

**Pielęgniarstwo
na rzecz
milenijnych celów rozwoju**

Pielęgniarstwo na rzecz milenijnych celów rozwoju

**redakcja
Beata Dobrowolska
Zofia Foryś
Jerzy Jaśkiewicz**

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2014

Rada Wydawnicza Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzje: dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska, dr hab. Danuta Zarzycka

Projekt okładki: Anna Krasnowolska

Adiustacja: zespół

ISBN 978-83-7571-295-7

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2014

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie, ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich

Na zlecenie:



Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ka.edu.pl

Wydawca:

Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM,
Kraków 2014

Sprzedaż detaliczną, hurtową i wysyłkową
prowadzi Księgarnia „U Frycza”
Kampus Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
tel./faks: (12) 252 45 93
e-mail: ksiegarnia@kte.pl

Skład: Oleg Aleksejczuk

Druk i oprawa: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o.

Spis treści

Beata Dobrowolska, <i>Milenijne cele rozwoju – wprowadzenie</i>	7
Jerzy Jaśkiewicz, <i>Wstęp</i>	7
Anna Cisińska, Grażyna Cisińska <i>Czynniki wyboru zawodu pielęgniarki w opinii studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi</i>	11
Anna Cisińska, Grażyna Cisińska <i>Problematyka higieny szkolnej na łamach czasopisma „Pielęgniarka Polska”</i>	23
Zofia Foryś, Grażyna Dębska, Celina Królczyk <i>Transplantologia wczoraj i dziś</i>	33
Beata Gibas, Grażyna Dębska <i>Zasadność tradycji i symboliki we współczesnym pielęgniarstwie</i>	47
Anna Iwanicka-Maciura, Ewa Smoleń <i>Wizerunek współczesnego absolwenta pielęgniarstwa – spojrzenie przez pryzmat kodeksu etyki</i>	59
Jerzy Jaśkiewicz, Anna Goździalska, Marta Kowalewska <i>Umiejętność niesienia profesjonalnej pomocy rodzinom dotkniętym patologią społeczną przez pielęgniarki środowiskowe</i>	69
Elżbieta Kamusińska, Aleksandra Słopiecka, Marta Ciosek, Irena Dorota Karwat <i>Udział pielęgniarki w rehabilitacji pacjentek po mastektomii</i>	83
Joanna Rudek <i>Zamknięty system do kontrolowanej zbiórki stolca – nowoczesna metoda pielęgnacji pacjenta z biegunką</i>	93
Mariola Seń, Dorota Lizak <i>Wiedza uczniów na temat zagrożeń płynących z palenia papierosów – wyniki badań ankietowych</i>	105

Aleksandra Słowiecka, Elżbieta Kamusińska, Elżbieta Kwiecień, Irena Dorota Karwat <i>Spadek społecznej akceptacji szczepień ochronnych a potrzeba edukacji zdrowotnej ludności</i>	117
Barbara Stawarz, Magdalena Lewicka, Magdalena Sulima, Anna Krucoń, Maria Pyc <i>Ocena poziomu empatii studentek kierunku położnictwo</i>	127
Iwona Szymańska, Dorota Kilańska, Paul de Raeve, Iwona Dominiak, Elżbieta Żdźalik <i>Ocena skuteczności wdrażania dyrektywy 2010/32/UE w sprawie zapobiegania urazom ostrymi narzędziami w polskim sektorze opieki zdrowotnej na podstawie anonimowej ankiety internetowej opracowanej przez EFN</i>	137
Maria Zięba, Grażyna Dębska, Teresa Strama <i>Postawy kobiet w ciąży wobec możliwości darowania i przechowywania krwi pępowinowej w celach medycznych – badania wstępne</i>	155

Milenijne cele rozwoju – wprowadzenie

W 2000 roku Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) uchwaliła tzw. milenijne cele rozwoju:

1. Wyeliminować skrajne ubóstwo i głód.
2. Zapewnić powszechne nauczanie na poziomie podstawowym.
3. Promować równość płci i awans społeczny kobiet.
4. Ograniczyć umieralność dzieci.
5. Poprawić opiekę zdrowotną nad matkami.
6. Ograniczyć rozpowszechnianie się HIV/AIDS, malarii i innych chorób.
7. Stosować zrównoważone metody gospodarowania zasobami naturalnymi.
8. Stworzyć globalne partnerskie porozumienie na rzecz rozwoju.

Cele te zostały przyjęte jako zobowiązanie 189 państw członkowskich ONZ z terminem realizacji do 2015 roku.

W nawiązaniu do nich Międzynarodowa Rada Pielęgniarek ogłosiła w 2013 roku hasło Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek: „Niwelowanie różnic: milenijne cele rozwoju: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1” – podkreślając rolę środowisk pielęgniarskich przede wszystkim w realizacji trzech spośród nich (cel 4, 5 i 6), które odnoszą się bezpośrednio do ochrony zdrowia.

W działaniach na rzecz osiągnięcia celu 4 wskazano na konieczność ograniczenia wskaźnika umieralności dzieci w wieku do 5 lat przynajmniej o dwie trzecie. W przypadku celu 5 podkreślono konieczność zmniejszenia o trzy czwarte wskaźnika umieralności matek, natomiast w realizacji celu 6 wskazano na powstrzymanie rozprzestrzeniania się HIV/ADIS do 2015 roku oraz ograniczenie liczby nowych zachorowań.

Pomimo że pozostałe milenijne cele rozwoju nie odnoszą się wprost do ochrony zdrowia, to jednak zawsze należy je rozpatrywać łącznie, jako wielokontekstową, powiązaną sieć zależności. Trudno na przykład mówić o możliwości osiągnięcia celu 5, czyli poprawy opieki zdrowotnej nad matkami, bez podejmowanych jednocześnie działań w zakresie realizacji celu 3: równości kobiet i mężczyzn. Umieralność matek wiąże się bowiem m.in. z tym, że kobiety w wielu regionach świata mają utrudniony dostęp do edukacji (MRP, 2013).

Sukces w osiągnięciu ośmiu wypracowanych przez ONZ priorytetów w działaniach może zapewnić współpraca przedstawicieli wszystkich sektorów życia społecznego.

Pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w realizacji milenijnych celów rozwoju włączając się w wiele zróżnicowanych działań na poziomie zarówno lokalnym, krajowym, jak i międzynarodowym. Są to działania m.in. o charakterze wychowawczo-edukacyjnym, opiekuńczo-terapeutycznym, badawczym, jak i politycznym. Przykładem takich działań jest materiał zawarty w niniejszej monografii, w której znalazły się wyniki dociekań naukowych prezentujące aktywność środowiska pielęgniarskiego na rzecz społeczności pacjentów w zdrowiu i w chorobie oraz na rzecz grupy zawodowej pielęgniarek, zmagającej się z wieloma problemami, których rozwiązanie ma istotny związek z realizacją funkcji zawodowych przedstawicieli tej profesji.

Tematyka prac składających się na monografię *Pielęgniarstwo na rzecz milenijnych celów rozwoju* jest bogata i pokazuje różnorodność zainteresowań badawczych pielęgniarek, co nierozdzielnie wiąże się z wielowymiarowością roli społeczno-zawodowej pielęgniarki – także w kontekście realizacji przyjętych przez ONZ celów.

dr n. hum. Beata Dobrowolska

Wstęp

W dniach 6–8 września 2000 roku, u zarania nowego tysiąclecia, w siedzibie Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku społeczność międzynarodowa, w tym Polska, zobowiązała się do podjęcia konkretnych działań zmierzających do redukcji ubóstwa i głodu, równego statusu kobiet i mężczyzn, poprawy stanu zdrowia, poprawy stanu edukacji, walki z AIDS, ochrony środowiska naturalnego, a także zbudowania globalnego partnerstwa między narodami na rzecz rozwoju. Zobowiązania dotyczą spełnienia wyznaczonych do 2015 roku celów (tzw. milenijnych celów rozwoju), zarówno przez kraje rozwijające się, kraje w okresie transformacji, jak i państwa wysoko rozwinięte.

Przedstawiciele służby zdrowia (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, farmaceuci) odgrywają kluczową rolę w realizacji postawionych przez ONZ milenijnych celów rozwoju. Następujący na całym świecie postęp nauk medycznych stwarza konieczność nieustannego śledzenia zmian w rozpoznawaniu i terapii wielu schorzeń. Szczególnie ważne jest organizowanie przez pracowników ochrony zdrowia działań opiekuńczych i profilaktycznych przyczyniających się do poprawy zdrowia ludności oraz zapewnienia skutecznych systemów zdrowotnych.

Prezentowane w niniejszej monografii prace uwzględniają wieloaspektową aktywność opiekuńczą. Autorzy poszczególnych rozdziałów reprezentują różne grupy zawodowe pracowników medycznych, z czego wynika zróżnicowanie i poziom naukowy poszczególnych prac.

Ze względu na różnorodność poruszanych tematów, redaktorzy zamieścili prace w trzynastu rozdziałach, ułożonych alfabetycznie według nazwisk pierwszych autorów. Mamy nadzieję, że każdy z czytelników znajdzie interesujące dla siebie treści. Zapraszamy do lektury.

prof. dr hab. med. Jerzy Jaśkiewicz

Anna Cisińska¹, Grażyna Cisińska²

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

² Polskie Towarzystwo Historii Medycyny i Farmacji – Oddział Łódzki; Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne – Oddział Łódzki

Czynniki wyboru zawodu pielęgniarstwa w opinii studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Factors choose the nursing profession in the opinion of students
of the Medical University of Lodz

Abstract

Factors determining the choice of a profession tend to be diverse, but very often are reflected in the later professional training, quality of work and the comfort of those using the services of a given profession. The aim of this study was to investigate the factors choose the nursing profession from the perspective of nursing students. A survey was conducted among 135 students of the first and third year nursing degree first degree of the Faculty of Health Sciences, Medical University of Lodz. The biggest influence on the choice of study was the usefulness of nursing knowledge and skills in everyday life (the answer indicated by 52% of respondents) and the desire to help people (51.1%). Most respondents indicated the factors determining the choice of field of study demonstrate decision-making and planning for the future in a mature and aware of what can be considered an optimistic forecast choice of profession.

Key words: choice of profession, nurse

Wprowadzenie

Czynniki determinujące wybór zawodu bywają zróżnicowane, jednak bardzo często znajdują przełożenie na późniejszą formację zawodową, jakość pracy oraz komfort podmiotów korzystających z usług przedstawicieli danego zawodu. Szczególnie istotne znaczenie ma to w przypadku personelu medycznego, gdzie – poza niezbędnymi predyspozycjami psychofizycznymi – indywidualne motywy wyboru tej właśnie drogi zawodowej w niemałym stopniu wpływają na ogólną ocenę systemu opieki zdrowotnej. Zespół pożądanych cech, określanej potocznie mianem „powołania” do zawodu, można kreować lub wzmacniać na etapie kształcenia zawodowego, jednak pod warunkiem odpowiedniego rozpoznania świadomości uczniów, studentów i słuchaczy, umożliwiającego modelowanie programu edukacji. Jednym

z istotnych instrumentów, pozwalających na wstępną ewaluację, jest analiza motywów wyboru kierunku nauki. Pogłębiona interpretacja psychologiczna i socjologiczna wyników tych badań pozwala na bardziej efektywne rozłożenie akcentów w procesie dydaktycznym, ale ma jeszcze jeden wymiar poznawczy: skłania studentów do wartościowej autorefleksji [1].

Potoczne wyobrażenie o zawodzie pielęgniarstwa, jakie zazwyczaj towarzyszy studentom rozpoczynającym swoje kształcenie zawodowe w tej dziedzinie, ulega weryfikacji w toku studiów, a przede wszystkim zajęć praktycznych. Techniki licznych czynności zabiegowych i pielęgnacyjnych, skorelowane z wiedzą specjalistyczną, muszą iść w parze ze sprawnością manualną, ponadprzeciętną odpornością na stres, empatią, refleksem, precyzją itp. Szeroki katalog predyspozycji teoretycznie powinien być uświadamiany już na etapie poradnictwa zawodowego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, jednak doświadczenia pracy ze studentami weryfikują zbyt idealistyczne założenia [2, 3].

W indywidualnych obserwacjach zauważa się związek między stopniem psychofizycznego dostosowania do przyszłego zawodu a deklarowanymi motywami jego wyboru. Próba ukazania mechanizmów opisywanego wyboru w odniesieniu do środowiska pielęgniarstwa wydaje się nie tylko frapującym doświadczeniem socjologicznym, ale także badaniem przydatnym do modelowania procesu dydaktycznego w ramach studiów pierwszego stopnia.

Cel pracy

Podstawowym celem przedstawionego badania było poznanie czynników wyboru zawodu pielęgniarstwa z perspektywy studentów studiów pielęgniarstwa.

Materiał i metody

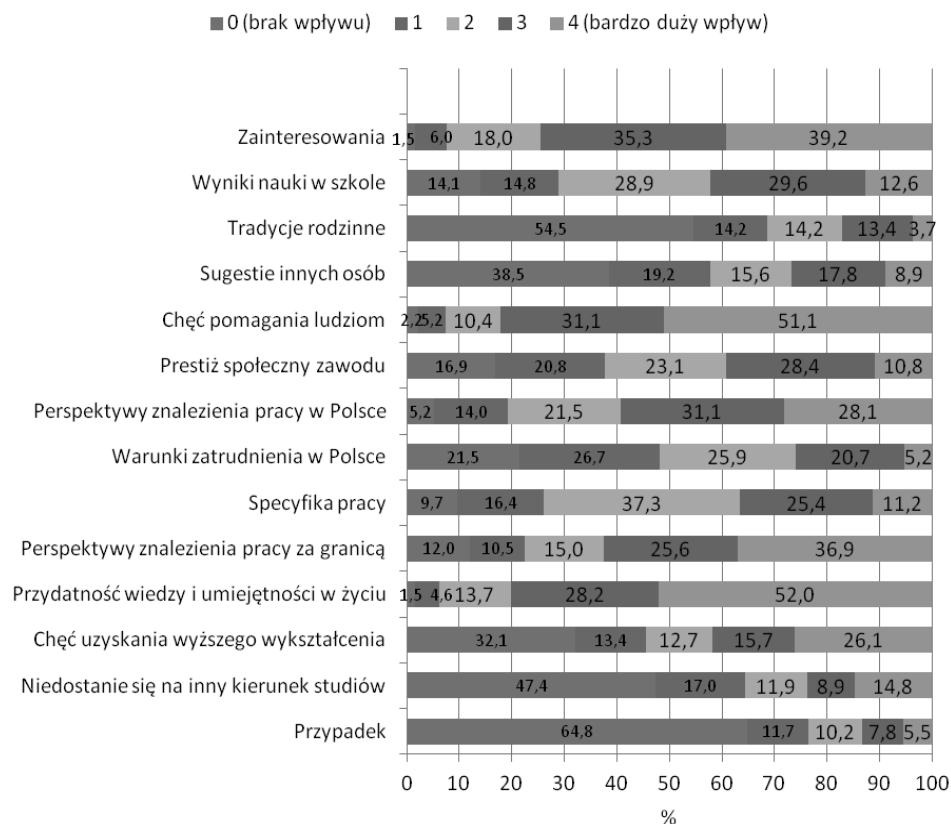
Badania ankietowe przeprowadzono wśród studentów studiów pielęgniarstwa pierwszego stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Metodą wykorzystaną w pracy był sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym – autorski kwestionariusz ankiety opracowany specjalnie dla potrzeb badań. Ankieta była dobrowolna i anonimowa. Każdy respondent przed rozpoczęciem badania otrzymał pisemną informację dla uczestnika badania oraz wyraził zgodę na udział. Kwestionariusz został skierowany do 135 osób studiujących na studiach pielęgniarstwa pierwszego stopnia. W tejże populacji najliczniejszą grupę, bo aż 81 osób (60% badanych), stanowili studenci III roku, a pozostali (64 osoby, 40%) – to studenci I roku pielęgniarstwa. W opisywanej grupie studentów większość stanowiły kobiety – 132 osoby (97,8% badanych), co odpowiada aktualnym proporcjom w odniesieniu do tegoż kierunku kształcenia na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, a także

ilustruje stopień feminizacji zawodu. Badanie ankietowe oparto na kwestionariuszu wartościującym: ankietowani oceniali, na ile każdy z 14 wymienionych czynników wyboru wpływał na ich decyzję. Wpływ ten został zobrazowany w pięciostopniowej skali, gdzie wartość „0” oznaczała brak wpływu, zaś wartość „4” – wpływ bardzo duży. Ponadto ankietowani mogli udzielić własnej odpowiedzi, o ile w indywidualnych przypadkach mogły zaistnieć inne niż przewidziane w kwestionariuszu determinanty wyboru zawodu.

Wyniki

W toku badania ankietowego, studenci I i III roku pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi ocenili czynniki, które wpłynęły na podjęcie kształcenia na kierunku pielęgniarstwo.

Wykres 1. Czynniki wyboru studiów pielęgniarstwa



Źródło: badania własne.

Tabela 1. Czynniki wyboru studiów pielęgniarских

Czynnik	Wpływ									
	0 (brak wpływu)		1		2		3		4 (bardzo duży wpływ)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zainteresowania	2	1,5	8	6,0	24	18,0	47	35,3	52	39,2
Wyniki nauki w szkole ponadgimnazjalnej	19	14,1	20	14,8	39	28,9	40	29,6	17	12,6
Tradycje rodzinne	73	54,5	19	14,2	19	14,2	18	13,4	5	3,7
Sugestie innych osób	52	38,5	26	19,2	21	15,6	24	17,8	12	8,9
Chęć pomagania ludziom	3	2,2	7	5,2	14	10,4	42	31,1	69	51,1
Prestiż społeczny zawodu	22	16,9	27	20,8	30	23,1	37	28,4	14	10,8
Perspektywy znalezienia pracy w Polsce	7	5,2	19	14,1	29	21,5	42	31,1	38	28,1
Warunki zatrudnienia w Polsce (m.in. płace)	29	21,5	36	26,7	35	25,9	28	20,7	7	5,2
Specyfika pracy	13	9,7	22	16,4	50	37,3	34	25,4	15	11,2
Perspektywy znalezienia pracy za granicą	16	12,0	14	10,5	20	15,0	34	25,6	49	36,9
Przydatność wiedzy i umiejętności w życiu	2	1,5	6	4,6	18	13,7	37	28,2	68	52,0
Chęć uzyskania wyższego wykształcenia (bez związku z wyborem zawodu pielęgniarского)	43	32,1	18	13,4	17	12,7	21	15,7	35	26,1
Niedostanie się na inny kierunek studiów	64	47,4	23	17,0	16	11,9	12	8,9	20	14,8
Przypadek	83	64,8	15	11,7	13	10,2	10	7,8	7	5,5

Źródło: badania własne.

Największy wpływ na wybór studiów pielęgniarских miała przydatność wiedzy i umiejętności w życiu codziennym (odpowiedź wskazana przez 52% respondentów) i chęć pomagania ludziom (51,1%). Na kolejnym miejscu znalazły się osobiste zainteresowania (39,2%) i obiecujące perspektywy znalezienia pracy za granicą (36,9%). Stosunkowo duży odsetek badanych wskazał perspektywy znalezienia pracy w Polsce (28,1%) oraz na chęć uzyskania wyższego wykształcenia – bez związku z wyborem zawodu pielęgniarского (26,1%). Czynniki te świadczą o dużym pragmatyzmie; przydatność wiedzy i umiejętności, nabytych w toku studiów, w życiu codziennym – także prywatnym – jest niekwestionowana; znaczna część osób doświadcza potrzeby sprawowania opieki nad chorymi, często przewlekle lub obłożnie. Poza tym zakres kształcenia pielęgniarского można uznać za uniwersalną bazę dla wyboru innych specjalności w drodze studiów podyplomowych lub przygotowania do uzyskania więcej niż jednego zawodu. Znacząca grupa studentów rozważała też kwestie realnych perspektyw znalezienia pracy.

Jeśli w ocenie różnych czynników mających wpływ na wybór studiów pielęgniarских weźmie się pod uwagę dwa ostatnie punkty skali (3 i 4), wówczas najczęściej wybieranymi czynnikami są: chęć pomagania ludziom (82,2%), przydatność wiedzy i umiejętności (80,2%), zainteresowania (74,5%). Kolejnymi czynnikami okazują

się perspektywy znalezienia pracy za granicą (62,5%) oraz perspektywy znalezienia pracy w Polsce (59,2%).

Z kolei jako czynniki pozostające bez wpływu na wybór studiów pielęgniarstwa najczęściej wskazywano: „przypadek” (61,5%), tradycje rodzinne (54,5%) oraz niedostanie się na inny kierunek studiów (47,4%). Jeśli się połączy klasyfikację w obrębie dwóch najniższych wartości na skali wpływu (0 – brak wpływu i 1), zaobserwować można najczęstsze wskazania czynników: „przypadek” (76,5%), tradycje rodzinne (68,7%), niedostanie się na inny kierunek studiów (64,4%) i sugestie innych osób (57,7%); te właśnie czynniki nie miały żadnego wpływu na wybór kierunku studiów bądź był on bardzo mały. Przypadkowy wybór kierunku kształcenia, związany zwykle z niedostaniem się na inny kierunek lub spowodowany sytuacją losową, nie musi przekreślać możliwości uzyskania kompetencji zawodowych oraz profesjonalnego wykonywania obowiązków zawodowych w przyszłości, jednak stwarza większe ryzyko dyskomfortu psychicznego dla osoby, która nie odczuwa satysfakcji z wyboru swojej drogi życiowej. Z punktu widzenia obiektywnych potrzeb społecznych „przypadkowy”, czyli niezgodny z wolą lub nie do końca przemyślany i zaplanowany wybór zawodu, jest obciążony potencjalnie negatywnymi skutkami – w szczególności dotyczy to profesji, od których społeczeństwo wymaga wysokiej odpowiedzialności i etyki. Do tej grupy bez wątplenia należy zaliczyć personel pielęgniarstwa. W pełni uprawnione zatem staje się założenie, że znikomy wpływ „przypadku” (rozumianego jako zbieg okoliczności) na wybór zawodu pielęgniarstwa jest postrzegany jako pozytywny prognostyk dla tej formacji zawodowej.

Spśród innych, niewymienionych czynników, pojedyncze odpowiedzi wskazywały: spełnienie marzeń, chorobę członka rodziny i chęć utrzymania renty rodzinnej (której pobieranie jest uwarunkowane edukacją).

Gradacja wagi poszczególnych czynników, wyrażona skalą punktową, powinna zostać wzbogacona jeszcze innym rodzajem interpretacji: abstrahując od wartościowania wpływu poszczególnych czynników, można zadać pytanie, które z nich miały jakikolwiek – większy lub mniejszy – wpływ na decyzję wyboru kierunku studiów, a które nie odegrały większej roli. W takim „zero-jedynkowym” zestawieniu determinantów prym wiodą zainteresowania (98,5%), przydatność wiedzy i umiejętności w życiu (również 98,5%) oraz chęć pomagania ludziom (97,8%). Równowaga czynników endogenicznych (ukierunkowania na własne potrzeby) i egzogenicznych (ukierunkowania na innych ludzi) jest optymalnym stanem świadomości osoby przygotowującej się do zawodu medycznego, gdyż z jednej strony świadczy o znajomości swoich możliwości oraz uświadomionej decyzji, a z drugiej – wnosi niezbędny element empatii i otwarcia na potrzeby drugiego człowieka.

W obecnych warunkach rynku pracy bardzo istotnym czynnikiem wyboru kierunku studiów okazały się perspektywy zatrudnienia – zarówno w Polsce (wpływ zadeklarowało 94,8% studentów), jak i poza granicami (88%). Rozpoznanie sytuacji

na rynku pracy już na etapie wyboru studiów, mimo zachodzących zmian społeczno-gospodarczych, zwiększa prawdopodobieństwo stabilizacji zawodowej po ukończeniu nauki. W kontekście procesów demograficznych, a zwłaszcza starzenia się społeczeństwa, opieka zdrowotna jawi się jako obszar mniej zagrożony zjawiskiem bezrobocia, a nawet rozwojowy – jeśli chodzi o miejsca pracy. W przeciwieństwie do wielu innych segmentów gospodarki, w opisywanej dziedzinie człowiek pozostaje niezastąpiony; automatyzacja i postęp technologiczny nie wpływają zauważalnie na wielkość zatrudnienia, zaś popyt na usługi wzrasta, co jest nie tylko konsekwencją przemian demograficznych, ale i ekonomicznych. Społeczeństwa dążą do optymalizacji standardów życia, w tym także opieki nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi, dlatego profesjonalna kadra medyczna i opiekuńcza jawi się jako szczególnie potrzebna na rynku pracy. Warto jednocześnie odnotować, że przytłaczająca większość ankietowanych bierze pod uwagę wyjazd zagraniczny – czasowy lub stały, co w przypadku zawodu pielęgniarstwa wydaje się atrakcyjną alternatywą ze względu na wciąż ogromne dysproporcje płacowe między Polską a zachodnimi krajami Unii Europejskiej. Perspektywy pracy dla polskich pielęgniarek za granicą są tym bardziej obiecujące, że współczesne modele kształcenia zawodowego obejmują edukację w zakresie języków obcych, a także ułatwiają nostryfikację uprawnień wykonywania zawodu.

Dla bardzo dużej części respondentów czynnikami, które wywarły wpływ na wybór kierunku studiów, okazały się specyfika pracy (90,2%) i warunki zatrudnienia personelu pielęgniarstwa (78,5%). Ogólnikowość odpowiedzi nie pozwala na szczegółową analizę, które elementy owych warunków respondenci uznali za stosunkowo atrakcyjne, przyciągające do zawodu. Rozpatrując w tym punkcie kwestie wynagrodzeń, statusu pracowniczego, organizacji pracy, poczucia stabilizacji i – w konsekwencji – bezpieczeństwa socjalnego, obciążenia fizycznego, specyfiki zakresu obowiązków itp., można dojść do wniosku, że wskazane byłoby w kolejnej edycji badania zmodyfikowanie wariantów odpowiedzi w sposób pozwalający na bardziej precyzyjną identyfikację wyobrażeń oraz motywów respondentów.

Dla 85,9% ankietowanych wpływ na wybór kierunku studiów miały wyniki edukacji w szkole ponadgimnazjalnej. Zależność ta jest dość oczywista, gdyż rezultaty egzaminu maturalnego, dobór przedmiotów nieobowiązkowych oraz oceny z zajęć edukacyjnych punktowanych w procedurze rekrutacyjnej, decydowały o uzyskaniu indeksu. Wstępna selekcja kandydatów do zawodu odbywa się już na wcześniejszym etapie edukacji, choć warto pamiętać, że pryzmat edukacji ogólnokształcącej nie pozwala w pełni ocenić predyspozycji kandydata do praktyki pielęgniarstwa, stąd decydujące znaczenie ma weryfikacja na etapie studiów.

Warto zwrócić uwagę, że w odniesieniu do niemal połowy badanych (45,5%) zaistniał – z różnym nasileniem – czynnik „tradycji rodzinnych”; można wnioskować, że wśród bliskich badanych studentów znalazły się osoby wykonujące zawód

pielęgniarki lub pokrewne zawody medyczne. Dziedziczenie zawodu, obserwowane z różnym nasileniem w przypadku poszczególnych profesji, nie odgrywa tu większej roli, co tłumaczyć można przede wszystkim uwarunkowaniami materialnymi, gdyż w opinii socjologów to właśnie one są silną determinantą wspomnianego zjawiska. W badaniach CBOS z 2009 roku wykazano, że rodzice w wyborze przyszłej drogi życiowej preferują dla córek przede wszystkim specjalności medyczne (27%), głównie zawód lekarza. Zawód pielęgniarstwa poleciłoby jedynie 2% z nich. W przypadku synów najczęściej przez rodziców widziane były zawody wykształcenia technicznego, na drugim miejscu zawody medyczne – w tym także zawód lekarza (12%) [4].

Ponad połowa studentów pielęgniarstwa, objętych ankietą (52,6%), bezskutecznie zabiegała o przyjęcie na inny kierunek studiów. Nie oznacza to, że rekrutacja na pielęgniarstwo to jednoznaczny wynik negatywnej fluktuacji. Dla 14,8% niepowodzenie w staraniach o inny indeks zdecydowało w największym stopniu o wyborze pielęgniarstwa, a dla kolejnych 8,9% miało duży wpływ. Suma tych odpowiedzi wydaje się znacząca, jednak w obecnych realiach, gdy regułą jest równoczesne ubieganie się o przyjęcie na kilka kierunków studiów, nie dziwi duży odsetek niepowodzeń. Rekrutacja zredukowana do *de facto* matematycznej i zautomatyzowanej za pomocą systemu komputerowego oceny wyników kandydata na studenta, pozwala na sztuczną multiplikację liczby aplikacji niekiedy nazbyt optymistycznie nastawionych absolwentów szkół ponadgimnazjalnych.

Pozostaje jeszcze jeden czynnik wyboru kierunku studiów, który wymaga pogłębionej interpretacji: chęć uzyskania wyższego wykształcenia bez związku z wykonywaniem pracy pielęgniarstwa. Wpływ tego czynnika zadeklarowało 67,9% respondentów, ale aż 26,1% uznało go za bardzo znaczący dla wyboru. Można zatem założyć, że znacząca grupa studentów (i zapewne absolwentów) w ogóle nie planuje pracy w zawodzie, którego się uczą. Dla tej części badanych wartością samą w sobie jest dyplom wyższej uczelni – status wyższego wykształcenia ma zapewne odgrywać rolę w poszukiwaniu innej pracy lub też kontynuacji nauki w toku studiów podyplomowych. Deklaracja tak licznej grupy studentów stanowi niemałe wyzwanie dla dydaktyków, którzy w swojej subiektywnej ocenie, popartej doświadczeniem, zauważają problem niedostosowania predyspozycji psychofizycznych i intelektualnych pewnej części studentów do zadań, jakie niesie ze sobą praktyka pielęgniarstwa.

Dyskusja

Problematyka czynników wyboru zawodu pielęgniarstwa w opinii studentów pojawia się w literaturze przedmiotu, zarówno polskiej [5], jak i zagranicznej [6, 7, 8, 9].

Uzyskane rezultaty badań dotyczących czynników wyboru zawodu pielęgniarstwa można odnieść do wyników analogicznych badań innych autorów. Prowadzone

w latach 70. i 80. XX w. – w jakże odmiennych realiach społeczno-gospodarczych – badania nad motywami podjęcia nauki w medycznych studiach zawodowych wskazywały na chęć niesienia pomocy – jako główną przyczynę kształcenia w tym zawodzie [10]. Pamiętać jednak trzeba, że w ówczesnej sytuacji szereg motywów, takich jak praca za granicą, praktycznie nie istniał.

Inne badania przeprowadzone w 2002 r. wśród 53 studentów pierwszego roku Wydziału Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Jagiellońskiego na kierunku pielęgniarstwo wykazały, że większość badanych (52,8%) jako najważniejszy powód wyboru kierunku studiów wykazała chęć niesienia pomocy drugiemu człowiekowi. Drugim motywem wyboru były zainteresowania tematyką medyczną (24,5%). Sporadycznie wskazywano zachętę ze strony rodziny (3,8%), brak innych możliwości (5,7%) oraz przydatność wiedzy i umiejętności pielęgniarstkich we własnym życiu (5,7%). W tych samych badaniach okazało się, że istotnym elementem wpływającym na studiowanie miały wcześniejsze doświadczenia (pozytywne i negatywne) związane z ochroną zdrowia. Wśród pozytywnych doświadczeń wymieniano pobyt w szpitalu, obserwację pracy pielęgniarki, wielkie znaczenie pracy pielęgniarki, zaś wśród negatywnych – konflikt z ludźmi, trudne warunki pracy, zły przykład starszych pielęgniarek [11].

Wyniki badań przeprowadzonych 2004 r. na grupie 1001 studentów pierwszego roku w losowo wybranych uczelniach akademickich w Polsce wykazały, że głównymi motywami wyboru studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo były kolejno: zgodność swoich zainteresowań z kierunkiem studiów (729 osób – 72,8%), predyspozycje i cechy charakterologiczne (641 – 64%), preferowane wartości życiowe (525 – 52,4%), możliwość wyjazdu za granicę (476 – 47,5%), pewność zatrudnienia (383 – 38,2%). Do najrzadziej wybieranych odpowiedzi należały: chęć studiowania ze znajomymi (6,09%), niewielka odległość od zamieszkania i uczelni (15,2%), potrzeba poszerzenia wiedzy i kompetencji zawodowych (17%), prestiż zawodu (18,3%) [12].

