozwalającą realnie ocenić teoretyczne i praktyczne umiejętności pacjentów.

Profesjonalizm pielęgniarki edukacyjnej polega między innymi na, stwarzaniu warunków do aktywności dziecka, motywowaniu do realizacji własnych planów życiowych, docenianiu wysiłków zmierzających do poprawy jakości życia.

Dziecko chore na cukrzycę nie pozostaje ze swoją chorobą osamotnione. Dobrze przygotowani i wyedukowani członkowie rodziny stanowią ogromne wsparcie, służą pomocą w trudnych sytuacjach doradzają w wyborze właściwego zawodu oraz pomagają w realizacji marzeń.

Każdy pacjent chory na cukrzycę ma prawo do kompleksowej edukacji którą zajmuje się zespół terapeutyczny. Jego metody leczenia i szkolenia zmierzają do osiągnięcia przez pacjenta biegłości w samoopiece (w domu i środowisku) oraz zmniejszenia codziennego stresu towarzyszącego cukrzycy na co dzień. Roli pielęgniarki edukacyjnej nie można zamknąć w ramach ogólnie pojętego nauczania.

Długoletnie wielokrotne kontakty z pielęgniarką podczas pobytu w klinice i wizyty w poradni powodują powstanie nici porozumienia między nią a pacjentem. Ta mistrzowsko utkana nić pozwala jej nazywać się przyjacielem dziecka. Staje się ona częścią życia młodych ludzi. Niejednokrotnie jest pierwszą osobą której zgłaszają swoje obawy i trudności, czy też powierzają problemy.

Katarzyna Łagoda¹, Regina Sierżantowicz¹, Julia Sawicka¹,
Iwona Jarocka¹, Grażyna Kobus¹, Katarzyna Snarska¹

Program edukacji zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania otyłości u pacjentów z cukrzycą

Wstęp

Otyłość jest stanem patologicznego zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej u mężczyzn powyżej 25%, a u kobiet powyżej 30%. W badaniach WHO – MONICA (1983–1986) stwierdzono, że w większości badanych krajów europejskich duża część populacji ma nadwagę lub otyłość (50–70%). W badaniach Pol-MONICA stwierdzono nadwagę u ponad 65% populacji polskiej, w tym otyłość u 30% kobiet i 20% mężczyzn [1, 2].

Otyłość stanowi duże zagrożenia dla zdrowia, zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory hormonozależne (macicy, jajnika, sutka), nowotwory przewodu pokarmowego, kamicy żółciową, zwyrodnienie stawów, niewydolność układu żylnego czy też niewydolność oddechową. Ryzyko wystąpienia chorób związanych z otyłością uzależnione jest od stopnia otyłości oraz rozmieszczenia tkanki tłuszczowej [3].

Osoby otyłe częściej chorują na cukrzycę i nadciśnienie tętnicze. Prawie wszystkie osoby z otyłością typu androidalnego po 50 r.ż. mają nadciśnienie tętnicze [1]. Cukrzyca szczególnie często towarzyszy otyłości brzusznej, zwłaszcza w przypadku genetycznej skłonności do cukrzycy. Około 80% chorych na cukrzycę typu 2 ma nadwagę bądź miało ją w przeszłości [1, 2]. Otyłość stanowi najważniejszy czynnik ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2 [3, 4, 5]. Duże nagromadzenie tkanki tłuszczowej zmniejsza wrażliwość na insulinę i wychwyty glukozy przez tkanki, co prowadzi do upośledzenia tolerancji glukozy lub cukrzycy. Znaczna nadwaga lub otyłość u pacjenta z cukrzycą jest istotnym czynnikiem ryzyka wielu późnych powikłań cukrzycy. U pacjentów otyłych z cukrzycą częściej występują powikłania kardiologiczne, takie jak: zawał mięśnia sercowego, miażdżycy naczyń, hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia. Nadmierna masa ciała nie sprzyja utrzymaniu normoglikemii, zwiększa zapo-

¹ Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Akademia Medyczna w Białymstoku

trzebowanie na insulinę a także jest jednym z czynników ryzyka zespołu stopy cukrzycowej [6, 7].

Zmniejszenie nadmiernej masy ciała u pacjentów z cukrzycą istotnie zmniejsza ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych, zmniejsza zapotrzebowanie na insulinę i leki hipoglikemizujące oraz poprawia jakość ich życia.

Cele programu

Cele główne programu:

1. Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zagrożeń zdrowotnych związanych z otyłością.
2. Zwiększenie poziomu wiedzy na temat wpływu otyłości na parametry wyrównania metabolicznego cukrzycy oraz rozwój tzw. późnych powikłań cukrzycy.
3. Zwiększenie poziomu wiedzy na temat metod przeciwdziałania otyłości.
4. Kształtowanie poczucia odpowiedzialności za swoje zdrowie.
5. Motywowanie pacjentów do zmiany stylu życia.
6. Motywowanie pacjentów do zmiany nawyków żywieniowych.

Cele szczegółowe programu:

Po realizacji programu pacjent powinien:

- znać przyczyny, rodzaje i negatywne następstwa otyłości
- dostrzegać związków między otyłością a wyrównaniem metabolicznym cukrzycy i rozwojem późnych powikłań cukrzycy
- znać podstawowe metody oceny prawidłowej masy ciała
- ustalić dietę niskokaloryczną
- wybrać niskokaloryczne produkty zalecane i przeciwwskazane w cukrzycy
- poszukiwać aktywnie informacji na temat przeciwdziałania otyłości
- wiedzieć, gdzie mogą szukać pomocy medycznej, wsparcia informacyjnego
- systematycznie uprawiać wybrane formy aktywności fizycznej
- znać następstwa i rozpoznawać objawy nieprawidłowego odchudzania się
- zmienić negatywne nawyki żywieniowe

Opis programu

Adresatem programu są pacjenci z rozpoznaną cukrzycą oraz stwierdzoną nadwagą bądź otyłością na podstawie wskaźnika BMI. Miejscem realizacji programu będzie Klinika Endokrynologii i Diabetologii SPSK w Białymstoku.

W programie przewidziany jest udział najbliższych członków rodziny pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem osób przygotowujących posiłki. Cykl szkoleń obejmuje 6 spotkań realizowanych w okresie 6 tygodni. Przewidywany czas spotkań od 45 do 90 minut.

Metody działań

Cykl edukacyjny obejmuje następujące tematy:

1. Wpływ otyłości na zdrowie człowieka.
2. Przyczyny, rodzaje, diagnostyka otyłości.
3. Wpływ otyłości na wyrównanie metaboliczne cukrzycy i rozwój powikłań.
4. Metody leczenia otyłości.
5. Dieta redukcyjna dla chorego z cukrzycą.
6. Wymienniki węglowodanowe i tłuszczowe w diecie redukcyjnej.
7. Aktywność fizyczna w leczeniu i profilaktyce nadwagi i otyłości.

Wykaz środków dydaktycznych:

1. Lista niskokalorycznych produktów wskazanych i przeciwwskazanych w diecie cukrzycowej
2. Waga do pomiaru masy ciała
3. Centymetr do pomiaru obwodu bioder i talii
4. Waga diabetologiczna do produktów żywnościowych
5. Przykłady jadłospisu dziennego – plansza
6. Wymienniki węglowodanowe – plansza
7. Wymienniki tłuszczowe – plansza
8. Wykaz serwisów internetowych związanych z otyłością
9. „Zdrowe odżywianie” – film video
10. Dieta śródziemnomorska – plansza
11. Piramida żywieniowa USDA – plansza
12. Zestaw przepisów kulinarnych – ulotka
13. Zestaw ćwiczeń dotleniających – plansza
14. Program ćwiczeń oporowych – plansza

Metody:

- pogadanka
- projekcja filmu
- zajęcia warsztatowe
- opis przypadku
- pokaz

Realizatorzy programu

Program będzie realizowany przez zespół terapeutyczny, składający się z następujących osób:

- pielęgniarka edukacyjna
- diabetolog
- endokrynolog
- fizykoterapeuta/rehabilitant
- dietetyczka
- psycholog kliniczny

Osoby i instytucje wspierające program

1. Dyrektor szpitala – udostępnienie sali wykładowej
2. Kierownik Kliniki Endokrynologii i Diabetologii – udział w organizacji szkolenia w zakresie wpływu otyłości na wyrównanie metaboliczne cukrzycy i rozwój powikłań, udostępnienie sprzętu multimedialnego.
3. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna – udostępnienie materiałów informacyjnych na temat zasad prawidłowego odżywiania oraz filmu „Zdrowe odżywianie”
4. Firma farmaceutyczna – udostępnienie materiałów informacyjnych na temat kaloryczności produktów żywnościowych

Szczegółowy harmonogram zajęć (tabela 1)

Metody oceny skuteczności programu

Ocena skuteczności programu będzie dokonana na podstawie:

- ankiety sprawdzającej wiedzę pacjentów na temat otyłości przed i po zakończeniu realizacji programu szkoleniowego
- oceny nawyków żywieniowych przed uczestnictwem w programie oraz 1 miesiąc po zakończeniu jego realizacji
- oceny organizacji i przebiegu zajęć przez uczestników programu
- zainteresowania uczestników kontynuowaniem programu edukacyjnego
- zmiany nawyków żywieniowych deklarowanych przez uczestników programu

Ankieta sprawdzająca wiedzę pacjentów na temat otyłości

1. Inicjały
2. Wiek
3. Płeć
4. Wzrost
5. Waga
6. BMI
7. Proszę podać przyczyny otyłości
 - a)
 - b)
 - c) nie znam
8. Proszę wymienić rodzaje otyłości?
 - a)
 - b)
 - c) nie znam

9. Proszę wymienić metody leczenia otyłości:
- a)
 - b)
 - c) nie znam
10. Czy nadwaga lub otyłość ma wpływ na wyrównanie metaboliczne cukrzycy?
- a) tak
 - b) nie
 - c) nie wiem
11. Czy nadwaga lub otyłość ma wpływ na powstawanie późnych powikłań cukrzycy?
- a) tak
 - b) nie
 - c) nie wiem
12. Czy nadwaga lub otyłość ma wpływ na powstawanie i szybki rozwój chorób układu krążenia?
- a) tak
 - b) nie
 - c) nie wiem
13. Proszę wymienić następstwa zbyt szybkiego odchudzania?
.....
14. Proszę wymienić zalecane formy aktywności fizycznej dla osoby z cukrzycą?
.....
15. Przy jakim poziomie cukru we krwi nie należy wykonywać żadnego wysiłku fizycznego?mg%
16. Czy obecność acetonu w moczu u osoby z cukrzycą na diecie odchudzającej jest zjawiskiem prawidłowym?
- a) tak
 - b) nie
 - c) nie wiem

Piśmiennictwo

1. Basdevant A., Le Barzic M., Guy-Grand B.: Otyłość. Medycyna Praktyczna, Kraków 1996.
2. Zahorska-Markiewicz B.: Otyłość. Poradnik dla lekarzy. Archi – plus, Kraków 2002.
3. Aronne L. J.: Schudnij by żyć dłużej. AMBER, Warszawa 2002.
4. Czech A. (red.): Diabetologia. PZWL, Warszawa 2002.
5. Otto-Buczkowska E. (red.): Kompendium wiedzy o cukrzycy. a-medica press, Bielsko-Biała 2003.
6. Tatoń J.: Cukrzyca typu 2. PZWL, Warszawa 2001, s. 104–109.
7. Belfiore F., Mogensen C. E. (red.): Nowe poglądy na cukrzycę i jej leczenie. Wyd. Przegląd Lekarski, Kraków 2002.

Tabela 1. Szczegółowy harmonogram zajęć

| Temat | Sposób realizacji | Osoba realizująca | Czas realizacji | Metody | Uwagi |
|--|---|---------------------|-----------------|---------------------------------------|---|
| Wpływ otyłości na zdrowie człowieka | <p>1. Wpływ otyłości na układ sercowo-naczyniowy:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) wysokie stężenie cholesterolu i trójglicerydów b) nadciśnienie tętnicze c) zawał mięśnia sercowego d) niewydolność żylna <p>2. Wpływ otyłości na układ oddechowy:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) bezdechy śródsenne b) zaburzenia snu <p>3. Zaburzenia endokrynologiczne w otyłości:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) zaburzenia miesiączkowania u kobiet b) zaburzenia poziomu testosteronu i estrogenów <p>4. Wpływ otyłości na psychikę:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) obniżenie nastroju b) depresja c) nastrój a spożywanie posiłków d) zachowania bulimiczne <p>5. Wpływ otyłości na schorzenia układu pokarmowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) choroby wątroby b) kamica żółciowa c) nawykowe zaparcia d) hemoroidy | Lekarz endokrynolog | 60 min | Wykład Pogadanka Opis przypadku | Pacjenci na podstawie doświadczeń własnych oraz prezentowanych przypadków określają zmiany w stanie biologicznym, psychicznym i społecznym osoby otyłej lub z nadwagą |

| Temat | Sposób realizacji | Osoba realizująca | Czas realizacji | Metody | Uwagi |
|---|---|-------------------|-----------------|---------------------|---|
| Przyczyny rodzaje, diagnostyka otyłości | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klasyfikacja otyłości wg WHO 2. Typy otyłości <ol style="list-style-type: none"> a) gynoidalna b) androidalna 3. Czynniki usposabiające, wyzwalające oraz nasilające otyłość. 4. Przyczyny otyłości <ol style="list-style-type: none"> a) czynniki genetyczne b) stres c) nawyki żywieniowe d) zaburzenia hormonalne e) czynniki psychologiczne f) czynniki społeczno-ekonomiczne 5. Metody diagnostyczne otyłości <ol style="list-style-type: none"> a) pomiar masy ciała, wzrostu, obwodu talii, brzucha b) ocena wydatku energetycznego c) ocena rozmieszczenia tkanki tłuszczowej d) ocena psychologiczna e) metody pomiaru zawartości tłuszczu f) ocena aktywności fizycznej g) ocena nawyków żywieniowych h) pomiar RR, cukier we krwi, EKG, TG, cholesterolu, TSH, doustny test tolerancji glukozy | | 90 min | Wykład Pogadanka | Pacjenci określają czynniki wpływające na powstawanie otyłości, związane ze stylem życia. |

| Temat | Sposób realizacji | Osoba realizująca | Czas realizacji | Metody | Uwagi |
|--|--|-------------------|-----------------|---------------------|---|
| Wpływ otyłości na wyrównanie metaboliczne cukrzycy i rozwój powikłań | <ol style="list-style-type: none"> 1. Otyłość jako czynnik ryzyka cukrzycy typu 2. 2. Na czym polega insulinoporność? 3. Czynniki wpływające na wyrównanie metaboliczne cukrzycy. 4. Wpływ otyłości na wybór metody leczenia cukrzycy. 5. Wpływ otyłości na rozwój zespołu stopy cukrzycowej. 6. Wpływ otyłości na rozwój powikłań sercowo-naczyniowych u pacjenta z cukrzycą. | Lekarz diabetolog | 45 min | Wykład | |
| Metody leczenia otyłości | <ol style="list-style-type: none"> 1. Główne cele i metody leczenia otyłości. 2. Następstwa leczenia otyłości. 3. Leczenie farmakologiczne otyłości (leki zmniejszające łaknienie, leki zmniejszające wchłanianie tłuszczu w jelitach, leki o działaniu termogenicznym) 4. Leczenie chirurgiczne otyłości 5. Negatywne następstwa fizyczne i psychiczne zbyt gwałtownego odchudzania | Lekarz diabetolog | 60 min | Wykład Pogadanka | Pacjenci zapoznają się z różnymi metodami leczenia otyłości |

| Temat | Sposób realizacji | Osoba realizująca | Czas realizacji | Metody | Uwagi |
|--|---|-----------------------------------|-----------------|-----------------|-------|
| Dieta redukcyjna dla chorego z cukrzycą | <ol style="list-style-type: none"> 1. Zalecane i przeciwwskazane produkty żywnościowe dla otyłego pacjenta z cukrzycą. 2. Metody przygotowywania potraw niskokalorycznych. 3. Zalety i wady diet jednodniowych, jednoskładnikowych. 4. Zasady zdrowego odżywiania zgodnie z zaleceniami WHO. 5. Charakterystyka diety śródziemnomorskiej. 6. Plan odchudzania (cel, metody, zakupy, wakacje, przyjęcia, system nagród, wybór osoby lub grupy wspierającej) 7. Dzienniczek samokontroli diety i aktywności fizycznej. | dietetyczka | 90 min | Projekcja filmu | |
| Wymienniki węglowodanowe i tłuszczowe w diecie pacjenta z cukrzycą | <ol style="list-style-type: none"> 1. Co to jest wymiennik węglowodanowy? 2. Co to jest wymiennik tłuszczowy? 3. Zastosowanie wagi diabetologicznej. 4. Przykłady jadłospisów o różnej kaloryczności. 5. Samodzielne układanie jadłospisu dziennego. | dietetyczka | 45 min | | |
| Aktywność fizyczna w leczeniu i profilaktyce nadwagi i otyłości | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wpływ aktywności fizycznej na stan fizyczny i psychikę człowieka 2. Wskazane formy aktywności fizycznej dla osób otyłych. 3. Ćwiczenia marszowe, dotleniające, oporowe. 4. Przeciwwskazania do wykonywania ćwiczeń. 5. Indywidualne programy ćwiczeń. | Fizyko-terapeuta/ rehabilitant | 90 min | | |

Zofia Musiał¹, Barbara Kubik¹, Małgorzata Pasek^{1,2},
Małgorzata Schlegel-Zawadzka¹

Ocena poziomu wiedzy i postaw młodzieży gimnazjalnej wobec problemu HIV i AIDS. Badania wstępne

Wstęp

W każdej epoce ludzkość miała do czynienia z licznymi zagrożeniami o charakterze globalnym. Obecnie uważa się, że jednym z takich zagrożeń jest stale rosnąca liczba osób zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. Jak wynika z ogłoszonego na początku lipca 2004 roku IV światowego raportu ONZ na temat AIDS, codziennie na świecie około 14 tysięcy osób zaraża się nieświadomie wirusem HIV [1]. Dane te nie odzwierciedlają jednak całości obrazu epidemiologicznego ze względu na to, że nie każdy zakażony jest świadomy tego faktu i nie wykonuje stosownych badań, a zatem jego choroba nie znajduje odzwierciedlenia w rejestrach zakażeń. W Polsce stosunkowo niewiele osób jest zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS, jednak liczba zarażonych i chorych wzrasta. Jak podaje Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny, w Polsce od chwili wdrożenia badań (od 1985) do końca grudnia 2004 roku odnotowano ogółem: 9147 zakażeń, 1535 zachorowań na AIDS, 722 zgonów [2].

Wirus HIV może dostać się do organizmu trzema drogami: parenteralną (poprzez zakażoną krew: transfuzję, przeszczepę, sztuczne zapłodnienie, narkomanię dożylną), płciową (wydzieliny z narządów płciowych, zarówno żeńskich jak i męskich) oraz wertykalną (przeniesienie z matki na dziecko w czasie ciąży, porodu i karmienia piersią) [3].

Leczenie podjęte w okresie ciąży może znacząco zmniejszyć ryzyko urodzenia zakażonego dziecka. Z tego powodu należy dążyć do upowszechniania wykonywania testów na obecność przeciwciał antyHIV u wszystkich kobiet planujących prokreację lub będących w ciąży [4]. Okres wylęgania wirusa HIV, zanim zniszczy układ odpornościowy, może wynosić nawet 8–10 lat, dlatego

¹ Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

² Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie, Oddział w Krakowie

wielu ludzi może żyć w nieświadomości, iż są nim zakażeni. Problem całkowitej eradykacji pozostaje nadal nierozwiązany, dlatego celowe wydaje się wypracowanie metod prewencji i edukacji społeczeństwa, pozwalających na ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa HIV.

Celem przeprowadzonych badań wstępnych była ocena poziomu wiedzy wybranej grupy młodzieży gimnazjalnej, dotyczącej znajomości problematyki HIV/AIDS oraz reprezentowanych przez nią postaw wobec osób zakażonych wirusem HIV oraz chorych na AIDS.

Materiał i metoda

Badaniem objęto 83 uczniów z klas I–III gimnazjum z podkrakowskiej wsi Niegowić po uzyskaniu zgody Dyrekcji Szkoły, opiekunów młodzieży i akceptacji przez samą młodzież. Jako narzędzie badawcze zastosowano autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z 20 pytań (wyboru i otwartych). Badania zostały przeprowadzone w listopadzie 2004 roku. Wyliczono procentowe udziały odpowiedzi na zadawane pytania. W opracowaniu posłużono się programem STATISTICA PL 6.0 firmy StatSoft.

Wyniki badań i ich omówienie

W badanej grupie było 46 (55%) dziewcząt i 34 (45%) chłopców w wieku 14–16 lat. W zależności od wieku ilość badanych osób kształtowała się następująco: 14 lat – 19 uczniów (23%), 15 lat – 54 (65%), 16 lat – 10 (12%).

Zdecydowana większość respondentów – 62 osoby (75%) uważała, że HIV/AIDS stanowi problem w Polsce, tylko 6 osób (7%) stwierdziło, że zjawisko to nie stanowi problemu w naszym kraju, natomiast 15 uczniów (18%) nie wyraziło własnego zdania na ten temat. Ponad połowa respondentów – 48 (57,8%) uznała, że najliczniejszą grupę osób zakażonych HIV stanowi młodzież od 11. do 20. roku życia, dalszych 29 (35%) wyraziło opinię, że są to osoby w przedziale wiekowym 21–50 lat, nieliczna grupa odpowiadających – 5 (6%) wskazała na niemowlęta i dzieci do lat 10. Tylko 1 (1,2%) respondent uważał, że grupę tę stanowią osoby po 71. roku życia (Tab. 1).

Na pytanie: co to jest HIV, prawie połowa ankietowanych – 41 (49%) udzieliła prawidłowej odpowiedzi, natomiast 42 (51%) respondentów odpowiedzi błędnej lub nie udzieliło jej wcale (Tab. 1).

Z analizy odpowiedzi na pytanie o drogi szerzenia się wirusa HIV wynika, że odpowiadający mieli problemy z prawidłowym wskazaniem dróg zakażenia. Obok prawidłowych odpowiedzi: krew (95%), sperma (85%), wydzielina z pochwy (78%) i mleko kobiety (73%), ślinę (54%); padały też stwierdzenia, że można zakazić się przez: ukłucie owada (29%), korzystanie ze wspólnej toalety (25%), kaszel i katar (18%), mocz (11%), łzy (11%), wymioty lub kał (7%), pot lub ubranie

Tabela 1. Opinia respondentów na temat występowania zakażenia HIV w poszczególnych grupach wiekowych oraz odpowiedzi respondentów na pytanie: co to jest HIV

| Odpowiedzi | N = 83 | % odpowiedzi |
|---|--------|--------------|
| Częstość występowania zakażenia HIV w poszczególnych grupach wiekowych | | |
| Niemowlęta i dzieci do lat 10 | 5 | 6,0 |
| Ludzie w wieku (lata): 11–20 | 48 | 57,8 |
| 21–50 | 29 | 35,0 |
| 51–70 | 0 | 0,0 |
| 71 i powyżej | 1 | 1,2 |
| Razem | 83 | 100,0 |
| Co to jest HIV? | | |
| Ludzki wirus upośledzenia odporności | 36 | 43 |
| Nabyty zespół upośledzenia odporności | 41 | 49 |
| Upośledzenie odporności | 3 | 4 |
| Brak odpowiedzi | 3 | 4 |
| Razem | 83 | 100 |

N – liczba odpowiedzi (respondentów – młodzieży)

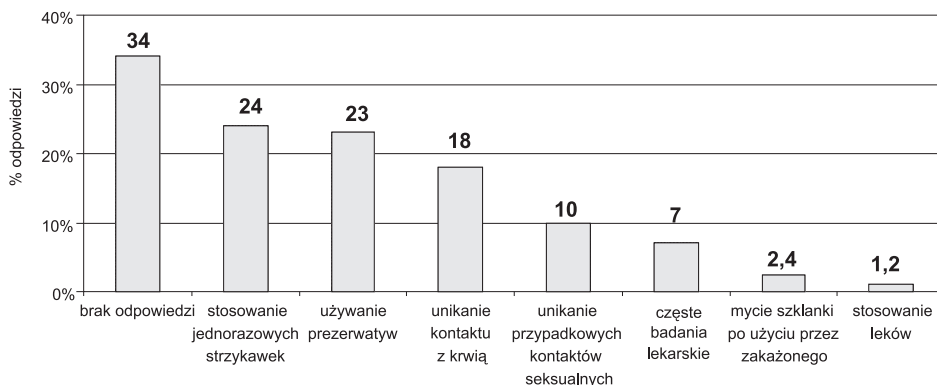
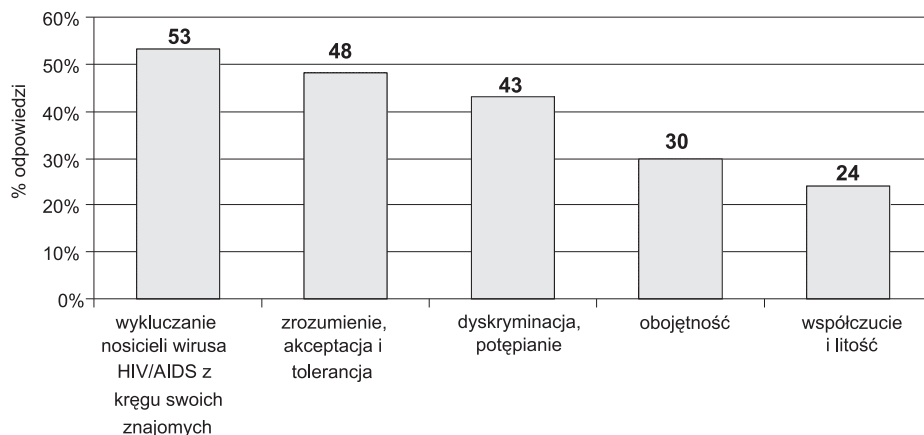
i pościel (5%). W Pakistanie w badaniach na temat wiedzy o drogach szerzenia się wirusa HIV wśród dziewcząt w 1999 r. obok podobnych, jak w obecnej pracy, prawidłowych stwierdzeń (powyżej 70% odpowiedzi) 43% dziewcząt wskazała na możliwość zachorowania przez noszenie ubrań zakupionych w sklepach z używaną odzieżą [5].

Na pytanie dotyczące „zachowań ryzykownych” w kontekście zarażenia wirusem HIV większość respondentów – 53 (64%) odpowiedziała prawidłowo, że jest to zachowanie prowadzące do zarażenia wirusem HIV, ale aż 29 (35%) badanych nie udzieliło odpowiedzi.

Na pytanie, czy zarażona matka może zarazić swoje dziecko w czasie ciąży, zdecydowana większość uczestników badania – 90% odpowiedziała prawidłowo.

Na pytanie dotyczące metod zapobiegania zakażeniu wirusem HIV 28 (34%) osób nie udzieliło odpowiedzi. Może to świadczyć o braku wiedzy u tej części młodzieży na ten temat. W dalszej kolejności padły odpowiedzi: stosowanie jednorazowych strzykawek – 20 (24%), używanie prezerwatyw – 19 (23%), unikanie przypadkowych kontaktów seksualnych – 8 (10%). Zebrane odpowiedzi przedstawiono na rycinie 1.

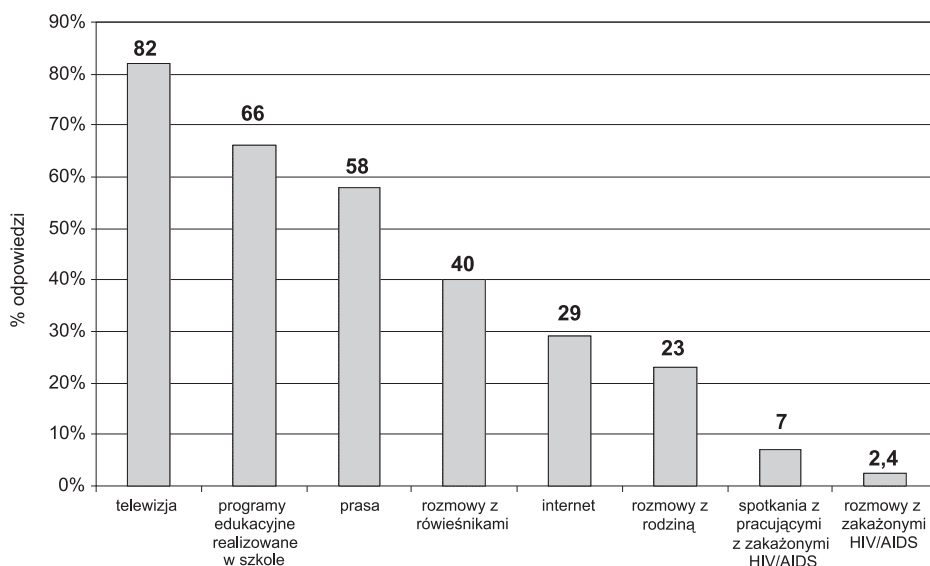
Młodzież wykazała się dużym stopniem tolerancji wobec zakażonych i chorych na AIDS, co miało odzwierciedlenie w stwierdzeniach, że chorzy ci powinni kontynuować normalne życie 67 (82%) i nie izolować się od społeczeństwa

Rycina 1. Metody zapobiegania zakażeniu wirusem HIV w opinii gimnazjalistów**Rycina 2. Postawy Polaków wobec zakażonych i chorych na AIDS w opinii gimnazjalistów**

71 (85%), a także akceptacją przez 49 (59%) respondentów osób zakażonych we własnym środowisku. Podobną opinię wyrażali nieco starsi rówieśnicy w badaniach przeprowadzonych w Turcji. Jednak tylko około 50% pytanej młodzieży wierzyło, że ludzie z HIV/AIDS powinni chodzić do szkół i nie przestawać pracować [6]. Wśród dziewcząt Japońskich dobra wiedza na temat HIV/AIDS była pozytywnie skorelowana z akceptacją mieszkania w tym samym domu z osobą zdiagnozowaną pozytywnie w kierunku AIDS [7].

W odpowiedzi na pytanie, czy społeczeństwo polskie jest tolerancyjne wobec zakażonych HIV i chorych na AIDS, 60% respondentów uznało, że w naszym społeczeństwie brak jest takiej tolerancji. Ponad połowa (53%) społeczeństwa – w opinii badanych – wyklucza nosicieli wirusa HIV i chorych na AIDS z kręgu swoich znajomych, co przedstawia rycina 2.

Rycina 3. Źródła wiedzy badanych gimnazjalistów dotyczące problematyki HIV/AIDS



Na pytanie, czy zaakceptowałbyś w swoim gronie nosiciela wirusa HIV, większość respondentów (59%) odpowiedziała twierdząco, dość liczna grupa badanych (37%) nie udzieliła odpowiedzi, a 4% odpowiedziało, że nie. Za najlepsze źródło wiedzy na temat HIV i AIDS respondenci podali telewizję – 82%, następnie programy edukacyjne realizowane w szkole – 66%, prasę – 58%, rozmowy z rówieśnikami – 40%, internet – 29%, rozmowy z rodziną – 23%, spotkania z osobami pracującymi z zakażonymi wirusem HIV i chorymi na AIDS – 7% oraz osoby zakażone bądź chore na AIDS – 2,4% (Rycina 3).

Telewizja jest postrzegana również przez Izraelskich uczniów (92,3%) jako główne źródło informacji [8]. Kolejne miejsce w ich opinii zajmuje prasa (87,6%) i szkoła (66,1%). Autorzy przeprowadzający badania zwracają szczególnie uwagę na ostatnie miejsce fachowego personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek) jako tych, którzy mogą być źródłem informacji na temat HIV/AIDS [8]. Podobnie, za najważniejsze źródło informacji, nieco starsze, bo 18 letnie Japońskie uczennice college w Nagasaki, uznają telewizję i radio [7].

Na pytanie, czy wiedzę o poruszonych w ankiecie problemach należy poszerzać i uzupełniać, zdecydowana większość badanych – 90% odpowiedziała twierdząco, 9% nie udzieliło odpowiedzi, natomiast 1 ankietowany nie uznał za celowe takich działań. Równocześnie, 62% respondentów nie wskazało interesujących ich tematów. Wśród grupy osób podających tematy: 26% stanowiła problematyka dotycząca podstaw wiedzy z zakresu HIV/AIDS, takich jak: drogi zakażenia, metody zapobiegania i leczenia.

Przeprowadzone badania potwierdzają spostrzeżenia dokonane wśród 15–17 letniej młodzieży wiejskiej na południowym Podlasiu trzy lata wcześniej. Również w tej grupie występowały nieprawidłowe opinie o drogach infekcji HIV i możliwości leczenia. Jako wniosek z tych badań wskazano na obowiązek prowadzenia właściwej informacji przez szkołę, rodziców i mass media [9]. Aktualne badania wykonane na nielicznej grupie młodzieży wykazały, że niezależnie od miejsca w Polsce, gdzie żyje młodzież (Podlasie, Małopolska), czasu przeprowadzenia badania, ogólny poziom wiedzy i postrzeganie potencjalnych jej źródeł pozostają takie same.

Wnioski

Na podstawie analizy odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Młodzież gimnazjalna nie ma dostatecznej wiedzy na temat problematyki HIV/AIDS.
2. Należy podjąć działania promocyjno-edukacyjne mające na celu kształtowanie postaw odpowiedzialności za zdrowie własne i innych; można do tego wykorzystać środki masowego przekazu (telewizja, prasa, internet) oraz programy edukacyjne w szkołach, a także szkolenie kadry pedagogicznej i pielęgniarek pracujących w szkołach.
3. Powinno się zintensyfikować działania profilaktyczne w miejscach spotkań młodzieży, np. w pubach, dyskotekach, salach koncertowych.

Piśmiennictwo

1. Gemius S.A, <http://www.aids.queers.pl/>
2. <http://www.pzh.gov.pl/epimeld/hivaidis/main.htm>
3. Skotnicki A. B., Kornaszewski W.: AIDS powstawanie, obraz kliniczny, próby leczenia, epidemiologia. Ossolineum, Wrocław 1988.
4. Postępowanie zapobiegawcze i diagnostyczne w przypadku zakażenia HIV i zachorowania na AIDS. Ministerstwo Zdrowia, Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2002.
5. Farid R., Choudhry A. J.: Knowledge about AIDS/HIV infection among female college students. *J. Coll. Physicians Surg. Pak.* 2003. 13, 135–7.
6. Savaser S.: Knowledge and attitudes of high school students about AIDS: a Turkish perspective. *Public Health Nurs.*, 2003, 20, 71–9.
7. Maswabya E., Moji K., Aoyagi K., Yahata Y., Kusano Y., Nagata K., Izumi T., Takemoto T.: Knowledge and attitudes toward AIDS among female college students in Nagasaki, Japan. *Health Educ. Res.* 2000, 16, 5–11.
8. Brook U.: AIDS knowledge and attitudes of pupils attending urban high schools in Israel. *Patent Educ. Couns.*, 1999, 36, 271–8.
9. Huk-Wieliczuk E. B.: Świadomość zagrożeń HIV/AIDS u młodzieży wiejskiej południowego Podlasia w porównaniu z populacją ogólnopolską. *Wiad. Lek.*, 2002, 55, supl. 1, 120–127.

Małgorzata Bannach¹, Marek Grabiec²,
Mariola Rybka³

Wpływ edukacji zdrowotnej na uczestnictwo w badaniach profilaktycznych raka piersi i raka szyjki macicy

Wstęp

Wczesne wykrywanie nowotworów, jest podstawowym warunkiem skutecznego wyleczenia. Powinniśmy dążyć do stałego podnoszenia poziomu wiedzy na temat profilaktyki onkologicznej, a także należy opanować strach przed rakiem, gdyż udowodniono, że często nie z powodu zaniedbań, ale z powodu paraliżującego strachu przed ewentualnym rozpoznaniem nie stosuje się samobadania i samoobserwacji, a także odwleka wizytę u lekarza [1]. Kobiety obawiają się konsekwencji leczenia, które kojarzone jest z okaleczeniem. Pomimo znacznych postępów w badaniach nad nowymi metodami leczenia raka, wielu ludzi diagnozę odbiera jako wyrok śmierci [2]. W profilaktyce chorób nowotworowych powinniśmy, więc pamiętać, że im więcej wiemy tym mniej się obawiamy.

Walka z rakiem piersi i rakiem szyjki macicy powinna opierać się przede wszystkim na zapobieganiu i wczesnym wykrywaniu tych nowotworów, na to wskazują doświadczenia innych krajów. Pozwoliłoby to obniżyć umieralność z powodu raka piersi (o 40%) i umieralność z powodu raka szyjki macicy (o 80%) [3]. Szczególną opieką należy otoczyć kobiety z małych miejscowości, gdzie dostęp do informacji a także do samych badań jest niestety utrudniony. Zmiana sposobu myślenia, zmiana świadomości na temat chorób nowotworowych, szczególnie u kobiet w średnim wieku jest bardzo trudna. Istnieje także obserwowana niechęć do korzystania z badań cytologicznych. Poczucie wstydu, zażenowania, często lęk przed badaniem, tłumaczenie się brakiem dolegliwości sprawia, że kobiety mimo dostępu do badań całymi latami unikają gabinetu ginekologicznego.

¹ Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy

² Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej i Pielęgniarstwa Onkologicznego

³ Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczego, Szpital w Lipnie

Dla tworzenia możliwości wczesnego wykrywania zmian nowotworowych w piersiach i szyjce macicy, konieczny jest nie tylko sprawnie działający system diagnostyczny, ale także system kształtowania poziomu świadomości kobiet i podnoszenia wiedzy na temat tych dwóch nowotworów i skuteczności ich leczenia [4, 25].

Celem prowadzonych badań była ocena wpływu edukacji zdrowotnej na uczestnictwo w proponowanych badaniach profilaktycznych, oraz na zmianę zachowań prozdrowotnych. Ponadto dokonano próby oceny działań edukacyjnych ośrodków zdrowia i ich wpływ na zachowania zdrowotne kobiet.

Materiał i metodyka badań

W prowadzeniu badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze, stanowiła autorska ankieta opracowana na potrzeby pracy. Edukacja zdrowotna prowadzona była przed wykonaniem badań, w Zakładzie Profilaktyki i Promocji Zdrowia Centrum Onkologii w Bydgoszczy, wśród kobiet w wieku 35–70 lat. W 16 spotkaniach edukacyjnych w okresie od 02.11.2003 do 21.12.2003 roku wzięło udział 640 osób z 19 gmin województwa kujawsko-pomorskiego. Liczebność grup wahała się od 25 do 45 osób. Do badania zakwalifikowano 499 w pełni wypełnionych ankiet. Kobiety uczestniczące w edukacji zdrowotnej reprezentowały trzy zakresy wiekowe: > 40 roku życia, 40–60 lat i powyżej 60 lat. Największą grupę stanowiły kobiety w wieku 40–60 lat, 76,94%, najmniej badanych osób było powyżej 60 roku życia 7,43%. Osoby z wykształceniem podstawowym stanowiły grupę 89 osób (17,84%), wykształcenie zawodowe podały 143 osoby (28,66%), najliczniejszą grupę stanowiły kobiety z wykształceniem średnim 199 osób (39,88%), natomiast wyższe wykształcenie posiadały 64 kobiety (12,82%) i one stanowiły najmniej liczną grupę. Większość ankietowanych kobiet pochodziła z terenów wiejskich 320 osób (64,14%), miejscowości powyżej 50 tys. mieszkańców reprezentowało 31 osób (6,21%), 138 osób zamieszkiwało miasto poniżej 50 tys. (27,65%), 7 osób pochodziło z m. wojewódzkiego (1,4%). Grupę ankietowanych w głównej mierze stanowili pracownicy etatowi 212 osób (42,48%), oraz emeryci i renciści 150 osób (30,06%), jak również bezrobotni 65 (13,03%), i rolnicy 55 osób (11,02%) We wszystkich tych grupach większość stanowiły osoby, pomiędzy 40-tym i 60-tym rokiem życia.

Dokonano analizy odpowiedzi na poszczególne pytania, w zależności od wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia i zatrudnienia. Dokonano statystycznej analizy metodą weryfikacji hipotez wybranych problemów wynikających z odpowiedzi na pytania. Metoda weryfikacji hipotez polega na porównaniu zbiorów liczebności zaobserwowanej, ze zbiorem liczebności teoretycznych

„W sytuacjach porównywania zbiorów liczebności zaobserwowanych i teoretycznych χ^2 definiuje następujący wzór:

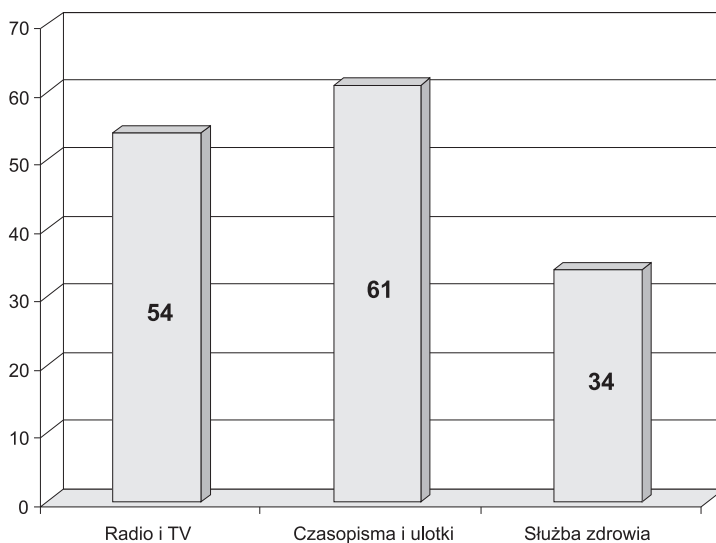
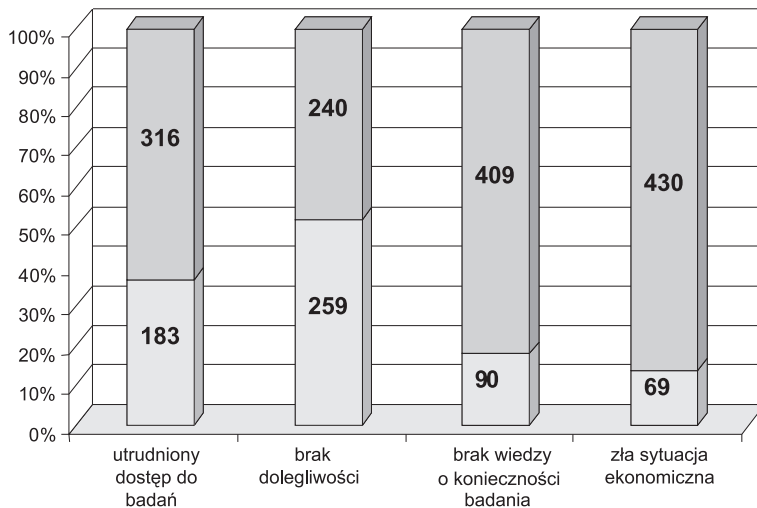
$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

gdzie O i E oznaczają odpowiednio liczebności zaobserwowane i oczekiwane, czyli teoretyczne. Przyglądając się tej definicji stwierdzamy, że χ^2 jest miarą określającą zależność między liczebnościami zaobserwowanymi i oczekiwanymi. Im większe są te rozbieżności, tym większe χ^2 . Jeżeli brak jest rozbieżności, czyli liczebności zaobserwowane i oczekiwane są takie same, χ^2 równe jest 0."

„(...) Interpretacja konkretnej wartości χ^2 wymaga znajomości rozkładu z próby χ^2 . (...) Jeśli wartość χ^2 jest równa lub większa od wartości krytycznej, wymaganej dla istotności na możliwym do przyjęcia poziomie przy odpowiedniej liczbie df (stopni swobody), to hipotezę zerową się odrzuca" [5].

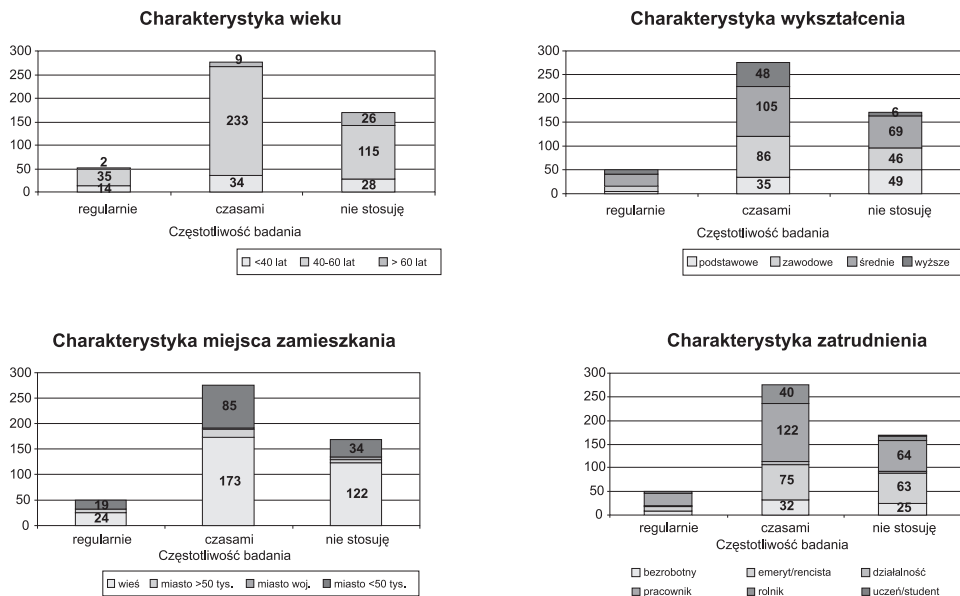
Wyniki badań

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że 81% ankietowanych kobiet uważa, że człowiek wpływa sam na swoje zdrowie. 76,95% to osoby w wieku 40–60 lat, 39,88% to osoby z wykształceniem średnim, 64,13% to mieszkańcy wsi, 42,48% to pracownicy etatowi, 13,23% osób odpowiedziało, że w niewielkim stopniu można mieć wpływ na własne zdrowie, 3% osób udzieliło odpowiedzi, że nie wie czy to jest możliwe, a 0,6% osób odpowiedziało, że nie można wpływać na stan swojego zdrowia. Respondentki zapytane o źródło wiedzy o swoim zdrowiu wskazały: wśród 499 ankietowanych 269 wymieniło TV i radio jako źródło wiedzy o zdrowiu (54%). Było to, w głównej mierze wskazywane przez osoby w wieku 40–60 lat ze środowisk wiejskich, rolników i emerytów/rencistów z wykształceniem średnim i zawodowym (ryc. 1). Czasopisma i ulotki jako źródła informacji i zdrowiu. Takie media wskazało 305 ankietowych (61%). Wynika stąd, że ten właśnie nośnik ma największe oddziaływanie na badanych. W przypadku ulotek i czasopism najbardziej podatną grupą okazali się ankietowani w wieku 40–60 lat o wykształceniu podstawowym i zawodowym, ze wsi i małych miejscowości, pracownicy oraz emeryci i renciści. 172 osoby wymieniły m.in. instytucje służby zdrowia jako źródła informacji o tym jak dbać o swoje zdrowie, co stanowi 34,5% ankietowanych. Jako autorytet w tej dziedzinie służbę zdrowia darzy grupa z wykształceniem średnim i zawodowym. Zaledwie 7 osób, spośród 499 czyli 1,4% wypowiedziało się, że nie posiada informacji jak dbać o zdrowie. Z badań lekarskich pomimo braku objawów choroby korzystało 47% respondentek. Dotyczy to głównie osób w wieku 40–60 lat zamieszkujących rejony wiejskie. Najliczniejszą grupę stanowili pracownicy etatowi. Udział w badaniach mammograficznych wykazało 44% ankietowanych, głównie z wykształceniem średnim i zawodowym, zamieszkujące rejony wiejskie, aktualnie pracujące. Korzystanie z badań cytologicznych wykazało 31% kobiet we wszystkich grupach wykształcenia. Głównie były to mieszkanki wsi

Rycina 1. Udział mediów w kształtowaniu edukacji zdrowotnej**Rycina 2. Przyczyny nie korzystania z badań profilaktycznych**

w wieku 40–60 lat. Z żadnych badań nie korzystało 21% ankietowanych. Jako powód nie wykonywania badań, Panie podają: utrudniony dostępu do badań 183 odpowiedzi, brak dolegliwości 259 osób udzieliło takiej odpowiedzi, brak wiedzy o konieczności takich badań 90 odpowiedzi, złej sytuacji ekonomicznej, na tę przyczynę wskazało 69 osób, inne (ryc. 2). Ten ostatni powód jest coraz

Rycina 3. Analiza samobadania piersi



częściej wymieniany szczególnie przez mieszkanki odległych małych wsi. Odpowiedź na pytanie o stosowanie samobadania piersi wskazuje, że regularnie wykonuje to badanie 10% kobiet, czasami 53%, a nie stosuje nigdy 43% kobiet. Analizę w zależności od wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania przedstawia ryc. 3. Respondenci zapytani o to czy dzisiejsza edukacja wpłynęła na ich decyzje o wykonywaniu badań profilaktycznych stwierdzili: **samobadanie piersi** 77,31% (385/499 os.) postanowiło je wykonywać regularnie z **mammografi** skorzysta 76,7% (382/499 os.) zachęconych do badania **cytologicznego** zostało 79,72% (397/499 os.), na badanie **lekarskie – onkologiczne** zdecydowało się 24,90% (124/499 os.), z innych 0,41% (2/499). Na pytanie: Czy edukacja zdrowotna obniżyła poziom lęku przed rakiem, kobiety stwierdziły, że w 63% w dużym stopniu, w 27% w niewielkim stopniu. Edukacja nie wpłynęła na poziom lęku u 5,6% osób, a pogłębiła strach w przypadku 2,4% badanych. Analiza pytania na temat działań edukacyjnych małych ośrodków zdrowia uzyskano odpowiedzi, że ośrodki zdrowia nie prowadzą w sposób właściwy działalności profilaktycznej. 32,9% kobiet wskazało, iż były zachęcane do badań klinicznych piersi, 30% ankietowanych podała, iż zachęcane je do mammografii, 12,0% kobiet przekonywana była do badań cytologicznych. 48,3% są to osoby, które wskazały, iż nigdy nie zachęcane ich do żadnych badań. Pytanie dotyczące palenia tytoniu, jako świadome narażenie na główny czynnik rakotwórczy wykazało, że od 5 lat pali 4,42% kobiet, od 10 lat 9,44%, od 20 lat 19,68%, nie pali w ogóle 65,87% kobiet.

Dokonano statystycznej analizy postawionych hipotez, korzystając z odpowiedzi na poszczególne pytania z ankiet. **Hipoteza 1.** Fakt, że ankietowani nie korzystają z profilaktycznych badań lekarskich, jest m.in. następstwem braku zachęty ze strony ośrodków zdrowia. Test χ^2 dla podanych wartości wynosi 24,2643. Wartość χ^2 odczytana z tabeli dla poziomu istotności $\alpha = 0,001$ i liczbie stopni swobody $df = 1$ wynosi 10,83. Jest ona mniejsza niż otrzymana z testu. Pozwala to na odrzucenie hipotezy zerowej mówiącej o braku zależności między zmiennymi. Oznacza to, że należy uznać za prawdziwą hipotezę leżącą u podstaw doświadczenia. **Hipoteza 2.** Potencjalne zagrożenie czynnikiem rakotwórczym (palenie) ma wpływ na wykonywanie samobadania piersi przez ankietowanych. Test χ^2 dla podanych wartości wynosi 9,32948. Wartość χ^2 otrzymana z testu jest większa niż graniczna wartość odczytana z tabeli, która dla $df = 2$ i poziomu istotności $\alpha = 0,01$ wynosi 9,21. Możemy zatem odrzucić hipotezę zerową i stwierdzić, że weryfikowana hipoteza jest prawdziwa, tzn. istnieje związek między paleniem i wykonywaniem samobadania. **Hipoteza 3.** Instytucje służby zdrowia mają największy wkład na kształtowanie edukacji zdrowotnej. (Fałsz) Weryfikację tej tezy przeprowadzono na podstawie danych zgromadzonych w ankiecie. Największy udział mają czasopisma i ulotki. Służba zdrowia plasuje się na trzecim miejscu. Hipoteza zostaje odrzucona. **Hipoteza 4.** Powodem nie wykonywania samobadania piersi jest strach przed wykryciem raka. Taka hipoteza niejako twierdzi, że powodem nie wykonywania badań jest strach przed wykryciem raka. Pytania ankiety nie pozwalają jednak na taką interpretację wyników. Jest to pewnego rodzaju domniemanie. Test χ^2 dla podanych wartości wynosi 0,2013. Wartość χ^2 odczytana z tabel dla poziomu istotności $\alpha = 0,001$ i liczbie stopni swobody $df = 1$ wynosi 10,83. Jest ona większa niż otrzymana z testu ($\chi^2 = 0,2013$). Ponieważ χ^2 otrzymane z testu jest bliskie zeru oznacza to prawie idealną zbieżność z hipotezą zerową. Ta natomiast w tym przypadku mówi, że powodem niewykonywania samobadania piersi jest strach przed wykryciem ewentualnych nieprawidłowości. Wniosek: Hipotezę nr 4 można uznać za prawdziwą.

Omówienie

W zapobieganiu i wczesnym wykrywaniu zmian w obrębie piersi i narządu rodnego, konieczna jest aktywna postawa kobiet. Niski poziom świadomości zdrowotnej obserwuje się szczególnie u kobiet starszych, mieszkających na wsi, oraz u kobiet o niskim statusie ekonomicznym [6]. Badania mammograficzne są najczęściej wykonywane w ramach badań profilaktycznych, wskazało na to 44% ankietowanych. Ma to zapewne związek z częstymi informacjami publikowanymi na łamach prasy i w trakcie programów telewizyjnych, gdzie szczególną uwagę poświęca się właśnie profilaktyce raka piersi. Wiedzę o tym jak dbać o własne zdrowie, kobiety czerpią głównie z czasopism i ulotek (61%) telewizji i radia (54%). Zaledwie 1,4% nie posiada informacji jak dbać o własne zdrowie.

Pozornie jest to wynik bardzo dobry, ponieważ oznacza, iż 98,6% ankietowanych posiada taką wiedzę, zdobytą w ten czy inny sposób. Dokładając do tych danych analizę odpowiedzi na pytanie, czy można mieć wpływ na własne zdrowie?, gdzie aż 81% ankietowanych stwierdza, że w dużym stopniu człowiek sam wpływa na swój stan zdrowia, to sytuacja zdrowotna kobiet ich zachowania nie powinny być tematem do dyskusji. W trakcie analizy kolejnych pytań z ankiety można było zaobserwować, iż deklaracja wiedzy nie pokrywa się z konkretnymi zachowaniami zdrowotnymi kobiet. Korzystanie z badań profilaktycznych nie jest postępowaniem rutynowym. Przyczyny nie zgłaszania się na badania są różne. Są to: brak czasu, lęk przed badaniem, problemy rodzinne [7, 47]. „Przeprowadzone badania, dyskusje jak i późniejsze rozmowy z kobietami, potwierdzają nasze podejrzenia, że są one w większości świadome niebezpieczeństwa choroby. Zdarza się, że podejrzewają istnienie procesu chorobowego, ale obawa lęk przed ostateczną diagnozą, opóźnia ich pierwszy kontakt z lekarzem. Zgłaszają się dopiero wtedy, gdy objawy choroby zmuszą je do szukania pomocy” [1]. Stwierdza się rozbieżność między deklarowaną wiedzą a konkretnymi działaniami. Regularne stosowanie samobadania piersi, deklaruje zaledwie 10% respondentek. Aż 53% kobiet potwierdza stosowanie samokontroli czasami. W trakcie bezpośredniego kontaktu i zajęć praktycznych, mogą stwierdzić, iż badanie to było stosowane niewłaściwie, bez określonych zasad. 34% kobiet nie stosuje samokontroli w ogóle. Wśród kobiet objętych badaniem zaobserwowałam niechęć do profilaktyki raka szyjki macicy. Udział w wcześniejszych badaniach cytologicznych potwierdziło 31% ankietowanych. Szczególnie optymistyczny jest fakt, iż właściwie prowadzona edukacja zdrowotna, oparta na zrozumieniu i empatii wpłynęła na 72% osób, które deklarują udział w badaniach cytologicznych. Pozwoliła także w dużym stopniu obniżyć poziom lęku przed nowotworami złośliwymi, taką opinię wyraziło 81% ankietowanych. 48% kobiet wyraziło opinię, iż nigdy nie były zachęcane do żadnych badań profilaktycznych. Wyniki, iż 30% kobiet zachęcane do mammografii, i 32,9% do badań piersi, może nie być adekwatne, gdyż respondentki wyraziły sprostowanie, że wzięły pod uwagę działania edukacyjne realizowane w trakcie pobytu w Zakładzie Profilaktyki i Promocji Zdrowia.

Wnioski

1. Edukacja zdrowotna powinna być integralną częścią działań profilaktycznych w walce z rakiem piersi i rakiem szyjki macicy.
2. Prowadzenie edukacji zdrowotnej, obniża poziom lęku przed rakiem. Może to mieć wpływ na zachowania zdrowotne kobiet w naszym województwie. Konieczne jest zintensyfikowanie działań edukacyjnych służby zdrowia.
3. Fakt, że kobiety z regionów wiejskich nie korzystają z badań profilaktycznych, jest między innymi następstwem braku zachęty ze strony jednostek służby zdrowia w miejscu zamieszkania.

Piśmiennictwo

1. Klimek R.: Jak samemu pokonać raka. DWN, Kraków, 1993.
2. Bishop G.: Psychologia Zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało, Astrum, Wrocław, 2000.
3. Wronkowski Z.: Piersi atrybut płci i urody. Biuletyn informacyjny Cen. Med. nr 4, vol. 2, Warszawa 1999.
4. Jokiel M.: Ocena eksperymentalnego programu o nowotworach w szkołach w Warszawie. *Nowotwory*, 1990 (3):221.
5. George A. Ferguson, Yoshito Takane „Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice”. Wydawnictwo Naukowe i Pedagogiczne PWN, Warszawa 1997.
6. Klasa-Mazurkiewicz D., Emerich J., Milczek T.: Próba wyjaśnienia związku zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy, z długoletnim nie zgłaszaniem się na kontrolne badania ginekologiczne. *Gin Pol.*, 75 (10), 823–825.
7. Kłyszajko Cz.: Ocena modelu aktywnego, poszerzonego, badania przesiewowego (skriningu), raka szyjki macicy w populacji wiejsko-miejskiej, Region Pałuk. Bydgoszcz 1999.
8. Mierzwa T., Siwek P., Grabiec M.: Badania profilaktyczne w kierunku raka piersi i szyjki macicy w Regionalnym Centrum Onkologii w Bydgoszczy w 2002 roku – *Ginekologia Polska* 2003, 72.
9. Wronkowski Z., Zwierko M.: Zasady i wyniki „Program modelowego skriningu raka piersi i raka szyjki macicy w Polsce 1999–2000” *Nowotwory* 2002; 52 supl. 2.

Adela Bartczuk¹, Sylwia Krzemińska¹,
Izabella Uchmanowicz¹, Marta Arendarczyk¹

Wpływ edukacji pacjenta na zmianę stylu życia w nadciśnieniu tętniczym

Wstęp

Edukacja zdrowotna to termin, który coraz powszechniej funkcjonuje w piśmiennictwie i świadomości osób zajmujących się oświatą zdrowotną i wychowaniem zdrowotnym. Zgodnie z tradycyjnym podejściem edukacja zdrowotna sprowadza się do świadomego stwarzania sposobności do uczenia się, tak by zaplanowanych by ułatwiały dokonanie wcześniej określonej zmiany zachowania. Tradycyjnie rozumiana edukacja pozostaje w ścisłym związku z prewencją chorób i jest daleko niewystarczająca z punktu widzenia potrzeb promocji zdrowia.

Styl życia to inaczej sposób postępowania, zachowania się. Można również zdefiniować styl życia jako związane ze zdrowiem decyzje i zachowania podlegające kontroli danej osoby.

Przez nadciśnienie tętnicze rozumie się utrwalone podwyższenie ciśnienia tętniczego (zarówno skurczowego, jak rozkurczowego) powyżej normy określonej obecnie, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), jako 139 mm Hg dla ciśnienia tętniczego skurczowego oraz 89 mm Hg dla ciśnienia tętniczego rozkurczowego.

Nadciśnienie rozpoznaje się po uzyskaniu wyników wielokrotnych pomiarów, wykonywanych najczęściej powszechnie znaną metodą Riva-Rocci z użyciem sfignomometru. Nadciśnienie tętnicze jest chorobą bardzo rozpowszechnioną. Głównymi czynnikami ryzyka są: wiek powyżej 60 lat (szacuje się, że po 65. roku życia nadciśnienie występuje w Polsce u ok. 50% osób), płeć męska, obciążenie rodzinne, cukrzyca typu 2, zaburzenia przemiany lipidów i palenie papierosów. Nadciśnieniu sprzyja też otyłość, nadużywanie alkoholu i zmniejszona aktywność fizyczna. Epidemiolodzy zwracają uwagę na to, że nadciśnienie tętnicze znacznie częściej dotyczy osób o niższym statusie społeczno-ekonomicz-

¹ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

nym. Choroba przebiega często bez żadnych objawów klinicznych (podwyższone ciśnienie stwierdzone jest wtedy przypadkowo). Groźne są powikłania, do których należą m.in.: choroba wieńcowa, udar mózgu, niewydolność krążenia i uszkodzenie nerek.

Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła stadia rozwojowe nadciśnienia tętniczego w sposób następujący:

1. stadium I: nadciśnienie bez zmian narządowych,
2. stadium II: nadciśnienie z niewielkimi zmianami narządowymi, takimi jak białkomocz, przerost lewej komory, retinopatia (zmiany w siatkówce) nadciśnieniowa I–II stopnia,
3. stadium III: nadciśnienie z ciężkimi uszkodzeniami narządowymi, takimi jak niewydolność lewokomorowa, retinopatia nadciśnieniowa III–IV st., powikłania mózgowe, niewydolność nerek.

Skuteczne leczenie nadciśnienia tętniczego powoduje zmniejszenie ryzyka wystąpienia jego powikłań nawet o 40%. Ponad 30% Polaków nie zna wartości swojego ciśnienia tętniczego. Wielu chorych pomimo stwierdzenia podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego nie leczy się wcale lub leczy się nieregularnie. Szacuje się, że jedynie co dziesiąty chory z nadciśnieniem tętniczym w Polsce jest leczony w sposób skuteczny. Nieskuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego wynika często z braku wiedzy pacjentów o chorobie oraz odpowiedniej współpracy chorego z personelem medycznym. W trakcie udzielania porad ambulatoryjnych lekarz nie jest w stanie przekazać choremu wszystkich niezbędnych informacji dotyczących przyczyn, powikłań oraz sposobów leczenia nadciśnienia tętniczego i w rezultacie znaczna część pacjentów ma niewystarczający zasób wiadomości dotyczących nadciśnienia tętniczego.

Cel i założenia

Szerzące się w zastraszającym tempie choroby cywilizacyjne w tym również choroby układu krążenia to w dużej mierze wynik złego stylu życia połączonego ze złym stylem odżywiania się. Do tego niewielka wiedza pacjentów na temat tak poważnej choroby jaką jest nadciśnienie tętnicze, skłoniły nas do zastanowienia się nad metodą podniesienia wiedzy pacjentów chorujących na tą chorobę, która pomogłaby w zmianie ich stylu życia. Doświadczenia innych krajów wykazały, że działania edukacyjne, wybiegające poza tradycyjny model leczenia chorego z nadciśnieniem tętniczym, prowadzą do poprawy współpracy chorego z lekarzem oraz lepszej skuteczności terapii. Edukacja pacjentów z nadciśnieniem prowadzi do: lepszej kontroli ciśnienia tętniczego; zmiany stylu życia; uzyskania pożądanego efektu hipotensyjnego przy stosowaniu mniejszej liczby i niższych dawek leków; zmniejszenia ryzyka rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych; zmniejszenia umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia chorych z grup wysokiego ryzyka.

Materiał i metoda

Przeprowadzono rozmowę edukacyjną z 50 pacjentami leczonymi na Oddziale Kardiologicznym Szpitala im Marciniaka we Wrocławiu, u których rozpoznano nadciśnienie tętnicze.

Posłużono się następującymi metodami:

1. analiza historii choroby pacjentów,
2. ankieta wg własnego opracowania służąca do zebrania danych socjalno-demograficznych i uzyskania zgody pacjenta na uczestnictwo w rozmowie edukacyjnej,
3. konspekt rozmowy edukacyjnej poruszający ważne aspekty dotyczące nadciśnienia tętniczego.

Wyniki

Grupa badana składała się z 25 kobiet w wieku 42–64 lata, średnia wieku 53 lata, i 25 mężczyzn w wieku 44–68 lat, średnia wieku 56 lat. 45% pacjentów mieszkało na wsi, 55% w mieście, 20% charakteryzowało się wykształceniem podstawowym, 50% średnim i 30% wyższym. 40% badanych chorych pracowało umysłowo w tym 10% na stanowiskach kierowniczych i 60% fizycznie. 85% pacjentów stwierdziło, że posiada niedostateczną wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego, z tego 75% nie znało istoty, przyczyn i następstw choroby, 60% nie znało metod leczenia nadciśnienia tętniczego, a 45% nie potrafiło odpowiedzieć czy dieta i aktywność fizyczna mają związek z występowaniem tej choroby. Jednak aż 98% chciało dowiedzieć się więcej i uczestniczyć w rozmowie edukacyjnej w celu zmiany stylu życia na sprzyjający zdrowiu. Z chętnymi pacjentami została przeprowadzona rozmowa edukacyjna poruszająca temat nadciśnienia tętniczego: definicja i podział nadciśnienia tętniczego, następstwa nadciśnienia, podstawowe i specjalistyczne badania u chorego z nadciśnieniem, ogólne zasady leczenia nadciśnienia, leczenie farmakologiczne i nefarmakologiczne ze szczególnym uwzględnieniem zmniejszenia wagi ciała, modyfikacji diety, ograniczenia picia alkoholu, eliminowania alkoholu i dostosowania aktywności fizycznej. Każdy pacjent został również poinstruowany na temat pomiarów ciśnienia i skrupulatnego zapisywania wyników oraz mógł przećwiczyć pomiar.

Na koniec każdy otrzymał przygotowaną wcześniej broszurkę z wiadomościami poruszonymi podczas rozmowy. Pacjenci zostali poinformowani o konieczności pozostawania pod kontrolą Poradni Przychodni i wyrazili wstępnie zgodę na przeprowadzenie ponownych badań dotyczących ewentualnej zmiany stylu życia zgodne z wytycznymi przekazanymi podczas rozmowy.

Omówienie

Nadciśnienie należy do najważniejszych czynników ryzyka chorób układu krążenia – głównej przyczyny zgonów w naszym kraju. Wiele osób cierpiących na nadciśnienie tętnicze nawet nie wie o swojej chorobie. Dlatego niezwykle ważne jest to, by znać wartość swojego ciśnienia tętniczego. Nawet jeśli jest ono prawidłowe (tzn. nie przekracza 140/90 mm Hg), trzeba je mierzyć co najmniej raz w roku, bowiem skłonność do wysokiego ciśnienia tętniczego krwi nasila się wraz z wiekiem i zwykle między 30. a 50. rokiem życia osiąga wartości charakterystyczne dla nadciśnienia.

Nadciśnienie tętnicze może być uwarunkowane genetycznie, jak i spowodowane czynnikami środowiskowymi. Nie możemy zmienić genów, ale możemy wyeliminować niekorzystne zjawiska powodujące wzrost ciśnienia tętniczego. Takie postępowanie czasem umożliwia uniknięcie stosowania leków, a zawsze zwiększa ich skuteczność. Uważa się, że u chorych z tzw. łagodnym nadciśnieniem tętniczym postępowanie nefarmakologiczne (zwane także zmianą stylu życia) może być jedyną początkową metodę terapii, natomiast zawsze powinno stanowić uzupełnienie farmakoterapii.

Do bardzo ważnych zmian stylu życia należy normalizacja wagi ciała, co nie tylko obniża ciśnienie tętnicze, ale również zapobiega miażdżycy czy cukrzycy. Chodzi tu zarówno o zmniejszenie spożycia kalorii, jak też o ich zwiększone wydatkowanie przez wdrożenia różnych form aktywności fizycznej. Minimalna dawka to 30–45 minut umiarkowanych wysiłków 3 razy w tygodniu.

U wielu chorych wykrywa się, często uwarunkowany genetycznie, defekt wydalania przez nerki chlorku sodu. Dlatego ważne jest zmniejszenie ilości tego związku w diecie.

Warto podkreślić korzyści płynące z zaprzestania palenia tytoniu. Nikotyna nieznacznie podnosi ciśnienie tętnicze, ale szczególnie groźne dla palacza są składniki dymu tytoniowego, przyczyniające się do uszkodzenia naczyń. W skojarzeniu z nadciśnieniem powstaje niezwykle niebezpieczna dla naszych tętnic kombinacja, która często prowadzi do zawału serca czy konieczności amputacji kończyn.

Nadciśnienie tętnicze jest nieuleczalną chorobą przewlekłą, zagrażającą zdrowiu i życiu. Właściwa terapia hipotensyjna bardzo zmniejsza ryzyko powikłań, jednak jej skuteczność zależy od samego chorego, czyli od przestrzegania przez niego zaleceń dotyczących postępowania nefarmakologicznego (zmiana stylu życia) oraz regularnego przyjmowania przepisanych leków.

Do obowiązków chorego należy regularna kontrola ciśnienia tętniczego, dlatego musi on mieć własny aparat do mierzenia ciśnienia i umieć się nim posługiwać. Należy też założyć dzienniczek, w którym będą zapisywane wszystkie wyniki pomiarów. Ocena notatek w dzienniczku to niezwykle cenna pomoc dla lekarza.

Zawsze warto wykonać dodatkowy pomiar w chwili gorszego samopoczucia, co może ustalić związek pomiędzy dolegliwościami a wartością ciśnienia tętniczego.

Skuteczne leczenie nadciśnienia wymaga pewnego wysiłku ze strony chorego, przynosi za to wiele korzyści – nie tylko dłuższe życie, ale też dodatkowe lata lepszego życia, wolnego od chorób i kalectwa.

Wnioski

1. Istnieje pilna potrzeba edukowania pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.
2. 85% pacjentów z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego nie posiadało dostatecznej wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego.
3. Edukacja pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest jednym z czynników mających wpływ na zmianę stylu życia.
4. 98% pacjentów wyraziło chęć poszerzenia wiedzy na temat wykrytej u nich choroby.
4. Pacjenci chorujący na nadciśnienie chcą zmienić styl życia na sprzyjający ich zdrowiu.
5. Do zadań personelu medycznego powinno należeć propagowanie zdrowego stylu życia.

Piśmiennictwo

1. Januszewicz A.: Nadciśnienie tętnicze pytania i odpowiedzi. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2000.
2. Januszewicz A.: Co trzeba wiedzieć o nadciśnieniu tętniczym. Servier Polska. Warszawa 1997.
3. Płotka A.: Zdrowy styl życia psychicznego. NeuroCentrum. Lublin 2003. 95–125.
4. Kupcewicz E., Kostyra H.: Edukacja zdrowotna a styl życia. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin Vol. LIX, Suppl. XIV, 242 sectio D, 287–290.*
5. Hope R. A. i wsp.: Oksfordzki podręcznik lekarza klinicysty. PWN Warszawa 1995, 308–309.

Halina Kamińska¹, Hanna Grabowska¹, Maria Krajewska¹,
Aleksandra Gaworska-Krzemińska¹, Władysław Grabowski¹

Przygotowanie studentów V roku pielęgniarstwa do wczesnego wykrywania i postępowania w sytuacji zagrożenia chorobami układu krążenia

Wstęp

Według World Health Organization choroby układu krążenia są najgroźniejszą epidemią, przed jaką stanęła ludzkość w swoim rozwoju. Choroby te stanowią największe zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka. Polska należy do grupy niewielu krajów Europy, w których „epidemia” choroby niedokrwiennej serca – najbardziej zagrażającej życiu choroby układu krążenia – jeszcze nie minęła. Dotyka ona zwłaszcza osoby poniżej 65 roku życia [1, 2, 3].

Za najważniejsze, niezależne czynniki ryzyka chorób układu krążenia uznano: zaburzenia lipidowe (przede wszystkim podwyższony poziom cholesterolu), niekontrolowane nadciśnienie tętnicze i palenie tytoniu. Innymi czynnikami ryzyka są: cechy indywidualne (wiek, płeć męska, wczesne występowanie choroby niedokrwiennej serca w rodzinie, przedwczesna menopauza u kobiet), poddające się modyfikacji cechy biochemiczne i fizjologiczne (podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu i trójglicerydów, niskie stężenie HDL-cholesterolu, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, hiperglikemia/cukrzyca, otyłość, czynniki trombogenne, zwiększone stężenie homocysteiny), a także czynniki związane ze stylem życia (dieta wysokokaloryczna, obfitująca w tłuszcze nasycone i cholesterol, palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, mała aktywność fizyczna) [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

W Narodowym Programie Zdrowia wyróżniono podstawowe grupy czynników oddziałujących na zdrowie człowieka. Należą do nich: styl życia (50–60%), środowisko fizyczne oraz społeczne życia i pracy (ok. 20%), czynniki genetyczne (ok. 20%), służba zdrowia (10–15%). Styl życia, czyli zespół zachowań i postaw zdrowotnych jest najważniejszym czynnikiem warunkującym stan zdrowia jednostki, jak i populacji [1, 2, 4]. Wśród zachowań zdrowotnych wyróżnia się

¹ Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich, Katedra Pielęgniarstwa, Akademia Medyczna w Gdańsku

zachowania: biopoztywne, prozdrowotne – podtrzymujące, umacniające, umożliwiające przywracanie zdrowia i sprawności oraz bionegatywne, antyzdrowotne – wywołujące zagrożenie zdrowia, chorobę, utrudniające profilaktykę, wczesną diagnozę, opóźniające proces leczenia i rehabilitacji [1, 6].