Interesująca i atrakcyjna praca w przyszłości okazała się ważnym atutem decydującym o wyborze kierunku kształcenia wśród 78,4% respondentów (spośród 148) studiów licencjackich w Instytucie Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Rzeszowskiego. Na drugim miejscu (45,9%) badani wymienili prestiż zawodu pielęgniarki. Wśród innych czynników znalazł się prestiż uczelni (32,4%) oraz tradycje rodzinne (16,2%). Analizując czynniki wewnętrzne, w tej grupie wpływ na wybór zawodu podyktowany był chęcią niesienia pomocy innym (78,4%), zbliżona liczba uważała, że na wybór miała wpływ perspektywa kontaktu z ludźmi związanymi z medycyną (71,6%) [13].

Ważnym czynnikiem, który powinien być uwzględniany przy wyborze kierunków studiów, są zainteresowania, z punktu psychologii pełniące istotną rolę w rozwoju i kształtowaniu osobowości człowieka [14]. Wśród badanej grupy łódzkich

studentów, na zainteresowania jako czynnik mający wpływ na wybór zawodu, wskazało 39,2% respondentów.

Wśród powodów wyboru, na uwagę zasługuje również perspektywa znalezienia pracy nie tylko w Polsce, ale również za granicą. Młodzi ludzie, podejmując naukę na poziomie akademickim oczekują lepszych warunków zatrudnienia oraz uwzględniają w swoich planach emigrację do krajów Unii Europejskiej. Obecnie obserwuje się coraz większe braki kadrowe w placówkach ochrony zdrowia nie tylko w Polsce, ale i w większości krajów UE. Przyczyny niedoboru pielęgniarek w kraju uwarunkowane są atrakcyjnymi ofertami pracy za granicą dla tej grupy zawodowej. Jedną z najbardziej oczywistych przyczyn migracji pielęgniarek było (i jest) poszukiwanie miejsca zatrudnienia, tym bardziej, że niedobór personelu występuje we wszystkich krajach wysoko rozwiniętych, np. w Anglii szacuje się go na ponad 20 tys. [15].

O wyborze pielęgniarstwa decydowało także niedostanie się na inny kierunek studiów (14,8%). Spotyka się sytuacje, w których kandydat nie osiągając wystarczającej liczby punktów, zmuszony jest rozpocząć naukę na kierunku pielęgniarstwo.

Wśród czynników, który miały duży wpływ na wybór zawodu respondenci wymienili prestiż społeczny zawodu (10,8%). Potrzeba prestiżu i uznania wiąże się z pragnieniem potęgi, wyczynu, wolności, respektu i uznania innych ludzi [16, 17]. W świetle wyników przeprowadzonych w 2012 roku przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), dotyczących prestiżu zawodów, wysoką pozycję w hierarchii zajmują zawody, których cechą wspólną jest duża użyteczność społeczna oraz znaczny wysiłek, zwłaszcza fizyczny. Do tej grupy należy zawód pielęgniarstwa, dla której szacunek ma ponad trzy czwarte Polaków (77–78%) i tym samym zajmuje 4 miejsce [18].

Zdarza się także przypadkowy wybór zawodu, co dotyczyło – przypomnieć należy – 5,5% badanych. W takich okolicznościach respondent zazwyczaj nie zna swoich możliwości oraz wymagań, jakie stawia zawód pielęgniarstwa. Dalsze losy mogą stymulować rozwój potrzeby opiekowania się innym człowiekiem lub spowodować, że w trakcie poznawania specyfiki pracy pielęgniarstwa nastąpi rozczarowanie i stawiane zadania przekroczą możliwości kandydata. Niewłaściwy wybór zawodu niesie za sobą niezadowolenie z życia, niespełnione oczekiwania oraz frustrację [19].

Wnioski

Najczęściej przez respondentów wskazywane czynniki determinujące wybór kierunku studiów świadczą o podejmowaniu decyzji i planowaniu przyszłości w sposób dojrzały i świadomy, co można uznać za prognozę optymistyczną. Poszczególne warianty odpowiedzi są zgodne z predyspozycjami niezbędnymi do pracy pielęgniarstwa (np. empatia, precyzja, profesjonalizm w realizacji obowiązków). Równo-

częśnie w badanym gronie studentów zarysowała się grupa, która nie planuje pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza, ale kierunek studiów uważa za pragmatyczny i potencjalnie przydatny w życiu.

Bibliografia

1. Kępińska-Frąckowiak A., Podręcznik stosowania metody diagnostycznej. Preferencje zawodowe. Poznań 2013.
2. Tęcza B., Kłapa Z., Satysfakcja pielęgniarek z wykonywanej pracy. *Pielęgniarka i Położna*. 2003; 6: 8–10.
3. Andruszkiewicz A., Typy zachowań i przeżyć w pracy w grupie pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2007; 2–3: 157–161.
4. Krajewska-Kułak E., Van Damme-Ostapowicz K., Bielemuk A. i wsp., Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2010; 1 (1): 1–10.
5. Dziubak M., Motyka M., Motywy wyboru zawodu pielęgniarki i ich uwarunkowania – badania studentów kierunku pielęgniarstwa Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013; 21 (3): 281–289.
6. Nilsson K., Stomberg J.M., Nursing Students Motivation Toward Their Studies – A Survey Study. *BMC Nursing*. 2008; 7 (6): 1–7.
7. McLaughlin K., Moutray M., Moore C., Career Motivation in Nursing Students and the Perceived Influence of Significant Others. *J. Adv. Nurs*. 2010; 66 (2): 404–412.
8. Jirwe M., Rudman A. Why Choose a Career in Nursing? *J. Adv. Nurs*. 2012; 68 (7): 1615–1623.
9. Mimura C., Griffiths P., Norman I., What Motivates People to Enter Professional Nursing? *Int. J. Nurs. Stud*. 2009; 46 (5): 603–605.
10. Wrońska I., Mariański J., Wartości życiowe młodzieży na przykładzie szkół pielęgniarstkich. Akademia Medyczna i Neurocentrum. Lublin 1999.
11. Tęcza B., Motywacja wyboru zawodu pielęgniarki w aspekcie powołania i altruizmu. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2003; 2 (16): 170–174.
12. Kądalska E., Fronczyk K., Wrońska I., Postrzeżenie zawodu pielęgniarki przez studentów studiów licencjackich. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2006; 1–2 (14/15): 115–119.
13. Binkowska-Bury, Marć M., Sobolewski M., Orientacja życiowa a czynniki motywujące młodzież do podejmowania kształcenia w zawodzie pielęgniarki w oparciu o badania studentów kierunku pielęgniarstwa Uniwersytetu Rzeszowskiego. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*. 2005; 2: 149–155.
14. Gurycka A., Rozwój i kształtowanie zainteresowań. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1978.
15. Franek G., Kulik H., Ferdyn M., Zainteresowanie zawodem pielęgniarki wśród młodzieży szkół licealnych. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2012; 20 (4): 423–430.
16. Sadurska A., Ślusarska B., Fidecki W., Wrońska I., Prestiż zawodu pielęgniarki w Polsce, *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2006; 4 (17): 53–55.

17. Sobczak M. Motywy wyboru zawodu a wypalenie zawodowe pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2010; 18 (2): 207–211.
18. Centrum Badania Opinii Społecznej, *Prestiż zawodów*, Warszawa 2009, 2–3.
19. Kędalska E., Fronczyk K., Motywy wyboru studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo w Polsce. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2006; 1–2 (14–15): 111–114.

Anna Cisińska¹, Grażyna Cisińska²

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

² Polskie Towarzystwo Historii Medycyny i Farmacji Oddział Łódzki; Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne – Oddział Łódzki

Problematyka higieny szkolnej na łamach czasopisma „Pielęgniarka Polska”

The issue of school hygiene in the journal „Nurse Poland”

Abstract

„Nurse Poland” – a magazine published by the Polish Association of Nurses Unions in the years 1929–1939 was the most popular periodical specialized addressed to the professional environment of nurses. We analyzed the content of 113 numbers available in the collections of the Central Library of the Medical University as well as in the library of the University of Lodz. Among the 625 articles were devoted to 15 – in whole or in part – the problems of school hygiene. Most were addressed topics related to the duties of nurses working in schools. The problems of school hygiene was a matter of note in studies of theoretical and practical guidance. This issue was not wider expansion, as commonly believed that the previously developed standards meet the needs of nursing practice in schools.

Key words: „Nurse Poland”; school hygiene, prevention

Wprowadzenie

Jednym ze źródeł wiedzy o higienie szkolnej w okresie międzywojennym są czasopisma medyczne i pedagogiczne. Wśród nich na szczególną uwagę zasługują te, które poświęcały wiele uwagi tematyce opieki nad uczniami. Należy tu wymienić miesięcznik „Pielęgniarka Polska” – pierwszy i najpopularniejszy periodyk specjalistyczny adresowany do zawodowych pielęgniarek, wydawany przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych (PSPZ) w latach 1929–1939 [1]. Numer inauguracyjny pisma ukazał się w lipcu 1929 r. Redaktorem naczelnym była Hanna Chrzanowska (1902–1973) – jedna z pierwszych absolwentek warszawskiej Szkoły Pielęgniarek, instruktorka Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie [2]. Czasopismo to jest cennym źródłem informacji o początkach polskiego pielęgniarstwa zawodowego. Celem pisma były: integracja środowiska zawodowego pielęgniarek, popularyzowanie wiedzy i doskonalenie umiejętności, wspomaganie

ruchu zawodowego pielęgniarek, budowanie prestiżu zawodu, uaktywnianie absolwentek szkół. W czasopiśmie prezentowano obszernie grupy zagadnień z zakresu podstawowej edukacji zawodowej, doskonalenia zawodowego, praktyki zawodowej, działalność PSPZ oraz regulacji prawnych zawodu. Podejmowano problematykę pielęgniarstwa społecznego, szkolnego, przemysłowego [3]. Autorzy publikujący w „Pielęgniarce Polskiej” dawali wyraz przekonaniu, że ważną rolę w systemie opieki nad dziećmi i młodzieżą odgrywają higienistki szkolne.

Na jego łamach publikowano artykuły poświęcone szerokiej gamie zagadnień z zakresu opieki pielęgniarstwiej, a wśród nich problematyce higieny szkolnej – dziedziny wówczas stosunkowo nowej, ale istotnej w organizacji powszechnej opieki zdrowotnej i kształtowaniu świadomości społeczeństwa. Znaczącą funkcję w ochronie zdrowia dzieci odegrał personel medyczny zatrudniony w placówkach oświatowych [4].

Material i metody

Przeanalizowano treść 113 numerów czasopisma „Pielęgniarka Polska”, dostępnych w zbiorach Biblioteki Głównej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, a także w bibliotece Uniwersytetu Łódzkiego. Zastosowano metodę analizy źródeł historycznych.

Wyniki

Najwięcej miejsca wśród zagadnień związanych z higieną szkolną poświęcono kwestiom pracy pielęgniarki szkolnej, która pełniła odpowiedzialną rolę w wychowaniu młodego pokolenia. Higienistki szkolne wykonywały ważną społecznie pracę krzewicielek higieny w środowisku szkolnym i domowym uczniów. W jednym z czasopism pedagogicznych poświęconych sprawom wychowania i nauczania przeczytać można, że higienistka była „higieniczno-społeczną pomocnicą lekarza szkolnego. Pomoc jej podczas przyjęć dziatwy przez lekarza i notowanie wyników badań [...] są mniej ważnym zajęciem, głównie jej bowiem zadanie – stać się łącznikiem między lekarzem a rodziną dziecka” [5]. Warto nadmienić, że pierwszym polskim miastem, które zatrudniło higienistki w szkołach, była Warszawa. Miało to miejsce w roku szkolnym 1917/1918 z inicjatywy wybitnego laryngologa, historyka medycyny, dra Jana Szmurły (1867–1952) [6]. Rola higienistek w wychowaniu młodego pokolenia miała dziejowe znaczenie. Pracowały one nie tylko w polskich szkołach, ale i w innych krajach Europy, np. w Anglii (*school nurses*), we Francji (*assistantes d'hygiene scolaire*), w Niemczech zwane były *Schulschwestern* [7]. Podkreślając rangę lekarzy i pielęgniarek w 1929 r., dr Stanisław Kopczyński – pionier higieny szkolnej, na ła-

mach jednego z periodyków napisał: „Główny ciężar pracy podniesienia tężyzny narodu przez zwracanie większej uwagi na jego kulturę fizyczną i szerzenie higieny pośród szerokich warstw społeczeństwa, spoczywa na szkole, a w szczególności na lekarzach i higienistkach szkolnych” [7].

Organizacja opieki pielęgniarskiej w szkołach odbywała się na podstawie ministerialnych dyrektyw. W myśl zaleceń opracowanych przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego (MWRiOP), zadaniem pielęgniarki szkolnej była „współpraca z lekarzem szkolnym, szkołą i domem nad podniesieniem zdrowotności i czystości wśród dzieci szkolnych” [8]. Praca pielęgniarki koncentrowała się wokół trzech podmiotów: ucznia, jego środowiska rodzinnego oraz szkoły, rozumianej jako miejsce nauki.

Katalog obowiązków pielęgniarki szkolnej obejmował dwa działy: pracę wewnętrzną i zewnętrzną. Do pierwszej grupy kompetencji należały: pomoc lekarzowi w sprawowaniu kompleksowej opieki nad uczniem, wykonywanie zleceń lekarskich, asystowanie podczas badań, prowadzenie dokumentacji medycznej, pomoc w trakcie wykonywania szczepień ochronnych [8, 9]. Uczniowie byli systematycznie poddawani badaniom wstępnym na początku każdego roku szkolnego, co miało umożliwić wykrycie ewentualnych schorzeń i podjęcie odpowiednich działań leczniczych [8, 10]. Dość powszechnie panujące złe warunki ekonomiczne rodziców odbijały się niekorzystnie na zdrowiu dzieci, czego przejawem było wiele problemów zdrowotnych, m.in. choroby zakaźne. Obok badań wstępnych, uczniowie klas I, IV i VII byli poddawani obowiązkowym badaniom indywidualnym, których celem była ocena rozwoju. Badania te odbywały się w obecności rodziców, których pielęgniarka informowała o terminie drogą pisemną lub ustną. Po zbadaniu przez higienistkę wzroku, słuchu oraz pomiarach antropometrycznych, każdy uczeń był oceniany przez lekarza [11]. Na łamach „Pielęgniarki Polskiej” udzielano obszernych instrukcji, dotyczących wykonania badania wzroku i słuchu u dzieci oraz uświadamiano czytelniczkom wagę opisywanych pomiarów.

Do zadań higienistki szkolnej należało sprawdzanie czystości dzieci. Jak pisała jedna z autorek, Halina Legutko – absolwentka i instruktorka Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek w Krakowie, był to dział pracy pielęgniarki „zasadniczy, podstawowy, ale bardzo trudny i żmudny” [8]. Aby zrealizować powierzone zadania, higienistka przeprowadzała comiesięczne przeglądy czystości. Co znamienne, w publikacjach instruowano o konieczności przestrzegania intymności uczniów podczas badań, które „wyklucza publiczne zawstydzanie dziecka” [8]. Wiele zagadnień przybierało postać praktycznych porad ułatwiających organizację badań. Przykładem jest pomysł sprawnej kontroli higieny nóg i stóp: „po przejrzeniu wszystkich dzieci, pielęgniarka poleca im usiąść na pulpitych, z nogami spuszczoneymi na ławki i zdjąć trzewiki – pielęgniarka chodzi wzdłuż ławek i ogląda pończochy (czy nie brudne i dziurawe) i nogi” [12].

Istotną częścią badania było sprawdzanie posiadania przez ucznia przyborów, takich jak chusteczka do nosa czy grzebień. Dla grupy uczniów brudnych i zawszonych pielęgniarka przeprowadzała pokaz mycia ciała i techniki obcinania paznokci. Poważnym problemem, z jakim zmagał się personel pielęgniarski, była wszawica. Odnotowywano, że na terenie kraju nie było „ani jednej szkoły powszechnej wolnej od wszawicy” [8]. Nic dziwnego, że kwestia ta pojawiała się także na łamach „Pielęgniarki Polskiej”, gdzie znaleźć można m.in. informacje o sposobie postępowania z dzieckiem dotkniętym wszawicą. W takich przypadkach uczeń był zwalniany ze szkoły na okres trzech dni, a rodzice otrzymywali pisemne wskazówki, jakie zabiegi higieniczne należy w tym czasie przeprowadzić. W sytuacji sieroctwa lub choroby opiekunów higienistka kierowała dziecko do odwzalnii. Działania personelu miały ograniczony zasięg; higienistka nie mogła obciąć włosów bez zgody rodziców, gdyż wówczas narażałaby się na odpowiedzialność karną za oszpecenie dziecka [13].

Nieodłącznym elementem pracy pielęgniarki w szkole były tzw. badania przygodne, czyli dzieci, które same zgłaszały się z określonymi dolegliwościami, często skierowane przez rodzica lub nauczyciela.

Autorzy artykułów wspominają, że higienistki odgrywały ważną rolę również w opiece stomatologicznej – przez udział w badaniu jamy ustnej uczniów i wygłaszaniu pogadanek w celu uświadomienia dzieci i rodziców. Uczniowie danej szkoły podlegali dwukrotnym przeglądom zębów w ciągu każdego roku szkolnego. Miejscem przeprowadzenia przeglądu w przypadku braku gabinetu w szkole było ambulatorium lub ośrodek zdrowia. W ramach opieki pielęgniarka czuwała nad dopełnieniem przez rodziców leczenia u dziecka ewentualnych ubytków [12, 14].

Zadania pielęgniarek dotyczyły również oceny warunków, w jakich uczyły się dzieci. W tym przypadku „Pielęgniarka Polska” zachęcała higienistki do przejawiania większej inicjatywy w ramach troski o przestrzeganie higieny pomieszczeń (sal lekcyjnych, korytarzy, kuchenek, podwórza, kąpielisk, toalet). Dzieci, które spędzały wiele godzin w ławce szkolnej, w teorii powinny mieć zapewniony odpowiedni mikroklimat w sali (zazwyczaj – przeludnionej, zbyt ciasnej, nieprzystosowanej), stąd konieczność wietrzenia sal podczas przerw. Zachęcano higienistki, by przypominały nauczycielom o prowadzeniu gimnastyki śródlekcyjnej, co służyło nie tylko higienie pracy, ale i kształtowaniu nawyku aktywności fizycznej [15]. Pielęgniarki sprawdzały również czystość w toaletach, które codziennie musiały być „wyszorowane gorącą wodą z mydłem” oraz zaopatrzone w papier, a ponadto pilnowały, aby dzieci myły ręce po skorzystaniu z ubikacji [12].

„Pielęgniarka Polska” była platformą edukacji i profilaktyki; na jej łamach odnaleźć można interpretację przepisów dotyczących zapobiegania chorobom zakaźnym w szkołach i zakładach wychowawczych. Wytyczne, z którymi musiała zapoznać się higienistka szkolna, znajdowały się w dokumentacji kierownika (lub dyrektora) danej szkoły oraz w gabinecie pracy pielęgniarki. Szkoły prowadziły ewidencje

zachorowań, w której odnotowywano rozpoznanie oraz okres zwolnienia ucznia. W przypadku zwiększenia liczby zachorowań przewidziano procedurę czasowego zamknięcia całej szkoły lub klasy. Zarządzenie MWRiOP, dotyczące przeciwdziałaniu chorobom zakaźnym, a zwłaszcza najbardziej rozpowszechnionej gruźlicy, polecało „zaniechanie zwyczaju całowania po rękach wychowawczyń i księży prefektów” [16]. Poza tym w celach zapobiegawczych stosowano dezynfekcję klas i toalet 5% roztworem lizolu lub krezolu. Wśród chorób wieku szkolnego prym wiodły – jak już wspomniano – choroby zakaźne, takie jak gruźlica, jaglica, odra, płonica, ospa. Znane były również przypadki chorób niezakaźnych np. krzywica, wada słuchu, wzroku [17]. Na łamach czasopisma przewijały się artykuły poświęcone wyżej wymienionym chorobom. W artykule dr A. Wierzbowskiej przeczytać można, że jednym z głównych czynników sprzyjających powstaniu gruźlicy wśród mieszkańców, szczególnie dzieci, były złe warunki mieszkaniowe [18]. Gruźlica w wielu publikacjach określana była jako „choroba mieszkaniowa” [19]. Ważną rolę w zapobieganiu takim chorobom odgrywały właśnie higienistki szkolne [20, 21].

Pielęgniarka szkolna uczestniczyła także w organizacji akcji dożywiania dzieci na terenie szkół. Kwalifikacji dzieci do otrzymania pomocy dokonywała higienistka w porozumieniu z wychowawcami.

Ważnym elementem w pracy pielęgniarki było prowadzenie dokumentacji medycznej. Każda placówka była zobowiązana prowadzić książkę sanitarną i kartę zdrowia ucznia. Kolejnym dokumentem była tzw. lista klasowa, w której higienistka odnotowywała m.in. miesięczną i roczną ewidencję dzieci brudnych i zawsonych. Wyniki przeprowadzonych oględzin były zapisywane w specjalnie do tego celu przygotowanych zeszytach higienicznych.

Przedmiotem rozważań autorów publikacji było zaangażowanie pielęgniarek w różne formy profilaktyki zdrowotnej, w postaci tzw. propagandy higieny, przybierającej rozmaite postaci, przede wszystkim pogadanek i wykładów [22]. Dla młodszych dzieci przewidziane były rozmowy na temat czystości ciała, higieny jamy ustnej, poprawnego siedzenia w ławce, odpowiedniego spożywania posiłków. Uczniowie klas starszych byli edukowani z zakresu chorób zakaźnych. Uzupełnieniem treści teoretycznych w profilaktyce zdrowotnej były pokazy, np. mycia ciała, zębów, prawidłowej higieny nosa. Dla wzmocnienia akcji profilaktyki organizowano na terenie szkoły wystawy tematyczne, tygodnie czystości, dni szczoteczki do zębów, dni czystych głów, konkursy międzyklasowe i międzyszkolne. Dużym zainteresowaniem cieszyły się szczególnie wśród dziewczynek klas starszych kursy nauki o dziecku, podczas których popularyzowano wiedzę dotyczącą higieny i pielęgnacji niemowlęcia.

Nieocenionym podmiotem w profilaktyce zdrowotnej były szkolne koła Polskiego Czerwonego Krzyża, angażujące uczniów do pracy nad rzeczą zdrowia i higieny. Również i w tej działalności zazwyczaj ważną rolę odgrywały higienistki.

W miesięczniku „Pielęgniarka Polska” pisano również o pracy higienistki, która realizowana była poza murami szkoły, czyli o tzw. pracy zewnętrznej, przybierającej zazwyczaj formę odwiedzin dziecka w jego środowisku domowym. Podstawowe znaczenie miało rozpoznanie sytuacji rodzinnej. Częstym motywem wizyty pielęgniarki w domu ucznia była nieobecność dziecka w szkole, trwająca dłużej niż trzy dni [8].

Jeden z artykułów poświęcono poradom i wskazówkom udzielanym przez pielęgniarki rodzicom uczniów. Dotyczyły one przede wszystkim higieny osobistej; pielęgniarka zachęcała do codziennego mycia twarzy (jamy ustnej), pach, okolic intymnych, kończyn dolnych, raz w tygodniu dziecko powinno być wykąpane, natomiast raz na dwa tygodnie zalecano mycie głowy. Rodzicom zwracano uwagę na przestrzeganie higieny odpoczynku, na którą składała się odpowiednia liczba godzin snu (10 godzin dla uczniów klas I–III, 9 – dla uczniów klas wyższych), osobne łóżko, wietrzenie pokoju. Pielęgniarka informowała rodziców o prawidłowym odżywianiu, uświadamiała też opiekunów, że dzieci powinny spędzać czas na świeżym powietrzu, co przyczyniało się do harmonijnego rozwoju organizmu. Tego czynnika brakowało dzieciom szczególnie w miastach, dlatego należało tak zaplanować dzień, aby oprócz nauki w szkole, istniała możliwość minimum godzinnej zabawy na powietrzu. Poruszano też kwestię profilaktyki wad postawy.

Ważnym elementem działalności była współpraca pielęgniarki z opiekunami dziecka. Rodzice, których dzieci podczas badania wykazywały zły stan higieniczny ciała, byli o tym fakcie powiadamiani stosownym zawiadomieniem. W przypadku braku pozytywnych zmian w higienie dziecka, higienistka wzywała matkę ucznia do szkoły w celu rozmowy edukacyjnej. Jedno z zaleceń brzmiało: „co sobota i przed każdym świętem powinny porządnie myć głowę, potem płukać w wodzie z octem i rozczesywać gęstym grzebieniem, a prócz tego należy zalecać strzyżenie włosów na fryzurę tzw. chłopięcą” [23].

Osobnym zagadnieniem, jakie znalazło odzwierciedlenie w publikacjach „Pielęgniarki Polskiej”, było instrumentarium higienistki szkolnej. W zależności od rodzaju przeprowadzanych badań niezbędny był termometr, waga lekarska, centymetr, słuchawki, szpatułki. Poza tym na terenie każdej szkoły była apteczka szkolna, zazwyczaj w gabinecie medycznym (o ile takowy placówka posiadała, a należało to do rzadkości) lub pokoju nauczycielskim. Zawartość apteczki stanowiły środki dezynfekujące (alkohol 45%, jodyna, woda utleniona, benzyna, octan glinowy, nadmanganian potasu, amoniak), środki lecznicze (krople walerianowe, krople Inoziemcewa, woda wapienna, olej lniany), maści (borna, wazelina, cynkowa, szara, ksyłolowa, pałeczki lapisu), materiały opatrunkowe (gaza, wata biała i szara, lignina, bandaże, ceratki, przylepiec) oraz narzędzia (nożyczki, pęseta, zakraplacz, pałeczki do oczu, wykałaczki, szpatułki, sterylizator, miseczki). Środki pieniężne na niezbędne leki i materiały opatrunkowe pochodziły z funduszy gmin, komitetów rodzicielskich oraz imprez dochodowych, organizowanych przez szkoły. W niektórych

szkołach próbowano wprowadzić kilkunastogroszową opłatę za opatrunki – jednak tylko w sytuacji, gdy warunki materialne rodziców były dobre [24].

Problematyka higieny szkolnej w systemie ochrony zdrowia była niezwykle ważna. Kwestie higieny szkolnej omawiano w trakcie kolejnych zjazdów (krajowych i międzynarodowych) Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych.

Z przedstawionych referatów sformułowano następujące wnioski: opracowanie zarządzeń pozwalających pielęgniarce na obcinanie włosów uczniów w sytuacji wszawicy, ogłoszenie w urzędowych okólnikach zadań i godzin pracy pielęgniarki szkolnej, ustalenie i ujednoczenie wzorów sprawozdań z pracy lekarzy i pielęgniarek szkolnych na terenie całej Rzeczypospolitej [8, 25].

Pielęgniarka szkolna sprawowała również opiekę nad uczniami przebywającymi poza szkołą, podczas wypoczynku na koloniach, półkoloniach oraz wycieczkach szkolnych [26]. Rola higienistki podczas wypoczynku była znacząca, a zakres jej zadań szeroki. Dotyczyły one różnych problemów związanych z higieną i zdrowiem dzieci przed rozpoczęciem kolonii, w czasie jej trwania jak i po zakończeniu [27]. Do zadań pielęgniarki należało również w przypadku podejrzenia choroby odprawienie dziecka do pobliskiego ambulatorium szkolnego, w którym świadczone porady w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii, dermatologii, neurologii, laryngologii i okulistyki. Wykonywała również szczepienia przeciwko takim chorobom, jak ospa prawdziwa i błonica, pod nadzorem lekarza szkolnego. W sytuacji podejrzenia choroby zakaźnej u dziecka zawiadamiała lekarza.

Wśród sygnalizowanych przez czasopismo nowości wydawniczych rekomendowanych czytelnikom, znalazło się drugie wydanie fundamentalnej pracy S. Kopczyńskiego, *Higiena szkolna* – podręcznika dla kierowników szkół, lekarzy i nauczycieli [28]. Pierwsze wydanie ukazało się w 1921 r., drugie zaś, znacznie rozszerzone i unowocześnione, w roku 1933. W 20 rozdziałach podręcznika poruszono takie zagadnienia, jak: cele i zadania higieny szkolnej, historia higieny szkolnej; higiena budynku i urządzeń szkolnych; rozwój fizyczny dziecka w wieku przedszkolnym i szkolnym; wychowanie fizyczne; higiena wychowawcza; higiena sposobu i organizacji nauczania; higiena czytania; higiena pisania; szkoły i zakłady dla dzieci upośledzonych umysłowo lub moralnie; szkoły i zakłady wychowawcze dla dzieci głuchoniemych, niewidomych i głuchociemnych; szkoły i urządzenia dla dzieci słabowitych (kolonie, półkolonie, szkoły-uzdrowiska, szkoły i klasy na wolnym powietrzu; choroby wieku szkolnego; lekarz szkolny i opieka lekarska w szkole; higiena pracy młodzieży w szkołach zawodowych; opieka społeczna w ustroju szkolnym wobec zadań higieny; higiena przedszkoli; higiena internatów; propaganda i nauczanie higieny w szkole; harcerstwo a szkoła; higiena zawodu nauczycielskiego [29].

Rozpatrując zagadnienie higieny szkolnej, a szczególnie zadania higienistek szkolnych, należy uwzględnić artykuły podnoszące konieczność poszerzania kwalifikacji przez udział w kursach doszkalających.

Wobec przytoczonych badań uprawniona jest teza, że tradycje higieny szkolnej w Polsce sięgają odległych czasów, a inspiratorem podjętych działań na rzecz opieki w szkołach był wspomniany lekarz Stanisław Kopczyński.

Wnioski

Problematyka higieny szkolnej była kwestią zauważaną w opracowaniach teoretycznych i praktycznym poradnictwie. Zagadnienie to nie znajdowało szerszego rozwinięcia, gdyż powszechnie uważano, że dotychczas wypracowane standardy odpowiadają potrzebom praktyki pielęgniarskiej w szkołach. Odwołania do dorobku naukowego prekursora higieny szkolnej S. Kopczyńskiego, nacechowane były raczej interpretacją odtwórczą niż twórczym rozwojem wspomnianych badań. Pielęgniarka szkolna pracowała pod kierunkiem lekarza, ale większość swoich zadań wykonywała samodzielnie i była za nie w pełni odpowiedzialna. Do zadań higienistki należała współpraca z lekarzem w sprawowaniu opieki nad zdrowiem i rozwojem uczniów, zapobieganie szerzeniu się wśród dzieci chorób zakaźnych, czuwanie nad higieną osobistą, higieną nauczania i higieną odżywiania, a także bieżący nadzór sanitarny nad warunkami nauczania oraz udział z wychowawcami i nauczycielami w kształtowaniu postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży. Nie bez wpływu na ten fakt pozostał brak głębszych tradycji w zakresie opieki pielęgniarskiej w szkołach, która była inicjowana na gruncie polskim od początku lat dwudziestych XX w.

Bibliografia

1. Cisińska A., Polskie czasopiśmiennictwo medyczne jako instrument doskonalenia zawodowego pielęgniarek rodzinnych, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2013; 19 (2): 112–116.
2. Łukasz-Paluch K., Franek G.A., Rodowód czasopisma „Pielęgniarka Polska” – życie i działalność redaktor naczelnej, *Problemy Pielęgniarstwa*. 2007; 15 (2–3): 86–90.
3. Gabryś T., Znaczenie czasopisma „Pielęgniarka Polska” w rozwoju pielęgniarstwa zawodowego w Polsce, *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2011; 2 (35): 81–84.
4. Wasilewska Z., Co robi pielęgniarka społeczna, *Pielęgniarka Polska*. 1929; 1: 10–13.
5. Szymońska J., Higienistka szkolna, *Szkoła Powszechna* 1923; 4: 91–94.
6. Kurnatowski A. Profesorowie i docenci wydziałów medycznych Uniwersytetu Łódzkiego i Akademii Medycznej w Łodzi 1945–1964. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź, 2003, 254.
7. Kopczyński S., Zadania higienistki szkolnej, *Wychowanie Fizyczne*. 1929, 3: 103–107.
8. Legutko H., Metody pracy pielęgniarki szkolnej, *Pielęgniarka Polska*. 1939, 1: 10–23.
9. Dębiec B., Radiukiewicz S., Chojnacka I., *Metodyka pracy higienistki szkolnej w placówkach oświatowo-wychowawczych*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987, 9–15.

10. APŁ, AmŁ, WOiK, Akta higieny szkolnej 1921–1924, sygn. 16768, k. 138.
11. Legutko H., Praca pielęgniarki szkolnej. *Pielęgniarka Polska*. 1931, 4–5: 79–86.
12. Legutko H., Wytyczne prace pielęgniarki społecznej. *Higiena szkolna. Pielęgniarka Polska*. 1939, 3: 79–83.
13. Balicka J., O uwagach jakie robimy dzieciom w szkole. *Pielęgniarka Polska*. 1934, 3–4: 84–87.
14. Przybylska Z., O zębocznictwie dzieci szkolnych w Polsce. *Zdrowie Publiczne*. 1937, 6: 525–527.
15. Mitrutówna L., Dziecko w szkole wiejskiej. *Pielęgniarka Polska*. 1939, 2: 38–42.
16. Legutko H., Wytyczne prace pielęgniarki społecznej. *Higiena szkolna. Pielęgniarka Polska*. 1939, 5: 140–148.
17. Cele i zadania opieki nad dziećmi i młodzieżą w Polsce. *Pielęgniarka Polska*. 1930, 11–12: 4–11.
18. Wierzbowska A., Ochrona dziecka przed gruźlicą. *Pielęgniarka Polska*. 1930, 5–6: 13–17.
19. Rudolf Z., Sprawa mieszkaniowa a gruźlica. *Lekarz Polski*. 1929, 1: 8–10.
20. Skokowska-Rudolfowa M., Pielęgniarka w propagandzie przeciwgruźliczej. *Pielęgniarka Polska*. 1930, 5–6: 20–22.
21. Chrzanowska H., O odwiedzinach w rodzinie gruźliczej. *Pielęgniarka Polska*. 1930, 5–6: 28–32.
22. Mańkowska A., Rola i zadanie kobiety w pracy około podniesienia zdrowia publicznego. *Pielęgniarka Polska*. 1930, 10: 9–12.
23. Gutentag S., Kilka uwag w sprawie walki z brudem i chorobami zakaźnymi na terenie publicznych szkół powszechnych m. Łodzi. *Pediatrya Polska*. 1937, 18: 404–408.
24. Legutko H., Praca wewnętrzna w szkole. *Pielęgniarka Polska*. 1939, 2: 49–54.
25. Międzynarodowy Zjazd Pielęgniarek Zawodowych w Paryżu i Brukseli. *Pielęgniarka Polska*. 1933, 3–6: 38–39.
26. Sawczyńska A., Półkolonie letnie. *Pielęgniarka Polska*. 1929, 3: 5–8.
27. Legutko H., Kolonie letnie. *Pielęgniarka Polska*. 1937, 5: 73–82.
28. Chrzanowska H., Higiena szkolna pod red. dr. S. Kopczyńskiego. *Pielęgniarka Polska*. 1933, 1–2: 22–25.
29. Cisińska A., Stanisław Kopczyński – internista i neurolog, pionier higieny szkolnej w Polsce. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*. 2007, 117 (10): 477–479.

Zofia Forys¹, Grażyna Dębska², Celina Królczyk³

1
2
3

Transplantologia wczoraj i dziś

Transplantology yesterday and today Abstract

Transplantation is safe, efficient and sometimes the only method of saving life in case of organ failure. It gives an opportunity to return into the normal daily activities, improves quality of life and prevents from death. Children and youngsters after transplantation get the possibility for development, growth, education and near normal life. In the past, when the organ transplantation become possible, first blood transfusions were performed and humans found the way how to donate a part of own body in order to save someone's life. First attempts of organ and tissue transplantations were performed in the end of XVIth century. Until the present day myths and legends about organ repairs performed by St. Kosma and St. Damian in IVth century AD are known. The forerunner of Polish transplantology was professor J. Nielubowicz, who performed successful kidney transplantation with graft harvested from dead donor [1]. There was an enormous improve in many disciplines of medicine, which was possible due to the development of transplantology. Successful tissue and organ transplantations performed in recent years led to increased need of this type of treatment that is why the number of patients, who require transplantation is growing rapidly. Unfortunately, the number of transplantations performed is limited due to the insufficient number of organs. Because of the limited number of organs, transplantation medicine is not able yet to help all patients. This topic is complex and rise medical and ethical afterthoughts. These are the reasons why transplantations is now strictly regulated by law. Organs can be taken both from alive and death donors. Adults can be organ donors if they present certain genetic similarities with organ recipient.

Key words: transplantology, graft, donor

Wprowadzenie

Na przestrzeni ostatnich lat, wraz z dynamicznym rozwojem medycyny, zmieniła się też definicja śmierci człowieka – nastąpiło odejście od pojęcia śmierci człowieka jako całości. Przyjęto, że wyznacznikiem śmierci człowieka – jako całości – jest śmierć mózgu. Zawile problemy, spory i dylematy wokół terminu śmierci mózgu i zgody domniemanej na pobranie narządów od zmarłego dawcy stały się przedmiotem licznych aktów prawa międzynarodowego. W 1978 roku Komitet Ministrów Rady Europy wydał rezolucję w celu ujednolicenia ustawodawstwa państw

członkowskich w sprawie pobierania i przeszczepiania organów i tkanek od żyjących i nieżyjących dawców [2]. Również Kościół katolicki zajął stanowisko dotyczące przeszczepów, popierając w ten sposób leczenie chorych ze schyłkową niewydolnością narządów. Wielokrotnie wyrażał to w swoim nauczaniu papież Jan Paweł II oraz biskupi w kolejalnych wystąpieniach, podkreślając, że „ciału zmarłego należy się szacunek, pobranie zaś narządu po śmierci nie narusza jego godności ani żadnych praw osoby ludzkiej” [3].

W 2000 roku Jan Paweł II na spotkaniu z uczestnikami XVIII Międzynarodowego Kongresu Transplantologicznego w Rzymie, powiedział: „Transplantacja to duży krok naprzód w służbie nauki dla człowieka i obecnie wielu ludzi zawdzięcza swoje życie przeszczepionemu narządowi” [3].

Rys historyczny

Termin transplantacja – przeszczepienie narządów, oznacza przeszczepienie narządu w całości lub w części, tkanki lub komórek z jednego ciała na inne (lub w obrębie jednego ciała). Nazwa pochodzi z języka łacińskiego *transplantare* – „szczepić”, *plantare* – „sadzić” [4]. Przeszczepiać można komórki (szpiku, trzustki, mózgu lub naskórka), części narządów (zastawki serca, płaty skóry, naczynia krwionośne) lub całe narządy: najczęściej nerki, serce, wątrobę i trzustkę. Stało się to możliwe dzięki postępowi immunologii oraz nowym lekom immunosupresyjnym, które zapobiegają odrzuceniu przeszczepionego narządu [5].

Współczesna transplantologia jest uznawana za stosunkowo młodą dziedzinę medycyny, ponieważ jej intensywny rozwój nastąpił w pierwszych latach XX wieku. Powszechnie uważana jest za największe osiągnięcie współczesnej medycyny. Jednak nieudane próby przeszczepiania narządów, jak donoszą zapisy i różne legendy, sięgają średniowiecza. Człowiek bowiem od dawna pragnął zastąpić utracone lub zmienione chorobowo organy zdrowymi. Pierwsze wzmianki o udanym przeszczepie pochodzą z XIII wieku. Do dzisiejszych czasów przetrwała legenda z życia św.św. Kosmy i Damiana (IV w.) o przeszczepieniu choremu nogi. Ten pomyślny zabieg utrwalono na licznych obrazach przechowywanych w paryskim Luwrze [6].

Początkowo źródłem przeszczepianych tkanek i narządów były zwierzęta. Są to tzw. przeszczepy ksenogeniczne. Dopiero w miarę zdobywania doświadczenia, a także prowadzenia licznych badań z zakresu genetyki i immunologii zaczęto częściej dokonywać transplantacji tkanek i narządów pobranych od ludzi [7].

Pierwszą tkanką przeszczepioną człowiekowi była krew owcy (lata 1635–1704), a zasłużyli się w tej dziedzinie J.B. Denis i P.E. Emmerez. Jednak ze względu na wiele śmiertelnych powikłań, zostało to zabronione. Dopiero odkrycie przez K. Londsteinera w 1901 roku grup krwi A, B i 0, a w 1902 roku AB – przez A. von Castello i A. Strurli, przyczyniło się do ogromnego rozwoju transplantologii [7].

W czasach bardziej współczesnych, w 1902 roku, Ullman w Wiedniu dokonał autotransplantacji nerki u psa, a w 1905 roku francuski chirurg Alexis Correl powtórzył ten eksperyment, jednak przeszczepione nerki nie podjęły swojej funkcji. Obydwaj chirurdzy przyczynili się jednak do rozwoju techniki zszywania naczyń. Opracowana technika zszywania naczyń krwionośnych – tzw. szew Correla, przyniósł autorowi ogromny sukces – w 1912 roku został laureatem Nagrody Nobla [8].

Odkrycie dokonane przez K. Londsteinerja i A.S. Winera w 1940 roku czynnika Rh, odpowiedzialnego za konflikt serologiczny, umożliwił przeprowadzanie na szeroką skalę transfuzji krwi. Zaslugi w tej dziedzinie miał także polski serolog i immunolog L. Hirszfeld [7].

II wojna światowa przyniosła ogromną liczbę ofiar z uszkodzeniami ciała. Zwrócono wówczas uwagę na fakt, że wielu ciężko rannych pacjentów początkowo przeżywało rozległe urazy, aby później umrzeć z powodu ostrej niewydolności nerek. Ożywiło to działania dotyczące przeszczepów. Pierwszą próbę przeszczepu ludzkiej nerki dokonał w 1933 roku rosyjski chirurg J.J. Woronaj. Dalsze próby przeszczepu tego narządu podjęli lekarze w Kanadzie i we Francji w latach 1947–1952. Wyniki tych prób nie były jednak zadowalające [9].

Pierwszego udanego przeszczepu nerki pomiędzy bliźniakami dokonali w 1954 roku Murray i Merrill w Bostonie. Przez następne lata najtrudniejszym problemem do pokonania były powikłania po przeszczepach. Dzięki pracy specjalistów z różnych dziedzin odkryto, że udany przeszczep uzależniony jest od kilku czynników: prawidłowej techniki chirurgicznej, znajomości procesów immunologicznych i zastosowania leków przeciwdziałających odrzuceniu przeszczepu. Na uwagę zasłużyły działania Medwarda, który odkrył, że odrzucenie przeszczepu ma podłoże immunologiczne. Ogromnego wkładu w rozwój transplantologii dokonał J. Dausset, który wprowadził do praktyki klinicznej pojęcie zgodności grup krwi, a w 1958 roku dokonał odkrycia antygeny zgodności tkankowej HLA [8].

W dziedzinie genetyki znaczącego odkrycia dokonali w 1980 roku B. Benacerraf, J. Dausset i G.D. Snell. Odkryli mianowicie genetyczną zależność występowania struktur białkowych na powierzchni błon komórkowych [7].

Druga połowa XX wieku przyniosła sukcesy, stało się one możliwe dzięki dogłębniemu poznaniu tzw. immunosupresji, czyli wprowadzeniu leczenia hamującego wytwarzanie w organizmie przeciwciał i komórek odpornościowych. Odkrycie tego sposobu leczenia odbywało się stopniowo. Początkowo starano się zapobiec odrzuceniu przeszczepu przez napromieniowanie całego ciała. Próby takie podjęto w Bostonie i Paryżu po przeszczepie szpiku kostnego, dawało to jednak skromne efekty. Nadal poszukiwano nowych rozwiązań. Kolejnym sukcesem było odkrycie leków immunosupresyjnych, czyli hamujących podział komórek 6-merkaptopuryny (6-MP) i cyklosporyny. Do leczenia wprowadzono surowicę, globuliny antylimfocytarne [7].

Coraz lepsze poznanie mechanizmów i zależności, które uprzednio wywoływały niepowodzenia przyczyniło się więc od początku XX wieku do rozpowszechnienia przeszczepów. W okulistyce stosowana jest transplantacja rogówki opracowana przez E.K. Zirna w 1906 roku, a ulepszona przez Monera pod koniec lat 40. XX wieku. W chirurgii rekonstrukcyjnej i plastycznej w celu leczenia rozległych ran i blizn zastosowanie mają autotransplantacje skóry oraz przeszczepianie tzw. sztucznej skóry. W urologii od 1957 roku wykorzystuje się jelito cienkie do płastyki pęcherza moczowego. W 1967 roku T. Starlz przeszczepił wątrobę. Udanej transplantacji płuc dokonał w 1963 roku J.D. Hardy. W 1966 roku W. Kelly i R. Lillehei dokonali udanej transplantacji trzustki. Serce przeszczepiono po raz pierwszy w 1967 roku – dokonał tego C. Barnard. Lata 80. XX wieku to liczne przeszczepy fragmentu wątroby, ręki i przedramienia. Do częstych zabiegów należy też przeszczep szpiku kostnego [7]. Doskonalenie technik transplantacji odbywało się na przestrzeni wielu lat przy współdziałaniu różnych dziedzin nauki.

Tabela 1. Transplantacyjni nobliści [1]

rok	imię nazwisko	kraj pochodzenia	za co?
1912	Alexis Carrel	Francja	praca nad przeszczepianiem naczyń krwionośnych i narządów
1960	Peter Medawar, Frank Burnet	Wielka Brytania, Australia	odkrycie zjawiska nabytej tolerancji immunologicznej
1980	Jean Dausset, George Snell, Baruj Bencerraf	Francja, USA	odkrycie antygenów zgodności tkankowej
1990	Joseph Murray	USA	wkład w rozwój transplantologii

W Polsce przeszczepianie narządów ma 40-letnią historię, a osiągnięcia w tej dziedzinie mają znaczenie w skali światowej. Warto tu przytoczyć następujące daty i fakty. W styczniu 1966 roku, w Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie, prof. Jan Nielubowicz przeprowadził pierwszy udany zabieg przeszczepienia nerki od zmarłego dawcy. Na ówczesne czasy ten sposób leczenia nie był powszechny – na całym świecie wykonano wówczas 620 takich operacji [10].

Dwa lata później (1968) prof. Tadeusz Bross dokonał przeszczepu nerki od dawcy żywego, spokrewnionego genetycznie z biorcą. Na szczególną uwagę zasługuje prof. Jan Mol, który w 1971 roku dokonał w Łodzi przeszczepu serca od zmarłej osoby. Był to jeden z nielicznych wówczas przeszczepów serca na świecie.

W 1986 roku zwieńczonego sukcesem przeszczepu serca dokonał prof. Zbigniew Religa. Był to prawdziwy przełom w polskiej transplantologii.

Dalsze sukcesy, to przeszczep wielonarządowy, którego dokonali J. Szmidt i M. Loro w 1989 roku przeszczepiając trzustkę i nerkę. Sukcesem zakończył się również przeszczep wątroby u dziecka w 1990 roku, a u dorosłego w 1994 [8].

Kolejne przeszczepy to: przeszczep trzustki w 2000 roku u pacjenta, któremu wcześniej przeszczepiono nerkę. W roku 2005 wykonano przeszczep obu płuc, a w 2006 roku przeszczep wątroby i jelita, w tym samym roku też miał miejsce pierwszy przeszczep ręki. W 2008 roku dokonano pierwszego przeszczepu komórek wysepkowych trzustki [9].

Polscy transplantolodzy należą do światowej czołówki w tej dziedzinie. W latach 80. XX wieku powstało wiele ośrodków zajmujących się przeszczepami nerek, jednak nadal liczba wykonywanych operacji przeszczepiania narządów jest zbyt mała. Z polskich danych statystycznych wynika, że przeżycie pacjentów po przeszczepach jest takie samo, jak w ośrodkach europejskich czy amerykańskich [10].

Najgorszym czasem w historii transplantologii w Polsce był rok 2007, kiedy liczba wykonywanych przeszczepów znacznie zmalała. Spowodowane było to doniesieniami prasowymi o rzekomej komercjalizacji i działalności przestępczej przy przeszczepach narządów. W przeprowadzonych badaniach opinii społeczeństwa polskiego na temat transplantacji jako metody leczenia, większość akceptuje i popiera przeszczepy, ale w sytuacji konieczności podjęcia decyzji, nie wyraża zgody na wykorzystanie po śmierci narządów swoich i bliskich [11]. W celu zwiększenia liczby dawców narządów powołana została 6 czerwca 2006 roku organizacja pozarządowa – Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej (PUMT). Jej głównym celem jest szerzenie idei przeszczepiania narządów i szpiku [12]. W ramach upamiętnienia pierwszego przeszczepu nerki zwieńczonego sukcesem (26 stycznia 1966 roku), dzień 26 stycznia został ogłoszony Polskim Dniem Transplantologii.

Wyniki przeszczepiania narządów i szpiku kostnego w Polsce są znakomite, lepsze od efektów leczenia wielu chorób przewlekłych. Dzięki rozwojowi tej specjalności medycyny nie tylko ratuje się życie chorym, ale poprawia cały system ochrony zdrowia. Doświadczeni lekarze, dobrze przygotowane liczne ośrodki transplantacyjne w Polsce, są w stanie wykonać dużo więcej przeszczepów niż w latach poprzednich. Ministerstwo Zdrowia deklaruje, że w omawianej kwestii nie ma barier finansowych, brakuje tylko narządów [12].

Dane statystyczne na temat przeszczepów w Polsce i na świecie

Sukcesy w przeszczepach tkanek i narządów spowodowały, że liczba chorych oczekujących na ten rodzaj leczenia stale rośnie, ale możliwość ich zaspokojenia jest ograniczona z powodu niedoborów narządów. Jest to problem ogólnoświatowy, jednak w Polsce lista oczekujących na nowy narząd wydłuża się z roku na rok. Dr Andrzej Michalski, który sam oczekuje na przeszczep serca, apelowała niedawno: „z niepokojem obserwuję wielki kryzys, jaki dotknął nasz kraj w zakresie aktywności donacyjnej, kraje dużo mniejsze niż Polska: Austria, Czechy, Litwa, Belgia czy

Holandia, mają dużo większą aktywność transplantacyjną” [13].

Według danych Poltransplantu, w roku 2011 pobrano 1464 narządy do przeszczepu, zgłoszono 732 potencjalnych zmarłych dawców, z tej liczby wykorzystano narządy do przeszczepu u 541 chorych [14].

W roku 2006 Polska pod względem liczby pobranych narządów i dokonanych przeszczepów, klasyfikowała się w pierwszej połówce krajów Unii Europejskiej. Natomiast w 2007 roku nastąpił wielki kryzys transplantologii, drastycznie spadła liczba pobranych narządów i wykonanych przeszczepów (45%). Na tę sytuację miały wpływ wspomniane już wydarzenia polityczno-medialne, pomawiano lekarzy o celowe zabijanie pacjentów w celu pozyskania narządów do przeszczepów dla korzyści materialnych. W 2008 roku prof. dr hab. n. med. Wojciech Rowiński dramatycznie poinformował społeczeństwo, parlament i rząd RP, że „dokonaliśmy zaledwie 651 przeszczepów nerki, 178 wątroby, 63 serca” [12].

W przeszczepach nerek pobranych od żywych dawców Polska klasyfikuje się również daleko z tyłu. W 2011 roku w Polsce przeszczepiono tylko 40 nerek od żywych dawców (4%). Jest to zjawisko bardzo niepokojące. Przeliczając te dane na liczbę mieszkańców, jest to tylko 1 przypadek na 1 000 000 obywateli. W Skandynawii czy w Stanach Zjednoczonych przypada kilkadziesiąt pobrań od żywych dawców na 1 000 000 mieszkańców. Prof. Artur Kwiatkowski, koordynator projektu „Żywy dawca nerki”, przedstawił do porównania inne dane statystyczne: „W Norwegii przeszczepy nerek od żywych dawców kształtują się na poziomie 45%, w Japonii przeszczepów nerek dokonuje się wyłącznie od żywych dawców, a w USA 45–50% nerek pochodzi od żywych dawców” [15].

Wyliczono, że nerka pobrana od dawcy żywego funkcjonuje średnio 15 lat, od dawcy zmarłego 9 lat, a koszt przeszczepu jest 3–4-krotnie niższy niż dializoterapia.

W Europie przeszczepia się głównie nerki pobrane od dawców żywych spokrewnionych genetycznie. W związku z niedoborem nerek do przeszczepów od żywych dawców, w ostatnich latach coraz częściej przeszczepia się nerki od żywych niekonwencjonalnych dawców, „spokrewnionych emocjonalnie” (współmałżonkowie, przyjaciele). Norwegowie mają największe doświadczenie w przeszczepianiu nerek od żywych dawców, jako pierwsi zaczęli też przeszczepiać nerki od dawców żywych „spokrewnionych emocjonalnie”. Jak podaje prof. Rutkowski, w Polsce z przeszczepioną nerką żyje 9273 osób (dane na 2011 rok) [15].

W statystykach światowych pod względem pobrań narządów przoduje Hiszpania. Bardzo dobre wyniki w przeszczepach wątroby od żywych dawców mają kraje Dalekiego Wschodu (Japonia, Korea), gdzie pobranie płatów wątroby od żywego dawcy do przeszczepu obarczone jest ryzykiem 0,2% śmiertelności dawców. W Polsce w 2010 roku wykonano 20 przeszczepów fragmentów wątroby pobranych od rodziców dla ich dzieci [15].

Tabela 2. Krajowa lista oczekujących na przeszczep (rok 2012) [15]

Oczekujących na przeszczep	nerki	nerki i trzustki	trzustki	nerki i wątroby	wątroby	jelita	serca	płuca	serca i płuca	Razem
styczeń	1470	24	9	4	168	2	237	28	7	1949
luty	1475	23	9	5	156	3	244	28	6	1949
marzec	1491	20	9	4	161	3	238	27	5	1958
kwiecień	1507	20	9	4	164	2	250	26	5	1987
maj	1511	18	10	3	158	2	252	27	5	1986
czerwiec	1523	17	11	2	168	2	255	27	5	2010
lipiec	1546	15	11	2	157	2	253	28	4	2018
sierpień	1567	18	12	3	157	2	263	31	4	2057
wrzesień	1573	18	12	2	146	2	262	31	4	2050
październik	1580	17	11	3	119	2	273	29	4	2038
listopad	1494	16	13	2	132	3	273	27	4	1964
grudzień	1469	15	13	3	129	2	274	30	4	1939

Rycina 1. Liczba przeszczepionych organów od zmarłych dawców w Polsce w 2012 roku [15]

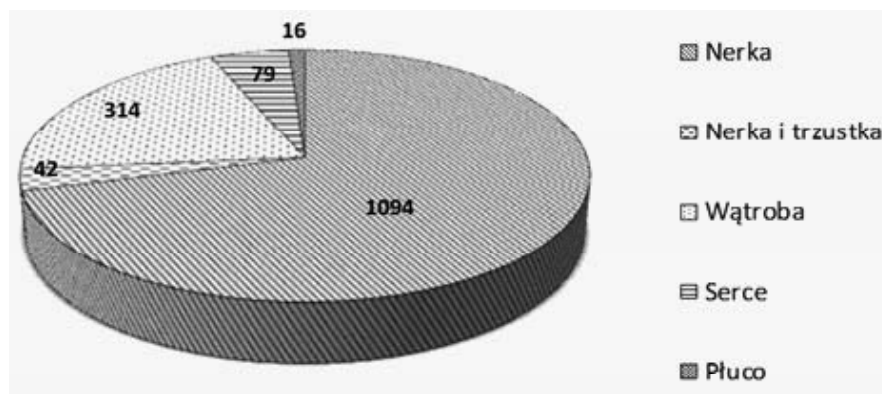
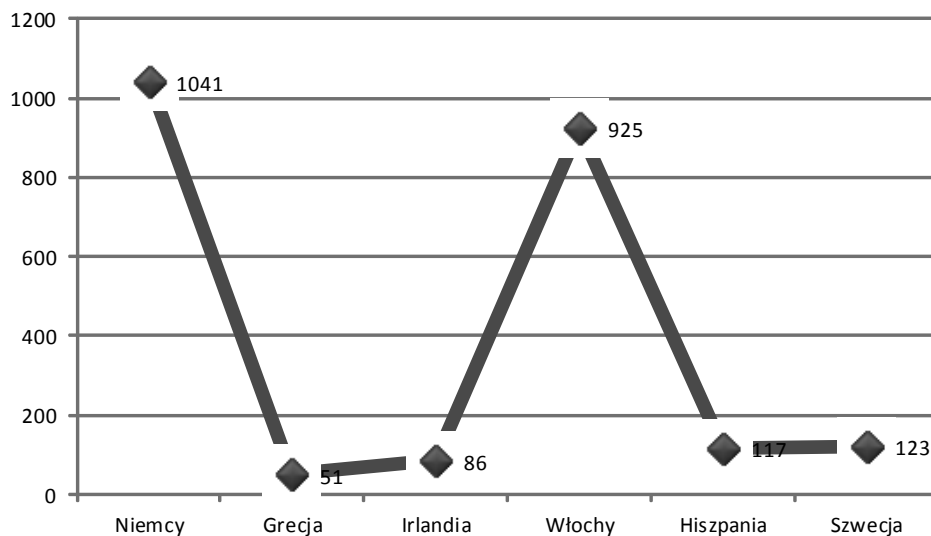


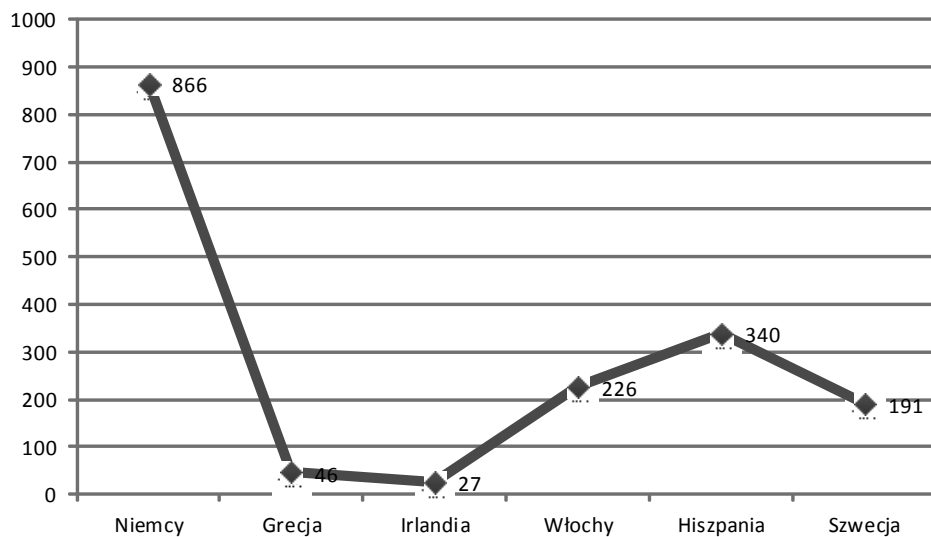
Tabela 3. Liczba przeszczepów od żywych dawców w Polsce w 2012 roku [15]

Miesiąc	Liczba przeszczepów nerki	Liczba przeszczepień fragmentów wątroby
styczeń	3	1
luty	4	4
marzec	11	2
kwiecień	5	1
maj	3	0
czerwiec	6	1
lipiec	0	0
sierpień	3	1
wrzesień	4	2
październik	6	0

Rycina 2. Liczba rzeczywistych zmarłych dawców wielonarządowych w wybranych krajach Europy w 2012 roku [16]



Rycina 3. Liczba pacjentów, którzy otrzymali narząd od dawcy żyjącego w wybranych krajach Europy w 2012 roku [oprac. własne na podstawie 16]



Procedura i organizacja pobierania narządów

W Polsce obowiązuje prawo, na mocy którego narządy od zmarłego można pobrać tylko wtedy, gdy za życia nie wyraził on sprzeciwu. Osoby niechące zostać dawcami, powinny dokonać wpisu do Centralnego Rejestru Sprzeciwów.

O powodzeniu przeszczepu decyduje wykonanie wielu badań – tak, aby najbardziej odpowiednio pod względem immunologicznym dobrać dawcę i biorcę. Pierwszym etapem jest dobór w obrębie zgodności grup krwi, następnie poszukuje się jak najbardziej zgodnego genetycznie dawcy w zakresie antygenów zgodności tkankowej (MHC). Kompleks ten odpowiada za syntezę antygenów zgodności tkankowej HLA klasy I i II. Są to struktury białkowe obecne we wszystkich organizmach [10].

Pozyskiwanie narządów do przeszczepów to najistotniejszy problem transplantologii. Postępy w dziedzinie medycyny i rozwój współczesnej transplantologii wywołał nierównowagę między liczbą oczekujących na przeszczepy a liczbą pozyskiwanych narządów. Problem narasta nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie. Wiąże się to z paradoksem występującym w medycynie transplantacyjnej – do przeszczepiania organów potrzebny jest żywy narząd. Można go pobrać od dawcy zmarłego, mówi się wtedy o przeszczepach *ex mortus*, ale żeby zakończył się sukcesem, zależy to w dużej mierze od jakości pobranego narządu. Wpływ na jakość pobranego narządu, oprócz wielu czynników (np. wiek dawcy, stan zdrowia, przebieg śmierci mózgu, warunki przechowywania narządów), mają również działania organizacyjne w procesie pobierania narządów. Organy można też pobrać od dawcy żywego – są to wówczas przeszczepy *ex vivo*. Procedura pozyskiwania narządów jest wówczas nieco inna i mniej skomplikowana [17].

W początkowym okresie narządy od dawców pobierane były w wyznaczonych szpitalach, które prowadziły ośrodki transplantacyjne. Wiązało się to z przesyłaniem zwłok do tych ośrodków, co często rodziło konflikty z rodzinami zmarłych. W latach 90. XX wieku podjęto próby usprawnienia systemu pobierania organów do przeszczepów. W 1996 roku powstało Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant. Jest to jednostka budżetowa podporządkowana Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej, powołana na mocy ustawy transplantacyjnej z 1996 roku. Biuro Poltrasplantu mieści się w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie [10].

Proces pobierania narządów do przeszczepów wymaga dużej wiedzy, odpowiedzialności, planowania, sprawnego przepływu informacji na wielu poziomach. Jest on trudny również z tego powodu, że nie należy w tym procesie (szczególnie gdy dotyczy przeszczepów *ex mortus*) pominąć rozmowy z rodziną, udzielenie jej wystarczającej informacji, opieki i wsparcia [18].