Cele strategiczne zawarte w Narodowym Programie Zdrowia 1996–2005, jak również współcześnie definiowana rola zawodowa pielęgniarki, nakładają na pielęgniarki obowiązek uwzględniania nowych zadań, wynikających z funkcji zawodowych, do których należą, między innymi, funkcja profilaktyczna, promująca zdrowie i wychowawcza. Te swoistego rodzaju wyzwania stawiane przed pielęgniarkami związane są z edukacją zdrowotną, doradztwem zdrowotnym i promocją zdrowia. Pielęgniarka powinna rozpoznawać zagrożenia zdrowia i realizować działania profilaktyczne oraz propagować zachowania prozdrowotne i doradzać w sprawach dotyczących zdrowego stylu życia [6, 7, 9].

Celem pracy jest próba ukazania stopnia przygotowania studentów pielęgniarstwa do realizacji zadań zawodowych wynikających z funkcji wychowawczej, profilaktycznej i promującej zdrowie w aspekcie wczesnego wykrywania i postępowania w sytuacji zagrożenia chorobami układu krążenia u odbiorców usług pielęgniarstwa.

Materiał i metoda

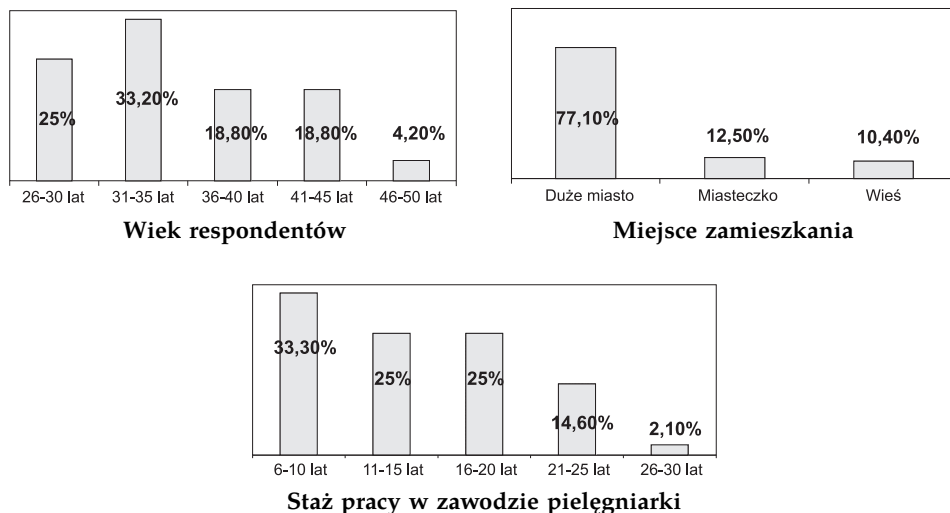
Badania przeprowadzono w grudniu 2004 roku, obejmując nimi grupę studentów piątego roku jednolitych studiów magisterskich Oddziału Pielęgniarstwa Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku.

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Badania przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankiety konstrukcji własnej, składającego się z metryczki oraz 30 pytań. Udział w badaniu był dobrowolny i miał charakter anonimowy. Rozprowadzono 60 kwestionariuszy, uzyskano 48 zwrotów (80% efektywności).

Wyniki i ich omówienie

W badaniach wzięło udział 47 kobiet (97,9%) i 1 mężczyzna (2,1%). Badana grupa była zróżnicowana ze względu na: wiek, staż pracy, sytuację rodzinną oraz miejsce zamieszkania. Wiek badanych mieścił się w przedziale 26–50 lat. Największą grupę badanych stanowiły osoby legitymujące się ogólnym stażem w zawodzie 6–10 lat (33,3%). Osoby zameżne stanowiły 70,8% badanych. 77,1% respondentów to mieszkańcy dużych miast. Podział ze względu na wiek, staż pracy oraz miejsce zamieszkania ilustruje rycina 1.

W codziennej pracy zawodowej kontakt z osobami z rozpoznany ryzykiem zachorowania na ch.u.k. lub z już stwierdzonymi zmianami w zakresie układu krążenia deklaruje większość badanych (83,3%), w tym 31,2% na poziomie powyżej 10 pacjentów dziennie. 37 studentów (77,1%) wyraża pogląd, iż

Rycina 1. Wiek, miejsce zamieszkania oraz staż pracy badanych

w codziennej praktyce zawodowej wymagana jest od nich znajomość oraz umiejętność podejmowania działań edukacyjnych w stosunku do odbiorców usług w zakresie profilaktyki ch.u.k.

Studenci dokonali samooceny stopnia przygotowania do rozpoznawania zagrożenia ch.u.k. u podopiecznych oraz prowadzenia edukacji zdrowotnej w odniesieniu do osób z ryzykiem zachorowania na ch.u.k. lub już chorymi. Wysoki i bardzo wysoki poziom przygotowania do rozpoznawania czynników ryzyka ch.u.k. deklaruje ponad połowa badanych (58,3%). Opinię o wysokim i bardzo wysokim przygotowaniu do prowadzenia edukacji zdrowotnej pacjentów zagrożonych wystąpieniem ch.u.k. lub z już występującymi zmianami w obrębie układu krążenia wyraża 62,5% studentów. Uzyskane wyniki zawarte zostały w tabeli 1.

Tabela 1. Samoocena studentów

| Stopień przygotowania studentów | Niewielki | | Mały | | Średni | | Wysoki | | Bardzo wysoki | | Ogółem | |
|---|-----------|---|------|------|--------|------|--------|------|---------------|------|--------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| do rozpoznawania zagrożenia ch.u.k. | – | – | 5 | 10,4 | 15 | 31,2 | 22 | 45,8 | 6 | 12,5 | 48 | 100 |
| do edukacji zdrowotnej w zagrożeniu ch.u.k. | – | – | 1 | 2,1 | 17 | 35,4 | 23 | 47,9 | 7 | 14,6 | 48 | 100 |

Respondentów poproszono o określenie procentowego udziału czynników warunkujących zdrowie człowieka. Udział stylu życia prawidłowo wskazało

14 osób (29,2%), wpływ środowiska fizycznego oraz społecznego życia i pracy prawidłowo określiło 13 osób (27,1%), czynników genetycznych – 9 osób (18,7%), natomiast służby zdrowia – 20 osób (41,7%). Większość studentów posiada orientację w zakresie czynników ryzyka ch.u.k. Tylko pojedyncze osoby nie potrafiły wskazać niektórych czynników zwiększających ryzyko zachorowania na ch.u.k.

Jednym z czynników ryzyka ch.u.k. jest nadwaga i otyłość. Do oceny masy ciała pacjenta pielęgniarka może wykorzystać tzw. wskaźnik masy ciała (BMI). Średni wskaźnik BMI dorosłej populacji powinien utrzymywać się na poziomie 20–22 [3, 4]. Prawidłowy wzór potrafi zastosować 30 studentów (62,5%), natomiast prawidłowej interpretacji BMI dokonuje większość badanych (89,6%). Wpływ poszczególnych typów otyłości (brzuszej i biodrowej) prawidłowo określa 41 osób (85,4%).

W dalszej części ankiety zawarto pytania odnoszące się do wpływu sposobu odżywiania na zdrowie człowieka w aspekcie profilaktyki ch.u.k. Dobbowe zapotrzebowanie na tłuszcz prawidłowo określa 14 respondentów, co stanowi 29,2% badanych.

Błonnik pokarmowy, znajdujący się w suchych nasionach roślin strączkowych, niektórych owocach i warzywach, obniża stężenie cholesterolu poprzez przyspieszenie jego wydalania z kałem, zwiększa wydalanie tłuszczów ze stolcem, opóźnia wchłanianie trójglicerydów, zwalnia wchłanianie glukozy, zapobiega miażdżycy, chorobie niedokrwiennej serca, cukrzycy [4]. Prawidłową odpowiedź wskazało 18 studentów (37,5%). 70,8% badanych posiada orientację w zakresie optymalnego stosowania soli kuchennej w codziennym jadłospisie człowieka.

Wielonienasycone kwasy tłuszczowe z rodziny n-6 (zawarte w oleju słonecznikowym, sojowym, kukurydzianym, z pestek winogron, z kielków pszenicy) obniżają stężenie cholesterolu całkowitego i frakcję LDL lipoprotein [1, 4]. Powyższy wpływ prawidłowo wskazało 27 studentów (56,2%). Natomiast znaczenie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych z rodziny n-3 (zawartych w oleju lnianym i z wiesiołka oraz rybach), obniżających stężenie trójglicerydów oraz ciśnienie tętnicze krwi [1, 4] podało 13 osób (27,1%). Prawidłowy poziom cholesterolu całkowitego w surowicy krwi wskazała większość badanych (54,2%).

W żywieniu osób dorosłych preferowane jest białko roślinne, gdyż wykazuje właściwości hipolipemiczne, stanowi źródło isoflawonów, która może przyczynić się do prewencji chorób związanych z niedoborem estrogenów, w tym ch.u.k. [4]. Prawidłową odpowiedź wskazało 29 badanych (60,4%).

Kolejne pytania ankiety dotyczyły wpływu oraz aktualnych zaleceń dotyczących aktywności fizycznej człowieka. Niska aktywność fizyczna lub siedzący tryb życia zwiększają ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze. Regularna aktywność fizyczna: zmniejsza ryzyko choroby wieńcowej,

obniża ciśnienie tętnicze krwi, poprawia profil lipoproteinowy osocza, poprawia bilans kaloryczny, obniża stężenie glukozy w osoczu, poprawia sprawność psychiczną, wytrzymałość na stres i zmęczenie. WHO sugeruje, aby mężczyzna (M) i kobieta (K) maszerowali codziennie na dystansie: zdrowi: M – 9 km; K – 5,5 km; niezupełnie zdrowi: 4 razy w tygodniu po 5 km w czasie 45 minut [1, 3, 4]. W tym zakresie żadna z osób badanych nie wskazała prawidłowej odpowiedzi.

Uniwersalny (dla dorosłych) model aktywności według Cendrowskiego, oznaczający częstotliwość aktywności fizycznej w tygodniu, czas trwania wysiłku oraz szybkość pracy serca (3 x 30 x 130) podaje 27 studentów (56,2%). Znaczenie systematycznego, wytrzymałościowego wysiłku fizycznego w profilaktyce chorób układu krążenia prawidłowo określają 22 osoby (45,8%). 52,1% badanych potrafi wskazać zalecane formy aktywności fizycznej [3, 4].

Następnie poproszono studentów o określenie wpływu palenia papierosów oraz spożywania napojów alkoholowych na zdrowie człowieka i zwiększenie ryzyka zachorowania na ch.u.k. Z badań WHO wynika, że skutkiem palenia tytoniu są między innymi zgony z powodu chorób układu krążenia na poziomie przekraczającym 40%. Palenie papierosów nasila proces miażdżycowy, zwiększa zapadalność na chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze. Powoduje zaburzenia gospodarki lipidowej: podwyższa stężenie trójglicerydów i LDL-cholesterolu, obniża stężenie HDL-cholesterolu. Po każdorazowym wypaleniu papierosa pojawia się krótkotrwałe przyspieszenie akcji serca, zwiększenie jego kurczliwości oraz znaczny wzrost ciśnienia tętniczego krwi [1, 4, 5, 6]. Orientację w tym zakresie posiada 20 studentów (41,7%). W ocenie stopnia uzależnienia od nikotyny pacjenta pielęgniarka może wykorzystać tzw. Kwestionariusz Tolerancji Nikotyny K. Fagerströma, co podaje zaledwie 9 osób (18,7%), natomiast motywację chorego do zaprzestania palenia tytoniu może ocenić wykorzystując test N. Schneider (22,9% prawidłowych wskazań). Korzyści wynikające z rzucenia palenia prawidłowo określa 12 studentów (25%).

Oceny stylu picia pacjenta pielęgniarka może dokonać w oparciu o Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu, tzw. Test AUDIT, o którym słyszało 5 osób (10,4%) oraz posługując się pojęciem tzw. porcji standardowej, które prawidłowo interpretuje 18 respondentów (37,5). WHO, w ramach profilaktyki i promocji zdrowia, ustaliła tzw. „limit rozsądnego picia”, prawidłowo wskazany przez 6 osób (12,5%) [4].

W ostatniej części ankiety zawarto pytania dotyczące wpływu ciśnienia tętniczego krwi na powstawanie ch.u.k. Wartości mogące świadczyć o nadciśnieniu tętniczym krwi prawidłowo podaje 26 studentów, co stanowi 54,2% badanych. Prawidłowych wskazań optymalnych, pożądaných ze względów zdrowotnych, wartości ciśnienia tętniczego dokonało 15 respondentów (31,2%). Prawidłowa technika pomiaru ciśnienia tętniczego krwi znana jest zaledwie 10 (2,1%) osobom [8].

Wnioski

1. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż studenci znają czynniki ryzyka ch.u.k.
2. Największą orientację osoby badane wykazywały w zakresie pożądanego poziomu cholesterolu w surowicy krwi oraz możliwości oceny masy ciała podopiecznych.
3. Stosunkowo mniejszy zakres wiedzy respondenci prezentowali zdrowotnych zakresie zachowań zdrowotnych związanych z zalecaną dietą i aktywnością fizyczną.
4. Najniższy poziom przygotowania studentów stwierdzono w zakresie rozpoznawania zagrożenia zdrowotnego wynikającego z palenia papierosów, spożywania napojów zawierających alkohol oraz oceny i pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.

Piśmiennictwo

1. Żołnierczuk-Kieliszek D.: Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem.: Kulik T. B., Latański M.: Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2002, 75–114.
2. Narodowy Program Zdrowia 1996–2005. MZiOS, Warszawa, 1996.
3. Sztembis B.: Standardy postępowania pielęgniarki środowiskowej w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu chorób układu krążenia. Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia. Chełm, 1994, 6–61.
4. Majda A.: Opieka pielęgniarska nad człowiekiem zagrożonym chorobą.: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I. Założenia teoretyczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2004, 661–708.
5. Marcinkowski J. T.: Higiena psychiczna – wybrane zagadnienia. Jethon Z. (red.): Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa. Podręcznik dla studentów. PZWL, Warszawa 1997, 170–186.
6. Majchrowska A.: Zachowania zdrowotne – aspekty socjologiczne: Majchrowska A.: Wybrane elementy socjologii. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2003, 293–325.
7. Sztembis B.: Zastosowanie diagnozy pielęgniarskiej w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu ryzyka chorób układu krążenia: Kawczyńska-Butrym Z.: Diagnoza pielęgniarska. PZWL, Warszawa 1999, 172–180.
8. Sawicki P., Szczęch R., Krupa-Wojciechowska B.: Jak radzić sobie z nadciśnieniem tętniczym? MAKmed, Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, Gdańsk, 1998, 5–67.
9. Kawczyńska-Butrym Z.: Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2001, 48–50.

Cecylia Dolińska¹, Ziemowit Ziętkowski¹,
Anna Bodzenta-Łukaszyk¹

Edukacja chorych na astmę w praktyce pielęgniarstwie

Wprowadzenie

Przewlekłe choroby układu oddechowego stanowią wciąż narastający problem współczesnej medycyny. Niepokojąca jest wzrastająca tendencja zachorowań stwierdzana w ciągu ostatnich dekad, która przekłada się bezpośrednio na wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Astma należy do najczęstszych przewlekłych schorzeń układu oddechowego. Dane epidemiologiczne wskazują, że w Polsce na astmę choruje 5,4% osób dorosłych i 8,6% dzieci [1]. Częstość występowania astmy zwiększa się na całym świecie, zwłaszcza w krajach uprzemysłowionych. Astma powoduje znaczne obciążenia, nie tylko poprzez wzrost kosztów opieki medycznej, ale również poprzez zmniejszenie produktywności i ograniczenie udziału chorych w życiu społecznym i rodzinnym.

Astma

Zgodnie z definicją ekspertów astma jest przewlekłym procesem zapalnym dróg oddechowych, w którym bierze udział wiele komórek i mediatorów. Proces zapalny prowadzi do nadreaktywności dróg oddechowych, czego wynikiem są nawracające epizody świszczącego oddechu, duszności, kaszlu i ucisku w klatce piersiowej. Objawy występują zwłaszcza w nocy lub we wczesnych godzinach rannych. Objawom tym towarzyszy uogólnione, ale zmienne ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe, które zwykle jest odwracalne spontanicznie lub pod wpływem leczenia [2].

Nadmierna reakcja skurczowa oskrzeli w odpowiedzi na wiele różnych czynników, występująca u chorych na astmę, określana jest jako nadreaktywność oskrzeli [3]. Na jej powstawanie i utrzymywanie się wpływa wiele różnych czynników, ale dostępne dane wskazują, że głównym jest zapalenie dróg odde-

¹ Klinika Alergologii i Chorób Wewnętrznych, Akademia Medyczna w Białymstoku

chowych. Proces zapalny błony śluzowej oskrzeli u chorych na astmę związany jest ze zwiększeniem liczby pobudzonych eozynofików, mastocytów i limfocytów T, które są obecne nawet w bezobjawowym okresie choroby [2]. Uszkodzenie nabłonka, równoległe z przewlekłym stanem zapalnym, pobudza procesy naprawcze, czego wynikiem są zmiany strukturalne i czynnościowe określane jako przebudowa oskrzeli. Zapalenie, przebudowa oraz zmieniona regulacja nerwowa dróg oddechowych są odpowiedzialne zarówno za nawracające zaostrzenia astmy, jak i przewlekłe upośledzenie przepływu powietrza [2].

Uznanie astmy za chorobę zapalną ma wpływ na jej rozpoznanie, prewencję i leczenie.

Do podstawowych objawów astmy związanych z ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe zaliczamy duszność, przeważnie o charakterze napadowym, uczucie ściskania w klatce piersiowej, świszczący oddech oraz kaszel. Objawy nasilają się w czasie ekspozycji na uczulające alergeny, zimne powietrze, czynniki drażniące obecne w życiu codziennym i pracy zawodowej, po intensywnym wysiłku fizycznym oraz podczas infekcji układu oddechowego. U niektórych chorych występuje także nadmierne wytwarzanie płwociny, zwłaszcza w czasie zaostrzenia choroby [4].

Astmę można rozpoznać na podstawie charakterystycznego wywiadu zebranego od chorego lub jego rodziny, badania przedmiotowego oraz badań dodatkowych. Zasadnicze znaczenie ma czynnościowa ocena zaburzeń wentylacji polegająca na wykonaniu badań spirometrycznych i ocenie odwracalności obturacji oskrzeli [5]. W niektórych przypadkach wskazane może być wykonanie pomiarów nadreaktywności drzewa oskrzelowego (nieswoiste i swoiste testy prowokacji drzewa oskrzelowego) [6]. Kliniczne rozpoznanie astmy ułatwiają objawy, takie jak: napady duszności, świszczącego oddechu i ściskania w klatce piersiowej. W czasie badania przedmiotowego możemy stwierdzić cechy skurczu oskrzeli, chociaż w niektórych przypadkach nie stwierdza się istotnych odchyleń. W celu potwierdzenia uczulenia na alergeny, które mogą mieć istotny wpływ na przebieg astmy, pomocne wydaje się przeprowadzenie testów skórnych lub oznaczenia swoistych IgE w surowicy [2].

Astmę można podzielić ze względu na etiologię i stopień ciężkości.

Biorąc pod uwagę kryteria etiologiczne oraz potwierdzenie cech atopii i uczulenia za istotne dla przebiegu choroby astmę dzielimy na alergiczną i niealergiczną [7]. Najbardziej przydatna wydaje się jednak klasyfikacja na podstawie ciężkości choroby. Ciężkość astmy określa się na podstawie objawów, zużycia leków przyjmowanych doraźnie w celu przerwania napadów duszności oraz parametrów czynności płuc. Stopień ciężkości określa się na podstawie obrazu klinicznego przed rozpoczęciem leczenia i może on ulec zmianie pod jego wpływem. Ta klasyfikacja ma zasadnicze znaczenie przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych, ponieważ intensywność leczenia zwiększa się w miarę narastania ciężkości choroby [2].

Na podstawie ciężkości choroby astmę dzielimy na sporadyczną, przewlekłą lekką, przewlekłą umiarkowaną i przewlekłą ciężką [2].

Czynniki ryzyka zachorowania na astmę

Czynniki ryzyka astmy można podzielić na osobnicze i środowiskowe.

Czynniki osobnicze obejmują predyspozycję genetyczną do rozwoju astmy, atopię, nadreaktywność oskrzeli, płęć i rasę. Do czynników środowiskowych, które mają wpływ na rozwój astmy u osób predysponowanych zaliczamy: narażenie na alergenów i uczulające czynniki zawodowe, zakażenia wirusowe i bakteryjne, dietę, dym papierosowy, status społeczny i ekonomiczny oraz wielkość rodziny [2].

Działanie czynników środowiskowych ujawnia zapisaną w genach predyspozycję do zachorowania. Czynniki środowiskowe wpływają nie tylko na rozwój astmy u osób predysponowanych, ale także na stopień nasilenia objawów chorobowych [2].

Istnieje wiele czynników środowiskowych wpływających na rozwój i przebieg chorób alergicznych. Znaczną rolę odgrywa tu ekspozycja na szereg alergenów: pyłki roślin, zarodniki grzybów pleśniowych, alergen roztoczy kurzu domowego, alergen karaluchów, alergen zwierząt domowych oraz ekspozycja na dym tytoniowy i zanieczyszczenia powietrza [7].

Czynniki powodujące zaostrzenia astmy

Czynniki wywołujące zaostrzenia astmy nasilają proces zapalny, wywołują nasilenie objawów choroby. Zalicza się do nich: alergenów, infekcje, czynniki zawodowe, wysiłek fizyczny, zimne powietrze, leki, drażniące gazy, zmiany pogody i silne emocje. Nie są one w stanie spowodować rozwoju astmy, ale mogą nasilać jej przebieg [2].

Alergeny. Kontakt z alergenami występującymi w środowisku chorego może u osób uczulonych wywołać zaostrzenie i warunkować przewlekłe utrzymywanie się objawów choroby. Duże znaczenie we współczesnym podejściu do leczenia astmy i innych chorób alergicznych poświęca się eliminacji i unikaniu kontaktu z uczulającymi alergenami [2].

Zanieczyszczenia powietrza. Zaostrzenia astmy mogą być wywoływane przez czynniki drażniące takie jak: dym powstający podczas spalania drewna, aerozole używane w gospodarstwie domowym oraz lotne związki organiczne. W wielu badaniach podkreśla się rolę zanieczyszczeń związanych z komunikacją samochodową, zwłaszcza narażenia na spaliny z silników Diesla. Istnieje możliwość synergistycznego działania zanieczyszczeń atmosferycznych i ekspozycji alergenowej [2].

Zakażenia dróg oddechowych. Nie ma wielu danych potwierdzających rolę patogenetyczną zakażeń wirusowych w rozwoju astmy. Udowodniono jednak, że mogą one zaostrzyć przebieg choroby [8]. Zakażenia wirusowe powodują uszkodzenie nabłonka i zapalenie dróg oddechowych, które prowadzą do nasilenia objawów astmy.

Zasady postępowania u chorych na astmę

Postępowanie w astmie powinno zawierać następujące elementy:

- edukację chorych mającą na celu ich współpracę w leczeniu astmy
- ocenę i monitorowanie ciężkości astmy zarówno na podstawie objawów, jak i parametrów czynnościowych płuc
- unikanie lub kontrolowanie czynników wyzwalających zaostrzenia astmy
- opracowanie indywidualnych planów leczenia przewlekłego chorych
- opracowanie indywidualnych planów leczenia zaostrzeń
- zapewnienie stałej opieki z regularną oceną chorych [2].

Rola edukacyjna pielęgniarki w procesie leczenia chorych na astmę

Podstawowym czynnikiem decydującym o długości i jakości życia człowieka są czynniki środowiskowe. Pod tym pojęciem rozumie się nie tylko zanieczyszczenie powietrza, ale także styl życia. Według Lalonde'a [9] styl życia wpływa w 53% na stan zdrowia i może podlegać modyfikacjom. Styl życia sprzyja pogłębianiu zdrowia i wymaga odpowiedniej wiedzy i umiejętności dokonywania wyborów istotnych dla zdrowia człowieka. Jedną z metod oddziaływań na kształcenie stylu życia jest edukacja zdrowotna [9].

Edukacją zdrowotną określa się proces przekazania lub nabywania wiedzy i umiejętności niezbędnych dla przeżycia, poprawy jakości życia oraz jego przedłużenia [9].

Dla edukacji zdrowotnej zostały przypisane następujące cele:

- podnoszenie poziomu wiedzy o zdrowiu związanym z funkcjonowaniem własnego organizmu
- podnoszenie poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie korzystania z opieki zdrowotnej
- podnoszenie poziomu świadomości odnośnie czynników wpływających na zdrowie
- umiejętność zapobiegania i radzenia sobie w sytuacjach trudnych
- wyrabianie odpowiedzialności za zdrowie własne i najbliższych
- zwiększenie zaufania i ścisłe przestrzeganie zaleceń lekarskich
- zwiększenie współdziałania w leczeniu [9, 10].

Edukacja wpływa nie tylko na poprawę stanu zdrowia, a tym samym jakości życia, ale ma również na celu przekazanie wiedzy, umiejętności i motywów

psychoemocjonalnych, które umożliwiają partnerską współpracę między pacjentem a pielęgniarzką. Celem edukacji jest więc nauczenie pacjenta samodzielności i niezależności oraz wyrobienie nawyku systematycznej kontroli lekarskiej [11].

Edukacja zdrowotna pacjentów z astmą

Obecnie podstawowe leczenie wielu chorób przewlekłych, do których zalicza się astmę, wymaga współpracy pomiędzy pacjentem i środowiskiem medycznym. Przemawia za tym również fakt, że pomimo postępów w poznaniu mechanizmów choroby oraz skutecznych leków, nadal występują niepowodzenia w leczeniu.

Edukacja zdrowotna powinna wyposażyć chorego nie tylko w wiedzę o istocie choroby, ale również w umiejętności niezbędne do świadomego realizowania samoopieki i samokontroli w okresie zaostrzeń i remisji. W dużym stopniu to właśnie od opieki pielęgniarstwa zależy, jakie informacje i w jaki sposób są przekazywane pacjentowi, tak by mógł on zmienić swój styl życia [12].

Lekarz prowadzący większość czasu przeznaczają na problemy rozpoznania choroby i leczenia farmakologicznego. Korzystne może okazać się prowadzenie edukacji przez pielęgniarki, które mają częstszy kontakt z pacjentem i jako grupa zawodowa cieszą się dużym zaufaniem społecznym [13]. Współczesne pielęgniarstwo nie może ograniczać się do zaspokajania potrzeb pacjentów, ale musi być zdolne do aktywnej współpracy, towarzyszenia i doradzania w sprawie ochrony i umacniania zdrowia człowieka oraz uzyskania akceptacji choroby. Udział pielęgniarki w oddziaływaniu na psychikę i subiektywne poczucie zdrowia powinien być znaczący [14].

Podstawą edukacji jest nauczenie chorego aktywnego uczestnictwa w leczeniu i zmiana jego postawy z biernej na czynną [13]. Mimo, że wszyscy chorzy wymagają pewnych podstawowych informacji i umiejętności, to większa część programu musi być zindywidualizowana i dostarczana stopniowo.

Cele edukacji mogą być osiągnięte poprzez:

- podnoszenie wiedzy o chorobie (przewlekła o podłożu zapalnym) i lekach (rozszerzające oskrzela, krótko i długo działające, przeciwzapalne, stosowane ciągle i doraźnie). Według piśmiennictwa, aż 50% pacjentów nie przestrzega zaleceń lekarskich dotyczących regularnego stosowania leków przeciwzapalnych [2]
- nauczenie prowadzenia samokontroli bez i za pomocą urządzeń pomiarowych (pomiar PEF, interpretacja wyników)
- nauczenie rozpoznawania sytuacji, które mogą doprowadzić do nasilenia dolegliwości (ekspozycja na alergenów i inne czynniki wyzwalające skurcz oskrzeli)
- nauczenie rozpoznawania pierwszych objawów obturacji oraz właściwego postępowania w tej sytuacji

- zaopatrzenie chorego w dokumentację zawierającą opis przebiegu choroby i leczenia oraz pisemną instrukcję postępowania w razie zaostrzenia [13].

Edukacja w podstawowym zakresie powinna być prowadzona podczas wizyt w przychodni lekarskiej. Podstawą do rozpoczęcia edukacji zdrowotnej u pacjenta z astmą są informacje wskazujące na:

- postać astmy
- sytuację rodzinną w aspekcie więzi emocjonalnych
- postawę względem zachowań zdrowotnych
- dotychczasowy poziom wiedzy o chorobie
- gotowość do aktywnego udziału w edukacji zdrowotnej [13].

Chorzy mogą zdobywać informację na temat astmy i jej leczenia poprzez:

- rozmowę z lekarzem lub pielęgniarką. Stwierdzono, że trzy spotkania edukacyjne na temat astmy z pielęgniarką, mogą wystarczyć do zmniejszenia liczby chorych ponownie trafiających na izbę przyjęć [2]
- czytanie książek, komiksów, czasopism, skryptów, ulotek, biuletynów, oglądanie filmów
- wideo, słuchanie nagrań
- uczestniczenie w szkoleniach, spotkaniach, zjazdach, turniejach zdrowotnych oraz targach urządzeń i produktów dla chorych na astmę (uczęszczanie na zajęcia szkoleniowe chorych na astmę zmniejszyło liczbę hospitalizacji w okresie przynajmniej 12 miesięcy po zakończeniu zajęć) [2]
- udział w spotkaniach grup wsparcia chorych na astmę.

Szkoły dla chorych na astmę

Od około 30 lat datuje się powstanie grupowych szkoleń, tak zwanych „szkół chorych na astmę”. Odbiorcami tych usług są pacjenci, ich rodziny i opiekunowie. Poprzez wykłady, pogadanki, zajęcia praktyczne i dyskusje przekazywany jest niezbędny zasób wiedzy o chorobie. Zespołami kształcącymi pacjentów są głównie lekarze, pielęgniarki, psychologowie, fizjoterapeuci, dietetyczki, farmaceuci. Dużą zaletą tego sposobu szkolenia jest możliwość nauczania dużej ilości osób jednocześnie, wcześniejsze przygotowanie tematów przedstawionych w sposób systematyczny z możliwością wykorzystania różnych metod przekazu: filmy, slajdy, pokazy multimedialne.

Indywidualne szkolenie chorych

Inną metodą szkolenia chorych na astmę jest opracowanie indywidualnego, przedstawionego na piśmie planu postępowania. Zakres informacji i umiejętności wymaganych przez poszczególnych chorych jest różny, podobnie jak zdolności i chęć do wzięcia na siebie odpowiedzialności za leczenie. Chociaż wszyscy chorzy wymagają pewnych podstawowych informacji i umiejętności, to większa

część programu edukacji musi być zindywidualizowana i dostarczana stopniowo. Do treści przekazywanych w procesie edukacji zdrowotnej chorych na astmę zaliczamy:

- istotę choroby, jej objawy, metody diagnozowania i leczenia
- sposoby unikania czynników wyzwalających
- sposoby przyjmowania leków (należy zademonstrować różne typy inhalatorów, a pacjent powinien mieć możliwość wyboru najbardziej odpowiedniego urządzenia)
- wiadomości o metodach samokontroli w warunkach domowych
- wiadomości o zachowaniach zorientowanych na zapobieganie występowaniu powikłań i zaostrzeń choroby
- możliwość udziału rodziny w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych oraz wsparcia chorego
- pokazywanie wiadomości o możliwości funkcjonowania z chorobą w życiu rodzinnym i społecznym oraz w pracy zawodowej [10].

Ostatnie doniesienia sugerują, że partnerstwo pomiędzy leczącym i leczonym, dobre zrozumienie, indywidualny i przedyskutowany plan postępowania, wyraźnie poprawiają przebieg i kontrolę astmy [15].

W ramach Cochrane Collaboration przeprowadzono przegląd systematyczny 22 badań, w których porównywano skuteczność edukacji chorych i zwykłej opieki medycznej. Stwierdzono znamienne poprawę w zakresie przebiegu choroby i rzadsze korzystanie z opieki medycznej u chorych poddanych edukacji.

Do czynników decydujących o powodzeniu indywidualnego szkolenia należą zaufanie i dobra komunikacja pomiędzy edukatorem i pacjentem oraz zrozumienie przez niego istoty własnej choroby. Każdy z około 2 milionów chorych na astmę w Polsce ma inną swoją „astmę”. Indywidualizacja szkolenia, biorąca pod uwagę ciężkość schorzenia, wiek chorego, wykonywany zawód, zasób wiedzy, uwarunkowania środowiskowe, mogą przynieść osiągnięcie zakładanych celów [13]. Prawidłowo przeprowadzona edukacja powinna wyrobić u chorego przekonanie, że po dobraniu odpowiedniego leczenia i postępowania, może on prowadzić normalny tryb życia, pomimo że astma jest chorobą poważną, której nie można wyleczyć [15]. Edukacja zdrowotna jest podstawowym działaniem zwiększającym świadomość w zakresie możliwości poprawy zdrowia i jakości życia.

Piśmiennictwo

1. Jahnz-Różyk K.: Astma oskrzelowa a przewlekła obturacyjna choroba płuc. [w:] Astma oskrzelowa i przewlekła obturacyjna choroba płuc (red.) T. Płusa, Med. Press, Warszawa 2003, 11–21.
2. Światowa strategia rozpoznania, leczenia i prewencji astmy. Raport NHLBI/WHO. Publikacja nr 02–3569. Med. Prakt. 2002, Wyd. specjalne, 6, 1–184.

3. Krasnowska M.: Astma aspirynowa 233–241; Nadreaktywność oskrzeli 175–182 [w:] Choroby alergiczne i astma (red.) Małolepszy J.: Volumes, Wrocław 1996.
4. Droszcz W.: Zarys patofizjologii, zasady diagnostyki i leczenia astmy. Wyd. Lekarskie PZWL, 2002, 126–141.
5. Grzelewska-Rzymowska I., Kroczyńska-Bednarek J.: Nadreaktywność oskrzeli i nie-swoiste testy prowokacji dooskrzelowej w diagnostyce astmy. *Terapia*, 2004, 11, 16–22.
6. Kozikowska A., Radwan L.: Podstawy fizjologii i patofizjologii układu oddechowego [w:] Choroby układu oddechowego. (red.) Kralówka P., Rowińska-Zakrzewska E., Wyd. Lekarskie, PZWL, 1993.
7. Jasek M.: Astma oskrzelowa jako choroba wieloczynnikowa. *Post. Hig. Dośw.*, 2003, 3, 263–273.
8. Krogulska A. Wąsowska-Królikowska K.: Czynniki zakaźne modyfikujące przebieg alergii. *Alergia Astma Immunologia*, 2002, 8 (2), 73–78.
9. Charońska E.: Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997, 14–63.
10. Adamczyk A.: Problemy edukacji zdrowotnej w rodzinie i środowisku lokalnym [w:] *Pielęgniarstwo rodzinne*, (red.) Kawczyńska-Butrym Z. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997, 239–272.
11. Słońska Z.: Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia [w:] *Promocja zdrowia*, Kar-ski J. B., Ignis A., Prószyński J., Warszawa 1999, 19–39.
12. Koper A., Kazimierczak B., Warszawska E.: Jakość życia chorych z nowotworem jelita grubego. *Magazyn Pielęgniarki i położnej*, 2000, 11, 16–17.
13. Latoś T.: Znaczenie edukacji w postępowaniu z chorym na astmę. *Alergia Astma Immunologia*, 2001, 6 (1), 13–16.
14. Kawczyńska-Butrym Z.: Rola pielęgniarki w promocji zdrowia. Przygotowanie i zakres roli. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1994, 1–2, 88–96.
15. Latoś T., Kurzawa R.: Edukacja chorego na astmę. *Pneumonol. Alergol. Polska* 1997, 65 (supl. I), 93–94.

Agnieszka Gniadek¹, Maria Cisek¹,
Aneta Mrozowicz¹

Zachowania zdrowotne podejmowane przez pracowników Huty Szkła Jarosław

Wprowadzenie

Znaczącą rolę w determinowaniu ludzkiego zdrowia odgrywa styl życia, na który składają się: zachowania zdrowotne, postawy, działania i ogólna filozofia życia człowieka. Jego znaczenie uwarunkowane jest również przez osobiste przekonania jednostki, uznawane przez nią wartości, normy społeczne i kulturowe oraz warunki życia i pracy. Zmienia się także podejście do zdrowia: z biomedycznego na salutogenetyczny [1]. Zdrowie w tym ostatnim rozumiane jest jako transakcja pomiędzy wymaganiami (obciążeniami) zasobami (potencjałem zdrowia) a wzorami zachowań [2]. W obecnej sytuacji rozwoju wiedzy a także zmianie roli pacjenta, biorcą opieki medycznej, cechuje aktywność i samodzielność, stąd konieczność rozwijania umiejętności życiowych, skierowanych na umacnianie i rozwój własnego zdrowia [3].

Zadaniem współczesnej pielęgniarki jest profesjonalne doradztwo w sprawach zdrowia, angażowanie oraz wspieranie pacjenta w działaniach na jego rzecz. Edukacja zdrowotna w pracy pielęgniarki uzależniona jest od zrozumienia i akceptacji przez pacjenta poglądu, że powinien traktować zdrowie jako podstawę rozwoju i samorealizacji. Zdobycie tych kompetencji zależne będzie od procesu nabywania wiedzy, kształtowania umiejętności życiowych (ang. life skills approach) oraz formowania przekonań i postaw, (czyli uznania zdrowia za wartość). Proces ten przebiega w okresie życia, na który zdecydowany wpływ ma rodzina i jakość wykonywanej pracy [4]. Dlatego też bardzo ważnym staje się ocena poziomu wiedzy na temat zdrowia oraz jej związku z podejmowanymi zachowaniami zdrowotnymi przez pracowników zakładu pracy.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa, Wydział Ochrony Zdrowia, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Materiał i metody

Badania o charakterze diagnostycznym przeprowadzono wśród 80 losowo wybranych (spośród 600 osób) pracowników zatrudnionych w Owens-Illinois Polska S.A. Hucie Szkła Jarosław, którzy zgłaszali się w okresie od 3 listopada 2003 roku do 30 kwietnia 2004 roku w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej, Przychodni Lekarskiej „Eskulap” w Jarosławiu na badania profilaktyczne.

Dla zrealizowania celów pracy zastosowano autorski kwestionariusz ankiety oraz posłużono się analizą dostępnej dokumentacji medycznej. Ankieta zawierała 76 pytań, z czego 51 stanowiły pytania zamknięte, pozostałe były półzamknięte i wartościujące.

Diagnozowany w badaniach stan wiedzy o zdrowiu dotyczył następujących zmiennych: postrzegania zdrowia, znajomości determinant zdrowia oraz przekonania dotyczącego wpływu stylu życia na zdrowie. Deklarowane przez pracowników zachowania zdrowotne badane były w następujących obszarach: aktywności fizycznej, sposobu odżywiania się, stosowania używek oraz stresu i radzenia sobie z nim.

W celu określenia stanu wiedzy na temat zdrowia wśród badanych wyodrębniono pięć grup różnicujący jej poziom. Pięć pytań określających zakres wiadomości na temat zdrowia (źródła wiedzy, sposoby definiowania zdrowie, czynniki mające wpływ oraz warunkujące zdrowie) stanowiły podstawę do zakwalifikowania respondenta do określonej grupy. Każdej odpowiedzi przyznano liczbę punktów od 1 do 3 zgodnie z ważnością odpowiedzi. Zastosowane rangowanie oraz suma uzyskanych punktów stanowiła w oparciu o wskaźnik średniej oraz odchylenia standardowego podstawę do kwalifikacji respondenta do odpowiedniej grupy adekwatnej do jego poziomu wiedzy na temat zdrowia. Grupę o bardzo wysokim poziomie wiedzy określono jako grupę 5, o wysokim poziomie jako grupę 4, średni poziom wiedzy o zdrowiu to grupa 3, niski poziom grupa 2, a bardzo niski grupa 1.

Weryfikację uzyskanych wyników oparto o metody statystyczne przy użyciu nieparametrycznego testu χ^2 , a za wartość graniczną przyjęto poziom istotności o wartości $p < 0,05$ [5].

Wyniki

Osiemdziesięcio osobową grupę badanych stanowiło 48 mężczyzn (60,0%) i 32 kobiety (40,0%). Wiek ankietowanych kształtował się w przedziale od 26 do 56 lat. Najlichnieszka okazała się grupa w wieku od 41 do 50 lat; 31 osób (38,8%), w tym 14 kobiet (43,8%) i 17 mężczyzn (35,4%). Najmniej (12 osób – 15,0%) było pracowników, w wieku 55 lat i powyżej. Istotną statystycznie zależność wykazano porównując poziom wykształcenia z płcią badanych ($p < 0,01$). Wśród kobiet najlichnieszczą grupę stanowiły badane z wyższym wykształceniem (37,5%), czy-

Tabela 1. Związek między źródłami a poziomem wiedzy o zdrowiu wśród badanych respondentów

| Źródła wiedzy o zdrowiu | Poziom wiedzy o zdrowiu | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------------------------|------|----------------|------|-----------------|------|-----------------|------|--------------------|------|------|------|
| | Gr. 1 b. niski | | Gr. 2 niski | | Gr. 3 średni | | Gr. 4 wysoki | | Gr. 5 b. wysoki | | Suma | |
| | 15 | | 27 | | 13 | | 8 | | 17 | | 80 | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Radio i telewizja | 5 | 33,3 | 16 | 59,3 | 10 | 76,9 | 4 | 50,0 | 10 | 58,8 | 45 | 56,3 |
| Ulotki, broszury | 3 | 20,0 | 16 | 59,3 | 7 | 53,8 | 6 | 75,0 | 9 | 52,9 | 41 | 51,3 |
| Czasopisma popularne | 5 | 33,3 | 8 | 29,6 | 7 | 53,8 | 3 | 37,5 | 8 | 47,1 | 31 | 38,8 |
| Książki naukowo-medyczne | – | – | – | – | 2 | 15,4 | 3 | 37,5 | 15 | 88,2 | 20 | 25,0 |
| Czasopisma medyczne | – | – | 4 | 14,8 | 3 | 23,1 | 2 | 25,0 | 9 | 52,9 | 18 | 22,5 |
| Książki popularno-naukowe | – | – | 2 | 7,4 | 1 | 7,7 | 2 | 25,0 | 4 | 23,5 | 9 | 11,3 |
| Inne | 2 | 13,3 | 2 | 7,4 | 1 | 7,7 | 2 | 25,0 | – | – | 7 | 8,8 |

$p < 0,05$, $df = 24$, $Chi^2 42,0$

li 15% wszystkich badanych. Mężczyźni z wyższym wykształceniem stanowili zaledwie 6,2% wszystkich respondentów. Najwięcej mężczyzn legitymowało się średnim wykształceniem (54,2%), co stanowiło 32,5% wszystkich badanych.

W oparciu o dokonaną analizę stwierdzono istotną statystycznie zależność ($p < 0,05$) pomiędzy ilością i jakością wybranych przez ankietowanych źródeł wiedzy o zdrowiu, a poziomem wiedzy, co przedstawiono w tabeli 1. Ankietowani z grupy 5 informacje na temat zdrowia czerpali z większej ilości źródeł. Jako najistotniejsze źródło wiedzy o zdrowiu – w 56,3% respondenci uznali środki masowego przekazu. Nieco mniejsze znaczenie badani przypisali materiałom informacyjnym (ulotki i broszury). Prawie w równym stopniu, korzystali z nich przedstawiciele wszystkich grup. Z czasopism popularnych większym stopniu korzystali przedstawiciele grupy 4 i 5. Z książek naukowo-medycznych najliczniej, bo aż w 88,2% korzystali respondenci zakwalifikowani do grupy piątej. Natomiast nie korzystały z nich osoby z grupy pierwszej i drugiej. Podobnie korzystanie z czasopism medycznych cechowało najliczniejszą grupę badanych z bardzo wysokim poziomem wiedzy. Najmniej osób (11,3%) czerpało wiedzę o zdrowiu z książek popularno-naukowych.

Porównując wskazane przez badanych zachowania zagrażające zdrowiu stwierdzono, że im wyższy poziom wiedzy na temat zachowań zdrowotnych tym większa ilość i bardziej istotny wybór zachowań prozdrowotnych przez pracowników Huty Szkła ($p < 0,001$), co przedstawiono w tabeli 2. Najbardziej ważnym zachowaniem zagrażającym zdrowiu uznanym przez 71,3% badanych, było palenie papierosów. Wszyscy ankietowani zakwalifikowani do grupy piątej uznali ten czynnik za najbardziej ważny. Istotnym zachowaniem zagrażającym zdrowiu, wybranym przez nieco mniejszą ilość ankietowanych (70%) okazało się niepra-

Tabela 2. Zachowania zdrowotne uznane i podejmowane przez ankietowanych dla utrzymania zdrowia

| Źródła wiedzy o zdrowiu | Poziom wiedzy o zdrowiu | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|------|----------------|------|-----------------|------|-----------------|-------|--------------------|-------|------|------|
| | Gr. 1 b. niski | | Gr. 2 niski | | Gr. 3 średni | | Gr. 4 wysoki | | Gr. 5 b. wysoki | | Suma | |
| | 18 | | 7 | | 28 | | 10 | | 17 | | 80 | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Zachowania zdrowotne uznane przez ankietowanych za najbardziej zagrażające zdrowiu | | | | | | | | | | | | |
| Palenie tytoniu | 6 | 33,3 | 3 | 42,9 | 22 | 78,6 | 9 | 90,0 | 17 | 100,0 | 57 | 71,3 |
| Nieprawidłowe odżywianie | 2 | 11,1 | 3 | 42,9 | 24 | 85,7 | 10 | 100,0 | 17 | 100,0 | 56 | 70,0 |
| Stres | 2 | 11,1 | 4 | 57,1 | 20 | 71,4 | 9 | 90,0 | 17 | 100,0 | 52 | 65,0 |
| Mała aktywność fizyczna | 2 | 11,1 | 3 | 42,9 | 16 | 57,1 | 10 | 100,0 | 17 | 100,0 | 48 | 60,0 |
| Nadmierne spożywanie alkoholu, zwłaszcza napojów wysoko-procentowych | 5 | 27,8 | 3 | 42,9 | 12 | 42,9 | 10 | 100,0 | 17 | 100,0 | 47 | 58,8 |
| Używanie substancji psychoaktywnych (innych niż nikotyna i alkohol) | 11 | 61,1 | 2 | 28,6 | 11 | 39,3 | 7 | 70,0 | 16 | 94,1 | 47 | 58,8 |
| Niewłaściwa higiena osobista | 3 | 16,7 | – | – | 6 | 21,4 | 1 | 10,0 | 15 | 88,2 | 25 | 31,3 |
| Zbyt mała ilość snu | 1 | 5,6 | 2 | 28,6 | 5 | 17,9 | 3 | 30,0 | 14 | 82,4 | 25 | 31,3 |
| Stosowanie używek – kawy | 2 | 11,1 | 1 | 14,3 | 3 | 10,7 | 1 | 10,0 | 16 | 94,1 | 23 | 28,8 |
| Inne | 3 | 16,7 | – | – | 1 | 3,6 | – | – | – | – | 4 | 5,0 |
| $p < 0,001$, $df = 36$, $Chi^2 68,2$ | | | | | | | | | | | | |
| Podejmowane przez ankietowanych zachowania zdrowotne | | | | | | | | | | | | |
| Aktywność fizyczna | 10 | 55,6 | 3 | 42,9 | 17 | 60,7 | 5 | 50,0 | 15 | 88,2 | 50 | 62,5 |
| Codzienna higiena osobista i najbliższego otoczenia | 3 | 16,7 | 3 | 42,9 | 22 | 78,6 | 4 | 40,0 | 14 | 82,4 | 46 | 57,5 |
| Racjonalne odżywianie | 6 | 33,3 | 3 | 42,9 | 17 | 60,7 | 6 | 60,0 | 12 | 70,6 | 44 | 55,0 |
| Higiena zdrowia psychicznego relaks, wypoczynek, odprężenie | 3 | 16,7 | 3 | 42,9 | 11 | 39,3 | 6 | 60,0 | 12 | 70,6 | 35 | 43,8 |
| Unikanie zachowań destrukcyjnych dla zdrowia (używków) | 3 | 16,7 | 2 | 28,6 | 12 | 42,9 | 3 | 30,0 | 13 | 76,5 | 33 | 41,3 |
| Udział w badaniach kontrolnych profilaktycznych | 3 | 16,7 | 1 | 14,3 | 14 | 50,0 | 2 | 20,0 | 12 | 70,6 | 32 | 40,0 |
| Kontrola masy ciała | 4 | 22,2 | – | – | 9 | 32,1 | 3 | 30,0 | 10 | 58,8 | 26 | 32,5 |
| Zdobywanie informacji istotnych dla zdrowia | 1 | 5,6 | – | – | 4 | 14,3 | 1 | 10,0 | 2 | 11,8 | 8 | 10,0 |
| Inne | 1 | 5,6 | – | – | – | – | – | – | – | – | 1 | 1,3 |

widłowe odżywianie. Jego negatywny wpływ na stan zdrowia był istotny dla wszystkich respondentów z grupy piątej i czwartej, a także dla 85,7% badanych z grupy trzeciej. Na znacząco negatywny wpływ stresu na stan zdrowia wskazało 65% ankietowanych. O jego istotnym zagrożeniu dla zdrowia przekonanych cała grupa 5 i 90% w grupie czwartej. Małą aktywność fizyczną jako zachowanie

istotnie zagrażające zdrowiu wskazało 60% badanych, wszyscy z grupy czwartej i piątej. Nadmierne spożywanie alkoholu, którego negatywne znaczenie dla zdrowia wskazało 100% badanych zarówno z grup czwartej i piątej oraz prawie połowa ankietowanych z grup trzeciej i drugiej. Używanie substancji psychoaktywnych jako zachowanie zagrażające zdrowiu, znalazło się wśród ankietowanych na tym samym miejscu, co nadmierne spożywanie alkoholu, z największą ilością głosów wśród grup piątej, czwartej i pierwszej.

Spośród podejmowanych dla utrzymania zdrowia zachowań zdrowotnych, największa ilość badanych – 62,5%, wybrała aktywność ruchową. Odsetek aktywnych fizycznie wśród respondentów, wynosił 88,2% w grupie piątej, natomiast pozostali respondenci stanowili średnio 50% każdej grupy. Dalsze wyniki badań wykazały, że uprawianie sportu przez badanych, statystycznie zależne było od ich wieku. Im młodszy pracownik tym częściej uprawiał on jakąś aktywność fizyczną ($p < 0,01$).

Unikanie stosowanie używek jako zachowanie zdrowotne wskazało 41,3% ankietowanych. W grupie 5 największy odsetek badanych (76,5%), deklarowało wstrzymywanie się od ich stosowania, a tylko 42,9% w grupie trzeciej. Po szczegółowej analizie okazało się jednak że aż 46,2% badanych paliło papierosy. Co piąty ankietowany (20%) palił do 20 papierosów dziennie i były to zarówno osoby o wysokim, jak i niskim poziomie wiedzy. Ankietowani w 40% wskazali, że dla utrzymania zdrowia brali udział w badaniach profilaktycznych, najczęściej byli to respondenci z grupy 5 (70,6%). Co trzeci badany twierdził, że kontroluje swoją masę ciała, i stanowili oni (58,8%) w grupie piątej, oraz 30% badanych z grup o czwartej i trzeciej. Ankietowani z niskim poziomem wiedzy stwierdzili, że nie kontrolują swojej masy ciała, co przedstawiono w tabeli 2.

Analiza uzyskanego materiału wykazała statystycznie istotną zależność ($p < 0,05$) pomiędzy samooceną stanu zdrowia a wskaźnikiem masy ciała BMI obliczonym na podstawie podanych przez respondentów wagi i wzrostu (Tabela 3). Wśród osób, które oceniły swój stan zdrowia jako dobry, u 45% responden-

Tabela 3. Zróżnicowanie masy ciała (wyrażone za pomocą wskaźnika BMI) wśród badanych o różnej samoocenie stanu zdrowia

| Body Mas Index | Samoocena stanu zdrowia | | | | | |
|--|-------------------------|------|-------|------|------|------|
| | średnia | | dobra | | Suma | |
| | 39 | | 40 | | 79 | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Norma (do 24,9 kg/m ²) | 12 | 30,8 | 18 | 45,0 | 30 | 38,0 |
| Nadwaga (25 – 29,9 kg/m ²) | 15 | 38,5 | 19 | 47,5 | 34 | 43,0 |
| Otyłość (powyżej 30 kg/m ²) | 12 | 30,8 | 3 | 7,5 | 15 | 19,0 |
| $p < 0,05$, $df = 2$, $\text{Chi}^2 7,1$ | | | | | | |

tów masa ciała mieściła się w normie, natomiast w grupie o samoocenie średniej badani z BMI w normie stanowili tylko 30,8% wszystkich respondentów. Osoby z nadwagą stanowiły 43% wszystkich ankietowanych, natomiast wśród 19% ankietowanych rozpoznana została otyłość, z czego w grupie ze średnim stanem zdrowia było, aż 30,8% otyłych, przy radykalnie mniejszej ich ilości (7,5%) w grupie z dobrym poziomem zdrowia.

Dyskusja

Wiedza na temat zdrowia zdobywana jest przez człowieka przez całe życie, a pochodziło zarówno z formalnych jak i pozaformalnych źródeł, które w zależności od swej specyfiki różnicują merytoryczny poziom wiedzy i wpływają na kształtowanie podejmowanych zachowań zdrowotnych. W badaniach własnych źródłem wiedzy, który preferowali badani pracownicy były środki masowego przekazu. Można założyć, że jest to spowodowane łatwym, dostępem do tych materiałów, a korzystanie z nich nie wymaga podejmowania wysiłku i zwalnia tym samym ludzi z trudu samodzielnego poszukiwania informacji [6]. Fakt, że nisko cenione było przez respondentów dążenie do zdobywania wiedzy, znalazło wytłumaczenie w dalszej części badań, gdzie tylko, co dziesiąty ankietowany uznał, że zdobywanie tych informacji jest istotne dla zdrowia.

Oceniając poziom wiedzy respondentów na temat zdrowia stwierdzono, że tylko 1/5 ankietowanych prezentowała bardzo wysoki poziom wiedzy o zdrowiu oraz prawie taka sama ilość dysponowała zaledwie elementarnym zasobem wiedzy w tej dziedzinie. Niemniej jednak wiedza na temat czynników zagrażających zdrowiu była większa niż ogólna wiedza na temat zdrowia i wykazali ją istotnie częściej ankietowani zakwalifikowani do grup o wysokim poziomie wiedzy niż o niskim i bardzo niskim.

Badania przeprowadzone wśród pracowników medycznych zatrudnionych w szpitalu w Międzyrzeczu Podlaskim stwierdzono, że w hierarchii zachowań najbardziej zagrażających zdrowiu za najistotniejsze uznali oni nieprawidłowy sposób odżywiania i stres, następnie palenie papierosów, natomiast nad przedostatnim ósmym miejscem znalazła się mała aktywność fizyczna [7]. W niniejszych badaniach jako najistotniejsze zachowanie zagrażające zdrowiu badani uznali palenie tytoniu w następnej kolejności odżywianie, stres a na czwartym miejscu znalazła się mała aktywność fizyczna. Zapewne istotne znaczenie ma miejsce pracy i mały kontakt ze służbą zdrowia oraz brak przewidywanych korzyści dla zdrowia.

W analizowanej grupie zaobserwowano rozbieżność pomiędzy częstością występowania zachowań zdrowotnych zagrażających zdrowiu, a wiedzą na ten temat. Podobnie stwierdzono w badaniach w grupie młodych mężczyzn pracujących w policji. Dopiero w momencie stworzenia warunków do ćwiczeń gimnastycznych w środowisku pracy, oraz interwencji w bufecie zakładowym deklaro-

wane zachowania zdrowotne były zgodne z posiadaną wiedzą [8]. Jednakże nie jest to warunek wystarczający do zmiany zachowań zdrowotnych gdyż w Hucie Szkła pracownicy mieli możliwość korzystania w zakładzie pracy z zajęć sportowych, jednakże nie korzystali z nich. Można przypuszczać że decydującą rolę odgrywała motywacja.

Wnioski

1. Około trzydzieści procent badanych prezentowało przeciętny poziom wiedzy o zachowaniach pro zdrowotnych i zagrażających zdrowiu.
2. Palenie papierosów uznane zostało przez 70% badanych za zachowanie najbardziej zagrażające zdrowiu.
3. Wyższy poziom wiedzy o zagrożeniach zdrowia nie przekładał się na zachowania pro zdrowotne.

Piśmiennictwo

1. Słońska Z.: Współczesna wizja edukacji zdrowotnej a promocja zdrowia. [w:] Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. [w] Kapica M. [red.]. Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej: stan i oczekiwania: Materiały konferencyjne: Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Kamień Śląski 25–26 wrzesień 2000. Warszawa, 2001.
2. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy Zdrowia. Fundacja IPN. Warszawa 1995.
3. Gawęł A.: Pedagogdy wobec wartości zdrowia. Wydawnictwo UJ, Kraków 2003.
4. Woynarowska B.: Podejście ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych i możliwości jego wykorzystania w edukacji zdrowotnej. [w] Kapica M. [red.]. Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej: stan i oczekiwania: Materiały konferencyjne: Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Kamień Śląski 25–26 wrzesień 2000. Warszawa, 2001
5. Bąk K., Kotowska I.: Metody opisu statystycznego. SGH, Warszawa 1992.
6. Gajda J.: Znacząca i przyszłościowa rola mass mediów i hipermediów w edukacji [w:] Edukacja jutra. VI Tatrzańskie Seminarium Naukowe. Częstochowa 2000.
7. Filipczuk A., Wrońska I.: Promocja zdrowia wśród pracowników ochrony zdrowia [w:] Annales Universitatis Maiiae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia. Sectio D. Lublin 2003.
8. Cisek M., Brzostek T., Górkiewicz M.: Wpływ edukacji zdrowotnej na występowanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Wiadomości Lekarskie 2004, LVII, sup. 1: 38–42

Regina Sierżantowicz¹, Katarzyna Łagoda¹

Zasady profilaktyki powikłań oddechowych u chorych leczonych respiratorem w pracy pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii

Wstęp

Respirator jest aparatem zapewniającym oddech sztuczny. Jest on często wyposażony w system kontroli komputerowej stanu chorego i pracy własnej. Ze względu na sposób regulowania fazy wdechowej i wydechowej cyklu oddechowego aparaty klasyfikowane są jako sterowane: ciśnieniem, objętością lub czasem [3, 7]. Pacjent wentylowany respiratorem narażony jest na szereg powikłań ze strony układu oddechowego, zagrażają niejednokrotnie życiu chorego [1, 2, 6].

Do powikłań, na które ma wpływ opieka pielęgniarska należą:

1. niedrożność rurki intubacyjnej lub tracheostomijnej,
2. wysunięcie się rurki,
3. powstanie odleżyny w tchawicy,
4. zakażenie rany tracheostomijnej,
5. zakażenie układu oddechowego.

Celem opieki nad pacjentem leczonym oddechem wspomaganym jest utrzymanie prawidłowych funkcji układu oddechowego oraz zapobieganie powikłaniom.

Zadania pielęgniarki w opiece nad chorym „podłączonym do respiratora” z rurką intubacyjną lub tracheostomijną obejmują:

1. **działania diagnostyczne:** ocena stanu ogólnego pacjenta, stanu przytomności, stałe monitorowanie układu oddechowego, układu krążenia, kontrola oraz analiza parametrów biochemicznych (gazometrii krwi tętniczej) i kontrola parametrów respiratora, dokumentowanie wyników pomiarów i stanu chorego.
2. **działania lecznicze:** podawanie leków, obserwacja ich terapeutycznych efektów i występowania działania ubocznego, wykonywanie zabiegów zgodnych ze zleceniami lekarskimi, obserwacja ich skuteczności oraz dokumentowanie.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Akademia Medyczna w Białymstoku

3. **działania opiekuńcze** obejmują pomoc w zmianie pozycji, gdy pacjent jest przytomny lub zmianę ułożenia pacjenta, gdy jest nieprzytomny, zapobieganie odleżynom, przykurczom i zanikom mięśni. Zapobieganie powikłaniom oddechowym, kontrolę parametrów wentylacji płuc, zapewnienie stałej drożności dróg oddechowych, pielęgnację rurki intubacyjnej i tracheostomijnej, dbanie o czystość jamy ustnej. Zapewnienie prawidłowego mikroklimatu w pomieszczeniu pacjenta. Wsparcie chorego i jego rodziny w sytuacji braku pozytywnych wyników leczenia lub innych trudnych sytuacjach.
4. **działania organizacyjne**: planowanie oraz koordynowanie działań pielęgnacyjnych, organizowanie sprzętu, materiałów potrzebnych do opieki, ocenę stopnia realizacji opieki, dokumentowanie [4, 8].

Intensywny nadzór pielęgniarski nad układem oddechowym powinien składać się z dwóch elementów: nadzoru bezprzrządowego czyli bezpośredniego, opierającego się na bezpośredniej obserwacji chorego oraz nadzoru przrządowego, którego charakter polega na włączeniu urządzeń monitorujących [1, 3, 6, 7].

Cel pracy

Celem pracy była ocena znajomości i przestrzegania zasad profilaktyki powikłań oddechowych u chorych leczonych respiratorem w pracy pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii.

Material i metody badań

W badaniach wykorzystano specjalnie w tym celu skonstruowany kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz składał się z dwóch części i zawierał 44 pytania.

Pierwsza część zawierała pytania dotyczące danych osobowych badanej populacji: wiek, typ ukończenia szkoły, staż pracy w zawodzie, staż pracy w oddziale intensywnej terapii, system pracy. Druga część ankiety składała się z 39 pytań, które dotyczyły:

1. oceny stanu pacjenta podłączonego do respiratora,
2. pielęgnowania jamy ustnej chorego,
3. zasad pielęgnacji i kontroli położenia rurki intubacyjnej lub tracheostomijnej,
4. zasad toalety drzewa oskrzelowego chorego z rurką dotchawiczą lub tracheostomijną,
5. znajomości pozycji drenażowych,
6. działań stosowanych w profilaktyce powikłań układu oddechowego.

Pytania miały charakter pytań otwartych (4), zamkniętych (22) i półotwartych (13).

Badaniami objęto 50 pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii, sprawujących opiekę nad pacjentami leczonymi sztuczną wentylacją.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

| | | |
|---|------------------------------|-----|
| Wiek | średnia wieku $32,8 \pm 5,5$ | |
| Typ ukończonej szkoły | Liceum medyczne | 62% |
| | Medyczne studium zawodowe | 36% |
| | Inne | 2% |
| Staż pracy w zawodzie pielęgniarki | 1–2 lat | 0% |
| | 3–5 lat | 16% |
| | 6–10 lat | 20% |
| | powyżej 10 lat | 64% |
| Staż pracy w oddziale intensywnej terapii | 1–2 lat | 4% |
| | 3–5 lat | 24% |
| | 6–10 lat | 26% |
| | powyżej 10 lat | 46% |
| System pracy badanych pielęgniarek | 8 godzinny | 6% |
| | 12 godzinny | 94% |

Badania przeprowadzono w okresie od sierpnia do września 1998 roku w Białymstoku.

W badanej grupie były kobiety średnio w wieku $32,8 \pm 5,5$. Zdecydowaną większość (62%) stanowiły pielęgniarki, które ukończyły studium medyczne.

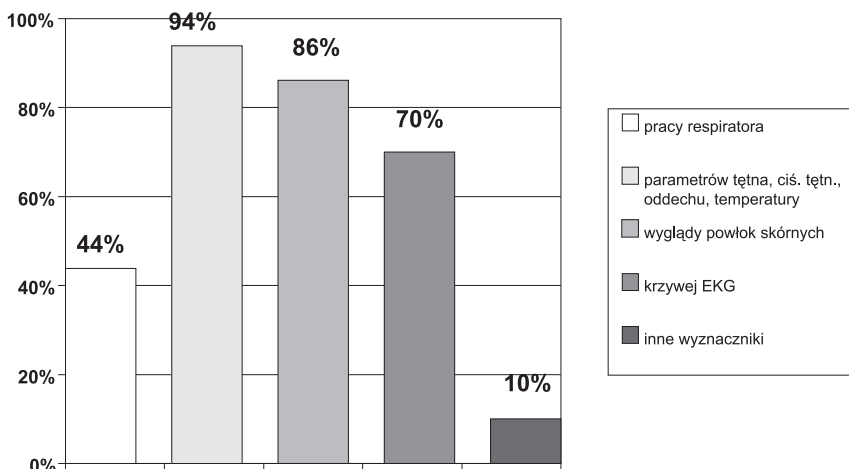
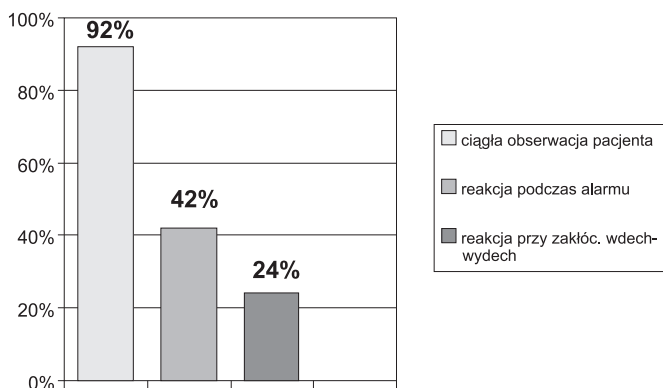
Najliczniejszą grupę (64%) stanowiły osoby, których staż w zawodzie pielęgniarki przekraczał 10 lat. Prawie połowa badanych (46%) posiadała staż pracy w oddziale intensywnej terapii powyżej 10 lat, a tylko (4%) miało staż krótszy niż 2 lata.

Prawie wszystkie badane pielęgniarki (94%) pracowały w 12 godzinnym systemie pracy.

Wyniki badań

Aby ocenić wiedzę pielęgniarek zapytano je o wyznaczniki stanu pacjenta podłączonego do respiratora (Rycina 1). Najczęściej wymienianymi przez pielęgniarki (94%) wyznacznikami były parametry tętna, ciśnienia tętniczego, oddechu, temperatury, zabarwienia powłok skórnych. Według badanych oddech kontrolowany to całkowite przejście czynności oddychania przez respirator w przypadku braku oddechu pacjenta (82%). Oddech wspomagany 78% respondentek określiło jako pogłębienie każdego płytkiego wdechu chorego przez respirator.

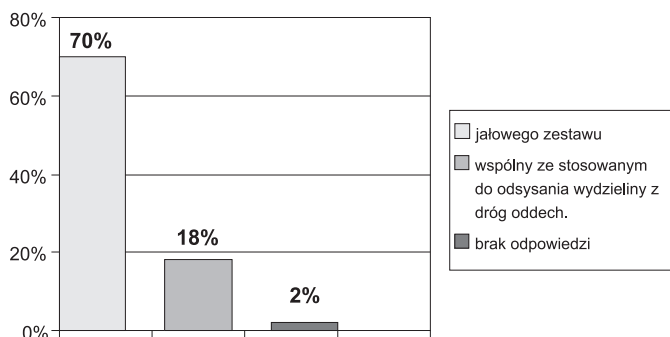
Nie zawsze odgłos pracy respiratora jest równoznaczny ze skuteczną wentylacją płuc. Zbyt późna reakcja w momencie złego funkcjonowania lub zaprzestania pracy aparatury może doprowadzić do groźnych powikłań (Rycina 2). Prawie

Rycina 1. Wyznaczniki stanu pacjenta podłączonego do respiratora**Rycina 2. Sposób prowadzenia nadzoru nad pracą respiratora**

wszystkie pielęgniarki (92%) rozumiały wagę tego problemu, prowadząc nadzór przez ciągłą obserwację pacjenta i kontrolę aparatury.

U chorych podłączonych do respiratora samooczyszczanie jamy ustnej jest upośledzone. Stwarza to niebezpieczeństwo gromadzenia się w jamie ustnej, gardle, nad mankietem uszczelniającym rurki inkubacyjnej dużej ilości wydzieliny, która szybko ulega zakażeniu. Obecność zakażonej wydzieliny naraża chorego na przeniesienie infekcji w głąb układu oddechowego podczas opróżniania mankieta z powietrza (Rycina 3). Badana grupa pielęgniarek w większości (70%) zwracała uwagę na prawidłową pielęgnację jamy ustnej, odsysanie wydzieliny przy użyciu jałowego zestawu.

Rycina 3. Zestawy używane do odsysania wydzieliny z jamy ustnej chorego zaintubowanego



Systematyczne osłuchiwanie płuc daje możliwość oceny zalegania wydzieliny w drogach oddechowych lub stwierdzenia niesymetrycznej wentylacji płuc, np. wskutek wysunięcia się rurki dotchawiczej lub tracheostomijnej do jednego z oskrzeli głównych. Jedna trzecia badanych (34%) pielęgniarek przyznała, że wykonywała tę czynność systematycznie, jednak aż 62% nie przywiązywała znaczenia do osłuchiwania płuc.

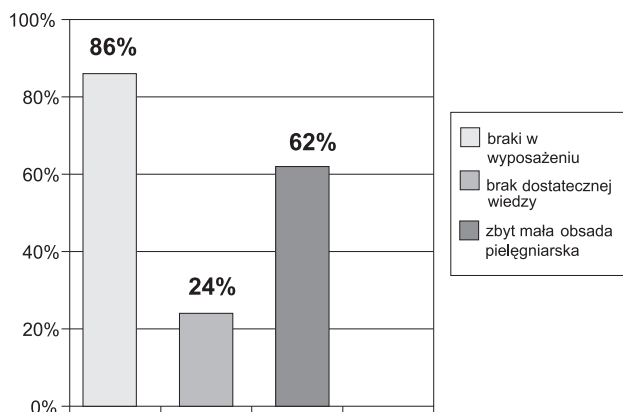
U pacjentów z rurką dotchawiczą, bądź tracheostomijną istnieje niebezpieczeństwo jej niedrożności. Odruchy kaszlowe u niektórych chorych mogą być zachowane, lecz kaszel nie jest efektywny, gdyż zaburzona jest jego mechanika. Prawie wszystkie osoby (94%) z badanej grupy wymieniły jako główną przyczynę niedrożności rurki dotchawiczej zbyt rzadkie odsysanie wydzieliny. Badane uznały, że skutki niedrożności mogą prowadzić do bardzo niebezpiecznych powikłań, nie wykluczając uduszenia pacjenta (90%). Do działań pierwszej pomocy badane (94%) zaliczyły jako podstawową czynność próbę odessania wydzieliny po uprzednim jej rozrzedzeniu.

Czynności pielęgnacyjne powinny być wykonywane w jałowych warunkach, aby nie dopuścić do rozwoju bakterii. Jednym z warunków skutecznej sztucznej wentylacji jest prawidłowe położenie rurki. Przedmiotem kontroli powinien być sposób umocowania rurki tasiemką, aby nie była zbyt luźna lub mocno napięta. Dwie trzecie badanych (78%) kontrolowało tasiemkę mocującą rurkę, 38% kontrolowało położenie rurki przez kontrolę uszczelnienia mankietu. Były to czynności niepełne. Żadna z badanych nie sprawdzała położenia rurki przez osłuchiwanie płuc, zwłaszcza po zmianie położenia rurki.

Do zabiegu odsysania 60% pielęgniarek używało jałowego zestawu, a 16% tylko jałowych rękawiczek. Niewiele, bo 22% badanych znało maksymalny czas jednorazowego odsysania wydzieliny z dróg oddechowych. Duży odsetek pielęgniarek (84%) rozprężył płuca pacjenta po zakończonym odsysaniu.

Drenaż ułożeniowy to specjalne ułożenie pacjenta mające na celu odprowadzanie wydzieliny z określonych segmentów płuc i oskrzeli, w zależności od

Rycina 4. Czynniki utrudniające pracę pielęgniarek w oddziale intensywnej terapii



umiejscowienia zmian chorobowych. Pielęgniarki znały tylko jedną pozycję drenażową – pozycję Trendelenburga (58%). Prawie 1/4 badanych (24%) nie znała pozycji stosowanych w drenażu ułożeniowym.

Prawie cała grupa badanych pielęgniarek (98%) doceniała znaczenie mikroklimatu proponując, przy braku urządzeń klimatyzacyjnych: wietrzenie pomieszczeń, stosowanie nawilżaczy.

Znaczenie czynności pielęgnacyjnych w oddziale intensywnej terapii jest bardzo duże. Badana grupa pielęgniarek wymieniła tylko niektóre działania zapobiegające powikłaniem oddechowym (częste odsysanie 87%, oklepywanie klatki piersiowej 50%, zmianę ułożenia chorego 50%), pomijając konieczność przestrzegania zasad aseptyki, pielęgnację jamy ustnej, dróg oddechowych, inhalacje, zapobieganie odleżynom w drzewie oskrzelowym, stosowanie drenażu i inne czynności istotne dla prowadzenia chorego leczonego respiratorem (Rycina 4).

Pielęgniarki wśród czynników utrudniających pracę podały braki w wyposażeniu (68%) i zbyt małą obsadę pielęgniarską (62%). Dwie trzecie badanych (78%) oceniło swój wpływ na zapobieganie powikłaniom oddechowym jako duży, dlatego podnoszą kwalifikacje zawodowe w formie samokształcenia i uczestnictwa w kursach doskonalenia zawodowego.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że:

1. Znajomość i przestrzeganie zasad profilaktyki powikłań układu oddechowego u pacjentów leczonych respiratorem przez badane pielęgniarki było niewystarczające.