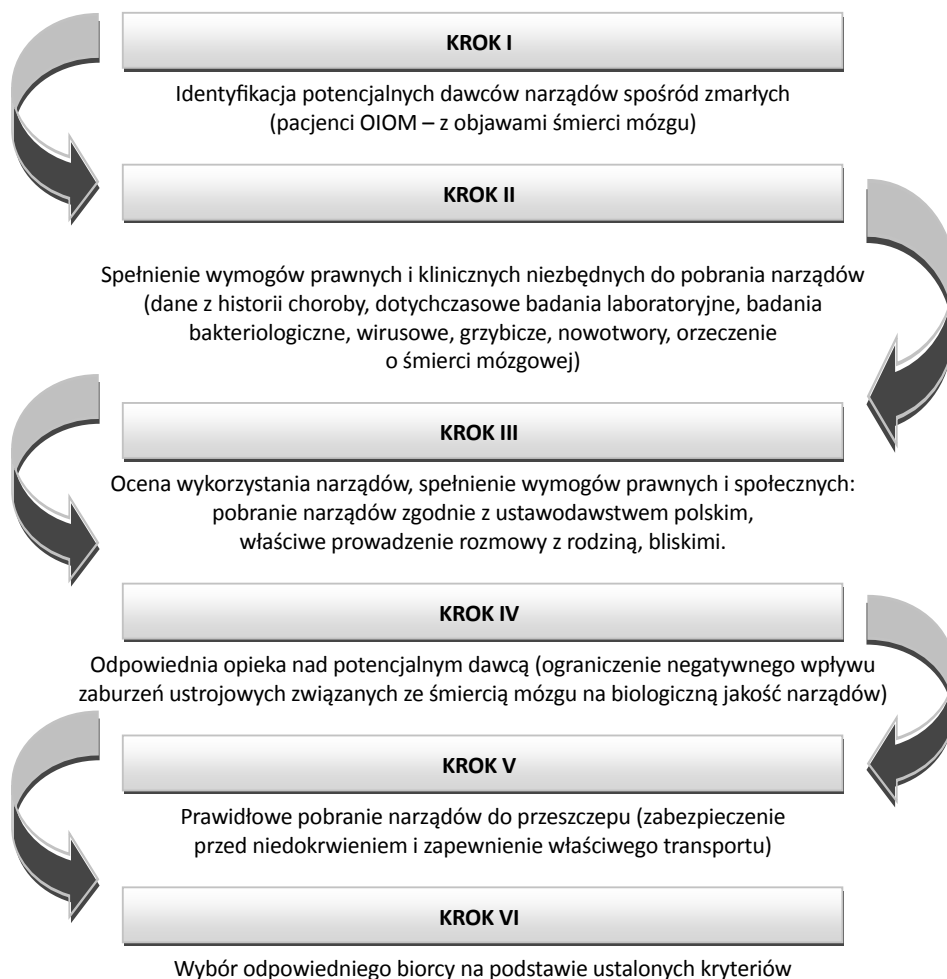
Szczególną rolę w procesie pozyskiwania i przeszczepiania narządów odgrywają koordynatorzy transplantacyjni. Koordynator transplantacyjny to postać niezbędna w procesie pozyskiwania i przeszczepiania narządów. Przeważnie funkcję tę pełni osoba z wykształceniem medycznym (lekarz, pielęgniarka), która organizuje, nadzoruje, koordynuje i dokumentuje całość tej złożonej, wielodyscyplinarnej i rozciągniętej w czasie pracy zespołów transplantacyjnych w zakresie identyfikacji i kwalifikacji dawcy narządów, opieki nad dawcą, pobrania wielonarządowego, dystrybucji i przeszczepiania narządów oraz wczesnej i późnej opieki nad biorcą przeszczepu. Z reguły część tych zadań koordynator wykonuje osobiście. Ponadto odpowiada za kształtowanie wizerunku transplantologii klinicznej w społeczeństwie i w społeczności medycznej; naucza, prowadzi kampanie promocyjne oraz niezbędną sprawozdawczość i statystykę. Koordynatorzy podejmują też działania edukacyjne w środowiskach medycznych i wśród różnych grup społecznych. Organizują pobrania narządów, współpracują z koordynatorami w kraju i za granicą w celu poprawy donacji narządów w Polsce [12].

Koordynatorzy transplantacyjni muszą posiadać wiedzę i umiejętności z zakresu nie tylko nauk medycznych (transplantologia kliniczna, immunologia, intensywna terapia), ale także psychologii klinicznej (rozmowa z rodziną potencjalnego, zmarłego dawcy, przekazanie informacji o śmierci i zamiarze pobrania narządów), prawa, nauk społecznych, organizacji i zarządzania, statystyki medycznej. W krajach, w których sieć koordynatorów transplantacyjnych jest rozbudowana (Hiszpania, Holandia, Stany Zjednoczone), liczba identyfikowanych dawców, pobieranych i wykorzystanych do przeszczepienia narządów, jest wysoka. W Polsce koordynatorów jest zbyt mało, z reguły zatrudnieni są przy ośrodkach transplantacyjnych jako tzw. koordynatorzy regionalni. Szczególna rola przypada koordynatorom lokalnym, działającym w szpitalach, w których istnieje możliwość identyfikacji potencjalnych, zmarłych dawców, a więc możliwość pobrania narządów do przeszczepienia. Takich koordynatorów w Polsce jest zaledwie kilku, szpitali natomiast ponad 350, z czego w zaledwie 120 pobierane są narządy. Około 50% wszystkich przeszczepianych w Polsce narządów pobieranych jest w zaledwie 10 szpitalach, gdzie zatrudnieni są lokalni koordynatorzy transplantacyjni [12].

Proces pobierania narządów rozpoczyna się w momencie identyfikacji dawcy i zgłoszenia do koordynatora regionalnego. Aby usprawnić działania, została opracowana strategia tzw. 6 kroków.

Po pobraniu narządów zespół zaangażowany w identyfikację dawcy otrzymuje od koordynatora informację pisemną i ustną na temat wyników przeszczepionych narządów. Informację oraz wsparcie otrzymuje również rodzina dawcy, jednakże biorca pozostaje anonimowy.

Rycina 4. Strategia 6 kroków [10]



Niezwykle istotnym i często trudnym zadaniem jest uzyskanie zgody rodziny zmarłego na pobranie jego narządów. Potencjalnym dawcą jest bowiem najczęściej człowiek młody, cieszący się pełnią zdrowia, który wskutek wypadku lub urazu czaszkowo-mózgowego znajduje się na oddziale intensywnej opieki i u którego rozpoznano śmierć mózgu. Nawet, jeśli z lekarskiego punktu widzenia rozpoznanie śmierci mózgowej jest oczywiste, wśród rodziny zmarłego zawsze występują wątpliwości dotyczące właściwego rozpoznania i nieodwracalności zdarzeń. Zrozumiałe w tej sytuacji emocje i wewnętrzny bunt wobec zaistniałej tragedii stają się często przyczyną gwałtownego sprzeciwu rodziny, także wówczas, gdy zmarły nie figuruje

w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. W tej sytuacji pobranie narządów jest wprawdzie prawnie dopuszczalne nawet bez zgody rodziny zmarłego, gdyż opiera się na „zgodzie domniemanej”, lecz doświadczenie uczy, że nieuwzględnienie stanowiska rodziny może skutkować w przyszłości negatywnym odbiorem społecznym i wręcz wrogim nastawieniem do idei przeszczepiania w danym regionie. Ogromną rolę w rozmowach z rodziną zmarłego odgrywają lekarze anestezjolodzy zaangażowani w opiekę nad zmarłym. W tym celu Poltransplant organizuje szkolenia ciągłe o charakterze warsztatów psychologicznych [17].

Podsumowanie

Rozwój transplantologii w Polsce zaowocował powstaniem wielu specjalistycznych ośrodków. Zatrudnione tam zespoły fachowców uzyskują wyniki porównywalne z najlepszymi światowymi ośrodkami. Jednak problemem pozostaje nadal mała dostępność dawców narządów do przeszczepu.

Rozwój transplantologii klinicznej będzie możliwy dzięki aktywności i działaniom propagującym rzetelną wiedzę na temat dawstwa i przeszczepiania narządów. Niebagatelną rolę odgrywa świadomość społeczna – wiedza, że aby uratować komuś życie, potrzebny jest narząd. Nadzieja na lepsze zrozumienie zależności transplantacji i ratowania ludzkiego życia, skłania do włączenia się w proces kreowania kultury życia we współczesnym świecie, gdzie wokół transplantologii pozostaje wiele niejasności i negatywnych stereotypów.

Reasumując, przyszłość medycyny transplantacyjnej zależy w decydującej mierze nie tylko od chęci i wiedzy lekarzy, istniejących rozwiązań prawnych, ale i od poziomu społecznej akceptacji, upowszechniania się postaw gotowych przyjść z pomocą drugiemu człowiekowi. Wszelkie sprzeciwy, choćby i dobrze motywowane z moralnego i etycznego punktu widzenia, są bowiem bezskuteczne wobec terapii, skutecznej, ale przede wszystkim jedynej możliwości uratowania życia.

Bibliografia

1. Nielubowicz J., Tak to się zaczęło. Wiedza i Życie. 1996; 1: 10–15.
2. Skarek A., Pośmiertne oddanie organów – kwestie prawne i etyczne w protokole II do EKB w sprawie transplantacji organów i tkanek pochodzenia ludzkiego. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska. 2008; 5 (3).
3. Jankowska I., Wybrane zagadnienia etyczne dotyczące przeszczepiania narządów od żyjącego spokrewnionego dawcy. Standardy Medycyny. *Pediatrics* 2009; 5: 829–832.
4. Skowrońska B. (red.), *Petrozolin, Nowa encyklopedia powszechna PWN*. PWN. Warszawa 1998.

5. Fibak J., Chirurgia – repetytorium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2004.
6. Muszala A., Encyklopedia bioetyki. Wydawnictwo Polwen. Radom 2009.
7. Szczepaniak L., Transplantacja – próba syntezy etycznej. Bioetyczny Zeszyt Pediatрії. 2005; 63–87.
8. www.bts.org.uk [27.08.2012].
9. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L.R., Transplantologia kliniczna. Wydawnictwo Czelej. Warszawa 2004.
10. Kucharska E., Transplantacja jako troska o życie i zdrowie bliźniego. Przegląd Lekarski. 2011; 68: 12.
11. Lisiecki T., Postawy społeczeństwa wobec przeszczepiania narządów od dawców żywych i martwych. Polska Medycyna Rodzinna. 2004; 6 (1): 296–302.
12. Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Wujtewicz M., Milecka A., Wytyczne dotyczące zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobierania narządów. Via Medica. Gdańsk 2009.
13. www.nowiny.pl [30.08.2012].
14. Kruszyński Z., Wykłady z anestezjologii i intensywnej terapii. Przygotowanie dawcy narządu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2009.
15. www.poltransplant.org.pl [15.02.2013].
16. www.transplant-observatory.org/Documents/Newsletter2012.pdf [10.11.2012].
17. Oko A., Aspekty prawne, organizacja pobierania i przeszczepiania narządów unaczynionych w Polsce. Transplantologia w zarysie. I AM. Poznań 2009: 228–229.
18. Kruszyna T., Mileniuk T., Koordynacja pobierania narządów od zmarłego dawcy – krok po kroku. Medycyna Praktyczna 2009; 148–155.

Beata Gibas, Grażyna Dębska

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego

Zasadność tradycji i symboliki we współczesnym pielęgniarstwie

The legitimacy of tradition and symbolism in contemporary nursing Abstract

The symbols, traditions and ceremonies in nursing have a long tradition and history. There are four symbols of nursing: nursing cap, a hymn, an oil lamp and nursing uniform. The aim of this study was to evaluate the merits of continuing the tradition and symbolism in contemporary nursing in the opinion of students and nurses. The study included 79 nurses supplementing their education and 64 undergraduate nursing students of the Cracow Academy. For students and nurses, the most important is taking the oath by graduates and being worn a nursing cap during the ceremony. According to 77% of nurses nursing caps should not be work during work. About 45% of students would like to wear a nursing cap, because it is a symbol of membership of the professionals (62%). According to 46% of nurses and 75% of students, the traditions in nursing should be cultivated. The most needed traditions in nursing are the solemn oath and the capping ceremony. According to most respondents the traditions should be cultivated in the current system of education.

Key words: symbols, traditions, nursing

Wprowadzenie

Zawody pielęgniarki i położnej mają bogatą tradycję i historię. Istnieją pewne symbole, które nieodzownie kojarzą się z tymi profesjami. Symbole pozwalają na integrację zawodową, zachowanie wewnętrznej hierarchii oraz łatwiejszą identyfikację tych grup zawodowych przez pacjentów. Dodatkowo dają możliwość kreowania wizerunku osobistego i społecznego pielęgniarek i położnych [3]. Do podstawowych symboli w pielęgniarstwie zalicza się: czepki pielęgniarzki, mundur pielęgniarzki, hymn pielęgniarzki oraz lampkę oliwną (tzw. lampkę Nightingale) [2, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Obecnie w Polsce zastosowanie w praktyce ma tylko jeden symbol – mundur pielęgniarzki.

Ponadto funkcjonują również pewne ceremonie, które kojarzone są z pielęgniarstwem. Zalicza się do nich: czepkowanie, paskowanie, ślubowanie oraz Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej [2, 6, 8, 13]. Nasuwają się w związku z tym pytania, czy tradycyjne i na miarę współczesnych czasów czepki oraz stroje pielęgniarzki

gniarki i położnej powinny wrócić do łask, czy ich powrót podkreśliłyby bardziej kompetencje i profesjonalizm tych zawodów?

Symbole pielęgniarские

Czepek pielęgniarский

Symbol ten służył pierwotnie jako nakrycie głowy. Miał kształt owalny, z dwucentymetrowym poziomym paskiem w kolorze czarnym (dla pielęgniarки) lub czerwonym (dla położnej). Wyróżnia się trzy typy czepków: czepek z welonikiem, motylek i czepek okrągły. W Polsce od 1991 roku czepki mają zastosowanie tylko przy stroju galowym. W codziennej praktyce symbol ten został zastąpiony przez identyfikator przypinany do kłapy munduru. Czepek miał symbolizować pokorę oraz chęć niesienia pomocy [2, 5, 6, 8, 12, 13, 14, 15].

Do roku 1990 czepek pielęgniarский był obowiązkowym elementem stroju każdej pielęgniarки i położnej. Prawo do jego noszenia regulowało pismo wydane przez Ministra Zdrowia 8 lutego 1950 roku (Dz.U. Min. Zdr. z 5 lutego 1950 r.), według którego tylko osoby, które ukończyły szkołę pielęgniarską mogły nosić czepek pielęgniarский. Widniał na nim czarny pasek o szerokości 2 cm [6, 15].

Obecnie czepek nie jest obowiązkowym elementem umundurowania personelu pielęgniarского. 12 grudnia 1990 roku podczas obrad I Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych obradowano nad zastąpieniem czepka pielęgniarского odpowiednimi identyfikatorami zawodowymi. Podczas Krajowego Zjazdu została uchylona konieczność noszenia czepka jako elementu, który pozwala odróżnić pielęgniarkę od pozostałego personelu medycznego. Wprowadzono wtedy obowiązek legitymowania się odpowiednim identyfikatorem, który miał być przypinany do munduru. Treść identyfikatora została ogólnie ustalona przez okręgowy organ samorządowy i miała zawierać: imię i nazwisko pielęgniarки oraz jej tytuł zawodowy. Czepek pielęgniarский jest (zgodnie z postanowieniami XV Krajowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego) obowiązkowym elementem stroju galowego każdej pielęgniarки i położnej [15].

Mundur pielęgniarский

Najprościej mówiąc mundur pielęgniarский to zestaw odzieży, na który składa się: czepek, fartuch (najczęściej z szarego płótna), bawet (biały fartuch krzyżowy), trzewiki profilaktyczne oraz peleryna sukienna. Obecnie taki zestaw odzieży ochronnej nie funkcjonuje. Wzory mundurów zmieniają się od lat. Głównym powodem zmian są zmieniające się trendy w modzie. Mundur miał znaczenie zarówno ochronne (zabezpieczenie skóry przed bakteriami, zakażeniem i nieczystościami), jak i estetyczne [2, 6, 12, 13, 14, 15].

Hymn pielęgniarSKI

Hymn pielęgniarSKI to uroczysta pieśń pochwalna, która chwali idee i czyny zasłużonych pielęgniarek. Hymn jest śpiewany podczas ważnych uroczystości zawodowych i ceremonii czapkowania absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa. Treść hymnu zmieniała się na przestrzeni lat kilka razy, jednak jego treść nadal zwraca uwagę na najważniejsze wartości, postrzeganie humanitaryzmu oraz powszechną integrację zawodową [2, 6, 12, 13, 14].

Lampka Nightingale

Symbolem tym posługiwała się Florence Nightingale, która opiekowała się rannymi i chorymi żołnierzami podczas wojny krymskiej. Lampka oliwna symbolizuje ciepło, źródło niezawodności oraz życzliwości. Florence Nightingale jest uznawana za twórczynię współczesnego pielęgniarstwa [2, 6, 10, 12, 13].

Ceremonie i tradycje pielęgniarSKie

Czepakowanie

Dawniej czepakowanie było uroczystością pierwszego stopnia wtajemniczenia kandydatek do zawodu. Podczas tej uroczystości przyszłe pielęgniarSKi otrzymywały białe czepki pielęgniarSKie bez paska. W miarę postępów w kształceniu dostawały kolejne paski, które były mocowane na czepku. Postępowanie to symbolizowało przekaz informacji z zakresu przygotowania zawodowego. Obecnie wraca się do tradycji czepakowania na studiach pielęgniarSKich. Czepki wraz z czarnym paskiem są zakładane absolwentom na znak ukończenia szkoły pielęgniarSKiej. Od 2000 roku tradycyjny czepki został w pracy zawodowej zastąpiony przez metalową broszkę, która jest przypinana do munduru [2, 5, 8, 13, 14, 15].

Paskowanie

Podczas tej uroczystości zakładano jednocentymetrową aksamitkę w poprzek lub wzdłuż czepki pielęgniarSKiej. Pasek nawiązywał do wysokiego stopnia opieki pielęgniarSKiej. Ostatnie paskowanie miało miejsce w chwili zakończenia kształcenia pielęgniarSKiego w systemie pomaturalnym, czyli w roku 2002/2003. Zakładanie paska miało być, podobnie jak czepki, wyrazem wtajemniczenia zawodowego. Dodatkowo miało motywować przyszłe pielęgniarSKi do dalszego kształcenia [2, 6, 13].

Ślubowanie

To uroczysta przysięga składana przez każdą absolwentkę pielęgniarstwa i położnictwa. Ślubowanie zobowiązuje do przestrzegania założeń kodeksu etyki zawodowej pielęgniarSKi i położnej. Tekst ślubowania zmieniał się na przestrzeni lat, jednak

jego założenia (obligowanie do wdrażania zasad etyki), pozostały takie same [2, 6, 13, 14].

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej

12 maja został ogłoszony Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki i położnej w roku 1973 przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek na kongresie w Meksyku. Data ta jest rocznicą urodzin Florence Nightingale. Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej ma na celu wzmacnianie struktury pielęgniarstwa na całym świecie. Podczas tej uroczystości wręczane są także wyróżnienia dla zasłużonych pielęgniarek i położnych [2, 6, 13].

Cel pracy

Celami niniejszej pracy było zbadanie, jaki stosunek do symboli i tradycji wykazują studenci kierunków medycznych i pielęgniarstwa, analiza przyczyn wycofania z użycia czepków pielęgniarstwa, oraz ocena, czy czepki pielęgniarstwa powinny wrócić do codziennego użytkowania.

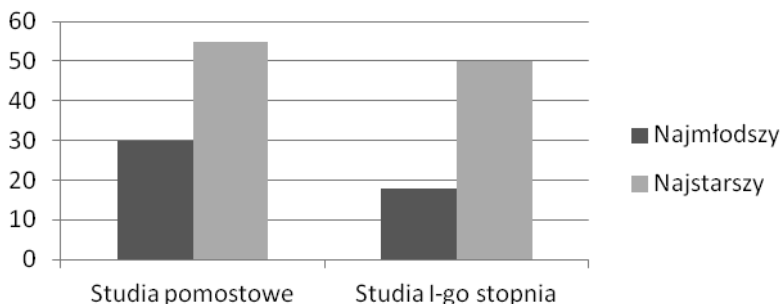
Material i metodyka

Badania zostały przeprowadzone od października do listopada 2013 roku w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie. Jako technikę badawczą wykorzystano dwa autorskie kwestionariusze ankiety: dla studentów pielęgniarstwa studiów pierwszego stopnia licencjackich, oraz dla pielęgniarek uzupełniających kształcenie na studiach pomostowych.

Zasadność powrotu do tradycji została oceniona w skali 0–5. Podano także wartość p , którą obliczono za pomocą testu Manna-Whitneya. W badaniu wzięły udział 143 osoby (78 pielęgniarek i 1 pielęgniarz oraz 61 studentek i 3 studentów pielęgniarstwa Krakowskiej Akademii). Średnia wieku pierwszej grupy wynosi 25 lat, drugiej – 42 lata. Najmłodszy uczestnicy badania ze studiów licencjackich i pomostowych mieli, odpowiednio, 18 i 30 lat, a najstarsi 50 i 55 lat (zob. wykres 1). Spośród studentów pielęgniarstwa studiów pierwszego stopnia licencjackich, 52% mieszka w mieście, a 47% na wsi. Z kolei 63% badanych pielęgniarek i pielęgniarzy zamieszkuje tereny miejskie, pozostała część (37%) tereny wiejskie. Pielęgniarki i pielęgniarze zostali poproszeni o zaznaczenie pełnionej przez nich funkcji, z czego 48% pracuje na stanowisku pielęgniarki odcinkowej, 29% jako pielęgniarka zabiegowa, a 13% jako pielęgniarka środowiskowo-rodzinna. Pozostałe pełnione stanowiska to: pielęgniarka oddziałowa, opatrunkowa, anestezjologiczna oraz rejestratorka i po-

moc stomatologiczna. Średnia długość stażu badanych wynosiła 20 lat. Najmniejszy okres pracy wynosi 7, a największy 35 lat.

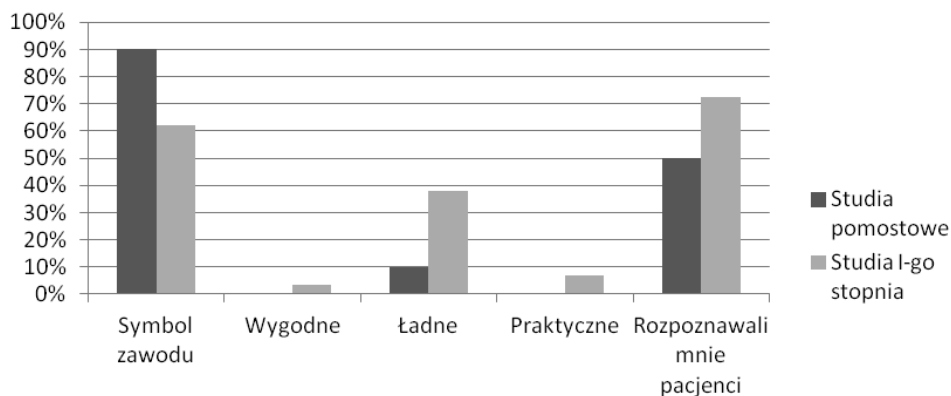
Wykres 1. Wiek najmłodszych i najstarszych studentów



Wyniki

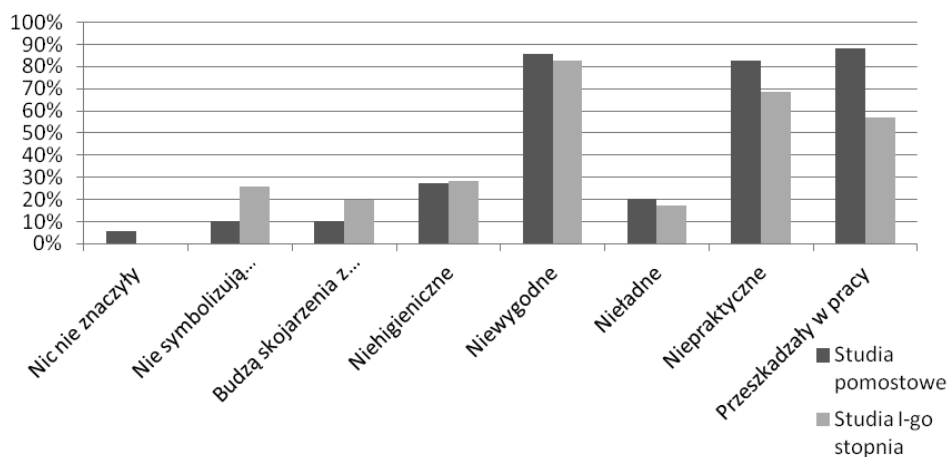
Spośród badanych pielęgniarek i pielęgniarzy, 80% nosiło w swojej pracy zawodowej czepki pielęgniarzy, a 52% przechowuje go w domu. Tylko 13% pielęgniarek uważało, że czepki pielęgniarzy powinien być ponownie noszony przez grupę zawodową pielęgniarek i położnych, ponieważ jest symbolem zawodu (90%) oraz dzięki nim personel był łatwo rozpoznawany przez pacjentów (50%). Z kolei 45% studentów pielęgniarstwa chciałoby nosić czepki pielęgniarzy, ponieważ jest symbolem przynależności zawodowej (62%) oraz umożliwia rozpoznawanie personelu przez pacjentów (72%) (wykres 2).

Wykres 2. Zasadność ponownego noszenia czepków pielęgniarzy



Pielęgniarki i pielęgniarze, którzy uzupełniają kształcenie zawodowe na studiach pomostowych, wyrazili swoje zdanie na temat powodów, dla których czepki pielęgniarzkie nie powinny być ponownie stosowane. Najczęściej zaznaczano, że czepki pielęgniarzkie były niewygodne (86%), niepraktyczne (83%) oraz przeszkadzały w pracy (88%). Studenci studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo, którzy nie chcieliby nosić czepków pielęgniarzkich, swoją decyzję uzasadniali podobnymi przyczynami (wykres 3).

Wykres 3. Powody, dla których czepki nie powinny być ponownie stosowane w pracy zawodowej pielęgniarki



Studenci zostali poproszeni o podanie czterech symboli zawodowych (wspomniane wyżej: czepki pielęgniarzkie, mundur pielęgniarzki, hymn i lampka oliwna). Żadna grupa nie wykazała się stuprocentową znajomością symboli zawodowych pielęgniarstwa, jednak studenci pielęgniarstwa wykazali się większą wiedzą na ten temat, niż pielęgniarki i pielęgniarze (tabela 1).

Tabela 1. Znajomość symboli zawodowych wśród studentów pielęgniarstwa oraz pielęgniarki i pielęgniarzy

symbol	% ankietowanych	
	studia pomostowe	studia I stopnia licencjackie
czepki pielęgniarzkie	99	95
mundur pielęgniarzki	48	83
hymn	4	42
lampka oliwna	20	67

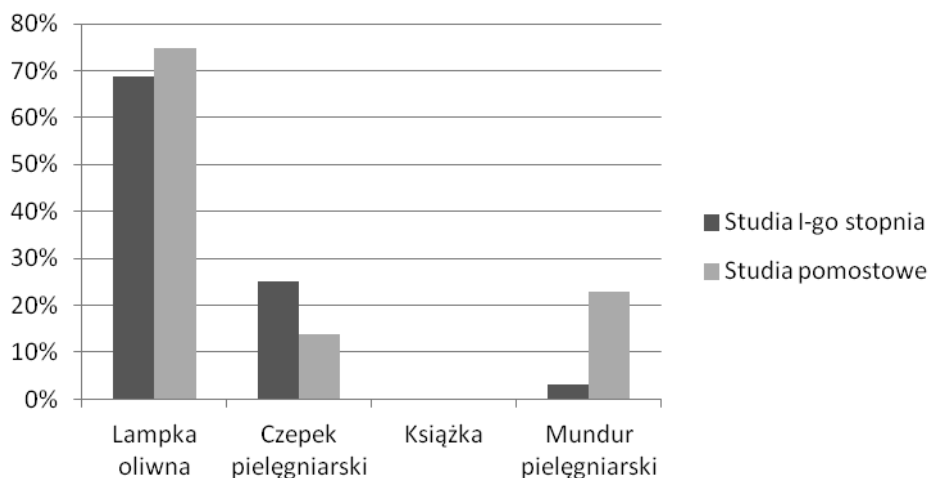
Pozostałe symbole często wymieniane przez pielęgniarki i studentów zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Pozostałe symbole wymieniane przez studentów i pielęgniarki

Pielęgniarki i pielęgniarze	znaczek, biały fartuch, zegarek, wąż, tabletki, słuchawki, pigułka, pacjenci, przysięga, książka, kielich, identyfikator, kaganek, <i>Gaudeamus</i> , Z. Chrzanowska, termometr, logo szkoły, igła i strzykawka, Florence
Studenci	cewnik, fartuch, kaganek, książka, strzykawka, peleryna, zegarek, ślubowanie

Podczas wojny krymskiej Florence Nightingale służyła chorym i cierpiącym żołnierzom. Chodziła od namiotu do namiotu z lampą oliwną i doglądała rannych. Żołnierze nazywali ją „damą z lampą”. Jej osoba do dziś jest więc kojarzona z lampką oliwną. Podobne skojarzenia miało 69% studentów studiów pielęgniarstwa pierwszego stopnia licencjackich oraz 75% pielęgniarek (wykres 4).

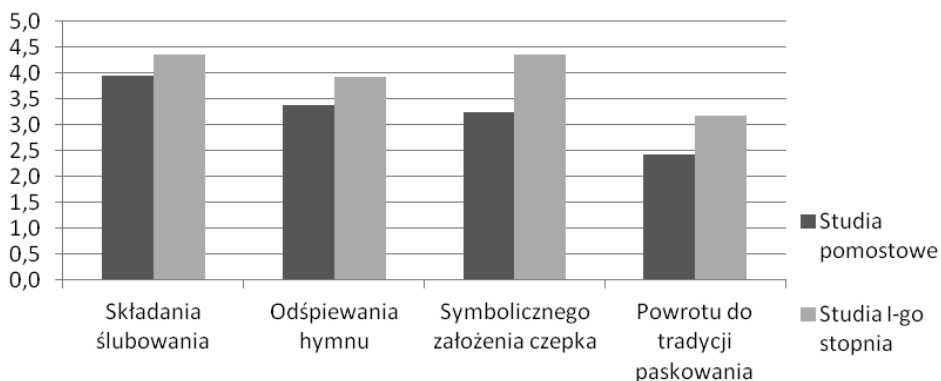
Wykres 4. Symbol zawodu pielęgniarki, który kojarzy się z osobą Florence Nightingale



Respondenci zostali również poproszeni o wskazanie daty uroczystych obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej spośród trzech: 8 maja, 22 marca oraz 12 maja. Spośród wszystkich badanych, 96% pielęgniarek oraz 83% studentów studiów I stopnia licencjackich, wskazało poprawną odpowiedź (12 maja).

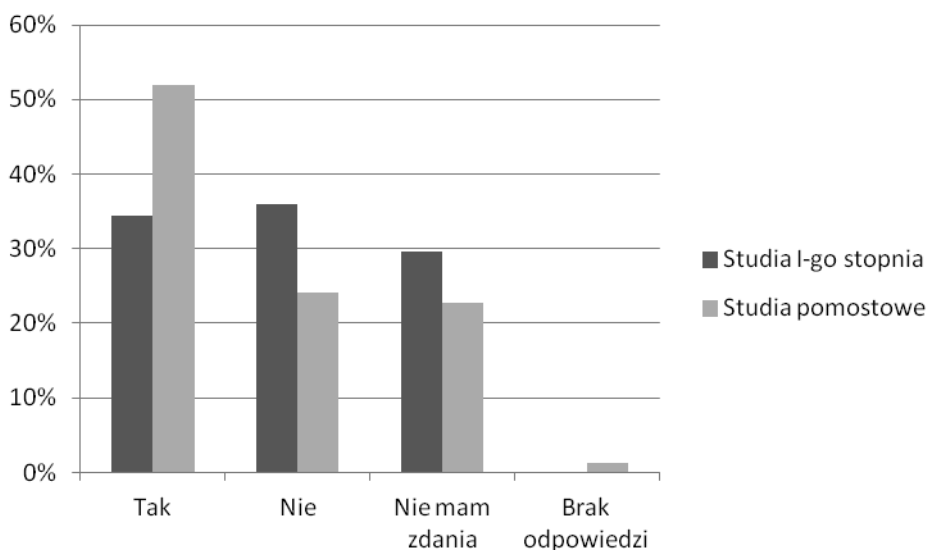
Według obu ankietowanych grup, najmniejszą potrzebą jest powrót do tradycji paskowania ($p = 0,17$) oraz odśpiewanie hymnu ($p = 0,12$). Dla obu grup zasadne jest symboliczne włożenie absolwentom czepka pielęgniarskiego ($p = 0$) oraz uroczyste odśpiewanie hymnu ($p = 0,04$) (wykres 5).

Wykres 5. Ocena zasadności składania ślubowania, odśpiewania hymnu, symbolicznego założenia czepka oraz powrotu do tradycji paskowania przez studentów pielęgniarstwa



Kultywowanie tradycji umacnia daną grupę zawodową. Dzięki niej istnieje możliwość zachowania tożsamości zawodowej oraz integracji członków grupy. Symbole i ceremonie pozwalają na nowo przeżywać ważne momenty i wydarzenia, które budowały pielęgniarstwo. Połowa (52%) badanych pielęgniarek uważała, że tradycje pielęgniarstwa są zapomnianym reliktem przeszłości, a znaczna część nie miała zdania w tej kwestii (wykres 6).

Wykres 6. Czy symbole i tradycje pielęgniarstwa są zapomnianym reliktem przeszłości?



Studenci pielęgniarstwa w trakcie kształcenia zdobywają wiedzę na temat tradycji, symboliki i ceremonii. Spośród wszystkich badanych, 81% pielęgniarek uważało, że studenci pielęgniarstwa powinni znać tradycje i symbole zawodowe. Ponadto 45% respondentów uczęszczających na studia pomostowe oraz 75% studentów uważało, że nie powinno się zrezygnować z kultywowania tradycji zawodowych na studiach licencjackich na kierunku pielęgniarstwo w obecnym systemie kształcenia.