Piśmiennictwo

1. Chruślińska-Zawadzka E.: Podstawowe procedury anestezjologiczne. Adi Łódź 1999.
2. Dzierżanowska D, Jeljaszewicz J.: Zakażenia szpitalne. L-medica press 1999.
3. Kamiński B., Kubler A.: Anestezjologia i intensywna terapia. PZWL, 2002.
4. Kózka M. (red.): Stany zagrożenia życia. Wybrane standardy opieki i procedury postępowania pielęgniarstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2001.
5. Kubler A. (red.): Intensywna terapia. Urban & Partner, Wrocław 2001.
6. Polny F. i inni: Sekrety intensywnej terapii. D. W. Publishing Co 1992.
7. Rybicki Z.: Intensywna terapia dorosłych. Novus orbis Gdańsk 1994.
8. Widomska-Czekajska T. (red.): Internistyczna intensywna terapia i opieka pielęgniarstwa. PZWL, 1994.

Maria Krajewska¹, Hanna Grabowska¹,
Władysław Grabowski¹

Styl życia uczennic a zapotrzebowanie na edukację zdrowotną

Wstęp

Promocja zdrowia jest koncepcją i strategią działań dla zdrowia, stanowi proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz jego poprawę [1]. Dlatego jest ona przede wszystkim ukierunkowana na kształtowanie zachowań ludzi zdrowych – eliminację zachowań ryzykownych dla zdrowia i pobudzanie zachowań prozdrowotnych.

Edukacja zdrowotna jest podstawowym prawem każdego dziecka, jest nieodłącznym elementem promocji zdrowia. Powszechnie uważa się, że edukacja zdrowotna w szkole jest najbardziej opłacalną, długofalową inwestycją dla zdrowia społeczeństwa [2].

Poprzez edukację zdrowotną przygotowuje się wszechstronnie człowieka do życia i pracy w konkretnej rzeczywistości społecznej, przyrodniczej, ekonomicznej, politycznej i gospodarczej. Stąd też istotne jest nabycie przez uczniów pożądanых postaw i doświadczeń, umiejętności i wiedzy niezbędnej do wzmocnienia zdrowia.

Zarówno styl życia, jak i zachowania zdrowotne mogą zmieniać się w ciągu całego życia człowieka. Są one kształtowane w dzieciństwie i młodości wskutek wzorców przekazywanych przez rodziców, rodzeństwo, rówieśników, pracowników ochrony zdrowia, szkołę, grupy społeczne, środki masowego przekazu i inne.

Kształtowanie rozwoju zachowań prozdrowotnych i modyfikacja zachowań stanowiących ryzyko dla zdrowia jest jednym z podstawowych celów edukacji zdrowotnej.

Badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej przeprowadzone w Polsce w latach 1997–98 wykazały niedostatki zachowań prozdro-

¹ Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Katedra Pielęgniarstwa, Akademia Medyczna w Gdańsku

wotnych oraz znaczne rozpowszechnienie zachowań zagrażających zdrowiu [3]. Sytuacja ta stwarza ryzyko przedwczesnego rozwoju chorób cywilizacyjnych, w tym chorób układu krążenia, nowotworów, urazów i niepełnosprawności w wieku dorosłym.

Cel pracy

Celem prezentowanej pracy jest poznanie stylu życia, zachowań zdrowotnych i zachowań zagrażających zdrowiu oraz sposobów dbania o zdrowie przez uczennice II klasy gimnazjum. W pracy uwzględniono także źródła wiedzy o zdrowiu, co może przyczynić się do bardziej aktywnego i efektywniejszego oddziaływania w zakresie edukacji zdrowotnej w szkole.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w marcu 2004 roku na zajęciach pozalekcyjnych i objęto nimi 30 losowo wybranych uczennic klasy II Gimnazjum Nr 2 w Gdańsku.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety składającego się z 20 pytań zaopatrzonych w zestaw możliwych odpowiedzi. Ankieta była anonimowa, wśród uczennic nie było odmów wypełnienia ankiety. Badane uczennice stanowiły jednorodną grupę ze względu na wiek i miejsce zamieszkania.

Wyniki badań i ich omówienie

Styl życia, jak i zachowania zdrowotne mogą zmieniać się w ciągu całego życia człowieka. Są one kształtowane w dzieciństwie i młodości wskutek wzorców przekazywanych przez rodziców, rodzeństwo, szkołę, rówieśników, religię, grupy społeczne, środki masowego przekazu i inne.

Styl życia korzystny dla zdrowia cechuje się codziennymi, a więc stale powtarzаныmi zachowaniami, w których wykorzystywane są zdobycze wiedzy, mówiące o tym, co wpływa pozytywnie, a czego należy unikać, co stanowi ryzyko.

We właściwym troszczeniu się o zdrowie, o utrzymanie i umacnianie jego dobrego stanu dużą rolę odgrywa uwzględnienie tego wszystkiego, co ma korzystne znaczenie dla wzrostu i rozwoju człowieka.

Aktywność ruchowa jest jedną z podstawowych cech charakteryzujących człowieka. Wyniki badań dostępne w literaturze wskazują na duże znaczenie ćwiczeń fizycznych dla zdrowia i rozwoju, dzięki ich wpływaniu na funkcjonowanie układu krążenia, płuc, obniżaniu poziomu cholesterolu, obniżaniu masy ciała, dzięki zwiększaniu procesów spalania, wzmacnianiu siły mięśni, opóźnieniu procesów degeneracyjnych.

Tabela 1. Aktywność fizyczna oraz sposób wypoczynku

| | n | % |
|---------------------------------------|----|-------|
| SPOSÓB WYPOCZYNKU | | |
| Aktywny | 0 | 0,00 |
| Bierny | 6 | 20,00 |
| Aktywny i bierny | 24 | 80,00 |
| FORMY AKTYWNOŚCI | | |
| Spacery | 12 | 40,00 |
| Biegi | 7 | 23,30 |
| Jazda na rowerze | 21 | 70,00 |
| Siłownia | 3 | 10,00 |
| Aerobik | 8 | 26,66 |
| Gra w piłkę | 14 | 46,66 |
| MOTYWACJA DO UPRAWIANIA SPORTU | | |
| Zapobieganie chorobom | 4 | 13,33 |
| Dbanie o sylwetkę i urodę | 23 | 76,66 |
| Rozładowanie emocji | 7 | 23,33 |
| Poprawa kondycji fizycznej | 16 | 53,33 |

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że 50% badanych uczennic bardzo dobrze, a 33,3% dobrze ocenia poziom swojej aktywności fizycznej. Tylko 3,3% źle ocenia poziom własnej aktywności fizycznej.

Materiał zebrany na podstawie ankiet ukazuje, iż wśród preferowanych form aktywności ruchowej najwięcej, bo 70% badanych preferuje jazdę na rowerze, 46,7% grę w piłkę, a 40% spaceru. Należy zaznaczyć, że badani uprawiają równocześnie różne formy aktywności ruchowej.

Aktywność fizyczna jest jednym z zachowań zdrowotnych składających się na zdrowy tryb życia. Wszyscy badani (100%) uważają, że aktywność fizyczna ma pozytywny wpływ na zdrowie, jednak jako motywację do uprawiania sportu 76,7% osób wymienia dbanie o sylwetkę i urodę, 53,3% poprawę kondycji fizycznej, a najmniej, bo 13,3% zapobieganie chorobom, co może świadczyć o niezajomości wpływu aktywności fizycznej na zmniejszenie występowania wielu przewlekłych schorzeń w wieku starszym.

Organizm człowieka ma pewną ograniczoną zdolność wydatkowania energii, w związku z czym wymaga określonego regenerowania sił. Dlatego w ciągu dnia, po męczących zajęciach, konieczny jest odpoczynek. Odpoczynek uspokaja, dodaje sił, zwiększa odporność organizmu. Wypoczynek powinien być racjonalny.

Na pytanie ile czasu na wypoczynek w ciągu dnia przeznaczają badane uczennice, najwięcej, bo 70% ankietowanych deklaruje, że odpoczywa od 1–3 godzin w ciągu dnia, 80% uczennic odpoczywa zarówno w sposób czynny jak

i bierny. Niepokojącym jest fakt, że 20% badanych wypoczywa wyłącznie w sposób bierny.

Bezpieczna żywność i prawidłowe żywienie należą do najważniejszych czynników środowiskowych człowieka wpływających korzystnie na stan jego zdrowia. Z zasad racjonalnego odżywiania na podkreślenie zasługuje postulat regularności w spożywaniu posiłków. Szczególnie niewskazane są zbyt długie przerwy między posiłkami. Wśród badanej młodzieży tylko 60% jada posiłki regularnie.

Tabela 2. Sposób odżywiania

| Rodzaj produktu spożywanego codziennie | n | % |
|--|----|------|
| Ciemne pieczywo | 9 | 30,0 |
| Mleko i napoje mleczne | 22 | 73,3 |
| Mięso | 10 | 33,3 |
| Wędliny | 15 | 50,0 |
| Sery | 11 | 36,7 |
| Owoce | 27 | 90,0 |
| Surowe warzywa | 11 | 36,7 |
| Słodycze | 8 | 26,7 |

Pod względem wartości energetycznej poszczególne posiłki powinny być równe. Każdy posiłek powinien być spożywany bezpośrednio po przygotowaniu i zawierać wszystkie podstawowe składniki pokarmowe. Nie ma jednego produktu spożywczego, który by zawierał wszystkie niezbędne składniki pokarmowe w dużych ilościach. Dla zapewnienia właściwego żywienia duże znaczenie ma różnorodność spożywanych potraw, warzyw, ryb, mięsa, ciemnego pieczywa, owoców, mleka i przetworów mlecznych [4].

Z analizy danych wynika, że codziennie 90% badanych spożywa owoce, 73,3% mleko i napoje mleczne, 50% wędliny, natomiast niewiele osób spożywa ciemne pieczywo (30%), sery (36,7%) i surowe warzywa (36,7%). Słodycze spożywa codziennie 26,7% ankietowanych. 80% badanych uczennic twierdzi, że ich sposób odżywiania ma pozytywny wpływ na ich zdrowie, a 16,7% uważa, że nie ma wpływu na ich zdrowie. Tylko 1 osoba (3,3%) uważa, że jej sposób odżywiania wpływa negatywnie na stan zdrowia.

Na pytanie, czy uważasz, że Twój sposób odżywiania jest prawidłowy, 46,7% odpowiada twierdząco, 13,3% twierdzi, że odżywia się nieprawidłowo. Aż 40% badanych nie wie czy odżywia się w sposób prawidłowy, co może świadczyć o nieznamości zasad racjonalnego odżywiania.

Na podstawie przeprowadzonych badań wynika, że uczennice dbają o czystość swojego ciała, 90% myje całe ciało raz dziennie, a 10% dwa razy w tygodniu.

Próchnica zębów i choroby przyzębia ze względu na powszechność występowania i skutki zaliczane są do chorób społecznych [5]. Utrzymanie higieny jamy ustnej i zębów jest niezbędne dla zdrowia. O higienę jamy ustnej myjąc zęby po każdym posiłku dba 46,7% badanych osób a 53,3% myje zęby dwa razy dziennie.

Palenie tytoniu jest poważnym czynnikiem ryzyka dla zdrowia. Efekty działania nikotyny nie są natychmiastowe, lecz występują zazwyczaj po długoletnim paleniu tytoniu. Palenie tytoniu jest przyczyną wielu poważnych schorzeń.

Z badań wynika, że 80% badanych uczennic nie pali papierosów, natomiast z grupy osób palących 16,7% pali papierosy okazjonalnie.

Równie niebezpieczne jak palenie tytoniu, szczególnie dla młodzieży, jest picie alkoholu. O ile u osób dorosłych jednorazowe umiarkowane spożycie alkoholu przechodzi prawie bez śladu, a dopiero brak umiaru powoduje nieodwracalne zaburzenia w stanie zdrowia, to dla młodzieży niebezpieczne są już nawet małe dawki alkoholu ze względu na wrażliwość komórek będących w fazie wzrostu. W związku z tym niepokojące są wyniki uzyskane podczas badań. Do picia alkoholu przyznaje się 46,7% uczennic z tego 36,7% robi to okazjonalnie.

Stosowanie środków uzależniających to jeden z najbardziej bulwersujących opinii publiczną problemów społecznych. Okazjonalne używanie narkotyków otwiera drogę do uzależnienia fizycznego, psychicznego i społecznego oraz poważnych problemów zdrowotnych i społecznych. Z przeprowadzonych badań wynika, że 10% badanych uczennic zażywało narkotyki.

Nieodzownym warunkiem podejmowania działań na rzecz promowania zdrowia jest uświadomienie uczniom zdrowia jako wartości. 100% badanych uważa, że zdrowie jest wartością. Zdrowie jako wartość w hierarchii wartości życiowych u 56,7% ankietowanych jest najważniejsze a u 43,35 ważne.

Na pytanie, w jaki sposób dbasz o swoje zdrowie, najczęściej, bo 63,3% badanych uczennic wskazuje na prowadzenie aktywnego trybu życia, a 53,3% na prawidłowe odżywianie.

Człowiek w każdej fazie swojego życia potrzebuje wiedzy o zdrowiu. 83,3% badanych twierdzi, że wiedzę o zdrowiu przekazują im rodzice, 40%, że nauczyciele. Jako źródło wiedzy o zdrowiu 30% ankietowanych wymienia lekarzy, pielęgniarki oraz środki masowego przekazu – prasę i telewizję. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż 18 uczennic (60%) otrzymuje informacje o zdrowiu z kilku źródeł.

Wnioski i postulaty

1. Uczennice mają świadomość zdrowia jako wartości, które w hierarchii wartości życiowych u większości (56,7%) jest najważniejsze a u 43,3% ważne.

2. Duża grupa uczennic zna czynniki wpływające na stan zdrowia i podejmuje działania wzmacniające zdrowie, jest zainteresowana swoim wyglądem, dba o higienę, swoją sylwetkę i urodę. Czynniki te mogą sprzyjać prowadzeniu edukacji zdrowotnej w której powinno się eksponować osobiste potrzeby młodzieży.
3. Badana młodzież wykazuje również niedostatki zachowań zdrowotnych, tylko ok. 50% badanych bardzo dobrze ocenia poziom swojej aktywności fizycznej, niskie spożycie wędliny (50%), ciemnego pieczywa (30%), surowych warzyw (36,7%). Wyniki przeprowadzonych badań mogą świadczyć o nieznajomości wpływu aktywności fizycznej i prawidłowego odżywiania na zmniejszenie występowania wielu przewlekłych schorzeń w wieku dorosłym.
4. W toku badań stwierdzono występowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia o różnym stopniu nasilenia (picie alkoholu, palenie tytoniu, używanie substancji psychoaktywnych), dlatego w edukacji zdrowotnej należy zwrócić szczególną uwagę na przeciwdziałanie tym zjawiskom.
5. Postuluje się zwiększenie aktywności zawodowej pielęgniarce środowiska nauczania i wychowania na rzecz oddziaływania w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Woynarowska B.: Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Warszawa 1995.
2. WHO, UNESCO, UNICEF: Wszechstronna edukacja zdrowotna w szkole. Przewodnik do działania. Lider nr 5, 1993.
3. Woynarowska B., Mazur J. (oprac.): Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i wychowania Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa 1999.
4. Szponar L., Mojska H. (red.): Żywnienie dziecka a stan zdrowia człowieka dorosłego. Wyd. Borgis. Warszawa 1996.
5. Woynarowska B. (red.): Profilaktyka pediatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 1998.

Wielodyscyplinarna opieka paliatywna



Wprowadzenie

Prawdziwe szczęście zależy od sposobu,
w jaki umieram, tak jak prawdziwe szczęście
zależy od sposobu, w jaki się żyje

Kaiser

Od początku istnienia ludzkości społeczeństwa starały się zapewnić wsparcie i komfort swoim chorym i umierającym. W czasach średniowiecznych miejsca schronienia dla pielgrzymów i podróżnych określano terminem „hospicjum”. Funkcjonowały one z reguły przy klasztorach i pełniły funkcje pielęgnacyjno-lecznicze wobec tych, którzy zachorowali w drodze i umierali. Datuje się to od roku 1842 i działań Jeanie Garnier w Lyonie we Francji. W latach 70-tych XIX wieku w Irlandii Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia, założone przez Matkę Marię Aikenhead, utworzyło hospicjum w Dublinie i Cork, a następnie w 1905 roku w Londynie Hospicjum Św. Józefa.

Rozwój nowoczesnego ruchu hospicyjnego i opieki paliatywnej wiąże się z osobą Cicely Saunders, pielęgniarki, pracownika socjalnego. Dzięki jej wizji, odwadze i zaangażowaniu powstało w 1967 roku Hospicjum Św. Krzysztofa w Londynie. W Polsce pierwsze hospicja utworzono w Krakowie (1981 rok), w Gdańsku (1984 rok) oraz w Lublinie (1989 rok). Obecnie z roku na rok wzrasta liczba osób potrzebujących opieki paliatywnej, zwłaszcza w ostatnich 2–3 dekadach.

Opieka paliatywna nie jest związana z żadną konkretną chorobą. Obejmuje czas od rozpoznania zaawansowanego procesu chorobowego do końca okresu osierocenia. Może trwać nawet lata. Badania przeprowadzone w 35 krajach Europy wykazały różnice pomiędzy poszczególnymi państwami w zakresie refundacji świadczeń, organizacji systemu opieki zdrowotnej, miejsca opieki paliatywnej w tym systemie, problemów etycznych, kulturowych z nią związanych oraz wizji międzynarodowej współpracy w jej zakresie. Nikt nie ma jednak wątpliwości, że musi być ona integralną częścią systemu opieki zdrowotnej. Aktywną, całościową opieką sprawowaną nad chorymi z zawansowanymi postępującymi chorobami, której celem ma być łagodzenie bólu i innych objawów, wsparcie psychologiczne,

społecznie i duchowe chorych oraz osiągnięcie możliwie najwyższej jakości życia chorych i ich rodzin.

Wszyscy ludzie u schyłku życia pragną bez wyjątku pomocy w trudnych chwilach oraz traktowania z należytą uwagą i uszanowaniem ich godności osobistej. Przed opieką paliatywną stoją więc ogromne zadania. Musi być nie tylko fachowa, ale także ukierunkowana na chorego, wyczulona na jego preferencje i reprezentowane wartości, „dająca” mu wiarę i serce.

Elżbieta Krajewska-Kułak

Danuta Grzesiak¹, Cecylia Łukaszuk¹,
Hanna Rolka¹, Elżbieta Krajewska-Kulak¹

Opieka paliatywna jako forma opieki nad pacjentem umierającym

Śmierć od zarania ludzkości towarzyszy człowiekowi, wyznaczając koniec jego księgi życia. Czym jest?... przejściem do innego wymiaru?... początkiem nowego?

Dla przyrodnika (...) jest chyba zagadką, jak życie.

Dla fizyka – przeistoczeniem jego materii.

Dla wierzącego – to odrodzenie w innym bycie.

Dla cierpiących – wyzwoleniem..." [13]

Śmierć jest naturalnym zjawiskiem życia ludzkiego, towarzyszącym ludziom od zawsze i stanowi graniczny punkt naszej egzystencji.

Pomimo tego, że proces umierania został dokładnie poznany i opisany to nie możemy zahamować jego postępu. Działania personelu medycznego ogranicza się do podtrzymania gasnącego życia, ale nie jesteśmy w stanie odwrócić zaistniałych, destruktywnych procesów.

Osoby profesjonalnie przygotowane do sprawowania opieki paliatywnej nad umierającym, dokładnie wiedzą, na którym etapie, jak mogą pomóc choremu. Działania te powodują zmniejszenie bólu fizycznego, psychicznego i duchowego, co w znaczny sposób poprawia jakość kończącego się życia.

Umieranie to ciąg następujących po sobie i wzajemnie uwarunkowanych zdarzeń, łączących się w funkcjonalną całość. Niełatwe jest określenie momentu, w którym rozpoczyna się proces umierania, ponieważ jest on sprawą indywidualną. Trwać może różnie długo, ale zawsze kończy się śmiercią poprzedzoną agonią lub aktywnym umieraniem [1].

W przypadku schorzenia terminalnego, śmierci można oczekiwać w czasie od kilku do kilkunastu miesięcy, jednak przed upływem roku. Proces umierania może nastąpić nagle np.: wypadek, nagle zatrzymanie krążenia, utajniona cho-

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Akademii Medycznej w Białymstoku

roba, samobójstwo. W tych sytuacjach nikt nie ma świadomości zbliżającej się śmierci [2].

Stefan Raszejka przedstawił proces umierania składający się z kilku uchwytanych etapów naturalnego zejścia śmiertelnego. Schemat ten przedstawia „ciąg wygasania objawów życia oraz narastania zjawisk nekrofizycznych i nekrochemicznych, charakterystycznych dla śmierci biologicznej całego organizmu” [1].

Za początek umierania, w sensie medycznym, przyjmuje się agonię. Obejmuje ona trzy powiązane ze sobą stany: życie zredukowane (*vita reducta*), które charakteryzuje nieomoga czynności ośrodkowego układu nerwowego, układu krążenia i układu oddechowego. Następnie dochodzi do dysregulacji czynności i dalszego obniżenia przejawów życia (*vita minima*), czyli życia minimalnego. Stan ten przechodzi w śmierć pozorną (*animatio suspensa*), będącą przedłużeniem życia minimalnego, z dalszym wygasaniem podstawowych funkcji organizmu [1].

Agonię określamy jako okres wyczerpania naturalnych sił, mogących przywrócić homeostazę. Charakteryzuje się ustępowaniem objawów życia [1]. Gdy agonია nie jest zmałona środkami działającymi sedacyjnie, można zauważyć przedśmiertną euforię. Jest to nagła poprawa samopoczucia, optymizmu, ożywienie pozostające w znacznej dysproporcji do obiektywnego stanu chorego. Agonię charakteryzuje również senność, połączona z zaburzeniami świadomości i majaczeniem [3].

Śmierć pozorną przechodzi w „śmierć kliniczną (*mors clinica*), zwana także somatyczną lub relatywną, która objawia się całkowitym ustaniem akcji serca i oddechu” [1].

Następny etap umierania związany jest z nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu jako całości (*mors biologica cerebri*), w wyniku czego następuje trwałe zatrzymanie czynności psychicznych, regulacyjnych i koordynujących organizmu. Zmiany te przedstawiane są jako śmierć osobnicza. Przez kilka minut zachodzą jeszcze w organizmie procesy życiowe, które są przejawem życia tkankowego zwanego życiem pośrednim (*vita intermedia*) lub okresem interletalnym [1].

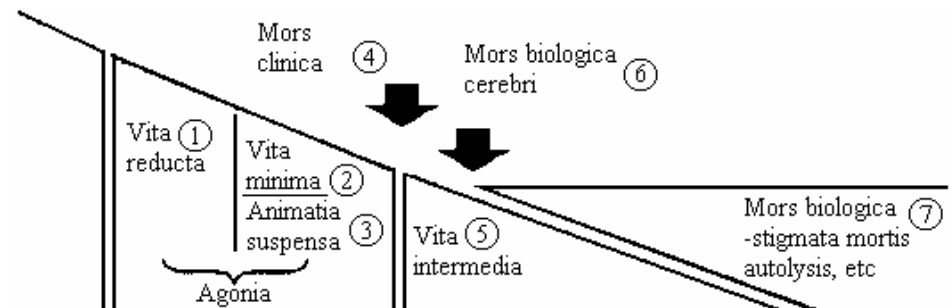
W chwili wygaśnięcia wszystkich życiowych czynności tkanek i komórek, pojawiają się pewne i nieodwracalne oznaki śmierci. Następuje śmierć biologiczna (*mors biologica*) zwana: molekularną, rzeczywistą, absolutną i tkankową, „która przekształca człowieka w trupa” [1].

Poszczególne etapy umierania prezentuje ryc. 1.

Umieranie traktowane jest jako indywidualny, postępujący i nieodwracalny proces, ale w trakcie jego trwania możemy wyróżnić etapy i prawidłowości, które odpowiadają każdej śmierci (będącej wynikiem toczącego się procesu chorobowego) [4, 5].

Po raz pierwszy etapy tzw. „świadomego umierania” opisała Elisabeth Kubler-Ross w pracy pt. „O śmierci i umieraniu”. Na kolejne etapy procesu umierania składa się: „zaprzeczenie i izolacja, gniew, negocjacje, depresja i akceptacja” [5].

Rycina 1. Schemat procesu umierania



Źródło: S. Raszeja, Kryteria śmierci we współczesnej medycynie. [w:] M. Obara (red.), Śmierć i umieranie jako problem filozoficzny i dydaktyczny w akademii medycznej, „Problemy Dydaktyki Medycznej i Wychowania” 1985 r., nr 17, s. 125.

Pierwszy etap *zaprzeczenie i izolacja*, pojawia się w wyniku udzielenia pacjentowi informacji o niepomyślnym rokowaniu toczącego się procesu chorobowego. Jest to silny wstrząs psychiczny zwłaszcza w przypadku, gdy pacjent miał mało czasu na oswojenie się z myślą, że jego życiu zagraża niebezpieczeństwo. Pacjenci często reagują iluzją zdrowia i dobrego samopoczucia. Świadczą o tym przytaczane przez nich zwroty: „nie, mnie nie może to spotkać!”, „to mnie nie dotyczy!”, „to chyba jakaś pomyłka!”. Tego typu reakcje zmniejszają silny wstrząs emocjonalny. Następnie, postawę odrzucenia prawdy o własnej śmiertelności zajmuje tzw. „izolacja uczuciowa”. Chory udziela informacji na temat własnej choroby, życia i zdrowia w sposób nie zaangażowany uczuciowo. Unika on także okoliczności, które mogłyby potwierdzić postawioną diagnozę. Etap ten może trwać różnie długo [5].

Kolejny etap, określaną jako *okres gniewu*, jest fazą silnie emocjonalną. Pacjent wyraża gniew i złość na zbliżającą się śmierć oraz życie innych osób. Pojawia się charakterystyczne pytanie: „dlaczego musiało się to przytrafić właśnie mnie?”, które jest wyrazem strachu i udręki. Śmierć, jako główny obiekt złości, jest poza jego zasięgiem, a negatywne uczucia w postaci gniewu i agresji ukierunkowane są na osoby i przedmioty z bliskiego otoczenia [5].

Na etapie *negocjacji* pacjent uświadamia sobie, że śmierć jest przesądzona i nieunikniona. Rozpoczyna się swoiste targowanie. Chory „zawiera układy” z losem lub Bogiem, prosząc o odroczenie „katastrofy”. Pacjent wierzy, że istnieje coś, czym zdoła przekupić siły wyższe i odsunie tym od siebie perspektywę śmierci. Składa różne zobowiązania wierząc, że przedłużą mu życie. Okres negocjacji trwa zwykle krótko [5].

Postępująca choroba oraz sposób zachowania się otoczenia pozwalają choremu zrozumieć jego stan. W wyniku tego następuje etap czwarty określaną jako *depresja*. Na etapie tym dominują dwa uczucia: nadzieja i zwątpienie. Nadzie-

ja jest odbiciem poprawy stanu zdrowia, lecz stanowi fazę procesu umierania i przechodzenia życia w śmierć. Gdy chory od przetargów duchowych, przeszedł w stan „bankructwa”, nie pozostaje już żadna inna reakcja niż rozpacz, uzewnętrzniające się zwątpienie i przygnębienie.

Końcowy etap to *akceptacja*, w którym umierający godzi się ze swoim losem, osiąga spokój i wycisza się. Bywa on już bardzo zmęczony i słaby. Uczucie smutku zostało już wyrażone, a chory czuje nasilającą się chęć spokoju i snu. Uzyskując stan uspokojenia i równowagi umysłu, jego krąg zainteresowań zwęża się. Psychika pacjenta nastawia się na gotowość przyjęcia śmierci, już nie z odczuciem rozpacz, rezygnacji czy bezradności. Śmierć najczęściej przyjmowana jest jako kres samotności i zwątpienia [5].

Podstawowym celem medycyny jest leczenie i opieka nad chorym. Medycyna tradycyjna opierała się głównie na opiece, gdyż nieznana była przyczyna większości chorób. Działalność lekarzy i pielęgniarek, ukierunkowana była na osobę chorą, mniej natomiast na mechanizmy choroby. Tę formą opieki wyznawała filozofia i tradycja chrześcijańska, w której opieka nad chorym miała najwyższy autorytet. Szpital był domem opieki, gościny, a osoba umierająca otoczona szczególną opieką i wsparciem [6].

W XX wieku, w wyniku ogromnego postępu w naukach biologicznych i technicznych, nastąpiła radykalna zmiana oblicza medycyny. Medycyna XX wieku, jako system wiedzy naukowej, zmieniła swoje założenia i priorytety: leczenie odgrywa decydującą rolę, natomiast opieka schodzi na plan dalszy. Lekarze i pielęgniarki przyjęli rolę specjalistów do wykonywania zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych, szpitale to miejsce gdzie zabiegi te realizuje się najszybciej, a chory umierający traktowany był jako „porażka medycyny i bankructwo nauki” [6].

Na przełomie dziejów możemy zaobserwować również rozwój działu medycyny, którego głównym celem jest zwrócenie uwagi na chorego. Podejmowane działania ukierunkowane są na pacjenta, mniej na patomechanizmy chorób. Personel medyczny zajmuje się, oprócz leczenia, także opieką i doradztwem, szpital to miejsce troski o jakość życia osoby chorej, natomiast umierający jest podmiotem wszechstronnej opieki medycznej i socjalnej. Są to wyznaczniki charakteryzujące współczesną **opiekę i medycynę paliatywną** [6, 7].

Według WHO, **opieka paliatywna** to „aktywna, całościowa opieka, otaczająca płaszczem chorego i rodzinę, udzielana przez zespół wielodyscyplinarny choremu, gdy terapia przyczynowa nie oddziałuje na schorzenie, a śmierć jest blisko” [8].

Opieka paliatywna przede wszystkim:

- chroni życie, a śmierć uważa za naturalny proces,
- umożliwia zniesienie bólu i innych niepożądanych objawów,
- integruje psychologiczne i duchowe aspekty opieki nad chorym,
- oferuje system wsparcia dla chorego i rodziny [6].

Opieka paliatywna i hospicyjna są określeniami równoznacznymi, mają one podobną organizację i te same cele [8]. Różnica tkwi w źródłosłowie: *pallium* oznacza obszerny, dobrze otulający grecki płaszcz, w szerszym znaczeniu ciepło [9]. Natomiast *hospitium*, znaczy gościnny dom, gościnne przyjęcie [10].

Opiekę paliatywną i hospicyjną, według WHO, cechuje „wszechstronność aktywnych działań (opieka holistyczna), mających na celu zaspokojenie wielorakich: cielesnych, psychicznych, społecznych i duchowych potrzeb chorych nie poddających się leczeniu przyczynowemu, jak również zapewnienie wsparcia ich rodzinom, podczas choroby i w okresie osierocenia po śmierci bliskiej osoby” [8].

Do zadań zespołu profesjonalnego i wolontariuszy należy leczenie bólu, duszności, wymiotów i innych dokuczliwych objawów łagodzenia lęku i depresji, przeciwdziałaniu osamotnieniu i izolacji oraz ofiarowanie wsparcia duchowego [8].

Celem działań wielodyscyplinarnego zespołu jest poprawa jakości szybko uciekającego życia osobie chorej oraz zapewnienie opieki jego rodzinie [8].

Opieka ta obejmuje przede wszystkim chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej i AIDS, jak również zgodnej z zaleceniami WHO, chorych z nie-nowotworowymi, organicznymi schorzeniami.

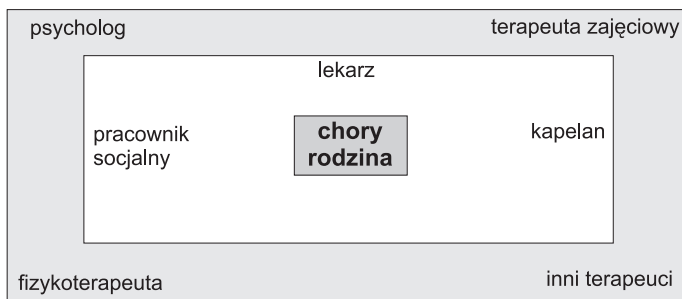
Opieka ta respektuje życie i przeciwstawia się eutanazji, wyraża sprzeciw na stosowanie intensywnej, uporczywej terapii mającej na celu przedłużenie gasnącego życia [8].

Opieka paliatywna ma specyficzne cechy różniące je od innych dyscyplin medycznych:

- organizacja; zamiast tradycyjnej hierarchii medycznej, opiekę prowadzi zespół z istotnym udziałem ochotników. Udział każdego członka zespołu ma jednakową wartość, w realizacji programu niezależnie od profesji i wykształcenia,
- struktura; odstępując od sztywnego systemu biurokracji szpitalnej, system dostosowuje się do potrzeb chorego,
- hierarchia problemów; znaczenie problemów związanych z opieką, może być różne dla chorego, jego rodziny i służb medycznych, głównym priorytetem są sprawy chorego,
- podtrzymanie nadziei; zapewnienie optymalnej jakości życia stwarza warunki do zachowania nadziei. Chory wraz z rodziną przygotowuje się do śmierci, licząc na jak najlepszy przebieg każdego dnia,
- opieka w warunkach domowych; przemieszczenie złożonego systemu opieki szpitalnej, do warunków domowych, bez utraty jej skuteczności. Interwencje medyczne ograniczają się do minimum, a postępowanie ma charakter objawowy [6].

Struktura opieki paliatywnej zaprezentowana jest na ryc. 2.

Rycina 2. Struktura opieki paliatywnej



Źródło: Stańczak J.: Opieka paliatywna. Istota i zadania. Lekarz rodzinny, 2000, 11.

Formy organizacyjne opieki paliatywnej

Zespół Opieki Domowej – to zasadnicze i podstawowe miejsce świadczenia opieki, które obejmuje chorych mogących przebywać w domu. Poszczególni członkowie zespołu leczniczego, pielęgnacyjnego i terapeutycznego przybywają do domu podopiecznego i przy współpracy z rodziną chorego sprawują wszechstronną opiekę.

Poradnie opieki paliatywnej – osoby posiadające kwalifikacje z zakresu opieki paliatywnej udzielają porad chorym i ich rodzinom. Konsultacje dotyczą form zwalczania bólu oraz innych dolegliwości fizycznych pojawiających się w następstwie procesu chorobowego. W poradniach tych planowane są wizyty domowe oraz wspólnie członkowie zespołu omawiają problemy chorych.

Dzienne ośrodki opieki paliatywnej – celem tej formy organizacji opieki jest zaspokojenie potrzeb i wymagań chorego oraz umożliwienie wypoczynku rodzinie sprawującej opiekę.

Stacjonarne oddziały opieki paliatywnej (hospicja) – do zadań ośrodka stacjonarnego należy opieka nad osobami, które nie mogły przebywać w domu i oddziałach opieki dziennej. Podopieczni hospicjów to osoby, u których przebieg choroby jest ciężki, a kontrola objawów trudna oraz pacjenci umierający i osoby samotne.

Poradnia opieki nad rodzinami chorych i osieroconymi – członkowie zespołu opieki paliatywnej udzielają pomocy i wsparcia rodzinom osieroconym pomagając im przetrwać pełen żalu okres żałoby [6, 11].

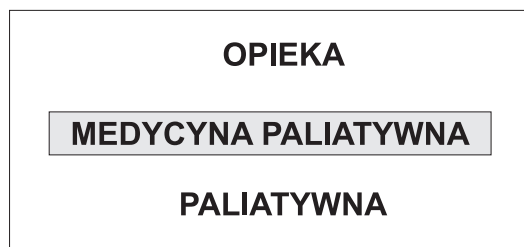
Ścisłe powiązana z opieką paliatywną jest medycyna paliatywna, która stanowi jej część składową.

Według Światowej Organizacji Zdrowia, **medycyna paliatywna** to: „badanie i leczenie pacjentów z aktywną, postępującą i zaawansowaną chorobą, dla których rokowanie jest ograniczone, a pomoc jest skierowana na poprawę jakości życia” [10].

Medycyna paliatywna jest oddzielną specjalizacją medyczną, której głównym założeniem jest koncentracja działań na osobie chorej, a nie na rodzaju schorzenia [6].

Zależność medycyny od opieki paliatywnej przedstawia poniższy rysunek:

Rycina 3. Zależność medycyny paliatywnej od opieki paliatywnej wg WHO



Źródło: Stańczak J.: Opieka paliatywna. Istota i zadania. Lekarz rodzinny, 2000, 11.

Podopieczni opieki paliatywnej to pacjenci w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej. W przebiegu tego schorzenia możemy wyróżnić trzy okresy.

Pierwszy okres **preterminalny** jest stanem daleko zaawansowanej choroby. Nie ma już możliwości dalszego przedłużania życia stosując środki hamujące rozwój nowotworu. Chory znajduje się we względnie dobrym stanie ogólnym. Etap ten trwa kilka miesięcy przechodząc w okres **terminalny**. W okresie tym następuje wyraźne i nieodwracalne pogorszenie stanu ogólnego. Dolegliwości fizyczne znacznie nasilają się, towarzyszy im znaczne ograniczenie sprawności ruchowej. Ta faza choroby trwa około 4–6 tygodni. Ostatni etap to okres **umierania** [12].

Piśmiennictwo

1. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierającym. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa, 2000, 7–31.
2. Jankowiak B.: Komunikowanie z pacjentem umierającym. [w:] Komunikownie interpersonalne w pielęgniarstwie. (red.) Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Pank W., Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2003, 238–247.
3. Rogiewicz M.: Umieranie i śmierć dorosłych, dzieci i młodzieży. [w:] Opieka paliatywna. (red.) Krajnik M., Rogiewicz M., Wydawnictwo Akademii Medycznej, Bydgoszcz, 1998, 150–155.
4. Krasuska M.: Opieka w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo YOKAM, Lublin, 1997, 151–179.
5. Kubler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań, 1998, 19–187.

6. Kubler A.: Idea i praktyka opieki oraz medycyny paliatywnej. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*. Wrocław, 2001, 10, 2, 1, 19–21.
7. Iwaszczyszyn J.: Opieka paliatywna jako optymalne postępowanie w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Przegląd Lekarski*, 1999, 56, 7/8, 501–505.
8. Krajnik M., Rogiewicz M. (red.) Opieka paliatywna. Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Bydgoszcz, 1998, 17–135.
9. Słownik Wyrazów Obcych. PWN, Warszawa, 1980, 543.
10. Stańczak J.: Opieka paliatywna, istota i zadania. *Lekarz Rodzinny*, 2000, 11, 56–61.
11. Bartoszek A.: Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej. Wydawnictwo Księgarnia św. Jacka Sp. z o.o., Katowice, 2000, 83–90.
12. De Walden-Gałuszko K.: U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wydawnictwo MAKmed, Gdańsk, 1996, 17–120.

Jolanta Iwanowska¹

Lekarz wobec nieuleczalnie chorego

Poniższe rozważania będą traktować o widzeniu chorego oczami lekarza, który od kilkunastu lat pomaga ciężko chorym, głównie w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Padną tu więc stwierdzenia zarówno obiektywne, będące wynikiem studiów, szkoleń i wykładów, sztuki przewidywania kierunku rozwoju choroby, ale i subiektywne, wynikające z osobistych doświadczeń w pracy z chorymi, własnych przemyśleń i w odpowiedzi na nie, określonej postawy wobec życia i drugiego człowieka.

Każdego z nas kształtuje przede wszystkim środowisko rodzinne i kultura, w której żyje. Ważne pozostaje także wykształcenie, religia, wyznawany system wartości. O ile jednak te czynniki urabiają nas „ogólnie”, studia medyczne z założenia uczą szczególnego podejścia do drugiego człowieka, które ma zaowocować wiedzą i umiejętnością pomocy w chorobie. Dzisiejsze studia medyczne nie sprzyjają pełnemu poznaniu człowieka. W powodzi przedmiotów specjalistycznych, meandrów teorii medycznych, trudno znaleźć drogę, która prowadzi do samego chorego. Często pozostaje on ciekawym przypadkiem, źródłem interesujących objawów, chorym narządem, będąc jedynie tłem dla swego schorzenia.

W opiece paliatywnej sprawy czysto „ludzkie” i medyczne są ze sobą wyraźnie powiązane, a nawet nierozzerwalnie splecione. Być może w dzisiejszej dobie jest to jedyna gałąź medycyny, która przywraca naszej pracy jej pierwotny sens, jakim jest pomoc drugiemu człowiekowi, a lekarzowi i pacjentowi pozwala być prawdziwie sobą. Ostatni etap życia, jakim jest umieranie pozostaje procesem czysto ludzkim, dotykającym człowieka jako całości cielesno-duchowej.

Często podkreślam, że większość osób, które pracują w hospicjum dużo wcześniej „nosi hospicjum w sobie”. Rozumiem przez to, że wielu ludzi czuje autentyczną chęć niesienia bezinteresownej pomocy bliźniemu. Ostatecznie nasza realna obecność w hospicjum jest wypadkową wrażliwości i możliwości. Wrażliwość to wyczulenie na ludzką krzywdę, troska o potrzebujących i empatia. Możliwości natomiast są związane głównie z obowiązkami wobec pracodawcy

¹ Białostockie Centrum Onkologiczne

oraz troską o utrzymanie rodziny. Hospicjum nie jest dobrym miejscem do leczenia zranionej duszy, zadośćuczynienia win, robienia kariery czy szukania sławy. Praca bezlitośnie weryfikuje fałszywe postawy. Prędzej czy później lekarz zapyta siebie, czego tak naprawdę w hospicjum szuka i co znajduje? Jesteśmy świadkami zmian w sytuacji zdrowotnej naszych chorych – niektórzy żyją wbrew wszystkiemu długo, inni odchodzą szybciej, niż się spodziewaliśmy. Lekarz pozostaje narzędziem w rękach większych sił, które wprawdzie przeczuwa, ale nimi nie kieruje.

Podmiotem moich rozważań będzie człowiek cierpiący, umierający, w terminalnej fazie choroby. Okres terminalny to czas nieodwracalnych zmian w stanie chorego, prowadzących do pogorszenia wydolności psychofizycznej, ograniczenia sprawności ruchowej, nasilenia objawów choroby, trwający zwykle od kilku do kilkunastu tygodni. Spotkanie „lekarz–pacjent” dokonuje się na prośbę chorego, który prosi o pomoc. Tak więc dwoje ludzi spotyka się. Oczekiwania są po obu stronach. Lekarz pragnie nieść pomoc w cierpieniu. Pacjent pragnie polepszenia swej sytuacji. Czy te pragnienia zawsze się spotykają, nakładają na siebie? Co wie o chorobie lekarz, a co jego pacjent? Jak widzi swoją chorobę i co zmieniła ona w jego życiu? Czy walczy, czy też poddaje się bezwolnie, choć ma jeszcze nieco czasu? Czy zechce zrobić ten heroiczny wysiłek, by ten okres wykorzystać? Dzięki zdobyczom medycyny potrafimy wydłużyć okres życia pomimo zaawansowanej choroby, a po zastosowaniu metod paliatywnych stan chorych często się poprawia. Choroba jednak prędzej czy później zwycięża.

Żyjemy w czasach, które lansują filozofię wiecznej młodości i zdrowia. Świat stara się nie myśleć o śmierci, wręcz wymazać ją z pamięci, choć jest ona obecna w całym naszym życiu. Umierają nasi bliscy, tysiące ludzi giną na wojnach, w katastrofach, z głodu czy chorób. Nie ma czasu ani miejsca na cierpienie, bo wymaga to wysiłku, zatrzymania się, zmiany postaw, reorganizacji życia. Woliśmy usunąć je z pola naszego widzenia, oddając naszych bliskich do placówek opiekuńczych, szpitali, stosować wobec nich eutanazję. Życie wymusza takie postawy, bo żyjemy coraz szybciej, goniąc za karierą i majątkiem. Nie bez znaczenia pozostaje stanowisko władz, nakłady na opiekę zdrowotną i pomoc społeczną, organizacja służby zdrowia i jej pozycja w społeczeństwie. Osobiście uważam, że niezależnie od oczekiwań związanych z naszym życiem, nie wolno ignorować zjawiska umierania i nie uwzględniać go w swoich życiowych planach. Nasza postawa wobec chorego jest w zasadzie odzwierciedleniem stosunku do ludzi i życia. O ile jednak zmiana sytuacji w tej mierze na skale globalną zwykle dokonuje się wolno, o tyle lekarz i jego pacjent nie mają wiele czasu. Próba pomocy w odnalezieniu własnej indywidualnej drogi u schyłku życia jest wyzwaniem zarówno dla lekarza jak i dla pacjenta. Zawsze mówię nie tyle o godnej śmierci, ale o godnym życiu do końca.

Człowiek pozostaje bytem złożonym, poszukującym, transcendentnym. Jego cierpienie wykracza poza ciało, dotykając także sfery psychicznej, a przede

wszystkim duchowej, egzystencjalnej. I takiej pomocy chory oczekuje. Nie tylko zmniejszenia bólu i dolegliwości fizycznych, ale także wyciszenia lęku i trwogi przed tym co nieuchronne. Największą obawą jest bowiem śmierć człowieka jako osoby. Człowiek chory stopniowo traci świat, który do tej pory był jego udziałem. Nieznane siły przychodzą z zewnątrz, ogałając jego ciało i duszę. Traci zdrowie, pracę, przyjaciół... Pyta sam siebie. Do czego to prowadzi? Czy ja umieram? Co będzie ze mną dalej? Kolejne etapy – niewiedza, niepewność, strach, depresja są wyzwaniem dla całego zespołu hospicyjnego. Pojawiają się refleksje nad dotychczasowym bilansem życia, jego wartością i sensem życia w ogóle. Po co to wszystko, jeśli tak się to kończy? Gdzie jest Bóg? Lekarz powinien rozpoznać dolegliwości pacjenta i zobaczyć je w świetle potrzeb i wartości. Nie zawsze jest to możliwe, a bardzo rzadko na pierwszym spotkaniu. Tu następuje jedynie wzajemne „przyglądanie się” sobie i pomoc szczególnie w bólu fizycznym. Stopniowo chory, jeśli zdobędziemy jego zaufanie, może odsłonić nam swój tajemny świat myśli, pragnień, uczuć. To, czego chory potrzebuje to złagodzenie cierpień, by uczynić życie bardziej znośnym. Staranna pielęgnacja, atmosfera życzliwości, przyjaźni, zaufania i zrozumienia sprzyja akceptacji schyłku życia i pomaga w jego podsumowaniu. Ten ważny okres, pełen zmagania z samym sobą, wyciska piętno także na towarzyszach niedoli tj. członkach zespołu hospicyjnego. Także dla lekarza nie jest to jedynie nowe doświadczenie. Lekarz także dojrzewa. Idą razem spleceni niejako na zawsze węzłem braterstwa.

Sprzymierzeńcem zarówno lekarza jak i chorego może okazać się rodzina. Z rodziną warto się zaprzyjaźnić. Chory żyje w rodzinie, stanowi ona jego naturalne środowisko i jej członkowie najbardziej przeżywają jego odejście. Zwykle rodzina gotowa jest pomagać, boi się jednak, by czegoś wobec bliskiego nie zaniedbać i nie skrzywdzić swoimi próbami pomocy. Żony i matki okazują się być świetnymi pielęgniarkami. Nazywam ich „ziemskimi aniołami stróżami”. Są związane miłością bezinteresowną i odpowiedzialną. Często podkreślam heroizm rodzin, które pomimo zmęczenia opiekują się troskliwie swoim bliskim do końca. To zaangażowanie jest ważne także z tego powodu, że pozwala przygotować się do śmierci bliskiej osoby.

Czy praca w hospicjum jest trudna? Tak, jest bardzo trudna. Lekarz często chodzi po przysłowiowej linii, starając się wśród słów i zachowań pacjenta odczytać jego prawdziwe prośby, zmagając się często ze swoją własną słabością i bezradnością. A gdy pojawia się po raz pierwszy u pacjenta w agonii, z którym nie może już rozmawiać, który umiera po kilku godzinach od pierwszej wizyty, to jest szczególnie trudne. Bo do kontaktów potrzeba głębi, ale też i czasu. To czas jest naszym sprzymierzeńcem, który pozwala dojrzewać.

Wielokrotnie pyta się lekarzy co daje im praca w hospicjum i jak to wszystko wytrzymują. Codzienne obcowanie z bólem, cierpieniem i śmiercią oraz towarzysząca pracy intensywność doznań sprzyja zespołowi wypalenia zawodowego. Na te pytania każdy odpowiada sam. Niewątpliwie praca w hospicjum jest źródłem

wielu głębokich doświadczeń. Mnie nauczyła cenić, kochać i szanować życie. Uczy także wyborów i odpowiedzialności za nie. Uczy postawy wdzięczności za dary losu, jakimi są inni ludzie. Uczy ludzkiej solidarności, uważnej i wrażliwej postawy wobec drugiego człowieka, szacunku do jego niepowtarzalnej życiowej drogi. Hospicjum przypomina mi wreszcie, że mój czas jest ograniczony, że właściwy dom jest po drugiej stronie, gdzie spotkamy się z naszymi przyjaciółmi i chorymi.

Wynikiem ogólnopolskiej kampanii społecznej HOSPICJUM TO TEŻ ŻYCIE w Białymstoku było zgłoszenie się dużej grupy wolontariuszy do pomocy w hospicjum. Wśród nich wiele było osób młodych, przed 30-tym rokiem życia. Byłam zbudowana ich postawą i wytrwałością podczas zorganizowanego kursu. Czy ci młodzi ludzie, wchodzący w życie widzą je inaczej? Czy są w stanie zobaczyć to, co w nim najważniejsze właśnie przez pryzmat hospicjum i zmienić widzenie świata? Aby tak się stało potrzebny jest wysiłek nas wszystkich, bo nie jest los człowieka cierpiącego sprawą jedynie hospicjum. To jest nasza wspólna sprawa.

Wojciech Nyklewicz¹

Tak chcę umrzeć – refleksje nauczyciela pielęgniarstwa

Wprowadzenie

Ludzie różnią się poglądami na śmierć i umieranie. Te różnice mogą wynikać z systemu przekonań na ten temat, z indywidualnych doświadczeń życiowych, wreszcie płci i wieku, ale prawie zawsze są zbliżone do siebie. Może to oznaczać, że przeważnie dzielimy te same poglądy, co większość ludzi danego kręgu kulturowego. W związku z powyższym możemy ulegać złudzeniu, że nasi pacjenci myślą podobnie jak my. W spotkaniu z człowiekiem umierającym moje podejście do śmierci liczy się mniej, niż pogląd pacjenta. Nie oznacza to jednak, że sposób mojego myślenia nie wyściśnie śladu na moim dialogowaniu z umierającym. Największym, moim zdaniem, zagrożeniem dla dialogu z pacjentem może być rozmawianie z własnymi myślami na temat pacjenta, jego umierania i tego wszystkiego, co może wydarzyć się później. Ciągłe mogę mieć poczucie, że świetnie się rozumiemy, mogę współczuć pacjentowi z powodu przeżywanego dramatu, rozumieć jego osobistą tragedię i niekiedy unikać spojrzenia, by go nie urazić. I jeśli nie odważę się porozmawiać otwarcie, uczciwie i bez tabu o tym, co pacjent może mi powiedzieć o śmierci, pozostanę pusty, jak dotąd.

Mój pogląd na śmierć i umieranie zmieniał się w czasie. Moje obecne podejście cechuje spokój i pogodzenie. Nie zawsze jednak tak było.

Przygotowanie studentów pielęgniarstwa i położnictwa do towarzyszenia osobie umierającej jest prawdziwą sztuką. Zawsze podczas rozmów o śmierci i umieraniu ujawniają się różnice w poglądach na ten temat. To bardzo dobrze, wszak jako ludzie różnimy się między sobą i w takim samym stopniu różni są nasi pacjenci. W czasie tych rozmów jest szansa na wytworzenie postawy akceptacji dla indywidualności, ciekawości drugiego człowieka i gotowości do dialogu z nim.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Białymstoku

Towarzystwo umierającemu jest również sztuką, bo nie ma gotowych rozwiązań. Zawsze jest to wzajemna interakcja osobowości, światów, przekonań, intuicji, przenikanie się tajemnic i emocji. Uważam, że w tym czasie przenikają się misje życiowe tego, który odchodzi i tego, który towarzyszy.

Studenci powinni rozumieć konieczność otoczenia własnego poglądu na śmierć i przeżywanego doświadczenia głębokim szacunkiem. Powinni wiedzieć, że życie w zgodzie z tym, kim się jest, daje poczucie siły i umożliwia spokojne towarzyszenie. Zaakceptowanie siebie samego w odniesieniu do myślenia o śmierci, poznanie własnych, najbardziej sprzecznych reakcji na umieranie, jest elementem tego przygotowania.

W toku rozmów ze studentami o śmierci, spostrzegłem w nich skłonność do udzielania pomocy zgodnie z wyobrażeniem sobie domniemanego mojego oczekiwania, co do tego, jak oni powinni zachować się w roli pielęgniarki, czy położnej. Jest to pozytywna intencja czynienia dobrze, lecz z perspektywy umierającego pacjenta – czy jest ona słuszna? Ratowanie życia człowieka za wszelką cenę może być niezgodne z jego życiową misją. Uznając śmierć za osobisty i rodzinny dramat kogoś, możemy nie dostrzec, że jest ona darem. Zatem, najważniejsza jest wrażliwość i otwartość. Ich wrogiem jest własny lęk przed śmiercią. Jak go oswoić, by móc towarzyszyć umierającemu w drodze do jego brzegu życia? W mojej pracy dydaktycznej posługuję się metaforą i pracuję z wyobraźnią. Dużo rozmawiamy i wymieniamy poglądy. Często proponuję dyskusję na temat mojego osobistego poglądu na śmierć i umieranie, bo nie jest on hipotetyczny, lecz mój, jeden z wielu, z którymi ktoś zetknie się podczas mojego umierania. Oto on:

Tak chcę umrzeć

Wyobrażam sobie siebie w bardzo sędziwym wieku. Jestem cały czas sprawny intelektualnie i fizycznie, co daje mi możliwość rozumienia mojej aktualnej sytuacji, a co najważniejsze, daje mi możliwość bycia niezależnym. Bycie wolnym, a raczej dążenie do uwolnienia od wszystkiego i wszystkich pozwoli mi odejść z tego świata w spokoju ducha. Dbam o to, by umrzeć tak, jak chcę. Jestem przekonany, że mam wpływ na czas i sposób umierania.

Wyobrażam sobie, że będę wiedział o zbliżającym się momencie śmierci. Być może będzie to jakiś wewnętrzny głos? Może taka myśl przemknie mi przez głowę? Może poczuję zapach śmierci? A może we śnie przyjdą do mnie duchy moich bliskich, których kochałem, lecz oni są już po tamtej stronie życia, i powiedzą mi, że to już czas. A może Pan Bóg zwróci się do mnie wprost mówiąc, że jest ze mnie dumny i oczekuje mnie w miejscu, do którego pragnę się udać. Tak... jestem pewny, że „wiedzenie” o własnej śmierci będzie moim udziałem.

Gdy to „wiedzenie” stawać się będzie coraz bardziej wyraźne, chcę mieć poczucie spełnienia. Chcę mieć pewność, że zrobiłem wszystko, co było do zrobienia przeze mnie. Poczucie spełnienia przeżywam jako niezwykle zadowolenie, lot, spokój i gotowość do przyjęcia końca świata. To jest moment, w którym mówię: „Panie Boże, możesz ogłosić koniec świata – jest mi tak dobrze”. Doświadczenie jednak mnie uczy, że końca świata jeszcze nie było. Oznacza to, że mam do zrobienia jeszcze wiele bardzo interesujących rzeczy, które będą źródłem radości dla mnie i innych ludzi. Jestem przekonany, że robiąc cokolwiek, co sprawia mi przyjemność, robię rzeczy dobre. Wtedy spełniam się. Umiem odróżniać radość od prób rozweselania się. Nie zabijam czasu i w swoim towarzystwie czuję się dobrze. Zatem nie mówcie mi, że przyjemnością jest picie alkoholu albo palenie tytoniu. Nie mówcie mi, co jest dla mnie dobre, bo po prostu tego nie wiecie.

Czas mojego umierania przyjdzie wtedy, gdy będę bardzo zaintrygowany tym, co jest po tamtej stronie życia. Zrodzi się we mnie pragnienie poznania tego, co tam jest. Będę momentu umierania oczekiwał, jak wyjazdu na upragnione wakacje. Przecież wiem, że czeka mnie coś wspaniałego. Jestem spokojny, zaintrygowany i gotowy do drogi. Moja podróż nie będzie ucieczką, o co mogą posądzić mnie niektórzy. To posądzenie jest zwyczajną projekcją Twojego uciekania od życia. Więc zajmij się sobą i pozwól mi żyć i umierać w sposób, który sobie wybrałem. Lecz, jeśli chcesz i jesteś gotów odprowadzić mnie do brzegu życia, pobyć ze mną tuż przed odjazdem – zostań. Chętnie z Tobą pobędę, z przyjemnością porozmawiam z Tobą o tym, czego doświadczam, a Tobie będzie dane innym razem. Będzie mi miło, jeśli ze mną zostaniesz. I nie próbuj mnie pocieszać. To naprawdę nie ma sensu. Ja tego wszystkiego chcę. Ja tego wszystkiego pragnę. Wszystko się dzieje tak, jak ma się dziać. Jestem szczęśliwy, że mogliśmy się spotkać, że przeżyliśmy ze sobą wiele pięknych chwil. Lubię je rozpamiętywać i cieszyć się nimi. Jest mi tak dobrze. Jeśli zostaniesz ze mną jeszcze przez chwilę, zobaczysz, jak świat nadprzyrodzony pochyla się nade mną. Jak otula mnie swoją miłością i mądrością. Jestem spokojny, bo wiem, że jestem chciany.

Oto wyszli mi naprzeciw moi bliscy, których kochałem. Ich dusze są lekkie i jaśniejące. Są tak piękne, że nie mogę od nich oczu oderwać. Jakże się cieszę, że jesteście.

Wiem, jesteś zdumiony i nie możesz tego pojąć. Nic nie szkodzi. Wszystko jest w porządku. Świat, w którym jesteś – jest dobry, świat, do którego wchodzę – jest dobry. W zasadzie to jest tylko jeden świat. Z umieraniem jest tak, jak z przepoczwarzaniem się w motyla. Gdy byłem poczwarką – widziałem liście jako pokarm. Umieram jako poczwarka, porzucam moją zewnętrzną powłokę i unoszę się w przestrzeń jako motyl. Teraz liście będą moim portem i schronieniem. Tobie nadal będą służyły za pokarm. Będziemy obok siebie, lecz nie będziesz o mnie wiedział. Jednak nasze spotkania będą możliwe. W ciszy... bę-

dzie słyhać mój głos. Będę przy Tobie zawsze, gdy wezwiesz mnie po imieniu. Będę oczekiwał Ciebie, gdy będziesz już gotów. Lecz nie wiem, czy z Nieba się tęskni?

Na mnie już czas. Dziękuję za wszystko. Kocham Cię. I do zobaczenie kiedyś.

Moja dusza staje się lekka i jaśniejąca. Jest mi dobrze. Ten moment jest cudowny. Zanurzam się w bezgraniczną miłość i mądrość. Unoszę się w stronę złocistej światłości.

Jeśli pobędziesz jeszcze przez chwilę, ujrzysz tęczowy most. Poczujesz muśnięcie miłości i spokoju. Natomiast, jeśli zajmiesz się moim ciałem – będziesz w świecie umarłych.

Zamiast zakończenia

W zasadzie słowa są zbędne.

Władysław Grabowski¹, Hanna Grabowska¹,
Maria Krajewska¹

Wprowadzenie studentów pielęgniarstwa w zagadnienia opieki paliatywnej z wykorzystaniem kształcenia wyzwającego

Niczego nie możemy innych nauczyć,
możemy jedynie pomóc im poznać siebie sa-
mych.

Galileusz

Wstęp

Celem pracy jest przedstawienie możliwości zastosowania kształcenia wyzwającego w procesie nauczania studentów I roku kierunku: pielęgniarstwo studiów licencjackich, w aspekcie wprowadzenia w zagadnienia opieki paliatywnej. Wprowadzenie studentów w tematykę opieki paliatywnej odbywa się w ramach przedmiotu: podstawy pielęgniarstwa, realizowanego na pierwszym roku studiów. W szerokim zakresie, na wyższym poziomie taksonomicznym, zagadnienia opieki paliatywnej realizowane są na trzecim roku studiów w ramach przedmiotu: opieka paliatywna. Prowadzenie zajęć stanowi wyzwanie dla nauczyciela z uwagi na duży ładunek emocjonalny nieodłącznie towarzyszący poruszanej tematyce.

Aktualnie podejmowane są starania tworzenia systemu kształcenia, który mobilizowałby i przygotowywałby studentów do działalności praktycznej, stymulował rozwój zdolności poznawczych, zainteresowań twórczych, wdrażał do samokształcenia. Dokonanie głębokich przemian edukacyjnych oraz oparcie kształcenia na doktrynie sankcjonującej układ stosunków, który wyzwala większą otwartość, aktywność, naturalne kontakty społeczne, pozwala też pokonywać sztuczne granice wiedzy, rozmaitych podziałów formalnych itp. możliwe jest dzięki edukacyjnej doktrynie podmiotowo-znaczeniowo-krytyczno-kreatywnej, prezentującej podejście systemowe, obejmujące wszystkie elementy procesu kształcenia [1].

¹ Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich, Katedra Pielęgniarstwa, Akademia Medyczna w Gdańsku

Kształcenie wyzwalające

Kształcenie wyzwalające stanowi alternatywną ideę edukacyjną, skoncentrowaną na osobie studenta, zakładającą bezwarunkową akceptację studenta jako osoby przez szkołę, oparcie procesu dydaktycznego na w pełni humanistycznych interakcjach społecznych, respektowaniu podmiotowości studenta w tym procesie, którego głównym zadaniem jest wspieranie rozwoju kompetencji osobowościowych, merytorycznych i społecznych studenta [1].

Dotychczas obowiązująca adaptacyjna doktryna edukacyjna, zakłada przystosowanie jednostki do zastałych warunków z niewielkim nastawieniem na przyszłość. W praktyce oznacza to zewnętrzne narzucanie, nie uwzględnianie uznawanych przez jednostkę wartości, dążeń, prawa do inności, współdecydowania, ponoszenia osobistej odpowiedzialności za swoje zachowanie.

W literaturze wymienia się pewne specyficzne zasady wynikające z idei kształcenia wyzwalającego. Należą do nich: bezwarunkowe akceptowanie studenta jako osoby, dwupodmiotowość uczestników procesu kształcenia, opieranie procesu kształcenia na egzystencjalnych potrzebach studentów, pełna humanizacja interakcji społecznych, empatyczne rozumienie studentów, uznanie wiodącej roli wartości w procesie kształcenia, uprawomocnienie „głosu własnego” studenta w procesie kształcenia, przestrzeganie relacji dialogowych w procesie dydaktycznym, akceptowanie prawa studenta do krytyki, organizowanie procesu kształcenia bliskości doświadczeń studentów, przeciwdziałanie sytuacjom stresogennym, systematyczne wspieranie rozwoju kompetencji osobowościowych, merytorycznych i społecznych studentów, stwarzanie warunków do indywidualnego rozwoju osobowości studenta, uprawomocnienie w procesie kształcenia inicjatywy i wielostronnej aktywności twórczej studentów, wspieranie samodzielności poznawczej studentów, udostępnianie studentom wielorakich środków dydaktycznych umożliwiających multisensoryczne poznawanie określonych zagadnień, umożliwienie studentom poznawania interesujących ich zagadnień z różnych punktów widzenia, stosowanie uczniowskiej oceny życzeniowej z uzasadnieniem [1, 2].

Kształcenie wyzwalające to, najogólniej rzecz ujmując, kształcenie nastawione na wywołanie i wspieranie form przeżyciowego uczenia się, uwzględniające motywację jednostki, jako najważniejszej siły napędowej jej rozwoju. Oparcie kształcenia skoncentrowanego na osobie studenta służy tworzeniu i utrzymywaniu humanistycznych stosunków interpersonalnych, ceniению w każdym jego człowieczeństwa, spełnianiu idei wolności, wzajemnej życzliwości i sprawiedliwości. W toku kształcenia studentów pielęgniarstwa należy respektować prawo studentów do: inności, zadawania pytań i uzyskiwania odpowiedzi, dialogu, negocjacji, współdziałania, wyboru ofert, krytyki, oceniania, inicjatywy, własnych poszukiwań.

Rola nauczyciela

W tak rozumianej idei kształcenia zmianie podlega dotychczasowa rola nauczyciela, którego najważniejszą powinnością staje się wspieranie, wspomaganie rozwoju studentów, polegające przede wszystkim na stwarzaniu jak najkorzystniejszych warunków do ich samorealizacji i samodoskonalenia. Na uwagę zasługuje fakt, iż kreatorem rozwoju czyni się samego studenta, nauczyciela zaś tym, kto w sposób dyskretny, nie narzucający się dopomaga mu w tym trudzie. Nauczyciel, który ma „sprawiać by uczeń wiedział”, ma być przede wszystkim facylitatorem. Nauczyciel powinien być dla studenta nie tylko autorytetem, ale i przyjacielem, doradcą, empatycznym, otwartym, akceptującym, umiejącym słuchać i rozumieć, partnerem działającym wspólnie z nim w dążeniu do wspólnego celu. Nauczyciel ma być autentyczny, unikać dominacji i narzucania swoich poglądów, nie przerywać głosów studentów, nie dopuszczać do poniżania ich godności osobistej [1, 2].

Zadaniem nauczyciela jest stworzenie ciepłej, pełnej akceptacji atmosfery, ułatwienie studentom rozpoznania własnych słabych i mocnych stron, czemu najczęściej towarzyszy wzrost samooceny.

Bezpośrednią korzyścią z przyjęcia filozofii podmiotowości w nauczaniu studentów pielęgniarstwa jest kształtowanie poczucia odpowiedzialności za podejmowane decyzje i wynikające z nich działania.

Przebieg zajęć

Podczas zajęć główny nacisk zostaje położony na pobudzenie sfery afektywnej studentów oraz rozwijanie umiejętności komunikowania się, co ma w efekcie przyczynić się do ukształtowania umiejętności postępowania i zachowania w kontaktach z innymi ludźmi.

Cel ogólny osiągnąć jest przy zastosowaniu upodmiotowiających zajęć dydaktycznych z zastosowaniem teleologicznej strategii „E”, w której autorami podmiotowych celów kształcenia są sami studenci. Cele szczegółowe sformułowano w następujący sposób:

w wyniku realizacji zajęć Student:

- wyjaśni pojęcie holistycznej opieki paliatywnej/hospicyjnej,
- przedstawi podstawowe zasady (w tym zasady etyki) opieki paliatywnej,
- określi zadania oraz formy opieki paliatywnej, filozofię postępowania w opiece paliatywnej,
- omówi rolę pielęgniarki w zespole opieki paliatywnej, zadania wobec pacjenta umierającego i jego rodziny,
- scharakteryzuje problemy somatyczne, psychologiczne, duchowe i społeczne chorego, cele opieki oraz sposoby sprawowania opieki pielęgniarstwiej wobec chorego o niepomyślnym rokowaniu i jego bliskich,

- będzie przejawiał postawę nacechowaną empatią, zrozumieniem i wrażliwością na wszystkie problemy, cierpienia fizyczne, psychiczne, duchowe oraz sytuację społeczną wynikającą z sytuacji chorego i jego bliskich,
- będzie wyrażał gotowość do pełnienia roli pielęgniarki związanej z opieką sprawowaną nad pacjentem w terminalnej fazie choroby i jego rodziną,
- będzie ze zrozumieniem akceptował charakterystyczne postawy znamienne dla osób w ostatnim okresie życia,
- będzie czuł się odpowiedzialny za proces własnego rozwoju zawodowego.

Realizacja założeń edukacyjnych zajęć przebiega w paru etapach:

Etap I: Eksponowanie opisu egzystencjalnej sytuacji problemowej

Punktem wyjścia jest określona sytuacja egzystencjalna, zawarta w opisie sytuacyjnym, który otrzymują wszyscy studenci. Sytuacja problemowa posiada istotną wartość dla studentów i często stanowi odzwierciedlenie ich indywidualnych doświadczeń osobistych, zwiększa motywację do rozwiązania problemu. Odpowiedni poziom motywacji sprzyja kształtowaniu pożądanых postaw studentów i dzięki temu ułatwia, a wręcz umożliwia, zdobywanie oczekiwanych umiejętności i pogłębianie posiadanej przez nich wiedzy.

Etap II: Dialog sytuacyjno-problemowy

Nauczyciel umożliwia i zachęca studentów do zadawania pytań dotyczących przedstawionej sytuacji. Umożliwia zabieranie głosu. W efekcie wyodrębnione zostają najważniejsze problemy występujące u chorego opisanego w tekście. Problemy te zapisane zostają przez jednego studenta na folii.

Etap III: „Głosy własne” studentów

Nauczyciel nawiązuje do opisu i dialogu sytuacyjno-problemowego zachęcając jednocześnie studentów do przedstawienia ich własnych doświadczeń i przeżyć wynikających z kontaktów z osobami w terminalnej fazie choroby. Nauczyciel odwołuje się do posiadanej przez studentów wiedzy, zapamiętanych obrazów filmowych, fragmentów publikacji, beletrystki zawierających opis doświadczeń pacjentów i ich bliskich. Nauczyciel uważnie słucha i umożliwia studentom swobodę wypowiedzi. Ten moment charakteryzuje ogromny ładunek emocjonalny. Często studenci ulegają zaskoczeniu odkrywając, że inni mają podobne przeżycia i trudności. Uświadomienie sobie tego stanowi dla studentów przeżycie wyzwalaające, stwarzające nową rzeczywistość.

Etap IV: Teoretyzacja w dialogu

Korzystając z opisu sytuacyjnego, dialogu sytuacyjno-problemowego oraz „głosów własnych” studenci z pomocą nauczyciela ustalają: co oznacza termin *opieka paliatywna / terminalna*, jakie problemy oraz postawy chorych i ich bliskich powinna wziąć pod uwagę pielęgniarka sprawująca wobec nich opiekę?

Uzupełnienie wypowiedzi stanowi prezentacja nauczyciela uwzględniająca następujące elementy: kierunki holistycznej opieki paliatywnej, zasady opieki paliatywnej, rola pielęgniarki w zespole opieki paliatywnej. Nauczyciel zachęca studentów do dalszej dyskusji. Kieruje do nich pytanie: *czy poruszane zagadnienie*

zostało wyjaśnione i omówione w całości? Studenci są proszeni o wynotowanie tych aspektów, które wymagają dalszego omówienia.

Etap V: Artykułowanie sytuacyjnych potrzeb studentów w formie celów

Nauczyciel zadaje studentom pytanie: *Co Państwa zdaniem powinniście wiedzieć i umieć, jako przyszli pielęgniarze i pielęgniarki, aby móc w przyszłości sprawować opiekę nad pacjentem umierającym?*

Studenci zgłaszają własne propozycje, które jeden z nich zapisuje na folii lub tablicy. Nauczyciel udziela pomocy w formułowaniu celów. Fazę tę kończy wspólne (dokonane przez studentów i nauczyciela) sformułowanie tematu zajęcia.

Etap VI: Przygotowanie do działań wyznaczonych dotychczas nie osiągniętymi celami

Nauczyciel wraz ze studentami ustala, które ze sformułowanych celów zostały już w pełni osiągnięte. Następnie proponuje studentom samodzielną pracę w dowolnie dobranych grupach. Celem pracy jest próba ustalenia sposobów rozwiązania problemów dotąd nie rozwiązanych. Studenci nie otrzymują specjalnych instrukcji, mają pozostawioną swobodę w interpretacji i sposobie rozwiązania problemu.

Młodzież otrzymuje *Przewodnik do pielęgnacji chorego w terminalnym okresie choroby*, a także wskazówki dotyczące możliwości korzystania z treści w nich zawartych. Zaproponowane studentom *Przewodniki* stanowią przykład środków dydaktycznych, które powinny kształtować myślenie twórcze, wielostronnie aktywizować studenta. Musi mieć on do nich swobodny dostęp, możliwość wyboru, korzystania z nich tak długo, jak długo wywołują jego zainteresowanie lub są potrzebne [1, 2]. Studenci dokonują wyboru, czy każda grupa zajmie się rozwiązywaniem wszystkich problemów, czy też poszczególne grupy skupią swoją uwagę na poszukiwaniu sposobów rozwiązywania określonych problemów.

Nauczyciel w porozumieniu z młodzieżą ustala czas przeznaczony na realizację zadania.

Etap VII: Działania ukierunkowane nie osiągniętymi celami kształcenia

Studenci, w dowolnie dobranych grupach, ustalają metody i formy rozwiązania problemów, które zapisują na folii. Nauczyciel czuwa nad ich pracą, udziela ewentualnej pomocy. Po upływie ustalonego wcześniej czasu przedstawiciele poszczególnych grup przedstawiają propozycje rozwiązania zadania. Jest to również czas na uzgodnienie poglądów, dyskusję oceniającą. Po zaprezentowaniu wszystkich propozycji rozwiązania problemów, studenci dzielą się swoimi spostrzeżeniami, wyrażają swoje opinie, przemyślenia, sugestie.

Etap VIII: Ocena realizacji założeń zajęcia

Nauczyciel proponuje studentom wspólne rozwiązanie testu sprawdzającego stopień osiągnięcia celów. Koniec zajęć wieńczy moment dokonania samooceny studentów, wysunięcia propozycji oceny koleżeńskiej oraz „nauczycielskiej”, w efekcie czego studenci najbardziej aktywni otrzymują pochwałę na fo-

rum grupy, a także ocenę. Kryteriami oceny stopnia realizacji postawionego celu przez studentów mogą być: obserwacja stopnia aktywności studentów, sposób wykorzystania pomocy dydaktycznych przez studentów, prawidłowość spostrzeżeń oraz ich interpretacja, poprawność merytoryczna proponowanych sposobów rozwiązywania problemów chorego i jego bliskich, poprawność argumentacji, przejawiana przez studentów postawa.