Dyskusja

Symbole i tradycje mają na celu budowanie tożsamości zawodowej oraz kształtowanie osobowości zarówno pielęgniarek, jak i kandydatów do zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego. Uczestnictwo w ceremoniach umożliwia szeroko pojętą integrację oraz wymianę doświadczeń pomiędzy pielęgniarkami. Symbole zawodowe w pielęgniarstwie, takie jak czepek pielęgniarski, dodawały pielęgniarcie profesjonalizmu oraz umożliwiały łatwiejszą identyfikację personelu medycznego przez pacjentów. Dzięki symbolom zawodowym zawód pielęgniarki uznawany był za prestiżowy, a osoby, które go wykonywały, za odpowiedzialne i troskliwe.

W pracy zbadano stan wiedzy studentów pielęgniarstwa z zakresu symboliki pielęgniarskiej. Z przeprowadzonych badań wynika, że studenci znają symbole związane z zawodem pielęgniarki. Respondenci na pierwszym miejscu wymienili czepek pielęgniarski (95%), następnie mundur pielęgniarski (83%), lampkę oliwną (67%) oraz hymn (42%). Podobne wyniki uzyskano w badaniach A. Janigi i B. Ślusarskiej. Autorki przebadaly 350 studentów pielęgniarstwa z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Uniwersytetu Rzeszowskiego. Według badanych, najlepiej odzwierciedlającymi zawód pielęgniarki symbolami są: czepek pielęgniarski (67%), mundur pielęgniarski (19%), lampka oliwna (3%) oraz hymn pielęgniarski (2%) [4]. Z kolei uczniowie liceum, którzy zostali poddani badaniom przez E. Sposób, najbardziej utożsamiali z zawodem pielęgniarki czepek (87%) [9]. Zarówno studenci Krakowskiej Akademii, jak i respondenci z badań A. Janigi oraz B. Ślusarskiej, wymieniali też inne symbole kojarzone z pielęgniarstwem, takie jak: strzykawka, identyfikator czy eskulap [4].

Do 1991 roku czepek pielęgniarski był obowiązkowym elementem umundurowania pielęgniarki i położnej. Spełniał on między innymi funkcję ochronną dla włosów. Przeprowadzone badania wskazują, że 45% studentów pielęgniarstwa Krakowskiej Akademii chciałoby nosić czepek, ponieważ jest on dla nich symbolem przynależności zawodowej (62%) oraz znakiem rozpoznawczym dla pacjentów (72%). W swojej pracy, A. Janiga i B. Ślusarska podają, że dla 32% ankietowanych studentów czepek pielęgniarski jest elementem, który pozwala odróżnić pielęgniarkę od innego personelu medycznego [4]. Podobne spostrzeżenia mają uczniowie

liceum, według których czepek pozwalał odróżnić pielęgniarkę od innych pracowników służby zdrowia (58%) [9].

Spośród 350 studentów, dla 59% lampka Nightingale jest symbolem zawodowym pielęgniarstwa [4]. Zbliżone wyniki uzyskano dla studentów Krakowskiej Akademii – 69% utożsamia osobę Florence Nightingale z lampką oliwną.

A. Janiga i B. Ślusarska zwróciły uwagę na postrzeganie tradycji zawodowych przez studentów. Najbliższą tradycją dla respondentów było czapkowanie (62%). Z kolei dla ankietowanych z Krakowskiej Akademii, najważniejszą tradycją jest symboliczne włożenie czepka oraz ślubowanie.

W pracy poruszono także temat symboliki zawodowej w pielęgniarstwie według pielęgniarek, z których 48% pracuje na stanowisku pielęgniarki odcinkowej. Podobny odsetek pielęgniarek pracujących na stanowisku pielęgniarki odcinkowej uzyskała w swoich badaniach S. Barczak i B. Ślusarska (79%) [1]. Według respondentów, symbolami, które najlepiej odzwierciedlają zawód pielęgniarki, są: czepek pielęgniarski (90%), strzykawka (38%), hymn (34%) oraz mundur (33%) [1]. Z badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek uzupełniających kształcenie na studiach pomostowych na Krakowskiej Akademii, 99% wymieniło czepek pielęgniarski jako symbol zawodu, 48% podało mundur pielęgniarski, 20% lampkę oliwną, a tylko 4% wymieniło hymn.

Wnioski

1. Uroczyste złożenie ślubowania przez absolwentów pielęgniarstwa oraz założenie czepka pielęgniarskiego są, według badanych, najbardziej zasadnymi tradycjami.
2. Według większości respondentów, powinno się kultywować tradycje zawodowe na studiach I stopnia na kierunku pielęgniarstwo.
3. Większość studentów i pielęgniarek wśród symboli pielęgniarstwa wymieniła czepek pielęgniarski oraz mundur pielęgniarski.
4. Symbolem, który najbardziej odzwierciedla pielęgniarstwo według obu grup, jest czepek pielęgniarski.
5. Czepek pielęgniarski jest postrzegany zarówno przez pielęgniarki, jak i przez studentów jako symbol zawodu oraz element pozwalający odróżnić pielęgniarkę od pozostałego personelu medycznego.

Bibliografia

1. Barczak S., Ślusarska B., Symbolika zawodowa pielęgniarstwa w opinii pielęgniarek, [w:] B. Ślusarska, D. Zarzycka, red., *Kultywowanie symboliki w pielęgniarstwie*, Lublin 2001, 154–168.
2. Dobrowolska B., Zarzycka D., Ślusarska B., Symbole i ceremonie zawodowe pielęgniarstwa – relikty przeszłości czy wartość zawodowa?, *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17 (1): 54–62.
3. Fletcher K., Image: Changing How Women Nurses Think about Themselves, *Literature Review*. 2007, 1, 207–215.
4. Janiga A., Ślusarska B., Symbolika zawodowa w opinii studentów pielęgniarstwa, [w:] *Kultywowanie symboliki...*, 132–153.
5. Łukasz K., *Materiały pomocnicze do organizowania tradycyjnych uroczystości zawodowych w szkołach pielęgniarstwa i położnych*, CKMŚKM, Warszawa 1983.
6. Niechwiadowicz-Czapka T., Symbole i ceremonie zawodowe pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, www.wsm.opole.pl/473/symbole_i_ceremonie_zawodowe_pielęgniarstwa.html [14.04.2013].
7. Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa w sprawie zachowania symboliki zawodowej pielęgniarstwa w procesie edukacji zawodowej pielęgniarek.
8. Ślusarska B., Zarzycka D., Czepek pielęgniarstwa a kształcenie akademickie w zawodzie pielęgniarstwa, *Nasz Głos* 2002, 3, 10–12.
9. Sposób E., Symbolika zawodowa w opinii młodzieży licealnej, [w:] *Kultywowanie symboliki...*, 120–131.
10. Trzpieł K., Pani z lampą XXI wieku, *Poradnik Pielęgniarstwa*, www.poradnik-pielęgniarstwa.pl/promoart/29/pani_z_lampa_xxi_wieku [13.04.2013].
11. Widomska-Czekajaska T., Górajek-Jóźwik J. red., *Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek*, PZWL, Warszawa 1996, 440–441, 596.
12. Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego, www.wmpp.org.pl/pl/symbole-pielęgniarstwa.html [15.03.2013].
13. Zarzycka D., Ślusarska B., Symbole i tradycje w rozwoju pielęgniarstwa, [w:] B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek red., *Podstawy pielęgniarstwa, założenia teoretyczne*, t. 1, PZWL, Warszawa 2011.
14. Zarzycka D., Ślusarska B., Szpak-Lipińska K., Symbole i tradycje zawodowe w pielęgniarstwie, [w:] *Kultywowanie symboliki...*, 69–109.
15. Zdrowe miasto, www.zdrowemiasto.pl/i/16/kraj/mundur-pielęgniarstwa-i-polozonej,6094.html [17.03.2013].

Anna Iwanicka-Maciura¹, Ewa Smoleń²

¹ adiunkt, Zakład Promocji Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

² asystent, Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

Wizerunek współczesnego absolwenta pielęgniarstwa – spojrzenie przez pryzmat kodeksu etyki

The image of the modern graduate nursing - look through the prism of a code of ethics
Abstract

The development of technical sciences will de-humanization of many areas of life and process that did not pass the medicine. The rapid development of medical science, various social transformations lead to a situation where the traditional philosophical ethics is not enough in the face of many complex moral dilemmas with which meets the nurse at your work. At the same time, values, and flowing from these ethical principles that nursing formed from the beginning of its existence does not lose its relevance. Progressive social transformations leading to the collapse of authority and the devaluation of different values also cause changes in the world of a young man – a potential candidate for the profession. Medical universities educating future nurses should introduce a wide range of teaching content on emerging ethical issues in the work of nurses, personal patterns for future students of nursing and also learn to develop moral intuition and imagination. Nursing graduates can to meet the expectations the patient only when they have strongly established rules of professional ethics in a functioning health care system.

Key words: graduate nursing, ethics, values

Wprowadzenie

Współczesne pielęgniarstwo w Polsce podlega szybkim przemianom rozwojowym. Jak wynika z badań, zmienia się również wizerunek współczesnej pielęgniarki w społeczeństwie [4]. Pielęgniarstwo jako profesja jest także jedną z dyscyplin naukowych i zawodowych coraz częściej wybieranych przez młodzież podejmujących decyzję o kierunku kształcenia.

W pielęgniarstwie największe zmiany zachodzą na płaszczyźnie edukacji. W coraz szerszym zakresie nawiązywana jest współpraca międzynarodowa, która umożliwia korzystanie z osiągnięć innych krajów oraz dzielenia się własnymi. Warto podkreślić jest fakt, że rozwój współczesnego pielęgniarstwa w Polsce rozpoczął

się później niż w innych krajach, a toczył się w bardzo trudnych warunkach. Po krótkim okresie 20-letniego rozwoju (1918–1939) nastąpiła przerwa (wojna, okupacja niemiecka), a później długi – prawie 20-letni – okres chaosu. Wychodzenie z niego rozpoczęło się na początku lat sześćdziesiątych, w 1969 roku zapoczątkowano kształcenie pielęgniarek na poziomie wyższym [1]. Obecnie w myśl dyrektyw obowiązujących państwa członkowskie Unii Europejskiej, kształcenie to prowadzi się w ramach studiów I (licencjackich) i II (magisterskich) stopnia [4].

W XXI wieku nie należy zapominać o wartościach i zasadach etycznych, które pielęgniarstwo wykreowało na początku swojego istnienia. Istotne zapisy współczesnego kodeksu etyki wskazują, że pielęgniarka powinna: cenić i szanować swój zawód, chronić jego godność, powstrzymać się od jakichkolwiek działań, które mogłyby spowodować złą opinię o zawodzie, chronić interesy zawodowe, unikać współpracy z organizacjami mającymi cele sprzeczne z racjami zawodowymi i moralnymi [2].

Pielęgniarstwo to jeden z najtrudniejszych, ale jednocześnie najpiękniejszych zawodów. Niektórzy zastanawiają się, dlaczego młode kobiety (obecnie coraz częściej i mężczyźni) wybierają ten zawód, tak trudną zawodową ścieżkę. Dlaczego z cierpliwością, mozołem i poświęceniem chcą właśnie w ten sposób zarabiać na „kawałek chleba”? Jednak dobrze wybrany zawód, zgodny z oczekiwaniami i predyspozycjami daje możliwość samorealizacji i spełnienia [3]. Praca z drugim człowiekiem, a jedną z nich jest praca w ochronie zdrowia, wymaga określonych cech osobowości, takich jak m.in. troskliwość, wyrozumiałość, cierpliwość czy empatia. Oprócz wymienionych cech, w tym zawodzie oczekuje się, „nie tylko poważnego i pogodnego spojrzenia na życie, ale i zinternalizowanych wartości i norm moralnych oraz poczucia odpowiedzialności za swoje postępowanie” [5]. Kształcenie na kierunku pielęgniarstwo wymaga znajomości i stosowania w praktyce określonych zasad etycznych, które wzmocnią w relacji pacjent–kadra pielęgniarska poczucie kompetentności, bezpieczeństwa, szacunku. Tymi zasadami są m.in. dobroć, niezależność, sprawiedliwość, prawdomówność, etyka, troska [6]. Pielęgniarstwo to zawód specyficzny, w którym oprócz wymienionych cech, należy położyć także solidny nacisk na rozwój własny. Rozwój zawodowy, pozyskiwanie i uzupełnianie specjalistycznej wiedzy i umiejętności, musi trwać przez cały czas wykonywanej pracy. Na konieczność takiego rozwoju wskazywała już Florence Nightingale, a w Polsce – Hanna Chrzanowska.

Hanna Chrzanowska wzorem osobowym współczesnego pielęgniarstwa

W polskim pielęgniarstwie nie brakuje wzorów osobowych, na których mogłyby wzorować się współcześni studenci. Jednym z wybitnych przykładów dla współ-

czesnego pielęgniarstwa jest Hanna Chrzanowska (1902–1973), pielęgniarka i instruktorka pielęgniarstwa. Urodziła się w Warszawie, 7 października 1902 roku. W roku 1920 jako wolontariuszka opiekowała się w jednym z krakowskich szpitali rannymi żołnierzami wojny polsko-bolszewickiej. W 1925 roku przebywała na kilkumiesięcznym stypendium Fundacji Rockefellera we Francji, w roku 1926 po złożeniu egzaminu państwowego, otrzymała prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i podjęła pracę instruktorki w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie. W 1929 roku została redaktorką naczelną jedynego zawodowego pisma w Polsce – miesięcznika „Pielęgniarka Polska”, funkcję tę pełniła aż do wybuchu II wojny światowej. Po wojnie podjęła pracę jako wolontariuszka w Obywatelskim Komitecie Pomocy i Radzie Głównej Opiekuńczej w Krakowie w Dziale Pomocy dla Uchodźców i Wysiedlonych. Po przejściu na emeryturę w 1957 roku zorganizowała opiekę pielęgniarską w Krakowie, związaną z instytucjami kościelnymi. Niosła pomoc najuboższym, najbardziej opuszczonym i zaniedbanym. Współpracowało z nią zaledwie kilka sióstr zakonnych i kilka pielęgniarek, w związku z czym musiała szkolić nowe opiekunki – ochotniczki. Nawiązała również współpracę z kard. Karolem Wojtyłą, dzięki któremu pozyskała do współpracy studentów wolontariuszy. Papież Paweł VI nadał jej w roku 1965 order „Pro Ecclesia et Pontifice”, a K. Wojtyła podczas jej pogrzebu powiedział m.in.: „byłaś sumieniem środowiska pielęgniarskiego” [7].

Nie można zrozumieć życia Hanny Chrzanowskiej bez zagłębienia się w jego fundamenty, w jej szeroko pojętą duchowość religijną. Nie można traktować jej działalności dla chorych jako zabicia czasu w życiu samotnego człowieka. Hanna bowiem nigdy nie była samotna, zawsze otaczał ją tłum ludzi znajomych, przyjaciół, uczennic i chorych. Jeśli odsuwała się w samotność, to dlatego, że odczuwała czasem potrzebę bycia samą [9].

Nie praktykowała swojej wiary za drzwiami zamkniętego kościoła, ale wcielała ją w codziennym życiu, aby dzięki niej nie stracić świeżości odczuwania innych, lepiej rozumieć psychikę innych. Te piękne cechy, choć niewątpliwie w znacznej mierze były u niej wrodzone lub ukształtowane w dzieciństwie, na pewno wymagały ciężkiej pracy nad sobą. Owoce tej pracy zbierali chorzy, rodzina, znajomi, przyjaciele i wszyscy ci, którzy mieli szczęście spotkać „Cioteczkę” na drodze swego życia. W prelekcjach dla pielęgniarek często mawiała: „musimy się modlić i bardzo prosić Boga o współczucie, o świeżość uczuć, o miłość do ludzi, o pokorę” [8]. Wspominany przez nią zawód posługaczki oraz pośredniczki od wszystkiego, był jej życiową ideą. Dziś wspomina się ją jako wielką pielęgniarkę, ona zaś zawsze czuła się zwykłą służącą.

Uniwersalna i ponadczasowa postawa Hanny Chrzanowskiej stała się wzorem dla wielu pokoleń pielęgniarek. Ukazała wielkość zawodu pielęgniarki, jego miejsce w procesie przywracania i utrzymywania zdrowia pacjentów w ich najbliższym,

domowym środowisku. Wyprzedziła ówczesne trendy w medycynie, postrzegając pacjenta w sposób holistyczny, traktując go jako jednostkę indywidualną, w konkretnym, życiowym środowisku. Odeszła od izolowania sfery biologicznej człowieka, w postrzeganiu go tylko w aspekcie przypadku medycznego [9].

Napisała „rachunek sumienia pielęgniarki”, który można uznać za odległy pierwowzór obowiązującego współcześnie kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej [2]. Była na przestrzeni lat drogowskazem dobra i pozostanie niedoścignionym wzorem zawodowej doskonałości.

Wizerunek społeczny i medialny pielęgniarki a wybór zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza

Wybór zawodu dla dorosłego człowieka jest niełatwy, a tym bardziej dla młodego. Ukierunkowanie na konkretną ścieżkę zawodową niesie wiele pytań i niepewność.

Wpływ na podjęcie decyzji związane jest z szeregiem czynników, do których należy nie tylko osobowość czy predyspozycje jednostki, ale również wyobrażenia ukształtowane przez rodzinę, najbliższe otoczenie i stereotypy [10]. Duże znaczenie ma wszechobecna „czwarta władza” – media, która tworzy obraz zawodu pielęgniarki. Wyniki badań Erikson i wsp. [11] wskazują, że obraz pielęgniarki/pielęgniarsza prezentowany w świecie, może mieć znaczący wpływ na wybór pielęgniarsztwa jako przyszłej ścieżki życiowej.

Analiza badań pozwala stwierdzić, że duże znaczenie ma określenie wizerunku grupy zawodowej [12]. Wiele osób twierdzi, że szanuje pielęgniarki, jednak sposób odnoszenia się pacjentów do pielęgniarek wskazuje na coś innego. Na przykład pacjenci żądają wykonywania czynności niezwiązanych z charakterem jej pracy, np. mycie naczyń po posiłkach, zakup produktów spożywczych itp. [12] Dlatego ważna jest samoświadomość zawodowa każdej pielęgniarki, która również determinuje wizerunek społeczny całej grupy zawodowej [4].

Jak podaje Poznańska, w ostatnich latach do czynników mających wpływ na zmianę postrzegania zawodu pielęgniarki, zalicza się m.in: zmiany w systemie kształcenia pielęgniarek, autonomię zawodu, nowe podejście do zdrowia i choroby, uczynienie pacjenta współodpowiedzialnym za zdrowie swoje i innych, uczynienie z pielęgniarsztwa dyscypliny naukowej [13]. Interpretacja wyników badań Siwek i wsp., dotyczących postrzegania zawodu pielęgniarki wskazuje, że zawód pielęgniarki cieszy się wśród społeczeństwa województwa małopolskiego pozytywną opinią. Pielęgniarka jest postrzegana jako osoba miła i uprzejma. W badanej grupie mała jest jednak świadomość funkcji i zadań, jakie mają do spełnienia pielęgniarki, większość badanych uważa, że istotą pracy pielęgniarki jest profesjonalne pomaganie i towarzyszenie [13]. Jak z kolei podaje Golib, przytaczając

wyniki badań przeprowadzonych przez CBOS, pielęgniarstwo jest nisko opłacanym zawodem, identyfikowanym z ofiarnością, co jest w opinii społecznej odbierane pozytywnie [14].

Coraz częściej podejmuje się również tematy związane z promocją zawodu pielęgniarstwa w mediach. Mimo wielu zmian i transformacji ustrojowej, nadal w świadomości społecznej czy wśród przedstawicieli innych zawodów dominuje wizerunek tendencyjny polskiej pielęgniarstwa. W myśl znanej prawdy ludowej – „jak cię widzą, tak cię piszą”, świadome kreowanie pozytywnego wizerunku zawodu pielęgniarstwa jest kluczowym elementem budowania prestiżu zawodowego i wzięciem odpowiedzialności za przyszłość zawodu [26].

Do wyboru zawodu pielęgniarstwa potrzebna jest świadomość i odpowiedzialność. W potocznym stwierdzeniu, że „pielęgniarki nie spadają z nieba”, jest wiele prawdy. Pielęgniarki wywodzą się ze społeczeństwa, w którym żyją, uczą się i wzrastają. Można powiedzieć, że „jakie społeczeństwo – takie pielęgniarstwo”. Kandydatki do zawodu dojrzewają w społeczeństwie, które ma swoją wyjątkową historię, tradycję, kulturę, różne wyznania religijne i przekonania polityczne. W tej różnorodności tkwi piękno przyszłego, pielęgniarstwa wnętrza, różnorodność bowiem zawsze wzbogaca [15].

Kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarstwa

Historia zawodu pielęgniarstwa wiąże się nierozdzielnie z rozwojem nauk medycznych. Ciągły rozwój medycyny powoduje, że współczesne pielęgniarstwo wymaga stałego doskonalenia zawodowego. Współczesne środowisko pielęgniarstwa nieustannie podnosi poziom wykształcenia ponieważ chce zwiększać kwalifikacje, poszerzać horyzonty i zdobywać nowe doświadczenia. Jest też świadome wyzwań współczesnego rynku pracy w zakresie opieki medycznej [16]. Jak wynika z analizy badań Fraś i wsp., dotyczących oczekiwań studentów pielęgniarstwa po ukończeniu studiów licencjackich, zdecydowana większość badanych (95%) uważa pielęgniarstwo za najważniejszy element funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a 70% deklaruje chęć kontynuowania nauki [3]. Wypowiedzi te przynoszą nadzieję, że pomimo trudności ze znalezieniem pracy, ogromnymi oczekiwaniami społecznymi czy coraz wyższymi wymaganiami związanymi ze standardami pielęgniarstwa, znaczna część absolwentów pielęgniarstwa podejmie pracę w zawodzie [3]. Z drugiej jednak strony znaczna część studentów pielęgniarstwa podejmuje trud nauki, aby później nie korzystać z tej wiedzy. W publicznych debatach zwraca się uwagę, że przyczyną takiego stanu są niskie zarobki, ale przede wszystkim powodem może być rozmiłanie się oczekiwań z realiami późniejszej pracy – zakresem obowiązków, prestiżem, atmosferą i warunkami pracy itp. [25].

W toku różnorodnych współczesnych zmian niezwykle istotne wydaje się więc zwiększanie świadomości wartości zawodu (rangi zawodu) podczas nauki na poziomie studiów oraz wśród osób już wykonujących tę profesję. Sprzyjać temu może na pewno stabilna hierarchia wartości, która może ulec przewartościowaniu pod wpływem otaczających osób, prezentowanych przez nie postaw oraz profesjonalnej wiedzy. W tym świetle bardzo ważna staje się osoba wykładowcy oraz instruktora i ich postawa w ramach zajęć, zarówno teoretycznych, jak i praktycznych. Nauczyciel akademicki pracuje przez cały czas pod bacznym spojrzeniem studentów. Od wyników tej ciągłej obserwacji nauczyciela jako człowieka, zależy charakter uczniów. Częściowe odsłonięcie siebie jako osoby wobec zgromadzonych na zajęciach studentów, „uczłowieczenie” sztywnego często toku zajęć, jest ważne dla nawiązania prawidłowych relacji osobowych. Wykładowca nauczyciel XXI wieku powinien być przygotowany do kształcenia człowieka wielowymiarowego, tj. autonomicznego, wolnego, twórczego, a także otwartego i samodzielnego. Ma kształtować studenta zgodnie z jego potrzebami, zainteresowaniami, postawami, temperamentem i zdolnościami. Powinien ciągle doskonalić się intelektualnie estetycznie i moralnie.

Nastawienie studentów do nauki i wykonywania zawodu, a także wykonywane umiejętności będą lepsze, jeśli nauczyciel będzie osobą odpowiednio przygotowaną praktycznie i teoretycznie, o dużych umiejętnościach komunikacyjnych. Istotne jest bowiem przekazywanie treści nauczania w sposób zachęcający do pogłębiania wiedzy, odpowiedniego doboru metod nauczania odpowiadającego ich treściom itp. [12]

Interesujące badania Golib i wsp., którzy dokonali przeglądu światowego piśmiennictwa dotyczącego interdyscyplinarnego kształcenia (*interprofessional education* – IPE) studentów wskazują, że bardzo istotne jest również kształcenie interdyscyplinarne w zawodach medycznych [17]. Takie zagadnienia powinny być wprowadzane do programów studiów związanych z medycyną i naukami o zdrowiu już w pierwszych latach studiów, jeszcze przed podjęciem przez studentów kształcenia klinicznego. Wprowadzenie IPE do programów studiów może znacznie wpłynąć na jakość kształcenia w zawodach związanych z ochroną zdrowia.

W nawiązaniu do tych badań wyłania się również konieczność zmian w świadomości współczesnych wykładowców badaczy. Jak wskazuje Aleksandrowicz, prawdziwy uczony, jeśli w jego głowie ma się pojawić „scalony” obraz świata, nie może być tylko specjalistą w wąskiej dziedzinie. Musi być także filozofem, tzn. musi rozumieć problemy filozoficzne, które wiążą się z uprawianą przez niego nauką, widzieć filozoficzne podstawy czy konsekwencje własnej dyscypliny, zadać sobie trud przemyślenia filozoficznych przesłanek swojej teorii naukowej i stosowanej przez siebie metodologii [18, 19, 20]. Otwiera się również możliwość integrowania wiedzy wielu specjalistów w celu rozwiązywania złożonych zagadnień. W ten sposób

wiedza specjalistyczna – nie tracąc nic z głębi – zyskuje na rozległości horyzontów myślowych [19].

Jak wskazuje w swoich pracach Dąbrowski [21, 22] – psychiatra, filozof i pedagog, twórca oryginalnej teorii dezintegracji pozytywnej w Polsce, do zawodów o znaczeniu dla ochrony i rozwoju człowieka nie dobiera się ludzi wszechstronnie, wnikliwie i drobiazgowo. Mało uwagi zwraca się np. u nauczycieli [23] na wysoki poziom inteligencji, a jeszcze mniej na kulturę ogólną, odwagę, a w szczególności na kulturę moralną. Ponadto na takie cechy, jak: odpowiedzialność, dalekowzroczność, zdolność do poświęcenia, wrażliwość na krzywdę itp. Dąbrowski podkreślał również znaczenie koncepcji zdrowia psychicznego i higieny psychicznej w prawidłowym rozwoju dzieci i młodzieży. Znajomość zasad higieny psychicznej i wdrażanie w codzienne życie może pomóc w zachowaniu zdrowia psychicznego. Dla przyszłych adeptów pielęgniarstwa wiedza ta jest szczególnie ważna w obliczu narażenia na wiele czynników ryzyka, tj. agresji ze strony pacjentów, zarówno słownej, jak i fizycznej, trudności w relacjach interpersonalnych, stresu. Jest więc istotne, aby absolwenci pielęgniarstwa byli przygotowani do profilaktyki chorób zawodowych, takich jak np. stres, zespół wypalenia zawodowego, dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, urazy spowodowane ostrymi narzędziami, igłami, zwiększona zachorowalność na choroby zakaźne w związku z kontaktem z pacjentami, praca zmianowa itp. Wypracowanie pewnych nawyków we wczesnej fazie edukacji powinno być postrzegane jako priorytet w ramach nauczania. Jako przedstawicielki zawodu medycznego pielęgniarki, oprócz troski o zdrowie pacjenta, powinny przede wszystkim umieć zadbać o własne zdrowie i bezpieczeństwo [24].

Podsumowanie

Podsumowując powyższe rozważania można wskazać na wybrane, wydaje się, najważniejsze cechy absolwenta pielęgniarstwa: 1) szacunek do samego siebie, 2) budzenie zaufania, 3) wygląd zewnętrzny i kultura osobista, 4) umiejętność wyboru najlepszych wzorców, 5) umiejętności komunikacyjne – zwłaszcza słuchania, a nie mówienia, poprawnego zwracania się do chorych, 6) przygotowanie do zawodu w ramach poradni zawodowo-wychowawczych – świadomość predyspozycji fizycznych i psychicznych do zawodu, 7) świadomość własnych granic psychologicznych – zwłaszcza w relacjach pielęgniarka–lekarz, 8) godność pielęgniarki, 9) znajomość swojego miejsca w pracy zawodowej – procedury służą człowiekowi, a nie odwrotnie, 10) umiejętność autoprezentacji studenta – budowanie własnego wizerunku, 11) wszechstronne wykształcenie.

Ponadto wskazuje się ważne zadania uczelni w przygotowaniu absolwentów do tego, by studenci byli konkurencyjni na rynku pracy np.: oferowanie dodatkowych

kursów specjalizacyjnych, praktyk zawodowych, współpraca ze szpitalami, białe miasteczka, np. promocja absolwentów przez media itp.

Pielęgniarstwo ze swoją humanistyczną naturą powinno jednak pozostać zawodem o głęboko zakorzenionych postawach etycznych i moralnych. W przeciwnym razie przyszli adepci pielęgniarstwa podporządkowując się kryterium ekonomii i zysku, zatracą tak ważne cechy, jak moralność, pielęgnowanie, pojęcie dobra i sprawiedliwości, a tym samym dojdzie do całkowitej dehumanizacji opieki nad pacjentem.

Bibliografia

1. Zawód zaufania publicznego – pielęgniarka. Samorząd pielęgniarek i położnych, www.sknhp.ujk.edu.pl/index.php/prace/27-polska/52-zawod-zaufania-publicznego-pielgniar-ka-samorzad-pielgniarek-i-poloznych [15.02.2014].
2. Paszko H., Duma kobieca w profesjonalnym pielęgnowaniu – spojrzenie przez pryzmat kodeksu etyki, [w]: Wartości moralne, etyczne i odpowiedzialność w pracy pielęgniarki i położnej, Materiały konferencyjne, Warszawa 2006, 53–58.
3. Fraś M., Turbiarz A. i in., Pielęgniarskie studia licencjackie – wyobrażenia i rzeczywistość, *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2012, 11–15.
4. Głowacka M., Mejsner M., Humańska M., Wykształcenie a status społeczny pielęgniarki, *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2012, 71–74.
5. Wrońska I., Mariański J., *Etyka w pracy pielęgniarskiej*, Lublin 2002.
6. Korczak M., Refleksje na temat kodeksu etyki zawodowej polskiej pielęgniarki, *Studia Medyczne* 2008, 93–95.
7. Pelczar K., W służbie wartości, *Przewodnik Katolicki* 2012, www.przewodnik-katolicki.pl/nr/edycja_archidiecezji_krakowskiej/w_sluzbie_wartosci.html [20.02.2014].
8. Rumun A., Hanna Chrzanowska, [w]: B. Bejze red., *Chrześcijananie*, Warszawa 1978, 371–372.
9. Jędrzyk A., Hanna Chrzanowska – prekursorka pielęgniarstwa rodzinnego, praca licencjacka napisana pod kierunkiem dr n. med. G. Franek, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2004.
10. Kropiwnicka E., Orzechowska A., Cholewska M. i in., Determinanty wyboru zawodu, poziom aspiracji oraz plany na przyszłość studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, 70–80.
11. Ericson J. i in., Why not Nursing? *Nursing* 2005, 46–49.
12. Chmielewska E.A., Krupienicz A., Oczekiwania studentów pielęgniarstwa wobec zawodu. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2013, 6–7.
13. Siwek M., Chmiel I., Dzierga I., Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez społeczeństwo województwa małopolskiego, *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2012, 73–78.
14. Golib J., Łabęda W., Postrzeganie zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza przez studentów Akademii Medycznej w Warszawie, *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2008, 25–30.

15. Paszko H., Nowe czasy, nowi ludzie, nowe spojrzenie na świat, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2013, 34–35.
16. Pawłowska K., Doboszyńska A., Oczekiwania środowiska pielęgniarstwa wobec procesu kształcenia, *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2012, 15–18.
17. Golib J. i in., Kształcenie interdyscyplinarne w zawodach medycznych. Praca u podstaw czy *idée fixe*?, *Zdrowie Publiczne* 2011, 288–293.
18. Sarna J.W., *Człowiek i filozofia*. Kielce 2005.
19. Aleksandrowicz J., *U progu medycyny jutra*. Warszawa 1988.
20. Aleksandrowicz J., O pożytkach historii i filozofii dla nauczania medycyny, *Kwartalnik Pedagogiczny* 1986, 45–48.
21. Dąbrowski K., Tezy o charakterze Polaków i metodach jego przekształcania, *Zdrowie Psychiczne*. 1981, 122–128.
22. Dąbrowski K., *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Warszawa 1996.
23. Mikszta M., Nauczyciel – wychowawca w koncepcji zdrowia psychicznego Kazimierza Dąbrowskiego, *Acta Univ. Lodz. Folia. Pedag. Psycholog.* 1987, 49–60.
24. Olejniczak D., Gdy praca psuje zdrowie, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2013, 34–36.
25. Kurowska A., Zawód na wymarcu, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2013, 6–7.
26. Tytuła A., Jasztal-Kniażuk A., Czy musimy się reklamować? *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2013, 4–5.

Jerzy Jaśkiewicz, Anna Goździalska, Marta Kowalewska

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Umiejętność niesienia profesjonalnej pomocy rodzinom dotkniętym patologią społeczną przez pielęgniarki środowiskowe

Ability to bringing professional assistance to families affected by social pathology nurses

Abstract

Nurse's occupation is a tough competition, where the performance of professional tasks often comes to tend to the social problems of others. Since nurses are expected to the highest possible quality of services, but also empathy. Especially aid to people affected by social pathology requires high competence of members of the profession, to the integration of people affected by the pathology society.

Receiving effective assistance by the competent public health nurse can act as a buffer that is able to protect a person against some additional consequences of ill health. Preparing nurse in the system of professional education to work in families affected by social pathology should provide knowledge and skills relevant to the care of the functions.

Have been analyzed selected aspects of motivation to work, social skills, choice of occupation, educational activities in the legal profession. Through a survey of people who work professionally nurse has been obtained about the level of skills of nurses in the implementation of professional tasks.

Key words: nurse, family pathology

Wprowadzenie

Zawód pielęgniarki środowiskowej jest jednym z bardziej podatnych na stres zawodów – ze względu na specyfikę, zróżnicowany kontakt z drugim człowiekiem, najczęściej chorym. Pielęgniarka współpracuje z zespołem lekarskim oraz przedstawicielami innych instytucji, tworzących szeroko pojęty zespół terapeutyczny oraz z pacjentem i jego bliskimi, w sytuacjach dużego napięcia emocjonalnego. Często styka się z całym spektrum problemów, które wykraczają poza obszar zdrowia, mają charakter natury psychologicznej i społecznej. W pracy zawodowej pielęgniarki środowiskowej istnieje wiele płaszczyzn, zobowiązujących ją do działania wielokierunkowego. Występujące trudności w pracy związane są z dużymi wymaganiami

w zakresie wiedzy i zaangażowania, poświęcenia i odpowiedzialności, a także konieczności nawiązywania podmiotowego kontaktu z innymi ludźmi.

Pielęgniarka realizuje zadania w określonych warunkach, jest więc powiązana w wieloraki sposób z czynnikami, od których zależy wykonanie pracy na wysokim poziomie [1]. Do czynników tych należą także stresory, takie jak hałas lub wysoka temperatura, konflikty interpersonalne i problemy osobiste w domu chorego. Wymagania, jakie są jej stawiane, obejmują zarówno zdarzenia związane z samą pracą, jak i z szerzej pojętym środowiskiem, w którym ta praca ma miejsce. Obrazowo rolę pielęgniarki dla chorych opisuje się wyrażeniem „dobry anioł”.

Zróżnicowana rola pielęgniarki środowiskowej wymaga spełnienia funkcji pielęgniarskich wobec chorego i jego rodziny w środowisku zamieszkania i społeczności lokalnej. Zgodnie ze specyfiką miejsca świadczenia usług, pielęgniarka środowiskowa podejmuje, według Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych [2], działania z zakresu:

- promocji zdrowia,
- profilaktyki chorób,
- świadczeń pielęgnacyjnych,
- świadczeń leczniczych,
- świadczeń diagnostycznych,
- świadczeń rehabilitacyjnych.

Pielęgniarka środowiskowa realizuje kompleksową opieką nad jednostką, rodziną i populacją lokalną w zakresie przygotowania zawodowego:

- nad zdrowymi i chorymi niezależnie od płci i wieku,
- nad osobami niepełnosprawnymi,
- nad osobami w stanie terminalnym.

Pełna realizacja powyższych celów warunkuje określenie pracy pielęgniarek jako zawód służebny. Zawody określane mianem służebnych nie należą jednak do łatwych. Każdy z nich niesie ryzyko porażki w postaci zaniku motywacji do pracy, utraty wiary we własne możliwości i skuteczność niesionej pomocy, a ostatecznie wypalenia zawodowego. Służebność zawodu wymaga od pielęgniarki środowiskowej określonych predyspozycji i kompetencji, które nie zawsze można zdobyć w toku studiów, a często wpisane są w charakter i naturę danej osoby [3]. Powołanie do zawodu, obok wiedzy i umiejętności, powinno stanowić ważne kryterium przy przyjęciu do pracy. Pielęgniarki mają możliwość rozpoznania miejsca zamieszkania, pobytu danej osoby, poznania rodziny czy osób z bliskiego otoczenia. Zatem te relacje wprowadzają pielęgniarki w tajemnice egzystencji ludzi ubogich, uzależnionych, a czasami mających też różnorakie problemy, określane jako sprzężone [4]. Jest to praca, w której najczęściej nie ma pośredników. Pielęgniarka środowiskowa ma bezpośredni kontakt z pacjentami w różnym wieku, u których często występują różnego rodzaju patologie społeczne. Należy podkreślić, że patologie te odbijają się na życiu samych chorych, ich rodzin, a także dzieci.

Relacja pielęgniarki środowiskowej i pacjenta w procesie pomagania, skupia się na analizie wzajemnego zrozumienia i porozumienia. Należy sobie zadać pytanie, co jest konieczne i potrzebne do skutecznej pomocy, która rozpoczyna się od zderzenia dwóch rzeczywistości, a mianowicie człowieka potrzebującego pomocy, niosącego bagaż doświadczeń, z osobą próbującą go zrozumieć, zdiagnozować problemy i im zaradzić [5]. Zaufanie jest koniecznym warunkiem pomocy, a jego brak wyklucza możliwość profesjonalnego działania. Niemożność porozumienia się w przypadku pielęgniarki i pacjenta dotkniętego patologią społeczną, nie jest spowodowana zderzeniem dwóch światów, osadzonych w dwóch różnych rzeczywistościach, lecz tym, że pacjenci dotknięci patologią społeczną cechują się odmiennym postrzeganiem życia. Przedmiot patologii społecznej to takie formy ludzkiej aktywności, które postrzegane są jako społeczne zło, zaburzenie ładu, także są społecznie nieakceptowane. Patologię społeczną definiuje się jako negatywne zjawisko, które charakteryzują, według Podgóreckiego [6], następujące cechy:

- naruszenie norm i wartości,
- destruktywność zachowania (mierzoną skalą potępienia społecznego),
- występowanie w większej zbiorowości (lub w skali masowej),
- konieczność wykorzystania zbiorowej siły w celu poradzenia sobie z tym problemem.

Patologia społeczna, według Podgóreckiego [6], to ten rodzaj zachowania, typ instytucji, funkcjonowania jakiegoś systemu społecznego, czy ten rodzaj struktury, który pozostaje w zasadniczej, niedającej się pogodzić sprzeczności ze światopoglądowymi wartościami, które w danej społeczności są akceptowane. Według Malca [7], patologią społeczną jest ogół przypadków śmiertelnych, obniżenia poziomu moralnego, pogorszenia samopoczucia i strat materialnych spowodowanych naruszeniem reguł prakseologicznych, moralnych i prawnych oraz postępowanie autodestruktywne. Według powyższej definicji, jako patologiczne traktuje się te zachowania, które przynoszą człowiekowi cierpienie, jako przykład podać można relacje ofiary i sprawcy. Natomiast wyłącza się z tej definicji zachowania, które są osobistym wyborem dojrzałej jednostki wchodzącej w relację i współuczestników tej relacji. Jest tak nawet wówczas, gdy nie mieszczą się one w normach obyczajowych czy stereotypach ról społecznych.

Zawód pielęgniarki środowiskowej należy do trudnych, gdyż podczas wykonywania zadań niejednokrotnie przychodzi zmierzać się z różnymi problemami społecznymi drugiego człowieka. Rola pielęgniarki ewoluuje od wieków. Zmienia się wraz z rozwojem medycyny i przemianami społecznymi. Tym, co niezmiennie w oczekiwaniach wobec kadr pielęgniarskich, jest profesjonalizm i perfekcjonizm w wykonywaniu zaleconych procedur leczniczo-pielęgniarskich, a także profil psychologiczny uwzględniający postawę etyczną i umiejętności podporządkowania potrzeb osobistych interesom innych osób. Od pielęgniarki oczekuje się możliwie najwyższej jakości usług, ale także współczucia i empatii. Szczególnie pomoc wobec

osób dotkniętych patologią społeczną wymagane są wysokie kompetencje pielęgniarki środowiskowej w celu integracji chorych ze społeczeństwem. Podejmowanie działań zmierzających do podnoszenia jakości świadczonych usług oraz spójności społecznej powinno być priorytetem dla polityki państwa – przez zapewnienie edukacji pielęgniarek środowiskowych oraz poprawy ich sytuacji materialnej. Wysoki poziom kompetencji społecznych ma dobroczynny wpływ zarówno na życie osobiste, jak i zawodowe. W przypadku grupy zawodowej pielęgniarek, identyfikowanie, kształtowanie i doskonalenie tych specyficznych umiejętności może przyczynić się do polepszenia jakości życia ich samych, ich bliskich, całego środowiska zawodowego, ale przede wszystkim pacjentów, z którymi pracują. W dzisiejszych czasach zdaje się sprawdzać idea znana w środowisku biznesowym, że najlepszą inwestycją jest inwestycja w człowieka, rozwój jego potencjału, posiadanych zasobów, w tym kompetencji społecznych. Spełnienie wszystkich wymogów pracy pielęgniarskiej często wywołuje poważny stres, który rozszerzając się, może prowadzić do zagrożenia wypaleniem zawodowym.

Pielęgniarka winna być profesjonalistką, o wysokim poziomie etyczno-moralnym, realizuje swoje zadania zgodnie z kodeksem etyki zawodowej. Do tego celu konieczna jest znajomość zasad współżycia społecznego, pracy zespołowej i współpracy w zespole terapeutycznym, a także wiedza z zakresu odpowiedzialności zawodowej i cywilnej.

Praca pielęgniarki środowiskowej jest zawodem związanym z ciągłą edukacją. Od pielęgniarek oczekuje się profesjonalizmu, wysokiej sprawności intelektualnej, pełnej koncentracji i zaangażowania w podejmowane działania. Zdobywanie przez pielęgniarki doświadczenia i wprawy w wykonywaniu zadań zawodowych, jak też poszerzanie własnych kompetencji oraz poszukiwanie rzetelnych informacji pomagają w profesjonalnym udzieleniu pomocy osobom potrzebującym i zapobiegają wypaleniu zawodowemu. Ludziom w trudnej sytuacji życiowej potrzebne jest przekonanie, że mogą samodzielnie lub przy niewielkiej pomocy innych osób przezwyciężyć swoje problemy i znaleźć rozwiązanie. Pomocną dłońią w takich sytuacjach winna być pielęgniarka środowiskowa.

Reasumując, kompetencje pielęgniarki środowiskowej można wyznaczyć jako opiekę pielęgnacyjną nad chorym, edukację prozdrowotną chorego i jego środowiska, a także analizę jakości życia pacjenta. Pielęgniarka środowiskowa powinna pozostawać w bezpośrednim kontakcie z lekarzem prowadzącym leczenie.

Charakter relacji pomiędzy osobami dotkniętymi patologią społeczną a instytucjami powołanymi do niesienia im pomocy, gwarantuje właściwą opiekę. Te funkcje w stosunku do chorych leczonych w domu, spełniają pielęgniarki środowiskowe [8]. Dla pełniejszego wykonywania swej pracy, pielęgniarki powinny otrzymywać określoną pomoc od państwa. Otrzymanie efektywnej pomocy przez kompetentną pielęgniarkę środowiskową może spełniać rolę bufora, który jest w stanie ochronić

potrzebującą osobę przed niektórymi dodatkowymi konsekwencjami utraty zdrowia. Przygotowanie pielęgniarki środowiskowej w systemie profesjonalnego kształcenia do pracy z rodzinami dotkniętymi patologią społeczną powinno dostarczać wiedzy i kompetencji istotnych dla realizowania funkcji opiekuńczych, konsultacyjnych i edukacyjnych [9]. Realizacja tych funkcji przez pełnienie roli nie tylko opiekuńczej, ale i doradcy, rzecznika czy nauczyciela, pozwoli zaspokoić najważniejsze potrzeby chorego.

Cel pracy

Celem przedstawianej pracy jest analiza roli pielęgniarek środowiskowych w działalności na rzecz osób zagrożonych patologią społeczną. Analizie poddane zostaną wybrane aspekty motywacji do pracy zawodowej (np. pomagania innym), umiejętności społeczne, wybór zawodu, jak i działania edukacyjne.

Materiał i metody

Aby móc odpowiedzieć na pytania dotyczące problematyki badawczej, należy zebrać określonego typu dane i je przeanalizować. Informacje te powinny być zdobyte w odpowiedni sposób, z zachowaniem określonych reguł. Również analiza pozyskanych danych nie może nosić znamion dowolności [10]. Przez metodę rozumie się „system założeń i reguł pozwalających na takie uporządkowanie praktycznej lub teoretycznej działalności, aby można było osiągnąć cel, do jakiego się świadomie zmierza” [11].

Dla uzyskania zamierzonych celów została wykorzystana metoda reprezentacyjna. Pozwoliło to na zdobycie (w stosunkowo krótkim czasie) wiedzy o dużej zbiorowości przez zbadanie próby reprezentacyjnej, rozproszonej przestrzennie. Objęto badaniem 100 pielęgniarek środowiskowych z całej Małopolski, zamieszkujących i pracujących na wsi oraz w miastach o liczbie mieszkańców do 50 tys., 100–500 tys. i ponad 500 tys.

W celu otrzymania jak najbardziej wiarygodnych i pełnych danych, zastosowano technikę opartą na pośrednim komunikowaniu się z respondentami wypełniającymi opracowaną autorską ankietą. Opracowana ankieta zapewniła wiarygodność rezultatów badania przez zastosowanie standaryzacji. Uzyskane informacje poddane zostały analizie, której wyniki zostaną przedstawione w formie opisowo-tabelarycznej.

Ankieta zawierała informacje o osobie badanej, m.in. dotyczące wieku, płci, stażu pracy, warunków mieszkaniowych, poziomu zarobków. Sformułowano w niej pytania dotyczące głównej problematyki badań. Ankieta rozdawana była wśród

studentek studiów pomostowych z zakresu pielęgniarstwa na Wydziale Zdrowia i Nauk Medycznych Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Respondentki proszono również o przekazanie ankiety pielęgniarkom środowiskowym zatrudnionym w danym podmiocie leczniczym, ale nie uczestniczącym w studiach.

Wyniki

Ankietowane pielęgniarki podały, że głównym powodem satysfakcji ich pracy była możliwość niesienia pomocy drugiemu człowiekowi. Inne powody zadowolenia z pracy podano w tabeli 1.

Tabela 1. Powody satysfakcji osiągniętej w pracy

Lp.	Wyszczególnienie	Odpowiedź	
		liczba	%
1	możliwość pomocy drugiemu człowiekowi	40	40,0
2	uznanie społeczne	30	30,0
3	wdzięczność ze strony podopiecznego	15	15,0
4	inne	10	10,0
5	wynagrodzenie	5	5,0
SUMA		100	100,0

Praca pielęgniarek wyznaczana jest korzyściami pozamaterialnymi. Najczęściej taka satysfakcja wynika z zadowolenia pacjenta. Dokładne dane dotyczące korzyści pozamaterialnych z wykonywanej pracy przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Korzyści pozamaterialne z wykonywanej pracy

Lp.	Wyszczególnienie	Odpowiedź	
		liczba	%
1	zadowolenie pacjenta	50	50,0
2	satysfakcja z zawodu	35	35,0
3	planowanie swojego czasu pracy	5	5,0
4	uznanie społeczne	5	5,0
5	samorealizacja	5	5,0
6	kontakty interpersonalne		0,0
7	inne		0,0
SUMA		100	100,0

Wśród korzyści materialnych z wykonywanej pracy ankietowane na pierwszym miejscu wymieniały wynagrodzenie. W tabeli 3 wyszczególniono podawane przez respondentki pozostałe korzyści materialne.

Tabela 3. Korzyści materialne z wykonywanej pracy

Lp.	Wyszczególnienie	Odpowiedź	
		liczba	%
1	wynagrodzenie	70	70,0
2	nie mam żadnych korzyści	20	20,0
3	telefon służbowy	5	5,0
4	nagrody i premie	5	5,0
5	możliwość awansu	-	0,0
6	inne	-	0,0
SUMA		100	100,0

W tabeli 4 przedstawiono korzyści, jakie dawałoby wyższe wynagrodzenie pielęgniarek. 85% ankietowanych podało, że wyższe wynagrodzenie złagodziłoby trudności wykonywanego zawodu.

Tabela 4. Możliwość złagodzenia trudności wykonywanego zawodu dzięki wyższemu wynagrodzeniu

Lp.	Wyszczególnienie	Odpowiedź	
		liczba	%
1	tak	85	85,0
2	nie	15	15,0
SUMA		100	100,0

Praca pielęgniarki zawsze wiąże się z relacją pacjent–pielęgniarka środowiskowa. Ankietowane, jako najbardziej charakterystyczne aspekty tej relacji, podają najczęściej kontakt z ludźmi obciążonymi problemami i rozwiązywanie problemów pacjentów. Szczegółowe dane dotyczące najbardziej charakterystycznych aspektów relacji pacjent–pielęgniarka środowiskowa przedstawia tabela 5.

Ankietowane wyszczególniły, że najbardziej istotną cechą w zawodzie pielęgniarki środowiskowej są pomaganie, słuchanie i cierpliwość. Te cechy stanowią 95% wszystkich odpowiedzi w tym zakresie. Dane przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 5. Najbardziej charakterystyczne aspekty relacji pacjent–pielęgniarka środowiskowa

Lp.	Wyszczególnienie	Odpowiedź	
		liczba	%
1	kontakt z ludźmi obciążonymi problemami	40,0	40,0
2	rozwiązywanie problemów pacjentów	35,0	35,0
3	kłopoty dnia codziennego i smutek ludzi chorych	10,0	10,0
4	zauwanie pacjenta	10,0	10,0
5	wdzięczność pacjenta	5,0	5,0
6	zastępowanie pacjentowi rodziny	0,0	0,0
7	narażenie na agresję pacjentów	0,0	0,0
8	narażenie na choroby	0,0	0,0
9	przenoszenie problemów pacjentów do własnego życia emocjonalnego	0,0	0,0
SUMA		100	100,0

Tabela 6. Najistotniejsze umiejętności w zawodzie pielęgniarki środowiskowej w kontakcie z drugim człowiekiem

Lp.	Wyszczególnienie	Odpowiedź	
		liczba	%
1	pomaganie	45	45,0
2	słuchanie	25	25,0
3	cierpliwość	25	25,0
4	zauwanie	5	5,0
5	komunikowanie się z otoczeniem	-	0,0
6	adekwatny do sytuacji wybór reakcji	-	0,0
7	przekonywanie do działań pozytywnych	-	0,0
8	edukowanie	-	0,0
9	wykonywanie poleceń	-	0,0
10	reprezentowanie interesów podopiecznego	-	0,0
11	negocjowanie	-	0,0
12	działania innowacyjne	-	0,0
13	inne	-	0,0
SUMA		100	100,0

Pielęgniarki, a w szczególności pielęgniarki środowiskowe, powinny charakteryzować się określonymi cechami. Długą listę takich właśnie cech podanych przez ankietowane zamieszczono w tabeli 7.

Tabela 7. Cechy charakteryzujące pielęgniarkę środowiskową

Lp.	Wyszczególnienie	Odpowiedź pozytywna		Odpowiedź negatywna		SUMA	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1	czuję się dumna ze swoich osiągnięć	90	90,0	10	10,0	100	100,0
2	mam poczucie kontroli nad własnym życiem	85	85,0	15	15,0	100	100,0
3	czuję, że mam wokół siebie pomocnych i przychylnych ludzi	85	85,0	15	15,0	100	100,0
4	mam poczucie, że w mojej pracy zawodowej jestem skuteczna	90	90,0	10	10,0	100	100,0
5	nie ma sytuacji bez wyjścia, zawsze są możliwe rozwiązania nawet najtrudniejszych problemów	95	95,0	5	5,0	100	100,0
6	czuję się wartościowa i potrzebna w swojej pracy zawodowej	100	100,0	-	0,0	100	100,0
7	jestem dobra w tym, co robię	95	95,0	5	5,0	100	100,0
8	uważam, że posiadam wszystkie cechy niezbędne do udzielania skutecznej pomocy	75	75,0	20	20,0	100	95,0
9	jestem empatyczna	80	80,0	20	20,0	100	100,0
10	jestem opiekuńcza	100	100,0	-	0,0	100	100,0
11	mam wiedzę i ciągle się doksztalam	95	95,0	5	5,0	100	100,0

Obok pracy zawodowej pielęgniarki prowadzą samodzielne życie, w którym kierują się także wartościami wspomnianymi w powyższej tabeli. Ponadto często wpływają na nie zróżnicowane emocje. Czynniki te wyszczególniono w tabeli 8.

Tabela 8. Istotne wartości w życiu ankietowanych

Lp.	Wyszczególnienie	Odpowiedź pozytywna		Odpowiedź negatywna		SUMA	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1	wolny czas	95,0	95,0	5,0	5,0	100,0	100,0
2	praca zawodowa	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0
3	niezależność	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0
4	pomysłowość (wyobraźnia)	90,0	90,0	10,0	10,0	100,0	100,0
5	tolerancja	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0
6	asertywność	90,0	90,0	10,0	10,0	100,0	100,0
7	szacunek dla innych	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0
8	empatia	60,0	60,0	40,0	40,0	100,0	100,0
9	posłuszeństwo	50,0	50,0	50,0	50,0	100,0	100,0
10	dzieci	100,0	100,0	0,0	0,0	100,0	100,0
11	grono przyjaciół	90,0	90,0	10,0	10,0	100,0	100,0

12	dobrobyt	75,0	75,0	25,0	25,0	100,0	100,0
13	życie pełne przygód i wrażeń	30,0	30,0	70,0	70,0	100,0	100,0
14	wykształcenie	95,0	95,0	5,0	5,0	100,0	100,0
15	spokój	95,0	95,0	5,0	5,0	100,0	100,0
16	uczciwe życie	95,0	95,0	5,0	5,0	100,0	100,0
17	możliwość rozwoju zawodowego	95,0	95,0	5,0	5,0	100,0	100,0
18	samorealizacja	75,0	75,0	25,0	25,0	100,0	100,0

Respondentki określiły też pożądane sposoby zachowania i postępowania pielęgniarek środowiskowych. W tym przypadku odpowiedzi pozytywne i negatywne były bardzo zróżnicowane. Szczegółowe dane podano w tabeli 9.

Tabela 9. Pożądane sposoby zachowania/postępowania

Lp.	Wyszczególnienie	Odpowiedź pozytywna (zgadzam się)		Odpowiedź negatywna (nie zgadzam się)		SUMA	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1	zawsze reaguje, gdy widzi, że komuś dzieje się krzywda	95,0	95,0	5,0	5,0	100,0	100,0
2	zawsze staje w obronie słabszego	95,0	95,0	5,0	5,0	100,0	100,0
3	stara się pracować nie wykraczając poza swoje obowiązki zawodowe; nigdy nie robi nic ponad oczekiwane od niej minimum	5,0	5,0	95,0	95,0	100,0	100,0
4	wyznaje zasadę „nic nie widziałam, nic nie słyszałam”	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0
5	bardzo przeżywa nieszczęścia i krzywdy, które dzieją się jej podopiecznym; często nie może z tego powodu zasnąć	90,0	90,0	10,0	10,0	100,0	100,0
6	pracuje „od godziny do godziny”; nie wychodzi poza schematy, przede wszystkim chce mieć „święty spokój”	10,0	10,0	90,0	90,0	100,0	100,0
7	boi się zwrócić komuś uwagę, nawet jeśli jest przekonana, że powinna	5,0	5,0	95,0	95,0	100,0	100,0
8	uważa, że jej praca wiąże się z pewną misją do spełnienia	95,0	95,0	5,0	5,0	100,0	100,0
9	czuje się ekspertem w swojej pracy zawodowej	80,0	80,0	20,0	20,0	100,0	100,0
10	powinna znać podstawy wiedzy z zakresu pracy innych instytucji	80,0	80,0	20,0	20,0	100,0	100,0
11	stałe doskonali swoje umiejętności	95,0	95,0	5,0	5,0	100,0	100,0
12	dba o rozwój intelektualny swoich pacjentów	85,0	85,0	15,0	15,0	100,0	100,0
13	unowocześnia metody opieki nad pacjentami	95,0	95,0	5,0	5,0	100,0	100,0
14	zna metody pracy z trudnym pacjentem	95,0	95,0	5,0	5,0	100,0	100,0

Praca pielęgniarki środowiskowej jest szczególnie wyczerpująca, wyrazem tego są odpowiedzi potwierdzające zmianę w miarę upływu czasu stosunku do pacjenta i zawodu. Należy podkreślić, że 90% badanych, gdyby była taka możliwość, wybrałyby ponownie ten zawód. Dokładne dane dotyczące stosunku do pacjenta i zawodu, zmieniające się z upływem czasu, przedstawiono w tabeli 10.

Tabela 10. Zmiana z upływem czasu stosunku do pacjenta i zawodu

Lp.	Wyszczególnienie	Odpowiedź pozytywna		Odpowiedź negatywna		SUMA	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1	irytują Panią/Pana drobne niepowodzenia	30,0	30,0	70,0	70,0	100,0	100,0
2	zauważa Pani/Pan u siebie obojętność i brak empatii w relacjach z pacjentem	5,0	5,0	95,0	95,0	100,0	100,0
3	przejawia Pani/Pan niechęć do wizyt u pacjentów	10,0	10,0	90,0	90,0	100,0	100,0
4	w swojej pracy zauważyła Pani/Pan brak zdolności do koncentrowania się na problemach pacjenta	15,0	15,0	85,0	85,0	100,0	100,0
5	towarzyszy Pani/Panu w pracy zawodowej poczucie, że nie jest zbyt dobra/dobry	35,0	35,0	65,0	65,0	100,0	100,0
6	w związku z upływem czasu zmieniło się Pani/Pana podejście do pracy zawodowej	60,0	60,0	40,0	40,0	100,0	100,0
7	czy, gdyby teraz wybierała Pani/Pan zawód, wybrałaby Pani/Pan pielęgniarstwo	90,0	90,0	10,0	10,0	100,0	100,0
8	czy, gdyby była taka możliwość, zrezygnowałaby Pani/Pan z wykonywanego zawodu	10,0	10,0	90,0	90,0	100,0	100,0

Dyskusja

Wiadomo, że praca pielęgniarek środowiskowych to nieustanne świadczenie pomocy ludziom potrzebującym wsparcia. Ta specyfika stwarza dla pielęgniarek środowiskowych określone wymagania, które pozwalają ostatecznie wypełniać pracę zgodnie z wymaganiami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Przeprowadzone badania ankietowe wykazały, jakie predyspozycje psychofizyczne winny mieć pielęgniarki środowiskowe, aby osiągać satysfakcję z wykonywanej pracy. Stwierdzono, że najważniejszym powodem czerpania satysfakcji z pracy jest możliwość udzielenia pomocy drugiemu człowiekowi i uzyskanie z tego tytułu uznania społecznego. Najważniejszą nagrodą pozamaterialną, jest, jak podają pielęgniarki, zadowolenie pacjenta [12].

Dla prowadzenia normalnego życia konieczne jest otrzymywanie określonego wynagrodzenia. Właśnie ten aspekt jest podnoszony przez ankietowane jako najważniejsza korzyść materialna z wykonywanej pracy. Wiadomo, że wynagrodzenie

pielęgniarek jest, spośród wszystkich pracowników służby zdrowia, szczególnie niskie. Ankietowane zwracają uwagę, że lepsze warunki materialne byłyby czynnikiem łagodzącym wykonywanie pracy. Powszechnie bowiem przez pielęgniarki jest podejmowanie pracy na dwóch, a nawet trzech etatach. Wyczerpuje to siły fizyczne i psychiczne, ograniczając profesjonalizm wykonywanej pracy.

Pielęgniarki środowiskowe wypełniają pracę w bliskich relacjach z chorymi powierzonymi ich opiece, w tym z chorymi zagrożonymi patologią społeczną. Kontakt z ludźmi obarczonymi problemami, rozwiązywanie tych problemów – to najbardziej charakterystyczne aspekty w relacji pacjent–pielęgniarka. Dla spełnienia wymienionej wyżej relacji konieczne jest wspomaganie, wsłuchiwanie się w potrzeby chorych i cierpliwość [13]. Takie właśnie cechy pielęgniarki podają ankietowane jako szczególnie istotne.

Wiadomo, że służebna praca, jaką wykonują pielęgniarki środowiskowe, wymaga szeregu cech osobowościowych. Wiadomo także, że doświadczenie w pracy zdobywa się z upływem lat. Taki model rozwojowy jest potwierdzony wynikami ankiety, w wyszczególnionych cechach, które winny charakteryzować pielęgniarkę środowiskową. Ankietowane podały, że z wykonywanego zawodu są dumne, dodały też, że mają świadomość własnej wartości i potrzebę stałego dokształcania. Szczególną cechą pielęgniarek jest wyszczególnienie, że zawsze reagują na dostrzegalną krzywdę i zawsze stają w obronie słabszego. Ciężka praca wykonywana każdego dnia przez pielęgniarki środowiskowe powoduje rzeczywiste wiązanie się z osobami powierzonymi ich opiece. Przeżywanie problemów tak chorych, jak i ich rodzin, staje się charakterystycznym skrzywieniem zawodowym. Jak podają w respondentki, ich praca wiąże się z określoną misją do spełnienia, także koniecznością stałego dokształcania się. Codzienna, ciężka i najczęściej niewdzięczna praca, jest jednym z powodów występowania tzw. wypalenia zawodowego. Stan taki najczęściej wiąże się z pracą opiekuńczą nad terminalnie chorymi. Fakt nieuchronnej śmierci, pomimo troski przy pielęgnowaniu, jest często przyczyną depresji pielęgniarek. Pomimo takich dramatycznych przeżyć, wśród pielęgniarek środowiskowych niemal wszystkie ankietowane podawały, że wybrałyby ponownie ten zawód, gdyby była taka konieczność. Ten fakt potwierdza wszystkie poprzednie informacje. Osoby pełne wyrzeczeń, o niskich zarobkach, pracujące z pełnym poświęceniem, chciałyby podjąć to szczególnie wyzwanie, jakim jest praca pielęgniarki środowiskowej [14].

Obok pracy dla chorych, pielęgniarki środowiskowe są zazwyczaj włączane w problemy rodzin swoich podopiecznych. W takich rodzinach nierzadko występują określone patologie społeczne. Pijaństwo, bezrobocie, przemoc wobec domowników, to zjawiska, z którymi na co dzień styka się pielęgniarka środowiskowa. Rzeczywiście – gdy podejmuje wysiłek pomocy, staje się wówczas prawdziwym opiekuńczym aniołem.

Szczególną rolą pielęgniarki środowiskowej jest wyczerpanie na zdrowie dzieci. Konieczne jest zauważanie wszelkich patologii, jakie mogą dotyczyć dzieci w różnym wieku. Wiadomo, że najtrudniej jest przełamać brak zaufania i lęk dziecka, któremu dzieje się krzywda [15]. Dla pielęgniarki środowiskowej opieka nad dziećmi z rodzin patologicznych to szczególne posłannictwo.