Piśmiennictwo

1. Puślecki W.: Kształtowanie wyzwalające w edukacji wczesnoszkolnej. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 1996.
2. Puślecki W.: Upodmiotowiające zajęcia dydaktyczne. CEM Warszawa 1996.
3. IV Konferencja: Humanizacja opieki medycznej nad człowiekiem w terminalnym okresie choroby nowotworowej. Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Częstochowa 2000.
4. Krasuska M. E., Turowski K.: Wybrane aspekty opieki nad pacjentem onkologicznym. Lublin 1996.
5. Pieniążek M.: Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej.: Ciechaniewicz W.: Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. PZWL, Warszawa 2001, 752–760.
6. Program Rozwoju Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej w Polsce. MZiOS, Warszawa 1996.
7. Radzik T.: Zakres i formy opieki nad chorym o niepomyślnym rokowaniu.: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I. Założenia teoretyczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, 731–747.
8. Richardson E.: Opieka paliatywna dla pielęgniarek. Wydawnictwo Fundacja Pomoc Krakowskiemu HOSPICJUM, Kraków 1995.
9. de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M.: Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych. Akademia Medyczna, Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdańsk 2000, 3–8.
10. de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M.: Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Akademia Medyczna, Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdańsk 2000, 3–11.
11. de Walden-Gałuszko K.: Filozofia postępowania w opiece paliatywnej: de Walden-Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa 2004, 11–19.
12. de Walden-Gałuszko K.: Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej: de Walden-Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa 2004, 164–194.
13. de Walden-Gałuszko K.: U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. MAKmed, Gdańsk 1996, 11–18, 20–32, 104–114.
14. Zahradniczek K.: Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. PZWL, Warszawa 2004, 627–634.

Bożena Muraczyńska¹, Iwona Zaczyk¹

Subiektywna ocena reakcji emocjonalnych kobiet i mężczyzn w czasie trwania chemioterapii

Wprowadzenie

Literatura dotycząca wpływu choroby nowotworowej na sferę emocjonalną człowieka jest bardzo obszerna [1, 2, 3, 5, 6, 7]. Źródłem cierpienia osoby w tym stanie jest proces chorobowy, który stale postępuje i potęguje cierpienie. Jak pisze T. Turuk-Nowakowa [4, s. 167] „choroba nowotworowa i liczne sytuacje z nią związane stanowią tak duże obciążenie psychiczne, że reakcje emocjonalne powstające w związku z nimi mają przeważnie zabarwienie negatywne i występują z dużym nasileniem”. Z badań większości autorów wynika, że dominujące są emocje lęku, agresji oraz emocje im pokrewne. Poczucie bezradności, skłonność do pesymizmu sprzyja nasileniu negatywnych emocji, zwłaszcza przygnębienia i depresji [5, 6]. Ponadto trudne sytuacje współistniejące z chorobą, jak i uboczne działanie niektórych leków potęgują nasilenie reakcji uczuciowych chorego [1].

Cel pracy

Celem pracy była próba oceny dynamiki wybranych negatywnych reakcji emocjonalnych u kobiet i mężczyzn w czasie trwania chemioterapii.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w Oddziale Chemioterapii, Pulmonologii i Oddziale Hematologii. Zastosowaną metodą był sondaż diagnostyczny, zaś techniką kwestionariusz ankiety, który opracowano dla potrzeb tej pracy. Respondent miał określić w skali od 0 do 4 stopień nasilenia występujących u niego wybranych negatywnych reakcji emocjonalnych towarzyszących mu podczas leczenia. Ocena była dokonywana podczas trzech etapów leczenia chemicznego (I, II, III etap), zawsze w dniu podania leku i kilka dni po jego podaniu. Przerwa pomiędzy

¹ Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, WPiNoZ AM w Lublinie

poszczególnymi etapami wynosiła zwykle 21 dni. Zebrany materiał poddano analizie opisowej i statystycznej.

Badaniem objęto 70 osób, w tym 37 mężczyzn i 33 kobiety w wieku od 20 do 80 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 40–50 lat (około 29,0%). Równie liczną grupą byli respondenci, których wiek mieścił się w przedziale wieku 20–40 lat (około 27,0%). Ponad połowa badanych (43 osoby, tj. 61,5%) pozostawała w związku małżeńskim. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby rozwiedzione (5 osób, tj. 7,1%). Pozostałe osoby były w stanie wolnym lub wdowieństwa (odpowiednio: 15 osób, tj. 21,4% i 7 osób, tj. 10,0%).

Wyniki badań i omówienie

Pierwszą z analizowanych reakcji emocjonalnych był lęk. Lęk jest częstą reakcją na rozpoznanie choroby nowotworowej lub innej choroby spostrzeganej przez pacjenta jako choroba o niekorzystnym rokowaniu. Lęk ogarnia człowieka wobec sytuacji, które mogą nastąpić, a więc wobec sytuacji przewidywanych, a zarazem ocenianych jako niebezpieczne, groźne, bolesne itp. [2]. Stan ten jest zawsze odpowiedzią na zagrożenie. Jak pisze K. de Walden-Gałuszko [5, s. 25] „zbyt duże nasilenie lęku działa niekorzystnie, a ponadto, jako uczucie bardzo przykre, pogarsza ogólne samopoczucie i jakość życia”.

Z badań własnych wynika, że nasilenie lęku zarówno u kobiet i mężczyzn na każdym z etapów leczenia (I, II, III etap) było różne. Zauważono, że reakcja ta w dniu podania leku (szczególnie w I etapie leczenia) w badanej grupie mężczyzn i kobiet występowała częściej w znacznym stopniu nasilenia. Analizę występowania i stopnia nasilenia lęku w zależności od płci ilustruje tabela 1.

Rozpoczęcie chemioterapii (I etap), w pierwszym dniu podania leku, zawsze rodziło lęk zarówno u kobiet i mężczyzn. Przy czym kobiety odczuwały go na poziomie znacznym i uciążliwie, mężczyźni zaś na poziomie znacznym i średnim. Zauważono istotną statystycznie zależność między płcią a występowaniem i stopniem nasilenia lęku m.in. w II etapie leczenia (kilka dni po podaniu leku). Duża grupa badanych mężczyzn (15 osób, tj. 40,5%) deklarowała brak występowania lęku. Natomiast kobiety pozostały na poziomie małego i średniego stopnia nasilenia lęku. Z badań wynika również, że w III etapie chemioterapii stopień nasilenia lęku w dniu podania leku, jak i kilka dni po jego podaniu był wyższy u kobiet niż u mężczyzn.

Kolejną analizowaną reakcją emocjonalną badanych był gniew/złość. Choroba utrudniając realizację istotnych dla chorego celów, często wyzwała gniew. Jest to reakcja emocjonalna na pojawienie się jakiejś nieprawidłowości [5]. Gniew zazwyczaj jest skierowany na los, który wikła ludzkie plany, na siebie, na swoją słabość, a także na innych ludzi. Analizę występowania i stopnia nasilenia gniewu w zależności od płci pokazuje tabela 2.

Tabela 1. Lęk a płęć

| Etap | Płęć | Czas od podania leku | Nasilenie objawu | | | | | | | | | |
|------|----------|----------------------|------------------|------|-----------------|------|-------------------|------|--------------------|------|------------|------|
| | | | Nie występuje | | W małym stopniu | | W średnim stopniu | | W znacznym stopniu | | Uciążliwie | |
| | | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| I | Męczyzna | w dniu podania | 5 | 13,5 | 7 | 18,9 | 9 | 24,3 | 11 | 29,7 | 5 | 13,5 |
| | | kilka dni | 13 | 35,1 | 10 | 27,0 | 8 | 21,6 | 4 | 10,8 | 2 | 5,4 |
| | Kobięta | w dniu podania | 2 | 6,1 | 3 | 9,1 | 5 | 15,4 | 12 | 36,4 | 11 | 33,3 |
| | | kilka dni | 2 | 6,1 | 11 | 33,3 | 12 | 36,4 | 4 | 12,1 | 4 | 12,1 |
| II | Męczyzna | w dniu podania | 8 | 21,6 | 11 | 29,7 | 9 | 24,3 | 8 | 21,6 | 1 | 2,7 |
| | | kilka dni* | 15 | 40,5 | 9 | 24,3 | 8 | 21,6 | 4 | 10,8 | 1 | 2,7 |
| | Kobięta | w dniu podania | 2 | 6,1 | 5 | 15,2 | 12 | 36,4 | 11 | 33,3 | 3 | 9,1 |
| | | kilka dni* | 2 | 6,1 | 13 | 39,4 | 14 | 42,4 | 2 | 6,1 | 2 | 6,1 |
| III | Męczyzna | w dniu podania* | 13 | 35,1 | 7 | 18,9 | 11 | 29,7 | 5 | 13,5 | 1 | 2,7 |
| | | kilka dni* | 17 | 46,0 | 8 | 21,6 | 8 | 21,6 | 3 | 8,1 | 1 | 2,7 |
| | Kobięta | w dniu podania* | 1 | 3,0 | 10 | 30,3 | 13 | 39,4 | 8 | 24,2 | 1 | 3,0 |
| | | kilka dni* | 3 | 9,1 | 13 | 39,4 | 14 | 42,4 | 2 | 6,1 | 1 | 3,0 |

* różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$)**Tabela 2. Gniew a płęć**

| Etap | Płęć | Czas od podania leku | Nasilenie objawu | | | | | | | | | |
|------|----------|----------------------|------------------|------|-----------------|------|-------------------|------|--------------------|------|------------|------|
| | | | Nie występuje | | W małym stopniu | | W średnim stopniu | | W znacznym stopniu | | Uciążliwie | |
| | | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| I | Męczyzna | w dniu podania* | 16 | 44,4 | 5 | 13,9 | 8 | 22,2 | 2 | 5,6 | 5 | 13,9 |
| | | kilka dni* | 23 | 62,2 | 5 | 13,5 | 5 | 13,5 | 2 | 5,4 | 2 | 5,4 |
| | Kobięta | w dniu podania* | 6 | 18,2 | 3 | 9,1 | 7 | 21,2 | 12 | 36,4 | 5 | 15,2 |
| | | kilka dni* | 8 | 24,2 | 11 | 33,3 | 8 | 24,2 | 2 | 6,1 | 4 | 12,1 |
| II | Męczyzna | w dniu podania | 20 | 54,1 | 6 | 16,0 | 8 | 21,6 | 2 | 5,4 | 1 | 2,7 |
| | | kilka dni | 21 | 56,8 | 9 | 24,3 | 6 | 16,2 | 0 | 0,0 | 1 | 2,7 |
| | Kobięta | w dniu podania | 9 | 27,3 | 8 | 24,2 | 10 | 30,3 | 3 | 9,1 | 3 | 9,1 |
| | | kilka dni | 10 | 30,3 | 13 | 39,4 | 6 | 18,2 | 1 | 3,0 | 3 | 9,1 |
| III | Męczyzna | w dniu podania | 21 | 56,8 | 7 | 18,9 | 8 | 21,6 | 0 | 0,0 | 1 | 2,7 |
| | | kilka dni | 22 | 59,5 | 6 | 16,2 | 7 | 18,9 | 0 | 0,0 | 2 | 5,4 |
| | Kobięta | w dniu podania | 11 | 33,3 | 11 | 33,3 | 7 | 21,2 | 1 | 3,0 | 3 | 9,1 |
| | | kilka dni | 14 | 42,4 | 10 | 30,3 | 4 | 12,1 | 2 | 6,1 | 3 | 9,1 |

* różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$)

Tabela 3. Przygnębienie a płć

| Etap | Płć | Czas od podania leku | Nasilenie objawu | | | | | | | | | |
|------|-----------|----------------------|------------------|------|-----------------|------|-------------------|------|--------------------|------|------------|------|
| | | | Nie występuje | | W małym stopniu | | W średnim stopniu | | W znacznym stopniu | | Uciążliwie | |
| | | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| I | Mężczyzna | w dniu podania | 6 | 16,2 | 10 | 27,0 | 7 | 18,9 | 8 | 21,6 | 6 | 16,2 |
| | | kilka dni* | 15 | 40,5 | 9 | 24,3 | 5 | 13,5 | 4 | 10,8 | 4 | 10,8 |
| | Kobieta | w dniu podania | 2 | 6,1 | 2 | 6,1 | 6 | 18,2 | 14 | 42,4 | 9 | 27,3 |
| | | kilka dni* | 2 | 6,1 | 7 | 21,2 | 15 | 45,5 | 6 | 18,2 | 3 | 9,1 |
| II | Mężczyzna | w dniu podania | 15 | 40,5 | 10 | 27,0 | 4 | 10,8 | 4 | 10,8 | 4 | 10,8 |
| | | kilka dni* | 20 | 54,1 | 7 | 18,9 | 5 | 13,5 | 2 | 5,4 | 3 | 8,1 |
| | Kobieta | w dniu podania | 2 | 6,1 | 7 | 21,2 | 13 | 39,4 | 8 | 24,2 | 3 | 9,1 |
| | | kilka dni* | 1 | 3,0 | 12 | 36,4 | 14 | 42,4 | 3 | 9,1 | 3 | 9,1 |
| III | Mężczyzna | w dniu podania | 18 | 48,7 | 8 | 21,6 | 4 | 10,8 | 4 | 10,8 | 3 | 8,1 |
| | | kilka dni | 21 | 56,8 | 6 | 16,2 | 6 | 16,2 | 1 | 2,7 | 3 | 8,1 |
| | Kobieta | w dniu podania | 1 | 3,0 | 12 | 36,4 | 9 | 27,3 | 7 | 21,2 | 4 | 12,1 |
| | | kilka dni | 1 | 3,0 | 14 | 42,4 | 9 | 27,3 | 5 | 15,2 | 4 | 12,1 |

* różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$)

Analiza uzyskanych wyników pozwoliła zauważyć, że duża grupa kobiet deklarowała znaczny stopień nasilenia złości w I etapie chemioterapii w dniu podania leku (12 osób, tj. 36,4%) w przeciwieństwie do mężczyzn. Prawie połowa badanych mężczyzn deklarowała brak złości w tym czasie. Zauważono również wzrost odsetka mężczyzn, którzy nie deklarowali złości w kolejnych etapach chemioterapii.

Przygnębienie/smutek najczęściej jest reakcją na chorobę, którą pacjent spostrzega jako przewlekłą o niekorzystnym rokowaniu lub powodującą liczne dolegliwości. W tej sytuacji reakcja ta jest w pełni fizjologiczną. Niekorzystny dla pacjenta jest stan przygnębienia, w którym towarzyszy mu utrata zainteresowań i izolacja od otoczenia, połączona np. z odmową poddania się leczeniu, wczesne budzenie się [4, 5]. Stąd też, reakcja przygnębienia, podobnie, jak i powyżej analizowane, wymaga starannego uwzględnienia w oddziaływaniu na stan psychiczny pacjenta w czasie leczenia. W pracy dokonano analizy występowania i stopnia nasilenia przygnębienia w zależności od płci. Dane te ilustruje tabela 3.

Kobiety deklarowały większy stopień nasilenia przygnębienia w związku z chorobą i leczeniem niż mężczyźni na każdym etapie leczenia. Szczególnie widoczne nasilenie przygnębienia u kobiet zauważono w I etapie stosowania chemioterapii, osiągając wartości w dniu podania leku na poziomie znacznego i uciążliwego stopnia przygnębienia (odpowiednio: 14 kobiet, tj. 42,4% i 9 kobiet, tj. 27,3%).

Tabela 4. Bezradność a płęć

| Etap | Płęć | Czas od podania leku | Nasilenie objawu | | | | | | | | | |
|------|----------|----------------------|------------------|------|-----------------|------|-------------------|------|--------------------|------|------------|------|
| | | | Nie występuje | | W małym stopniu | | W średnim stopniu | | W znacznym stopniu | | Uciążliwie | |
| | | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| I | Męczyzna | w dniu podania* | 9 | 24,3 | 5 | 13,5 | 7 | 18,9 | 9 | 24,3 | 7 | 18,9 |
| | | kilka dni | 13 | 35,1 | 6 | 16,2 | 6 | 16,2 | 7 | 18,9 | 5 | 13,5 |
| | Kobięta | w dniu podania* | 5 | 15,2 | 1 | 3,0 | 3 | 9,1 | 20 | 60,6 | 4 | 12,1 |
| | | kilka dni | 5 | 15,2 | 3 | 9,1 | 10 | 30,3 | 13 | 39,4 | 2 | 6,1 |
| II | Męczyzna | w dniu podania* | 12 | 32,4 | 3 | 8,1 | 8 | 21,6 | 8 | 21,6 | 6 | 16,2 |
| | | kilka dni | 15 | 40,6 | 4 | 10,8 | 8 | 21,6 | 7 | 18,9 | 3 | 8,1 |
| | Kobięta | w dniu podania* | 4 | 12,1 | 2 | 6,1 | 10 | 30,3 | 16 | 48,5 | 1 | 3,0 |
| | | kilka dni | 4 | 12,1 | 5 | 15,2 | 11 | 33,3 | 12 | 36,4 | 1 | 3,0 |
| III | Męczyzna | w dniu podania* | 14 | 37,8 | 5 | 13,5 | 10 | 27,0 | 4 | 10,8 | 4 | 10,8 |
| | | kilka dni* | 14 | 37,8 | 8 | 21,6 | 8 | 21,6 | 4 | 10,8 | 3 | 8,1 |
| | Kobięta | w dniu podania* | 4 | 12,1 | 3 | 9,1 | 10 | 30,3 | 15 | 45,5 | 1 | 3,0 |
| | | kilka dni* | 4 | 12,1 | 6 | 18,2 | 10 | 30,3 | 12 | 36,4 | 1 | 3,0 |

* różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$)

Bezradność to brak umiejętności radzenia sobie zwłaszcza w trudnej sytuacji. Często są to sytuacje konkretne np. w życiu rodzinnym, zawodowym lub związane z chorobą. Jest to przykry stan, który może prowadzić do poczucia utraty kontroli nad własnym życiem, utraty woli działania, braku wiary w sens własnych i cudzych wysiłków. Poczucie bezradności prawie zawsze sprzyja powstawaniu negatywnych emocji. W badaniach własnych zbadano występowanie i stopień nasilenia tego stanu. Subiektywną ocenę występowania i stopień nasilenia bezradności z uwzględnieniem płci przedstawia tabela 4.

Subiektywna ocena poczucia bezradności była zdecydowanie większa u kobiet niż u mężczyzna na każdym z etapów stosowanej chemioterapii. Reakcja ta utrzymywała się u kobiet, na poziomie znacznego stopnia nasilenia zarówno w dniu podania leku i kilka dni po jego podaniu na każdym z etapów leczenia.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można postawić następujące wnioski:

1. Najwyższy stopień nasilenia reakcji emocjonalnych obserwuje się, prawie zawsze, w pierwszym etapie stosowania chemioterapii, przy czym zawsze kobiety reagują w stopniu wyższym niż mężczyźni. Wynika to prawdopodobnie z ich struktury biologicznej i psychicznej.

2. Bezradność jest reakcją, która u kobiet utrzymuje się na znacznym poziomie nasilenia przez cały czas trwania chemioterapii.
3. Ważnym czynnikiem w opiece nad kobietami staje się zainteresowanie dla przeżywanych przez nie niepokojów i wsparcie emocjonalne podczas trwania choroby.

Piśmiennictwo

1. Barraclough J.: *Cancer and Emotions*. John Wiley & Sons, Chichester 1993.
2. Jarosz M.: *Psychologia lekarska*. PZWL, Warszawa 1998.
3. Makselon J.: *Lęk wobec śmierci*. Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków 1998.
4. Turuk-Nowakowa T.: Postępowanie psychologa w chorobach nowotworowych. [w:] Heszen-Niejodek I. (red.): *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*. PZWL 1990, s. 159–194.
5. de Walden-Gałuszko K.: *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*. Wyd. Medyczne. MAKmed, Gdańsk 1996.
6. de Walden-Gałuszko K.: *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanologii*. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1993.
7. Vachon M.: *Emotional Problems in Palliative Care Patient–Family–Professional*. [w:] *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (ed. D. Doyle, G. W. C. Hanks, N. Macdonald), Oxford University Press, Oxford 1993.

Zagrożenia zawodowe personelu medycznego



Wprowadzenie

Każda praca jest dobra,
o ile jest dobrze wykonywana.

Albert Einstein

Na przełomie wieków XVII i XVIII, włoski lekarz, „ojciec” współczesnej medycyny pracy, Bernardino Ramazzini (1633–1714) dostrzegał problemy zdrowotne związane z wykonywaniem zawodów medycznych. W swym dziele „De morbis artificum diatriba” (1700 r.) czyli „Rozważania o chorobach rzemieślników” przedstawił i usystematyzował typowe objawy wielu chorób zawodowych występujących u różnych pracowników, w tym również u lekarzy, aptekarzy i położnych. Zawody medyczne wymienił na drugim miejscu (po górnictwie) pod względem ryzyka zawodowego. Szansę na ograniczenie chorób zawodowych dały jednak dopiero odkrycia i metody profilaktyki wprowadzone ponad 150 lat później. W roku 1877 F. F. Erisman, uczeń Pettenkofera, opracował jeden z pierwszych podręczników higieny pracy, w którym wykazał wpływ i znaczenie warunków na zdrowie pracowników.

Dominujące czynniki stwarzające zagrożenia chorobowe w grupie pracowników ochrony zdrowia, podobnie jak w innych zawodach, można podzielić na 5 kategorii. Różnią się one jednak w zależności od typu i charakteru placówki ochrony zdrowia. Szkodliwymi czynnikami biologicznymi są wszystkie drobnoustroje (wirusy, bakterie i grzyby, łącznie z mutantami, hodowlami komórkowymi i pasożytami wewnętrznymi) powodujące zakażenia, alergie lub inne działania toksyczne. Czynniki chemiczne związane są z chemioterapią, diagnostyką, gazami anestetycznymi, środkami stosowanymi do dezynfekcji i sterylizacji, lateksem). Czynniki fizyczne to promieniowanie jonizujące i niejoniizujące, pole elektromagnetyczne, promieniowanie laserowe, hałas, ultradźwięki. Czynniki ergonomiczne to głównie obciążenie układu kostno-stawowego. Czynniki psychospołeczne wynikają między innymi z relacji międzyludzkich (pacjent–personel, personel–personel), specyfiki miejsca pracy (OIOM, onkologia, pediatria, hospicjum, transplantologia, psychiatria), systemu pracy oraz sytuacji rodzinnej.

Podkreślić należy, że nie zawsze możliwe jest wyeliminowanie ze środowiska pracy czynników zagrożenia. Wiedza na ich temat, gromadzona i poszerzana w sposób ciągły, może jednak wpłynąć na zmniejszenie ryzyka zachorowania, poprzez poprawę organizacji pracy, przestrzeganie zasad higieny pracy, jak i odpowiednią profilaktykę.

Elżbieta Krajewska-Kułak

Teresa Modzelewska¹, Krystyna Szpak-Lipińska²

Praca zawodowa jako wartość w systemie wartości pielęgniarek

Praca łączy człowieka z człowiekiem.
W więzi pracy uwydatnia się wzajemna
potrzeba i użyteczność nasza.

S. Wszyński

Wprowadzenie

Pielęgniarstwo, podobnie jak zawód lekarza, jest zawodem szczególnym, o charakterze profesji, gdzie przedmiotem, a jednocześnie podmiotem oddziaływania jest drugi człowiek. Jak słusznie zauważa Wrońska, pielęgniarka nie rozumiejąca tej prawdy, nie stosująca jej w swoim codziennym postępowaniu, nie jest w pełni pielęgniarką³. Ważne jest więc jak każda pielęgniarka rozumie istotę swej pracy, jakie miejsce w jej hierarchii wartości zajmuje praca zawodowa.

Zagadnienie pracy ludzkiej znajduje się w centrum zagadnień społecznych dzisiejszego świata⁴. Praca powinna służyć realizacji człowieczeństwa, powinny gwarantować człowiekowi bycie osobą. Niestety przeszłość i współczesne dzieje pracy nie dostarczają wielu przykładów potwierdzających realizację tej przesłanki⁵. Czym jest praca ludzka?

¹ Urząd Marszałkowski, Departament Edukacji i Sportu w Lublinie

² Medyczne Studium Zawodowe im. W. Szoc w Chełmie, Chełmskie Collegium Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Lublinie

³ I. Wrońska. Etyczne problemy relacji pielęgniarka – pacjent. W: Pielęgniarka – pacjent. Nowe modele opieki i pielęgnowania. Red. T. Kukułowicz. Stalowa Wola 1992, s. 6. J. Jakubiec. Etos pielęgniarek a etyka zawodowa. „Problemy pielęgniarstwa” 2001, nr 1–2, s. 292–298.

⁴ Praca – celowa działalność ludzka, nakierowana na przetwarzanie dóbr przyrody, przedmiotów lub/i informacji za pomocą narzędzi w celu zaspokojenia, w sposób bezpośredni lub pośredni, materialnych i niematerialnych potrzeb; jeden z głównych elementów więzi społecznej. K. Olechnicki, P. Załęcki. Słownik socjologiczny. Toruń 1997, s. 161.

⁵ Socjologia bezrobocia. T. Borleowski, A. Marcinkowski (wybór). Warszawa 1996, s. 12.

Wiecznym utrapieniem, zewnętrznym przymusem, przekleństwem, czy naturalną potrzebą, źródłem radości, powołaniem i przeznaczeniem człowieka?

Papież Jan Paweł II w Encyklice „*Laborem exercens*” podkreśla istnienie obiektywnego i subiektywnego aspektu pracy. Praca w sensie obiektywnym, to czynność przekształcania świata, to instrument dominacji człowieka nad przyrodą, a w sensie subiektywnym, to trud i wysiłek wykonywany przez człowieka rozumianego jako podmiot. „Jako osoba jest tedy człowiek podmiotem pracy. Jako osoba pracuje, wykonuje różne czynności przynależne do procesu pracy, a wszystkie one bez względu na ich charakter, mają służyć urzeczywistnieniu się jego człowieczeństwa, spełnianiu osobowego powołania, które jest mu właściwe z racji samego człowieczeństwa”⁶.

Jakże bliskie idei zawodu pielęgniarckiego, którego istotą jest pielęgnowanie, są słowa Kardynała Wyszyńskiego – „Bez pracy nie można ani utrzymać życia, ani też dojść do pełni rozwoju osobowości. Praca służy do utrzymania w nas Bożego daru – życia, do godziwego zaspokajania jego potrzeb i do udoskonalenia naszej rozumnej natury”⁷. „W pracy naszej stajemy się coraz bardziej częścią społeczeństwa, jesteśmy coraz mniej własnością swoją. Nie jest więc obojętne, czy pracujemy i co robimy. Siła i zdolność do pracy każdego człowieka staje się coraz bardziej siłą społeczną. [...] Praca uczy nas wzajemnej posługi i tworzy sposobność do jej okazywania.[...] W pracy naszej musi się ukrywać duch miłości, ofiary, bezinteresowności, służba tym, którzy pracować nie mogą, ubogim sierotom, niezdolnym do wysiłku i trudu; zwłaszcza chorym”⁸.

Pielęgnowanie to pomaganie człowiekowi, aby mógł żyć lepiej i zachować zdrowie, a kiedy zachoruje, przyczynianie się do tego, żeby procesy zdrowienia przebiegały jak najkorzystniej, to także służenie umierającym. „Rzeczywista głębia pielęgniarstwa przejawia się w jego idealizmie, miłości i życzliwości, wiedzy i kulturze ujawniane w praktyce codziennych czynności i nawiązanych więzi społecznych”⁹, twierdzi Lanara.

W sytuacji, gdy praca zawodowa stanowi dla człowieka wartość szczególnie istotną, rola zawodowa przybiera charakter ogólny, wpływając na całe życie jednostki. Dlatego niektóre zawody, zdaniem Danuty Dobrowolskiej, po pewnym czasie ich pełnienia stają się „sposobem bycia”. Tak zdarza się często wśród nauczycieli, lekarzy, a także pielęgniarek. Przeżycia doznane podczas pracy, nie pozwalają łatwo o nich zapomnieć w życiu prywatnym, a im większy jest stopień

⁶ Jan Paweł II. Encyklika „*Laborem exercens*”. Powołany do pracy. Wrocław 1983, s. 21.

⁷ Tamże, s. 17.

⁸ Tamże, s. 22–26.

⁹ Cyt.za: I. Wrońska. Etyka zawodowa pielęgniarstwa. W: Wybrane zagadnienia z etyki pielęgniarstwa. Materiały dla nauczycieli szkół pielęgniarckich. Warszawa 1991, s. 64.

identyfikacji z zawodem, tym trudniej jest uwolnić się od typowych zachowań zawodowych w sferze życia prywatnego¹⁰.

Problematyka postaw wobec pracy zawodowej wiąże się z uznawaną hierarchią wartości, z wartością, jaką stanowi dla człowieka praca, z uznawanymi zasadami etyki zawodowej. Postawy zawodowe ulegają modyfikacjom pod wpływem różnych czynników, min. przemian w modelach ról społecznych, atmosfery i panującej moralności w środowisku pracy, postaw wobec życia, aspiracji itp.¹¹ Zdaniem Rzewskiej, w pożądanym postawach pielęgniarzkich wobec pracy, gdzie przedmiotem tych postaw jest człowiek oczekujący pomocy, konieczne są elementy emocjonalne – wrażliwość, czułość, współczucie, elementy oceniające życzliwie, mające na względzie godność osoby ludzkiej oraz poznawcze w zakresie psychospołecznych problemów człowieka chorego¹². Człowiek w procesie pracy i przez pracę doskonalą się i rozwija. Doskonalą się i rozwija nie tylko swoje umiejętności praktyczne, ale również całą osobowość¹³. Praca pielęgniarki w szczególnie sposób sprzyja jej rozwojowi, zarówno przez zdobywanie wiedzy o człowieku w kontakcie z innymi ludźmi, zwłaszcza cierpiącymi, jak też przez ciągłe dokonywanie wyborów towarzyszących nieodłącznie każdemu działaniu. Dobrą pracą w zawodzie pielęgniarzkim zapewnia świadomy wybór wartości, sposobów działania i postawy wobec cierpiącego, potrzebującego pomocy.

Każdą czynność w zawodzie pielęgniarki można, zależnie od własnego wyboru moralnego wykonać różnie, z różnym stopniem osobistego zaangażowania. Zrozumienie drugiego człowieka, zwłaszcza w odmiennej od naszej sytuacji, jest trudne, ale nie niemożliwe. Wymaga przejścia z postawy egocentrycznej do postawy altruistycznej. Wymaga to również pracy nad pogłębianiem własnej wrażliwości emocjonalnej.

Zaangażowanie w sprawy ludzi chorych i bezradnych wyraża się także w aktualizacji wiedzy zawodowej, w twórczej postawie zawodowej. „Aktywność twórcza nie polega na zachowaniu stereotypowym, wykracza bowiem za-

¹⁰ D. Dobrowolska. *Studia nad znaczeniem pracy dla człowieka*. Warszawa 1974, s. 148.

¹¹ Postawa pewnego człowieka wobec pewnego przedmiotu jest to ogół względnie trwałych dyspozycji do ocenianie tego przedmiotu i emocjonalnego nań reagowania oraz ewentualnie towarzyszących tym emocjonalno-oceniającym dyspozycjom względnie trwałych przekonań o naturze i właściwościach tego przedmiotu i względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec tego przedmiotu. *Teorie postaw*. Red. S. Nowak. Warszawa 1973, s. 23.

¹² I. Rzewska. *Problematyka postaw pielęgniarzek wobec pracy zawodowej*. W: *Socjologia zawodów medycznych*. Wybór problematyki. Red. M. Sokołowska, S. Kosiński. Warszawa 1978, s. 40.

¹³ L. Dyczewski zwraca uwagę na ściśle powiązanie pracy z kulturą. Stwierdza, „że człowiek od początku swego istnienia został powołany do pracy i do kultury. Praca i kultura wyróżniają go wśród reszty stworzeń, tylko człowiek jest do nich zdolny i tylko człowiek je realizuje. Są one podstawowym wymiarem ludzkiego bytowania na ziemi, właściwością natury ludzkiej”. L. Dyczewski. *Kultura polska w procesie przemian*. Lublin 1993, s. 15–16.

wsze poza to, co było dawniej"¹⁴. Zofia Szlenkierówna, pionierka polskiego pielęgniarstwa, mówiła do swoich wychowanek: „...praca wasza powinna być twórcza w każdym zakresie mniejszym lub większym, w każdym momencie...”¹⁵, bowiem bez elementów twórczych sztuka pielęgnarska staje się zwykłym rzemiosłem.

Cel pracy

Zagadnienie pracy, jako wartości w systemie wartości pielęgniarek, stanowi część szerszych badań nad etosem tej grupy zawodowej. Prezentuje opinie pielęgniarek na temat miejsca pracy zawodowej w ich hierarchii wartości życiowych.

Materiał i metoda

Badania socjologiczne przeprowadzono na przełomie lat 1999–2000 w SPZOZ w 70-tysięcznym mieście. Objęto nimi 478 osób (70% ogółu pracujących tam pielęgniarek). Jako narzędzie badawcze zastosowano autorski kwestionariusz ankiety. Grupa badawcza była zróżnicowana pod względem wieku, poziomu wykształcenia, sytuacji materialnej, pochodzenia społecznego, stosunku do praktyk religijnych oraz zajmowanego stanowiska pracy.

Wyniki badań

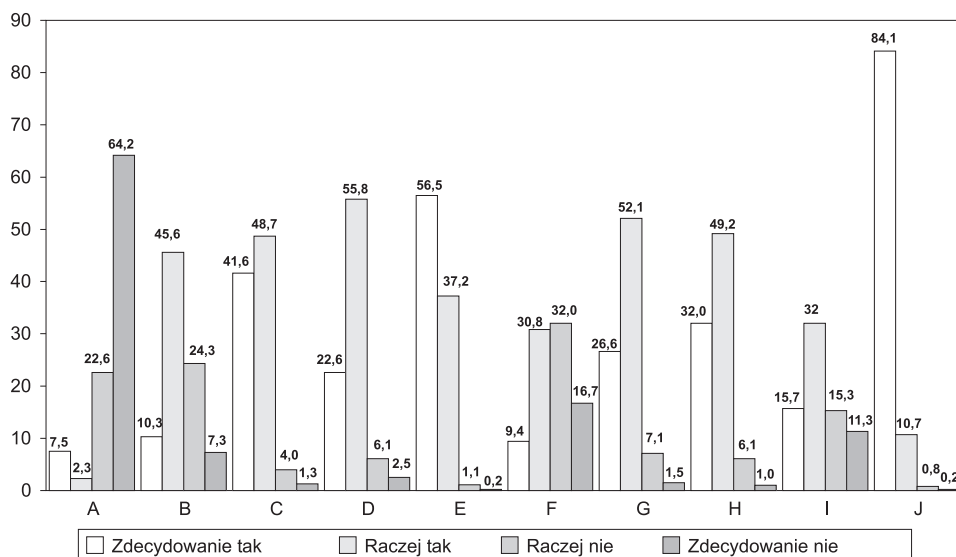
Badane pielęgniarki zostały poproszone o wyrażenie opinii uzasadniających wartość pracy pielęgnarskiej. Respondenci oceniali 10 twierdzeń, posługując się pięciostopniową skalą: od „zdecydowanie tak” do „zdecydowanie nie”.

Biorąc pod uwagę oceny najwyższe – „zdecydowanie tak” – opinie dotyczące pracy pielęgniarki przedstawiały się następująco (uszeregowanie od najbardziej do najmniej akceptowanych): bez pracy nie funkcjonowałby cały system ochrony zdrowia (84,1%), pozwala na łagodzenie i zmniejszanie cierpienia ludzi chorych (56,5%), zmusza do stałego pogłębiania wiedzy o człowieku (41,6%), daje radość dzięki świadczeniom stałej pomocy i opieki ludziom (32,0%), rozwija osobowość człowieka (26,6%), odpowiada mojemu charakterowi (22,6%), zbliża do Boga (15,7%), stwarza możliwości poznania wielu interesujących ludzi (10,3%), ułatwia dostęp do świadczeń lekarsko-pielęgniarskich dla siebie i dla swojej rodziny (9,4%), praca zapewnia godziwe warunki utrzymania (7,5%).

¹⁴ Z. Włodarski, A. Matczak. Wprowadzenie do psychologii. Podręcznik dla nauczycieli. Warszawa 1996, s. 66.

¹⁵ K. Szejnach. Trzy pielęgniarki. Warszawa 1959, s. 168.

Rycina 1. Opinie na temat wartości pracy zawodowej pielęgniarki



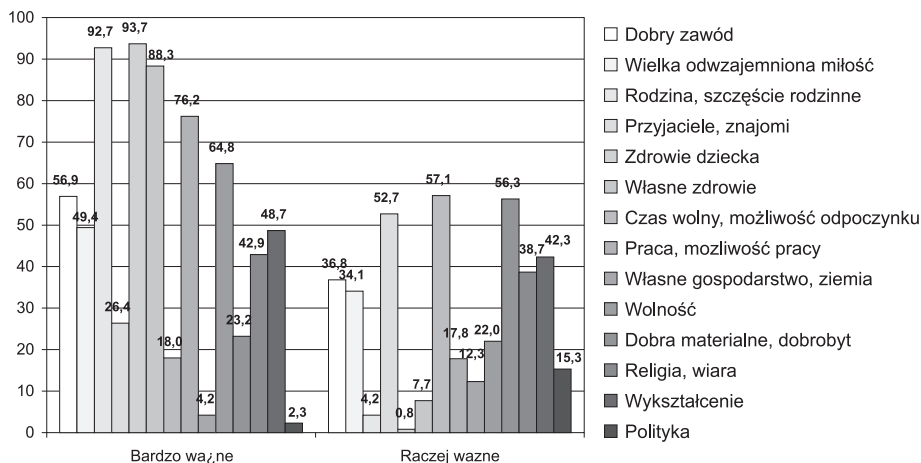
- A – Praca pielęgniarki zapewnia godziwe warunki utrzymania
 B – Praca pielęgniarki stwarza możliwość poznania interesujących ludzi
 C – Praca pielęgniarki zmusza do stałego pogłębiania wiedzy o człowieku
 D – Praca pielęgniarki odpowiada mojemu charakterowi
 E – Praca pielęgniarki pozwala na łagodzenie i zmniejszanie cierpienia ludzi chorych
 F – Praca pielęgniarki ułatwia dostęp do świadczeń lekarsko-pielęgniarskich dla niej i jej rodziny
 G – Praca pielęgniarki rozwija osobowość człowieka
 H – Praca pielęgniarki daje radość dzięki świadczeniu stałej pomocy i opieki ludziom
 I – Praca pielęgniarki zbliża do Boga
 J – Bez pracy pielęgniarek nie funkcjonowałby cały system ochrony zdrowia

W wypowiedziach opiniach dotyczących wartości pracy, respondenci akcentują równie mocno sprawy związane ważnością samego zawodu jak i wartości prospołeczne pracy pielęgniarki (łagodzenie cierpień, świadczenie pomocy) oraz konieczność pogłębiania wiedzy o człowieku.

Pielęgniarstwo jest czymś więcej niż tylko zawodem zarobkowym, jest służbą społeczną, posłannictwem, a nawet ma w sobie coś z heroizmu. W zależności od tego, jak pielęgniarka rozumie istotę swojej pracy, tak kształtują się jej relacje z pacjentami. Chorzy różnie reagują na swoją chorobę. Pielęgniarka, pełniąc swoją rolę zawodową¹⁶, musi sprostać oczekiwaniom podopiecznych. Oczekiwania te konkretyzują się podczas bezpośrednich interakcji z pacjentami, a także są re-

¹⁶ W niniejszym opracowaniu pojęcie „rola zawodowa” rozumiemy jako szczególny przejaw roli społecznej rozumianej „względnie stały i wewnętrznie spójny system, zachowań, będący reakcjami na zachowania innych osób, przebiegających według mniej, lub więcej ustalonego wzoru J. Szczepański. Elementarne pojęcia socjologii. Warszawa 1970, s. 131.

Rycina 2. Hierarchia wartości badanych pielęgniarek



zultatem społecznych wyobrażeń, stereotypów, uprzedzeń, potocznych osądów odnoszących się do funkcji spełnianych przez pielęgniarki.

Pełnienie roli pielęgniarki wyraża się w procesie pielęgnowania, czyli poprzez zespół czynności, w którym stosuje ona określoną wiedzę i umiejętności, aby możliwie najlepiej pomagać ludziom w zdrowiu i chorobie. W pełnieniu roli zawodowej istotny jest sposób jej przyswajania, a także pierwiastek ekspresyjny i cechy osobowościowe¹⁷.

Rzewska, rozważając zagadnienie roli zawodowej pielęgniarki, akcentuje szczególnie dwa jej wymiary: instrumentalny i ekspresyjny. Podkreśla, iż instrumentalny wymiar roli „[...] opiera się na wiedzy i umiejętności, na wyuczonych reakcjach obliczonych na osiągnięcie określonego skutku, a wymiar ekspresyjny [...] odznacza się w działaniu siłą wyrazu, sugestywnością, zaangażowaniem uczuciowym, zainteresowaniem pacjentem nie tylko jako przypadkiem, ale jako człowiekiem cierpiącym”¹⁸.

¹⁷ Zagadnieniami tymi zajmowały się m.in.:

– M. Pecyna pisząc „[...] tradycyjnie wśród szerokiego ogółu chorych ceni się miłą i dobrą pielęgniarkę, energiczną i zrównoważoną”. M. Pecyna. Jaką pielęgniarkę chorzy cenią? „Pielęgniarka i Położna” 1982, nr 4–5, s. 5.

– Kropińska, wskazując na model humanistyczny pielęgniarstwa. I. Kropińska. Wychowawczo-psychoterapeutyczne aspekty pracy pielęgniarki. „Chowanna” 1984, nr 4, s. 8–12.

– H. Michalska i Z. Miron, które przedmiotem swoich rozważań uczyniły cechy osobowościowe pielęgniarki, uważając, że dobra pielęgniarka oprócz kwalifikacji zawodowych musi mieć określoną osobowość – dużo cierpliwości, taktu, wrażliwości na ludzkie cierpienie i gotowość do niesienia pomocy innym. H. Michalska. Typy osobowości a zawód pielęgniarki. „Pielęgniarka i Położna” 1977, nr 3, s. 6. Z. Miron. Nasze sprawy na związkowym forum, „Pielęgniarka i Położna” 1977, nr 2, s. 29.

¹⁸ I. Rzewska. Społeczne problemy zawodu pielęgniarki. Warszawa 1973, s. 126–127.

W Kodeksie Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej czytamy: „Przy świadczeniu opieki pielęgniarka i położna uwzględnia potrzeby i oczekiwania osób, wobec których ma obowiązek troski”¹⁹. Pielęgniarki spotykają się często z rozbieżnymi oczekiwaniami odnoszącymi się do spełnianych przez nie funkcji instrumentalnych i ekspresyjnych.

Badane pielęgniarki poproszono o udzielenie odpowiedzi na pytanie: „Czego Pani zdaniem oczekują pacjenci od pielęgniarki?” Pytając o to, czego zdaniem respondentek oczekują od nich pacjenci, usiłowano ustalić niektóre cechy tzw. jaźni odzwierciedlonej²⁰.

W opinii respondentek, oczekiwania pacjentów dotyczące zadań zawodowych pielęgniarzek są zróżnicowane. Według oceny „bardzo często” preferencje ich funkcji i zadań są następujące: sprawne pobieranie krwi z żył (77,4%), postawa opiekuńcza (59,0%), bieżąca obserwacja stanu zdrowia pacjentów (56,7%), pomoc w wykonywaniu różnych czynności i zainteresowanie problemami pacjentów (50,4%), stworzenie dobrej atmosfery w sali chorych (49,2%), instruktaż i wskazówki dotyczące pielęgnacji (39,5%), częste rozmowy, dyskusje (37,9%), dobry kontakt z rodziną (29,3%), lepsze warunki organizacyjno-materialne (27,4%), organizacja i planowanie czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych (25,7%).

Zadania te związane są z realizacją wartości prospołecznych i odgrywają ważną rolę w określeniu wartości pracy pielęgniarki. W opinii badanych najmniej doceniane przez pacjentów są zadania związane z organizacją i planowaniem czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych, oraz z troską o warunki materialne w szpitalu.

Domniemane oczekiwania pacjentów zdaniem ankietowanych pielęgniarzek idą w różnych kierunkach. Częściej, według nich akcentowana jest rola ekspresyjna pielęgniarki niż instrumentalna.

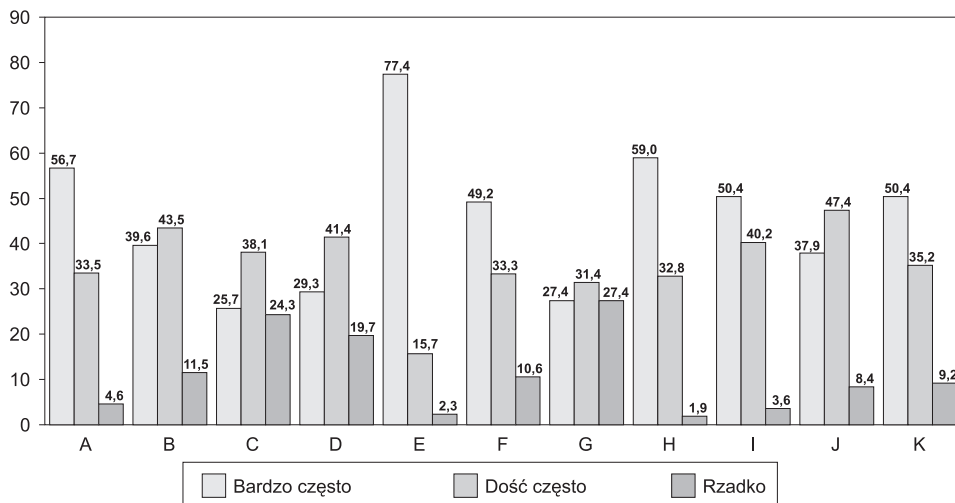
Zdaniem Rzewskiej oczekiwania pacjenta wobec pielęgniarki są uwarunkowane w dużej mierze poziomem kultury osobistej i środowiska społecznego, krystalizują się podczas choroby i zależą od jego cech osobowości, stanu zdrowia a także od dotychczasowych „doświadczeń” w zakresie choroby i leczenia się²¹. Z badań Ejsmonda wynika, że „im większa rozbieżność pozycji społeczno-zawodowej między oceniającymi (pacjentami) a ocenianymi (le-

¹⁹ Kodeks Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej. Włocławek 1996, s. 3.

²⁰ Jaźń odzwierciedlona, to ten zespół wyobrażeń, jaki każdy z nas wytwarza w sobie na podstawie ocen otoczenia, na podstawie tego, co sami sobie wyobrażamy, że inni sądzą o nas. [...] Jaźń odzwierciedlona wpływa na nasze postępowanie wobec innych osób, gdyż staramy się je dostosowywać do tego, jak sobie wyobrażamy, że dany osobnik nas ocenia. J. Szczepański. Elementarne pojęcie socjologii. Warszawa 1970, s. 137–138. Zagadnienie to było przedmiotem badań I. Wrońskiej i J. Mariańskiego, którzy pytanie „Czego Twoim zdaniem oczekują pacjenci od pielęgniarki” zadali słuchaczom szkół pielęgniarzkich. I. Wrońska, J. Mariański. Wartości życiowe młodzieży (na przykładzie szkół pielęgniarzkich). Lublin 1999, s. 292.

²¹ I. Rzewska. Społeczne problemy zawodu pielęgniarki. Warszawa 1973, s. 124–125.

Rycina 3. Oczekiwania pacjentów wobec pielęgniarek



- A – Bieżącej obserwacji ich stanu zdrowia
 B – Instruktażu i wskazówek dotyczących pielęgnacji
 C – Organizacji i planowania czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych
 D – Dobrego kontaktu z rodziną
 E – Sprawnego pobierania krwi z żył
 F – Stworzenia atmosfery pobytu w sali chorych
 G – Lepszych warunków organizacyjno-materialnych, np. wygląd sali
 H – Postawy opiekuńczej
 I – Pomocy w wykonywaniu różnych czynności
 J – Częstych rozmów, dyskusji
 K – Zainteresowania ich problemami

karz, pielęgniarka, salowa), tym surowsze oceny. Im wyższa pozycja pacjentów, tym większy krytycyzm wobec ocenianych elementów środowiska terapeutycznego²². Badania Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia także wyraźnie wskazują na to, jakie są oczekiwania pacjentów wobec pielęgniarek. Pacjenci chcą mieć w pielęgniarkę osobę życzliwą, bliską, przyjazną, której może zaufać. Doceniają umiejętność motywowania ich do wysiłku, by nie tylko nie poddawali się biernie leczeniu, ale czynnie w nim uczestniczyli. Dla pacjentów najważniejsze są zarówno życzliwość i odpowiednie podejście do pacjenta, jak i zawodowe umiejętności, czyli sprawność w wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych; ważna jest też dostępność pielęgniarki. Chorzy są zadowoleni, gdy daje się im możliwość planowania opieki nad sobą, na bieżąco informuje o wszelkich postępkach w leczeniu²³.

²² J. Ejsmond. Szpitale warszawskie w świadomości pacjentów. W: *Badania socjologiczne w medycynie*. Red. M. Sokołowska. Warszawa 1969, s. 51.

²³ P. Cieślak. Personel medyczny w oczach pacjentów. „*Służba Zdrowia*” 2002, nr 5–8, s. 15.

Pielęgniarka sprawuje bezpośrednią opiekę nad pacjentem i dlatego w prawidłowym realizowaniu zadań zawodowych istotną rolę odgrywa komunikowanie się z nim. Czy w relacjach pacjent – pielęgniarka istotne są formy zwracania się wzajemnie do siebie?

Chcąc poznać opinie pielęgniarek w tej kwestii, zadano im następujące pytanie: „Jak Pani zdaniem, pacjenci powinni zwracać się do pielęgniarki?”

1. w formie siostró,
2. w formie pani,
3. w formie bezosobowej”.

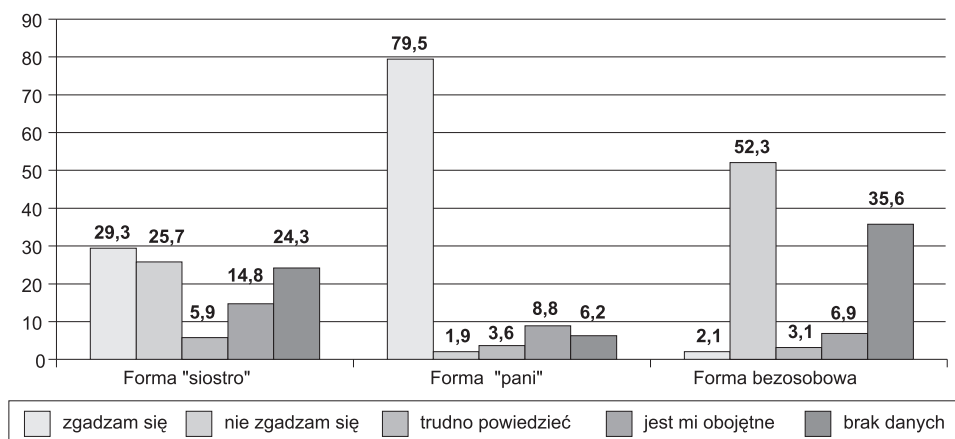
Respondentki miały do wyboru odpowiedzi: „zgadzam się”, „nie zgadzam się”, „trudno powiedzieć”, „jest mi to obojętne”.

Z analizy wypowiedzi dotyczących zwracania się pacjentów do pielęgniarek „w formie siostró” wynika, że 29,3% ankietowanych zgadza się, aby tak się do nich zwracano, jedna czwarta badanych jest zdania przeciwnego, 14,9% stwierdza, że jest im to obojętne. Duża grupa respondentów (24,3%) nie udzieliła żadnej odpowiedzi, zaś 5,9% nie miało w tej kwestii zdania.

Odnosząc się do formy zwracania się do pielęgniarki – „pani” zdecydowana większość wybrała odpowiedź twierdzącą (79,5%). Tylko niewielki procent badanych wybrał odpowiedź „nie zgadzam się” (1,9%), zaś dla 8,8% ankietowanych jest to obojętne. Natomiast 3,6% ankietowanych nie ma zdania w tej sprawie, a 6,3% nie udzieliło odpowiedzi.

Bezosobowa forma zwracania się pacjentów do pielęgniarek nie zyskała akceptacji ponad połowy badanych (52,3%). Uchyliło się od odpowiedzi w tej kwestii 35,6% respondentów. Tylko niewielki odsetek badanych pielęgniarek udzielił odpowiedzi twierdzącej (2,1%), nie mam zdania – 3,1%, zaś dla 6,9% ankietowanych jest obojętne, w jakiej formie zwracają się do nich pacjenci.

Rycina 4. Formy zwracania się pacjentów do pielęgniarek



Zestawiając opinie badanych dotyczące formy zwracania się pacjentów do pielęgniarek, zauważamy, że zdecydowanie preferują oni formę „pani” (79,5%). Blisko jedna trzecia ankietowanych akceptuje też formę „siostra” (29,3%). Natomiast nie zyskała akceptacji forma bezosobowa.

Akceptowanie przez respondentki zwracania się pacjentów do pielęgniarek – „pani” – może być związane z zachodzącymi w pielęgniarstwie przemianami dotyczącymi zarówno podstawowych dla zawodu pojęć, jak i uznawanej hierarchii wartości. O tych przemianach wspominała także Rżewska, pisząc: „współczesne pielęgniarki buntują się np. przeciwko używaniu, przy określeniu modelu pielęgniarki, »powołanie«. [...] Można przypuszczać, że powołanie rozumiane jako konieczność daleko idących wyrzeczeń wywołuje protest współczesnych świeckich pielęgniarek, które nie chcą wyrzekać się osobistych aspiracji, kariery, upodobań. [...] Podobnie niektóre pielęgniarki protestują przeciwko używaniu tytułu »siostra«...”²⁴ Być może również pielęgniarki upatrują w formie zwracania się do nich pacjentów poszanowania, bądź jego braku dla zawodu, który pretenduje do miana profesji.

Można też przypuszczać, że dla wielu z nich forma „siostra” kojarzy się z osobą zakonną, a także z istotnymi lub wymagowanymi elementami „służalczymi” zawodu.

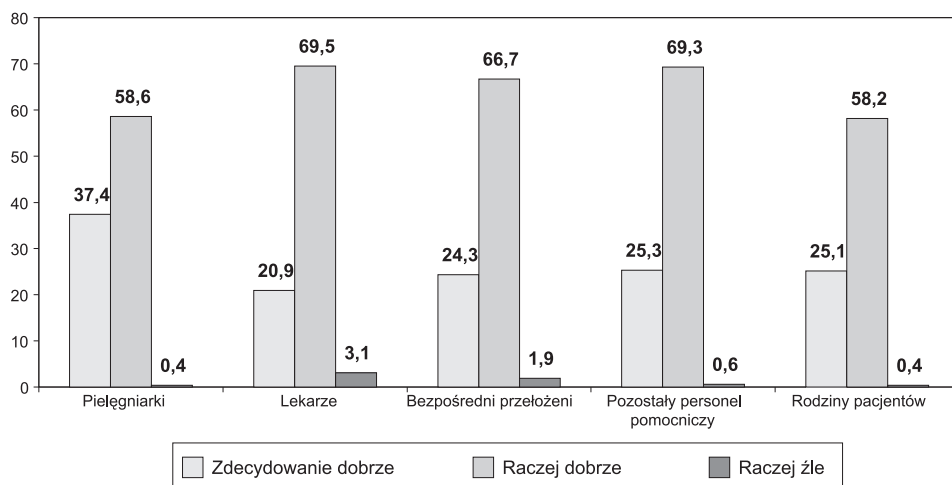
Pielęgniarka jest członkiem zespołu terapeutycznego. W realizacji swoich zadań zawodowych ściśle współpracuje z lekarzem i innymi profesjonalistami, oraz z pacjentem i jego rodziną²⁵. Interesujące jest więc poznanie opinii pielęgniarek o tym, jak oceniają swoje relacje w zespole terapeutycznym. Respondentki udzielając odpowiedzi na pytanie: „Jak ocenia Pani swoje relacje z: pacjentami, pielęgniarkami, lekarzami, bezpośrednimi przełożonymi, pozostałym personelem pomocniczym, rodzinami pacjentów”, dysponowały ocenami: zdecydowanie dobre, raczej dobre, raczej złe, zdecydowanie złe, trudno powiedzieć.

Uwzględniając wyrażane przez ankietowanych oceny „zdecydowanie dobrze” i „raczej dobrze”, najwyższe wskaźniki dotyczą relacji z pacjentami (97,2%) oraz pielęgniarkami (96,0%). Natomiast niżej nieco rangowane są relacje z bezpośrednimi przełożonymi (91,0%), lekarzami (90,4%) oraz z rodzinami pacjentów (83,3%). Zdecydowanie źle oceniło swoje relacje z bezpośrednimi przełożonymi 0,6% badanych. Również niewielkie są odsetki złych ocen w relacjach badanych pielęgniarek z pielęgniarkami (0,4%), z lekarzami (3,1%), z bezpośrednimi przełożonymi (1,9%), z pozostałym personelem pomocniczym (0,6%) i rodzinami pacjentów (0,4%).

²⁴ I. Rżewska. Społeczne problemy zawodu pielęgniarki. Warszawa 1972, s. 16.

²⁵ O zespołowym charakterze pracy personelu medycznego w placówkach służby zdrowia, wymagającym uznania współpartnerstwa pielęgniarek jako grupy zawodowej z grupą lekarzy w procesach zapobiegania, leczenia i rehabilitacji pisze B. Gramlewicz. Równouprawnienie poszczególnych grup zawodowych pod względem profesjonalizacji pozwala na realizację nowej wizji szpitala. B. Gramlewicz. Socjologiczno-pedagogiczne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarki. Katowice 1999, s. 87.

Rycina 5. Ocena relacji pielęgniarek z różnymi partnerami w zespole terapeutycznym



Pielęgniarka, mając dobry kontakt z pacjentem, może uzyskać pełniejsze informacje na temat jego oczekiwań, a dysponując tą wiedzą, lepiej go pielęgnować. „Zatem stosunek pielęgniarki do chorego powinien być stosunkiem człowieka dobrego, delikatnego, rozumnego i rzetelnego”²⁶. Dla chorego, zwłaszcza przebywającego szpitalu, niezwykle istotny jest kontakt z rodziną. Umiejętność nawiązania przez pielęgniarkę dobrego kontaktu z rodziną pacjenta ma więc szczególne znaczenie, sprzyja wytworzeniu klimatu zaufania i poczucia bezpieczeństwa chorych i ich rodzin.

Celem zapewnienia sprawnego funkcjonowania szpitala, czy innego zakładu leczniczego, konieczne jest wyraźne rozdzielenie kompetencji i pracy pomiędzy poszczególnymi pracownikami służby zdrowia. W trosce o jakość opieki nieodzowna jest ich harmonijna, oparta na zasadach partnerstwa współpraca, dotyczy to zwłaszcza relacji pielęgniarka – lekarz, a więc osób, które z tytułu swych ról społecznych są powołani do niesienia pomocy w cierpieniu²⁷. We współpracy

²⁶ T. Kulczyńska. Etyka Zawodowa Pielęgniarek. „Pielęgniarka Polska”, s. 4–10.

²⁷ O współpracy pielęgniarki z lekarzem i innymi członkami zespołu terapeutycznego można znaleźć informacje m.in. w publikacjach: S. Poznańska. Pielęgniarnictwo wczoraj i dziś. Warszawa 1988; J. Bogusz. Lekarz i jego chorzy. Warszawa 1984; S. Kosiński. Pielęgniarka w wiejskiej służbie zdrowia. Warszawa 1977; Pacjent – Pielęgniarka. Red. I. Rżewska. Warszawa 1981; I. Rżewska. Współczesna pielęgniarka. Modele. Opinie. Warszawa 1977; I. Wrońska. Współczesna koncepcja roli pielęgniarki. Studium socjologiczne. Lublin 1995; I. Wrońska. Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarnictwa. Warszawa 1997; I. Wrońska, J. Mariański. Wartości życiowe młodzieży (na przykładzie szkół pielęgniarskich). Lublin 1999; B. Gramlewicz. Socjologiczno-pedagogiczne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarki. Katowice 1999; I. Rżewska. Społeczne problemy

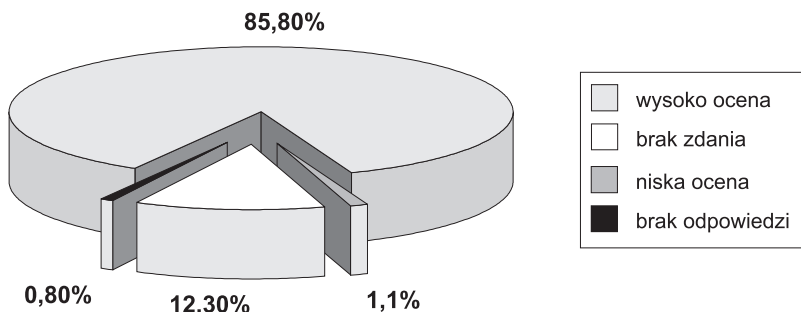
między pielęgniarkami niezbędna jest zgoda, uczynność i koleżeństwo, bowiem tego wymaga dobro chorego i pracy.

Dokonujące się na świecie i w Polsce przemiany nie pozostają bez wpływu na pielęgniarstwo i rolę pielęgniarki. Rola ta staje się coraz bardziej złożona i wyspecjalizowana. Praca pielęgniarki opiera na specjalistycznej wiedzy i wysokich kwalifikacjach. Interesujące jest więc w tym kontekście pytanie o to, jak pielęgniarki oceniają wykonywaną przez siebie pracę.

Ankietowani, odpowiadając na pytanie: „Jak ocenia Pani wykonywaną przez siebie pracę”, dokonywali tej oceny według następującej skali: „zdecydowanie wysoko”, „raczej wysoko”, „raczej nisko”, „zdecydowanie nisko”, „trudno powiedzieć”.

Uwzględniając oceny „zdecydowanie wysoko” i „raczej wysoko” należy stwierdzić, że zdecydowana większość pielęgniarek wysoko oceniła swoją pracę (85,8%), tylko nieliczne oceniają ją nisko (1,1%). Natomiast 12,3% nie wyraziła swojej opinii w tej sprawie, a 0,8% nie udzieliło odpowiedzi.

Rycina 6. Samoocena pracy pielęgniarek



Wysoka ocena własnej pracy przez badane pielęgniarki może wiązać się z takimi kwestiami, jak: satysfakcja z wykonywanego zawodu, aspiracje i perspektywy zawodowe, a także status społeczny i prestiż zawodu.

Praca wkracza głęboko w dziedzinę etyki i moralności, jest wartością moralną, „[...] wszelka praca posiada niezatartą godność i jednocześnie wewnętrzny związek z doskonaleniem się pracującego. Praca jest ważnym źródłem godności,

zawodu pielęgniarki. Warszawa 1973; B. Tobiasz-Adamczyk, J. Bajka, G. Marmon. Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych. Kraków 1996; Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Podręcznik dla szkół medycznych. Red. K. Zahradniczek. Warszawa 1995; B. Tobiasz-Adamczyk. Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny. Kraków 200; Motyka, J. Surmacka. Zaburzenie podmiotowej relacji pielęgniarka lekarz – pacjent jako źródło urazów jatrogennych. W: Międzynarodowa Konferencja Naukowa. Pielęgniarstwo wobec zagrożenia wartości, 100-lecie urodzin Hanny Chrzanowskiej. Materiały Konferencji. Red. M. Motyka, H. Lenartowicz, J. Zalewska Puchała, J. Surmacka, H. Matoga. Kraków 2000, s. 70–74.

której bynajmniej nie pomniejszają trud, znój, ciężar, brud i niekiedy przygnębienie, nieodłączne od pracy ciężkiej, długotrwałej i ryzykownej. Człowiek staje się moralny we współczesnym znaczeniu głównie przez wykonywanie swoich prac zawodowych, związanych z wiekiem, społecznych, zwykłych, codziennych, nadzwyczajnych. Praca, każda dobra praca, jest jednym z głównych źródeł wartości samego człowieka. Poprzez swoją pracę ludzie doskonalą siebie samych, środowisko, całą społeczność ludzką i świat”²⁸. Praca pielęgniarki jest trudna, wymagająca wiele poświęcenia i oddania, a niejednokrotnie przedkładania dobra pacjenta nad własne. Zdaniem Andrzeja Szczypiorskiego, „to najbardziej chrześcijańska praca, jaką sobie w ogóle można wyobrazić. Jeśli bowiem nasze życie ma polegać na okazywaniu miłości bliźniego, jeśli ma być próbą pokornej służby dla drugiego człowieka, nawet za cenę własnych ograniczeń, trosk, wyrzeczeń – to nie ma zajęcia, które w rozumieniu ewangelicznym – bardziej by się Bogu podobało. [...] To wcale nie jest zawód, lecz misja, posłannictwo, wyznanie wiary, próba pojedynku z losem, coś niezmiernie głębokiego i godnego szacunku oraz wdzięczności ze strony innych ludzi”²⁹.

Wnioski

Analiza materiału badawczego uzyskanego w trakcie postępowania badawczego pozwoliła na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Praca zawodowa jest dla badanych pielęgniarzek wartością ważną, zajmującą wysoką pozycję w ich hierarchii wartości.
2. Pielęgniarki postrzegają swoją pracę nie tylko kategoriach wartości użytecznych, ale także społecznych.
3. Pielęgniarki są w pełni świadome oczekiwań pacjentów odnoszących się do realizowania przez nie roli zawodowej.
4. Zdecydowana większość badanych pielęgniarzek akceptuje odpowiednią formę zwracania się do nich pacjentów – „pani”.
5. Pielęgniarki bardzo wysoko oceniają swoje relacje z pacjentami, innymi pielęgniarkami, lekarzami i rodzinami pacjentów. Właściwa komunikacja interpersonalna ma istotny wpływ na jakość świadczonej opieki, jakość współpracy w zespole terapeutycznym.
6. Wysoka ocena własnej pracy przez badanych może być wskaźnikiem satysfakcji z wykonywanego zawodu.
7. W kształceniu zarówno przed jak i podyplomowym należy wskazywać na pracę zawodową, jako ważną i cenną wartość.

²⁸ Cz. Bartnik. Praca jako wartość humanistyczna. Lublin 1991, s. 24.

²⁹ A. Szczypiorski. Wykład inauguracyjny. W: Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarki i położnej. Materiały pokonferencyjne. Red. G. Rogala-Pawelczyk. Warszawa 1998, s. 13.

Beata Kamińska¹, Andrzej Szpak¹

Wielkość obsady pielęgniarskiej a jakość opieki w lecznictwie stacjonarnym

Wstęp

Problematyka związana z planowaniem kadr medycznych, zwłaszcza w pionie pielęgniarskim jest na tyle ważna, że została uregulowana w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 roku [1]. Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej są odpowiedzialni za przestrzeganie norm zatrudnienia, które powinny gwarantować wysoką jakość świadczeń. Niewystarczająca ilość etatów pielęgniarskich w lecznictwie stacjonarnym może skutkować stałym obniżaniem poziomu pielęgnowania. Stąd środowisko zawodowe wnioskuje o zmianę dotychczasowej metodologii i obliczanie wielkości obsady w oparciu o kategoryzację hospitalizowanych pacjentów [2]. Sposób ten został zweryfikowany i dostosowany do warunków oraz stanu opieki pielęgniarskiej w krajowych szpitalach przez Ksykiewicz-Dorota [3, 4, 5, 6, 7, 8].

W Polsce do oceny jakości opieki szerokie zastosowanie znalazła metoda opracowana przez Lenartowicz, która stanowiła podstawę modyfikacji wielu narzędzi badawczych, w tym „Arkusza oceny poziomu pielęgnacji” [9].

Celem pracy było udzielenie odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu ilość etatów pielęgniarskich wpływa na jakość opieki w lecznictwie stacjonarnym na przykładzie szpitala klinicznego.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w grudniu 2003 roku w sześciu oddziałach szpitala klinicznego. Procedura badawcza składała się z dwóch etapów. Na początku, posługując się metodą opartą na klasyfikacji pacjentów, porównano liczebność obsady stanowisk pielęgniarskich z normami odpowiadającymi zapotrzebowaniu na opiekę. W takim sposobie planowania kadr ważne są trzy podstawowe elementy: kryteriach opieki, kategorie opieki bezpośredniej oraz czas przeznaczony

¹ Zakład Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna w Białymstoku

na wykonywanie czynności pomocniczych. Czas pielęgnacji bezpośredniej (Tpb) obliczono ze wzoru stosowanego przez Ksykiewicz-Dorota, który uwzględniał ustalone przez nią normy czasowe dla poszczególnych kategorii pacjentów (I kategoria – 38 min, II kategoria – 95 min, III kategoria – 159 min) oraz dodatkowe 2 min na każdego chorego od godz. 24 do 6 rano. Natomiast czas pielęgnacji pośredniej (Tpp) uzyskano wykorzystując propozycję metodologiczną wspomnianej autorki opartą na wskaźniku wykorzystania łóżek. Po zsumowaniu obu wartości czasowych otrzymano czas pielęgnacji całkowitej (Tpc). Zgromadzone dane umożliwiły określenie pożądanej liczby etatów pielęgniarstwa dla poszczególnych oddziałów w roku (Tpc pomnożono przez liczbę dni w roku i podzielono przez 1736 godz., tj. przeciętny czas dyspozycyjny pielęgniarek w ciągu roku (Td) [4, 5, 6, 8].

W pracy zastosowano również arkusz autorstwa Szymańskiej – z późniejszą modyfikacją, umożliwiającą ocenę jakości pielęgnowania, uwzględniającą działania zawodowe, osiągnięte wyniki opieki, warunki organizacyjno-techniczne. Elementy te przeanalizowano w losowo dobranej grupie pacjentów, których ilość każdorazowo przekraczała 10–20% aktualnie hospitalizowanych [10, 11]. Jakość pielęgnowania wyrażano współczynnikiem opieki (stosunek wartości opieki realizowanej do wartości opieki oczekiwanej w procentach) dla sześciu grup kryteriów głównych: bezpieczeństwo fizyczne, potrzeby biologiczne, opieka psychospołeczna, wychowanie zdrowotne, diagnozowanie i leczenie oraz dokumentowanie działalności. Po ich uśrednieniu otrzymano globalne współczynniki opieki. Wyrażone w procentach cząstkowe współczynniki opieki i globalne współczynniki opieki zestawiono dla poszczególnych oddziałów szpitalnych.

Przeanalizowano także w poszczególnych klinikach stan obsady etatowej (wyrażonej w %), tj. rzeczywistą ilość etatów pielęgniarstwa w odniesieniu do ustalonej normy.

Wyniki badań

Kliniki, w których prowadzono badania liczyły ok. 30 łóżek, największą liczbą miejsc (34) dysponowała Klinika Chirurgii Ogólnej, zaś najmniejszą (22) Klinika Kardiologii – tabela 1. Najmniej pacjentów przebywało w klinikach Urologii i Gastroenterologii, zaś największe obłożenie odnotowano w Klinice Ortopedii. Taki stan hospitalizowanych wpłynął na wielkość wskaźników wykorzystania łóżek, który wahał się od 30 do ponad 92%. W dniu badań najwięcej chorych zakwalifikowanych do III kategorii przebywało w Klinice Chirurgii (10 chorych) oraz Ortopedii (8 chorych).

Czas pielęgnacji oraz liczbę etatów rzeczywistą i normatywną ujęto w tabeli 2. Całkowity czas zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa w ciągu doby (Tpc) uwzględnia czas pielęgnacji bezpośredniej (Tpb) i dodatki czasowe na czynności zawodowe związane pośrednio z opieką (Tpp). Najwięcej godzin pielęgnacji cał-

Tabela 1. Aktualny stan chorych w oddziałach szpitalnych

| Kliniki | Liczba łóżek | Wskaźnik wykorzystania łóżek w % | Aktualny stan chorych | | | |
|-------------------------|--------------|----------------------------------|-----------------------|--------|---------|----------|
| | | | Ogółem | Kat. I | Kat. II | Kat. III |
| Chirurgia Ogólna | 34 | 64,7 | 22 | 8 | 4 | 10 |
| Gastroenterologia | 26 | 34,6 | 9 | 6 | 1 | 2 |
| Kardiologia | 22 | 63,6 | 14 | 4 | 3 | 7 |
| Kardiogastroenterologia | 32 | 43,8 | 14 | 5 | 5 | 4 |
| Ortopedia | 28 | 93,0 | 26 | 11 | 7 | 8 |
| Urologia | 30 | 30,0 | 9 | 2 | 7 | – |

Kat. – kategoria zaszerogowania pacjentów wg propozycji Ksykiewicz-Dorota (7 głównych kryteriów: aktywność fizyczna, higiena, odżywianie, wydalanie, pomiar objawów życiowych, leczenie, edukacja ze wsparciem psychicznym) [8].

Tabela 2. Czas pielęgnacji oraz aktualna i pożądana ilość etatów pielęgniarских

| Kliniki | Ilość etatów pielęgniarских odcinkowych | | Czas pielęgnacji w godz. | | |
|-------------------------|---|----------------------------------|--------------------------|------|------|
| | Aktualnie | Według zapotrzebowania na opiekę | Tpb | Tpp | Tpc |
| Chirurgia Ogólna | 15 | 16 | 38,6 | 36,7 | 75,3 |
| Gastroenterologia | 13 | 5 | 11,0 | 15,0 | 26,0 |
| Kardiologia | 16 | 10 | 26,3 | 23,3 | 49,6 |
| Kardiogastroenterologia | 13 | 9 | 22,2 | 23,3 | 45,5 |
| Ortopedia | 13 | 17 | 40,1 | 43,3 | 83,4 |
| Urologia | 14 | 6 | 12,7 | 15,0 | 27,7 |

Tpb – czas pielęgnacji bezpośredniej,

Tpp – czas pielęgnacji pośredniej,

Tpc – czas pielęgnacji całkowitej (suma Tpb i Tpp).

kwitej (bezpośredniej i pośredniej) zanotowano w Klinice Ortopedii (83,5 godz.), zaś najmniej w Klinice Gastroenterologii (26 godz.). W czterech oddziałach więcej czasu zajmowały czynności przygotowawcze, a nie właściwa pielęgnacja chorych. Aktualny stan obsady pielęgniarskiej był w większości zawyżony w stosunku do rozpoznanych potrzeb. Tylko w dwóch klinikach stwierdzono niedobory kadrowe (Ortopedia, Chirurgia Ogólna).