Bibliografia

1. Fengler J. Obciążenie i wypalenie w różnych zawodach związanych z pomaganiem, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
2. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych Kolegium Pielęgniarek i Położnych, Zakres kompetencji położnej środowiskowej/rodzinnej. Raport, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Departament Pielęgniarstwa, Warszawa 2003.
3. Taranowicz I., Majchrowska A., Kawczyńska-Butrym Z., Elementy socjologii dla pielęgniarek, Lublin 2000.
4. Ostrowska A., Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy, IFiS PAN, Warszawa 2009.
5. Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A., Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu, Wydawnictwo ALL, Kraków 1997.
6. Podgórecki A., Zagadnienia patologii społecznej, Warszawa 1976.
7. Malec J., Patologia społeczna jako zjawisko (projekt definicji), Państwo i Prawo, 1986, 4;
8. Widerszal-Bazyl M., Stosunek do zawodu pielęgniarek polskich i z innych krajów europejskich, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2005, 1–2, 23–31.
9. Sroczyński W., Rozwój kompetencji społecznych w ciągu całego życia – osoba na linii życia. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2000.
10. Pieniążek A., Stefaniuk M., Socjologia prawa. Zarys wykładu, Zakamycze, Kraków 2000.
11. Sołoma L., Metody i techniki badań socjologicznych. Wybrane zagadnienia, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2002.
12. Marcisz E., Zakres kompetencji a satysfakcja z pracy pielęgniarek. Pielęgniarstwo 2000, 1, 43.
13. Zdziebło K., Przyszłość zawodu w opinii pielęgniarek, Zdrowie Publiczne 2012, 112, 492.
14. Fengler J., Obciążenie i wypalenie w różnych zawodach związanych z pomaganiem. Pomaganie mężczyznom, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
15. Rutkowska K., Wartość treningu umiejętności społecznych w szkoleniu, dzieci i młodzieży, [w:] Psychologia sportu dzieci i młodzieży, M. Krawczyński (red.). Gdańsk 2010.

Elżbieta Kamusińska¹, Aleksandra Słopiecka², Marta Ciosek³,
Irena Dorota Karwat⁴

¹ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

² Zakład Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

³ Dział Chirurgii Onkologicznej, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

⁴ Katedra i Zakład Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Udział pielęgniarki w rehabilitacji pacjentek po mastektomii

A Nurse's Share in Rehabilitation of Patients after Mastectomy Abstract

Nursing care becomes particularly important when it concerns a patient after mastectomy. Nursing treatment includes the watching of general and psychical condition of the patient, early mobilization, the nursing of post-operative wound, assistance in everyday functions, application of pain therapy. The nursing of patients with breast cancer during their stay in hospital includes holistic care based on thorough recognition of their psychical, physical and social problems. Rehabilitation of women treated for breast cancer begins in the moment of their reception in hospital and is continued by the nurse in the post-surgical period in order to prevent complications and to speed up convalescence. A nurse instructs patients in exercise and educates them in principles of behaviour in everyday life. A nurse who tends a patient after mastectomy provides her support consisting in motivation and mobilization to unassisted actions resulting in the ability to cope with her problems. An important task during hospitalization of a patient after mastectomy is education of the patient and her family. The purpose of this education is to transmit knowledge and to form attitudes and abilities necessary in everyday life at home. A nurse then takes the role of a teacher and tutor, therefore she should have proper competence, abilities and knowledge. Educational activities refer to the following questions: the nursing of the post-operative wound, principles of the treating of the scar and of anti-oedematous action, as well as self-examination of breasts, propagation of physical activities, taking advantage of support groups and of principles of nutrition.

Key words: cancer of breast, mastectomy, rehabilitation, nurse's role

Wprowadzenie

U kobiet po mastektomii istotnego znaczenia nabiera zapewnienie przez personel pielęgniarski należytej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji. Tylko dobrze zaplanowana strategia postępowania fizjoterapeutycznego korzystnie wpływa na czynności układu chłonnego, poprawę sprawności ruchowej ręki po stronie operowanej [1, 2].

Ważnym elementem usprawniania pacjentek jest ich edukacja, dotycząca postępowania w życiu codziennym, której celem jest zapobieganie wtórnym obrzękom limfatycznym. Rehabilitacja fizyczna powinna być prowadzona w oparciu o wiedzę medyczną, znajomość wskazań i przeciwwskazań do fizjoterapii, a także rozeznanie w stanie klinicznym chorej. Właściwa adaptacja kobiet po mastektomii do zmienionej sytuacji życiowej wymaga zaangażowania nie tylko samej pacjentki, ale i jej najbliższego otoczenia. Kobieta chora na raka piersi nie może czuć się wyobcowana, niepełnowartościowa. Dlatego też wskazane jest ściśle połączenie elementów fizycznej rehabilitacji z oddziaływaniami psychologicznymi [2, 3, 4].

Istotne znaczenie w rehabilitacji psychicznej odgrywają grupy wsparcia, które umożliwiają wymianę doświadczeń, uzyskanie porad. Wsparcie klubów Amazonek pełni bardzo ważną rolę i polega na niesieniu pomocy w utrzymaniu motywacji do walki z chorobą i odzyskania optymalnej sprawności psychofizycznej [3, 5].

Udział pielęgniarki w rehabilitacji kobiet po amputacji piersi

Opieka pielęgniarska nad pacjentką z rakiem piersi jest bardzo trudna i wymaga ogromnego zrozumienia i cierpliwości. W trakcie pobytu chorej w oddziale szpitalnym należy otoczyć ją troskliwą opieką. Cały zespół terapeutyczny jest zaangażowany w zapewnienie kompleksowej opieki. Pacjentka, czekając na zabieg operacyjny, jest przepełniona strachem o własne życie. Odczuwa wiele obaw przed skutkami operacji. Bardzo często dochodzi u chorych do załamania psychicznego i depresji. Dlatego też istotnego znaczenia nabiera udzielanie pacjentce przez personel medyczny dokładnych informacji o leczeniu i pielęgnacji. Ważny jest również kontakt z psychologiem klinicznym i wolontariuszkami z klubu Amazonek. Wpłyne to pozytywnie na psychikę pacjentki oraz zmotywuje ją do walki z chorobą.

Zdaniem B. Jobdy, dla samopoczucia kobiety dotkniętej rakiem piersi i oczekującej na zabieg operacyjny, charakterystyczne są same przykre odczucia, tj. strach przed śmiertelną chorobą, niepewność wobec przyszłości, zmniejszenie poczucia kobiecości i atrakcyjności seksualnej, lęk przed nawrotem choroby, poczucie rozgoryczenia, żalu z powodu utraconego „atrybutu kobiecości” [1].

Pobyt pacjentki w szpitalu dodatkowo wzmaga stres. Pierwsze objawy stresu są wynikiem wątpliwości dotyczących diagnozy, zaś sposób postępowania pacjentek zależy od doświadczeń związanych z historią chorób w rodzinie i ich przebiegiem. Pacjentki, które widziały krewnych lub znajomych umierających na raka, inaczej reagują niż te, które były świadkami dobrych efektów leczenia onkologicznego. Jedne kobiety bardzo szybko podejmują działania, aby wyjaśnić wszystkie wątpliwości, inne z kolei obserwują objawy, z nikim nie dzielą się swoimi spostrzeżeniami i objawami, zwlekają z podjęciem badań diagnostycznych i leczenia. Młodsze

kobiety mają więcej sił witalnych, częściej otoczone są bliskimi, są odważniejsze i mają racjonalniejsze podejście do życia. Starsze bywają samotne, więcej w nich lęku i niepewności [6]. Wiele pacjentek przechodzi okres depresji po otrzymaniu diagnozy, a następnie w reakcji na progresję i nawrót choroby. Odjęcie piersi w społeczeństwie, w którym stanowią one atrybut kobiecości i macierzyństwa, wywołuje oprócz strachu, uczucie wstydu przed partnerem, rodziną i środowiskiem, a także obawę przed rozbiciem rodziny i pożycia małżeńskiego. Kobiety czują się niepełnowartościowe (*half woman complex* – „kompleks połowy kobiety”) i niepełnosprawne – inne niż przed operacją. Mastektomia pozostawia radykalne zmiany psychofizyczne, rzutujące na jakość ich dalszego życia. Dotyczy to między innymi życia seksualnego [6, 7].

Zaawansowanym stadiom choroby nowotworowej towarzyszy często anoreksja. Wywołuje ona ogromny stres u chorej i jej rodziny, która czasami wręcz zmusza chorą do przyjęcia pokarmu, aby nie umarła z głodu. Brak apetytu, znaczne ograniczenia posiłków lub całkowita odmowa ich przyjmowania może wynikać z przyczyn natury fizycznej lub psychicznej. Do pierwszej należą: ból, zaparcia, zaburzenia metaboliczne, a do drugiej: lęk, apatia, czasem załamanie psychiczne i pragnienie szybkiej śmierci. Leczenie sytuacji psychicznej przy oddziaływaniu na wcześniej ustaloną przyczynę somatyczną, wymaga podawania sterydów, które dodatkowo poprawiają nastrój i wzmagają ogólną energię życiową [7].

Szczególnie istotne jest wsparcie pacjentki przez rodzinę. W zależności od etapu choroby, wsparcie to przybiera różne formy. W okresie diagnostycznym najważniejszym zadaniem bliskiej osoby jest fizyczna obecność przy pacjentce, podtrzymywanie nadziei, odwracanie uwagi od przykrych myśli oraz organizowanie czasu wolnego. W czasie leczenia, zwłaszcza gdy kobieta jest poddawana amputacji piersi, wsparcie psychiczne powinno zawierać poza zwykłymi gestami bliskości i ciepła, również wyrazy akceptacji wyglądu fizycznego chorej, jej atrakcyjności seksualnej [7].

W planowaniu i realizowaniu opieki nad pacjentką z nowotworem piersi i jej rodziną pielęgniarka uwzględnia następujące zasady:

- pacjentkę zawsze traktuje z godnością,
- skutecznie zapobiega i niweluje ból oraz inne dolegliwości somatyczne,
- udziela wsparcia oraz niesie pomoc na każdym etapie procesu diagnozowania i leczenia pacjentce i jej rodzinie,
- niesie pomoc pacjentce umierającej i jej rodzinie,
- zapewnia komfort psychiczny i fizyczny człowiekowi umierającemu,
- zapewnia kompleksowość, ciągłość i wysoką jakość opieki [7, 8].

Człowiek w obliczu choroby zostaje zmuszony do konfrontacji z samym sobą, czuje się zagrożony utratą dotychczasowego systemu wartości. Poczucie bezpieczeństwa, pewności siebie zostaje zachwiane [6].

Czynniki opiekuńczo-pielęgnacyjne

Zasadniczym celem działań pielęgniarskich w okresie przed operacją jest rozpoznanie i określenie problemów pacjentki oraz zaplanowanie i realizacja tych działań. Aby uzyskać jak najwięcej informacji, pielęgniarka przeprowadza dokładny wywiad, zapoznaje się z dotychczasową dokumentacją medyczną i prowadzi wnikliwą obserwację chorej. Następnym etapem jest analiza danych i formułowanie diagnozy pielęgniarskiej. Określenie i hierarchizacja problemów pozwoli ustalić ich ważność i kolejność rozwiązywania. Wśród najczęściej pojawiających się problemów okresu przedoperacyjnego są: uczucie przygnębienia, apatii a nawet depresja; ogromny lęk przed przyszłością; deficyt wiedzy dotyczący niezbędnych badań, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji; poczucie zagrożenia przed czekającą chorą operacją [6]. Pielęgniarka, aby mogła rozwiązać i złagodzić zaistniałe problemy u chorej, prowadzi szeroką edukację pacjentki z następujących zakresów: środowiska, oddziału i sposobu komunikacji, rodzaju badań i zabiegów, ćwiczeń rehabilitacyjnych, przeciwdziałania bólowi występującemu po zabiegu, zasad pielęgnacji (ułożenie ręki, obecność drenów).

Istotnego znaczenia nabiera także nawiązanie właściwego kontaktu z rodziną. Pozyskanie członków rodziny do pomocy i współpracy jest ważnym czynnikiem pomagającym w prawidłowej adaptacji kobiet po mastektomii do nowych warunków życia „bez piersi”. Pielęgniarka jako osoba, która dużo czasu spędza z chorymi, dąży do nawiązywania kontaktu terapeutycznego i zdobycia zaufania pacjentek.

We wczesnym okresie pooperacyjnym (do 24 godzin od zabiegu operacyjnego) pielęgniarka przede wszystkim, poza wykonaniem typowych zadań, wykonuje następujące czynności:

- prawidłowo układa chorą w pozycji półsiedzącej, tj. z kończyną górną po stronie operowanej piersi uniesioną powyżej poziomu serca na specjalnym klinie lub odpowiedniej poduszce (w celu zapobiegania obrzękowi limfatycznemu),
- prowadzi stałą kontrolę drenów wyprowadzonych z rany pooperacyjnej. Szczególną uwagę zwraca na drożność drenów, ilość i kolor wydzieliny – niedrożny dren może spowodować zaleganie wydzieliny w ranie, uczucie rozpierania, ból, podwyższoną temperaturę ciała, a w konsekwencji ropienie rany,
- kontroluje opatrunki, ich suchość i prawidłowe zabezpieczenie rany,
- tłumaczy zasadność prowadzenia gimnastyki oddechowej, która służy usprawnianiu czynności układu oddechowego, kształtowaniu klatki piersiowej i nauce prawidłowego oddychania, a także zasysania płynów z części dystalnej kończyny górnej,
- obserwuje rękę po stronie operowanej; musi ona być przez całą dobę ułożona na podwyższeniu, wolna od wszelkich zabiegów (nie wolno wykonywać w jej

rejonie pomiarów ciśnienia krwi i iniekcji) oraz zbyt ciasnej bielizny, odzieży czy biżuterii,

- podaje pacjentce odpowiednią ilość leków przeciwbólowych ściśle według zaleceń lekarskich; ma to ogromne znaczenie, aby zmobilizować chorą do ćwiczeń ręki już po kilku godzinach po operacji.

Ćwiczenia kończyny górnej po stronie operowanej piersi obejmują następujące ruchy: zginanie i prostowanie palców ręki, zaciskanie ręki w pięść i jej rozluźnianie, ruchy okrężne stawu promieniowo-nadgarstkowego, supinacja i pronacja przedramienia, zginanie i wyprost stawu łokciowego. Systematycznie wykonywane ćwiczenia pomagają odzyskać sprawność fizyczną ręki, zapobiegają przykurczom mięśni i stawów oraz utracie prawidłowego napięcia mięśni [9, 10]. W drugiej dobie po operacji zadania pielęgniarki sprowadzają się głównie do pomocy pielęgnacyjnej. Pielęgniarka dokonuje pomiarów podstawowych parametrów życiowych (tętno, temperatura, ciśnienie krwi). Częstość pomiarów jest uzależniona od stanu zdrowia pacjentki i zaleceń lekarskich. W trakcie rozmów z pacjentką pielęgniarka zwraca uwagę, czy nie pojawiają się u niej pierwsze objawy stanu psychicznego określanego mianem „kompleksu połowy kobiety”. Proponuje wówczas indywidualną psychoterapię [11]. Istotne jest również szybkie uruchamianie pacjentki, w celu m.in. zapobiegania powikłaniom zakrzepowo-zatorowym. Pionizacja chorej odbywa się w obecności pielęgniarki i fizjoterapeuty, aby zapobiec wystąpieniu zapaści ortostatycznej oraz zabezpieczyć fizycznie i psychicznie pacjentkę przed wystąpieniem bólu [9, 11].

Należy zaznaczyć, że rak piersi stanowi duży problem społeczny, gdyż radykalnie zmienia się życie chorej kobiety i jej rodziny. Pacjentki wymagają nie tylko stałej opieki medycznej, ale także socjalnego i społecznego wsparcia. Rehabilitacja kobiet po mastektomii jest procesem długotrwałym, natychmiastowe jej podjęcie pozwala na osiągnięcie znacznej poprawy stanu fizycznego i psychicznego pacjentek.

Edukacja chorej

Ważnym zadaniem w czasie hospitalizacji pacjentki po mastektomii jest edukacja – jej i rodziny. Celem jest przekazanie wiedzy, kształtowanie postaw i umiejętności potrzebnych w życiu codziennym w warunkach domowych. Pielęgniarka występuje wówczas w roli nauczyciela i wychowawcy, dlatego też powinna posiadać odpowiednie kompetencje, umiejętności i wiedzę [12]. We wczesnym okresie pooperacyjnym chora musi być poinformowana, że następnego dnia będzie mogła wstać z łóżka, zjeść posiłki, przyjmować wizyty osób bliskich. Ważne jest, aby pacjentka wiedziała, że przy tych wszystkich czynnościach będzie mogła liczyć na pomoc pielęgniarki. Pielęgniarka powinna uprzedzić chorą, że w trakcie poruszania się może odczuwać

ból i ciągnięcie w miejscu operowanym, oraz że przytrzymywanie ramienia po stronie operowanej zmniejsza napięcie i dolegliwości bólowe [9, 10].

W trakcie pobytu chorej w oddziale szpitalnym pielęgniarka zapoznaje pacjentkę z raną pooperacyjną. Wymaga to cierpliwości i zrozumienia ze strony pielęgniarki, ponieważ wiele pacjentek nie chce nawet spojrzeć na ranę. Pielęgniarka wówczas uspokaja chorą, że zacerwienie i obrzęk powoli ustąpią. Wróci również czucie w skórze w obrębie blizny. Podczas ćwiczeń i zmiany opatrunków informuje pacjentkę o możliwościach przeprowadzenia operacji odtwórczych piersi. Rozmawia z chorą na temat protezowania, dalszej rehabilitacji. Chora jest informowana, że po usunięciu drenu z rany pooperacyjnej często dochodzi do zbierania się płynu w łożu pooperacyjnej. Chłonka musi być ewakuowana za pomocą okresowych punkcji w warunkach ambulatoryjnych. Częstotliwość odciągania płynu jest indywidualna i stopniowo się zmniejsza [9].

Bardzo ważnym etapem edukacji pielęgniarskiej jest rozmowa z chorą na temat konieczności kontynuacji rehabilitacji. Rekonwalescencja psychofizyczna stanowi integralną część w procesie leczenia i zdrowienia. Zasadniczym jej celem jest wyeliminowanie lub ograniczenie niekorzystnych następstw mastektomii. Ważne staje się zwrócenie uwagi chorych na konieczność stałego noszenia protezy i odpowiedniego jej dopasowania pod względem wagi, kształtu, wielkości, konsystencji i barwy. Jest to istotne ze względów zdrowotnych i estetycznych. Pielęgniarka opiekująca się chorą po amputacji piersi powinna poświęcić jej maksymalnie dużo czasu, aby zrozumiała i poznała wszystkie zalecenia, które powinny być respektowane przez nią w życiu codziennym. Chora musi wiedzieć, że powinna chronić w sposób szczególny rękę po stronie operowanej, aby uniknąć wystąpienia obrzęku limfatycznego. Pielęgniarka udziela rad dotyczących sposobu ubierania się i racjonalnego żywienia, gdyż organizm poddany operacji wymaga odpowiedniego traktowania, również dietetycznego [13].

Po mastektomii zaleca się stosowanie diety wzmacniającej system immunologiczny, znaczne zwiększenie ilości spożywanych świeżych owoców, warzyw i soków, przyjmowanie co najmniej raz dziennie warzyw zawierających glikozydy, które pomagają neutralizować w organizmie substancje rakotwórcze (brukselka, kalafior, rzepa, kapusta włoska itp.), zwiększenie spożycia pełnoziarnistych produktów zbożowych oraz korzenia imbiru, czosnku i cebuli.

Bardzo ważnym zadaniem pielęgniarki jest umożliwienie spotkania chorej z wolontariuszką klubu Amazonek. Jest ona przykładem dla innych kobiet po mastektomii, że chorobę nowotworową można pokonać. Edukacja chorych po mastektomii obejmuje: poznanie przyczyny choroby i sposobów jej zwalczania, nauczenie postępowania z blizną pooperacyjną, rehabilitację kończyny z użyciem bloczków, przeciwobrzękowe stosowania klina, żywienie w onkologii (eliminowanie błędów

żywieniowych, zwalczanie używek i nadwagi), samobadanie piersi, propagowanie sportu i ruchu [13].

Dieta wzmacniająca system immunologiczny [13]

Produkty wskazane	Produkty niewskazane
potrawy mączne, ziarno, pieczywo, ziemniaki (3–6 posiłków dziennie): pełnoziarniste makarony, ziemniaki gotowane na parze, pełnoziarniste pieczywo, ryż, kukurydza, otręby, proso, gryka	białe pieczywo, słodkie produkty mączne, frytki, chipsy, makarony i kluski z białej mąki
fasola (5–7 filiżanek tygodniowo): wszystkie rodzaje, kielki, produkty sojowe	fasola z dodatkiem tłuszczu
orzechy i pestki (1–2 razy tygodniowo): wszystkie odmiany, pestki, masło orzechowe	masło orzechowe z dodatkiem oleju i cukru oraz prażone orzeszki
warzywa (5–9 posiłków tygodniowo): świeże i surowe, do posiłków tylko sok z marchewki	warzywa puszkowane, soki z puszek i butelek, warzywa smażone
owoce (1–3 posiłki dziennie): świeże i surowe, soki owocowe rozcieńczać wodą i pić do posiłków	owoce słodzone i z puszek, soki z butelek, galaretki, miód, cukier, soki skoncentrowane
mięso (90 g dziennie, 1–2 razy w tygodniu), drób (90–120 g dziennie), owoce morza (180 g dziennie): chude mięso, drób bez skóry, wszystkie ryby i skorupiaki	mięso z puszek, fast food, mięso smażone, skóra z drobiu i smażone na oleju owoce morza
sery (nie więcej niż 30–60 g dziennie): chudy i półtłusty ser i twaróg	pełnotłuste i tłuste sery i twarogi
dodatki: herbata zielona, czarna herbata bezkofeina, czosnek, imbir, pieprz	

Podsumowanie

W procesie terapeutycznym pacjentek po amputacji piersi istotna rola przypada pielęgniarce, która utrzymuje stały kontakt z chorymi. Przez wnikliwą obserwację i towarzyszenie chorej w każdej sytuacji, pielęgniarka ma możliwość dokładnego określenia problemów, potrzeb i oczekiwań pacjentki. Na szczególną uwagę zasługują problemy psychologiczne pojawiające się w tej grupie kobiet. Zasadniczym celem staje się wówczas nauczenie pacjentek, jak mają postępować i żyć ze swoją chorobą. Istotnego znaczenia nabiera umacnianie chorej w przekonaniu, że jest w stanie sama rozwiązać swój problem i pokonać trudności. Również otoczenie ko-

biety po amputacji piersi służyć wsparciem, zrozumieniem i pomocą oraz stworzyć jej poczucie bezpieczeństwa i sensu życia.

Zdaniem E. Trafiałek, „wsparcie społeczne jest równoznaczne z pomocą, to zachęcenie, motywowanie, aby człowiek zechciał pomóc sobie sam. Wsparcie społeczne traktowane jest jako specyficzny sposób pomocy, odwołujący się do zasobów osoby, której trzeba pomóc. To zwiększenie aktywności, mobilizowanie do samodzielnego życia i radzenie sobie z wszelkimi problemami. Wsparcie społeczne powinno prowadzić do uświadomienia i zinternalizowania przez jednostkę zasady, że to on sam jest najważniejszym kreatorem życia i jego jakości” [14].

Pielęgnacja pacjentek z rakiem piersi w czasie pobytu w szpitalu obejmuje holistyczną opiekę, opartą na wnikliwym rozpoznaniu problemów psychicznych, fizycznych i społecznych. Rehabilitacja kobiet leczonych z powodu raka piersi rozpoczyna się od momentu przyjęcia pacjentki do szpitala i jest kontynuowana przez pielęgniarkę w okresie pooperacyjnym w celu zapobiegania powikłaniom i przyspieszenia rekonwalescencji. Pielęgniarka prowadzi naukę ćwiczeń i edukację chorej, obejmującą zasady postępowania w życiu codziennym. Pielęgniarka opiekująca się pacjentką po mastektomii zapewnia jej wsparcie, motywuje i mobilizuje do samodzielnych działań, których efektem będzie umiejętność radzenia sobie z chorobą.

Bibliografia

1. Jobda B., Mastektomia – proces pielęgnowania przed i po operacji. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2000, 11: 17–18.
2. Dollinger M., Rosenbaum E.H., Cable G., Rak piersi uniwersalny przewodnik. Wyd. Medyczne Borgis, Warszawa 2002.
3. Baun M., Samders C., Meredith S., Rak piersi. Poradnik dla kobiet i lekarzy. Wyd. Springer, PWN, Warszawa 1995.
4. Zatorski W. (red.), Europejski kodeks walki z rakiem. Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 2007.
5. Kołodziejcki L., Niedbała E., Problemy postępowania fizjoterapeutycznego po operacyjnym leczeniu chorych na raka piersi. *Rehabilitacja Medyczna* 2008, 2: 24–30.
6. Steciwko A., Rutkowski B., Domagała J., Problemy psychologiczne u pacjentów przewlekle chorych. Wyd. MAKmedia, Gdańsk 1998.
7. Sęk H. (red.), Społeczna psychologia kliniczna. Wyd. PWN, Warszawa 1998.
8. Pawlicki M., Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia. Wyd. Alfa Medica Press, Warszawa 2003.
9. Surowiec M., Rehabilitacja po mastektomii. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1997, 3: 21–22.
10. Mika K.A., Po odjęciu piersi. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2005.
11. Czerwińska J., Rehabilitacja uzdrowskowa po mastektomii. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1999, 11: 19–20.

12. Pop T., Sokołowska M., Nowak E., Rehabilitacja kobiet po mastektomii – algorytm postępowania. *Postępy Rehabilitacji* 2004, 3: 55–60.
13. de Walden-Gałuszko K., U kresu: opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wyd. MAKmedia, Gdańsk 1996.
14. Trafiałek E., Podstawy pracy socjalnej. Wyd. Wszechnicy Świętokrzyskiej, Kielce 2000.

Joanna Rudek

Klinika Alergii i Immunologii, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Zamknięty system do kontrolowanej zbiórki stolca – nowoczesna metoda pielęgnacji pacjenta z biegunką

Fecal incontinence management system –
a modern method of nursing patient with diarrhea

Abstract

Diarrhea is a common complication in hospitalized patients. It contributes to the deterioration of the final outcome. The care of patients becomes time-consuming and costly, and is associated with the extensive use of medical resources. Presentation of practical examples of use of the fecal incontinence management system. Safety evaluation of the fecal incontinence management system Flexi-Seal CONTROL. This is a review presenting personal experiences and literature review on the problems of diarrhea and the guidelines of reducing risk of complications associated with fecal incontinence. The practical use of the fecal incontinence management system was analyzed. The most common causes of diarrhea in observed patients were reactions to drugs, including laxatives and antibiotics, enteral nutrition and bacterial infections. The system was initiated at the first day of the appearance of liquid feces. The shortest duration of the procedure twenty four hours, the longest – fifteen days. The system appeared to be practical, friendly for staff and patients, effective, time – and cost-saving. The fecal incontinence management system Flexi-Seal CONTROL is effective and safe for the patient. This procedure allows to keep patient's cleanliness, comfort and dignity. It saves nursing time, reduced the cost of care and the risk of skin injuries, which is important in the prevention of bedsores.

Key words: diarrhea, fecal incontinence management system, nursing care

Wprowadzenie

Biegunka stanowi częsty problem komplikujący leczenie pacjentów w oddziałach szpitalnych. W oddziałach intensywnej terapii, neurologii, chirurgii, a także oddziałach opieki paliatywnej przyczynia się do pogorszenia ostatecznego wyniku leczenia. Pierwszym krokiem w przypadku pojawienia się biegunki u pacjenta jest identyfikacja, a także, jeśli jest to możliwe, eliminacja przyczyny nietrzymania stolca [1]. Często jednak nietrzymanie stolca u pacjentów ma przyczynę nieznaną, jest wynikiem działania wielu czynników, może być również skutkiem prowadzonego

leczenia (głównie stosowania antybiotykoterapii), którego nie można przerwać [2]. Pielęgnacja pacjenta z biegunką jest bardzo czasochłonna i kosztowna, wiąże się ze zużyciem dużej ilości materiałów medycznych. Dlatego też jedną z metod pielęgnacji pacjenta w przypadku wystąpienia stolców płynnych i półpłynnych jest stosowanie zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca Flexi-Seal[®] CONTROL[®]. Stosowanie tego systemu zapewnia skuteczne odprowadzanie i zatrzymywanie stolca, pomaga zapewnić pacjentom czystość, komfort i poczucie godności. Jednocześnie pozwala skrócić czas pracy personelu pielęgniarstwa i obniżyć całkowite koszty opieki [3]. Zatem uzasadnione jest, aby stosowanie zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca stało się standardem postępowania w przypadku wystąpienia biegunki u pacjentów w oddziale intensywnej terapii, neurologii, chirurgii, oddziałach opieki paliatywnej – w miejscach, w których szczególnie powinno się zwracać uwagę na przestrzeganie zasad i procedur postępowania, mających jeden wspólny cel: bezpieczeństwo pacjenta i personelu.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie problemów zdrowotnych pacjentów z biegunką, a także, na przykładzie doświadczeń własnych – ocena bezpieczeństwa stosowania zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca Flexi-Seal[®] CONTROL[®]. W pracy przedstawiano także analizę porównawczą kosztów zużycia zasobów medycznych przy zastosowaniu zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca oraz metod tradycyjnych.

Materiał i metody

Praca przedstawia doświadczenia własne oraz przegląd piśmiennictwa zajmującego się problematyką biegunek w oddziałach szpitalnych oraz zasad postępowania, mających na celu zmniejszenie ryzyka powikłań związanych z nietrzymaniem stolca. Analizie poddano 5 pacjentów, u których z powodu wystąpienia biegunki zastosowano Flexi-Seal[®] CONTROL[®]. Wszyscy chorzy leczeni byli z powodu ostrej i przewlekłej niewydolności oddechowej, wymagali mechanicznej wentylacji. Badania prowadzono w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Krakowie. Najdłuższy czas utrzymania zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca to piętnaście dni, najkrótszy – dwadzieścia cztery godziny. U wszystkich chorych stosowano analgesję we wlewie ciągłym (wlew z midazolamu i fentanyl). Z powodu ogólnego stanu zdrowia stosowano antybiotykoterapię. Obserwację przeprowadzono w 2013 roku oraz w styczniu i lutym 2014 roku. W badaniach nad oceną bezpieczeństwa zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca

Flexi-Seal[®] CONTROL[®]: wykorzystano analizę prospektywną, posługującą się następującymi technikami badawczymi: obserwacją, analizą dokumentacji medycznej chorego (karta indywidualnej obserwacji i pielęgnacji pacjenta, historia choroby). Wszystkie czynności związane z założeniem i utrzymaniem zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca odnotowywano w indywidualnej karcie obserwacji i pielęgnacji pacjenta.

Wyniki

Według definicji biegunka to stan, w którym pacjent oddaje stolce o zbyt luźnej konsystencji – płynne lub półpłynne, ze zwiększoną częstotliwością, trzy lub więcej stolców na dobę i/lub w zwiększonej ilości powyżej 200 ml/dobę [4]. Najczęściej wymieniane w literaturze przyczyny biegunek to: infekcje bakteryjne, infekcje wirusowe, pasożyty, reakcje na leki – głównie antybiotyki, kontaminacja sprzętu do żywienia dojelitowego, choroby jelit oraz zaburzenia czynnościowe jelit [5]. Każdy przypadek wystąpienia biegunki, szczególnie u pacjentów w oddziale intensywnej terapii, neurologii, chirurgii, oddziałach opieki paliatywnej, powinien z założenia traktowany być jako potencjalne źródło zakażenia. Do najgroźniejszych patogenów biorących udział w zakażeniach szpitalnych, dla których głównym rezerwuarem jest układ pokarmowy, należą *Enterokoki* oraz *Clostridium difficile* [6]. *Clostridium difficile* jest najczęstszą przyczyną szpitalnych biegunek, można ją znaleźć nawet u ponad 30% hospitalizowanych bezobjawowo pacjentów [7]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), *Clostridium difficile* znajduje się w czołówce głównych przyczyn powodujących zgony w krajach wysokorozwiniętych. Bakteria ta produkuje toksyny będące przyczyną rzekomobłoniastego zapalenia jelit – choroby, która może mieć różnorodny przebieg: począwszy od łagodnej biegunki do ostrego zapalenia jelita grubego oraz toksycznej okrzężnicy olbrzymiej, prowadzące często do sepsy, a nawet śmierci. Może się rozwijać i doprowadzić do radykalnych operacji, takich jak kolektomia [8]. W Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Krakowie najczęstszą przyczyną wystąpienia biegunek u pacjentów jest reakcja na leki, w tym środki przeciwszczepające. Pacjenci wentylowani są mechanicznie, często utrzymywani w śpiączce farmakologicznej, poprzez zastosowanie analgesodacji we wlewie ciągłym (wlew z midazolamu i fentanylu). Ciągła podaż fentanylu powoduje osłabioną perystaltykę jelit, w konsekwencji prowadzącą do zapor. Po wykonaniu lewatywy, a także aplikacji leków przeciwszczepających często pojawia się biegunka w postaci płynnych lub półpłynnych stolców. Tradycyjna metoda pielęgnacji pacjenta z biegunką – przez zakładanie podkładów jednorazowych i pieluchomajtek jest niezwykle uciążliwa i czasochłonna dla personelu pielęgniarstwa. Pacjent z problemem nietrzymania stolca w czasie jednego dyżuru może wymagać wielokrotnej zmiany pościeli, aby zmniejszyć ekspozycję skóry na wilgoć, kał i drobno-

ustroje [10]. Zanieczyszczona pościel jest źródłem przykrego zapachu, stwarza dyskomfort i zakłopotanie dla pacjenta. W celu uniknięcia tych problemów personel pielęgniarski często zmienia pościel, tracąc czas, który można wykorzystać na wykonywanie innych, ważnych zadań wymagających wysokich kwalifikacji. Zmiana zanieczyszczonej bielizny, pościeli i sprzętu u osób z problemem nietrzymania stolca, dodatkowo komplikowana jest poprzez szczególną konieczność przestrzegania zasad, mających na celu zapobieganie przenoszenia zakażeń szpitalnych, zwłaszcza tych wywołanych przez *Clostridium difficile* [11]. Poszukiwania jak najlepszego rozwiązywania w pielęgnacji pacjentów z biegunką w oddziałach szpitalnych trwają na całym świecie. Kraje Europy Zachodniej, USA i Kanada pracują nad standardami postępowania, których głównym celem jest bezpieczeństwo pacjenta i personelu.