W tabeli 3 przedstawiono współczynniki jakości opieki w sześciu zakresach pielęgnowania. Najbliższe stanu pożądanego (tj. wartości 100%) były współczynniki opieki w zakresie realizacji funkcji diagnostycznej i leczniczej – w więk-

Tabela 3. Współczynniki opieki w sześciu zakresach pielęgnowania oraz globalne współczynniki opieki

| Kliniki (ilość pacjentów poddanych ocenie) | Współczynniki opieki w sześciu zakresach pielęgnowania w % | | | | | | Globalny współczynnik opieki w % |
|--|---|------|------|------|------|------|--|
| | A | B | C | D | E | F | |
| Chirurgia Ogólna (9) | 77,0 | 82,3 | 54,9 | 49,1 | 94,1 | 64,0 | 70,2 |
| Gastroenterologia (3) | 83,4 | 83,5 | 60,3 | 45,7 | 85,4 | 64,0 | 70,4 |
| Kardiologia (9) | 76,8 | 82,8 | 59,2 | 51,2 | 83,1 | 57,1 | 68,4 |
| Kardiogastroenterologia (10) | 75,6 | 72,5 | 52,4 | 56,1 | 91,9 | 87,6 | 72,7 |
| Ortopedia (10) | 87,8 | 92,8 | 66,6 | 67,5 | 92,4 | 70,2 | 79,6 |
| Urologia (9) | 93,2 | 90,9 | 78,3 | 75,4 | 96,1 | 83,7 | 86,3 |

A – Bezpieczeństwo fizyczne

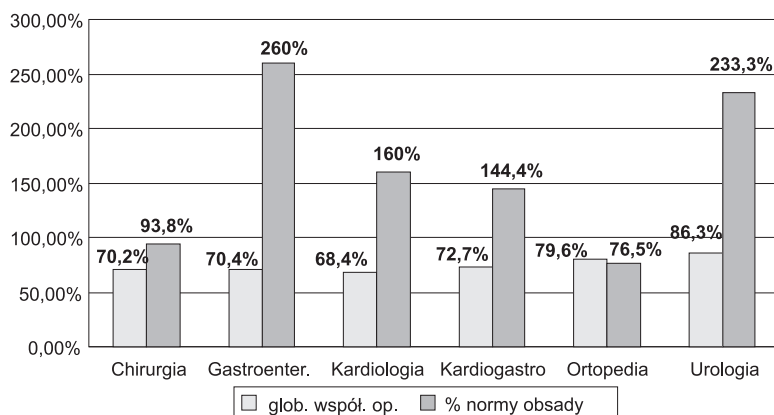
B – Potrzeby biologiczne

C – Opieka psychospołeczna

E – Diagnostowanie i leczenie

D – Wychowanie zdrowotne

F – Dokumentowanie działalności

Rycina 1. Wielkość obsady a jakość opieki pielęgniarskiej

szości oddziałów wynosiły ponad 90%. Wysokie współczynniki opieki zanotowano w zakresie zaspakajania potrzeb biologicznych (72–93%) i bezpieczeństwa fizycznego (76–93%). Najmniejsze wartości tych współczynników dotyczyły działań w ramach wychowania zdrowotnego (46–75%) i opieki psychospołecznej (52–78%). W ostatniej kolumnie tabeli 3 zamieszczono globalne współczynniki opieki (wartości odnoszące się do jednego pacjenta), które są średnią wyników właściwych dla realizacji pięciu funkcji zawodowych wraz z dokumentowaniem działalności. Wartości współczynnika wahały się od 68,4–86,3%. W całościowej ocenie jakości opieki najlepsze wyniki uzyskały Klinika Urologii i Ortopedii, natomiast w Klinice Kardiologii wystąpiła najniższa wartość globalnego współczynnika jakości opieki.

Na rycinie 1 zestawiono dane, które umożliwiają porównanie procentowej wielkości aktualnej obsady w stosunku do zalecanej normy z globalnymi współczynnikami jakości poszczególnych zespołów pielęgniarskich w ocenianych klinikach. Najwyższe wartości globalnego współczynnika jakości opieki występowały w Klinice Urologii – 86,3% i Ortopedii – 79,6%, przy skrajnych wielkościach obsady. W pierwszym przypadku liczba zatrudnionych stanowiła 233% obliczonej normy, a w drugim 76,5%. W pozostałych klinikach nie stwierdzono zależności między jakością opieki a wielkością obsady.

Omówienie

Mimo podejmowanych prób wprowadzenia rozsądnych norm zatrudnienia [12, 13], liczba pielęgniarek w lecznictwie stacjonarnym nadal nie jest dostosowana do wielkości normatywnych [2], co potwierdzają wyniki pracy otrzymane w trakcie badań danej jednostki organizacyjnej.

Najwięcej chorych wymagających wzmożonej pielęgnacji (III kategorii) przebywało w oddziałach zabiegowych (Klinika Chirurgii – 10 osób, Klinika Ortopedii – 8 osób). Czas poświęcony na pielęgnację całkowitą w ciągu doby był największy w Klinice Ortopedii (83,5 godz.) i w Klinice Chirurgii (75,3 godz.). Z oceny zapotrzebowania na opiekę wynikało, że obydwa oddziały wymagały wsparcia kadrowego. Na Ortopedii do optymalnej obsady brakowało 4 pracowników (aktualne zatrudnienie stanowiło 76,5% normy), a na Chirurgii stwierdzono niedobór 1 pracownika (obsada najbardziej zbliżona do wielkości normatywnej – 93,8%). Można przypuszczać, że zaniżona w stosunku do potrzeb ilość etatów pielęgniarskich skutkowałą nadmiernym obciążeniem pracą. Uzupełnienie obsady powinno przyczynić się do ukierunkowania aktywności zawodowej pielęgniarek na zadania podejmowane z własnej inicjatywy.

W pozostałych oddziałach należałoby zmniejszyć obsadę. Największe przerosty kadrowe wystąpiły w klinikach Gastroenterologii (260% zalecanej obsady) oraz Urologii (233,3%). Należy nadmienić, że w większości badanych oddziałów szpitala klinicznego stwierdzono niskie wskaźniki wykorzystania łóżek, które mogły wynikać z czasu przeprowadzenia badań – w miesiącu grudniu.

Zdecydowanie najlepiej wykonywane były zdania pielęgniarskie w zakresie funkcji diagnostycznej i terapeutycznej (współczynnik opieki 83,1% – 96,1%), co jest zrozumiałe ze względu na konieczność wykonywania zadań zleconych. Dobrze oceniono również zaspokajanie potrzeb biologicznych i zapewnianie bezpieczeństwa fizycznego. Najmniejsze współczynniki jakości dotyczyły wychowania zdrowotnego i opieki psychospołecznej. Zastana sytuacja wskazuje na pilną potrzebę podjęcia działań w celu rozszerzenia zakresu realizacji zaniedbywanych funkcji.

Jakość opieki nie może być rozpatrywana w oderwaniu od liczby zatrudnionych na stanowiskach pielęgniarskich. W Klinice Urologii przy dużej po-

nadnormatywnej obsadzie stanowisk (233,3%) zarejestrowano największy globalny współczynnik opieki – 86,3%. Jednak pomimo niedoboru kadry pielęgniarskiej Klinika Ortopedii z 76,5% obsadą zajęła drugie miejsce w całościowej ocenie poziomu pielęgnowania. Natomiast w Klinice Chirurgii Ogólnej, gdzie ilość etatów była najlepiej dostosowana do zapotrzebowania na opiekę, globalny współczynnik opieki był jednym z mniejszych. Z ryciny 1 wynika, że dla większości oddziałów z zawyżoną obsadą stanowisk (poza Urologią) typowe były niskie (w granicach 68,4–72,7%) wartości globalnego współczynnika opieki. Można zatem przypuszczać, że większy wpływ na jakość pielęgnowania miały inne czynniki typu motywacja do pracy, sposób zarządzania oddziałem niż ilość zatrudnionych pracowników.

Dla kompleksowej oceny jakości, analizę poziomu opieki pielęgniarskiej powinno uzupełniać się oceną jakości z perspektywy pacjentów. Ważny jest bowiem nie tylko wynik pielęgnowania (jakość techniczna), ale również satysfakcja pacjentów z otrzymywanych świadczeń (jakość w aspekcie funkcjonalnym) [14, 15].

Wnioski

1. Nie stwierdzono bezpośredniej zależności jakości opieki od wielkości obsady. Zwiększona obsada stanowisk pielęgniarskich umożliwiła wprowadzić poprawę jakości sprawowanej opieki, ale także przy zmniejszonej obsadzie możliwe było utrzymanie poziomu pielęgnowania na odpowiednio wysokim poziomie.
2. Nadwyżki karowe w opiece stacjonarnej nie gwarantowały dobrej jakości świadczeń pielęgniarskich.
3. W poszczególnych obszarach opieki pielęgniarskiej najlepiej realizowane były zadania diagnostyczne i lecznicze, zaś zaniedbywane były działania związane z wychowaniem zdrowotnym oraz opieką psychospołeczną.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej. Dz. U. RP Nr 111 poz. 1314, 1999.
2. Taranta E.: Wniosek ORPiP z dn. 25.09.04 r. w sprawie zmiany Rozporządzenia MZiOS z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej. Biuletyn Informacyjny OIPiP, Białystok, 2004, 4 (52), 33.
3. Ksykiewicz-Dorota A.: Weryfikacja kryteriów opieki pielęgniarskiej w metodzie klasyfikacji pacjentów. Zdr. Publ., 1999, t. CIX, 1, 15–21.
4. Ksykiewicz-Dorota A.: Koncepcja Nadlera i badania operacyjne podstawą weryfikacji metod planowania kadr. Cz. I. Opracowanie procedury metodologicznej. Zdr. Publ., 1999, t. CIX, 4, 146–149.

5. Ksykiewicz-Dorota A.: Koncepcja Nadlera i badania operacyjne podstawą weryfikacji metod planowania kadr. Cz. II. Normy czasu opieki. Zdr. Publ., 1999, t. CIX, 5, 180–185.
6. Ksykiewicz-Dorota A.: Wyznaczanie czasu pozapielęgniacyjnego w metodzie klasyfikacji pacjentów. Zdr. Publ., 1999, t. CIX, 12, 425–430.
7. Ksykiewicz-Dorota A.: Obsady pielęgniarskie w metodzie klasyfikacji pacjentów. Zdr. Publ., 2000, t. CX, 1, 15–21.
8. Ksykiewicz-Dorota A.: Planowanie obsad pielęgniarskich w lecznictwie stacjonarnym. Wyd. Czelej Sp. z o.o., Lublin 2001.
9. Lenartowicz H.: Pomiar i ocena jakości opieki pielęgniarskiej. H. Lenartowicz: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. CEM, Warszawa 1998, 62–98.
10. Piątek A.: Ocena jakości opieki pielęgniarskiej. A. Ksykiewicz-Dorota, P. Rusecki (red.): Doskonalenie organizacji opieki pielęgniarskiej w lecznictwie stacjonarnym. Oficyna Wydawnicza Obrys, Kraków 1996, 143–151.
11. Piątek A.: Doskonalenie jakości opieki pielęgniarskiej. A. Ksykiewicz-Dorota (red.): Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Wyd. Czelej Sp. z o.o., Lublin 2004, 172–179.
12. Goszczyńska B.: Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w szpitalach i innych zakładach opieki zdrowotnej udzielających całonocnych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych. Antidotum, 2000, 1, 9–15.
13. Dragosz J. T.: Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia – wdrażanie krok po kroku. Antidotum, 2000, 1, 17–28.
14. Krawczyńska A., Trzmiela D.: Jakość usług medycznych. Przegl. Org., 2001, 2, 35–37.
15. Szczepska M.: Tendencje rozwojowe w zakresie standaryzacji i poprawy jakości opieki w pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo 2000, 1998, 1 (36), 32–36.

Jacek Szepietowski¹, Joanna Salomon¹

Zmiany wypryskowe rąk jako problem środowiska pielęgniarskiego

Wprowadzenie

Zmiany skórne o typie wyprysku kontaktowego zlokalizowane na dłoniach są jednym z częstszych problemów dermatologicznych spotykanych wśród pracowników służby zdrowia. Związane jest to głównie z dużym narażeniem na czynniki drażniące i alergizujące, wynikającym z charakteru wykonywanego zawodu. Do takich czynników zalicza się między innymi: konieczność częstego mycia rąk, częste używanie środków dezynfekujących, praca w mokrych warunkach, kontakt z farmaceutykami, detergentami i praca w gumowych rękawiczkach. Zapalenie skóry rąk w środowisku pielęgniarskim to problem szeroko rozpowszechniony na całym świecie. Jego rozpowszechnienie wśród pielęgniarek ocenia się na 10–48% [1–6] i zależy w dużej mierze od specyfiki pracy na poszczególnych oddziałach. Problem wyprysku dłoni najczęściej dotyczy pielęgniarek pracujących na oddziałach chirurgicznych, internistycznych, geriatrycznych, ginekologicznych czy pediatrycznych [6, 7]. Dotychczas przeprowadzone badania sugerują, że częstość występowania zmian skórnych na dłoniach zależy od częstości mycia rąk oraz używania detergentów i środków dezynfekujących [6, 8–11].

Patogeneza wyprysku kontaktowego

Ze względu na patogenezę schorzenia, wyprysk kontaktowy można podzielić na wyprysk alergiczny i wyprysk niealergiczny (z podrażnienia). Większość przypadków zawodowego wyprysku dłoni spowodowana jest kontaktem z substancjami powodującymi stan zapalny skóry na tle niealergicznym.

¹ Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Akademia Medyczna we Wrocławiu

Wyprysk kontaktowy z podrażnienia

Zmiany skórne, często o charakterze przewlekłym, powstają wskutek powtarzającej się ekspozycji na substancje drażniące bądź wysuszające, powodujące uszkodzenie ochronnej bariery skóry. Wielokrotna ekspozycja na czynniki drażniące doprowadza do przełamania mechanizmów obronnych skóry i rozwoju zmian zapalnych. Zmiany skórne nie muszą rozwinąć się u wszystkich osób eksponowanych na dany czynnik, również stopień nasilenia objawów bywa różny. Na rozwój choroby ma wpływ sprawność funkcjonowania naturalnej bariery skóry (odpowiednie pH powierzchni skóry, zdolność wiązania wody w warstwie rogowej naskórka oraz powłoka lipidowa skóry), a także czynniki osobnicze. Zmniejszenie ilości lipidów naskórka lub jakościowe zaburzenia w ich składzie redukują zdolność wiązania wody i ułatwiają penetrację skóry przez substancje szkodliwe. Częste mycie rąk oraz kontakt z detergentami powoduje zniszczenie naturalnej powłoki lipidowej skóry, co prowadzi do jej wysuszenia i wzrostu podatności na czynniki uszkadzające. W jednym z badań udowodniono znaczne zaburzenia funkcjonowania bariery skórnej w grupie pielęgniarek pracujących na salach operacyjnych [12]. Wykazano między innymi obniżone uwodnienie warstwy rogowej skóry i zwiększoną przeznaskórkową utratę wody (TEWL) wśród badanej grupy pielęgniarek w porównaniu z grupą kontrolną.

Nasilenie objawów wyprysku z podrażnienia zależy od czasu i częstotliwości ekspozycji na czynniki szkodliwe oraz od dawki substancji drażniącej. Po ustąpieniu działania czynnika drażniącego objawy zazwyczaj ustępują. Dlatego większość pielęgniarek zauważa poprawę stanu skóry rąk w czasie wolnym od pracy. Zmiany skórne zlokalizowane są jedynie w miejscu działania czynnika sprawczego i nie rozszerzają się na inne okolice skóry.

Wyprysk kontaktowy alergiczny

Najczęstszymi substancjami powodującymi alergię kontaktową u pracowników służby zdrowia są składniki gumy, lateks i środki dezynfekujące (formaldehyd, sole rtęci). Patogeneza kontaktowego wyprysku alergicznego jest złożona, związana z IV typem reakcji alergicznej. W powstawaniu wyprysku wyróżnia się fazę indukcji i fazę wyzwalania. W pierwszej fazie dochodzi do penetracji w głąb skóry prostych cząstek zwanych haptunami. Cząstki te łącząc się z białkami uzyskują potencjał alergogenny. Za pomocą komórek Langerhansa alergen jest prezentowany limfocytom T, które proliferując tworzą pulę uczulonych komórek pamięci. Po ponownym kontakcie z alergenem, w fazie indukcji, dochodzi do rozwoju procesów zapalnych inicjowanych przez swoiście uczulone limfocyty. W rozwoju wypryskowej reakcji alergicznej decydującą rolę przypisuje się limfocytom linii Th1 oraz cytokinom przez nie wytwarzanym. W wyniku ich działania następuje aktywacja wielu komórek zapalnych, rekrutacja nie uczulo-

nych limfocytów, wzmożenie aktywności komórek prezentujących antygen oraz kaskady innych procesów, co w konsekwencji prowadzi do wystąpienia objawów wyprysku.

Z powyższych mechanizmów patogenetycznych wynikają określone inklinacje kliniczne. Nasilenie zmian skórnych w przebiegu kontaktowego wyprysku alergicznego nie zależy w prosty sposób od dawki substancji alergizującej ani od czasu ekspozycji i nawet krótki kontakt z alergenem może doprowadzić do pobudzenia uczulonych limfocytów pamięci i uruchomienia kaskady procesów zapalnych. Ponieważ dalsze etapy zapalenia alergicznego dzieją się bez bezpośredniego udziału alergenu, przerwanie kontaktu ze szkodliwą substancją nie doprowadza do natychmiastowej poprawy stanu klinicznego. Przeciwnie, kilkanaście lub kilkadziesiąt godzin po kontakcie z substancją alergizującą proces chorobowy może ulegać dalszemu nasileniu i rozprzestrzenieniu się na obszary skóry nie będące miejscem bezpośredniego kontaktu z alergenem.

Wyprysk kontaktowy zawodowy może być także wypryskiem alergicznym powstałym na podłożu wyprysku z podrażnienia. Zaburzenia funkcjonowania bariery skóry w wyniku działania substancji drażniących przyczynia się do ułatwionej penetracji skóry przez potencjalne alergeny.

Objawy i przebieg wyprysku kontaktowego

Wykwitami pierwotnymi są grudki wysiękowe na rumieniowym podłożu oraz drobne pęcherzyki z treścią surowiczą. Zmianom towarzyszy świąd. Pęcherzyki pękają w wyniku drapania bądź samoistnie. Powstaje wtedy obraz rumieniowych powierzchni z drobnymi nadżerkami przykrytymi przyschniętą wydzieliną. W postaci przewlekłej wyprysku objawy wysiękowe są mniej nasilone, a na pierwszy plan wysuwają się objawy złuszczenia oraz lichenifikacji skóry (skóra pogrubiała, o wzmożonym poletkowaniu, jakby oglądana przez lupę) (Ryc. 1 i 2). Przebieg schorzenia jest przewlekły i nawrotowy. Rozpoznanie wyprysku kontaktowego opiera się na wywiadzie, obrazie klinicznym oraz dodatnich testach naskórkowych z danym alergenem w przypadku wyprysku alergicznego.

Zmiany wypryskowe rąk u pielęgniarek: badania własne

W naszym ośrodku wykonywano ostatnio badania dotyczące częstości występowania zmian wypryskowych dłoni wśród personelu medycznego oraz czynników wpływających na występowanie tych zmian [13]. Badaniem objęto 260 pracowników służby zdrowia, głównie pielęgniarek. Większość pielęgniarek uczestniczących w badaniu pracowało na oddziałach internistycznych i chirurgicznych.



Ryc. 1. Wyprysk kontaktowy dłoni. Zmiany rumieniowo-złuszczające o średnim nasileniu.



Ryc. 2. Wyprysk kontaktowy dłoni. Zmiany rumieniowo-złuszczające oraz drobne pęcherzyki na podłożu rumieniowym. Objawy chorobowe są szczególnie nasilone na prawej dłoni.

Wszystkie osoby uczestniczące w badaniu poproszono o wypełnienie specjalnie przygotowanej ankiety. Wykazano, że około 70% ankietowanych pracowników szpitala obserwowało u siebie zmiany skórne na rękach w ciągu ostatniego roku, a aż 46% respondentów miało zmiany skórne na dłoniach w chwili badania. Jest to duży odsetek, porównywalny z danymi z innych krajów [1–6]. Znamienne duża liczba osób mających zmiany skórne na dłoniach obserwowała ścisłą zależność między stopniem nasilenia objawów a okresem pracy. 75% respondentów notowało pogorszenie zmian skórnych w czasie pracy, a 79% chorych obserwowało poprawę stanu klinicznego w czasie urlopu.

W badaniach własnych oceniano również zależność między występowaniem zmian wypryskowych i ich nasileniem a różnymi czynnikami związanymi z wykonywaną pracą. Nie potwierdzono korelacji między występowaniem wyprysku rąk a czynnikami ryzyka, takimi jak praca w mokrych warunkach, stosowanie środków dezynfekcyjnych i detergentów, używanie rękawic ochronnych i kremów nawilżających. Wykazano natomiast, że czynnikiem znacząco zwiększającym wystąpienie zmian wypryskowych na rękach jest dodatni osobisty lub rodzinny wywiad w kierunku chorób z kręgu atopii. Takie obserwacje podają również inni badacze [4, 5]. Osoby chorujące na atopowe zapalenie skóry zazwyczaj skarżą się na nadmierną suchość skóry. Wiadomo również, że naskórek tych chorych zawiera mniej ceramidów i mocznika, co zmniejsza zdolność wiązania wody przez warstwę rogową. Zjawiska te, o czym już wcześniej wspomniano, przyczyniają się do gorszego funkcjonowania bariery skóry i większej penetracji substancji drażniących czy alergizujących, co predysponuje do wystąpienia zmian zapalnych.

Zmiany wypryskowe zlokalizowane na dłoniach są nie tylko problemem klinicznym, ale często stanowią przyczynę dyskomfortu psychicznego pacjentów. Ręce są nieosłoniętą częścią ciała, dobrze widoczną dla osób z otoczenia. W badaniach własnych około 48% osób ze zmianami wypryskowymi rąk opowiedziało się za negatywnym wpływem tego schorzenia na ich samopoczucie i zdrowie psychiczne [14].

Zapobieganie zmianom wypryskowym

Większość przypadków wyprysku kontaktowego rąk w środowisku pielęgniarstwa ma charakter niealergicznego, najważniejsze dla prewencji wydaje się być maksymalne ograniczenie kontaktu z czynnikami drażniącymi i wysuszającymi. Poleca się stosowanie rękawic ochronnych nie tylko w celu zabezpieczenia przed kontaktem z materiałem zakaźnym, ale również aby ograniczyć kontakt skóry z wodą, detergentami, farmaceutykami czy środkami dezynfekcyjnymi. Należy ograniczyć mycie rąk z użyciem mydeł i detergentów jedynie do przypadków ewidentnego zabrudzenia rąk. W innych sytuacjach zaleca się stosowanie jedy-

nie alkoholowego środka odkażającego. Aby wspomóc naturalną barierę skóry i nie doprowadzić do nadmiernego jej wysuszenia poleca się po każdym myciu rąk stosowanie środków nawilżających i natłuszczających. Preparaty te zawierają substancje działające okluzyjnie i zabezpieczające przed nadmierną utratą wody przez naskórek (wazelina, gliceryna), jak i naturalne składniki naskórka mające wpływ na zdolność wiązania wody (np. mocznik) czy odrestaurowanie bariery skóry (np. ceramidy i inne lipidy). Osoby z udokumentowaną alergią kontaktową powinny unikać czynników alergizujących, choć czasem jest to trudne do realizacji. Pacjenci chorujący na schorzenia atopowe, szczególnie atopowe zapalenie skóry, jako osoby o zwiększonym ryzyku wystąpienia zmian wypryskowych, powinny unikać zawodów wiążących się z pracą w wilgotnych warunkach, w tym zawodu pielęgniarki.

Piśmiennictwo

1. Hansen K. S.: Occupational dermatoses in hospital cleaning women. *Contact Dermatitis*, 1983, 9, 343–351.
2. Stingeni L., Lapomarda V., Lisi P.: Occupational hand dermatitis in hospital environments. *Contact Dermatitis*, 1995, 33, 172–176.
3. Nilsson E., Mikaelsson B., Andersson S.: Atopy, occupation and domestic work as risk factors for hand eczema in hospital workers. *Contact Dermatitis*, 1985, 13, 216–223.
4. Smith D. R., Wei N., Zhao L., Wang R. S.: Hand dermatitis among nurses in a newly developing region of Mainland China. *Int. J. Nurs. Stud.*, 2005, 42, 13–19.
5. Smith D. R., Leggat P. A.: Hand dermatitis among female nursing students in tropical Australia. *Nurs. Health Sci.*, 2004, 6, 109–113.
6. Smith D. R., Ohmura K., Yamagata Z.: Prevalence and correlates of hand dermatitis among nurses in a Japanese teaching hospital. *J. Epidemiol.*, 2003, 13, 157–161.
7. Loffler H., Dickel H., Bruckner T., Effendy I., Happel R.: Skin changes in geriatric nurses prior to training heralding a particular risk of hand dermatitis. *Eur. J. Dermatol.*, 2002, 12, 452–454.
8. Cimiotti J. P., Marmur E. S., Nesin M., Hamlin-Cook P., Larson E. L.: Adverse reactions associated with alcohol-based hand antiseptic among nurses in a neonatal intensive care unit. *Am. J. Infect. Control.*, 2003, 31, 43–48.
9. Held E., Wolff C., Gyntelberg F., Agner T.: Prevention of work-related skin problems in student auxiliary nurses: an intervention study. *Contact Dermatitis*, 2001, 44, 297–303.
10. Jungbauer F. H., Lensen G. J., Groothoff J. W., Coenraads P. J.: Exposure of the hands to wet work in nurses. *Contact Dermatitis*, 2004, 50, 225–229.
11. Jungbauer F. H. W., van der Harst J. J., Groothoff J. W., Coenraads P. J.: Skin protection in nursing work: promoting the use of gloves and hand alcohol. *Contact Dermatitis*, 2004, 51, 135–140.
12. Hachem J. P., De Paepe K., Sterckx G., Kaufman L., Rogiers V., Roseeuw D.: Evaluation of biophysical and clinical parameters of skin barrier function among hospital workers. *Contact Dermatitis*, 2002, 46, 220–223.

13. Soter K., Salomon J., Horanin M., Nowicka D., Szepietowski J. C.: Atopy as the main predisposing factor to hand dermatitis in hospital staff: a preliminary self-assessment questionnaire study. *Environ Dermatol*, 2001, 8, 163–166.
14. Szepietowski J. C., Salomon J., Nowicka D., Soter K., Horanin M.: Psychological distress in hospital staff with self-reported hand dermatitis. *Dermatol Psychosom*, 2002, 3, 180–182.

Grzegorz Konieczny¹, Michał Sokołowski¹,
Zdzisława Wrzosek¹

Występowanie bólu dolnego odcinka kręgosłupa u pielęgniarek oddziału ortopedyczno-urazowego – doniesienia wstępne

Wstęp

Według Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu ból to „nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne odczucie towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanek”. Ból nie ma swoistego bodźca, jak inne rodzaje czucia, ale może być wywołany każdym bodźcem, który powoduje uszkodzenie tkanki, na którą zadziała. Chociaż bodziec bólowy kończy swą drogę w ośrodkach czucia kory mózgowej, gdzie zostaje zidentyfikowany i zlokalizowany, to doznanie, jakie on powoduje zależy całkowicie od psychicznej reakcji na ból danego organizmu. Reakcja ta jest cechą indywidualną i od niej zależy zarówno tolerancja na ból, jak i doświadczenie bólu [1].

Ból dolnej części kręgosłupa jest drugim co do częstości występowania – po bólach głowy – objawem i dotyczy ponad 80% dorosłych. Inne źródła określają występowanie bólu tej okolicy jako 30–40% wśród wszystkich osób zgłaszających się do poradni ortopedycznych [2].

Problem niezdolności do pracy z powodu występowania bólu dolnego odcinka kręgosłupa dotyka różnych grup zawodowych nie wyłączając personelu lekarskiego, pielęgniarskiego czy rehabilitacyjnego. Omawiany problem szczególnie widoczny jest w sytuacji pracy na oddziale ortopedyczno-urazowym. Pielęgnacja pacjentów po przebytych rozległym – a czasem i wielomiejscowym – urazie w obrębie narządu ruchu niejednokrotnie wiąże się z koniecznością podnoszenia lub przenoszenia leczonych [3]. W związku z powyższym autorzy pracy postawili tezę, że ból dolnego odcinka kręgosłupa występuje u większości personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziale ortopedyczno-urazowym.

¹ Katedra Fizjoterapii w Dysfunkcjach Narządu Ruchu, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

Materiał i metoda

W grupie badawczej znalazło się 31 pielęgniarek pracujących na oddziałach ortopedyczno-urazowych wrocławskich szpitali. Wiek badanych zawarł się w przedziale od 30 do 52 lat ($s = 6,9$), średnia wieku wyniosła 39,3 lat. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki wyniósł średnio 18,5 lat (przedział od 8 do 32 lat, $s = 6,2$), natomiast staż na oddziale ortopedycznym 12,9 lat (przedział od 1 roku do 24 lat, $s = 7$).

Badanie przeprowadzono metodą kwestionariuszową – wykorzystano kwestionariusz Oswestry-Low-Back-Pain-Disability-Questionnaire, który stosowany jest do określenia stopnia dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa [4]. Kwestionariusz uwzględnia dziesięć kategorii, w ramach których analizowane jest odczuwanie bólu. W ich skład wchodzi: nasilenie bólu, samoobsługa, dzwiganie, chodzenie, pozycja siedząca, pozycja stojąca, sen, aktywność seksualna, życie towarzyskie, podróżowanie (możliwość korzystania ze środków komunikacji). W każdej z powyższych kategorii znajduje się sześć stwierdzeń opisujących odczuwanie bólu – zadaniem badanego jest wybranie i wskazanie jednego stwierdzenia najdokładniej opisującego jego doznania. Stwierdzenia uszeregowane są w kolejności rosnącej – od opisującego najmniej dotkliwy ból do opisu bólu bardzo nasilonego, np. w kategorii „Pozycja siedząca”: od „Mogę siedzieć na dowolnym krześle przez dowolną ilość czasu” aż do „Ból nie pozwala mi na siedzenie”. Każdemu stwierdzeniu przyporządkowana jest wartość punktowa od 0 (dla braku bólu) do 5 (ból maksymalny). Maksymalna ilość punktów, jaką można uzyskać (wybierając w każdej kategorii stwierdzenie o wartości punktowej 5) to 50, co stanowi 100% – ostateczny wynik kwestionariusza podawany jest w procentach i obliczany wg wzoru: $(W/50) \times 100$ [%], gdzie W to suma punktów przyporządkowanych wskazanym przez badanego stwierdzeniom.

Dla potrzeb niniejszych badań, w metryczce kwestionariusza zostały dodatkowo zamieszczone pytania o wiek, staż pracy, staż pracy na oddziale ortopedyczno-urazowym, czy zostało zdiagnozowane schorzenie w obrębie dolnego odcinka kręgosłupa oraz czy badany poddaje się leczeniu dolegliwości bólowych.

Wyniki badań i ich omówienie

Uzupełniając metryczkę przed wypełnieniem kwestionariusza 61% badanych zadeklarowało występowanie dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa, w tym 45,5% poinformowało o podjętym leczeniu (28% ogółu badanych).

Wyniki kwestionariusza zawarły się w przedziale od 4% do 38%, co pokazuje, że u wszystkich (!) badanych występują choćby drobne dolegliwości bólowe; średni wynik to 16,9%, natomiast modalna (wynik najczęstszy) jest równa 8%. Po zsumowaniu wartości punktowych w ramach poszczególnych kategorii okazało

się, że najczęściej – 89% – badanych pielęgniarek wskazało jako najlepiej opisującą ich stan stwierdzenia o wartościach punktowych większych od 0 ($\bar{x} = 2$) w kategorii: „Pozycja stojąca”, co świadczy o występowaniu bólu o największym nasileniu podczas przyjmowania pozycji stojącej w różnych sytuacjach. Kolejne często i wysoko punktowane kategorie to „Dźwiganie” (83%, $\bar{x} = 1,6$) i „Pozycja siedząca” (83%, $\bar{x} = 1,5$). Także w kategorii „Podróżowanie/jazda środkami komunikacji” często wskazywano odpowiedzi o wartości różnej od 0 (78%), lecz średni wynik był już niższy i wyniósł $\bar{x} = 1,2$ – co może świadczyć o częstym występowaniu dolegliwości bólowych o niewielkim nasileniu w sytuacjach wymagających podróżowania.

Wnioski

1. Niepokojącym jest fakt występowania dolegliwości bólowych dolnej części kręgosłupa u wszystkich badanych pielęgniarek, przy czym u części z nich dolegliwości te mogą być bagatelizowane (o czym świadczy brak deklarowania ich występowania przed wypełnieniem kwestionariusza), u wielu nie są zdiagnozowane, a jeśli są diagnozowane, to często nie są leczone.
2. Fakt występowania wspomnianych dolegliwości bólowych u pielęgniarek na szerszą niż założoną przez autorów pracy skalę świadczy za tym, że zagadnienie wymaga dalszych szczegółowych badań.
3. Wykonując zawód pielęgniarki na oddziale ortopedyczno-urazowym należy zwrócić szczególną uwagę na zapobieganie dolegliwościom bólowym w pozycji stojącej, podczas dźwigania ciężarów oraz pozycji siedzącej np. poprzez naukę przyjmowanie prawidłowych pozycji. Pojawiające się dolegliwości powinny być diagnozowane i leczone.

Piśmiennictwo

1. Dziak A.: Bóle szyi, głowy i barków. *Medicina Sportiva*, Kraków 2001, 13–39.
2. Nowakowski A.: Bóle krzyża. W. Marciniak, A. Szulc: *Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja*. PZWL, Warszawa 2004, 2, 302–33.
3. Jeske W.: *Pielęgnowanie chorych w ortopedii*. W. Dega, A. Senger: *Ortopedia i rehabilitacja*. PZWL, Warszawa 1996, 1, 199–209.
4. Fairbank J. C. T., Couper J., Davies J. B., O'Brien J. P.: The Oswestry low back pain questionnaire. *Physiotherapy*, 1980, 66, 271–3.

Hanna Grabowska¹, Władysław Grabowski¹,
Maria Krajewska¹

Stres w pracy pielęgniarek kardiologicznych

Wstęp

Aktualnie żyjemy w okresie przemian zachodzących w systemie ochrony zdrowia, wzrostu zapotrzebowania społecznego na profesjonalną opiekę pielęgniarstwa. Konieczność dostosowania się do nowych wymagań i wyzwań sprzyja nasilaniu się stresu, który w sytuacji pracy pielęgniarek stał się zjawiskiem bardzo powszechnym. Stres jest fizjologiczną i psychologiczną reakcją organizmu na wydarzenia spostrzegane przez jednostkę jako zagrażające. Stres jako reakcja posiada komponent emocjonalny, behawioralny i fizjologiczny [1, 2, 3, 4, 5]. Miejsce pracy jest nierozłącznie związane z doświadczaniem stresu. Jest on wywoływany różnorodnymi elementami sytuacji pracy: trudnymi lub uciążliwymi warunkami pracy, treścią wykonywanych zadań lub określoną organizacją pracy [6, 7, 8]. Poznanie przyczyn i skutków stresu w pracy jest szczególnie ważne z punktu widzenia ochrony zdrowia pracowników. W literaturze wymienia się kilkadziesiąt czynników wywołujących stres. Najbardziej wyczerpującą i znaną typologię zaproponowali Cooper i Marshall dokonując podziału czynników na pięć grup: czynniki związane z: treścią pracy, rolą w organizacji, rozwojem kariery, klimatem organizacyjnym oraz stosunkami wewnątrz organizacji [6, 7]. Ludzie różnią się od siebie sposobem spostrzegania zdarzeń oraz tym, jak na podstawie własnej wiedzy i zdolności oceniają możliwości skutecznego reagowania [1, 5].

Wśród kategorii stresorów wyróżnia się: kataklizmy, stresory osobiste, stresory tła oraz uciążliwości dnia codziennego. Podejście jednostki do stresowych wydarzeń zależy od sposobu percepcji zagrożenia i rodzaju aktywności podejmowanych przez nią, a zorientowanych na kontrolę, redukcję lub tolerowanie zagrożenia [1, 3, 4, 5]. Użyteczny podział strategii radzenia sobie ze stresem,

¹ Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich, Katedra Pielęgniarstwa, Akademia Medyczna

zapropozowany przez Lazarusa, uwzględnia: działania bezpośrednie, skoncentrowane na problemie i działania paliatywne, skoncentrowane na emocjach [1, 5]. Wsparcie społeczne polepsza warunki skutecznego radzenia sobie ze stresem, może moderować oddziaływanie warunków stresowych.

Cel pracy

Celem prezentowanej pracy jest rozpoznanie i przedstawienie wpływu stresu związanego z pracą w grupie pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach kardiologii, ze szczególnym uwzględnieniem najczęstszych stresorów występujących w środowisku pracy, wpływu stresu na funkcjonowanie pielęgniarek w różnych sferach życia, preferowanych sposobów radzenia sobie ze stresem oraz postulowanych propozycji zmian mogących w efekcie przyczynić się do zmniejszenia stresu.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w Akademickim Centrum Klinicznym w Gdańsku w miesiącach grudzień 2004 r. – styczeń 2005 r., obejmując nimi grupę 32 pielęgniarek, zatrudnionych w I Klinice Chorób Serca, z zastosowaniem metody sondażu diagnostycznego. Badania zostały przeprowadzone za pomocą specjalnie skonstruowanego kwestionariusza ankiety, składającego się z sześciu grup pytań. Udział w badaniu był dobrowolny i miał charakter anonimowy. Rozprowadzono 40 kwestionariuszy, uzyskano 32 zwroty (80% efektywności).

Wyniki i ich omówienie

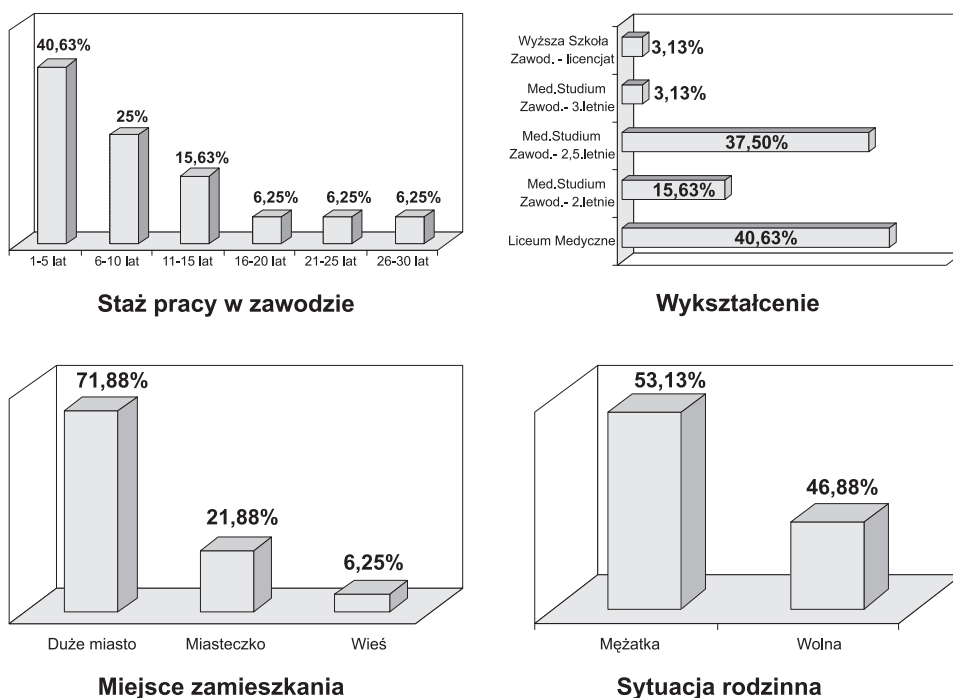
Wszystkie ankietowane osoby były kobietami. Badana grupa była zróżnicowana ze względu na: wiek, wykształcenie, staż pracy, sytuację rodzinną oraz miejsce zamieszkania.

Wiek badanych mieścił się w przedziale 22–50 lat. Największą grupę stanowiły pielęgniarki legitymujące się ogólnym stażem w zawodzie w przedziale 1–5 lat (40,6%). Zdecydowana większość posiadała wykształcenie średnie (93,7%). Osoby zamężne stanowiły nieco ponad połowę badanych (53,1%). Większość badanych pielęgniarek (78,1%) sprawuje opiekę nad pacjentami w warunkach oddziału intensywnego nadzoru kardiologicznego.

Podział ze względu na staż pracy, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz sytuację rodzinną ilustruje rycina 1.

Badane pielęgniarki poproszono o dokonanie subiektywnej samooceny aktualnej sytuacji materialnej, zawodowej oraz ogólnej satysfakcji życiowej. Z uzyskanych danych wynika, iż 22 osoby (68,7%) określają własną sytuację zawodową jako zadowalającą, ale tylko 1 – ocenia ją na poziomie bardzo dobrym. Niepo-

Rycina 1.



kojące wyniki zanotowano w zakresie oceny sytuacji materialnej oraz ogólnej satysfakcji życiowej dokonanej przez pielęgniarki kardiologiczne. W obu tych kategoriach nie odnotowano ani jednego wskazania na poziomie „bardzo dobry”. Prawie połowa badanych (46,9%) ocenia własną sytuację materialną jako niezadowolającą. Opinię taką wyraża szczególnie grupa pielęgniarek legitymująca się stażem w zawodzie krótszym niż 5 lat. Zestawienie uzyskanych wyników ilustruje tabela 1.

Tabela 1. Poziom satysfakcji życiowej, zawodowej oraz sytuacji materialnej pielęgniarek

| Elementy samooceny | Ogólna satysfakcja życiowa | | Sytuacja materialna | | Satysfakcja zawodowa | | | | | |
|--------------------|----------------------------|--------|---------------------|--------|----------------------|--------|----------------------|--------|-----------------|-------|
| | | | | | Sytuacja zawodowa | | Kompetencje zawodowe | | Rozwój zawodowy | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Bardzo dobra | – | – | – | – | 1 | 3,12 | 14 | 43,75 | 12 | 37,5 |
| Zadowolająca | 25 | 78,12 | 17 | 53,12 | 22 | 68,75 | 15 | 46,87 | 12 | 37,5 |
| Niezadowolająca | 7 | 21,87 | 15 | 46,87 | 9 | 28,12 | 3 | 9,37 | 8 | 25,0 |
| Suma | 32 | 100,00 | 32 | 100,00 | 32 | 100,00 | 32 | 100,00 | 32 | 100,0 |

Stres jest nierozzerwalnie związany z pracą zawodową badanej grupy i dla większości respondentów (93,7%), praca stanowi istotne źródło napięć. Osoby badane dokonały ogólnej oceny stopnia odczuwanego stresu wynikającego z pracy zawodowej posługując się skalą 10 punktową. Zdaniem połowy badanych realizacja zadań zawodowych w warunkach oddziału kardiologii stanowi obciążenie stresem na poziomie wysokim, 40,6% określa ten poziom jako bardzo wysoki, zaledwie 9,4% respondentów ocenia go jako „średni”.

Podjęto również próbę ustalenia czynników najbardziej obciążających w pracy pielęgniarek. Analizie poddano cechy związane z treścią pracy, zadaniami wykonywanymi na stanowisku pracy, wynikające z organizacji pracy, z konieczności interakcji z ludźmi oraz ich relacji do potrzeb i preferencji pracowników, a także cechy pracy wywołujące zakłócenia w relacji praca–dom, jak również fizyczne warunki pracy. Za najbardziej stresujące czynniki uznano: odpowiedzialność za zdrowie podopiecznych, ewentualne konsekwencje popełnienia błędu, niskie wynagrodzenie, zmienność pracy, pracę w godzinach nocnych, ujemny wpływ na życie osobiste oraz warunki fizyczne pracy. W tabeli 2 zawarto wskazania respondentek w wybranych kategoriach odpowiedzi. Uzyskane wyniki wskazują na stosunkowo niskie poczucie sukcesu zawodowego, przeciążenie fizyczne i emocjonalne pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach kardiologii.

Kolejnym etapem badania było określenie częstotliwości występowania oznak stresu związanego z pracą zawodową pielęgniarek kardiologicznych. Respondentów poproszono o ustosunkowanie się do 45 oznak, jakie mogą pojawić się na skutek dużego napięcia związanego ze stresem zawodowym, a będących skutkiem zakłóceń funkcji biologicznych i psychologicznych, w tym: umysłowych, emocjonalnych oraz zaburzeń w zachowaniu.

Najczęściej wymieniany w kategorii „czasami” przejaw stresu to osłabienie koncentracji uwagi występujące u 75% ankietowanych. W tej samej kategorii pojawiają się kolejno: pogorszenie zdolności planowania i organizowania działań, obniżenie energii życiowej oraz trudności w podejmowaniu decyzji (po 71,9% wskazań), a także uczucie gorąca, pogorszenie sprawności obserwacji otoczenia, osłabienie kontroli emocjonalnej (po 68,7% wskazań), jak również dystans wobec współpracowników i osłabienie entuzjazmu w działaniu deklarowane przez 62,5% respondentów. Natomiast oznakami stresu występującymi „często” u badanych osób są: uczucie stałego zmęczenia (40,6%), przyspieszona akcja serca oraz dolegliwości bólowe okolicy szyi i pleców (po 37,5% wskazań), a także obniżony nastrój, zaburzenia snu i zmiany w sposobie odżywiania (po 34,3% wskazań). 31,2% ankietowanych sygnalizuje, w aspekcie stresu związanego z pracą zawodową, występowanie poczucia braku kompetencji i bezużyteczności. Bardzo częstym skutkiem stresu w badanej populacji są dotkliwe bóle głowy występujące u 37,5% pielęgniarek, a także przyspieszona akcja serca, uczucie stałego zmęczenia (po 28,1% wskazań) oraz obniżenie motywacji do pracy wyrażane przez 25% badanych.

Tabela 2. Wybrane cechy pracy stanowiące źródło stresu

| Nazwa cechy | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | Razem | |
|----------------------------------|---|-----|---|------|----|------|----|------|----|------|-------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Długotrwała czujność | – | – | 2 | 6,2 | 10 | 31,2 | 8 | 25,0 | 12 | 37,5 | 32 | 100 |
| Obcowanie z cierpieniem | – | – | 4 | 12,5 | 12 | 37,5 | 8 | 25,0 | 8 | 25,0 | 32 | 100 |
| Wysiłek fizyczny | 1 | 3,1 | 2 | 6,2 | 7 | 21,9 | 13 | 40,6 | 9 | 28,1 | 32 | 100 |
| Konsekwencje błędu | – | – | 1 | 3,1 | – | – | 10 | 31,2 | 21 | 65,6 | 32 | 100 |
| Zmianowość pracy | – | – | 1 | 3,1 | 1 | 3,1 | 12 | 37,5 | 18 | 56,2 | 32 | 100 |
| Pośpiech, presja czasu | – | – | 2 | 6,2 | 5 | 15,6 | 13 | 40,6 | 12 | 37,5 | 32 | 100 |
| Zagrożenie utratą pracy | 1 | 3,1 | 9 | 28,1 | 5 | 15,6 | 12 | 37,5 | 5 | 15,6 | 32 | 100 |
| Brak zaspokojenia ambicji | – | – | 3 | 9,4 | 8 | 25,0 | 12 | 37,5 | 9 | 28,1 | 32 | 100 |
| Niedowartościowanie | – | – | 3 | 9,4 | 7 | 21,9 | 12 | 37,5 | 10 | 31,2 | 32 | 100 |
| Polityka kadrowa | – | – | 1 | 3,1 | 6 | 18,7 | 15 | 46,9 | 10 | 31,2 | 32 | 100 |
| Brak porozumienia z przełożonymi | 2 | 6,2 | 8 | 25,0 | 7 | 21,9 | 14 | 43,7 | 1 | 3,1 | 32 | 100 |
| Duże obciążenie pracą | – | – | 3 | 9,4 | 9 | 28,1 | 13 | 40,6 | 7 | 21,9 | 32 | 100 |
| Niski prestiż społeczny | – | – | 1 | 3,1 | 9 | 28,1 | 12 | 37,5 | 10 | 31,2 | 32 | 100 |
| Odpowiedzialność za ludzi | – | – | 2 | 6,2 | 5 | 15,6 | 8 | 25,0 | 17 | 53,1 | 32 | 100 |
| Ryzyko osobiste | – | – | 1 | 3,1 | 5 | 15,6 | 14 | 43,7 | 12 | 37,5 | 32 | 100 |
| Warunki fizyczne | 1 | 3,1 | 2 | 6,2 | 6 | 18,7 | 19 | 59,4 | 4 | 12,5 | 32 | 100 |
| Wpływ na życie prywatne | 2 | 6,2 | 6 | 18,7 | 5 | 15,6 | 18 | 56,2 | 1 | 3,1 | 32 | 100 |
| Perspektywy rozwoju | 1 | 3,1 | 2 | 6,2 | 9 | 28,1 | 12 | 37,5 | 8 | 25,0 | 32 | 100 |
| Niskie wynagrodzenie | 1 | 3,1 | 1 | 3,1 | 2 | 6,2 | 8 | 25,0 | 20 | 62,5 | 32 | 100 |
| Rozgrywki personalne | – | – | 5 | 15,6 | 3 | 9,4 | 17 | 53,1 | 7 | 21,9 | 32 | 100 |
| Wyposażenie | – | – | 4 | 12,5 | 10 | 31,2 | 11 | 34,4 | 7 | 21,9 | 32 | 100 |

Objaśnienie do tabeli:

- 1 – oznacza występowanie cechy w stopniu niewielkim lub występującej bardzo rzadko
- 2 – oznacza występowanie cechy w stopniu umiarkowanym lub występującej stosunkowo rzadko
- 3 – oznacza występowanie cechy w stopniu dużym lub występującej stosunkowo często
- 4 – oznacza występowanie cechy w stopniu wysokim lub występującej często
- 5 – oznacza występowanie cechy w stopniu bardzo wysokim i występującej bardzo często

Następnym elementem pracy było poznanie sposobów radzenia sobie ze stresem i zmniejszających napięcie związane ze stresem stosowane przez pielęgniarki kardiologiczne. Na podstawie uzyskanych wypowiedzi można stwierdzić, iż najbardziej popularnymi sposobami podejmowanymi przez badaną grupę są: spacer (78,1%), rozrywki umysłowe (65,6%), spotkania z przyjaciółmi (59,4%), odpoczynek przy muzyce oraz kąpiel (po 56,2% wskazań), a także świadomość oparcia w bliskiej osobie (53,1%). Warto również podkreślić, że ankietowane osoby nie wykazują znajomości profesjonalnych technik relaksacyjnych (ćwiczenia oddechowe, wizualizacja, trening autogenny). Konstruktywne metody radzenia sobie ze stresem (m.in. rozstrzygnięcie problemów na bieżąco, pozytywne przewartościowanie problemu, kontrola własnych emocji) stosowane jest przez respondentki w stosunkowo małym zakresie (średnio 25%).

Tabela 3. Sposoby radzenia sobie ze stresem i zmniejszające napięcie związane ze stresem

| Sposoby radzenia sobie ze stresem | N | % | Sposoby radzenia sobie ze stresem | N | % |
|-----------------------------------|----|------|--------------------------------------|----|------|
| Spacer | 25 | 78,1 | Świadomość oparcia w bliskiej osobie | 17 | 53,1 |
| Rozrywki umysłowe | 21 | 65,6 | Porządki | 17 | 53,1 |
| Spotkania z przyjaciółmi | 19 | 59,4 | Picie kawy | 17 | 53,1 |
| Odpoczynek przy muzyce | 18 | 56,2 | Zakupy | 16 | 50,0 |
| Kąpiel | 18 | 56,2 | Rozmowa z bliską osobą | 14 | 43,7 |

Tabela 4. Propozycje zmian

| Postulowane zmiany | N | % | Postulowane zmiany | N | % |
|---|----|------|--|----|------|
| Wprowadzenie bodźców ekonomicznych | 26 | 81,2 | Ergonomiczne wyposażenie stanowiska | 14 | 43,7 |
| Poprawa wyposażenia technicznego | 18 | 56,2 | Odpowiednie usytuowanie stanowiska pracy | 13 | 40,6 |
| Zatrudnienie kompetentnej kadry | 16 | 50,0 | Wsparcie ze strony przełożonych | 12 | 37,5 |
| Dokładny przydział obowiązków, określenie zakresu odpowiedzialności | 16 | 50,0 | Więcej zaufania | 11 | 34,4 |
| Obiektywizm w ocenie pracowników | 14 | 43,7 | Bieżący przekaz informacji | 10 | 31,2 |
| Motywacja finansowa | 14 | 43,7 | Otwartość na propozycje i gotowość do współpracy | 10 | 31,2 |
| Większe wzajemne zrozumienie | 14 | 43,7 | | | |

W opinii respondentek istnieją możliwości prewencji i łagodzenia negatywnych skutków stresu w pracy poprzez wprowadzenie pewnych zmian w sytuacji pracy. Propozycje odnosiły się do struktury organizacyjnej, relacji z przełożonymi, współpracownikami oraz pacjentami i ich bliskimi, a także stanowiska pracy. Badani wskazywali na konieczność wprowadzenia zmian systemowych w ochronie zdrowia oraz uporządkowanie struktur organizacyjnych w pielęgniarstwie. Jednym z ważnych elementów pożądaných zmian powinny być zmiany systemu wynagradzania i motywacji. Respondenci podkreślali potrzebę poprawy w za-

kresie wyposażenia stanowisk pracy pielęgniarek w niezbędny do realizacji zadań zawodowych sprzęt i środki. Większość ankietowanych uważa, że należy dokonywać wnikliwej weryfikacji zatrudnianej kadry pielęgniarskiej, jak również wskazuje na konieczność dokładnego przydziału obowiązków i określenia zakresu odpowiedzialności na każdym stanowisku pielęgniarskim. Ilustrację postulowanych przez badaną grupę zmian ilustruje tabela 4.

Wnioski

1. Najistotniejsze stresotwórcze czynniki w środowisku pracy pielęgniarek kardiologicznych odnoszą się do szeroko rozumianych warunków pracy, specyfiki realizowanych zadań zawodowych, celu i odpowiedzialności, stosunków międzyludzkich oraz perspektyw zawodowych.
2. Stres związany z pracą zawodową badanej grupy wywołuje przeciążenie różnych systemów (biologicznego, psychicznego, społecznego), wzajemnie na siebie wpływających.
3. Istnieje możliwość i potrzeba prewencji przed negatywnymi skutkami stresu związanego z sytuacją pracy oraz szereg sposobów łagodzenia jego skutków (zmiana fizycznych warunków pracy, wprowadzenie partycypacyjnych metod zarządzania, wprowadzenie zmian w różnych ścieżkach uzyskiwania awansu zawodowego, dokładne określenie obowiązków, wzmacnianie więzi interpersonalnych).
4. Pielęgniarki zatrudnione w oddziałach kardiologii stosują zróżnicowane techniki radzenia sobie ze stresem.
5. Istnieje potrzeba zastosowania antystresowych programów promocyjnych, mających na celu wykształcenie lub wzmocnienie posiadanych umiejętności postępowania w sytuacjach trudnych, zwiększających odporność na stres.

Piśmiennictwo

1. Bell P. A., Greene Th. C., Fisher J. D., Baum A.: Psychologia środowiskowa. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2004, 155–165.
2. Majchrowska A. (red.): Wybrane elementy socjologii. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2003, 263–265.
3. Marcinkowski J. T.: Higiena psychiczna – wybrane zagadnienia. Jethon Z. (red.): Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa. Podręcznik dla studentów. PZWL, Warszawa 1997, 170–172.
4. Mietzel G.: Wprowadzenie do psychologii. Podstawowe zagadnienia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2004, 326–341.
5. Wosińska W.: Psychologia życia społecznego. Podręcznik psychologii społecznej dla praktyków i studentów. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2004, 551–556.

6. Dudek B.: Psychospołeczne stresory związane z pracą a stan zdrowia pracowników. Dobrowolska B., Mielczarek-Pankiewicz E. (red.): Opieka nad zdrowiem pracowników w środowisku pracy. Podręcznik dla pielęgniarek. Tom II. Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera i Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy, Łódź, 1992, 452–464.
7. Dudek B.: Rozwiązywanie problemów związanych ze stresem w miejscu pracy. Gniazdowski A. (red.): Promocja zdrowia w miejscu pracy. Wybrane programy. Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Łódź, 1998, 108–144.
8. Gniazdowski A.: Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne. Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Łódź, 1997, 49–52.

Sylwia Krzemińska¹, Marta Arendarczyk¹, Izabella Uchmanowicz¹,
Weronika Szulęcka¹, Adela Bartczuk¹

Ocena czynników stresujących na Oddziałach Intensywnego Nadzoru

Wstęp

Termin „stres” znany jest w psychologii oraz naukach medycznych dopiero od 1935 roku, jednak psychologiczne problemy związane z denotacją i konotacją tego terminu znane są już od zarania ludzkości.

Zgodnie z koncepcją sformułowaną przez badaczy z Uniwersytetu Michigan (Van Harrison 1987), stres jest efektem dynamicznego niedopasowania się jednostki do otaczającego środowiska.

Problem stresu powstaje wtedy, gdy człowiek spostrzega jakąś sytuację, zjawisko lub obiekt jako zagrażający jego życiu, zdrowiu czy integracji psychospołecznej.

Różne bodźce środowiskowe (świadome i nieświadome) odbierane jako stresowe powodują reakcje emocjonalne zależne od człowieka, a nie od typu konfliktu. Powstałe objawy psychosomatyczne zależne są nie od rodzaju bodźca lecz od rodzaju efektywnej reakcji na stres. Czynnikiem pośredniczącym między bodźcami środowiskowymi a wzorcem reakcji fizjologicznej jako emocja negatywna jest lęk. Wg Freuda (1936) lęk określany jest jako nieprzyjemny stan emocjonalny związany z subiektywnym odczuciem zagrożenia płynącego z reguły z zewnątrz. Lęk w odróżnieniu od strachu charakteryzuje poczucie bezradności wobec niebezpieczeństwa.

Cel i założenia pracy

W literaturze dostępne są prace poruszające tematykę kliniczną dotyczącą pobytów chorych na oddziałach intensywnego nadzoru, w której skupiano się na leczeniu oraz zapobieganiu powikłaniom. Spotyka się również prace dotyczące

¹ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Zdrowia Publicznego, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

globalnej oceny jakości życia chorych z zawałem mięśnia serca czy innymi schorzeniami zarówno układu krążenia, jak i innych narządów. Zastanowienie się nad przeżyciami chorych hospitalizowanych na oddziałach intensywnego nadzoru skłoniło nas do przeprowadzenia badań, których celem jest analiza i ocena czynników wywołujących stres u tych właśnie chorych.

Postanowiłyśmy odpowiedzieć na pytania: Czy poziom stresu zależał od: czynników demograficzno-społecznych, czasu trwania choroby, czasu, który upłynął od momentu wystąpienia objawów do hospitalizacji. Jakie czynniki związane z pobytem pacjentów na Oddziałach Intensywnego Nadzoru były dla nich stresujące. Chciałyśmy również zbadać poziom lęku.

Materiał i metody

Grupa badana składała się z 60 osób o średniej wieku 58,4 lata, 19 kobiet (32%) o średniej wieku 61,8 lat i 41 mężczyzn (68%) o średniej wieku 56,8 lat, wybranych losowo spośród pacjentów oddziałów intensywnego nadzoru w wieku 20–89 lat. 30 pacjentów było hospitalizowanych na Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej Szpitala Specjalistycznego im. Marciniaka przy ul. R. Traugutta we Wrocławiu – Kierownik Prof. K. Łoboz-Grudzień, 30 hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii Szpitala im. Rydygiera przy ul. Rydygiera we Wrocławiu, kierownik – dr R. Maj.

57% pacjentów charakteryzowało się średnim i wyższym wykształceniem, 73% pozostawało w związkach małżeńskich, 70% pacjentów przebywało w Oddziale Intensywnego Nadzoru mniej niż 5 dni, a dla 68% był to kolejny pobyt na takim oddziale. Dla 53% chorych przyczyną hospitalizacji była choroba kardiologiczna, a dla 58% wystąpienie choroby powiązane było z niekorzystnymi zdarzeniami życiowymi.

W pracy posłużono się następującymi metodami badawczymi:

1. kwestionariusz oceny czynników stresujących (wg własnego opracowania). Punktem wyjścia do opracowania kwestionariusza było określenie definicji stresu, którą przyjęto za Selyem jako „nieswoistą reakcję organizmu na wszelkie stawiane mu żądania”. Wyróżniono 4 główne elementy, które składają się na treść czynników stresujących, wg subiektywnej oceny pacjenta. Były to: brak informacji, ograniczenia i niewygody, subiektywne odczuwanie lęku i zagrożenia, czynności powodujące dyskomfort. Uzyskany materiał poddano analizie matematycznej metoda Kreft.
2. kwestionariusz skali lęku wg J. Tylki. Wyróżniono w nim 15 cech, z których każda może zostać odnotowana jako: D – nie występująca (0), A – słaba (1), B – umiarkowana (2), C – silna (3). Wyniki stanowią sumy wartości liczbowych od 0 do 60. 8–24 punkty to niski poziom lęku, 25–40 średni poziom lęku, powyżej 41 punktów świadczy o wysokim poziomie lęku.

Oceny czynników stresujących dokonano metodą wywiadu przeprowadzanego z chorymi, którzy byli poinformowani o celu badania.

Wyniki badań

Według kwestionariusza oceny czynników stresujących, jako stresujące dla największego odsetka pacjentów było: korzystanie z kaczki, basenu oraz cewnik założony do pęcherza moczowego – 88%, konieczność życia z rurką tracheostomijną – 77%, poczucie ciężkiego zagrożenia życia oraz lęk przed śmiercią – 67% pacjentów, nagłe unieruchomienie – 63% pacjentów, ciężkie stany, śmierć innych pacjentów i zabiegi reanimacyjne za stresujące uważało 45% pacjentów, 40% pacjentów za takie uznało: uzależnienie od pielęgniarek podczas czynności higienicznych i karmienia oraz specjalistyczne czynności pielęgniarskie, jak np. odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego, brak bieżącej informacji dotyczącej zarówno rokowania, diagnozy oraz wyników badań był czynnikiem stresującym dla ponad 30% pacjentów. Ponad 20% pacjentów uważało za stresujące: atmosferę pośpiechu i napięcia panującą na OIN, zakaz palenia tytoniu, ciągłą obecność i obserwację przez pielęgniarki, brak informacji co do wykonywanych czynności diagnostyczno-leczniczych oraz stosowania skomplikowanej aparatury, oraz konieczność podporządkowania się pielęgniarkom. Dla najmniejszego odsetka pacjentów, bo ok. 15% stresujące okazało się: hałas aparatury diagnostyczno-leczniczej i czasowa nieobecność pielęgniarek.

Za pomocą kwestionariusza własnego opracowania i metody Kreft określono wartość wskaźnika poziomu stresu dla każdego chorego. Średnia wartość wskaźnika u 6 chorych wynosiła 0,789 i zawierała się w przedziale 0,389–0,798. Średnie wartości wskaźnika w zależności od cech demograficzno społecznych wyglądały następująco: przedział wiekowy 20–39 lat $x = 0,538$, 40–59 $x = 0,630$, 60–90 lat $x = 0,450$, kobiety $x = 0,628$, mężczyźni $x = 0,704$, osoby zamężne /żonate $x = 0,589$, wolne $x = 0,630$, z wykształceniem podstawowym $x = 0,638$, średnim $x = 0,678$, wyższym $x = 0,712$.

Dane z wywiadu kwestionariuszowego poddano matematycznej analizie metodą Kreft i uzyskano wartości wpływu poszczególnych cech diagnostycznych na wskaźnik poziomu stresu. Na pierwszych 3 miejscach z najwyższą wartością wpływu na poziom stresu znajdują się: korzystanie z basenu i kaczki – 0,913, ciężkie stany i śmierć innych pacjentów, zabiegi reanimacyjne – 0,895, poczucie ciężkiego zagrożenia i lęk przed śmiercią – 0,889. Najniższe wartości wpływu na poziom stresu miały cechy: konieczność podporządkowania się pielęgniarkom – 0,430 i brak informacji co do miejsca pobytu – 0,430.

Badania przeprowadzone Kwestionariuszem Skali Lęku Jana Tylki wykazały, iż w grupie badanych osób dominował wysoki poziom lęku 53%, 10% kobiet i 43% mężczyzn, średni poziom lęku dotyczył 40% pacjentów z czego 17% kobiet i 23% mężczyzn, i niski 7%, w tym 5% kobiet i 2% mężczyzn.

Omówienie

Problem stresu powstaje, gdy człowiek spostrzega jakąś sytuację lub obiekt jako zagrażający jego życiu, zdrowiu czy integracji psychospołecznej. Przeciętny człowiek niewiele wie na temat intensywnego leczenia i oddziałów intensywnej opieki medycznej, a już wyjątkowo rzadko dopuszcza myśl, że mógłby kiedyś jako pacjent trafić do takiego oddziału.

A zatem z reguły trafia tam nie oswojony z nowym otoczeniem, nie przygotowany do widoku pomieszczeń, aparatury i sprzętu oraz nieświadomy technik stosowanego tam leczenia. Rzadko bowiem tak się zdarza, że wcześniej w toku leczenia w oddziałach konwencjonalnych lub przed oczekującym zabiegiem operacyjnym chorego przytomnego informuje się o ewentualnej możliwości czy konieczności przekazania go, dla jego bezpieczeństwa, do oddziału o specyficznych zadaniach, gdzie zetknie się rozbudowanym nadzorem elektronicznym, różnorodną aparaturą podtrzymującą jego funkcje życiowe, innym, bo niekonwencjonalnym sposobem leczenia i bardziej agresywną pielęgnacją połączoną niejednokrotnie z uciążliwościami zabiegów rehabilitacyjnych. W bogatej literaturze medycznej można znaleźć prace poświęcone ocenie poziomu stresu, natomiast ocenie poziomu stresu na specjalistycznych Oddziałach Intensywnego Nadzoru jest niewiele.

Fakt ten skłonił nas do przeprowadzenia badań, których celem było zbadania poziomu lęku u tych właśnie chorych. W badaniach własnych przeanalizowano 23 cechy diagnostyczne i wyznaczono wagi tych cech określające siłę wpływu danej cechy na poziom stresu każdego chorego. Analizując czynniki stresujące zauważono, iż kobiety mają niższy poziom stresu niż mężczyźni, także wyższy poziom lęku występuje u osób z wyższym wykształceniem. Także wyższy poziom lęku zanotowano u osób poprzednio nie hospitalizowanych i przyjętych do szpitala w trybie nagłym.

Największy wpływ na wartość wskaźnika poziomu stresu miała cecha – korzystanie z basenu i kaczki 0,913, najmniejszy brak informacji co do miejsca pobytu 0,430.

Z badań Skalą Lęku prof. Tylki uzyskano wyniki potwierdzające stresujący wpływ pobytu pacjentów na Oddziałach Intensywnego Nadzoru, bo aż 53% chorych charakteryzował wysoki poziom lęku.

Powyższe wyniki badań wydają się być wystarczające dla podkreślenia doniosłości zagadnienia i konieczności poszukiwania środków dla eliminacji czy ograniczenia czynników wpływających na poziom stresu. A uwzględnienie tych czynników pomocne jest w planowaniu kompleksowej opieki nad chorymi na Oddziałach Intensywnej Opieki Medycznej.

Wnioski

1. Średnia wartość wskaźnika poziomu stresu u osób przebywających w Oddziałach Intensywnego Nadzoru wynosi 0,789 i zawiera się w przedziale 0,389–0,798.
2. Średnia wartość wskaźnika poziomu stresu kobiet wynosiła 0,628 i była niższa niż średnia mężczyzn 0,704.
3. Matematyczna metoda Kreft wykazała, że spośród 23 cech największą wagę diagnostyczną w ocenie poziomu stresu miały: korzystanie z basenu i kaczki oraz ciężkie stany i śmierć innych pacjentów, zabiegi reanimacyjne.
4. Średnia wartość wskaźnika poziomu stresu wzrastała wraz z poziomem wykształcenia.
5. Najwyższy wskaźnik poziomu stresu mieli pacjenci w przedziale wiekowym 20–39 lat oraz poprzednio nie hospitalizowani.
6. Zaobserwowano, że zaburzenia emocjonalne w postaci lęku występowały u wszystkich badanych chorych, a 53% charakteryzował wysoki poziom lęku.

Piśmiennictwo

1. Terelak J.: Psychologia stresu. Wydawnictwo Branta. 2001.
2. Siek S.: Twoja odpowiedź na stres. Wydawnictwo Wrocławskie. 1998.
3. Selye H.: Stres okiełznany. PIW 1978.
4. Arendarczyk M.: Jakość życia i powrót do pracy chorych w 2 lata po zawale mięśnia sercowego. Praca Doktorska. Wrocław 1996.
5. Bogusz J. Encyklopedia dla pielęgniarek. PZWL Warszawa 1996.
6. Kamiński B.: Anestezjologia i intensywna opieka medyczna dla pielęgniarek, PZWL, Warszawa 1988.

Aneta Lesiak¹, Kazimiera Zdziebło²

Czynniki szkodliwe w pracy personelu bloku operacyjnego

Wstęp

Większość ludzi spędza w miejscu pracy 1/3 swojej zawodowo czynnej części życia. Obciążenia wynikające z pracy i warunków, w jakich jest wykonywana mają istotny wpływ na zdrowie i samopoczucie człowieka. Każdy pracownik chciałby czuć się bezpiecznie na swoim stanowisku pracy, ale aby tak mogło być musi wiedzieć o swoim miejscu pracy jak najwięcej. Powinien znać nie tylko pozytywne strony swojego zawodu, ale także winien zdawać sobie sprawę z zagrażających mu niebezpieczeństw po to, aby mógł się przed nimi ustrzec poprzez właściwe postępowanie.

Celem prezentowanej pracy jest przedstawienie zagrożeń zawodowych personelu medycznego wykonującego swoją pracę na bloku operacyjnym oraz udzielenie wskazówek jak postępować, aby uniknąć działania niektórych czynników szkodliwych.

Blok operacyjny to szczególne miejsce w szpitalu. Sale operacyjne są odpowiednio zaprojektowane i wyposażone po to, aby stworzyć warunki do bezpiecznego prowadzenia zabiegu operacyjnego zarówno dla pacjenta, jak i personelu medycznego. Używane przy operacji aparaty i urządzenia przeznaczone do bezpośredniego kontaktu z pacjentem w celu jego leczenia, diagnozowania czy monitorowania (stół operacyjny, diatermia elektryczna, skalpel laserowy, wiertarki chirurgiczne, sprzęt do anestezji, aparat rtg, aparat usg, itp.) są wyrobami medycznymi, które muszą być zaprojektowane i wyprodukowane tak, aby ich stosowanie we właściwych warunkach i zgodnie z przeznaczeniem nie pogarszało stanu klinicznego ani nie zagrażało bezpieczeństwu pacjentów oraz zdrowiu i bezpieczeństwu ich użytkowników [1, s. 10].

¹ Dział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

² Zakład Dydaktyki Medycznej i Praktyk Zawodowych, Instytut Kształcenia Medycznego, Akademia Świętokrzyska w Kielcach

Pracownicy bloku operacyjnego narażeni są na działanie zarówno czynników niebezpiecznych, tj. takich, których oddziaływanie na organizm może powodować uraz, jak i czynników szkodliwych i uciążliwych, które działając na pracownika przez dłuższy okres mogą spowodować obniżenie sprawności fizycznej i psychicznej pracownika lub zmiany w stanie jego zdrowia, co może doprowadzić do powstania schorzenia, a nawet choroby zawodowej (w niektórych przypadkach w zależności od warunków i stopnia oddziaływania czynniki szkodliwe mogą stać się niebezpieczne) [2, s. 243; 7, s. 133].

Cechą charakterystyczną stanowiska pracy na bloku operacyjnym jest występowanie kilku czynników szkodliwych i uciążliwych jednocześnie, niejednokrotnie powiązanych i nakładających się na siebie. W dalszej części opracowania omawiane są tylko niektóre z czynników występujące najczęściej i stwarzające największe zagrożenie dla pracowników bloku operacyjnego.

Zagrożenia czynnikami niebezpiecznymi

Czynniki niebezpiecznymi, stwarzającymi zagrożenia dla pracowników bloku operacyjnego są: ruchome elementy urządzeń technicznych, ostre i wystające przedmioty np. igły do iniekcji, skalpele, noże, itp., niewłaściwe przemieszczanie się ludzi i przedmiotów, np. transport pacjentów, napięcie prądu elektrycznego (występuje na wszystkich stanowiskach pracy przy urządzeniach i instalacjach elektroenergetycznych), temperatura urządzeń i powierzchni powodująca poparzenia (nieprawidłowa obsługa źródeł promieniowania, np. jonizującego), substancje niebezpieczne o właściwościach żrących i łatwopalnych, stosowanie gazów medycznych, powierzchnie nierówne i śliskie, elektryczność statyczna [1, s. 19] [6].

Skaleczenie ostrymi narzędziami na bloku operacyjnym, poza urazem mechanicznym może skutkować zakażeniem się wirusami przenoszonymi przez krew (WZW typu B i typu C, wirus HIV).

Niebezpieczeństwo porażenia prądem elektrycznym w bloku operacyjnym związane jest ze stosowaniem urządzeń i aparatury medycznej zasilanych energią elektryczną.

Wyładowania ładunków elektryczności statycznej mogą powodować nie tylko dyskomfort dla personelu, ale stanowić też (poprzez działanie pośrednie) zagrożenie dla pacjentów. Mogą przyczynić się do wybuchu pożaru w sali operacyjnej, zakłócenia pracy aparatury elektronicznej, przypadkowych odruchów (mimowolne krótkotrwałe skurcze mięśni) [6].

Zagrożenie pożarowo-wybuchowe w sali operacyjnej związane jest także ze stosowaniem:

- środków anestetycznych do narkozy wziewnej np.: halotan, izofluran, których pary w odpowiedniej koncentracji mogą tworzyć łatwopalne mieszaniny wy-

buchowe z powietrzem, z tlenem, czy też z podtlenkiem azotu. Mieszaniny te pobudzone iskrowym wyładowaniem ładunków elektrostatycznych mogą eksplodować,

- środków do dezynfekcji np. narzędzi, o właściwościach łatwopalnych, których opary przy odpowiednio wysokiej koncentracji mogą się zapalić pobudzone iskrowym wyładowaniem elektryczności statycznej,
- łatwopalnej mieszaniny anestetycznej z tlenem lub podtlenkiem azotu, która może powstać wskutek przecieku lub wypływu z nieszczelnej obudowy urządzenia do znieczulenia [1, s. 22].

Zagrożenia szkodliwymi czynnikami fizycznymi

Pracownicy bloku operacyjnego w zależności od wyposażenia technicznego bloku i stosowanych technik narażeni są na działanie różnorodnych czynników fizycznych, które w określonych warunkach mogą stwarzać zagrożenie zarówno dla ich zdrowia jak i życia.

Fizycznymi czynnikami szkodliwymi są: hałas, hałas ultradźwiękowy, wibracja, pole elektromagnetyczne, pole elektrostatyczne, promieniowanie laserowe, promieniowanie jonizujące, promieniowanie nadfioletowe [6].

Zagrożenie polem elektromagnetycznym

Spośród urządzeń eksploatowanych na bloku operacyjnym źródłami pól elektromagnetycznych o wartościach natężeń, które wymagają szczególnego nadzoru warunków ekspozycji przez personel są aparaty do elektrochirurgii (diatermie chirurgiczne, lancetrony) stosowane przy cięciu i koagulacji tkanek.

Na szkodliwe działanie pola elektromagnetycznego narażeni są głównie pracownicy biorący udział w zabiegach z wykorzystaniem diatermii chirurgicznych tj. lekarz chirurg, lekarz anestezjolog, pielęgniarka instrumentariuszka i pielęgniarka anestezjologiczna. Pole elektromagnetyczne może wywołać u pracowników efekt termiczny, czyli podwyższenie temperatury całego ciała lub niektórych narządów oraz efekty pozatermiczne. Należą do nich: zaburzenia snu, ogólne osłabienie i szybkie męczenie się pracą umysłową, ospałość, bóle i zawroty głowy, dolegliwości sercowo-naczyniowe (obniżenie ciśnienia krwi, zwolnienie akcji serca, zmiany w zapisie EKG), zaburzenia pamięci (najczęściej szybkie zapomnianie), dolegliwości ze strontu układu pokarmowego, zmiany w układzie nerwowym, (np. nerwice wegetatywne, stany neurasteniczne), zaburzenia miesiączkowania, zaburzenia potencji płciowej [1, s. 25].

Ochrona pracowników przed działaniem pól elektromagnetycznych polega na stosowaniu osłon ekranujących, ograniczeniu i unikaniu przebywania pracowników w granicach stref ochronnych, zakazie zatrudniania kobiet w ciąży przy

pracach w zasięgu pól elektromagnetycznych o natężeniach przekraczających wartości dla sfery bezpiecznej, unikaniu przebywania pracowników w pobliżu przewodów doprowadzających prąd z generatora do np. elektrod, nie przekraczaniu dopuszczalnego czasu pracy w obrębie strefy zagrożenia, częstej rotacji personelu, objęciu badaniami specjalistycznymi i szkoleniami wszystkich narażonych pracowników, właściwym ustawianiu źródeł pól elektromagnetycznych, wyznaczaniu i oznakowaniu zgodnie z Polską Normą obszarów występowania stref ochronnych [6].

Zagrożenie promieniowaniem laserowym

Narażenie personelu bloku operacyjnego na promieniowanie laserowe występuje przy stosowaniu laserowych noży chirurgicznych, których użytkowanie wymaga największej ostrożności. Niebezpieczna jest bowiem nie tyle wiązka laserowa, ale promieniowanie rozproszone pochodzące z odbicia wiązki. Promieniowanie laserowe pochłaniane jest przez tkankę, stąd organami narażonymi na szkodliwe działanie tego promieniowania są oczy i skóra. Możliwe schorzenia wywołane przez promieniowanie laserowe to: zapalne uszkodzenie rogówki oka, katarakta fotochemiczna, fotochemiczne i termiczne uszkodzenie siatkówki, oparzenie rogówki, rumień skóry, przyspieszone starzenie się skóry, zwiększona pigmentacja, oparzenie [1, s. 26].

Oddziaływanie promieniowania laserowego na organizm człowieka jest zależne przede wszystkim od długości fali promieniowania, czasu i rodzaju ekspozycji, rodzaju eksponowanej tkanki, wielkości napromienienia i luminacji energetycznej [6].

Ochrona personelu przed promieniowaniem laserowym obejmuje:

- stosowanie ekranów ochronnych, osłon, okularów ochronnych odpowiednio dobranych w zależności od typu lasera np. typu gogle z osłonami bocznymi,
- zastosowanie aparatury kontrolnej, pochłaniaczy i filtrów pomocniczych,
- przeprowadzanie szkoleń specjalistycznych i profilaktycznych badań lekarskich.

Zagrożenie promieniowaniem jonizującym

Promieniowanie jonizujące jest to promieniowanie elektromagnetyczne oraz promieniowanie korpuskularne zdolne do wywołania jonizacji w substancji, przez którą przechodzi.

Najczęściej spotykane rodzaje promieniowania jonizującego to: promieniowanie alfa, promieniowanie beta, promieniowanie gamma, promieniowanie rentgenowskie (X). Narażenie pracowników bloku operacyjnego na promieniowanie jonizujące występuje podczas wykonywania skopii lub zdjęć RTG w trakcie zabiegu operacyjnego. Skutki oddziaływania promieniowania rentgenowskiego na organizm człowieka zależą od natężenia promieniowania i czasu ekspozycji.

cji. Następstwa te dzielą się na: somatyczne – występujące bezpośrednio u osoby napromieniowanej oraz genetyczne – ujawniające się u potomstwa osoby napromieniowanej. Jeśli organizm człowieka zostanie napromieniowany dużą dawką w krótkim czasie, wówczas występują skutki somatyczne wczesne, zależne wprost od dawki pochłoniętej, objawiające się mdłościami, zmęczeniem, wyczerpaniem, wymiotami, a w przypadku wyższych dawek chorobą popromienną ostrą, przewlekłą, miejscowymi uszkodzeniami skóry. U osób poddanych wielokrotnemu działaniu małych dawek promieniowania skutki napromieniowania mogą ujawnić się nawet po bardzo długim czasie. Są to skutki somatyczne długie: zmętnienie soczewek, nowotwory złośliwe narządów, białaczka, niepłodność [1, s. 28]. Promieniowanie jonizujące występuje tylko i wyłącznie w obecności jego źródła (np. izotopu promieniotwórczego lub działającej lampy rentgenowskiej). W wyniku ujemnego działania takiego promieniowania w organizmie człowieka może nastąpić: uszkodzenie i zaburzenie łańcuchów DNA, zniszczenie lipoproteidowych składników błon komórkowych, zaburzenie syntezy białka, zmiana aktywności enzymów katalizujących, zaburzenie gospodarki elektrolitami, powstanie choroby nowotworowej [6].

Aby uniknąć szkodliwego działania promieniowania jonizującego należy:

- stosować osłony stałe, fartuchy ochronne, parawany, szyby ochronne z tworzywa pochłaniającego promieniowanie jonizacyjne,
- instalować odpowiednią wentylację zapewniającą, co najmniej 6-krotną wymianę powietrza na godzinę,
- stosować środki ochrony indywidualnej pracownika i pacjenta,
- wyznaczyć i oznakować strefy niebezpieczne,
- skrócić czas ekspozycji urzędzeń,
- szkolić pracowników odpowiedzialnych za stan ochrony przed promieniowaniem.

Zagrożenie promieniowaniem nadfioletowym

Narażenie pracowników bloku operacyjnego na promieniowanie nadfioletowe związane jest ze stosowaniem lamp bakteriobójczych w pomieszczeniach sal operacyjnych, w których wymagane jest okresowe wyjaławianie powietrza. Lampy te emitują promieniowanie o szkodliwym działaniu na oczy i skórę oraz mogą wywołać różne schorzenia, między innymi: zapalne uszkodzenie rogówki, katarakty fotochemiczne, rumień skóry, oparzenia, zwiększoną pigmentację [6].

Zagrożenia szkodliwymi czynnikami chemicznymi

W zależności od sposobu działania na organizm człowieka wśród czynników chemicznych można wyróżnić substancje: drażniące (szkodliwe substancje chemiczne zawarte w stosowanych środkach dezynfekcyjnych), toksyczne – środki do anestezji wziewnej (podtlenek azotu, sevofluran itp.), żrące, uczulające

(lateks kauczuku naturalnego, z którego wykonane są rękawice medyczne), metale: nikiel, chrom, kobalt (wchodzące w skład stopów, z których wykonywane są narzędzia medyczne), substancje rakotwórcze (formaldehyd, tlenek etylenu), czynniki mutagenne, substancje upośledzające funkcje rozrodcze [1, s. 30; 2, s. 251–252].

Czynniki chemiczne mogą oddziaływać na organizm człowieka poprzez drogi oddechowe, skórę i błony śluzowe, a także przez przewód pokarmowy.

Środki dezynfekcyjne

Podczas stosowania chemicznych środków dezynfekcyjnych występuje szkodliwe ich działanie zarówno na pracowników, jak i na pacjentów (w przypadku złego wypłukania np. narzędzi po dezynfekcji) oraz na środowisko.

Czynniki chemiczne działając na pracownika przez dłuższy okres, mogą spowodować różnego rodzaju zmiany w stanie jego zdrowia, doprowadzić do poważnych schorzeń, a nawet do choroby zawodowej. Szkodliwe oddziaływanie może objawiać się:

- podrażnieniami skóry (zaczerwienienie, obrzęk, suchość, łuszczenie się skóry, wysypki, rany, wypryski),
- schorzeniami układu oddechowego (nieżyt nosa, astma oskrzelowa),
- podrażnieniami oczu (zapalenie spojówek) [1, s. 30].
- chorobami zawodowymi (alergie, kontaktowe zapalenie skóry, nieżyt dróg oddechowych).

Narażenie na szkodliwe działanie środków dezynfekcyjnych dotyczy w szczególności pracowników sporządzających roztwory dezynfekcyjne, wykonujących ręczną dezynfekcję i mycie narzędzi po wstępnej dezynfekcji, wykonujących dezynfekcję pomieszczeń i sprzętu technicznego bloku operacyjnego.

Ze względu na połączenie bardzo wielu cennych właściwości (barierowych i wytrzymałościowych) oraz walory użytkowe, lateks kauczuku naturalnego jest materiałem powszechnie akceptowanym przez personel medyczny. Rękawice z gumy naturalnej mogą jednak u niektórych pracowników wywołać różne typy reakcji nadwrażliwości:

- zapalenie skóry wywołane podrażnieniem. Powodują go: pocenie się rąk w rękawicach, pocieranie skóry przez materiał rękawic, pozostałości mydła, środków czyszczących i antyseptycznych lub innych chemikaliów na skórze, puder. Typowymi objawami są: zaczerwienienie, obrzęk, suchość, łuszczenie się skóry oraz powstawanie wyprysków.
- reakcja typu natychmiastowego. Pojawia się natychmiast lub po upływie kilku minut od kontaktu z lateksem. Objawami klinicznymi mogą być: pokrzywka, nieżyt nosa, zapalenie spojówek, obrzęk naczyniowo-ruchowy, astma oskrzelowa oraz odczyny uogólnione ze wstrząsem anafilaktycznym włącznie.

- reakcja typu opóźnionego. Występuje kilkanaście godzin po styczności z lateksem w postaci wyprysku w miejscach przykrytych rękawicą lub na przedramionach. Wywołana jest związkami chemicznymi dodawanymi do gumy podczas produkcji [1, s. 32].

Środki anestetyczne

Personel sali operacyjnej narażony jest na szkodliwe działanie środków do anestezji wziewnej, takich jak podtlenek azotu, halotan, sevofluran, itp. Narażenie to w istotny sposób wzrasta w przypadku wadliwie działającej wentylacji w pomieszczeniu, braku odciągów gazów anestetycznych przy aparacie do znieczulania, nieszczelnym urządzeniu do dozowania gazów. Wdychanie przez personel sal operacyjnych nawet niewielkich, subklinicznych dawek gazów anestetycznych w sposób cykliczny może powodować u pracowników uczucie zmęczenia, mdłości, rozdrażnienie, bóle głowy, dysfunkcję narządów wewnętrznych, a w szczególności wątroby doprowadzając nawet do jej nieodwracalnego uszkodzenia. Podtlenek azotu, tzw. gaz rozweselający powoduje zmiany w systemie immunologicznym i uszkadza układ nerwowy. Halotan działa niekorzystnie na układ krążenia oraz może wywołać uszkodzenie wątroby i nerek [1, s. 33].

Przedostawanie się gazów anestetycznych do pomieszczenia ma miejsce w przypadku: braku odciągu gazów anestetycznych przy aparacie do znieczulania, nieszczelnym urządzeniu, wadliwie działającej wentylacji w czasie stosowania metod otwartych lub półotwartych.

Zanieczyszczenie powietrza sali operacyjnej środkami anestetycznymi ma istotny wpływ zarówno na bezpieczeństwo anestezjologów, jak i na bezpieczeństwo pracy całego zespołu operacyjnego pracującego w sali operacyjnej. Niekorzystne oddziaływanie środków anestetycznych na zespół operujący może wpłynąć na przebieg samej operacji, a nawet decydować o zdrowiu i życiu pacjenta.

Najbardziej narażeni na szkodliwe działanie gazów do narkozy wziewnej są anestezjolodzy i pielęgniarki anestezjologiczne, ponieważ znajdują się najbliżej aparatów do znieczulenia.

Inne substancje

Innymi czynnikami powodującymi zanieczyszczenie powietrza sali operacyjnej i stwarzające uciążliwość dla zespołu operacyjnego są opary i dymy wydzielające się podczas koagulacji tkanek diatermią elektryczną. Problem ten nie występuje przy stosowaniu nowoczesnych diatermii wyposażonych w odciąg miejscowy zainstalowany przy elektrodzie czynnej.

Personel bloku operacyjnego narażony może być także na działanie takich związków, jak:

- formaldehyd; narażenie dotyczy w szczególności pracowników przygotowujących w bloku operacyjnym roztwór użytkowy formaliny i pracowników stosujących ten roztwór.
- tlenek etylenu; narażenie dotyczy osób obsługujących urządzenie do sterylizacji gazowej tlenkiem etylenu [1, s. 34].

Zagrożenia szkodliwymi czynnikami biologicznymi

Zakładając, że każdy pacjent stanowi potencjalne źródło zakażenia wirusami HIV, HBV, HCV i innymi patogenami szerzącymi się poprzez krew, kontakt pracownika ochrony zdrowia z materiałem biologicznym powinien być rozpatrywany w kontekście zagrożenia tymi zakażeniami. Realne zagrożenie istnieje w sytuacji, kiedy dochodzi do uszkodzenia powłok ciała. Najgroźniejsze są uszkodzenia skóry i błon śluzowych narzędziami medycznymi pobrudzonymi krwią osób zakażonych. Możliwe jest również przeniesienie zakażenia poprzez wszystkie płyny ustrojowe (zwłaszcza zanieczyszczone krwią) oraz jakiegokolwiek oddzielone tkanki lub narządy człowieka żywego lub zmarłego [3, s. 269].

Do czynników biologicznych stwarzających najpoważniejsze zagrożenie należą: mikroorganizmy roślinne i zwierzęce (bakterie, wirusy, riketsje, grzyby, pierwotniaki) i wytwarzane przez nie toksyny i alergeny, makroorganizmy roślinne i zwierzęce, wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) i typu C (HCV), wirus HIV, prątek gruźlicy [3, s. 230–232].

Pracownicy bloku operacyjnego, z racji wykonywanych obowiązków i ryzyka kontaktu z osobami zakażonymi lub materiałem biologicznym, narażeni są na zakażenie praktycznie wszystkimi drobnoustrojami chorobotwórczymi.

Ochrona personelu przed szkodliwymi czynnikami biologicznymi dotyczy wielu aspektów i powinna zawierać przestrzeganie następujących zasad:

1. Przy pracy z krwią, wydzielinami i wydaliniami zawsze używać rękawiczek ochronnych, które powinny być dobrej jakości. Nie wolno dotykać dłońmi w rękawiczce oczu, nosa, błon śluzowych, należy myć ręce wodą z mydłem oraz dezynfekować przed założeniem rękawiczek i jak najszybciej po ich zdjęciu. W przypadku zabrudzenia rękawiczek materiałem zakaźnym należy je zdjąć, umyć ręce i założyć nową parę rękawiczek, w przypadku uszkodzenia rękawiczek niezwłocznie je zdjąć i zdezynfekować ręce.
2. Używać fartuchów i ubrań ochronnych i nie wychodzić w nich poza salę operacyjną.
3. W czasie pracy z materiałem zakaźnym zamykać drzwi pomieszczeń i ograniczyć wstęp innych pracowników i osób oraz umieścić na drzwiach napis ostrzegający o pracy z materiałem zakaźnym.
4. Utrzymywać stanowisko pracy w czystości oraz dezynfekować po zakończonej pracy z materiałem biologicznym.

5. Przeprowadzając jakiegokolwiek procedury z materiałem biologicznym unikać tworzenia aerozoli, rozpryskiwania czy też rozlewania płynów i przechowywać go wyłącznie w zamkniętych pojemnikach.
6. Unikać podawania igieł i innych ostrych narzędzi „z ręki do ręki” – do tego celu należy używać tacek lub płaskich pojemników.
7. Igły, strzykawki, ostrza, itp. umieszczać natychmiast po ich użyciu w pojemnikach chroniących przed skałeczeniem, (nie wolno zakładać powtórnie osłonek na igły).
8. Na stanowiskach pracy nie należy jeść, pić, palić, używać kosmetyków, przechowywać żywności ani rzeczy osobistych [6].

Zagrożenie czynnikami psychofizycznymi

Pracownicy bloku operacyjnego narażeni są na pracę w warunkach obciążenia wysiłkiem fizycznym (statycznym i dynamicznym) powodującym różnego rodzaju dolegliwości i schorzenia układu ruchu.

Czynnikami ryzyka powodującymi ich powstawanie są przeciążenia będące konsekwencją przyjmowanych podczas pracy pozycji wymuszonych, pozycji długotrwałych oraz używania siły fizycznej do wykonywania czynności skoncentrowanej na małej części ciała lub poprzez całe ciało.

Praca personelu bloku operacyjnego, a w szczególności operatora, lekarza anestezjologa, instrumentarzystki, pielęgniarki anestezjologicznej wiąże się również z dużym obciążeniem psychicznym. Przyczynami tego obciążenia są: praca pod presją czasu, sytuacje stresowe przy zabiegach operacyjnych zwłaszcza zabiegach trudnych, konieczność utrzymania stałej uwagi i koncentracji podczas zabiegów operacyjnych, poczucie odpowiedzialności za życie człowieka, stresy spowodowane ciągłym stykaniem się z cierpieniem ludzkim, dyspozycyjność, praca zmianowa, praca w porze nocnej [1, s. 38].

Podsumowanie

Personel bloku operacyjnego z racji wykonywanych obowiązków narażony jest praktycznie na działanie wszystkich czynników szkodliwych, gdyż w swojej pracy ma kontakt nie tylko z pacjentem planowo przygotowanym do zabiegu operacyjnego, ale także z osobami zakażonymi, z materiałem biologicznym, z różnymi środkami chemicznymi oraz z różnorodnymi urządzeniami i aparaturą, która niesie ryzyko ekspozycji czynników fizycznych.

Najważniejsze znaczenie w ochronie zdrowia osób pracujących na bloku operacyjnym ma profilaktyka, ponieważ przyczynia się do likwidacji źródeł ryzyka zawodowego związanego z pracą. Ma chronić pracownika przed działa-

niem niepożądanym czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych, a także zmniejszać uciążliwości związane ze sposobem wykonywania pracy poprzez wyeliminowanie zbędnych wysiłków oraz przestrzeganie rytmu pracy i wypoczynku.

Wśród priorytetowych działań prewencyjnych winny znaleźć się, między innymi:

- szkolenia (w zakresie działania szkodliwych czynników) pracodawców i służb odpowiedzialnych za bezpieczeństwo i higienę pracy w szpitalu,
- przeprowadzanie okresowych przeglądów stanowisk pracy,
- organizowanie stanowisk pracy zgodnie z wymaganiami bezpieczeństwa i higieny pracy,
- wyposażanie w instrukcje bezpiecznej obsługi aparatury i urządzenia,
- wyznaczanie i oznakowanie stref niebezpiecznych,
- informowanie pracowników o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą,
- dokonywanie właściwej kwalifikacji personelu na stanowisko pracy (pod względem zdrowotnym)
- stosowanie środków ochrony zbiorowej, indywidualnej pracowników,
- stosowanie urządzeń ochronnych przy aparaturze (np. osłon, pochłaniaczy, filtrów),
- stosowanie aparatury kontrolnej i pomiarowej (rejestracja, pomiar i badanie czynników szkodliwych),
- przeprowadzanie okresowych szkoleń pracowników w zakresie znajomości przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- przeprowadzanie profilaktycznych badań lekarskich pracowników,
- objęcie pracowników specjalistyczną opieką zdrowotną,
- przestrzeganie czasu pracy i innych zasad Kodeksu Pracy.

Przy wykonywaniu wszystkich procedur medycznych pracownik bloku operacyjnego powinien pamiętać zatem, aby wszelkie prace były wykonywane rozważnie i ostrożnie. Powinien jednocześnie myśleć o bezpieczeństwie własnym, chorego powierzzonego opiece oraz osób z najbliższego otoczenia.

Piśmiennictwo

1. Jarosiewicz G.: Blok operacyjny. Bezpieczeństwo pracy i ochrona zdrowia pracowników. Warszawa, 2003.
2. Jabłoński-Chmielewska A., Jabłoński L.: Epidemiologia chorób zawodowych i wypadków związanych z pracą. [W]: Jabłoński L. (red.): Epidemiologia. Lublin 1996.
3. Fleischer M.: Zakażenia szpitalne/zakładowe – wybrane zagadnienia. [W]: Fleischer M., Bober-Greek B.: Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Warszawa, 2002.

4. Kirschner H., Tur J.: Środowisko pracy a zdrowie. [W] Gomułka W. S., Rewerski W. (red.): Encyklopedia Zdrowia, t. I. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1997.
5. Kübler A. (red.): Anestezjologia. Medycyna Praktyczna. Kraków, 2001.
6. www.gip.pl/prewen/publikacje/zdrowo-Inter 11 01 2005.
7. Dobrowolska B, Mielczarek-Pankiewicz E.: Opieka nad zdrowiem pracowników w środowisku pracy. IMP, Łódź 1992.

Marta Milona¹, Maria Gańczak¹, Zbigniew Szych¹

Postawy i obawy pielęgniarek oddziałów zabiegowych w woj. zachodniopomorskim wobec zawodowego ryzyka zakażenia wirusem HIV

Wstęp

Informacje o zawodowych zakażeniach HIV wśród pracowników służby zdrowia zaczęto publikować w 1984 r. Do 2000 r. zgłoszono około trzystu takich przypadków, a większość z nich dotyczyła pielęgniarek [1].

Ryzyko zakażenia zawodowego zależy od wielu czynników, w tym od frekwencji nosicieli HIV w populacji, dawki zakażającej, częstości i rodzaju zawodowych ekspozycji na krew, zakaźności samego wirusa oraz stadium zakażenia chorego – źródła ekspozycji [2, 3].

Na liczbę nosicieli HIV w populacji pielęgniarki nie mają wpływu, ale w tym względzie mogą odegrać znaczącą rolę służby zdrowia publicznego przez uruchamianie kampanii informacyjnych oraz skrining osób seropozytywnych. Dotąd nie opracowano skutecznej szczepionki pozwalającej na uodpornienie populacji i mimo stosowania coraz bardziej wyrafinowanych metod leczenia, nieznana jest jeszcze skuteczna terapia pozwalająca na eliminację wirusa ze wszystkich rezerwuarów ustrojowych [4, 5].

Personel medyczny nie pozostaje jednak zupełnie bezbronny wobec ryzyka zakażenia zawodowego. Ustalono, że działania przyczyniające się do zmniejszenia liczby kontaktów z krwią (w tym skaleczeń skóry), takie jak: stosowanie barierowych środków ochronnych, bezpiecznego sprzętu i technik zabiegowych, konsekwentne zgłaszanie ekspozycji zawodowych i stosowanie procedur poekspozycyjnych w przypadkach uzasadnionych oraz systematyczna edukacja w zakresie zakażeń krwiopochodnych mogą zmniejszyć ryzyko zakażeń zawodowych wśród personelu medycznego [5]. Mimo, że ryzyko zakażenia wirusem HIV po jednorazowej ekspozycji nie jest duże i wynosi 0,3% dla kontaktu przezskórnego, a 0,09% przy kontakcie przezśluzówkowym, to świadomość możliwości nabycia nieuleczalnej choroby, jaką jest AIDS, budzi duże obawy wśród

¹ Zakład Higieny, Epidemiologii i Zdrowia Publicznego, PAM

pracowników służby zdrowia [6]. Mogą one przyczyniać się nawet do stygmatyzacji pacjentów, jak również wpływać na zawodowe zachowania personelu medycznego.

W niniejszym badaniu postanowiliśmy ocenić, w jakim stopniu pielęgniarki oddziałów zabiegowych wybranych szpitali woj. zachodniopomorskiego obawiają się zakażenia HIV w trakcie pracy oraz jak obawy te wpływają ich zachowania zawodowe.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono od stycznia do marca 2003 r. wśród pielęgniarek pracujących w 2 szpitalach klinicznych, 5 miejskich oraz 11 powiatowych woj. zachodniopomorskiego. Narzędziem badawczym była anonimowa ankieta opracowana w oparciu o kwestionariusz A. Lowenfelsa z New York Medical College, USA, na co uzyskano zgodę autora. Do szpitali formularze zostały wysłane pocztą wraz z listem intencyjnym i instrukcją dotyczącą ich wypełnienia. Przy rozesłanych 700 ankietach, zwrotność wynosiła 85,8%. Niekompletnych było 9 kwestionariuszy. Niezbędną liczebność próby ($n = 556$) populacji generalnej skończonej ($N = 7495$ pielęgniarek zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim na dzień 31.12.2002 r. wg Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia z 2003 r.) ustalono przy arbitralnie wybranej wielkości półprzedziału ufności (nie przekraczającej 4%) oraz określonym poziomie ufności $= 0,95$, jeżeli nieznaną wariancję frakcji badanej cechy przyjęła maksymalną wartość. Do analiz postanowiono włączyć wszystkie prawidłowo wypełnione ankiety w liczbie 592. Tym samym warunek niezbędnej liczebności próby został spełniony. Ankieta składała się z dwóch części. Pierwsza zawierała metryczkę respondentów oraz pytanie o udział w szkoleniach HIV/AIDS. Druga część pytania dotyczące: zawodowego narażenia na zakażenie HIV, stosowania barierowych środków ochronnych, obaw związanych z narażeniem zawodowym i oczekiwań wobec testowania pacjentów w kierunku przeciwciał anty-HIV. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej stosując – do porównań między-grupowych – nieparametryczne testy istotności: test niezależności χ^2 i test U Manna-Whitneya. Poziom istotności testu przyjęto jako $p = 0,05$.

Wyniki

Ankiety wypełniło 601 pielęgniarek, z czego 9 kwestionariuszy odrzucono z racji braku kompletnych danych. Prawie połowa respondentek 256 (43,2%) pracowała w szpitalach miejskich, 229 (38,7%) w szpitalach powiatowych, 107 (18%) w klinikach. Mediana wieku badanych wynosiła 38 lat (20–58), a mediana stażu pracy 16 lat (1–28). W wymiarze jednego etatu pracowało 94% ankietowanych.

Ogółem w szkoleniach w zakresie HIV/AIDS brało udział 449 (75,8%) respondentek. Przynajmniej raz w ciągu dotychczasowej pracy zawodowej pacjentem HIV pozytywnym opiekowały się 162 pielęgniarki (27,3%). Przeszkórne zawodowe kontakty z krwią w ciągu roku poprzedzającego badanie miały 273 (46%) respondentki.

Ze względu na obawy związane z zawodowym zakażeniem HIV badane podzielono na trzy grupy: A – w znacznym stopniu obawiające się zakażenia HIV – 378 (62,9%), B – obawiające się w niewielkim stopniu – 188 (31,3%), C – nie obawiające się – 26 (4,3%). W szkoleniach z zakresu HIV/AIDS brało udział 282 (74,6%) pielęgniarek z grupy A, 144 (76,6%) z grupy B, 17 (65,4%) z grupy C. Pomiędzy grupami nie było różnic istotnych statystycznie ($p > 0,21$).

Mediany stażu pracy pielęgniarek w poszczególnych grupach nie różniły się istotnie statystycznie ($p > 0,17$) i wynosiły: w grupie A – 17, w grupie B – 16, w grupie C – 15. Kontakt z pacjentem HIV pozytywnym przynajmniej raz w ciągu pracy w grupie A miało 102 (27%) pielęgniarek i 40 (21%) w grupie B ($p > 0,85$).

W szpitalach powiatowych zakażenia w dużym stopniu obawiało się 177 (77%) spośród 229 pielęgniarek. W szpitalach miejskich takie obawy towarzyszyły 150 (58,4%) respondentek, w klinikach 51 (47%); różnice pomiędzy szpitalami były istotne statystycznie ($p > 0,02$). Odsetek pielęgniarek obawiających się zakażenia HIV w niewielkim stopniu wynosił: w klinikach 48 (44,8%) ankietowanych, w szpitalach miejskich 90 (35%), a w szpitalach powiatowych 50 (21,8%). Różnice istotnie statystycznie występowały między szpitalami powiatowymi i szpitalami miejskimi oraz szpitalami powiatowymi i klinikami ($p > 0,002$).

Przeszkórne zawodowe kontakty z krwią w ciągu roku poprzedzającego badanie w grupie A miało 187 osób (49%; mediana liczby takich kontaktów wynosiła 2), w grupie B 75 osób (39%; mediana liczby kontaktów 3), w grupie C 11 osób (42%; mediana liczby kontaktów 2). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między częstościami zakłuć ($p > 0,35$) i medianami zakłuć ($p > 0,21$) w poszczególnych grupach.

W grupie A 50 osób (25,7%) zgłosiło ekspozycję zawodową szpitalnym służbom epidemiologicznym, w grupie B 19 osób (24,3%), w grupie C 5 osób (38,4%) ($p > 0,3$). Brak przekonania o zakaźności pacjenta (grupa A – 32,2%, grupa B – 50,8%, grupa C – 50% – różnice istotne statystycznie stwierdzono między grupami A i B: $p < 0,02$) i przekonanie, że zgłoszenie nie wpłynie na uniknięcie ewentualnego zakażenia (grupa A – 30,1%; grupa B – 22%, grupa C – 25%; $p > 0,24$) stanowiły najczęstsze powody nie zgłaszania ekspozycji w badanych grupach.

Rękawic ochronnych w czasie wykonywania zabiegów medycznych „zawsze” używało 312 (82,5%) pielęgniarek z grupy A, 165 (87,8%) z grupy B i 20 (76,9%) z grupy C ($p > 0,07$). Przyczyny nie używania środków ochronnych „zawsze” przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Deklarowane przyczyny nie używania środków ochronnych „zawsze” przez pielęgniarki w czasie wykonywania zabiegów medycznych w zależności od obaw związanych z zakażeniem HIV w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych

| | Obawiający się | | | | Nie obawiający się | |
|---|--------------------------------------|-------------------|---|-------------------|--------------------|------|
| | W dużym stopniu Grupa A (n = 378) | | W niewielkim stopniu Grupa B (n = 188) | | Grupa C (n = 26) | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Brak czasu | 59 | 15,6 | 15 | 8,0 | 2 | 7,7 |
| Nie zawsze są dostępne | 102 | 27,0 | 40 | 21,3 | 3 | 11,5 |
| Są niewygodne | 78 | 20,6 | 36 | 19,1 | 9 | 34,6 |
| Mało efektywne | 27 | 7,1 | 10 | 5,3 | 1 | 3,8 |
| Pacjent nie stanowi zagrożenia zakażeniem | 67 | 17,7 ¹ | 56 | 29,8 ¹ | 6 | 23,1 |

¹ – p < 0,01

Tabela 2. Opinie pielęgniarek na temat testowania pacjentów w kierunku HIV w zależności od obaw związanych z zakażeniem HIV w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych

| | Wszystkich hospitalizowanych | | | | Przed planowanym zabiegiem operacyjnym | | | |
|---|------------------------------|------------------------|-----|-------------------|--|-----------------------|-----|-------------------|
| | tak | | nie | | tak | | nie | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Obawiający się w dużym stopniu – grupa A | 302 | 79,91 ^{1,2,3} | 76 | 20,1 ¹ | 365 | 96,3 ^{4,7,8} | 13 | 3,2 ⁴ |
| Obawiający się w niewielkim stopniu – grupa B | 100 | 53,20 ² | 88 | 46,8 | 166 | 88,3 ^{5,7} | 22 | 11,2 ⁵ |
| Nie obawiający się grupa C | 11 | 42,30 ³ | 15 | 57,7 | 22 | 84,6 ^{6,8} | 4 | 15,4 ⁶ |

^{1,2,3,4,5} – p < 0,0001; ⁶ – p < 0,001; ⁷ – p < 0,002; ⁸ – p < 0,02

Pielęgniarki, które w niewielkim stopniu obawiają się zakażenia HIV (29,8%), częściej z powodu przekonania, że pacjent nie stanowi zagrożenia zakażeniem nie używają środków ochronnych od tych, które obawiają się w dużym stopniu (17,7%); różnica była istotna statystycznie (p < 0,002). Ze zmianami na skórze rąk do pracy przystępowało 215 (56,9%) ankietowanych z grupy A, 87 (46,3%) z grupy B i 12 (46,1%) z grupy C. Różnica istotna statystycznie występowała pomiędzy grupami A i B (p < 0,002).

Oczekiwania pielęgniarek w grupach A, B i C w zakresie wykonywania testów wykrywających zakażenie HIV u pacjentów przedstawia tabela 2. Zde-

cydowanie więcej – 302 (79,9%) pielęgniarek obawiających się w dużym stopniu zakażenia HIV w trakcie wykonywania pracy, opowiadało się za oznaczeniem przeciwciał anti-HIV u wszystkich hospitalizowanych, niż było temu przeciwnych – 76 (20,1%); była to różnica istotna statystycznie $p < 0,0001$. Pielęgniarki z tej grupy częściej w porównaniu z grupami B – 100 (53,2%) i C – 11 (42,3%) optowały za oznaczeniem przeciwciał wszystkim pacjentom trafiającym do szpitala ($p < 0,0001$). We wszystkich badanych grupach pielęgniarce znamienne częściej opowiadały się za testowaniem pacjentów przed zabiegami operacyjnymi w kierunku HIV, niż były przeciwnie wykonywaniu takich testów ($p < 0,001$). Istotna statystycznie różnica w przekonaniach o konieczności testowania pacjentów w kierunku HIV przed zabiegami operacyjnymi występowała pomiędzy grupą A i B ($p < 0,002$) oraz A i C ($p < 0,02$).

Dyskusja

Poczucie zagrożenia zakażeniem HIV wśród badanych pielęgniarek jest wysokie i nie zależy od stażu pracy, liczby odbytych szkoleń z zakresu HIV/AIDS i liczby pacjentów HIV pozytywnych. Podobne wyniki uzyskali inni autorzy [7, 8, 9]. Duże obawy pielęgniarek mogą się wiązać ze świadomością skutków zarówno zdrowotnych, jak i społecznych oraz zmian w sytuacji i życiu osoby zakażonej. Racjonalnym wydawałoby się więc wykorzystanie wszystkich dostępnych metod w celu zabezpieczenia się przed ryzykiem transmisji wirusa. Z przedstawionego materiału wynika jednak, że tak się nie dzieje. Co piąta pielęgniarka obawiająca się zakażenia w dużym stopniu nie korzysta „zawsze” w czasie wykonywania zabiegów medycznych z podstawowej ochrony, jaką dają rękawice. Udowodniono, że lateksowy materiał ochronny zatrzymuje podczas ukłucia igłą do iniekcji – około 50%, a igłą chirurgiczną 86% krwi [10]. We wcześniejszych cytowanych badaniach przeprowadzonych na Tajwanie i w Nowej Zelandii odsetek pielęgniarek używających rękawic „zawsze” wynosił odpowiednio 76,3% i 49,4% [7, 8]. Podobne wyniki w odniesieniu do pielęgniarek otrzymał Beniowski w badaniach postaw pracowników służby zdrowia w dawnym województwie katowickim [11]. Główną przyczyną nie używania środków ochrony osobistej deklarowaną przez respondentki jest brak dostępności tych środków, ale pozostaje duża grupa, która mimo dużych obaw rezygnuje z ochrony z powodu braku wygody lub przekonania, że pacjent nie stanowi zagrożenia zakażeniem. Nie możemy również stwierdzić, że obawy przyczyniają się do większej ochrony osobistej przed kontaktem z materiałem zakaźnym. Pielęgniarki w znacznym stopniu obawiające się zakażenia HIV najczęściej spośród badanych przez nas grup przystępują do pracy ze zmianami na skórze rąk. Takie postępowanie zwiększa ryzyko transmisji zakażeń [4]. Nie wykazaliśmy również, żeby w grupie pielęgniarek w znacznym stopniu obawiających się zakażenia HIV występowało najmniej przezskórnych zawodowych kontaktów z krwią. Podobny

brak zależności wykazali inni autorzy [12, 13, 14]. Jak wykazaliśmy w naszych poprzednich badaniach [15] wśród pielęgniarek dochodzi najczęściej (63%) do skałeczeń igłą ze światłem. Igła taka zawiera stosunkowo dużą ilość materiału zakaźnego w przestrzeni ograniczonej jej przekrojem. Wbrew odczuwanym obawom, nie skłania to jednak trzech czwartych ankietowanych do poważnego potraktowania zdarzenia i zgłoszenia go szpitalnym służbom epidemiologicznym. Odsetek zgłaszalności jest niski, ale mieści się w granicach podawanych przez innych autorów [3, 16]. Podkreślić należy, że w ten sposób pielęgniarki pozbawiają się szansy na uzyskanie fachowej porady i wdrożenie ewentualnego postępowania poekspozycyjnego, mogącego przyczynić się do znacznej redukcji ryzyka zakażenia. Zastanawiającym wydaje się również fakt, że wśród wszystkich ankietowanych, również tych z dużymi obawami, główną przyczyną nie zgłaszania ekspozycji jest brak przekonania o zakaźności pacjenta. Potwierdza to jednak doniesienia specjalistów do spraw kontroli zakażeń [16].

Przedstawione powyżej wyniki prezentują nie w pełni racjonalne postawy i budzą niepokój i zdziwienie. Wskazują, że mimo częstych szkoleń, nadal brak jest rzetelnej i ugruntowanej wiedzy na temat HIV/AIDS, a postawy pielęgniarek odzwierciedlają obiegowe, silnie zakorzenione schematy myślenia o zakażeniach HIV. Za taką tezę przemawia bardzo wysoki odsetek naszych respondentek opowiadających się za testowaniem pacjentów hospitalizowanych, zwłaszcza przed zabiegami operacyjnymi. Podobne tendencje można obserwować u pracowników służby zdrowia innych krajów [7, 8, 11, 17]. Odsetek pielęgniarek optujących za testowaniem pacjentów jest znamienne wyższy wśród osób o dużych obawach. Zdają się one prezentować przekonanie, że wiedza o tym, kto jest zakażony pozwoli im odpowiednio zareagować i uniknąć zagrożenia. W przytaczanej wielokrotnie pracy Geberding i wsp. wykazano, że wiedza o dodatnim wyniku badania w kierunku HIV u pacjenta nie zmniejsza liczby ekspozycji na krew u operującego personelu [18].

Postulowane testowanie pacjentów, jako metoda mająca przyczynić się do zmniejszenia ryzyka zawodowego zakażenia wirusem HIV u personelu medycznego, nie jest uzasadnione. Należy dążyć do racjonalizacji zachowań i radykalnego zmniejszania częstości ekspozycji na krew poprzez stosowanie środków ochrony osobistej i bezpiecznych technik przy wykonywaniu zabiegów medycznych, a także poprzez systematyczne podnoszenie wiedzy i umiejętności personelu w zakresie zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym.

Wnioski

1. Brak racjonalnego postępowania zmniejszającego ryzyko zakażenia wśród pielęgniarek znacznie obawiających się zawodowego zakażenia HIV, przy jednoczesnym opowiadaniu się za testowaniem pacjentów w kierunku przeciwciał anti-HIV może wskazywać, że lęk przed zakażeniem jest utożsamiany z lękiem przed zakażonymi.

2. Występuje pilna potrzeba szkoleń w tej grupie zawodowej z zakresu zapobiegania zakażeniom krwiopochodnym i postępowania poekspozycyjnego.

Piśmiennictwo

1. Beltrami E. M.: Risk and management of blood-borne infections in health care workers: an overview. *Clin. Microbiol. Rev.*, 2000; 13: 385–392.
2. Boroń-Kaczmarek A.: Standardy postępowania u zakażonych HIV. *Med. po Dypl.*, grudzień, 2000; 108–155.
3. Bell D. M.: Occupational risk of HIV infection in healthcare workers: An overview. *Am. J. Med.*, 1997; 102, 5B: 9–15.
4. Juszczyk J.: Profilaktyczne stosowanie leków antyretrowirusowych w warunkach zawodowego ryzyka zakażenia u pracowników medycznych. Warszawa. Glaxo Smith Kline; 2001; 4.
5. Kuo Y. H., Fabiani J. N., Mohamed A. S.: Decreasing Occupational Risk Related to Blood-Borne Viruses in Cardiovascular Surgery in Paris, France. *Ann. Thorac. Surg.*, 1999; 68: 2267–2272.
6. Geberding J. L.: Incidence and prevalence of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, and Cytomegalovirus among health care workers at risk for blood exposure: final report from longitudinal study. *J. Infect. Dis.*, 1994; 170: 1410–1417.
7. Juan C. W., Siebers R. W., Wu F. F. i wsp.: The attitudes, concerns, gloving practices and knowledge of nurses in a Taiwanese hospital regarding AIDS and HIV. *Intrat. J. Nur. Prac.*, 2004; 10: 32–38.
8. Van Weissen K. A., Siebers R. W.: Nurses' attitudes and concerns pertaining to HIV and AIDS. *J. Adv. Nurs.*, 1993; 18: 912–917.
9. Jocz W.: Postawy pracowników służby zdrowia województwa białostockiego wobec AIDS. *Probl. HIV i AIDS*, 1999; 5 (supl. 1): 38.
10. Kowalczyk H.: Bariery odzież ochronna dla personelu medycznego w prewencji chorób przenoszonych przez krew. *Blok Oper.*, 1999; 2 (4): 66–69.
11. Beniowski M., Karczmarski T., Sawaryn T. i wsp.: Podstawy, wiedza i zachowania pracowników służby zdrowia dotyczące HIV/AIDS w kontekście narażenia zawodowego na zakażenia krwiopochodne. *Nowa Klin.*, 1996; 3: 53–58.
12. Gańczak M., Szych Z.: Obawy lekarzy specjalności zabiegowych przed zakażeniem HIV. *Ort. Traum. Rehab.*, 2004; 6 (supl. 1): 134.
13. Gańczak M., Boroń-Kaczmarek A., Białecki P. i wsp.: Narażenie lekarzy specjalności zabiegowych województwa zachodniopomorskiego na zakażenie HIV. *Pol. Merk. Lek.*, 2003; XV, 85: 75–80.
14. Shapiro M. F., Hayward R. A., Guillemot D. i wsp.: Residents' Experiences in, and Attitudes Toward, the Care of Persons With AIDS in Canada, France, and United States. *Jama*, 1992; 268: 510–515.
15. Gańczak M., Milona M., Szych Z.: Nurses and HIV exposures. *J. Infect. Contr. Hosp. Epidemiol.*, 2005 (w druku).

16. Resnic F. S.: Occupational Exposure Among Medical Students and House Staff at a New York City Medical Center. *Arch. Intern. Med.*, 1995; 155 (1): 75–80.
17. Ciastoń-Przeclawska E.: Lekarze, pielęgniarki i pracownicy socjalni a zagadnienia związane z HIV/AIDS. Wydawnictwo Poznańskie, Poznań, 2001.
18. Geberding J. L., Littell G., Tarkington A. i wsp.: Risk of exposure of surgical personnel to patients blood during at San Francisco General Hospital. *N. Engl. J. Med.*, 1990; 322: 1788–1793.

Marta Ramuszewicz¹, Elżbieta Krajewska-Kuřak²,
Hanna Rolka², Cecylia Łukaszuk²

Zespół wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek anestezjologicznych

Wprowadzenie

Pojęcie zespołu wypalenia zawodowego pojawiło się w literaturze światowej w latach 60-tych, w Polsce dopiero pod koniec lat 80-tych [9]. Czynnikiem kluczowym dla rozwoju wypalenia zawodowego jest uogólnione doświadczenie niepowodzenia w zmaganiu się ze stresem i obciążeniami emocjonalnymi wykonywanego zawodu. Jest ono nie tyle bezpośrednim skutkiem przewlekłego stresu zawodowego, ile stresu nie zmodyfikowanego własną aktywnością zaradczą [7, 18]. Człowiek pracując ulega z jednej strony oddziaływaniu społecznego środowiska w miejscu pracy, a z drugiej sam wpływa na to środowisko. Przy powstawaniu syndromu wypalenia zawodowego ważną rolę odgrywają więc takie czynniki, jak np.: motywacja do pracy, stawianie sobie nadmiernych lub zbyt niskich wymagań, trudności w komunikacji ze współpracownikami, pozycja w hierarchii zawodowej, niewłaściwie sprecyzowane obowiązki, zła organizacja pracy [11].

Wypalenie zawodowe dotyczy wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych. Olley w swoich badaniach obejmujących 104 pielęgniarki, 83 lekarzy, 21 farmaceutów, 10 pracowników socjalnych i 42 pomocy pielęgniarskich wykazał, że to właśnie pielęgniarki wykazywały najwyższy stopień wypalenia zawodowego [15]. Pełnienie przez nie funkcji zawodowych wiąże się bowiem ze stałym kontaktem z drugim człowiekiem i zaangażowaniem emocjonalnym w jego problemy, stałym funkcjonowaniem w sytuacjach trudnych i koniecznością natychmiastowego radzenia sobie z nimi, z posiadaniem odpowiednich kwalifikacji zawodowych oraz stałym ich podwyższaniem [10, 14, 17].

¹ Blok Operacyjny, Szpital MSWiA w Białymstoku

² Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Akademia Medyczna w Białymstoku

Ciągła troska o podopiecznych powoduje, że reprezentanci tego zawodu żyją w ciągłym stresie [1, 2, 10, 17]. Gillespie i Melby wykazali, że na wypalenie zawodowe bardziej są narażone pielęgniarki z oddziałów zabiegowych [5]. Pamiętać jednak należy, że zespół wypalenia zawodowego nie jest procesem występującym nagle. Postępuje powoli i stopniowo, obejmując sferę fizyczną i psychiczną oraz wpływając na funkcjonowanie w środowisku rodzinnym i zachowanie w pracy. Maslach określiła zespół wypalenia, jako syndrom składający się z wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, obniżonego poczucia własnej adekwatności oraz/lub grupy różnych objawów klinicznych [12, 13].

Celami obecnych badań były: ocena znajomości terminu „zespół wypalenia zawodowego” wśród pielęgniarek anestezjologicznych, ustalenie poziomu wiedzy badanych na ten temat, dokonanie oceny ich poziomu wypalenia zawodowego, stwierdzenie, czy staż pracy, sytuacja rodzinno-zawodowa mają wpływ na wystąpienie w/w zespołu oraz określenie sposobów rozładowywania napięcia emocjonalnego przez badane pielęgniarki.

Metodyka

Do realizacji założonego celu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego zrealizowaną za pomocą techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankietowy własnej konstrukcji złożony z 48 pytań (otwartych, półotwartych i zamkniętych). Badaniami objęto 80 pielęgniarek anestezjologicznych. Wyłączono z nich mężczyzn (pielęgniarzy).

Wyniki

W badanej grupie 80 pielęgniarek, 37,5% z nich było w wieku 20–30 lat, 50% miało powyżej 31 lat, a 12,50% więcej niż 41 lat. Pannami było 25% respondentek, 62,5% mężatkami, a 7,5% było rozwiedzionych. Krócej niż 10 lat pracowało 47,5% ankietowanych, powyżej 11 lat – 40%, a 12,50% z nich miało staż ponad dwudziestoletni. Do 10 lat na stanowisku pielęgniarki anestezjologicznej pracowało 48% pielęgniarek, powyżej 10 lat – 40% pielęgniarek anestezjologicznych, a ponad 20 lat – 12,5% osób. Badane były wcześniej zatrudnione na oddziałach internistycznych, chirurgicznych, psychiatrycznych i noworodkowych. Jedynie 3,6% z nich pracowała od początku w charakterze pielęgniarki anestezjologicznej. Większość badanych miała wykształcenie średnie, a studia wyższe posiadało tylko 15% pielęgniarek. Swoje warunki mieszkaniowe jako bardzo dobre deklarowało 45% respondentek, jako dobre – 42,5%, a jako wystarczające – 12,5% osób. Finanse jako „dobre” oceniało 25% ankietowanych, a jako bardzo dobre 2,5% z nich. Najwięcej respondentek (57,5%) twierdziło, że ich warunki finansowe pozwalają na pokrycie tylko podstawowych potrzeb, a 15% oceniało je nawet jako krytyczne.

Pielęgniarki pracowały najczęściej w systemach pracy 8 i 12 godzinnych dyżurów, w tym 37% w systemie 8 godzinnym (tzw. „ranki”), a pozostałe w dyżurach 12-godzinnych (dzień/noc). Ankietowane w 40% deklarowały, że pracują dodatkowo po godzinach. Często zdarzało się to u 5% badanych, sporadycznie u 10%, a rzadko u 25% ankietowanych.

Respondentki deklarowały, że nigdy nie miały poczucia braku kompetencji i wiedzy (60% wskazań), nie odczuwały wobec swoich podopiecznych bezsilności i bezradności (47,5% wskazań), nie wykonywały zabiegów szablono-wo i stereotypowo (45% wskazań) oraz nie okazywały pacjentom niechęci w czasie wykonywania czynności (32,5% wskazań).

Zdecydowana większość pielęgniarek (95%) twierdziła, że lubi swoją pracę, a ponad połowa z nich (55%), że praca na bloku operacyjnym ma wyższy prestiż zawodowy, niż na innych oddziałach. Chęć uczęszczania do pracy deklarowało aż 87% grupy badanej. Swoje zaangażowanie w wykonywanie pracy jako bardzo dobre oceniło 65% pielęgniarek. Żadna osoba nie uważała, iż można je uznać za niedostateczne.

Prawie wszystkie respondentki (87,5%) podały, że ich współpraca z bezpośrednim przełożonym jest zadowalająca. Relacja pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami satysfakcjonowała 95% ankietowanych, a pomiędzy pielęgniarkami a personelem pomocniczym 80% z nich. Współpracę z innymi członkami zespołu operacyjnego jako dobrą określiło 92,50% osób. Wszystkie zaś twierdziły, że w każdej chwili mogą liczyć na pomoc swych koleżanek.

W samoocenie, znajomość terminu „wypalenie zawodowe” deklarowało 95% respondentek, a jego poczucie miało jedynie 15% pielęgniarek. Jednocześnie 40% z nich twierdziło w samoocenie, że jest zestresowana. W pracy często denerwowało się 17,50% osób, sporadycznie – 80%, a nigdy tylko 12,50% badanych. Ankietowane w 30% twierdziły, że często „przenoszą” pracę do domu, a problemy zawodowe wywierają ogromny wpływ na ich życie rodzinne (62,5%). Znajomość technik radzenia sobie ze stresem deklarowało 87% pielęgniarek, ale stosowało je tylko 43% osób. Za istotne środki do walki z dystresem uznawały one wsparcie społeczne, pozytywne myślenie, aktywność fizyczną, wypoczynek, czynne życie towarzyskie itp. Problemy ze snem miało 30% respondentek, a z fazą zasypiania 20%. Budzenie się w nocy było problemem 38% pielęgniarek, ranne budzenie 13%, a poranne wstawanie 68% z nich.

Po odbytym dyżurze najwięcej osób odczuwało dolegliwości bólowe mięśni i kręgosłupa (23%), osłabienie efektywnego myślenia (18%), bóle głowy (17%), obniżenie nastroju, drażliwość (17%), brak motywacji do pracy (14%), chęć przebywania na zwolnieniu lub urlopie lekarskim (13%), zaburzenia snu i osłabienie siły mięśniowej (po 9%), problemy z przemianą materii (6%), mrowienie i drętwienie kończyn górnych (2%) oraz inne objawy (13%), takie jak: ogólne złe samopoczucie, silne zmęczenie, bóle i kurcze kończyn dolnych.

Omówienie

Termin „wypalenie zawodowe” znany jest w środowisku medycznym, czego potwierdzeniem są także obecne wyniki. W badaniach przeprowadzonych na Śląsku pojęcie to znało 59% badanych, słyszało to określenie, ale nie znało go dokładnie – 23%, a 14,8% osób dowiedziało się o nim w trakcie badań po raz pierwszy [20].

Dane z literatury i obserwacje własne bezsprzecznie wskazują, że jednym z najlepszych przykładów zawodu, któremu zagraża wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego, jest pielęgniarstwo [1, 2, 3, 14, 15, 17]. Pielęgniarka poznając problemy emocjonalne, społeczne, fizyczne pacjenta udziela mu wsparcia bio-psycho-społecznego na każdym etapie walki z chorobą. Niestety, często przekracza to jej możliwości fizyczne oraz psychiczne i może być powodem stresu. Źródeł stresu na stanowisku pielęgniarki może być wiele. Zaliczyć tu można np. świadomość ciągłej odpowiedzialności za pacjenta, złą organizację pracy, niekompetentne kierownictwo, pracę zmianową, nierytmiczną, powodującą przeciążenia lub niedociążenia, czy też charakter „falujący” pracy (dłuższe okresy „niedociążenia” przeplatające się z okresami przeciążenia) [7]. Częstotliwość pracy ponad wymiar wpływa nie tylko na jej efektywność, jakość jej wykonania i stosunek do niej, ale także na rozwój wypalenia zawodowego. Badania Hoffmana i Scota potwierdziły, że pielęgniarki pracujące w systemie 8 godzinnym były mniej zestresowane niż dyżurujące przez 12 godzin [8].

Na rozwój stresu duży wpływ ma także satysfakcja z wykonywanej pracy. Według Sprusińskiej największym aspektem dającym zadowolenie, jest właśnie możliwość pomocy innym ludziom [20].

Badane pielęgniarki twierdziły, że taką satysfakcję odczuwają. Mają „poczucie spełnienia”, ponieważ zawsze chciały pracować na stanowisku pielęgniarki anestezyjologicznej, mają możliwość pomocy drugiemu człowiekowi, są pielęgniarkami z powołania i taki rodzaj pracy odpowiada im najbardziej. Nasze respondentki zwróciły także uwagę, że życzliwa atmosfera w pracy wynika z dobrej współpracy w zespole terapeutycznym. Swoich współpracowników określiły, jako koleżeńskich i życzliwych, twierdząc że mogą na nich zawsze polegać w sytuacjach trudnych i wymagających pomocy. Zdecydowana większość badanych lubiła swoją pracę i oceniała panującą w niej atmosferę jako dobrą. Również w badaniach Probiez stosunki interpersonalne w pracy były określane, przez zdecydowaną większość respondentek, jako bardzo dobre i dobre [19]. Natomiast badania przeprowadzone w Olsztynie wykazały, że ankietowane w zdecydowanej większości miały problemy w porozumiewaniu się z przełożonym, co bezpośrednio wpływało na rozwój u nich wypalenia zawodowego [16]. Także wyniki Gawel i wsp. przeprowadzone w grupie 78 pielęgniarek odcinkowych wykazały, że nieprawidłowa indywidualna i zespołowa organizacja pracy oraz niewłaściwe stosunki interpersonalne między pielęgniarkami i kierownictwem

nasilają poziom odczuwanego przez nie zmęczenia, a przez to przyczyniają się do rozwoju wypalenia zawodowego [4].

W badanej grupie pielęgniarek czynnikami stresogennymi były: duża odpowiedzialność za pacjenta w trakcie zabiegu, jego stan oraz nagła zmiana podziału pracy i planów zabiegów operacyjnych na bloku. Niestety, na podstawie wypowiedzi respondentek wnioskować można o małej znajomości przez nie profesjonalnie stosowanych technik relaksacyjnych, jak np. trening autogenny Schultza, trening neuromięśniowy Jackobsena, wizualizacja itp. Niską wiedzę pielęgniarek na powyższy temat wykazały również badania przeprowadzone na oddziałach kardiologicznych i psychiatrycznych [6, 16].

Na bezpośrednie pytanie, „czy jesteś wypalona zawodowo” 15% naszych badanych odpowiedziało twierdząco. Okazało się jednak, że było to tylko subiektywne odczucie respondentek. Ponieważ w wyniku analizy uzyskanych wyników stwierdzono, że prawie każda z nich odczuwała, w różnym nasileniu, wiele objawów fizycznych i psychicznych charakterystycznych dla wypalenia zawodowego i każda miała styczność z wieloma czynnikami odpowiedzialnymi za jego wystąpienie, a większość swoje problemy zawodowe „przenosiły do domu”. Występowanie u pielęgniarek takich objawów, jak: zmęczenie, dolegliwości bólowe głowy, krzyża, karku i ramion itd. potwierdziły badania Gugały wśród pracowników oddziałów kardiologicznych i intensywnej terapii [19]. W związku z nielicznymi doniesieniami dotyczącymi problemu wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek anestezjologicznych wskazane są dalsze poszerzone badania w tym zakresie.

Wnioski

1. Objawy zespołu wypalenia zawodowego można było stwierdzić u większości pielęgniarek anestezjologicznych.
2. Termin wypalenie zawodowe jest znany w środowisku pielęgniarek anestezjologicznych, ale poziom ich wiedzy na powyższy temat wymaga uzupełnienia.
3. Staż pracy nie ma wpływu na wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego.
4. Badane osoby w celu rozładowania napięcia emocjonalnego stosowały jedynie zachowania konstruktywne.

Piśmiennictwo

1. Borkowska-Kalwas T., Pączkowska M.: Pielęgniarka o problemach swojej pracy. *Antidotum* 1998; 7: 23–27.
2. Dakowicz A.: Strategie rozwiązywania sytuacji konfliktowych. Test – Pismo Naukowe Wydziału Pedagogiki i Psychologii Filii UW w Białymstoku 1996; 4: 181–184.

3. Formański J.: Psychologiczne problemy pracy pielęgniarek. PTP I Kongres Pielęgniarek Polskich, Materiały konferencyjne, 1993.
4. Gawęł G., Kowal A., Kozieł A.: Ocena wpływu wybranych czynników społecznego środowiska pracy na poczucie zmęczenia u pielęgniarek. Materiały Konferencyjne II Podlaskiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „XXI wiek – nowe wyzwania pielęgniarstwa”, Białystok, 2001.
5. Gillespie M., Melby V.: Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *J Clin Nurs* 2003; 16: 842–851.
6. Gugała B.: Obciążenie stresem, a umiejętność radzenia sobie z nim. *Pielęgniarka i położna* 2003; 7: 18–19.
7. Gugała B.: Stres w pracy pielęgniarek. *Pielęgniarka i Położna* 2003; 1: 18–23.
8. Hoffman A. J., Scott L. D.: Role stress and cancer satisfaction among registered nurses by work shift patterns. *J Nurs Adm* 2003; 33: 337–342.
9. Kaptacz A.: Syndrom wypalonych sił. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1999; 4: 7–9.
10. Lambert V. A.: Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *Int J Nurs Stud* 2004; 41: 85–97.
11. Makara-Studzińska M., Płotka A.: Zespół wypalenia zawodowego. *Pielęgniarka i położna* 1997; 6: 4–5.
12. Maslach Ch. (red.): *Burnout – the Cost of Caring*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, New York, 1982.
13. Maslach Ch.: Wypalenie się, a utrata troski o człowieka (w:) Zimbardo P. G., Rush F. L.: *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa, 1994.
14. Modzelewska T., Kulik T. B.: Zachowanie prozdrowotne pielęgniarek a zespół wypalenia zawodowego. *Pielęgniarka i położna* 2002; 10: 8–10.
15. Olley B. O.: A comparative study of burnout syndrome among health professionals in a Nigerian teaching hospital. *Afr. J. Med. Sci.* 2003; 32: 297–302.
16. Płotka A., Pitek A., Makara-Studzińska M.: Zespół wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek oddziałów psychiatrycznych *Pielęgniarstwo* 2000 1999; 6: 35–47.
17. Rak A., Gawęł G., Kowal A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek. *Sztuka Leczenia* 2000; 6: 71–76.
18. Sapilak B. J., Steciwko A.: Wypalenie zawodowe – predyspozycje, objawy, przeciwdziałanie *Polska Medycyna Rodzinna* 2002; 4: 337–341.
19. Skotnicka-Graca U., Probiez A.: Problem wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarstwa. Materiały Konferencyjne II Podlaskiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „XXI wiek – nowe wyzwania pielęgniarstwa”, Białystok, 2001.
20. Sprusińska E.: Pielęgniarki – sytuacja zawodowa i rodzinna, Materiały Konferencyjne II Podlaskiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „XXI wiek – nowe wyzwania pielęgniarstwa”, Białystok, 2001.

Agnieszka Zahorowska¹, Cezary Godlewski²,
Ewa Urszula Pużuk³

Występowanie Zespołu Wypalenia Zawodowego wśród pracowników Domów Pomocy Społecznej i Szkół Specjalnych

Wstęp

Z pojęciem wypalenia zawodowego spotykamy się w różnych środowiskach zawodowych od dłuższego czasu. Oznacza ono przede wszystkim utratę zapału do wykonywanej pracy, poczucie braku pozytywnych efektów i sensu tego, co się robi. Często wiąże się także z poczuciem winy, że ciągle coś wykonujemy nie tak, jak trzeba. Na wypalenie zawodowe narażone są osoby zaangażowane w pracę z ludźmi lub na rzecz innych ludzi. Bogactwo interakcji, konieczność empatii, długotrwały stres, praca zmianowa i wiek powodują, że dochodzi stopniowo do wyczerpania fizycznego i psychicznego [1].

Istnieje wiele objawów i sygnałów, które wspólnie tworzą syndrom wypalenia się. Poniższe objawy, symptomy powinny być traktowane jako zbiór potencjalnych sygnałów ostrzegawczych przed syndromem ZWZ:

- wyczerpanie fizyczne – chroniczne zmęczenie bez widocznej przyczyny,
- bezsensowność,
- napięcie mięśniowe – różnorodne bóle bez wyraźnej przyczyny,
- migrenowe bóle głowy,
- niezdolność do podejmowania decyzji – podjęcie najprostszej decyzji wymaga coraz większego wysiłku,
- utrata entuzjazmu – mechaniczne reagowanie na zadania; często pojawia się nuda, przy czym nudzenie może być pozorne,
- niecierpliwość i wybuchy irytacji [2].

¹ Dom Pomocy Społecznej przy ul. Baranowickiej w Białymstoku

² Studium Filozofii i Psychologii Człowieka, Akademia Medyczna w Białymstoku

³ Dom Pomocy Społecznej przy ul. Świerkowej w Białymstoku

Przegląd literatury dotyczący syndromu wypalenia zawodowego z ostatnich dziesięciu lat pozwala zauważyć, że badacze wciąż poszukują specyficznej przyczyny tego problemu. Syndrom wypalenia jest zjawiskiem występującym w układzie człowiek–praca. Psychologowie pracy zaobserwowali powyższe zjawisko u osób pracujących w zawodach, w których:

- a) praca wymaga dużego zaangażowania i poświęcenia,
- b) działalność zawodowa wiąże się z dużą odpowiedzialnością, ujmowanych w kategoriach konieczności dbania o innych,
- c) czynności zawodowe związane są nierozzerwalnie z nawiązywaniem kontaktu podmiotowego z innymi ludźmi, co powoduje obciążenie emocjonalne, stres [3, 4].

Posługując się teoriami cech osobowości można opisać w miarę precyzyjnie zachowanie człowieka, a także różnice w zachowaniu się między poszczególnymi ludźmi. J. Fengler twierdzi, że obciążenie pomaganiem prowadzi do zawodowej deformacji osobowości: „Deformacja osobowości rozumiana jako niepożądana konsekwencja wykonywania zawodu powinna określać wszelkie niepożądane zmiany osobowości, nieprawidłowości rozwoju, poczucie zmęczenia, wypalenia zawodowego, usztywnienia, dezorientacji, utratę poczucia rzeczywistości i prawidłowej jej oceny oraz przekłamania w odbiorze własnych przeżyć, sądów i zachowań, które występują w przebiegu pracy zawodowej i są przez nią warunkowane” [5, 6].

Niezależnie od koncepcji przyjmuje się, że powstanie zespołu wypalenia zawodowego spowodowane jest przede wszystkim warunkami pracy.

Według J. Formańskiego, w zakresie warunków pracy wymieniane są najczęściej:

- „stopień psychicznego zaangażowania potrzebnego do wykonania pracy,
- nadmierny poziom osobistej odpowiedzialności za wykonane zadania, zwłaszcza przy braku swobody w zakresie sposobu ich realizacji,
- wysoki poziom wymagań maksymalnie angażujący umiejętności pracownika, co zmniejsza jego odporność i sprawność w trudnych sytuacjach,
- duże tempo pracy i fizyczne obciążenie pracownika,
- nieodpowiedni, autokrytyczny styl zarządzania instytucją, skoncentrowany na kontroli i przez to powodujący zwiększenie niepewności i lęku o poziom wykonywania zadania,
- niewłaściwe relacje interpersonalne w pracy, głównie zablokowanie porozumiewania się, które powoduje wzrost rywalizacji i wrogości pomiędzy pracownikami” [5].

Warunki pracy w Polsce, skutkujące określonym poziomem obciążenia fizycznego i stresu, mogą być znacznie odmienne od warunków panujących w innych krajach. Wynika to m.in. z różnic w jakości wykorzystywanych sprzętów pomocniczych, rozwiązań architektonicznych, ilości personelu [7].

Materiał i metoda

Celem przeprowadzonych badań było uzyskanie odpowiedzi na pytania:

1. Czy system pracy (całodobowy lub niecałodobowy) nad podopiecznymi upośledzonymi umysłowo wpływa na poziom wypalenia zawodowego?
2. Czy staż pracy osób pracujących w systemie całodobowym i niecałodobowym wpływa na poziom wypalenia zawodowego?

Podczas realizacji założonych celów do zebrania odpowiedniego materiału empirycznego stworzono metodę psychologiczną autorstwa J. D. Świącińskiej. Metoda ta powstała podczas seminarium magisterskiego w Studium Filozofii i Psychologii Człowieka na Akademii Medycznej w Białymstoku 2004 r. Metodę skonstruowano w oparciu o teorię wielowymiarową Ch. Maslach oraz teorię egzystencjalną A. Pines. Struktura teorii wielowymiarowej opiera się na trzech komponentach:

- wyczerpanie emocjonalne,
- depersonalizacja,
- obniżenie poczucia dokonań własnych [8].

Z teorii egzystencjalnej wyodrębniono jeden komponent:

- egzystencjalny [9].

W celu skonstruowania metody badawczej, komponenty teorii wielowymiarowej zostały określone jako wiązki:

- wiązka wyczerpanie emocjonalne – w której wyodrębniono 7 najlepiej charakteryzujących ją obszarów m.in.
 - subiektywne odczucie nadmiernego obciążenia pracą,
 - uszczuplenie emocji pozytywnych (brak radości i wewnętrznego spokoju),
- wiązka depersonalizacji – w której wyodrębniono 5 najlepiej charakteryzujących ją obszarów m.in.
 - utrata pozytywnego widzenia podopiecznego,
 - tendencja do dyscypliny,
- wiązka obniżenia poczucia dokonań osobistych – w której wyodrębniono 5 najlepiej charakteryzujących ją obszarów m.in.
 - utrata pozytywnego obrazu siebie,
 - zmniejszenie efektywności i osiągnięć w pracy;
- wiązka egzystencjalna – w której wyodrębniono 7 najlepiej charakteryzujących ją obszarów m.in.
 - utrata ambitnych celów i oczekiwań
 - uczucie zwiększonej presji w środowisku pracy [10].

Do każdego stwierdzenia przyporządkowano 7-punktową skalę, w celu ułatwienia zróżnicowania postawionego problemu.

Dobór wiązek i twierdzeń tematycznych powstał w oparciu o dane zaczerpnięte z literatury przedmiotu oraz analizę sędziowską uczestników w/w semina-

rium. Analiza ta obejmowała dyskusję nad każdą wiązką, akceptując najbardziej trafne i zgodne tematycznie.

Badaniami objęto dwie grupy zawodowe: 80 pielęgniarek i opiekunów pracujących w DPS-ach (gr. całodobowa) oraz 80 wychowawców i instruktorów terapii zajęciowej pracujących w DPS-ach i Szkołach Specjalnych (gr. niecałodobowa), w przedziale stażowym do i powyżej 15 lat. Wspólną płaszczyznę stanowi działalność zawodowa związana z niesieniem pomocy innym ludziom i ich wychowanie.

Systemem opieki nad osobami upośledzonymi umysłowo jest praca całodobowa i niecałodobowa w DPS-ach i Szkołach Specjalnych. Praca osoby opiekującej się ludźmi upośledzonymi umysłowo, wychowującej ją i przygotowującej ją do życia w społeczeństwie jest bardzo trudna i szczególnie odpowiedzialna. Osoby mieszkające w DPS-ach i uczące się w Szkołach Specjalnych posiadają różne stopnie upośledzenia umysłowego. Według M. Bogdanowicz wyróżniamy 4 stopnie upośledzenia umysłowego:

- „upośledzenie w stopniu lekkim,
- upośledzenie w stopniu umiarkowanym,
- upośledzenie w stopniu znacznym,
- upośledzenie w stopniu głębokim” [11].

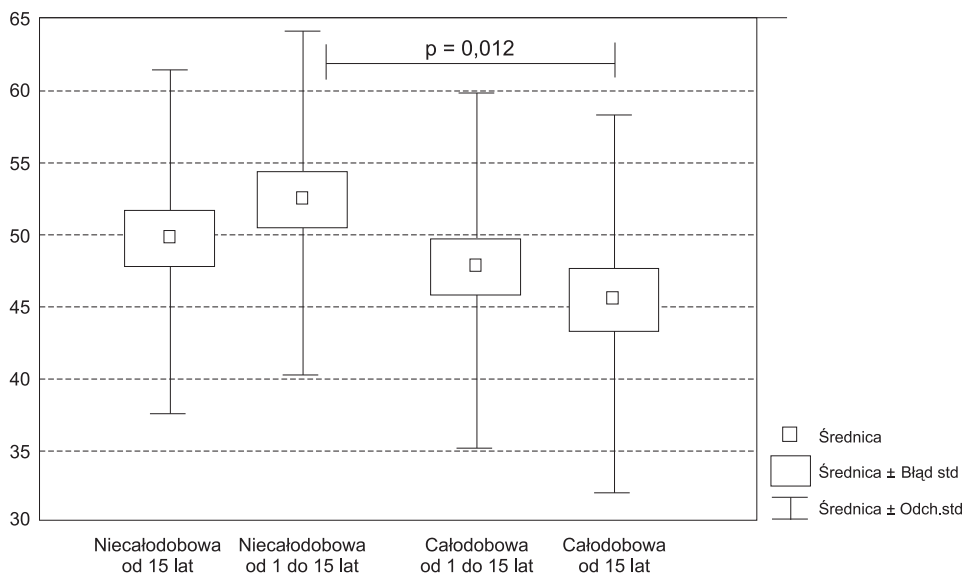
Osoby badane miały jednakowe obciążenie czterech grup podopiecznych.

Wyniki badań

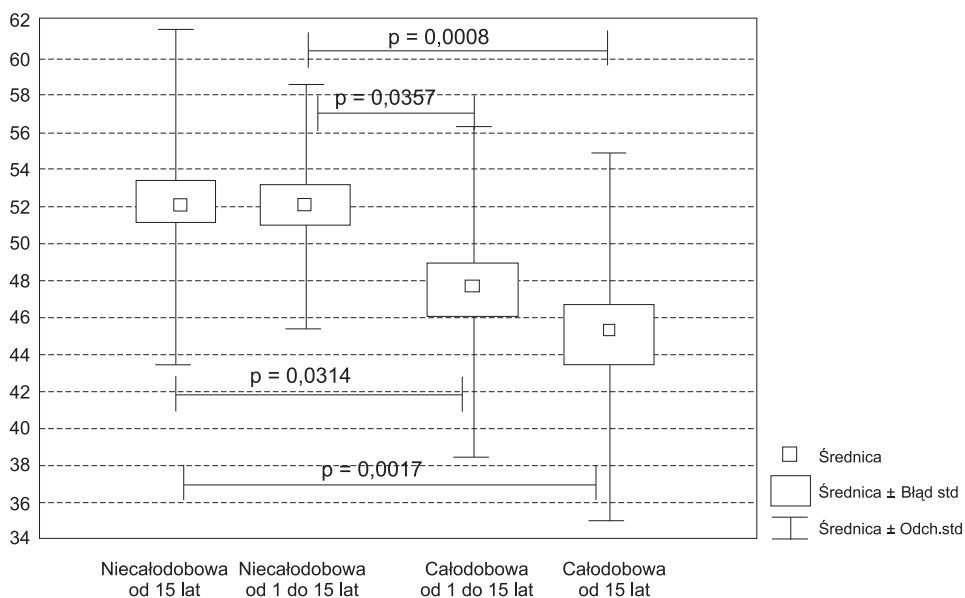
Uzyskane wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej. Do porównań między grupami zastosowano test Manna-Whitneya ze względu na skokowy charakter zmiennych. Obliczenia dokonano wykorzystując pakiet statystyczny SPSS 8.0 PL.

Na rycinach 1, 2, 3, 4 przedstawiono wyniki badań czterech grup badanych w czterech wymiarach ZWZ. Założeniem było porównanie ich warunków i stażu pracy: grupy całodobowej ze stażem pracy do i powyżej 15 lat, grupy niecałodobowej ze stażem pracy do i powyżej 15 lat. Grupa niecałodobowa (staż pracy do 15 lat) mimo, iż pracuje krócej z rotacją podopiecznych doświadcza silniejszej depersonalizacji $M = 52,10$, wyczerpania emocjonalnego $M = 51,75$ w stosunku do podopiecznych i własnej osoby, a także utożsamia sukces zawodowy z sukcesem osobistym (wiązka egzystencjalna) $M = 44,78$. W tych trzech wymiarach uzyskuje wyniki istotne statystycznie. W wiązce obniżenie poczucia dokonań osobistych uzyskuje również wynik najwyższy $M = 44,78$, choć nie jest on na poziomie istotnym statystycznie. Grupa całodobowa ze stażem pracy powyżej 15 lat jest również narażona na wypalenie zawodowe, choć osiąga w strukturze ZWZ wyniki najniższe: wyczerpanie emocjonalne $M = 44,85$; depersonalizacja $M = 45,00$; obniżenie poczucia dokonań własnych $M = 48,70$; egzystencjalnym $M = 39,90$ obrazują to diagramy na ryc. 1, 2, 3, 4.

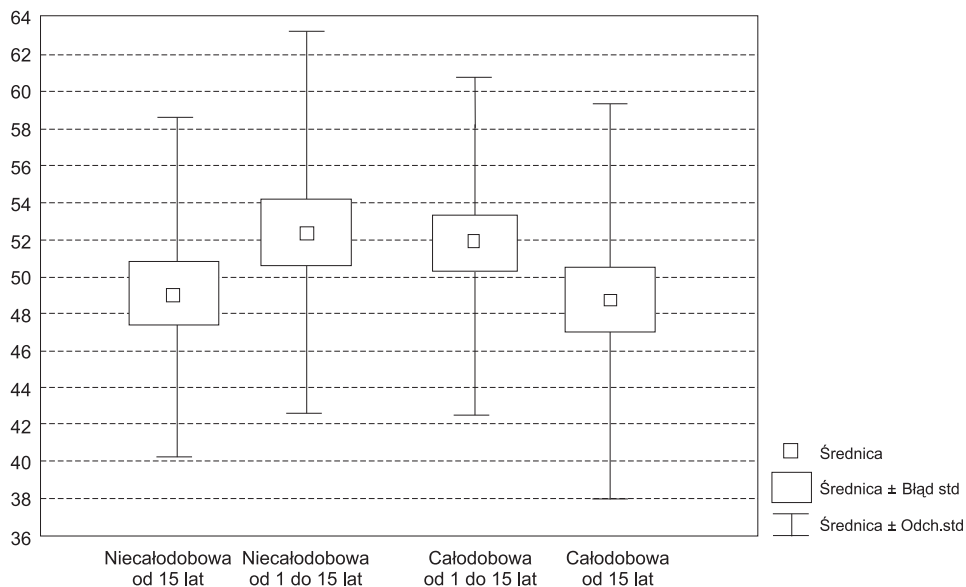
Rycina 1. Różnice między wypaleniem zawodowym uzyskane w wymiarze I (wyczerpanie emocjonalne) pomiędzy czterema grupami badanych



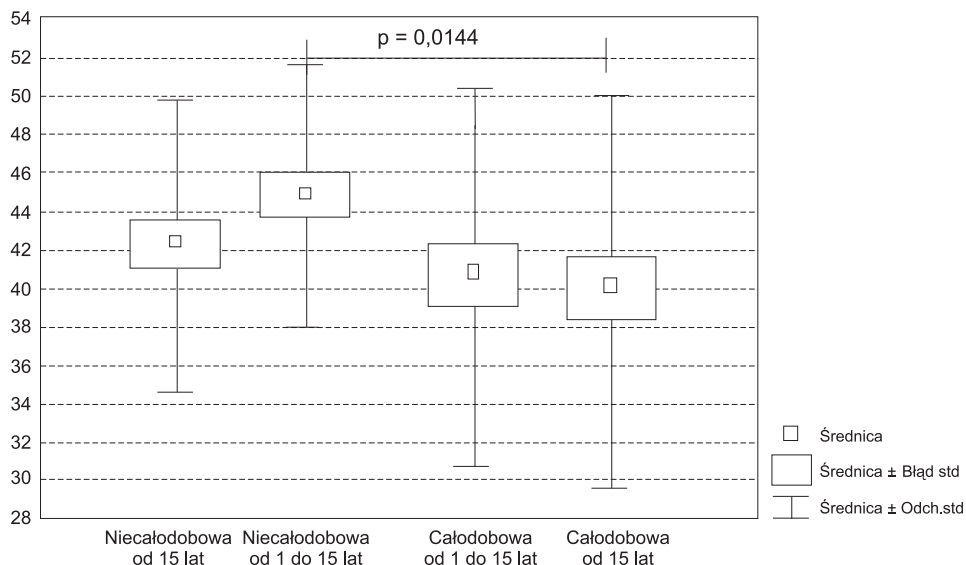
Rycina 2. Różnice między wypaleniem zawodowym uzyskane w wymiarze II (depersonalizacja) pomiędzy czterema grupami badanych



Rycina 3. Różnice między wypalenieniem zawodowym uzyskane w wymiarze III (obniżenie poczucia dokonań osobistych) pomiędzy czterema grupami badanych



Rycina 4. Różnice między wypalenieniem zawodowym uzyskane w wymiarze IV (egzystencjalnym) pomiędzy czterema grupami badanych



Omówienie

Grupa niecałodobowa ze stażem pracy do 15 lat uzyskuje wyniki najwyższe, można to tłumaczyć tym, iż postawa wobec klientów wywodzi się z małego doświadczenia pracy z osobami upośledzonymi umysłowo i pracą w stresie z powodu kontroli ich pracy przez personel nadzorujący. Czas pracy grupy niecałodobowej (niezależnie od stażu pracy) pokrywa się całkowicie z pracą całej administracji, tym samym dyrektora oraz kierownika, któremu podlegają. U pracowników z niskim stażem pracy na początku ich pracy zawodowej charakterystyczna jest: energia, zapał, wytyczanie sobie trudnych celów zawodowych, angażowanie się i pracę „z sercem” dla ludzi upośledzonych umysłowo. Ten stan szybko przeradza się w fazę „zawieszenia broni” i frustrację, gdy natykają się na opór ze strony odbiorcy [12]. Uświadamiają w krótkim czasie swojej pracy, że praca z osobami upośledzonymi umysłowo w szkołach specjalnych i DPS-ach jest ciężka i mozolna, a efekty minimalne lub nie występują wcale, wówczas dochodzi do niechęci podtrzymywania kontaktów osobistych i zwiększonej dyscypliny, utraty pozytywnego widzenia podopiecznego i wątpliwe we własne umiejętności. Odczucie nadmiernego obciążenia pracą, trudności w relaksacji w czasie wolnym od pracy mogą świadczyć o wysokiej eksploatacji osobistych zasobów w pracy z osobami upośledzonymi umysłowo. Mimo, iż grupa niecałodobowa ma krótszy staż i godzinowo pracuje krócej osiąga ona wyniki wyższe w płaszczyźnie wypalenia zawodowego, doświadcza wypalenia emocjonalnego w wyższym stopniu od grupy, która pracuje dłużej pod względem godzin i stażu pracy. Prawdopodobnie jest to spowodowane tym, iż osoby sprawujące opiekę niecałodobowo ze stażem pracy do 15 lat, mają aspiracje wysokich wyników swojej pracy ocenianej przez kierownictwo pozytywnie. Dlatego ich praca jest bardzo intensywna. Po 6 godzinach pracy mogą czuć się bardziej przeciążeni niż osoby mogące rozłożyć czas swojej pracy na 12 godzin. Stres, który towarzyszy młodszym pracownikom nie pozwala się im odprężyć, rozłożyć pracę równomiernie na wszystkich podopiecznych, umiejętnie wykorzystać przerwy na wyłączenie się i odprężenie. Widzą siebie jako tych, którzy mogą „przenieść góry”, lecz ich zaangażowanie jest krótkotrwałe. Z czasem żmudna praca okazuje się nieefektywna, co sprawia utratę ambitnych celów i poczucia niespełnienia się. Oznacza to, że system pracy niecałodobowej wyraźnie wpływa na jakość pracy tych osób i na nich samych.

Grupa całodobowa ze stażem pracy powyżej 15 lat uzyskiwała najniższe wyniki w strukturze ZWZ. Prawdopodobnie może to się wiązać z tym, iż nauczyli się rozkładać swoje obowiązki wobec podopiecznych na cały dyżur 12-sto godzinny. Cały czas swojej pracy przebywają na oddziałach i nie mają bezpośredniego kontaktu z dyrekcją. Podopieczni nie eksploatują ich zasobów, przez tyle lat pracy (powyżej 15 lat) nauczyli się kontrolować zachowania pod-

opiecznych i przewidywać ich reakcje. Także ich zachowania nie są zaskakujące lecz wręcz przeciwnie, są przewidywalne dla osób, które pracują z nimi długie lata.

Wnioski

1. System pracy niecałodobowej stwarza większe ryzyko powstania ZWZ w stosunku do pracy grupy całodobowej.
2. Staż pracy nie wpływa istotnie na poziom wypalenia zawodowego.

Piśmiennictwo

1. Jurkiewicz C.: Wypalenie zawodowe pracowników w DPS-ach. Fundacja ORATOR, 2001.
2. Mieszkowicz M.: Dziesięć skutecznych metod na wypalenie zawodowe nauczyciela i terapeuty. www.forum-liderow.pl/kierowanie3.htm, 2004.
3. Tucholska S.: Wypalenie zawodowe u nauczycieli. KUL, Lublin, 2003.
4. Karpacz A.: Syndrom wypalonych sił. IV Konferencja [pt.] Humanizacja opieki medycznej nad człowiekiem w terminalnym okresie choroby nowotworowej. Częstochowa, 2000.
5. Formański J.: Psychologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2000, s. 370–371.
6. Fengler J.: Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej. GWP, Gdańsk 2001, s. 32.
7. Krawczyk-Adamus P., Walusiak J., Pałczyński C.: Zagrożenia zdrowotne. Pielęgniarka i Położna, 2003, nr 5.
8. Masłach Ch.: Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej. W: Sęk H. (red.): Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. PWN, Warszawa 2000.
9. Pines A.: Wypalenie – w perspektywie egzystencjalnej. W: Sęk H. (red.): Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. PWN, Warszawa 2000.
10. Święcińska J. D.: Koncepcja egzystencjalna i wielowymiarowa Zespołu Wypalenia Zawodowego w badaniach porównawczych grup zawodowych pielęgniarek i nauczycieli. Praca Magisterska, 2004.
11. Borzyszkowska H.: Oligofrenopedagogika. Wydawnictwa Naukowe PWN, Warszawa, 1985, s. 30.
12. Tucholska S.: Wypalenie zawodowe u nauczycieli: psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań. Katolicki Uniwersytet Lubelski, Wydział Nauk Społecznych, 2003.

Dorota Ordys¹, Jolanta Eszyk¹,
Małgorzata Gęпка²

Mobbing w pracy śląskich pielęgniarek

Wstęp

Przemoc w miejscu pracy określana jako mobbing lub inaczej mówiąc szykanowanie lub dręczenie pracownika, jest od szeregu lat przedmiotem szerokiego zainteresowania.

Nowelizacja kodeksu pracy wprowadziła pojęcie mobbingu. Raporty Organizacji Międzynarodowych, Europejskiej Fundacji do spraw Poprawy Warunków Pracy i Życia, a także Europejskiej Agencji do spraw Bezpieczeństwa Zdrowia w Pracy wskazują na znaczny wzrost w miejscu pracy zjawiska nękania, gnębień i szykanowania pracowników.

Mobbing oznacza działania i zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękananiu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników [1].

Pierwszym krajem Unii Europejskiej, który uregulował kwestie mobbingu była Szwecja, uczyniła to 31 marca 1994 roku, kiedy to w życie weszło sześćo-aktowe rozporządzenie chroniące pracowników.

17 stycznia 2002 roku parlament francuski przyjął ustawę o modernizacji socjalnej, która zawiera także przepisy odnoszące się do przeciwdziałania mobbingowi.

Również Belgia 11 czerwca 2002 roku wprowadziła regulacje prawne dotyczące kwestii mobbingu i molestowania seksualnego, znowelizowała kodeks karny i ustawę dotyczącą ochrony pracowników w miejscu pracy.

¹ Zakład Pielęgniarstwa i Społecznych Problemów Medycznych, Wydział Opieki i Oświaty Zdrowotnej, Śląska Akademia Medyczna

² Uniwersytet Śląski

Polska jest czwartym państwem, które wprowadziło do ustawodawstwa przepisy dotyczące mobbingu. Zmiany w polskim Kodeksie pracy obowiązują od 1 stycznia 2004 roku [2].

Materiał i metoda

Celem badań była próba ukazania opinii pielęgniarek na temat zjawiska mobbingu w miejscu pracy.

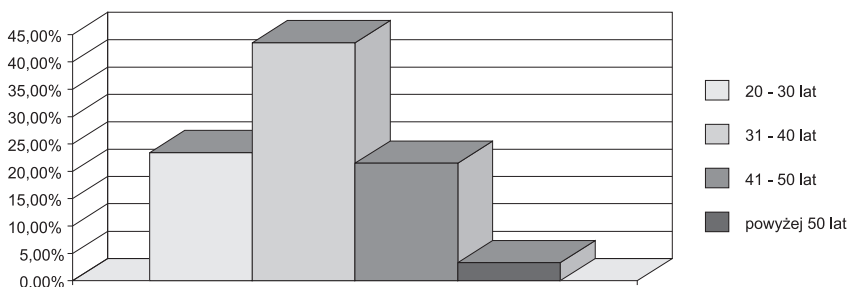
Badaniami objęto 209 osób. Do badań wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał pytania dotyczące problemów, takich jak: rodzaj aktów przemocy, sprawców przemocy, form przemocy, reakcji na przemoc.

Materiał uzupełniający uzyskano w trakcie wywiadów nieskategoryzowanych i obserwacji.

Charakterystyka grupy badanej

Grupę badaną stanowiły wyłącznie kobiety. Najwięcej badanych było w przedziale wiekowym 31–40 lat (43,5%), następnie 20–30 lat (23,4%), 41–50 lat (21,5%), powyżej 50 roku życia (3,3%) (ryc. 1).

Rycina 1. Wiek badanych



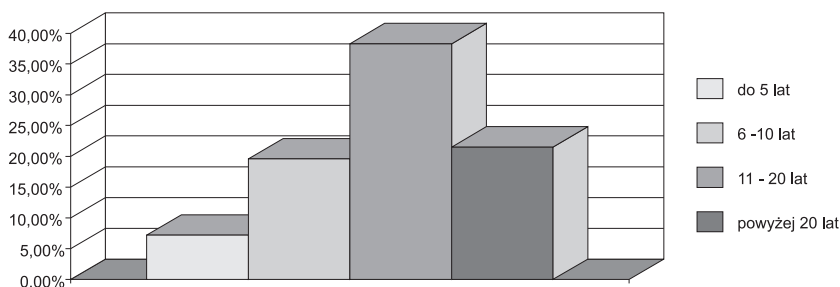
Źródło: opracowanie własne

Wśród badanych najliczniejszą grupę (67,9%) stanowiły mężatki, 8,1% panny, 2,4% wdowy, 1,9% rozwiedzione.

Ponad 38% badanych podaje, że pracuje w zawodzie około 20 lat, 21,5% poniżej 20 lat (ryc. 2).

Najliczniejszą grupę badanych (68,4%) stanowiły pielęgniarki zatrudnione w placówkach klinicznych Śląskiej Akademii Medycznej, pozostałe: (23,4%) w szpitalach na terenie województwa śląskiego, (5,7%) w przychodniach i poradniach, (4%) pracujące w charakterze asystenta oraz pracujące w prywatnej praktyce lekarskiej.

Rycina 2. Staż pracy badanych



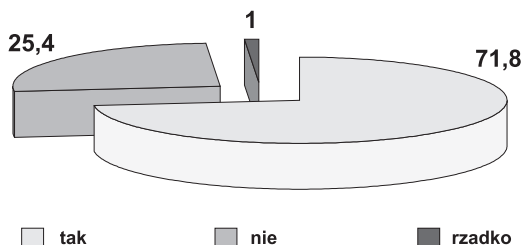
Źródło: opracowanie własne

Badane pielęgniarki pracowały na różnych stanowiskach od pielęgniarki odcinkowej do przełożonej.

Wyniki badań

Aż 71,8% pielęgniarek spotkało się z aktami przemocy w miejscu pracy, pozostałe 25,4% – nie, 1% rzadko (ryc. 3)

Rycina 3. Występowanie przemocy w miejscu pracy w opinii pielęgniarek [%]



Źródło: opracowanie własne

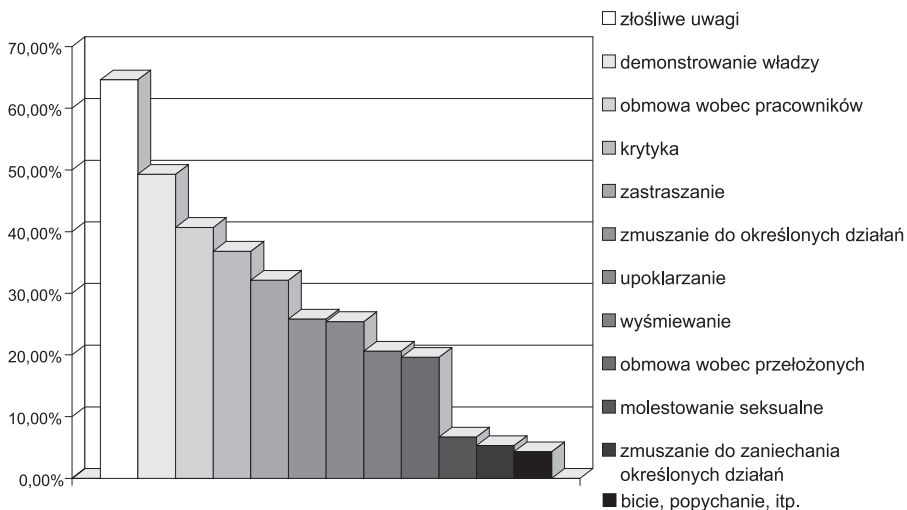
Na pytanie, kogo dotyczyła przemoc – 50,2% wskazało własną osobę, – 47,8% innych, wśród innych, tu najczęściej stanowiły odpowiedzi: koleżanek z pracy 47,8%, chorych 1,4%.

Forma przemocy to najczęściej 68,4% przemoc psychiczno-emocjonalna, tylko 2,9% odpowiedzi stanowiła przemoc fizyczna.

Spośród rodzajów aktów przemocy respondenci wymieniły:

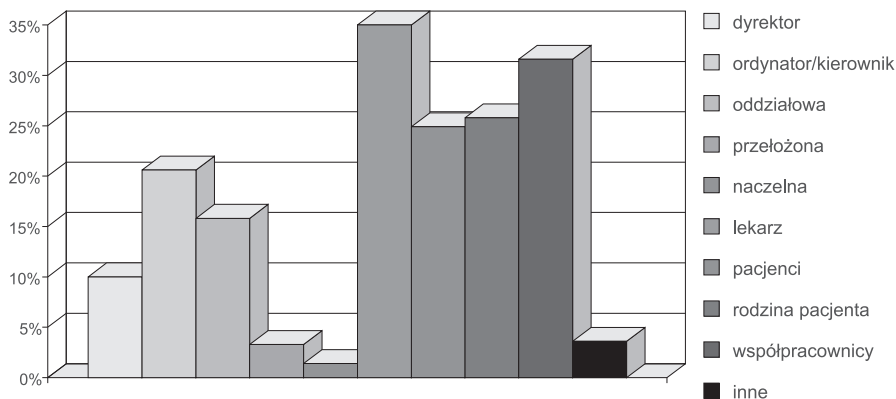
- złośliwe uwagi (64,6%),
- demonstrowanie władzy (49,3%),
- obmowa wobec pracowników (40,7%),
- ciągła krytyka (36,8%),
- zastraszanie, grożenie utratą pracy (32,1%),
- zmuszanie do określonych działań (25,8%),

Rycina 4. Rodzaje aktów przemocy z jakimi spotkały się pielęgniarki



Źródło: opracowanie własne

Rycina 5. Sprawcy przemocy

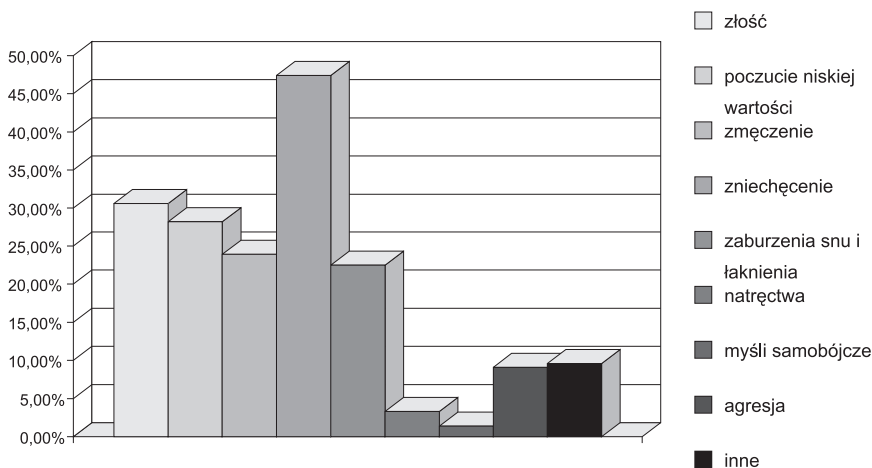


Źródło: opracowanie własne

- upokarzanie (25,4%),
- wyśmiewanie (20,6%),
- obmowa wobec przełożonych (19,6%),
- molestowanie seksualne (6,7%),
- zmuszanie do zaniechania działań (5,3%),
- bicie, popychanie, szturchanie (4,3%) (ryc. 4).

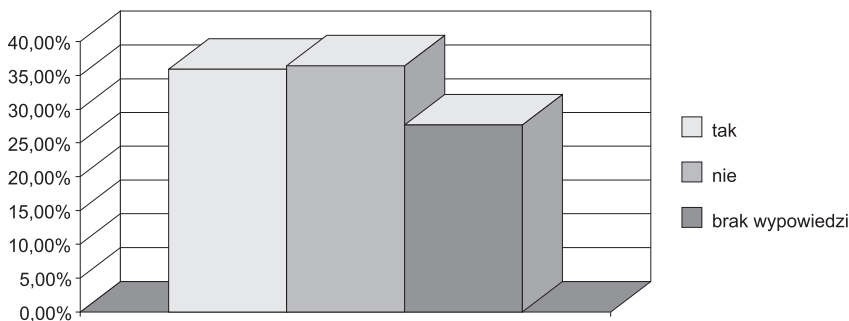
Sprawcami przemocy byli: lekarze – 31,1%, rodzina pacjenta – 25,8%, pacjenci – 24,9%, współpracownicy – 23,4%, ordynator – kierownik – 20,6%, pie-

Rycina 6. Reakcje na przemoc



Źródło: opracowanie własne

Rycina 7. Podejmowanie działań w sytuacji przemocy



Źródło: opracowanie własne

łęgniarka oddziałowa – 15,8%, dyrektor zakładu – 10%, inna pielęgniarka – 7,7%, lekarz naczelny – 3,8%, przełożona pielęgniarek – 3,3%, personel pomocniczy – 2,9%, odpowiedzi, takie jak: kierownik administracji stanowiły – 0,5% (ryc. 5).

Na pytanie o reakcję ankietowanych na przemoc, respondentki udzieliły następujące odpowiedzi: – 47,4% zniechęcenie, – 30,6% złość, – 28,2% poczucie niskiej wartości, – 23,9% zmęczenie, – 22,5% zaburzenia snu, łaknienia, nadmierna wybuchowość, – 9,1% agresja. Rozkład odpowiedzi ilustruje rycina 6.

Wśród innych odpowiedzi; 3,3% ignoruje przemoc, 2,9% wykazuje obojętność, sama sobie radzę, brak motywacji do pracy, płaczę, palę papierosy, problemy pozostawiam w pracy.

Około 36% podejmuje próby przeciwdziałania przemocy (ryc. 7).

Wśród nich 15,3% odpowiedziało, że rozmawia, wyjaśnia sytuację, 12% – agresją, samoobroną, 3,8% reakcja zależna od sytuacji, 2,9% zgłasza zaistniałą sytuację przełożonym, związkom zawodowym, izbom pielęgniarskim, 2,4% odpowiedziało że reaguje ucieczką, 1,9% szuka wsparcia u innych.

Aż 36,4% nie podejmuje działań, wśród powodów podały:

- bezsensowność działań (9,6%),
- brak efektów działania (7,7%),
- strach, obawa (6,2%),
- dało by to odwrotny skutek (0,5%).

Ostatnie pytanie dotyczyło reakcji na przemoc wobec innych. Prawie połowa ankietowanych (45,9%) stara się reagować, staje w obronie pokrzywdzonego (26,3%), udzielając wsparcia psycho-społecznego (3,8%), współpracując z organizacjami pracowniczymi.

Jednocześnie 20,6% nie reaguje na przemoc wobec innych:

- nic by to nie dało około 6,2%,
- strach, obawa 3,3%
- „nie wtrącam się w cudze sprawy” 1%.

Dyskusja

Przemoc w miejscu pracy, określana jako mobbing lub inaczej mówiąc szykanowanie lub dręczenia pracownika, jest od szeregu lat przedmiotem szerokiego zainteresowania. Po raz pierwszy zostało szczegółowo opisane i zdefiniowane przez Heinza Leymana. W badaniach swych prof. Leyman wskazał na różnice występujące pomiędzy zwyczajnym konfliktem w pracy a zjawiskiem mobbingu oraz to, w jaki sposób przemoc w miejscu pracy może wpływać na zdrowie osoby nękaney. Obserwacje w tym zakresie stały się przyczynkiem do badań nad ekonomicznymi i prawnymi skutkami zjawiska przemocy w miejscu pracy określanego przez H. Leymana angielskim słowem „mobbing” [2].

Pierwsza publikacja odnośnie przemocy w miejscu pracy miała tytuł „The harassed worker” (Brodsky 1976 – „Nękanany pracownik”). W książce tej przedstawiono typowe przypadki mobbingu.

Badania, które jak na razie przeprowadzono tylko w Szwecji, gdzie wylosowano próbę, z całej reprezentatywnej grupy szwedzkich pracowników, którą następnie poddano testom, na podstawie otrzymanych wyników ustalono, że 3,5% pracowników jest ofiarami mobbingu w miejscu pracy (154 000 z 4,4 milionów pracowników). Średnia długość jednego precedensu wynosiła 15 miesięcy. Zakładając, że średnio każdy z nas przepracowuje 30 lat swojego życia, ryzyko zostania ofiarą niszczącego traktowania przez okres co najmniej 6 miesięcy, w ciągu całej kariery, wynosi 1:4. W przybliżeniu 10–20% osób będzie cierpieć na najróżniejsze stany lękowe (PTSD – problems) [3].

Zakłady opieki zdrowotnej w Polsce, ze względu na niejasną sytuację ekonomiczną, sprzyjają występowaniu zjawisk przemocy i nękania psychicznego. Wśród pracowników ochrony zdrowia szczególnie zwraca uwagę aspekt kulturowych uwarunkowań lobbingu w tym środowisku zawodowym. Szczególnie zjawisko to dotyczy dyskryminacji kobiet pracujących na różnych stanowiskach [4].

W naszych badaniach 71,8% ankietowanych spotkało się z przemocą w miejscu pracy, w około 50% przemoc dotyczyła badanej.

Z przeprowadzonych badań wynika, że problem mobbingu w placówkach służby zdrowia istnieje i jest przyczyną wielu problemów natury zdrowotnej.

Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. W środowisku pracy pielęgniarek występuje problem przemocy (mobbingu), dotyczy to zarówno badanych jak i współpracowników, tylko w niewielkim stopniu pacjentów.
2. Najczęstszą formą przemocy jest przemoc psychiczno-emocjonalna, która najczęściej objawia się złośliwymi uwagami, demonstrowaniem władzy, krytyką, zastraszaniem grożeniem, upokarzaniem.
3. Sprawcami przemocy najczęściej są: bezpośredni przełożeni, współpracownicy, pacjenci i ich rodziny.
4. Reakcją na przemoc jest najczęściej złość, poczucie niskiej wartości, zmęczenie i zniechęcenia oraz objawy somatyczne, jak zaburzenia łaknienia, snu.
5. Działania w sytuacji przemocy dotyczącej własnej osoby podejmuje tylko połowa badanych, również połowa badanych reaguje na przemoc wobec innych.

W pracy zasygnalizowano problem bardzo istotny z punktu widzenia zdrowia jednostki i społeczeństwa, przemocy w miejscu pracy.

Piśmiennictwo

1. Herman J.: Przemoc – uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańsk 1998.
2. Jurkiewicz M.: Nowelizacja kodeksu pracy. Mobbing zakazany. Gazeta Prawna 239/2003.
3. Bryjant A.: Zespół ostrego stresu. Warszawa 2003.
4. Pospiszyl I.: Razem przeciw przemocy. Warszawa 1999.

Aspekty etyczne, społeczne i prawne zawodów medycznych



Wprowadzenie

Nie można żyć szczęśliwie,
nie żyjąc godnie, moralnie i uczciwie

Epikur

Każda pielęgniarka, położna, lekarz, czy osoba wykonująca zawód paramedyczny w swojej codziennej pracy styka się z sytuacjami, w których często od niej zależy nie tylko zdrowie lecz życie drugiego człowieka. Praca taka wiąże się wieloma dylematami etycznymi, moralnymi, ale jest także usankcjonowana aspektami prawnymi.

Głównymi wyznacznikami postępowania etycznego i moralnego są zasady etyki zawodowej, które szczegółowo określają stosunek pielęgniarki, położnej, lekarza do chorego.

Naczelną zasadą odnoszącą się do pracy na rzecz pacjenta jest zasada *czynienia dobra i nieszkodzenia*. Już bowiem Hipokrates wprowadził zasadę *primum non nocere* – przede wszystkim nie szkodzić, w szerokim tego słowa znaczeniu, tj. myślą, uczynkiem i zaniedbaniem. Zasada ta wymaga, by nie wyrządzać krzywdy podopiecznym, ale również chronić ich od krzywd innych osób. Pielęgniarka, położna, lekarz, którzy nie znając standardów postępowania, wykonują swoje czynności niestaranie, postępują sprzecznie z zasadą nieszkodzenia. Należy przy tym pamiętać, że zasada nieszkodzenia ma charakter stopniowalny, gdyż można nie szkodzić w większym lub mniejszym stopniu.

Wiele działań medycznych może być podejmowanych zarówno legalnie, jak też i etycznie. Inne natomiast czynności mogą być legalne i nieetyczne albo etyczne i nielegalne. W postępowaniu medycznym trzeba uwzględniać również to, że niektóre prawa moralne mogą być jednocześnie chronione w systemie legislacyjnym. Sytuacja taka powoduje, że w codziennej pracy nie mamy pewności, do którego systemu należy się odnieść, by chronić określonych praw pacjenta. Jednocześnie jesteśmy zobowiązani do tego, by umieć wyraźnie oddzielić prawo od etyki, pomimo że granica pomiędzy nimi często jest zatarta.

Dlatego też pamiętajmy, by w swojej codziennej pracy kierować się normami etycznymi w podejmowaniu decyzji etycznych oraz normami prawnymi dotyczącymi wykonywania zawodu.

Barbara Jankowiak

A. Hatzopulu¹, K. Van Dame-Ostapowicz²,
E. Theodosopulu³, H. Tsokantaridis¹

Wokół pojęć: pielęgniarstwo i gender studies, dla dobra pacjenta

Nowy wiek skłania nas do refleksji. W ciągu stu lat nastąpiły ogromne zmiany w każdej dziedzinie życia, nie można więc „zamknąć” ich w krótkim artykule. Warto jednak podjąć ten trud w odniesieniu do sytuacji oraz świadomości kobiet pielęgniarek i przedstawić zmiany, jakie zaszły w ciągu ostatnich lat w tymże środowisku.

Co udało się osiągnąć, a co jest jeszcze największym problemem w zakresie równości kobiet i mężczyzn? Może należałoby się zastanowić, czy nie wprowadzić np. do szkół pielęgniarzkich przedmiotu *gender studies*?

Nie będzie to łatwe, gdyż nie wszyscy orientują się co to jest *gender studies* i jaki mogą mieć związek ze studiowaniem pielęgniarstwa.

Gender studies pochodzą prosto z tradycji studiów kobiet. Poświęcone są badaniom nad problematyką społecznej i kulturowej tożsamości płci. Opisują, analizują, dekonstruują wszystkie przesady związane ze stereotypami kobiecości i męskości. Tematyka ich dotyczy wszystkich dziedzin życia i nauki, uzupełnia akademicką wiedzę, „odczarowuje” mity, rozszerza perspektywę tzn. pozwala spojrzeć na dokonania całej ludzkości, a nie tylko męskiej połowy. Stanowi krytykę kultury i niesie propozycje jej zmiany [5].

Podkreślić należy, że pielęgniarstwo powstało dzięki organizacjom feministycznym. W okresie od czerwca 1899 do 1900 została opracowana i uchwalona w tym samym czasie, konstytucja Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (MRP), a Bedford Fenwick została wybrana na pierwszą przewodniczącą. Bedford uważała, że głównym celem działalności powinno być mobilizowanie pielęgniarek z całego świata po to, aby mogły mówić... [11].

Debata na temat różności płci z jednej strony, a różnicy płci i jej kulturowej reprodukcji z drugiej, pozwoliła *gender studies* na rozwinięcie feministycznego

¹ Wojewódzki Szpital w Kawali (Grecja), OIOM i Oddział Opieki Paliatywnej

² Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Akademia Medyczna w Warszawie

³ Wydział Pielęgniarstwa, Uniwersytet w Atenach

dyskursu na temat kultury, obyczajowości, tradycji oraz nauki. Analizie i krytyce poddaje się zatem nie tylko same zjawiska związane z kobietami, ale przede wszystkim sposób w jaki się o nich mówi, jak się bada ich sytuacje, kto i przy jakich nakładach to robi instytucjonalnie. Przy takiej opcji badawczej kobieta nie jawi się już jako ofiara kultury patriarchalnej [5].

Wiek XX to wiek uzyskania przez kobiety praw wyborczych oraz dostępu do edukacji. W 1900 roku dopuszczono je do studiowania na wydziałach medycyny i filozofii. W 1923 powstaje pierwszy Wydział Pielęgniarski, w pełni niezależny, z dziekanem pielęgniarką. W 1938 w USA było już sto uczelni wyższych, w których kształciły się pielęgniarki. Natomiast w Polsce Wydział Pielęgniarstwa powstał dopiero po II wojnie światowej w Lublinie, w 1973 r. [11].

Rozwój *gender studies* w edukacji akademickiej, jako ogólnoswiatowe zjawisko, rozpoczęło się z początkiem lat siedemdziesiątych. Studia te często są przedstawiane jako „produkt zachodni”.

Wydział Studiów Feministycznych w Danii, na Uniwersytecie Odense założono w 1981 r., w Austrii – w 1976, w Libanie – w 1973, w Ugandzie – w 1991, zaś w Polsce na Uniwersytecie Warszawskim w 1996 r.

Pielęgowanie, jako najstarszy przejaw aktywności człowieka, istnieje od kąd powstał świat. Zawód pielęgniarki ma już tysiące lat, a jego początki sięgają czasów biblijnych. Począwszy od ludów pierwotnych kobiety otaczały niezbędną pomocą rodzące, chorych, dzieci. Pielęgnowały jednak swoich bliskich głównie z pobudek miłości, przywiązania, miłosierdzia, nie mając ku temu żadnego przygotowania.

Po raz pierwszy w historii ludzkości, nestorka świeckiego pielęgniarstwa, Florencja Nightingale zapragnęła, aby zawód pielęgniarki stał na wysokim poziomie i dlatego też wymagała od kandydatek do zawodu należytego wykształcenia ogólnego oraz wysokiego poziomu etycznego. W okresie życia Florencji zawód pielęgniarki był w powszechnej pogardzie. Nightingale w następujący sposób opisywała osoby pracujące jako pielęgniarki: „za stara, za słaba, zbyt pijana, zbyt brudna, zbyt obojętna i zanadto zła, aby robić coś innego”. Założona przez nią 4 czerwca 1860 roku szkoła miała wyraźnie sprecyzowany cel. Musiała przygotować pielęgniarki do podjęcia pionierskiej pracy reformatorskiej i wykształcić takie, które potrafią tworzyć i rozwijać właściwy system pielęgnowania w szpitalu, wprowadzić odnowę w zarządzaniu szpitalem, pielęgnować chorych i uczyć innych pielęgnowania. Zawsze podkreślała, że pielęgnowanie chorych nie jest pracą wypoczynkową – jest sztuką i jeżeli ma się stać sztuką, wymaga równie wielkiego oddania i równie wielkiego przygotowania, tak jak twórczość malarza lub rzeźbiarza. Cóż jednak znaczy praca nad martwym płótnem lub marmurem w porównaniu z pracą, nad ciałem – świątynią ducha bożego... Florencja Nightingale była feministką..., a jej następczynie kontynuowały *women studies*.

Badania *gender studies* wykazały, że mimo wielu różnic w poszczególnych krajach, nadal na całym świecie kobiety są mało reprezentowane np. w sferze

politycznej, pomimo że w chwili kryzysu i w tradycji niezmiennie odgrywają zasadniczą rolę. Trudno się więc dziwić, że w historii ruchów politycznych i narodowych kobiety zawsze były ich aktywnymi uczestniczkami, jednak z chwilą ustabilizowania się sytuacji, zmuszano je do powrotu na poprzednią pozycję.

Agnieszka Graff uważa, że kobieta i kariera, to w polskiej kulturze bardzo kłopotliwa para... [3]. Chociaż istnieją żeńskie odpowiedniki nazw profesji, to jednak niektórzy twierdzą, że „żeńskość odbiera im nieco powagi”. Język zawsze w jakiś sposób je wartościuje, a dzieje się to bez naszej wiedzy i udziału, ponieważ dokonuje tego kultura, która jest „wpisana” w język [cyt. za 4].

Simone de Beauvoir „W drugiej płci” podaje, że żeńskie „końcówki” nazw profesji to zawody wymagające opiekuńczości, cierpliwości i ciężkiej pracy... oraz zgody na niskie zarobki, niewielki prestiż, brak perspektyw rozwoju. Mamy więc sekretarki, nauczycielki, sprzątaczkę, opiekunki do dzieci, przedszkolanki, nauczycielki, pielęgniarki. W zawodach tych nie ma prawdziwej władzy, chociaż często występuje olbrzymia odpowiedzialność. Nie ma też, o czym boleśnie przekonały się w ostatnich latach polskie pielęgniarki, prawdziwych pieniędzy [cyt. za 4].

Zastanówmy się, jak wysoko może zająć kobieta w pielęgniarstwie. Pielęgniarkom bowiem nie są obce opinie na temat ich fachowości, pracy, inteligencji, wyrażane nie tylko przez samych podopiecznych, ale także przełożonych, przedstawicieli innych grup zawodowych, a nawet przez same pielęgniarki...

W krajach, takich jak: Dania, Finlandia, Szwecja, Norwegia, Islandia pielęgniarki uzyskały stosunkowo szybko wysoką pozycję społeczno-zawodową. Po Wielkiej Brytanii powstały tam silne organizacje pielęgniarek, które jednocząc się, utworzyły Unię Pielęgniarek Krajów Północnej Europy.

Od zamierzonych czasów wiele kobiet, w tym również pielęgniarek, zginęło za to, że były niezależne w myśleniu i działaniu, że darzyły macierzyńską miłością chorych. Wiele greckich pielęgniarek ślubowało życie w panieństwie tylko po to, by móc całkowicie poświęcić się studiom pielęgniarstwu i studiom nad chorym człowiekiem. Profesor Lanara, słynna grecka pielęgniarka, w swojej książce pt.: „Heroizm w pielęgniarstwie” ukazała wiele tego rodzaju przykładów z życia kobiety pielęgniarki [8].

Nasuwa się pytanie, czy kobiety pielęgniarki mają świadomość i potrafią zrozumieć, jak istotny może być wkład nawet jednej kobiety do światowej nauki?

Profesor Papamikruli uważa i często podkreśla fakt, że pielęgniarki są silne i mądre, otrzymują stopnie naukowe (na równi z mężczyznami), nie poddają się i docierają do upragnionej Ithaki [10]. Ale czy równie tak łatwo jak mężczyźni? W Polsce, dopiero pierwszy raz tytuł profesora przyznano Profesor Irenei Wrońskiej, pielęgnowanej przez dziekanowi Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie w 2004 roku.

Sharon B. McGrayne, autorka książki „Nobel Prize Women in Science”, określiła warunki rozwoju i pracy uczonych kobiet. Zauważyła, że studiowały i pra-

cowwały one w niezwykle trudnych warunkach, z ogromnym zaparciem i osobistym poświęceniem, pokonując przeszkody stwarzane przez męskie środowisko naukowe. Pracowały najczęściej bez wynagrodzenia, były wykorzystywane przez szefów i ograbiane z gratyfikacji za swą pracę [cyt. za 1].

Równouprawienie jest ważne nie tylko we władzy politycznej i gospodarce, ale i w najbardziej wysublimowanych dziedzinach ludzkiej działalności – w nauce i kulturze, w tym pielęgniarstwie i opiece nad pacjentem.

Prodziekan Wydziału Pielęgniarstwa w Białymstoku, prof. E. Krajewska-Kułak, na wykładzie inauguracyjnym w roku akademickim 2003/2004 powiedziała między innymi „...pielęgniarki, proszę państwa, muszą dojść do przeświadczenia, że ich pozycja zależy nie od tego, jak się zaprezentują lekarzowi, przełożonemu, lecz pacjentowi. „...nowocześnie kształcona pielęgniarka potrafi postawić diagnozę pielęgnowanemu, biorąc pod uwagę aktywność psychiczną, fizyczną chorego, funkcjonowanie jego narządów i układów, sytuację życiową, rodzinną, bytową i zawodową, wzory i normy kulturowe, styl życia oraz świadomość zdrowotną. Píše też własną historię choroby, aby informacje w niej zawarte, łącznie z tymi, które są w historii choroby lekarskiej, przyczyniły się do lepszego poznania problemów naszych podopiecznych... W profilaktyce dobrze przygotowana pielęgniarka znaczy więcej niż lekarz. ...doceńmy więc współczesną pielęgniarkę i połączną o wysokim poziomie fachowej wiedzy z tytułem licencjata, magistra, doktora. Pomóżmy im stać się równoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego, zespołu naukowo-badawczego. Tylko i wyłącznie zwiększone wspólnym działaniem siły pozwolą na lepsze pokonywanie zadań, jakie stawia nasza trudna, odpowiedzialna codzienna praca dla dobra pacjentów” [7].

Ciągle aktualne pozostają jednak przewidywania Leona Petrażyckiego, z początku wieku, który pisał, że po zniesieniu barier prawnych, kobiety będą długo jeszcze wypierane ze znaczących stanowisk przez mężczyzn mniej od nich dzielnych, wybitnych, utalentowanych i zasłużonych – nawet przez tych, których jedyną zasługą, jest to, że są mężczyznami [cyt. za 6].

Profesor Irena Wrońska w książce pt. „Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki” zwróciła uwagę na fakt, że głównym czynnikiem dominacji lekarza nad pielęgniarką jest różnica płci. Stwierdziła również, że jest to problem któremu przedstawicielki pielęgniarstwa, zwłaszcza anglo-amerykańskiego, poświęcają dużo uwagi. Sądzi się bowiem, że niezależnie od postępującej demokratyzacji całego życia społecznego, w instytucjach ochrony zdrowia utrzymują się jeszcze relikty mentalności wieków poprzednich, w których kobieta była podporządkowana „władzy” mężczyzny. Tak więc zawodowe stosunki międzyludzkie lekarz – pielęgniarka są często odbiciem tradycyjnych norm związanych z zachowaniami właściwymi dla mężczyzny i kobiety [12].

Należało by również zwrócić uwagę na to, jak kobiety odnoszą się do przedstawicielek własnej płci, które miały odwagę być sobą. Bożena Choluj w artykule

„Antyfeminizm i wrogość wśród kobiet a życie publiczne” – wskazuje na brak etosu kobiecej przyjaźni. Świadczy o tym nawet język, w którym nie istnieje takie słowo jak „siostrzeństwo”. Brzmi ono dość dziwnie i zdecydowanie bardziej obco niż „braterstwo”, o którym uczymy się z bajek, literatury, filmu, sportu [cyt. za 6].

Może należałoby się zastanowić, czy w przyszłości nie wprowadzić do programów nauczania pielęgniarstwa wykładów z *gender studies*. Studentki seminariów na powyższy temat to silne, pełne wiary w siebie osoby, nastawione na własny rozwój, otwarte na dyskusje i konfrontacje, ale zarazem nawzajem się wspierające i zaangażowane w działalność feministyczną. W ciągu ostatnich lat wiele uniwersytetów w Europie stworzyło interdyscyplinarne programy nauczania *gender studies*. Powstają też nowe wydziały pielęgniarstwa, ponieważ ONZ, Bank Światowy, Unia Europejska uznały, że należy wspierać płęć żeńską. W tym tkwi szansa kobiet. Wykorzystanie jej, bez jednoczesnej rezygnacji z polityki feministycznej, to wyzwanie dnia dzisiejszego i przyszłości. Należy podkreślić, że kobiety z mężczyznami nigdy nie osiągną porozumienia o jakie im chodzi, jeżeli nie poznają siebie samych, jeżeli nie otworzą się dla siebie. Ważne jest, by kobiety wspierały się, ale nie po to by jednoczyć się przeciwko mężczyznom, lecz by wspomagać siebie nawzajem w pielęgnowaniu kobiecych wartości, swego ponadczasowego piękna i odwiecznej mądrości.

Czy Bedford Fenwick nie marzyła właśnie o takich pielęgniarzkach? Pielęgniarki chcą, w myśl idei Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, mówić za siebie i o sobie. Poznawać tajniki historii, filozofii, literatury, medycyny z własnej perspektywy, dotychczas w nauce nieobecnej [11].

Na wydziałach pielęgniarstwa powinno się więc uwzględnić specyfikę kobiecej natury. Kobięca kreatywność, zdolność dostrzegania różnych problemów, często dla mężczyzn niewidocznych i nowatorskie podejście do ich rozwiązywania, są ludzkości potrzebne jak woda i powietrze, bez nich cywilizacja ulegnie wynaturzeniu. Współczesna pielęgniarka musi burzyć stereotyp pielęgniarki pasywnej, wykonującej jedynie zlecenia lekarza.

W środowisku naukowym brakuje opiekunek-menterek, które jak pisze Anna Kohli: „służą radą i pomagają znaleźć się w strukturach akademickich” [cyt. za 6].

Zawód pielęgniarki nie zginie, a pielęgniarstwo będzie istnieć zawsze dokąd będą istnieli ludzie, bowiem jakie by nie było postrzeganie zawodu pielęgniarki i tak większość z nich jest kobietami. To właśnie one zawsze są pierwsze przy chorym, od momentu jego zachorowania, gotowe iść w każdej chwili z pomocą. To one towarzyszą przy rozpoznaniu jego choroby, diagnozowaniu, leczeniu. Wspierają go w momencie wystąpienia problemów w sferze bio-psycho-społecznej, pomagają rodzinie podopiecznego... To one czuwają dniem i nocą nad tym, co najdroższe i najcenniejsze, nad ludzkim życiem. To one ofiarowują pacjentom, co potrzebne jest im najbardziej, swoje serca...

Piśmiennictwo

1. Czajkowska-Majewska D.: Kochanki Nauki, *Zadra*, 2003, 4/1, 78–79, 82.
2. Gornicka-Boratynska A.: Stańmy się sobą. *Świat Literacki*. Izabelin 2001, 110.
3. Graff A.: *Świat bez kobiet*. W.A.B., 2001, 39.
4. Greer G.: *Kobięcy eunuch*. Rebis, Poznań, 2001, 55.
5. Iwasiow I.: *Gender studies dla średnio zaawansowanych*. Warszawa 2004, 31.
6. „Katedra” *gender studies*, U.W. Warszawa 2001, 2, 13, 25, 45.
7. Krajewska-Kułak E.: Rola pielęgniarki we współczesnej medycynie, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2003, 5, 103–107.
8. Lanara V. A.: *Iroismos ke nosilevtiki*. ADELFI RODI. Ateny 1977, 40.
9. Majewska-Opietka I.: *Czar kobiet*. Rebis, Poznań 2004, 54, 319.
10. Papamikruli S.: *Odissja tis Nosilevtikis ke anazitisi tis ithakis*. E.S.D.N.E. Ateny, 6, 7.
11. Poznańska S.: *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś*. PZWL, Warszawa 1988, 67.
12. Wrońska I.: *Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa*. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997, 97.

Katarzyna Beata Gryko¹, Jan Głodowski¹

Sytuacja osób poddanych eksperymentom medycznym w obozie koncentracyjnym Auschwitz a teoria salutogenezy

Wstęp

Zjawisko wykorzystania człowieka przez człowieka spotyka się niemal w każdym środowisku, jednak nie w każdych warunkach pracy istnieją okazyje do pozyskania z zatrudnienia legalnych korzyści. Niemal zawsze rodzą się możliwości osiągnięcia profitów uzyskanych na drodze nielegalnej: drobne oszustwa, przestępstwa, niejednokrotnie zbrodnie. Wykonujący te czynności ludzie na ogół świadomi są nieprawidłowości swoich czynów, jednakże przewidywane korzyści, dobrze zorganizowane działania oraz gwarancja bezkarności, motywują, przełamując psychiczne opory.

Hitlerowskie fabryki śmierci stanowiły – szczególnie dla lekarzy – szerokie pole do prowadzenia różnorodnych badań naukowych, do których niezbędny był materiał ludzki. Okres II wojny światowej, a zwłaszcza warunki istniejące w hitlerowskiej służbie zdrowia, w sposób szczególny sprzyjał zbrodniom. W hitlerowskich obozach koncentracyjnych wykonywano ich bardzo wiele².

Obóz koncentracyjny Auschwitz to ilustracja dwóch psychologicznych modeli zachowań ludzkich, ich różnicowanie polega na stopniu poczucia koherencji wśród więźniów poddanych nie tylko eksperymentom medycznym, ale sytuacjom codziennego obozowego stresu, złego traktowania, obelg skierowanych pod ich adresem i poczuciem niestabilności dnia następnego, niepewności, czy jutro będzie się żyć.

Najbardziej doświadczonymi życiem obozowym były ofiary eksperymentów medycznych. Większość z poddawanych niewyobrażalnie okrutnym testom zmarła. Ci, którzy przetrwali „medyczne piekło”, pomimo swych doświadczeń

¹ Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Strona internetowa <http://www.auschwitz.org.pl>

potrafili powrócić do „normalnego życia” po wyjściu z obozów, w przeciwieństwie do innych obozowiczów narażonych na „mniejsze” cierpienia, całkowicie tracących kontakt z rzeczywistym życiem po odzyskaniu wolności.

Praca została podzielona na dwie części: w pierwszej autorzy starali się przedstawić okrucieństwo pseudobadań medycznych, bezsensowność i wyszukane metody ich przeprowadzania. W drugiej części omówiono kwestię istnienia zależności między mechanizmem przetrwania więźniów (kontinuum pomiędzy zdrowiem a chorobą, przeżywalnością a umieralnością), a ich psychologicznymi predyspozycjami wspomagającymi przetrwanie.

Materiał i metoda

Grupa osób poddanych eksperymentom medycznym w obozie koncentracyjnym KL Auschwitz.

Analizie poddano zebrane wywiady, zeznania, a także pamiętniki i zapiski więźniów przebywających w obozie Auschwitz poddanych eksperymentom medycznym pod kątem czynników wpływających na „radzenie sobie ze stresem”.

I. Rodzaje eksperymentów medycznych

1.1. Eksperymenty sterylizacyjne

Próby sterylizacyjne na terenie obozu koncentracyjnego Auschwitz prowadzono od stycznia 1943 do października 1944 r. Wiktor Brack³, w liście do Himmlera oświadczył, że mimo iż jest jeszcze zajęty eliminacją chorych psychicznie i upośledzonych („eutanazja”), jest gotowy do przeprowadzania masowej sterylizacji za pomocą promieniowania rentgenowskiego. Jego propozycją było:

„Nakazanie osobom, które trzeba wysterylizować, ustawić się przed okienkiem, gdzie będą musiały odpowiadać na pytania albo wypełnić formularze. Sama myśl, że te trzy miliony bolszewickich jeńców mogłoby zostać wykorzystanych jako robotnicy, ale z wykluczeniem rozmnażania, otwiera nowe najszerze perspektywy”. Clauberg⁴ uważał, że: „należy znaleźć metodę, która wywołuje bezpłodność tak, by dana osoba tego nie zauważyła”.

³ Wiktor Brack, główny kierownik urzędu kancelarii Führera.

⁴ Carl Clauberg, prof. dr, SS Brigadführer ur. 28 września 1898 r. w Wuppertal, w obozie prowadził eksperymenty sterylizacyjne.

Clauberg i Schumann⁵ wybrali barak 30 z FKL⁶. Clauberg osobiście selekcjonował kobiety między 20 a 30 rokiem życia. Materiał badawczy stanowiły matki, takie działanie zapewniało wyłączenie z badań bezpłodnych więźniarek.

Rosa Finkelstein, poddana eksperymentom przez Clauberga, wspominała to zajście: „Gdy obudziłam się leżałam na swojej pryczy, całe podbrzusze było we krwi. Później dostałam tak strasznych bólów, że zwijałam się jak wąż. Z bólu wbijałam paznokcie w ciało” [1].

Operatorami większości eksperymentów byli lekarze (więźniowie): Dering, Grabczyński, Sobieszczyński i Samuel. Wszystkie trzysta pięćdziesiąt osób z pierwszej grupy doświadczalnej poddanej naświetlaniu zmarło. Ci, którzy przeżyli mieli potomstwo upośledzone fizycznie i psychicznie. U mężczyzn wskutek kastracji wystąpiła całkowita impotencja, mimo stałego wszczępienia hormonów, a także skłonności samobójcze.

1.2. Leczenie elektrowstrząsami

Informacje o tym, że w Auschwitz były stosowane elektrowstrząsy, zostały opublikowane dopiero w roku 1974 [2]. Pierwszą wzmiankę znaleziono w zeznaniach Ester Joffe, pomocnicy szpitala w Brzezince:

„Dr König⁷ wypróbował na kobietach terapię elektrowstrząsami. Kazał sprowadzać chore z Brzezinki do Auschwitz i odwozić je z powrotem. (...) Dr König, dwa razy w tygodniu prowadził terapię elektrowstrząsami na chorych kobietach, które później zagazowano” [3].

Eugeniusz Niedojadało⁸, opisywał „leczenie” młodej więźniarki:

„Terapia ta była stosowana pod nadzorem dr Drohockiego. Elektrody umieszczano na czole, a ściślej mówiąc na skroniach, a także na nogach. Elektrowstrząsy powodowały w tamtych czasach, nawet w normalnych warunkach klinicznych, złamania kości, kręgosłupa, a nawet śmierć. Ale to nie przeszkadzało w eksperymentowaniu psychiatrze, który sam był więźniem. Drohocki⁹ wykorzystał Auschwitz jako laboratorium doświadczalne”.

⁵ Horst Schumann, dr, Luftwaffe Oberstleutnant, ur. 1 maja 1906 w Halle nad Saalą. Rentgenolog. W styczniu 1945 roku przybył z Oświęcimia do Ravensbrück. Podobnie jak Clauberg, dążył do wyszukania najbardziej dogodnego sposobu masowej sterylizacji, która umożliwiłaby Trzeciej Rzeszy biologiczne wyniszczenie podbitych narodów „metodą naukową”, poprzez pozbawienie ludzi zdolności rozrodczych. Zmarł 05.05.1983 roku we Frankfurcie.

⁶ FKL (Frauenkonzentrationslager) – kobiecy obóz koncentracyjny.

⁷ Hans-Wilhelm König, dr, SS Untersturmführer.

⁸ Eugeniusz Niedojadało, więzień KL Auschwitz z pierwszego transportu – 14 czerwca 1940 roku.

⁹ Drohocki Zygmunt, lekarz więzień KL Auschwitz.

1.3. Eksperymenty w laboratorium

W maju 1943 roku w Rajsku, pięć kilometrów od obozu macierzystego, Naziści otworzyli „Higieniczno-Bakteriologiczny Instytut Badawczy Waffen-SS I Policji Okręgu Płd.-Wschód, Auschwitz, Górny Śląsk. W związku z faktem, iż w obozie coraz częściej wybuchały zarazy i epidemie duru plamistego, tyfusu i czerwonki starano się znaleźć metodę zapobiegania im, a także tani sposób leczenia.

„Jeżeli okazało się, że tyfus lub inna zaraza wybuchały w nowych blokach, wszyscy ich mieszkańcy byli natychmiast kierowani do komory gazowej, budynek zdezynfekowany chlorkiem wapnia (...) i ponownie zasiedlany” [4].

Naziści bali się przeniesić infekcje na siebie. Rajsko było zupełnie innym, niż normalne laboratorium. Grecki chemik – więzień Elie Ardati opisywał:

„Zdarzało się, że przynoszono mi odciętą ludzką głowę, którą miałem zbać i zrobić dokładny protokół” [5].

Sposób, w jaki Instytut Higieny prowadził swoje hodowle bakterii, przerażał nawet Muhsfeldta¹⁰. W lipcu 1944 r. był on świadkiem, jak Otto Moll¹¹ rozstrzelał około dwudziestu Żydów.

„Na miejscu masakry byli więzień Zabel i lekarz-więzień (...) wycinał [on] z ud trupów części mięśni, po uprzednim oskórowaniu miejsc, które miał zamiar usunąć. Ludzkie mięso zostało załadowane do wiader (...) Części ciała zostały pobrane do hodowli bakterii” [6].

1.4. Doświadczenia nad bliźniętami

Przedmiotem badań Mengelego¹² były bliźnięta, wśród których przewagę stanowiły dzieci. Na polecenie Instytutu Badań Antropologicznych i Biologiczno-Rasowych przy Instytucie Wilhelma w Berlinie Dahlem¹³ rozpoczął w obozie cygańskim badania antropologiczne na bliźniętach, zwłaszcza jednojajowych (monozygotycznych). Bliźnięta mogły zachować ubranie, nie goliło im się głów. Wie-

¹⁰ Erich Muhsfeldt, dr, ur. 18 lutego 1913 roku. Skazany 22 grudnia 1947 roku w Krakowie na karę śmierci. Wyrok wykonano.

¹¹ Otto Moll, ur. 4 marca 1915 roku w Hochschönberg. W KL Auschwitz od maja 1941 do stycznia 1945 roku, pełnił różne funkcje. Okresie, kiedy był szefem krematoriów, posiadał już stopień Hauptscharführera. Sądzony w procesie członków załogi Dachau. 13 grudnia 1945 roku skazany na śmierć. Wyrok wykonano.

¹² Josef Mengele, dr medycyny i filozofii, ur. 16 marca 1911 roku, od 1938 r. w SS, gdzie pełnił różne funkcje medyczne. Współpracował z Instytutem Cesarza Wilhelma do spraw Antropologii, Nauki o Dziedziczeniu i Eugeniki. W strukturze obozu SS Hauptsturmführer, Lagerarzt.

¹³ Berlin-Dahlem, Institut für Rassenbiologische und Anthropologische Forschungen – wchodził w skład Instytutu im. Cesarza Wilhelma do spraw Antropologii, Nauki o Dziedziczeniu i Eugeniki, którego dyrektorem był prof. Omar von Verschuer – prorektor i opiekun Mengelego.

działy jednak, że były obiektami doświadczalnymi: „W obozie mówiono o nas [bliźniętach] »króliki«” [7]. Celem badań było podbudowanie rasistowskiej tezy o wyższości rasy nordyckiej, dowodząc absolutnej nadrzędności podłoża dziedzicznego w stosunku do środowiska.

W 1944 roku Mengele dysponował już lekarzami wszystkich niezbędnych specjalności. Bliźnięta poddawano badaniom: antropologicznym, morfologicznym, rentgenowskim i psychiatrycznym [8].

W ramach badań morfologicznych Mengele dokonywał eksperymentów wymiennego przetaczania krwi między bliźniętami. Ostatnim etapem badań niektórych bliźniąt lub jednego z pary były analizy poszczególnych organów ciała w trakcie sekcji zwłok. Badane osoby Mengele uśmiercał dosercowym zastrzykiem z fenolu, a zwłoki zmarłych dostarczano do prosektorium.

1.5. „Uśmiercanie zastrzykami” jako przykład eutanazji nazistowskiej

W sierpniu 1941 roku lekarz obozowy Auschwitz, Entress¹⁴ wypróbował nową metodę uśmiercania. W sali operacyjnej bloku 28 obozu macierzystego eksperymentował z dożylnymi zastrzykami z wodoru [9]. Władysław Fejkel¹⁵ zeznał:

„W przypadku zastrzyków z wodoru śmierć następowała dopiero po 20 minutach. Ofiara była przytomna” [10].

Zabijanie zastrzykami należało do zadań sanitariuszy SS. E. Martin zeznała:

„Liczba więźniów uśmierconych przez jednego z sanitariuszy SS iniekcjami miała wynosić ponad 1000” [11].

Większość ofiar została zabita przez polskich więźniów: Alfreda Stössela i Mieczysława Pańszczyka, którzy uśmiercili zastrzykami od 10 000 do 12 000 współwięźniów [12]. Stanisław Głowa¹⁶, od wiosny 1942 do końca 1943 zapisywał potajemnie liczby mordowanych więźniów, doszedł do 30 000 zabitych [13].

II. Teoria salutogenezy w odniesieniu do ofiar eksperymentów medycznych

Zauważalna jest zbieżność między funkcjonowaniem modelu interakcyjnego radzenia sobie ze stresem (wg Antonovsky’ego) a sytuacją występowania wysokiego poczucia koherencji wśród więźniów KL Auschwitz, również ofiar eksperymentów medycznych.

¹⁴ Friedrich-Karl Entress, dr, Hauptsturmführer.

¹⁵ Władysław Fejkel, polski lekarz – więzień.

¹⁶ Stanisław Głowa, pisarz z bloku 20 szpitala obozowego.

Aron Antonovsky na podstawie wywiadów z pacjentami (ofiarami obozów zagłady) przeprowadzonych w czasie wizyt w swojej praktyce zauważył, iż część ofiar pomimo odzyskania wolności straciła jakąkolwiek chęć do życia, nie miała perspektyw na jego dalsze prowadzenie, zgorzkniała. Pacjenci z tej grupy często zapadali na choroby i umierali kilka lat po wyzwoleniu z obozów zagłady. Inni pacjenci Antonovsky'ego mimo przeżytych doświadczeń i odniesionego uszczerbku na zdrowiu, zachowali optymizm, wiodąc długie i szczęśliwe życie.

Nasuwa się pytanie, z jakiego powodu ofiary obozów koncentracyjnych reagowały w różny sposób na te same przeżycia i próbę dalszego życia na wolności [14].

Antonovsky stwierdził, iż w ujęciu salutogenetycznym „...czynnikiem niezbędnym w skutecznym radzeniu sobie z wszechobecnymi stresorami życiowymi i co za tym idzie, niezbędnym dla zachowania dobrego zdrowia jest silne poczucie koherencji” [15]. Próbował on zidentyfikować cechy pozwalające utrzymać zdrowie, mimo niejednokrotnie skrajnie niesprzyjających warunków zewnętrznych. Zespół tych cech nazwał poczuciem koherencji: zrozumiałość (jednostka rozumie znaczenie dopływających do niej informacji), sterowalność (jednostka dysponuje zasobami, które pozwalają jej poradzić sobie z sytuacją, jeśli nie samodzielnie, to z pomocą innych), sensowność (jednostka widzi te dziedziny życia, w które warto zaangażować się emocjonalnie).

Ujęcie salutogenetyczne opiera się na założeniu braku dychotomicznego podziału na zdrowie i chorobę. Wprowadzone przez Antonovsky'ego pojęcie *kontinuum zdrowia – choroby*, odnosi się również do zdrowia psychicznego.

Kontinuum opisane przez Antonovsky'ego można sprecyzować jako odcinek zakończony w swych punktach krańcowych odpowiednio: zdrowiem i śmiercią, pomiędzy nimi zaś umieścić kilka etapów między innymi: pogorszenie stanu zdrowia i chorobę.

Czynnikami warunkującymi zdrowie są w szczególności: uogólnione zasoby odpornościowe jednostki, poczucie koherencji, stresory, zachowania i styl życia [16].

Poczucie koherencji (ang. *sense of coherence* – SOC) definiowane jest jako zasadniczy czynnik sprzyjający zdrowiu, „globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: (a) bodźce napływające w ciągu całego życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny, (b) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce, (c) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” [15].

Komponenty koherencji wyróżnione przez Arona Antonovsky'ego można przełożyć na zachowania więźniów. W oparciu o koncepcję modelu interakcyjnego możliwe jest uchwycenie różnic pomiędzy podgrupami więźniów, rozumie-

jącymi otaczającą ich rzeczywistość obozów zagłady III Rzeszy w diametralnie różny sposób. Poczucie koherencji było mechanizmem chroniącym przed załamaniem w trudnej sytuacji życiowej, jaką był pobyt w niewoli.

Pewna część ofiar obozów (silne poczucie koherencji) była w pełni świadoma swojego losu, nie tylko potrafiła ogarnąć otaczającą ją rzeczywistość w jakiej przyszło jej żyć, ale także nie traciła wiary, że to co nastąpi po odzyskaniu wolności, będzie możliwe do uporządkowania i ogarnięcia (komponent: zrozumiałość). Więźniowie ci potrafili zorganizować swoje życie w obozie, zdobywać potrzebne im artykuły lub dobra, niekiedy posuwając się do czynów przestępczych względem drugiego człowieka. Ujawniali umiejętności radzenia sobie z wszechobecnymi sytuacjami stresu i terroru, odnajdywali swoją indywidualną metodę na przeżycie (komponent: zaradność, poczucie panowania nad sytuacją). W grupie tej można było zauważyć, iż całą swoją siłę i energię więźniowie kumulowali w chęci przeżycia. Niejednokrotnie było to niezwykle silne pragnienie zachowania własnej egzystencji nie dla siebie, a jedynie dla swoich bliskich (komponent emocjonalno-motywacyjny: sensowność). Więźniowie z tej grupy potrafili przesunąć granice ważnego dla siebie obszaru i dzięki tej metodzie mogli poprawiać swoje funkcjonowanie. Ich indywidualne cechy (zespół naturalnych cech i umiejętności) oraz relacje, jakie nawiązywali i środowisko, w jakim żyli wykorzystali w celu przesunięcia swojej obecności na kontinuum zdrowia i choroby (wzmocnienia swojej pozycji), zwiększenia obszarów decydujących o zdrowiu.

Druga podgrupa więźniów (osoby o słabym poczuciu koherencji) nie potrafiły zmobilizować sił swojego organizmu do walki, pomimo istniejącej u każdego z nich chęci przeżycia. Codzienny obozowy stres, w krótkim czasie obniżał jeszcze bardziej i tak nie będące na niskim poziomie poczucie koherencji, a deficyty w kontinuum zdrowia i choroby, zmniejszając zasoby decydujące o zdrowiu. Powodowało to, iż zaraz po przyjeździe do obozu, bądź po wyjściu z niego osoby takie zapadały na poważne choroby lub umierały.

Wnioski

Wydaje się możliwe wysunięcie twierdzenia, iż w obozie zagłady Auschwitz występowały znaczne różnice w przeżyciach więźniów, którzy nie potrafili znaleźć odpowiedniego sposobu radzenia sobie ze stresem w trudnej sytuacji życiowej, w której się znaleźli. Ponadto wykazano, że wydłużyła się przeżywalność wśród grupy więźniów, którym udało się sprostać wymaganiom obozowego środowiska. Zauważalna jest również w odniesieniu do teorii A. Antonovsky'ego korelacja między przeżywalnością człowieka a umiejętnością radzenia sobie ze stresem.

Piśmiennictwo

1. Zeznanie R. Finkelstein z 12.03.1959. Materiały dowodowe do procesu Mengelego, t. 2, k. 389 i n.
2. Żydowska Agencja Prasowa, przedruk u Waltera Wuttke-Gronberga: Medizin im Nationalsozialismus. Ein Arbeitsbuch. Tübingen 1980, nr 2/1974, s. 322.
3. Zeznanie Joffe z 9.05.1960. Proces Oświęcimski, k. 5978 i n.
4. Zeznanie Müncha z 16.03.1960 w Procesie Oświęcimskim, k. 4606.
5. Zeznanie E. Ardati z 14.12.1973. Materiały dowodowe do procesu Mengelego, t. 21, k. 68.
6. Zeznanie Mussfelda z 19.08.1947. Materiały dowodowe do procesu Mengelego, t. 41, k. 6 i n.
7. Zeznanie I. Zucker z 21.01.1968, t. 22, k. 116.
8. Piekut-Warszawska E.: Dzieci w obozie oświęcimskim. Wspomnienia pielęgniarki, Przegląd Lekarski, 1967, Nr 1, s. 204.
9. Kłodziński S.: Fenol w Auschwitz, Przegląd Lekarski, Kraków 1963, nr 1a, s. 62–63.
10. Zeznanie Fejkla z 7.06.1960, Proces Oświęcimski, k. 5794.
11. Zeznanie E. Martin z 17.03.1966. ZSt 419 AR 3322/65, k. 982.
12. Zeznanie Wolkena z 8.07.1945, Proces Oświęcimski, k. 2570.
13. Zeznanie Stanisława Głowy z 21.11.1960, Proces Oświęcimski, k. 7053.
14. Włodawiec B.: (oprac.) Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować, Fundacja IPN, Warszawa 1995.
15. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995.
16. Sęk H.: Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji. [W:] Sęk H., Pasikowski T. (red.): Zdrowie – Stres – Zasoby, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001, s. 23–42.
17. Dolińska-Zygmunt G.: Orientacja salutogeniczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky’ego, Acta Universitatis Wratislaviensis, 1996, Nr 1818, s. 22.
18. Mroziak B.: A. Antonovsky’ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji, Nowiny Psychologiczne, 1994, 1, 5–15.
19. Sterkowicz S.: Lekarze mordercy pod znakiem swastyki, Toruń 1999, s. 202.

Mariola Głowacka¹

Problemy aktywności zawodowej pielęgniarek rodzinnych

Wstęp

Współczesne pielęgniarstwo podlega procesom modyfikacyjno-rozwojowym powodującym zmiany w praktyce zawodowej pielęgniarek oraz rozszerzanie już pełnionych i przypisywanie im nowych ról zawodowych prowadzących do poprawy jakości opieki nad człowiekiem, a także zwiększających efektywność tej opieki [1].

Od początku kształtowania się profesji pielęgniarstwa charakterystyczny jest jej społeczny charakter związany z ukierunkowaniem działań na pomoc ludziom zdrowym w utrzymaniu i potęgowaniu tego stanu, a chorym i niepełnosprawnym w zaspokajaniu ich potrzeb, rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych oraz prowadzeniu działalności terapeutycznej i rehabilitacyjnej mającej zapewnić powrót do zdrowia ew. maksymalną jego poprawę. Do pielęgniarki również należy przygotowanie pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji, zarówno w stanie zdrowia, jak i choroby lub życia z niepełnosprawnością [1].

Wielorakość problemów podopiecznych wymaga od pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej dużej samodzielności, a z drugiej strony obciąża ją ogromną odpowiedzialnością zawodową i prawną. Pielęgniarka środowiskowa/rodzinna stanowi integralny element systemu formalno-prawnego realizującego usługi w zakresach i na zasadach określonych przez akty normatywne i narzuconych przez płatnika tj. Narodowy Fundusz Zdrowia [2].

Podobnie jak cała służba zdrowia, w Polsce pielęgniarstwo rodzinne boryka się z problemami finansowymi, organizacyjnymi, prawnymi i kadrowymi.

Zmieniające się warunki kontraktowania świadczeń, obniżenie stawki kapitałowej na usługi pielęgniarstwa, zniesienie limitów populacyjnych w podstawowej opiece zdrowotnej, brak jednoznacznych kryteriów zawierania umów na świadczenia na lata następne oraz aktów prawnych regulujących strukturę i za-

¹ Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

sady funkcjonowania opieki zdrowotnej w kolejnych latach wywołuje niepokój i niezadowolenie w grupie pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych. Poważny problem, rzutujący na warunki pracy tej grupy, stanowi również nie uwzględnianie zapisów Krajowego Planu Zabezpieczenia Zdrowotnego i Wojewódzkich Planów Zdrowotnych w warunkach kontraktowania świadczeń. Dotyczy to zarówno zakresów świadczeń, wielkości populacji przypadającej na poszczególnych członków zespołu w podstawowej opiece zdrowotnej, odsetka kontraktu przeznaczonego na diagnostykę, jak i sprawowania opieki nad pacjentami w weekendy i święta.

Cel

Celem głównym niniejszej pracy jest zdiagnozowanie sytuacji zawodowej pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych w kontekście ich problemów społecznych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w I kwartale 2004 r. w Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Regionu Płockiego. Objęto nimi 113 pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych, w tym 83 pielęgniarki czynne zawodowo i 30 emerytowanych.

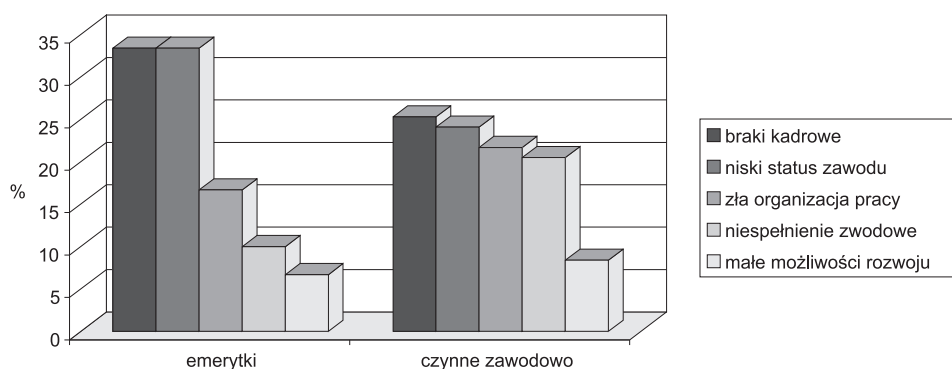
Jako narzędzie badawcze wykorzystano ankietę anonimową. Ankieta składała się z dwóch części: A – dla pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych, które zakończyły okres aktywności zawodowej i przeszły na emeryturę ew. świadczenie przedemerytalne oraz części B – dla pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych czynnych zawodowo.

Wyniki badań

W populacji ankietowanych czynnych zawodowo dominowały pielęgniarki środowiskowe/rodzinne w wieku 40–49 lat (72,3%) ze stażem pracy 21–30 lat (54,2%). Co piąta respondentka posiadała doświadczenie 31 lat i więcej, a jedynie co siedemnasta miała mniej niż 40 lat i pracowała krócej niż 11 lat. Zdecydowana większość badanych posiadała wykształcenie średnie (96,4%), a tylko trzy osoby wyższe. Ankietowane były zatrudnione na stanowisku pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej (66,3%) lub starszej pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej (33,7%).

W grupie emerytek dominowały ankietowane w wieku 50–59 lat (83,3%) ze stażem pracy 21 lat i więcej (100%) zatrudnione na stanowisku pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej (50%) lub starszej pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej (50%). Zdecydowana większość z nich skorzystała z możliwości przejścia na świadczenie przedemerytalne (83,3%) lub emeryturę (16,7%). Pielęgniarki czynne

Rycina 1. Warunki pracy motywujące pielęgniarke środowiskowe/rodzinne do zakończenia aktywności zawodowej



zawodowo podkreśliły, że gdyby mogły skorzystać z tego przywileju w chwili obecnej uczyniłyby to (56,6%) z powodu niskich zarobków (48,3%), złych warunków pracy (26,5%), problemów zdrowotnych (9,6%), problemów rodzinnych (9,6%) i innych (6,0%). Te czynniki motywacyjne stanowiły w populacji ankietowanych emerytek odpowiednio – 66,7%; 30%; 0%; 3,3%; 0%.

Respondentki wskazały, że ich decyzję o zakończeniu aktywności zawodowej determinowała również trudna współpraca z personelem lekarskim (emerytki – 33,3%, czynne zawodowo – 33,7%), z pracodawcą (emerytki – 16,7%, czynne zawodowo – 22,9%) oraz z pielęgniarską kadrą kierowniczą (emerytki – 16,7%, czynne zawodowo – 18,1%). Istotną rolę odegrały także braki kadrowe (33,3%), niski status społeczny zawodu (33,3%), zła organizacja pracy (16,7%), niespełnienie zawodowe (10%) oraz małe możliwości rozwoju zawodowego (6,7%). Emerytki natomiast, do najbardziej znaczących zaliczyły niespełnienie oczekiwań zawodowych (25,3%), niski status społeczny zawodu (24,1%) oraz złą organizację pracy (21,7%).

Większość ankietowanych czynnych zawodowo zgłosiła niski poziom (36,2%) lub brak satysfakcji zawodowej (27,7%). Natomiast zaledwie co piąta pracująca pielęgniarka środowiskowa/rodzinna podkreśliła średni, a co siedemnasta wysoki poziom satysfakcji zawodowej. U pielęgniarek emerytowanych najczęściej występował niski poziom satysfakcji zawodowej (50%), a jednakowy odsetek wskazywał brak, średni i wysoki poziom satysfakcji (16,7%).

Dyskusja

Populacja pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych należy do starzejących się. Przyczyny tego stanu mogą być różnorodne: edukacyjne, ekonomiczne, kadrowe, organizacyjne i prawne. Do grupy przyczyn edukacyjnych należą między innymi: zmiana systemu kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek w Polsce

oraz dość małe zainteresowanie kierunkiem pielęgniarstkiem wśród młodzieży maturalnej regionu płockiego.

Wśród czynników ekonomicznych szczególnie istotne są: niskie zarobki, niski status zawodu pielęgniarki oraz redukcje stanowisk pielęgniarstkich w ramach procesów restrukturyzacyjnych zakładów opieki zdrowotnej. Ze względu na te procesy, pomimo coraz bardziej widocznych braków kadrowych w populacji pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych, są one nadal zagrożone bezrobociem.

Do determinantów o charakterze kadrowym zaliczyć należy przede wszystkim politykę kadrową zakładów opieki zdrowotnej. Pracodawcy są zainteresowani pozyskiwaniem pielęgniarek wykwalifikowanych tj. posiadających minimum zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub optymalnie specjalizację w tej dziedzinie z kierunkowym doświadczeniem. Kryteria te pokrywają się z wymogami konkursowymi Narodowego Funduszu Zdrowia [1]. Taka sytuacja, przy znacznie ograniczonym napływie absolwentów kierunków pielęgniarstkich licencjackich czy magisterskich do podstawowej opieki zdrowotnej, może doprowadzić w kolejnej dekadzie do znacznego ograniczenia świadczeń pielęgniarstkich w podstawowej opiece zdrowotnej realizowanych w środowisku pacjenta. Sytuację tę pogłębia coraz trudniejszy dostęp do zorganizowanych form kształcenia podyplomowego pielęgniarek, w tym przede wszystkim kursów kwalifikacyjnych i specjalizacji, w związku ze zmianą systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w Polsce. Od roku 1998 pielęgniarki podnoszą kwalifikacje (za wyjątkiem specjalizacji) na własny koszt. Przy niskich zarobkach pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej, średnio ok. 1000 zł netto miesięcznie, wydatkowanie 1300,00 zł na opłacenie udziału w szkoleniu, powiększone o dodatkowe wydatki związane z dojazdami do miejsca szkolenia stanowi bardzo duże obciążenie finansowe. Poza tym od roku 1998 obserwuje się w regionie płockim spadek liczby organizowanych szkoleń dla pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych [3].

Podnoszenie kwalifikacji jest również wymogiem prawnym wynikającym z ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 05.VII 1996 roku z późniejszymi zmianami [4].

Minimalne, a często nawet niewystarczające obsady stanowisk pielęgniarstkich w poz utrudniają dostępność do szkoleń ze względu na trudności z oddelegowaniem na zajęcia przewidziane programem szkolenia.

Pielęgniarki, pomimo wieku i długiego stażu pracy, częściej są zatrudniane na stanowisku pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej niż na stanowisku starszej pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej. Przyczyna tego zjawiska ma charakter ekonomiczny i niewątpliwie prowadzi do ubożenia powyższej grupy zawodowej. Można więc sądzić, że obecnie aktywne zawodowo pielęgniarki posiadają niższe uposażenia, piastując w przeważającej większości stanowisko pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej.

Inny problem stanowi intensywnie malejąca liczebność kadry pielęgniarstwa w podstawowej opiece zdrowotnej z powodu odchodzenia na świadczenie przedemerytalne. Na podjęcie decyzji o zakończeniu aktywności zawodowej szczególnie wpływ wywierają, oprócz czynników ekonomicznych, relacje z innymi grupami zawodowymi, sposób zarządzania instytucją, style kierowania uprawiane przez kadrę pielęgniarstwa, nadmierne obciążenie pracą, zła organizacja pracy, niespełnione oczekiwania zawodowe i małe możliwości rozwoju. Spadek liczebności grupy zawodowej pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych prowadzi do zwiększania zakresu obowiązków, w dotychczasowym wymiarze czasu i za takie samo wynagrodzenie, pielęgniarek pozostających w stanie aktywności zawodowej.

Brak integracji poszczególnych grup zawodowych w zakładach opieki zdrowotnej jest szczególnie wyraźny w relacjach lekarze – pielęgniarki. Towarzyszy temu interesowność personelu wyższego i dążenie do pozyskania środków kosztem przedstawicieli innych zawodów. Potwierdzeniem tego może być „Porozumienie Zielonogórskie” uznane przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ wbrew obowiązującemu prawu i zaleceniom nadzoru merytorycznego [5]. Warunki porozumienia okazały się niekorzystne dla środowiska pielęgniarstwa. Dopuszczało ono bowiem łączenie zawodu pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnej z zawodem położnej środowiskowej/rodzinnej, łączenie funkcji pielęgniarstwa praktyki z funkcją pielęgniarstwa rodzinnej oraz znosi limity populacyjne przypadające na jedną pielęgniarkę środowiskową/rodzinną. Takie działania prowadzą niewątpliwie do pogorszenia statusu zawodowego pielęgniarek. W tej sytuacji Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wystosowała protest przeciw postanowieniom „Porozumienia Zielonogórskiego”. Przedstawiła konieczność wprowadzenia zmian w zasadach kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne, a w szczególności potrzebę odrębnego kontraktowania świadczeń realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne, położne środowiskowe/rodzinne, pielęgniarki praktyki, pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania oraz świadczeń pielęgniarstwa i położniczych w godz. 18.00–8.00 w dni powszednie, niedziele i święta. Podkreślała również zasadność opracowania w trybie natychmiastowym rozporządzenia o zakresach kompetencji zgodnie z art. 115 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ oraz określenie limitu ubezpieczonych objętych opieką przez: pielęgniarkę środowiskową/rodzinną – do 2.500 osób, pielęgniarkę praktyki – do 2.500 osób, położną środowiskową/rodzinną do 6.000 populacji lub 3.000 populacji żeńskiej w tym noworodków obojga płci do 42 dnia życia oraz pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania – do 880 [6].

O trudnej współpracy pielęgniarek z pracodawcami świadczy przepływ informacji. Pielęgniarki nie są lub są informowane wybiórczo i z opóźnieniem o warunkach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, np. o konieczności zbierania deklaracji wyboru pielęgniarstwa i położnej podstawowej opie-

ki zdrowotnej. Informacja ta w większości nzoz-ów płockich została przekazana w czerwcu br. Takie działania wywołują negatywne napięcia interpersonalne, dezorganizują cykl pracy, nakładają na pielęgniarki ogromną pracę do zrealizowania w krótkim czasie przy nasilonych brakach kadrowych związanych z okresem urlopowym. NRPIP rozumiejąc wagę problemu wystąpiła z wnioskiem do NFZ o wydłużenie terminu zbierania od ubezpieczonych deklaracji wyboru pielęgniarki i położnej do końca 2004 r. oraz o finansowanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarkę i położną w oparciu o deklarowaną liczbę podopiecznych, która zostanie zweryfikowana na koniec 2004 r. oraz dopuszczenie możliwości rozliczenia w oparciu o listy aktywne, będące w posiadaniu lekarzy poz, z którymi współpracowały pielęgniarki i położne w trakcie roku [6].

Za niepokojący należy uznać fakt, że ponad połowa czynnych zawodowo pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych zrezygnowałaby z dotychczasowej pracy, gdyby uzyskała inne źródło dochodu. Świadczyć to może o nasilających się problemach w zakresie zarządzania informacją w zakładzie, nadmiernym obciążeniu pracą, nieprecyzyjnych warunkach prawnych realizacji świadczeń oraz niskim poziomie satysfakcji zawodowej związanym z ograniczonymi możliwościami rozwoju zawodowego. W niektórych przypadkach wskazywać może na słabą znajomość pracodawców istoty pracy tej grupy zawodowej, zakresu jej kompetencji, odpowiedzialności, obciążenia psychofizycznego, kosztów pracy, np. tylko częściowe refundowanie dojazdu do pacjenta w postaci ryczałtu miesięcznego.

Kolejny problem stanowi obniżający się status społeczny pielęgniarstwa, co potwierdza utożsamianie przez społeczeństwo opieki zdrowotnej z lekarską grupą zawodową. Dotyczy to wszystkich zakresów świadczeń, w tym poz, lecznictwa szpitalnego, specjalistyki ambulatoryjnej, opieki długoterminowej itd. Do czynników determinujących ten stan rzeczy należą niskie zarobki grupy pielęgniarstwa, uwarunkowania historyczne rozwoju profesji pielęgniarki oraz dopiero się kształtująca samodzielność zawodowa.

Wnioski

1. Populacja pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych ulega dynamicznemu procesowi starzenia się ze względu na mały napływ absolwentów kierunków pielęgniarstwa do podstawowej opieki zdrowotnej, przejście znaczącej części pielęgniarek na świadczenie przedemerytalne i emeryturę, wymogi kwalifikacyjne NFZ oraz politykę kadrową zakładów opieki zdrowotnej.
2. Z powodów ekonomicznych wykwalifikowany personel pielęgniarstwa z długim stażem pracy jest częściej zatrudniany na stanowisku pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej niż na stanowisku starszej pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej, co stanowi jedną z przyczyn niskiego poziomu satysfakcji zawodowej.

3. Głównymi przyczynami zakończenia aktywności zawodowej przez pielęgniarki rodzinne są: trudna współpraca z kierownictwem poszczególnych szczebli oraz z personelem lekarskim, zła organizacja pracy, problemy zdrowotne i rodzinne pielęgniarek, niedobory kadrowe i w konsekwencji nadmierne obciążenie pracą, status społeczny zawodu i niski poziom satysfakcji zawodowej,
4. Niski poziom satysfakcji zawodowej powodują relacje służbowe, wysokość zarobków, warunki pracy oraz małe możliwości rozwoju zawodowego.
5. Odejścia na świadczenie przedemerytalne powodują zubożenie personelu podstawowej opieki zdrowotnej o wykwalifikowane i kompetentne pielęgniarki, w pełni wydolne psychofizycznie, które przy stworzeniu godziwych warunków pracy i płacy mogłyby jeszcze przez kilka lub kilkanaście lat sprawować profesjonalną opiekę nad pacjentem w jego środowisku.
6. Dla poprawy współpracy zespołowej w podstawowej opiece zdrowotnej konieczne są prawne ramy kompetencji zawodowych, limity populacyjne oraz zastosowanie czynników motywujących pozytywnych i /lub negatywnych przez pracodawców przy jednoczesnym założeniu równego traktowania wszystkich uczestników procesu profilaktyczno-terapeutycznego. Najbardziej optymalnym byłoby na wzór belgijski wyłączenie i odrębne kontraktowanie przez NFZ świadczeń pielęgniarских tylko z podmiotami pielęgniarскими. Wymagałoby to jednak daleko posuniętej indywidualizacji działalności gospodarczej pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych w całym kraju.

Piśmiennictwo

1. Wrońska I.: Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. Centrum Edukacji Medycznej. Warszawa 1997,
2. Zakres kompetencji pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej. Szczegółowe materiały informacyjne: podstawowa opieka zdrowotna. Konkurs ofert 2003. Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych. Warszawa 2003, 1–20.
3. Raport o stanie pielęgniarstwa. OIPiP w Płocku. 2004, 1–20.
4. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. (Dz.U. 01.57.602).
5. Uchwała 4/2004 Zarządu NFZ z dnia 6 stycznia 2004 r. w sprawie porozumienia Ministerstwa Zdrowia z przedstawicielami „Porozumienia Zielonogórskiego” z dnia 6 stycznia 2004 r.
6. Korespondencja Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Warszawa 2004: styczeń – czerwiec.

Monika Jodłowska¹, Barbara Zakrzewska¹,
Emilia Dębek¹, Grażyna Bączek²

Istota zawodu i rola położnej w opinii społecznej

Na początku rozważań dotyczących umieszczonego w tytule zagadnienia należy wyjaśnić dwa centralne słowa klucze, czyli **zawód położnej** i **opinia publiczna**, które stanowią punkt wyjścia do badań przeprowadzonych przez autorki pracy.

„Przez zawód rozumie się system czynności wewnętrznie spójny, wymagający określonego zakresu wiedzy i umiejętności, wykonywanych systematycznie, stanowiących podstawę utrzymania pracownika i stanowiących podstawę zajmowania określonego miejsca w strukturze społecznej” [1]. Zawód położnej najlepiej zdefiniuje odpowiednia

USTAWA z dnia 5 lipca 1996 r. O zawodach pielęgniarki i położnej

Art. 2.

Zawody pielęgniarki i położnej są zawodami samodzielnymi.

Art. 5.

1. Wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia, w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem.

¹ Koło Naukowe przy Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Akademia Medyczna w Warszawie

² Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauki o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Warszawie

2. Udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, położna wykonuje przede wszystkim poprzez:

- 1) sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej,
- 2) prowadzenie fizjologicznego porodu i położu oraz sprawowanie opieki nad noworodkiem,
- 3) udzielanie pomocy położniczej w nagłych przypadkach do czasu przybycia lekarza,
- 4) profilaktykę chorób kobiecych i patologii położniczych,
- 5) działalność edukacyjno-zdrowotną w zakresie przygotowania młodzieży do życia w rodzinie oraz metod planowania rodziny, ochrony macierzyństwa i ojcostwa,
- 6) realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- 7) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

3. Za wykonywanie zawodu położnej przez osobę, o której mowa w ust. 1, uważa się również:

- 1) nauczanie zawodu położnej,
- 2) prowadzenie prac naukowo-badawczych w dziedzinie opieki położniczej,
- 3) kierowanie pracą zawodową pielęgniarek i położnych [3].

Opinia publiczna to występujący w społeczeństwie lub jego grupach ogół poglądów dotyczących wydarzeń ważnych dla danego społeczeństwa lub danej zbiorowości [2].

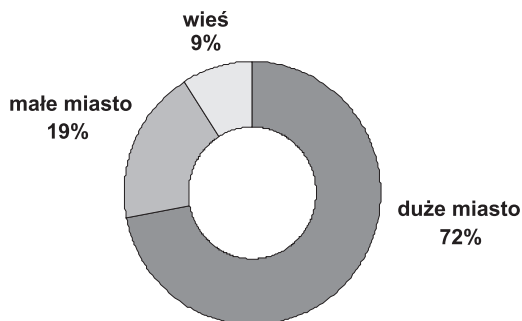
Celem przeprowadzonych badań jest sprawdzenie poziomu świadomości opinii społecznej o istocie zawodu, jak również o roli jaką pełni położna. Podjęcie tego tematu było motywowane wieloma czynnikami. Badania przeprowadzone zostały przez „młode” położne, dopiero wkraczające w życie zawodowe. Położna wkraczająca w zawód, chcąc wypełnić dobrze swoją misję, powinna orientować się w społeczeństwie, znać jego potrzeby, umieć rozwiązać problem, służyć pomocą. Dlatego wychwycenie, zauważenie i zdiagnozowanie problemu dopiero pozwoli właściwie edukować odpowiednie grupy społeczne. Badania i ich wyniki pozwolą określić grupę społeczną najbardziej potrzebującą edukacji ze strony położnej. Zdobyta wiedza umożliwi być może wzbogacenie treści kształcenia położnych o nowe elementy, pozwoli spojrzeć szerzej na zawód położnej. Ograniczenie położnej do sali porodowej jest bardzo powszechne i skazuje ten zawód na marginalizację, a przecież istota naszej misji nie zamyka się w szpitalnych murach. Autorki mają nadzieję, że przeprowadzone badania pozwolą na wyciągnięcie wniosków, które posłużą do kolejnych badań, mających na celu dalszą edukację tak społeczeństwa, jak i położnych.

Badanie przeprowadzono posługując się ankietą zawierającą pytania otwarte, zamknięte, jak również pytania, w których należało ustalić skalę ważności od-

powiedzi. Ankieta była anonimowa, adresowana do kobiet i mężczyzn w trzech grupach wiekowych (15–19 lat, 20–45 lat, 46–65 lat). Wyniki analizowano według poszczególnych grup wiekowych. Przebadano 100 osób: 29 mężczyzn i 71 kobiet z województwa mazowieckiego. Ankieta była przeprowadzona od marca 2003 roku do czerwca 2003 roku.

Wśród ankietowanych największa liczba zamieszkuje duże miasto: 72 osoby, w małym mieście mieszka 19 osób, a 9 osób deklaruje zamieszkanie na wsi.

Rycina 1. Miejsce zamieszkania ankietowanych

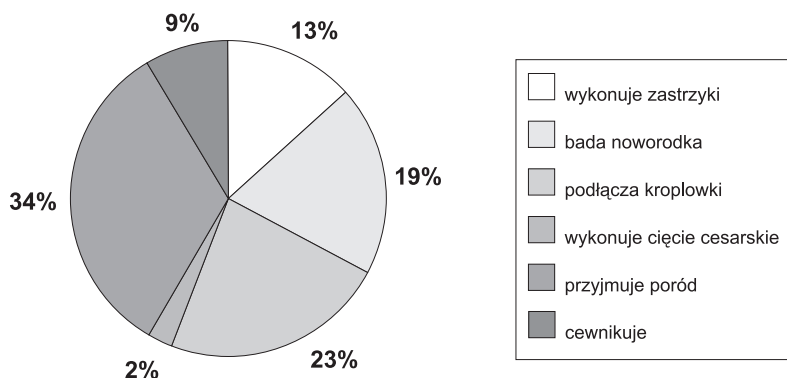


Pierwszym pytaniem, mającym na celu zbadanie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat zakresu obowiązków położnej, jest pytanie o zadania położnej w szpitalu (do wyboru było kilka odpowiedzi) i tak: 82 ankietowanych stwierdziło, że do zadań położnej należy przyjmowanie porodów, 57 osób do obowiązków położnej zalicza podłączanie kroplówek i 33 osoby wykonywanie zastrzyków, 48 osób uważa, że położna również bada noworodka, 6 osób zaliczyło do zadań położnych wykonanie cięcia cesarskiego, a 21 osób stwierdza, że położna ma prawo cewnikować. 40% ankietowanych zaznaczało dwie odpowiedzi, że położna przyjmuje poród i bada noworodka, ok. 2% zaznaczyło tylko jedną odpowiedź przyjęcie porodu, pozostała część zaznaczała trzy lub więcej odpowiedzi (Ryc. 2).

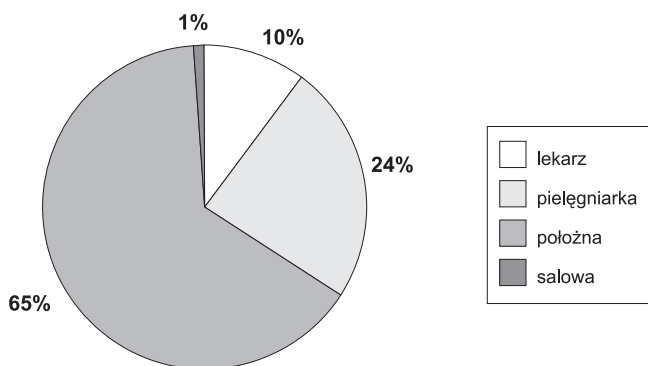
Kolejne pytanie dotyczyło nauki karmienia piersią, czyli tego kto uczy, pomaga przystawić dziecko do piersi. Według 65% ankietowanych jest to położna, jedna osoba zaznaczyła, że jest to położna laktacyjna, a trzy uznały również, że jest to położna i pielęgniarka. 24% uważa, że pomaga przystawić dziecko do piersi pielęgniarka, a 10%, że obowiązek ten należy do lekarza ginekologa-położnika. Jedna osoba uznała, że w procesie karmienia piersią uczestniczy zespół tworzony przez lekarza, położną, pielęgniarkę i salową (Ryc. 3).

Mimo, że pytanie o obowiązki położnej już się pojawiło w ankiecie, zostało one ponownie zadane, ale uściślone do roli podczas porodu. Skonkretyzowanie problemu pozwoliło osiągnąć następujące wyniki: przyjęcie porodu prawidłowego wg 39% ankietowanych to zadanie lekarza, dla 35% to zadanie dla położ-

Rycina 2. Zadania położnej w szpitalu



Rycina 3. Pomoc w karmieniu piersią



nej, dla 2% – pielęgniarki, a 20% uznało że to współpraca położnej i lekarza. 2% uważa, że poród przyjmuje zespół lekarsko-położniczo-pielęgniarski bądź lekarsko-pielęgniarski.

Każdy zawód ma przeszłość i tak kiedyś w miejsce położnych funkcjonowały akuszerki. Ich praca odbywała się najczęściej w domach przy boku rodzącej. Dziś położna jest najczęściej postrzegana w sterylnym szpitalu. Autorki pracy zadały w związku z tym pytanie, czy ankieterzy znają zawód akuszerki, a jeśli tak to czym zajmuje się obecnie?

Oto odpowiedzi ankieterów na zadane pytanie o rolę akuszerki obecnie: „akuszerka to dawniej osoba przyjmująca poród bez powikłań, obecnie to położna, która pełni taką funkcję wraz z lekarzem”, „obecnie położna jest lepiej wykształcona, przygotowana do pracy w różnych warunkach i ma większy zakres obowiązków”, „akuszerka to inaczej położna, która opiekuje się kobietą w ciąży fizjologicznej, prowadzi i przyjmuje poród”, „przychodzi do domu odebrać za dużą kasę poród”, „zawód w zasadzie wymarły, ale bardzo

podobny do położnej”, „zajmuje się odbieraniem porodu w domu”, „dawniej położna zastępowała lekarza przy porodzie”, „akuszerka przychodzi do domu i uczy jak obchodzić się z noworodkiem, gdyż młode mamy nie mają doświadczenia, jest potrzebna”, „ktoś w rodzaju położnej i pielęgniarki środowiskowej”.

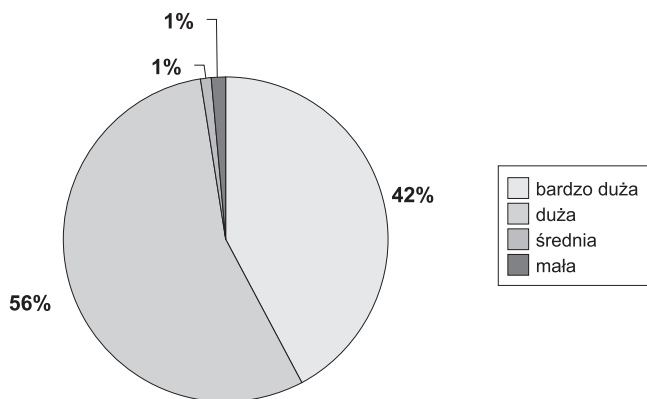
Ponad połowa badanej grupy osób dorosłych nie poleciłaby zawodu położnej swoim dzieciom bądź wnukom.

Jedno z pytań skierowanych do młodzieży brzmiało: czy w przyszłości zamierzasz studiować któryś z kierunków medycznych? Tylko czterech respondentów zadeklarowało chęć studiowania medycznego kierunku.

Do grupy wiekowej 20–45 latków skierowano pytanie o najważniejszą osobę w czasie ich porodu – dla 60% rodziców najważniejszą rolę podczas porodu odegrała położna, która również przyjęła ten poród, w 40 % przypadków był to lekarz.

Jedno z najważniejszych dla autorek pytań dotyczyło stopnia odpowiedzialności zawodu położnej: 42 osoby określają stopień odpowiedzialności jako duży, 32 jako bardzo duży, a 1 osoba jako średni, 1 jako mały.

Rycina 4. Odpowiedzialność zawodowa położnej



Wnioski

Analiza wyników ankiet pozwala na wyciągnięcie następujących wniosków:

Młodzież w znacznym procencie nie zna zawodu położnej, ani jej roli w szpitalu bądź placówce zdrowia. Społeczeństwo postrzega położną jako osobę niesamodzielną, bardzo często działającą we współpracy z lekarzem. Niepokojący jest również fakt, że w odczuciu respondentów wykonywanie zawodu położnej wiąże się z dużą odpowiedzialnością. Mimo, iż są to oddzielne zawody położna

nadal jest mylona z pielęgniarką. Po zapoznaniu się z wynikami badań i ich analizie autorzy planują kolejne, mające na celu poszerzyć wiedzę społeczeństwa na temat zawodu położnej.

Piśmiennictwo

1. Szczepański J.: Czynniki kształtujące zawód i strukturę zawodową. Warszawa 1965.
2. Sojecki C., Karwowski A. (red.): Leksykon. Wyd. PWN. Warszawa 1972.
3. USTAWA z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa. Dz.U. 01.57.602.

J. Salamon

Wartości i cnoty etyczne fizjoterapeuty i ich przydatność w rozwiązywaniu trudnień w pracy zawodowej

Wstęp

Wartości powstają w ścisłym związku ze społeczeństwem, jego kulturą, a ujawniają się w myślach, uczuciach, działaniu. Charakterystyczną cechą wartości jest ich hierarchia, bo nie są sobie równe. Platon na szczycie wartości umieścił ideę dobra, która jak słońce oświeślała inne i pomagała im rozwijać się. W podziale wartości M. Schelera najwyższą pozycję zajmują wartości transcendentne i duchowe. K. Wojtyła twierdzi, że wartości duchowe sprzyjają rozwojowi osoby ludzkiej na płaszczyźnie intelektualnej, moralnej i estetycznej.

Człowiek jest pełnowartościowym bytem, rzeczywistością, której wyróżniającą cechą jest godność, miłość, odpowiedzialność i wolność [1]. Szczególne miejsce wśród wartości duchowych zajmują wartości moralne. Ujawniają się w postanowieniach, aktach woli, czynach. Warunkiem zachowania moralnego, oprócz świadomego działania, jest odpowiedzialność za podjęty czyn. Podstawą realizacji wartości moralnych są cnoty etyczne.

„Cnoty są poniekąd postanowieniami, w pewien sposób nas usposabiają” [2] pisze w Etyce Nikomachejskiej Arystoteles. „Cnota etyczna – dzielność etyczna jest trwałą dyspozycją do pewnego rodzaju postanowień, polegającą na zachowaniu właściwej, ze względu na nas średniej miary, którą określa rozum i to w sposób, jaki by ją określił człowiek rozsądny” [3].

Dzielność etyczna obiera właściwy środek. Jeśli trudno ugodzić w środek, to należy wybrać przynajmniej najmniejsze zło [4]. Stagiryta dowodzi, że trwałe dyspozycje powstają dzięki ćwiczeniom, a od naszej woli zależą nie tylko wady duchowe, ale i fizyczne [5].

¹ Zakład Fizjoterapii, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

Cel pracy

Celem pracy jest poznanie wartości i cnót etycznych fizjoterapeuty i ich przydatności w rozwiązywaniu utrudnień w pracy zawodowej.

Materiał i metoda

Badaniem ankietowym objęto 60 studentów I roku fizjoterapii studiów zaocznych w PWSZ w Tarnowie. Autorska ankieta zawierała 14 pytań (10 otwartych i 4 zamknięte) dotyczących wartości i cnót etycznych fizjoterapeuty oraz ich przydatności w rozwiązywaniu utrudnień w pracy.

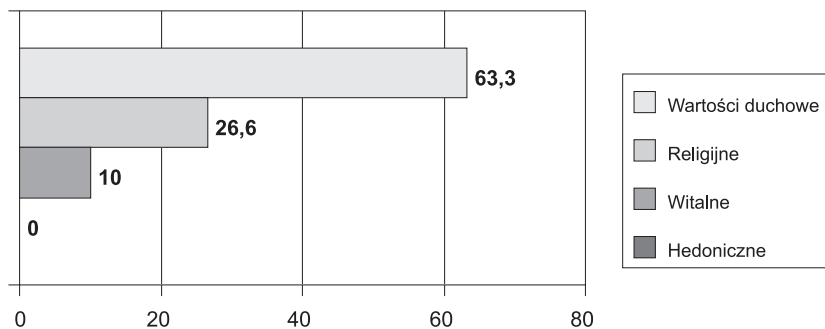
Wyniki badań i ich omówienie

Grupę ankietowanych stanowili studenci – 49 kobiet i 11 mężczyzn – pochodzący z województwa małopolskiego i podkarpackiego. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 28 lat, o stażu pracy 7 lat. Badani pracowali na stanowisku technika fizjoterapii, rehabilitanta, masażysty – 57 osób, pielęgniarki – 2 osoby i technika farmacji – 1 osoba. Wszyscy wcześniej uzyskali wykształcenie w swoim zawodzie na poziomie studium.

Motywy, jakimi kierowali się przy wyborze studiów to: podwyższenie kwalifikacji i rozwijanie zainteresowań 66,6% (40 osób), pomoc cierpiącym i niepełnosprawnym 21,6% (13 osób), możliwość otrzymania pracy i lepszego jej wykonywania 11,3% (7 osób).

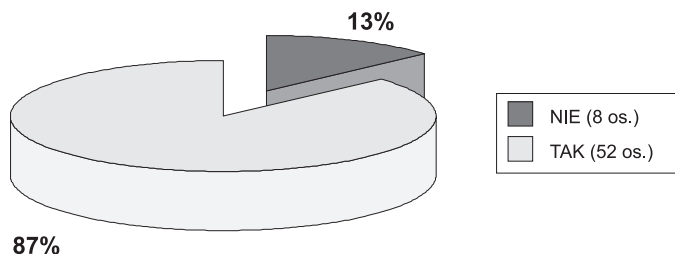
O wyborze tego kierunku zdecydował wcześniejszy kontakt z chorymi. Badani stwierdzili, że najwyższą pozycję w hierarchii wartości zajmują u nich wartości duchowe 63,3% (38 osób) i religijne 26,6% (16 osób) (Ryc. 1).

Rycina 1. Hierarchia wartości



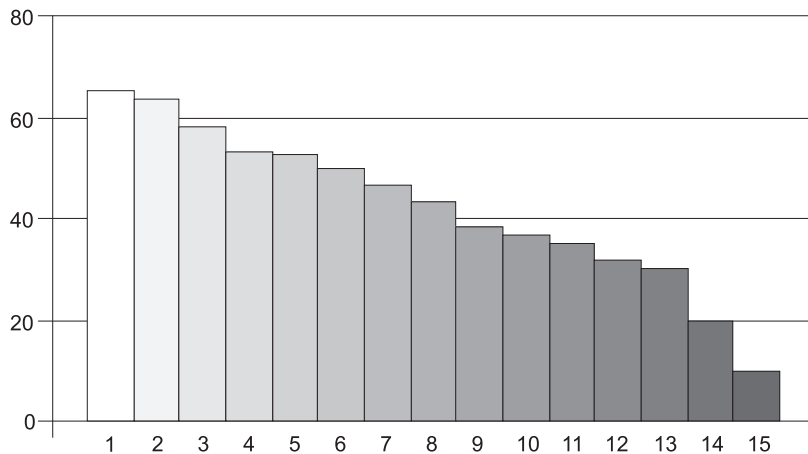
O takim wyborze zdecydowała przydatność tych wartości w pracy z chorymi (Ryc. 2).

Rycina 2. Związek wartości z zawodem

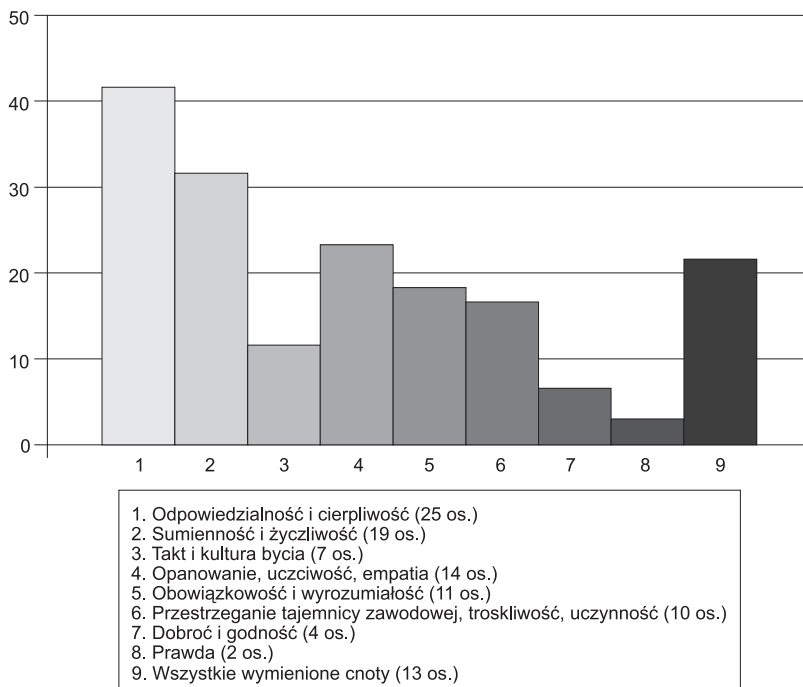


Za najważniejsze cnoty moralne u fizjoterapeuty respondenci uznali: odpowiedzialność, cierpliwość 65% (39 osób), sumienność, życzliwość 63% (38 osób), kulturę bycia 58,3% (35 osób), opanowanie 53% (32 osoby), wyrozumiałość i obowiązkowość 51,6% (31 osób), przestrzeganie tajemnicy zawodowej 50% (30 osób) (Ryc. 3). Badani posiadają te cnoty, jak i również opanowanie, uczciwość, empatię (Ryc. 4). Równocześnie stwierdzili, że w największym stopniu muszą „wypracować” cierpliwość i opanowanie.

Rycina 3. Cnoty moralne fizjoterapeuty



- | | |
|--|---|
| 1. Odpowiedzialność i cierpliwość (39 os.) | 9. Troskliwość (23 os.) |
| 2. Sumienność i życzliwość (38 os.) | 10. Dobroć (22 os.) |
| 3. Takt i kultura bycia (35 os.) | 11. Empatia (21 os.) |
| 4. Opanowanie (32 os.) | 12. Godność (19 os.) |
| 5. Obowiązkowość i wyrozumiałość (31 os.) | 13. Sprawiedliwość (18 os.) |
| 6. Przestrzeganie tajemnicy zawodowej (30 os.) | 14. Prawda (12 os.) |
| 7. Uczciwość (28 os.) | 15. Wszystkie wymienione cnoty (16 os.) |
| 8. Uczynność (26 os.) | |

Rycina 4. Posiadane cnoty

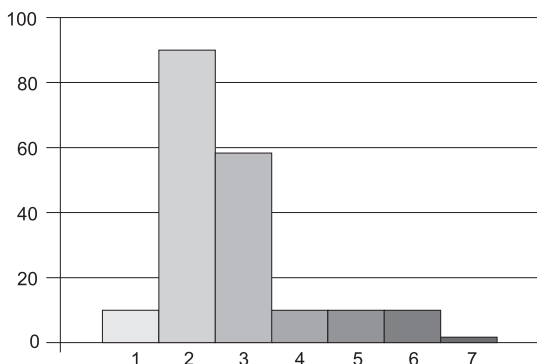
Utrudnienia w pracy z chorymi potwierdza 90% respondentów. Jest to najczęściej brak współpracy i zrozumienia ze strony chorego, których przyczyna tkwi w zamknięciu się pacjenta, lęku przed bólem, braku wiary w wyzdrowienie, braku motywacji do życia i do ćwiczeń czy wygórowanych oczekiwań 58,3% (35 osób).

Na niecierpliwość pacjentów z powodu dużych kolejek i odległych terminów skarży się 10% (6 osób), podobnie jak na brak współpracy i zrozumienia chorego przez innych członków zespołu terapeutycznego, upośledzenie umysłowe, chorobę psychiczną, niską świadomość medyczną i brak higieny osobistej pacjentów (Ryc. 5).

Utrudnienia organizacyjne spotyka w pracy zawodowej 80% badanych (48 osób). Są nimi najczęściej małe pomieszczenia do rehabilitacji, stary zużyty sprzęt lub brak sprzętu oraz ograniczenia świadczeń przez NFZ 43,3% (26 osób). Skutkiem ich są kłopoty z dobrą organizacją pracy i planowaniem zabiegów, ograniczona ilość zabiegów, mało czasu dla 1 pacjenta, duże kolejki do zabiegów i dużo obowiązków, zwłaszcza „papierkowej roboty”.

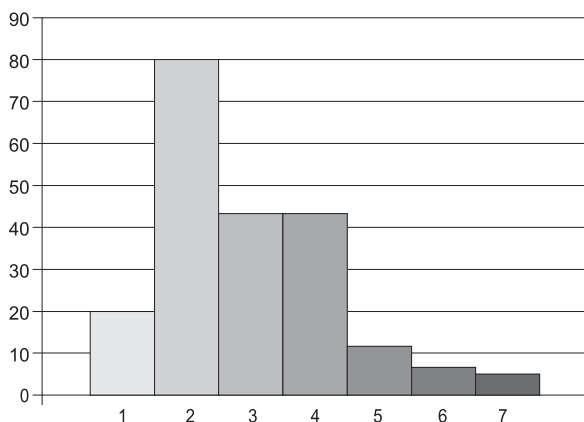
Inne utrudnienia, z jakimi się spotkali badani to niezgrany personel, trudna współpraca z innymi terapeutami 11,6% (7 osób), brak funduszy na płace

Rycina 5. Utrudnienia w pracy z chorymi



1. Nie ma utrudnień (6 os.)
2. TAK (54 os.)
3. Brak współpracy z chorym przez zamknięcie się, lęk przed bólem, brak wiary w wyzdrowienie, zbyt wygórowane oczekiwania (35 os.)
4. Niecierpliwość pacjentów (6 os.)
5. Brak współpracy i zrozumienia (6 os.)
6. Upośledzenia umysłowe pacjentów (6 os.)
7. Małe doświadczenie fizjoterapeuty (1 os.)

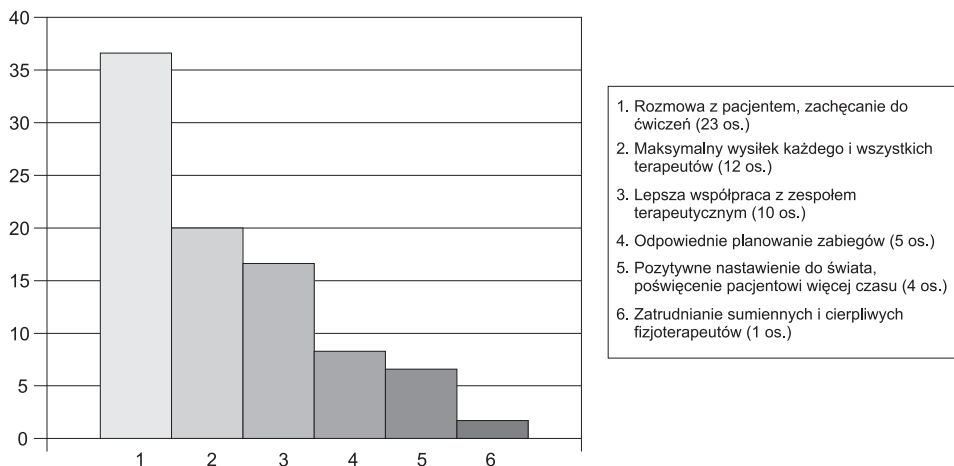
Rycina 6. Utrudnienia organizacyjne



1. Nie ma zastrzeżeń (12 os.)
2. TAK (48 os.)
3. Brak sprzętu (26 os.)
4. Ograniczone świadczenia przez NFZ (26 os.)
5. Niezgrany personel (7 os.)
6. Brak funduszy na płace (4 os.)
7. Trudna współpraca z kierownictwem (3 os.)

dla nowych pracowników i odnowę sprzętu 6,6% (4 osoby), trudna współpraca z kierownictwem (lekarzami) i dyrekcją, niewystarczająca liczba personelu 5% (3 osoby), niewykwalifikowany personel i niskie upokarzające zarobki 3% (2 osoby) (Ryc. 6).

Respondenci proponują różne rozwiązania utrudnień ze strony chorego. Są nimi najczęściej: rozmowa z pacjentem, tłumaczenie, wyjaśnianie, zachęcanie do ćwiczeń, spokój, opanowanie, cierpliwość i życzliwość wobec pacjenta 36,6% (22 osoby), maksymalny wysiłek indywidualny i wszystkich terapeutów oraz umiejętne wykorzystanie czasu poświęconego choremu 20% (12 osób), lepsza współpraca z całym zespołem terapeutycznym 16,6% (10 osób), odpowiednie planowanie zabiegów, aby każdy mógł skorzystać z ćwiczeń (rozłożenie ich na dłuższy czas, chociaż trwają krócej) 8,3% (5 osób), dobieranie pacjentów do

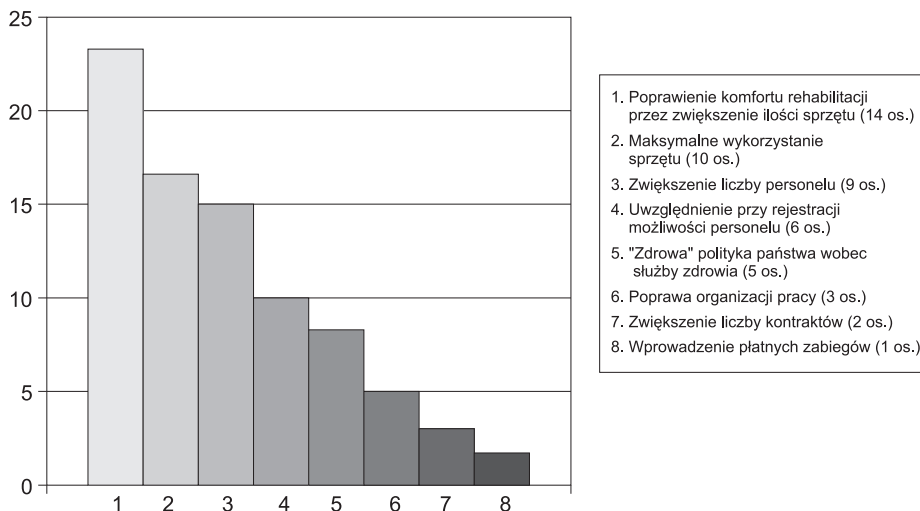
Rycina 7. Pokonywanie utrudnień ze strony chorego

ćwiczeń według płci, wieku, rodzaju niepełnosprawności, aby się nie kępowali, pozytywne nastawienie do całego świata, poświęcenie więcej czasu dla pacjenta, zostanie po godzinach w pracy 6,6% (4 osoby), zatrudnienie sumiennych i cierpliwych fizjoterapeutów, indywidualne traktowanie każdego pacjenta, uważne słuchanie go, współpraca z rodzicami rehabilitowanych dzieci 1,7% (1 osoba) (Ryc. 7).

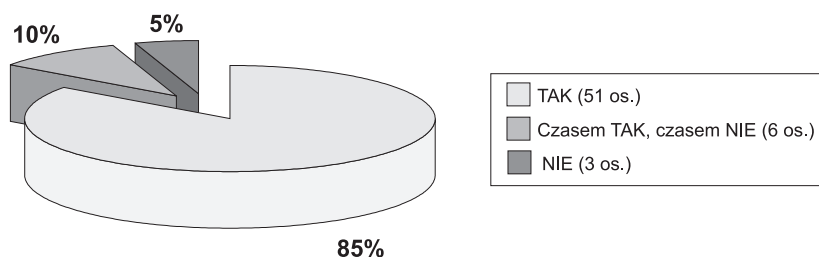
Badani proponują różne sposoby rozwiązań utrudnień organizacyjnych: poprawienie komfortu rehabilitacji przez zwiększenie ilości sprzętu rehabilitacyjnego, rozbudowę pomieszczeń do ćwiczeń 23,3% (14 osób), maksymalne wykorzystanie sprzętu i ewentualne korzystanie ze sprzętu zastępczego 16,6% (10 osób), zwiększenie liczby fachowego personelu 15% (9 osób), uwzględnienie przy rejestracji zabiegów możliwości personelu np. zmniejszenie liczby przyjęć chorych, przez co można poprawić jakość rehabilitacji 10% (6 osób), „zdrowa” polityka państwa wobec służby zdrowia, inny system rozliczeń z NFZ. 8,3% (5 osób), poprawa organizacji pracy, wykorzystanie każdej wolnej chwili 5% (3 osoby), zwiększenie liczby kontraktów, aby uchronić placówkę przed zadłużeniem, walka o swoje prawa 3% (2 osoby), wprowadzenie płatnych zabiegów, szukanie sponsorów, proponowanie innych ośrodków wykonujących te same zabiegi, doksztalcanie personelu, godna płaca 1,7% (po 1 osobie) (Ryc. 8).

Utrudnienia wpływają na relacje pacjent – fizjoterapeuta stwierdziło 70% badanych. Duża odpowiedzialność za zdrowie podopiecznego i walka z utrudnieniami wywołują zmęczenie fizyczne i psychiczne fizjoterapeuty, jednak starają się, by kontakt z chorym był miły. Pomimo utrudnień praca zawodowa daje respondentom dużą satysfakcję 85% (51 osób) i nie zmieniliby jej na żadną inną (Ryc. 9).

Rycina 8. Rozwiązywanie utrudnień organizacyjnych



Rycina 9. Satysfakcja z zawodu



Wnioski

1. W hierarchii wartości ankietowanych pierwsze miejsce zajmują wartości duchowe i religijne. W uzasadnieniu takiej hierarchii studenci stwierdzili ich przydatność w pracy zawodowej. Wartości duchowe uczą wrażliwości, rozumienia potrzeb każdego i ułatwiają pracę z niepełnosprawnymi, zaś religijne dodają siłę do pracy z ludźmi o ograniczonej sprawności.
2. Za najważniejsze cnoty etyczne respondenci uznali odpowiedzialność, cierpliwość, sumienność, życzliwość, opanowanie, empatię, wyrozumiałość. Wymienione cnoty pozwoliły pokonać utrudnienia w pracy z chorymi. Bardzo przydatna była też umiejętność „dotarcia” do chorego – przekonywanie, wyjaśnianie, tłumaczenie oraz optymizm życiowy.

3. Utrudnienia organizacyjne respondenci rozwiązywali różnymi metodami wykorzystując swoją wiedzę, pomysłowość, umiejętność przewidywania. Realizując zasadę „Dobro chorego najwyższym prawem” – robili to lepiej niż wysocy urzędnicy państwowi odpowiedzialni za ten resort.
4. Pomimo utrudnień badani mają dużą satysfakcję z wykonywanego zawodu. Lubią pracę z ludźmi potrzebującymi ciepła i opieki. Podchodzą z zaangażowaniem do osób cierpiących, współodczuwają z nimi. Napotymane trudności są bodźcem do walki z nimi, ale ta walka daje satysfakcję, że się to zrobiło dla chorego.

Piśmiennictwo

1. Wojtyła K.: Miłość i odpowiedzialność. Lublin 1986, s. 43, 117, 120.
2. Arystoteles: Etyka Nikomachejska. Warszawa 1982 (opracowała i przełożyła Daniela Gromska), s. 54.
3. Tamże, s. 58.
4. Arystoteles: Dzieło cyt., s. 70.
5. Tamże, s. 92.

Monika Kołtunowicz¹, Grażyna Bączek²

Samodzielność zawodowa w opinii współczesnej położnej

Na wstępie niniejszych rozważań należy wyjaśnić znaczenie słowa „samodzielność”. Według „Słownika języka polskiego” samodzielny oznacza: niezależny od nikogo, dający sobie radę, nie potrzebujący pomocy, nie podlegający czyjejś władzy. Samodzielny człowiek, pracownik.

Motywy skłaniającym autorki do poszukiwań badawczych w tym obszarze stały się przede wszystkim własne doświadczenia, które zmusiły je do przemyśleń „jak to jest w rzeczywistości z samodzielnością zawodu położnej w Polsce”.

Przykładem charakterystycznym niech będzie następująca sytuacja zaobserwowana w czasie praktyk studenckich w oddziale położniczym jednego z warszawskich szpitali: położna chcąc ocenić postęp porodu poprzez badanie wewnętrzne prosi kogoś, by stanął na tzw. czatach, aby ona mogła ocenić sytuację położniczą. Powód? – strach czy nie idzie jakiś lekarz. Jak ta sytuacja prezentuje się w świetle „Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej”, gdzie w art. 5 ust. 1 z dnia 30.07.1996 rok wyraźnie jest napisane, że są to zawody samodzielne?

Czy położna z odpowiednimi kwalifikacjami i wieloletnim stażem pracy, chcąc wypełniać swe ustawowe obowiązki, musi ukrywać się przed lekarzem lub ordynatorem?

Zakres kompetencji zawodowych położnej dotyczy wielorakich świadczeń w zakresie pielęgnacyjnym, zapobiegawczym, diagnostycznym, leczniczym, rehabilitacyjnym oraz promocji zdrowia, którymi są objęte kobiety, kobiety ciężarne, rodzące i położnica oraz noworodek.

Zawód położnej wraz z jego społecznym znaczeniem odnajdujemy również w historii. Od początku istnienia świata, a dokładniej człowieka, kobiecie w trudnych sytuacjach związanych z jej kobiecością towarzyszyła druga kobieta, mająca

¹ Koło Naukowe przy Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Akademia Medyczna w Warszawie

² Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauki o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Warszawie

większe doświadczenie. Już w starożytnym Rzymie osobom zajmującym się tą sztuką stawiano bardzo wysokie wymagania, a ich zawód był wysoko ceniony. Zajmowały się leczeniem kobiet w schorzeniach ginekologicznych oraz zatrudniane były jako biegłe sądowne. Początkowo były to kobiety posiadające tzw. „dar zgrabnych rąk”. Przez długi czas zajmowały się tak porodem fizjologicznym, jak i patologią. Dopiero przełom XVI/XVII wieku pozwolił mężczyznom uczestniczyć przy porodach. Jednak nie zmieniło to niczego, położna nadal towarzyszyła kobiecie. W miarę upływu czasu i rozwoju medycyny położne zaczęły podwyższać swoje kwalifikacje. W XVI w. we Francji wydano pierwsze przepisy normujące pracę położnych.

W obecnych czasach co prawda ograniczone zostały kompetencje położnych do opieki okołoporodowej i do przyjmowania porodów fizjologicznych. W zamian pojawiły się nowe obszary działalności dla położnej. Zakres ten obejmuje funkcję profilaktyczną, kształcącą, naukowo-badawczą, organizacyjną, a także promocji zdrowia.

Celem przeprowadzonych badań było poznanie opinii położnych na temat samodzielności ich zawodu. Badaniem objęto grupę 72 położnych aktywnych zawodowo na terenie miasta Warszawy. Posłużono się metodą sondażową i wykorzystano w tym celu samodzielnie skonstruowany kwestionariusz ankiety.

Charakterystyka badanej grupy przedstawiała się następująco:

Wykształcenie wyższe posiada tylko 9,7%, pozostałe 90,3% legitymuje się wykształceniem pomaturalnym. Natomiast aż 70,8% badanych podnosi swoje kwalifikacje na uczelniach wyższych. Staż pracy, jaki posiadały respondentki, podzielił je na dwie grupy: 50% pracuje dłużej niż 10 lat, 50% do 10 lat. Dla 31,9% miejscem zatrudnienia jest poradnia, w sali porodowej pracuje 16,6%, a pozostałe 33,3% w innych oddziałach.

W badaniach skupiono się na trzech zasadniczych problemach:

1. Jak położne pojmują samodzielność zawodową?
2. Czy mogą tę samodzielność realizować w praktyce zawodowej?
3. Co przeszkadza im w uzyskaniu samodzielności zawodowej?

Na pytanie o definicję samodzielności odpowiedziało 95,8% badanych. Najczęstsze określenia samodzielności to:

- możliwość podejmowania decyzji w zakresie całościowej opieki nad kobietą,
- układ partnerski lekarz – położna, a nie zleceniodawca – wykonawca,
- ponoszenie konsekwencji za swe decyzje,
- praca zgodna z kompetencjami i posiadaną wiedzą, która cały czas powinna być pogłębiana,
- praca zawsze zgodna z sumieniem mająca na uwadze dobro pacjenta.

W odpowiedzi na pytanie, czy możliwa jest realizacja samodzielności w praktyce zawodowej respondentek 34,7% badanych odpowiedziało twierdząco, 36,1% przecząco, a 13,8% nie potrafiło dokładnie określić swojego stanowiska. 1,3% badanych nie udzieliło odpowiedzi.

Ponad połowa badanych (55,5%) przyznała, że napotyka w swej pracy przeszkody w uzyskaniu samodzielności. Najczęściej wymieniane w tej grupie przyczyny ograniczenia samodzielności to:

- zła współpraca z lekarzami lub jej brak,
- przepisy narzucane odgórnie,
- brak podstawowego i specjalistycznego sprzętu medycznego.

Wnioski

Większość położnych czuje się ograniczona w swej samodzielności zawodowej. Za przyczyny podają z reguły czynniki zewnętrzne (niewłaściwe relacje z zespołem terapeutycznym, przepisy, kwestie organizacyjno-techniczne). Nie pojawiły się czynniki wewnętrzne, pochodzące od samych położnych, jak np. braki w przygotowaniu zawodowym, niewystarczające kompetencje czy cechy osobowości. Spowodowane jest to najprawdopodobniej utartymi stereotypami ról zawodowych i jednocześnie brakiem odwagi do podejmowania działań samodzielnych, co z kolei jest uwarunkowane niesprzyjającymi relacjami wewnątrz zespołu terapeutycznego.

Optymizmem napawa fakt, że znakomita większość badanej grupy (ponad 70%) podnosi swoje kwalifikacje na uczelniach wyższych. To pozwala mieć nadzieję na wzrost świadomości zawodowej położnych i zauważenie znaczenia ich roli w środowisku medycznym.

Piśmiennictwo

1. Słownik języka polskiego, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1981.
2. Ustawa o zawodzie Pielęgniarki i Położnej z dnia 30.07.1996.
3. Artykuł Janik E.: Opieka położnych w społeczności... Konferencja Fundacji „Rodzić po ludzku”. 30.06.2003 r.

Alicja Patoła¹, Renata Piotrkowska²,
Janina Książek²

Skutki choroby niedokrwiennej kończyn dolnych w aspekcie społeczno-ekonomicznym

Wstęp

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych w 98% spowodowane jest miażdżycą [1]. Czynnikiem sprzyjającymi są uwarunkowania rodzinne, a także niehigieniczny styl życia, m.in. mała aktywność fizyczna, nikotynizm, błędy dietetyczne. Wyróżnia się cztery stopnie zaawansowania choroby niedokrwiennej kończyn dolnych:

- I. brak objawów klinicznych
- II. chromanie przestankowe
- III. bóle spoczynkowe
- IV. owrzodzenia kończyn [2, 3].

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych jest procesem rozwijającym się latami i stopniowo prowadzącym do ograniczenia sprawności fizycznej oraz niosącym za sobą określone skutki indywidualne i społeczne.

Według M. Weissa niepełnosprawność ma miejsce wtedy, gdy ogranicza wykonanie podstawowych czynności życia codziennego [4, 5]. Prowadzi ona w konsekwencji do zmiany ról społecznych określanych jako „zakres zadań, które człowiek spełnia (bądź powinien spełniać ze względu na oczekiwania społeczne) wobec członków grupy społecznej, w której funkcjonuje” [6]. Indywidualne konsekwencje o charakterze społecznym to:

- a) zmiana pozycji – np. z pracownika na osobę bez pracy lub pracującego w ograniczonym zakresie, z decydującej w sprawach rodzinnych na osobę uzależnioną od innych;
- b) zmiany ekonomiczne – od samodzielności ekonomicznej do ekonomicznego uzależnienia;

¹ Klinika Kardiologii – Oddział Chirurgii Naczyniowej S.P.S.K. nr 1 ACK, Akademia Medyczna w Gdańsku

² Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Akademia Medyczna w Gdańsku

c) zmiana oczekiwań społecznych i przyjmowanie nowych ról związanych z faktem występującej niepełnosprawności [6].

Ograniczenie, całkowita utrata lub stały brak fizycznej i psychicznej sprawności ma wpływ na wykonywanie oczekiwanych zadań. Konsekwencje psychiczne można scharakteryzować jako poczucie mniejszej wartości lub utraty dotychczasowej pozycji i znaczenia w rodzinie, pracy, środowisku społecznym oraz odrzucenia emocjonalnego przez innych. Skutkami niepełnej sprawności mogą być również: poczucie braku bezpieczeństwa, poczucie winy (wobec najbliższych), wrogość i agresja w stosunku do ludzi zdrowych [6]. Ogromną rolę w zakresie usamodzielniania i podnoszenia aktywności życiowej pacjenta odgrywają lekarz i pielęgniarka. Ich uwaga powinna koncentrować się głównie na sferach aktywności człowieka niepełnosprawnego, które uległy ograniczeniu i spowodowały deficyt samodzielności. Określenie deficytu ma na celu wyznaczenie tego obszaru działań, który należałoby zabezpieczyć:

- a) poprzez zwiększenie zakresu samodzielności – ćwiczenia usprawniające, sprzęt rehabilitacyjny, bezpośrednia lub pośrednia pomoc bliskich w samoobsłudze, likwidowanie barier;
- b) poprzez pomoc i zabezpieczenie ze strony rodziny zmierzające do zmniejszenia deficytu;
- c) poprzez inne źródła pomocy – systemy wsparcia społecznego, instytucje lokalne, grupy samopomocowe w celu wzmocnienia samodzielności człowieka chorego, niepełnosprawnego i możliwości aktywnego oraz twórczego życia [7].

Zapobiegać lub dążyć do zmniejszenia skutków choroby niedokrwiennej kończyn dolnych można poprzez szerzenie zasad profilaktyki oraz propagowanie działań promujących zdrowy styl życia zmierzających do:

- przestrzegania prawidłowej diety,
- regularnego podejmowania aktywności fizycznej i ćwiczeń ruchowych,
- nabywania umiejętności niwelowania stresów,
- porzucenia nałogów, szczególnie palenia papierosów,
- przestrzegania zaleceń lekarskich i samoobserwacji własnego organizmu [8].

Cel pracy

Celem pracy jest ocena skutków społecznych i ekonomicznych będących następstwem przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych oraz odpowiedź na problemy badawcze:

- 1) czy zmienne demograficzne t.j. wiek, płeć, miejsce zamieszkania mają wpływ na ogólną sytuację pacjenta związaną z ograniczeniem ruchu?
- 2) czy wystąpienie choroby miało wpływ na rezygnację lub ograniczenie pracy zawodowej i w konsekwencji obniżenie statusu ekonomicznego?
- 3) czy ograniczenie sprawności ruchowej spowodowało uzależnienie od innych osób np. rodziny?

- 4) czy wystąpienie i rozwój choroby niedokrwiennej kończyn dolnych miało wpływ na ograniczenie lub rezygnację z życia kulturalno-towarzyskiego i było powodem obniżenia statusu społecznego?

Materiał i metoda

Badaniem objęto 36 pacjentów leczonych w Klinice Kardiochirurgii – Oddziale Chirurgii Naczyniowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 Akademickiego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku (S.P.S.K. nr 1 ACK AMG) w okresie od listopada 2004 r. do stycznia 2005 r. Badania były anonimowe i dobrowolne. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietową z zastosowaniem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji. Ankieta składa się z dwóch części: 1 – dane osobowe; 2 – pytania dotyczące warunków społeczno-socjalnych.

Wyniki i omówienie

Grupę badawczą stanowiło 8 (22,2%) kobiet i 28 (77,8%) mężczyzn. Największą grupę reprezentowały osoby w przedziale wiekowym 61–70 lat – 16 (44,4%) osób, 14 (38,9%) to pacjenci w przedziale wiekowym 51–60 lat, 4 (11,1%) osoby poniżej 50 r.ż., natomiast 2 (5,6%) osoby miały więcej niż 70 lat. Wykształceniem zawodowym wykazało się 18 (50%) osób, 14 (38,9%) pacjentów deklarowało wykształcenie średnie, 4 (11,1%) respondentów to osoby z wykształceniem wyższym. Zdecydowana większość to osoby zamieszkujące duże miasto – 22 (61,1%), a 12 (33,3%) to mieszkańcy małych miast i jedynie 2 osoby (5,6%) pochodzące ze wsi. Dla 16 (44,4%) badanych pacjentów był to pierwszy pobyt w szpitalu z powodu przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych, natomiast dla pozostałych była to kolejna hospitalizacja. Podobnie przedstawia się sytuacja, jeżeli chodzi o ilość przebytych zabiegów chirurgicznych dla 22 (61,1%) pacjentów był to, co najmniej, drugi zabieg naczyniowy, 22 respondentów, co stanowi 61,1% badanych deklaruje, iż choroba niedokrwienna kończyn dolnych lub inne schorzenia układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroba wieńcowa) występują u nich rodzinnie. Wszystkie badane osoby, powyżej 70 r.ż. stwierdziły, że wystąpienie i rozwój choroby spowodowało ograniczenie ich sprawności ruchowej, podobnego zdania jest 14 (87,5%) osób w przedziale wiekowym od 61–70 r.ż., 10 (71,4%) osób pomiędzy 51 a 60 r.ż. uważa, że choroba w zdecydowany sposób wpłynęła na ograniczenie sprawności, natomiast jeżeli chodzi o pacjentów w wieku 41–50 lat to wyżej przedstawione stanowisko popiera 2 (50%) badanych (Tabela 1).

Łącznie 6 (75%) badanych kobiet stwierdziło, że choroba zdecydowanie lub w sposób znaczący wpłynęła na ograniczenie ich sprawności fizycznej, podobnego zdania było 28 (100%) mężczyzn (Tabela 2).

Tabela 1. Wiek a wpływ choroby na ograniczenie sprawności ruchowej

| Wiek | Ograniczenie sprawności ruchowej | | | | | | | | Ogółem |
|-----------------|----------------------------------|-------|------------|------|------------|---|------------------|------|--------|
| | zdecydowanie tak | | raczej tak | | raczej nie | | zdecydowanie nie | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| poniżej 40 r.ż. | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 41–50 lat | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 | – | – | – | – | 4 |
| 51–60 lat | 10 | 71,4 | 4 | 28,6 | – | – | – | – | 14 |
| 61–70 lat | 14 | 87,5 | – | – | – | – | 2 | 12,5 | 16 |
| powyżej 70 r.ż. | 2 | 100,0 | – | – | – | – | – | – | 2 |
| Ogółem | 28 | – | 6 | – | – | – | 2 | – | 36 |

Tabela 2. Płeć a wpływ choroby na ograniczenie sprawności ruchowej

| Płeć | Ograniczenie sprawności ruchowej | | | | | | | | Ogółem |
|-----------|----------------------------------|------|------------|------|------------|---|------------------|----|--------|
| | zdecydowanie tak | | raczej tak | | raczej nie | | zdecydowanie nie | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Kobieta | 4 | 50,0 | 2 | 25,0 | – | – | 2 | 25 | 8 |
| Mężczyzna | 24 | 85,7 | 4 | 14,3 | – | – | – | – | 28 |
| Ogółem | 28 | – | 8 | – | – | – | 2 | 25 | 36 |

Tabela 3. Miejsce zamieszkania a możliwość swobodnego z przemieszczaniem się

| Miejsce zamieszkania | Problem z przemieszczaniem się | | | | Ogółem |
|----------------------|--------------------------------|-------|-----|------|--------|
| | tak | | nie | | |
| | N | % | N | % | |
| Wieś | 2 | 100,0 | – | – | 2 |
| Małe miasto | 6 | 50,0 | 6 | 50,0 | 12 |
| Średniej wielkości | – | – | – | – | – |
| Duże miasto | 18 | 18,8 | 4 | 18,2 | 22 |
| Ogółem | 26 | – | 10 | – | 36 |

Problem ze swobodnym przemieszczaniem się (np. wizyta u lekarza) ma 2 (100%) pacjentów mieszkających na wsi, 6 (50%) badanych będących mieszkańcami małych miast i 18 (81,85%) osób zamieszkujących w dużych miastach (Tabela 3).

Tabela 4. Wpływ wystąpienia i rozwoju choroby na utratę lub rezygnację z pracy zawodowej

| Wpływ choroby na utratę pracy | N | % |
|-------------------------------|----|-------|
| Zdecydowanie tak | 16 | 44,4 |
| Raczej tak | 6 | 16,7 |
| Raczej nie | – | – |
| Zdecydowanie nie | 14 | 38,9 |
| Ogółem | 36 | 100,0 |

Tabela 5. Wpływ choroby na obniżenie pozycji społecznej

| Obniżenie pozycji społecznej | N | % |
|------------------------------|----|-------|
| Zdecydowanie tak | 16 | 44,4 |
| Raczej tak | 6 | 16,7 |
| Raczej nie | – | – |
| Zdecydowanie nie | 14 | 38,9 |
| Ogółem | 36 | 100,0 |

Zdaniem 22 (61,1%) pacjentów wystąpienie i rozwój choroby w znaczącym stopniu wpłynęły na rezygnację z pracy zawodowej (Tabela 4).

Źródłem utrzymania 6 (16,7%) respondentów jest praca zawodowa, spośród nich 2 osoby (5,6%) deklarują, że uzyskane w ten sposób środki w pełni zaspakajają ich potrzeby, natomiast 4 (11,1%) osoby twierdzą, że są to środki nie w pełni wystarczające. Wśród 12 (33,3%) badanych emerytów tylko połowa z nich twierdzi, że wielkość otrzymywanej emerytury pozwala im na pokrycie comiesięcznych wydatków. Z renty chorobowej utrzymuje się 16, a więc 44,4% badanej populacji i 100% spośród nich deklaruje, że są to środki niewystarczające (Tabela 6).

Spośród 36 badanych – 30 (83,3%) uważa, że przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych spowodowało ograniczenie sprawności ruchowej. Z tej liczby 27 (75%) otrzymuje pomoc od rodziny, 4 (11,1%) może liczyć na wsparcie ze strony sąsiadów i tyleż samo korzysta z pomocy pielęgniarki środowiskowej.

Zdaniem 32 (88,9%) pacjentów rozwój choroby spowodował ograniczenie bądź rezygnację z życia kulturalnego i towarzyskiego. Większość badanej populacji (72,2%) stwierdziła, iż rozwój choroby miał wpływ na obniżenie ich statusu społecznego (Tabela 5).

Tabela 6. Rodzaj źródła utrzymania a możliwość zaspokojenia potrzeb finansowych

| Rodzaj źródła utrzymania | Dostępne środki finansowe | | | | | | | | Ogółem |
|--------------------------|---------------------------|-----|----------------------|------|-------------------------|------|-------------------------------|------|--------|
| | w pełni wystarczające | | raczej wystarczające | | raczej niewystarczające | | zdecydowanie niewystarczające | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Praca zawodowa | 2 | 5,6 | – | – | 4 | 11,1 | – | – | 6 |
| Emerytura | 2 | 5,6 | 4 | 11,1 | 2 | 5,6 | 4 | 11,1 | 12 |
| Renta chorobowa | – | – | – | – | 6 | 16,7 | 10 | 27,8 | 16 |
| Pomoc rodziny | 2 | 5,6 | – | – | – | – | – | – | 2 |
| Ogółem | 6 | – | 4 | – | 12 | – | 14 | – | 36 |

Wnioski

1. Uzyskane wyniki badań potwierdziły, iż choroba niedokrwienna kończyn dolnych wpływa niekorzystnie na status społeczno-ekonomiczny pacjentów, a wiek, płeć i miejsce zamieszkania mają wpływ na ograniczenie sprawności fizycznej i na możliwość swobodnego przemieszczania się.
2. Wystąpienie i rozwój choroby zmusza do rezygnacji z pracy zawodowej i wiąże się z koniecznością korzystania z renty chorobowej, co w konsekwencji nie stanowi dostatecznego zabezpieczenia materialnego i powoduje obniżenie stopy życiowej.
3. W opiekę nad pacjentem niepełnosprawnym w największym stopniu zaangażowana jest rodzina.
4. Wystąpienie i rozwój choroby miało wpływ na ograniczenie lub rezygnację z życia kulturalno-towarzyskiego i przyczyniło się do obniżenia statusu społecznego pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Piskorz A.: Chirurgia tętnic. W. Góral R. (red.): Zarys Chirurgii. PZWL Warszawa 1992.
2. Zarys chirurgii tętnic i żył. Ziąja K. (red.), Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1995, 114–130
3. Chirurgia tętnic i żył obwodowych. Noszczyk W. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 342–368.
4. Tobiasz-Adamczyk B.: Społeczne konsekwencje chorób: Wybrane elementy zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 1998, 115–120.
5. Promocja zdrowia. Karski J., Słońska Z., Wasilewski B. (red.), Sanmedia, Warszawa 1994, 47–61.

6. Kawczyńska-Butrym Z.: Konsekwencje niepełnej sprawności.: Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej. „Śląsk” Katowice 1998, 51–91.
7. Kawczyńska-Butrym Z.: Promocja zdrowia w zadaniach pielęgniarstwa rodzinnej: Rodzina – zdrowie – choroba. Wydawnictwo Czelej Lublin 2001, 71–75.
8. Worach-Kardas H.: Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania stanu zdrowia i długowieczności. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, 1999, 2, 7–15.

ISBN: 83-86796-97-9