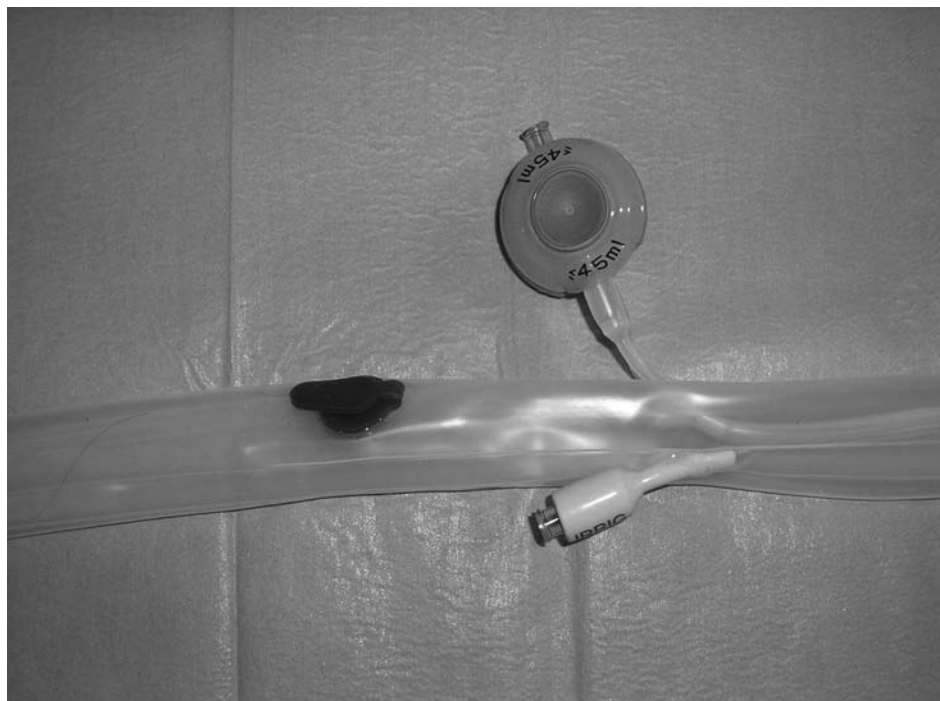
Jedną z metod pielęgnacji pacjentów z biegunką jest stosowanie zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca Flexi-Seal[®] CONTROL[®] (fot. 1). System składa się z miękkiego, silikonowego rękawa o długości ok. 165 centymetrów, wyposażonego w pierścieniowy, silikonowy, niskociśnieniowy balonik na jednym z końców, a na drugim końcu znajduje się łącznik kołnierzowy, służący do połączenia z workiem zbiorczym.

Fotografia 1. Zamknięty system do kontrolowanej zbiórki stolca [fot. J.R.]



Balonik pokrywa się żelem ułatwiającym aplikację i wprowadza się przez zwieracz odbytu tak, aby znalazł się w bańce odbytnicy. Balonik należy wypełnić 45 ml wody lub soli fizjologicznej. Miękki, elastyczny balonik dopasowuje się do anatomii odbytu, skutecznie go uszczelniając, a tym samym minimalizując wyciek. Balonik został zaprojektowany z myślą o minimalizacji zagrożenia martwicą. System posiada zawór CONTROL, który wyczuwa, kiedy balonik retencyjny jest prawidłowo wypełniony i powoduje samoczynne zamknięcie [3]. Zestaw jest prosty w obsłudze, niebieska kieszonka na palec jest łatwa do zauważenia i zaprojektowana – z myślą o prostym zakładaniu za pomocą jednego palca. Rękaw silikonowy ma niebieski kanał umożliwiający skuteczną irygację, a także możliwość podawania leków. Każdy zestaw zawiera jeden worek na stolec, o pojemności 1000 ml. Worek jest koloru białego, ze wskaźnikiem zapełnienia worka i podglądem zapewniającym pacjentowi dyskrecję. Zestaw do kontrolowanej zbiórki stolca Flexi-Seal[®] CONTROL[®] ma ponadto trzeci, dodatkowy port, służący do pobierania materiału do badań (fot. 2), a worki zbiorcze zawierają filtr węglowy.

Fotografia 2. Zawór Control, port do irygacji, port do pobierania materiału do badań [fot. J.R.]



Cały zestaw można stabilnie przymocować do łóżka za pomocą uniwersalnego paska. Minimalizuje to ryzyko skażenia otoczenia na skutek rozlania stolca (fot. 3). Flexi-Seal[®] CONTROL[®] jest zarejestrowany i przeznaczony specjalnie do kontrolowanej zbiórki stolca u osób, u których kał jest płynny lub półpłynny [12].

Fotografia 3. Worek zbiorczy ze stolcem [fot. J.R.]



Liczba pacjentów, przebieg oraz czas stosowania zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca

Ogółem analizie poddano 5 pacjentów, u których z powodu płynnych i półpłynnych stolców założono zamknięty system do kontrolowanej zbiórki stolca. Wszyscy pacjenci na oddział intensywnej terapii zostali przyjęci z powodu ostrej niewydol-

ności oddechowej. W grupie obserwowanych pacjentów byli mężczyźni i kobiety. Część chorych, oprócz wentylacji mechanicznej, leczonych było ciągłymi technikami oczyszczania krwi. Każdy miał założony centralny dostęp naczyniowy, zazwyczaj miejscem założenia dostępu była żyła szyjna zewnętrzna lub żyła podobojczykowa. Zdarzają się pacjenci, u których wkłucie centralne zakładane jest do żyły udowej – często w przypadku konieczności leczenia pacjenta ciągłymi technikami pozaustrojowego oczyszczania krwi. Pielęgnacja wkłucia w tym miejscu jest niezwykle trudna, a sytuacja dodatkowo komplikuje się w momencie, gdy u pacjenta wystąpi biegunka. W takich przypadkach założenie zamkniętego systemu do zbiórki stolca staje się bardzo praktyczne i bezpieczne. Pacjenci, u których założono Flexi-Seal CONTROL[®], to osoby dorosłe. Zestaw zakładano w pierwszej dobie występowania biegunki. Najkrótszy czas stosowania zestawu to dwadzieścia cztery godziny, najdłuższy – piętnaście dni. Maksymalny czas stosowania jednego zestawu, według producenta, to dwadzieścia dziewięć dni. Pojawienie się biegunki u pacjenta w oddziale intensywnej terapii komplikuje leczenie i pielęgnację chorego. Diagnostyka biegunek jest niezwykle trudna, ze względu na brak możliwości zebrania wywiadu, a także ogólny ciężki stan pacjenta [13]. Pierwszym krokiem w momencie pojawienia się płynnych stolców jest identyfikacja, oraz, jeśli to możliwe, eliminacja przyczyn nietrzymania stolca. Najczęstszą przyczyną pojawienia się biegunki jest lewatywa, a także podanie środków przeczyszczających u pacjentów z zaparciami. Jeśli jednak pojawienie się płynnych i półpłynnych stolców nie jest skutkiem lewatywy, chorego diagnozuje się w kierunku *Clostridium difficile*. *Clostridium difficile* powinno być diagnozowane u każdego pacjenta, u którego wystąpi obraz ostrego brzucha bez innej uchwytnej przyczyny, bieguncie towarzyszy wysoka leukocytoza, gdy wodnista biegunka rozwinęła się po antybiotykoterapii, leczonego inhibitorami pompy protonowej oraz z niskim poziomem albumin [4, 14]. W oddziałach intensywnej terapii, neurologii i chirurgii nie tylko diagnostyka biegunek jest trudna, ale także ich leczenie, zwłaszcza gdy biegunka jest wynikiem zakażenia *Clostridium difficile*. W leczeniu zakażenia tą bakterią trudność sprawia fakt, że większość pacjentów równocześnie leczonych jest z powodu innego zakażenia, odstawienie antybiotyku jest więc trudne, a często niemożliwe [4, 14]. Konsekwencją długotrwałego unieruchomienia chorego jest możliwość wystąpienia odleżyn. Odleżyny stanowią istotny problem w pielęgnacji pacjenta, zwłaszcza gdy zlokalizowane są w okolicy kości krzyżowej, kości biodrowej lub szpary pośladkowej. Pielęgnację i leczenie takiej rany utrudnia pojawienie się płynnych stolców. Płynne stolce zanieczyszczają opatrunek i penetrują do rany. W takich przypadkach zakładanie zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca ma zasadnicze znaczenie. U dwóch obserwowanych pacjentów, rana odleżynowa zlokalizowana była w szparze pośladkowej. Standardowo zakładano Flexi-Seal CONTROL[®]. Fotografia 4 przedstawia pacjenta z odleżyną zlokalizowaną w szparze pośladkowej i pośladkach, u którego z powo-

du pojawienia się płynnych stolców, założono zamknięty system do kontrolowanej zbiórki stolca. Stosowanie tego systemu zapobiega również powstawaniu odleżyn.

Fotografia 4. Pacjent z odleżyną, z założonym zamkniętym systemem do kontrolowanej zbiórki stolca [fot. J.R.]



Narażenie skóry krocza na wilgoć i kał zwiększa ryzyko rozwoju stanu zapalnego i owrzodzenia [1, 15]. Odprowadzając kał i gromadząc go w worku dołączonym do silikonowego rękawa, a przez to minimalizując ryzyko wycieku, system Flexi-Seal CONTROL[®] przyczynia się do zmniejszenia częstości występowania odleżyn i powikłań z nimi związanych [2].

Jedną z bardzo ważnych zalet stosowania zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca u pacjentów hospitalizowanych jest możliwość prowadzenia dokładnego bilansu płynów. Prowadzenie bilansu płynów, gdy płynne stolce wchłaniają się do pieluchomajtek, jest mało precyzyjne. Dzięki workom zbiorczym, w które wyposażony jest każdy zestaw, można dokładnie monitorować objętość stolców i wliczać je do bilansu płynów. Ilość przyjmowanych, a także wydalanych płynów jest zasadniczym parametrem w leczeniu ciężko chorych pacjentów. Każdego pacjenta z założonym zamkniętym systemem do kontrolowanej zbiórki stolca obserwowano w kierunku objawów niepożądanych. Na pięć założonych zestawów, u dwóch pacjentów

zaobserwowano niewielkie przeciekanie (prawdopodobnie związane z upośledzoną czynnością zwieraczy odbytu), prowadzące do umiarkowanego zabrudzenia podkładu jednorazowego i bielizny pościelowej. U jednego pacjenta zestaw samoistnie się wysunął. Zakładanie tego systemu w przypadku nietrzymania stolca wiąże się ze znaczącym zmniejszeniem zużycia materiałów medycznych, minimalizacją kosztów związanych z pielęgnacją pacjenta, a także skróceniem czasu pracy personelu medycznego [16]. Z analizy literatury wynika, że pielęgnacja pacjenta z problemem nietrzymania stolca jest bardzo kosztowna, nie tylko z uwagi na koszty bezpośrednie związane ze zużyciem sprzętu i czasu pracy pielęgniarek, ale także pośrednie, spowodowane koniecznością leczenia odleżyn i zakażeń szpitalnych [17]. W czasie obserwacji pacjentów dokonano analizy porównawczej: ile kosztuje pielęgnacja pacjenta z biegunką w ciągu pięciu dni w oddziale intensywnej terapii przy zastosowaniu tradycyjnych metod, w porównaniu z pielęgnacją pacjenta z założonym systemem Flexi-Seal[®] CONTROL[®]. Z przeprowadzonych wyliczeń wynika, że koszt założenia systemu Flexi-Seal[®] CONTROL[®] zwraca się już po 4 dniach stosowania. Analizując koszty pielęgnacji pacjenta z biegunką metodami tradycyjnymi, brano pod uwagę zużycie takich materiałów, jak: pieluchomajtki, podkłady jednorazowe, prześcieradła, fartuchy i rękawiczki jednorazowe, środki myjące, środki do pielęgnacji skóry, utylizację odpadów medycznych, a także czas pracy personelu pielęgniarstwa. Oszczędności wynikające z zapobiegania zakażeniom są wręcz nie do oszacowania. Warto podkreślić, że zapobieganie zakażeniom kosztuje znacznie mniej niż leczenie ich następstw [13], a zapewnienie pacjentom komfortu i godności, jaki gwarantuje zamknięty system do kontrolowanej zbiórki stolca, nie podlega żadnej kalkulacji cenowej.

Wnioski

Na podstawie analizy literatury i doświadczeń własnych można stwierdzić, że stosowanie zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca Flexi-Seal[®] CONTROL[®], jest bezpieczne dla pacjenta i łatwe w użyciu. Stosowanie tego systemu pozwala oszczędzać czas pracy personelu pielęgniarstwa. Zaoszczędzony czas można wykorzystać na inne ważne czynności pielęgnacyjne. System jest przyjazny dla pacjenta i personelu. Stosowanie Flexi-Seal[®] CONTROL[®] zmniejsza ryzyko uszkodzenia skóry poprzez efektywną kontrolę i odprowadzenie kału, chroni skórę i ranę przed szkodliwym działaniem stolca, a także zmniejsza ryzyko uszkodzenia błony odbytu, dzięki zastosowaniu niskiego ciśnienia w baloniku retencyjnym [18]. Z doświadczeń wynika, że system jest łatwy do założenia i usunięcia. U większości pacjentów można było utrzymać system na miejscu do chwili jego usunięcia. Z uwagi na fakt, że pacjenci przebywający w oddziale intensywnej terapii są nieprzytomni,

zebranie wywiadu jest niemożliwe, trudno określić subiektywne odczucia pacjenta związane ze stosowaniem tego systemu. Istotne znaczenie ma stosowanie systemu w przypadku wystąpienia biegunki spowodowanej *Clostridium difficile* czy innych bakterii, np. *Salmonelli*. Zakładanie zestawu zapobiega szerzeniu się zakażeń krzyżowych [19]. Niniejszy system stanowi ważną alternatywę w leczeniu biegunki i nietrzymania stolca u pacjentów hospitalizowanych. Warto iść za przykładem innych krajów Europy i wypracować standard postępowania w przypadku wystąpienia biegunki, którego ważnym elementem będzie zakładanie zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca. Ważne jest, aby poprawiać i doskonalić opiekę nad pacjentami przebywającymi w oddziałach szpitalnych. Należy opracowywać standardy opieki pielęgniarskiej, pełnią one bowiem rolę przewodnika zawodowego, zawierają zbiór reguł i sposobów postępowania i prowadzą do systematycznego wzrostu jakości opieki pielęgniarskiej [20].

Bibliografia

1. Gray M., Ratliff C., Donovan A., Perineal Skin Care for Theincontinent Patient. *Adv Skin Wound Care*. 2002, 15: 170–175.
2. Padmanabhan A. i wsp., Ocena kliniczna silikonowego systemu umożliwiającego kontrolowaną zbiórkę stolca. *American Journal Of Critical Care*. 2007, 16: 384–393.
3. Flexi-Seal CONTROL – ulotka informacyjna ConvaTec. 2013.
4. Mrukowicz J., Daniel P., [w:] *Kompendium medycyny praktycznej. Choroby wewnętrzne*. A. Szczeklik, P. Gajewski (red.). Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2009.
5. Internal Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders, *Diarrhea in Adults and Children*, NIH Publication No. 07-2749, March 2007, revised and updated April 2009.
6. Karwowska K. i wsp., Powikłania pokarmowe w oddziale intensywnej terapii. *Farmacja Współczesna* 2011, 4: 80–82.
7. *Epidemiology and Molecular Characterization of C. Diff. Strains from Patients with Diarrhea: Low Disease Incidence and Evidence of Limited Cross – Infection in a Swedish Teaching Hospital*. *Journal of Clinical Microbiology*. 2003, 41, 9: 4031–4037.
8. Soni N., *Nosocomial Infection*, [w:] A.D.Bernstein, N. Soni, *Oh's Intensive Care Manual*; Elsevier 2009, 719–729.
9. Wiesen P., Van Gossum A., Preiser J.-C., *Diarrhea in the Critically Ill*, *Curr Opin Crit Care* 2006, 12: 149–154.
10. Gray M., *Preventing and Managing Perineal Dermatitis: a Shared Goal for Wound and Continence Care*. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2004, 31 (1 suppl): S2–S9.
11. Bartlett JG., *Clinical Practice; Antibiotic-associated Diarrhea*. *N Engl J Med*. 2002, 346: 334–339.
12. *Flexi-seal Fecal Management System*. Princeton, NJ: ConvaTec, a Division of E.R. Squibb & Sons, LLC 2006.

13. Rudek J., Standardy postępowania w przypadku wystąpienia biegunki u pacjenta w oddziale intensywnej terapii (OIT) – przegląd literatury. Materiały zjazdowe XV Konferencji Naukowej PSPE, Wisła 2012.
14. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków, Zakażenia Clostridium Difficile, diagnostyka, terapia, profilaktyka, Warszawa 2011.
15. Keller B.P., Wille J., van der Werken C., Pres-Sure Ulcers in Intensive Care Patients: a Review of Risks and Prevention. *Intensive Care Med.* 2002, 28: 1379–1388.
16. Rudek J., Porównawcza ocena zużycia zasobów medycznych przy zastosowaniu zamkniętego systemu do kontrolowanej zbiórki stolca oraz metod tradycyjnych. Plakat naukowy prezentowany na XVII Międzynarodowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Gdańsk 2011.
17. Miner P.B. Jr., Economic and Personal Impact of Fecal and Urinary Incontinence. *Gastroenterology* 2004, 126 (1 suppl 1): S8–S13.
18. Porównanie kosztów opieki nad pacjentem z nietrzymaniem stolca przy zastosowaniu tradycyjnych metod oraz systemu Flexi-Seal SIGNAL FMS, ulotka informacyjna. ConvaTec 2010.
19. Wyszomirska B., Flexi-Seal Signal jako wsparcie w walce z niewidzialnym wrogiem, pałeczką Salmonella. Plakat naukowy prezentowany na XVII Międzynarodowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Gdańsk 2011.
20. Adamczyk. K., Turowski K., Wybrane szczegółowe standardy pielęgniarstwa klinicznego. Neurocentrum. Lublin 1996.

Mariola Seń, Dorota Lizak

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Wiedza uczniów na temat zagrożeń płynących z palenia papierosów – wyniki badań ankietowych

Knowledge of students selected secondary schools on the health risks
of smoking cigarettes in a survey

Abstract

Tobacco smoking is a serious and complex social problem. Begin smoking at an early age is associated with subsequent intensity and long-term durability of addiction, which increases significantly the risk of the future of many serious diseases, including cancer. The aim of this study was to assess students' knowledge of selected secondary schools in Krakow on the health risks of smoking cigarettes. The study was performed by means of an anonymous survey of its own design. The results were statistically analyzed using Statistica 9.0. The study involved 209 (36.93%) students from junior high schools and 357 (63.07%) students attending the school. Most of them were residents of Krakow (65.05%), nearby towns and villages (10.93%) and rural areas (24.01%). Students in both middle school (94.26%) and high school (96.92%) recognize the link between cigarette smoking and lung cancer illness and larynx, much less of the respondents discerned the relationship between smoking and myocardial infarction (36.84% junior high school students and 47.90% of high school students) or stroke (only 8.14% high school students and 6.44% of pupils in upper secondary schools). The knowledge of students about the diseases caused by tobacco addiction is fragmentary and incomplete particularly with regard to the relationship between smoking and the incidence of cardiovascular disease – vascular.

Key words: student, the period of adolescence, smoking, health risks

Wprowadzenie

Z badań wynika, że 29% dorosłych Polaków pali codziennie, a 2% sięga po papierosy okazjonalnie. Łącznie jest to więc około 9 milionów Polaków (Raport Ministerstwa Zdrowia z 1 marca 2010). To znacznie więcej niż w krajach Unii Europejskiej. Uzależnienie od nikotyny u nastolatków rozpoczyna się znacznie szybciej, niż dotąd uważano (DiFranza i wsp. 2002). Objawy uzależnienia mogą wystąpić już w ciągu pierwszych tygodni palenia, i to również wtedy, gdy nastolatek wypala tylko dwa

papierosy w tygodniu. Badania nowozelandzkiej młodzieży wykazały, że co czwarty nastolatek ma objawy uzależnienia już po wypaleniu od 1 do 4 papierosów. Według WHO, w Europie regularnie pali około 30% młodzieży, która wypala 3–4 miliardy papierosów rocznie. W Polsce odsetek palącej młodzieży jest równie wysoki, a wiek inicjacji nikotynowej wynosi wśród chłopców 8, a dziewcząt – 12 lat [6]. Nastolatki sięgają po papierosy z ciekawości, chęci naśladowania dorosłych, chcą zaimponować otoczeniu, a także kieruje nimi przekora i sprzeciw wobec autorytetów. Brak im również świadomości, jak bardzo nikotyna uzależnia. Identyfikacja czynników sprzyjających rozpoczęciu i kontynuowaniu palenia w danej grupie powinna przyczynić się do wprowadzania profesjonalnie przygotowanych i długotrwałe realizowanych szkolnych programów profilaktyki. Palenie papierosów i innych wyrobów tytoniowych to poważny i złożony problem społeczny. Rozpoczęcie palenia we wczesnej młodości ma związek z późniejszą intensywnością i długotrwałością nałogu, co istotnie zwiększa ryzyko występowania wielu poważnych chorób, m.in. nowotworowych i przedwczesnej miażdżycy, które są jedną z głównych przyczyn umieralności. Umieralność z powodu chorób odtytoniowych dotyczy osób dorosłych, ale początki nałogu zazwyczaj sięgają okresu adolescencji, a wiek sięgnięcia po pierwszego papierosa stale się obniża [1].

Cel badań

Celem badań była próba oceny wiedzy na temat zagrożeń zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu wśród młodzieży w wieku gimnazjalnym i ponadgimnazjalnym, uczęszczającej do szkół na terenie miasta Krakowa, wybranych na podstawie badań ankietowych.

Materiał i metody

Badania wykonano za pośrednictwem anonimowej ankiety własnej. Wyniki opracowano za pomocą pakietu statystycznego programu Microsoft Excel oraz Statistica 9.0. Aby scharakteryzować badaną zbiorowość, posłużono się wskaźnikami procentowymi. Do weryfikacji hipotez statystycznych wykorzystano test χ^2 , stosowany przy testowaniu zmiennych nieparametrycznych. Analizy hipotez badawczych dokonano na poziomie istotności $p \leq 0,01$. Wszystkie dane przedstawiono w tabelach liczości, w których zaprezentowano parametry liczbowe odpowiedzi respondentów (n), jak i wartości procentowe (%), wraz z interpretacją wartości testu χ^2 Pearsona.

Badanie ankietowe przeprowadzono w pięciu krakowskich szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych – były to: Gimnazjum nr 33, ul. Rydygiera 20 i Gimnazjum nr 48, os. Kolorowe 29a, Liceum Ogólnokształcące nr 28, ul. T. Czackiego 11 i Liceum Ogólnokształcące nr XII, os. Kolorowe 29 oraz Zespół Szkół Ekonomicznych, os. Spółdzielcze 6. W badaniu wzięło udział 209 (36,93%) uczniów z klas gimnazjalnych (54,21% chłopców i 45,79% dziewczyn) i 357 (63,07%) uczniów ponadgimnazjalnych (40,56% chłopców; 59,44% dziewczyn) (tabela 1).

Tabela 1. Wiek i płeć badanych według rodzaju szkoły

Poziom kształcenia	Płeć	
	Kobiety	Mężczyźni
Szkoła ponadgimnazjalna (n)	214	146
%	59,44%	40,56%
Szkoła gimnazjalna (n)	87	103
%	45,79%	54,21%
Razem (n)	301	249
% z całości	54,73%	45,27%

W większości byli to mieszkańcy Krakowa (65,05%), pobliskich miast i miasteczek (10,93%) oraz wsi (24,01%). W tabeli 2 przedstawiono miejsce zamieszkania uczniów z podziałem na rodzaj szkoły.

Tabela 2. Miejsce zamieszkania badanych według rodzaju szkoły

Poziom kształcenia	miejsce zamieszkania			
	wieś	miasto do 100 tys.	miasto powyżej 100 tys.	miasto powyżej 500 tys.
Szkoła ponadgimnazjalna (n)	108	1	4	247
%	30,00%	0,28%	1,11%	68,61%
Szkoła gimnazjalna (n)	26	34	13	125
%	13,13%	17,17%	6,57%	63,13%
Razem (n)	134	35	17	372
% z całości	24,01%	6,27%	3,05%	66,67%

Wyniki

Do palenia papierosów przyznało się 10,45% gimnazjalistów i aż 26,97% uczniów szkół ponadgimnazjalnych (tabela 3).

Tabela 3. Palenie papierosów wśród uczniów klas gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych

Czy obecnie palisz papierosy?	Szkoła ponadgimnazjalna	Szkoła gimnazjalna	Razem
tak	95	22	117
%	81,20%	18,80%	
nie	264	176	440
%	60,00%	40,00%	
Razem	359	198	557
%	64,45%	35,55%	100,00%
	Chi-kwadr.	df	p
Chi ² Pearsona	18,12449	df = 1	p = 0,00002

Tabela 4. Palenie tytoniu a ocena wyników nauczania uczniów

Czy obecnie palisz papierosy?	Jak oceniasz swoje wyniki w nauce?				Razem
	Bardzo dobre	Dobre	Dostateczne	Niedostateczne	
tak	6	36	71	4	117
%	5,13%	30,77%	60,68%	3,42%	
nie	90	210	131	4	435
%	20,69%	48,28%	30,11%	0,92%	
Razem	96	246	202	8	552
%	17,39%	44,57%	36,59%	1,45%	100,00%
	Chi-kwadr.	df		p	
Chi ² Pearsona	46,69688	df = 3		p = 0,00000	

Ponad połowa ankietowanych (57,39%) stwierdziła, że pali papierosy codziennie najczęściej od 1 do 10 sztuk. Istotnie częściej palenie deklarowała młodzież uzyskująca oceny dostateczne (60,68%), w porównaniu z uzyskującymi oceny dobre (30,77%), czy bardzo dobre (5,13%; $p = ,00000$) (tabela 4), a także – co zastanawia – oceniająca swoje zdrowie w kategoriach: dobre (41,88%) i bardzo dobre (34,19%), rzadziej ani dobre, ani złe (17,95%), czy złe (5,98%) ($p = ,03499$) (tabela 5).

Uczniowie gimnazjum (65,01%) niemal dwukrotnie częściej w porównaniu z młodzieżą uczęszczającą do liceum lub technikum (34,99%), wyrazili opinię, że są dobrze poinformowani o negatywnych skutkach palenia tytoniu (tabela 6).

Tylko co piąty palący uczeń deklarował, że ma wystarczającą wiedzę w tym zakresie (tabela 7). Wiedzę tę częściej deklarowali mieszkańcy dużego miasta (68,18%), w porównaniu z młodymi mieszkającymi na wsi (22,01%) lub małym mieście (6,7%) (tabela 8).

Tabela 5. Palenie tytoniu a ocena stanu zdrowia uczniów

Czy obecnie palisz papierosy?	Jak oceniasz swój stan zdrowia?				
	Bardzo dobry	Dobry	Ani dobry, ani zły	Zły	Wiersz
tak	40	49	21	7	117
%	34,19%	41,88%	17,95%	5,98%	
nie	191	190	46	13	440
%	43,41%	43,18%	10,45%	2,95%	
Razem	231	239	67	20	557
%	41,47%	42,91%	12,03%	3,59%	100,00%
	Chi-kwadr.	df	p		
Chi ² Pearsona	8,607300	df = 3	p = 0,03499		

Tabela 6. Opinia uczniów na temat informacji dotyczącej skutków palenia (wg rodzaju szkoły)

Czy uważasz, że jesteś dobrze poinformowany o negatywnych skutkach palenia?	Szkoła gimnazjalna	Szkoła ponad gimnazjalna	Razem
tak	275	148	423
%	65,01%	34,99%	
nie	29	28	57
%	50,88%	49,12%	
nie wiem	56	28	84
%	66,67%	33,33%	
Razem	360	204	564
%	63,83%	36,17%	100,00%
	Chi-kwadr.	df	p
Chi ² Pearsona	4,690838	df=2	p=0,09581

Tabela 7. Wiedza na temat skutków palenia tytoniu wśród uczniów deklarujących palenie

Czy uważasz, że jesteś dobrze poinformowany o negatywnych skutkach palenia?	Czy obecnie palisz papierosy?		
	Tak	Nie	Razem
tak	87	330	417
%	20,86%	79,14%	
nie	11	43	54
%	20,37%	79,63%	
nie wiem	19	65	84
%	22,62%	77,38%	
Razem	117	438	555
%	21,08%	78,92%	100,00%
	Chi-kwadr.	df	p
Chi ² Pearsona	,1477076	df = 2	p = 0,92881

Tabela 8. Wiedza na temat skutków palenia (wg miejsca zamieszkania)

Czy uważasz, że jesteś dobrze poinformowany o negatywnych skutkach palenia?	Wieś	miasto do 100 tys.	miasto powyżej 100 tys.	miasto powyżej 500 tys.	Razem
tak	92	28	13	285	418
%	22,01%	6,70%	3,11%	68,18%	
nie	15	5	2	33	55
%	27,27%	9,09%	3,64%	60,00%	
nie wiem	27	2	2	52	83
%	32,53%	2,41%	2,41%	62,65%	
Razem	134	35	17	370	556
%	24,10%	6,29%	3,06%	66,55%	100,00%
	Chi-kwadr.	df	p		
Chi ² Pearsona	7,106140	df = 6	p = 0,31114		

Młodzież deklarująca palenie papierosów przyznaje, że jeden z rodziców lub oboje rodziców, to nałogowi palacze (55% ojciec, 52,38% matka w gimnazjum oraz 37% matka i 51,06% ojciec w szkole ponadgimnazjalnej). Dwie trzecie respondentów (71,98% gimnazjalistów vs 76,75% szkoła ponadgimnazjalna) twierdzi, że papierosy są zagrożeniem dla zdrowia. Uczniowie zarówno gimnazjum, jak i liceum i technikum dostrzegają związek pomiędzy paleniem papierosów a występowaniem niektórych chorób odtytoniowych. Niemal dwukrotnie częściej wiedzę na ten temat zaobserwowano wśród uczniów uczęszczających do szkół ponadgimnazjalnych. Związek między nałogiem a występowaniem zachorowania na nowotwory płuc i krtani deklarowało 64,27% uczniów w wieku 16–19 lat i tylko 35,73% gimnazjalistów, w przypadku rozedmy płuc było to 67,11% młodzieży ponadgimnazjalnej i 32,83% gimnazjum, a w odniesieniu do zawału serca 68,95% licealistów i 31,05% uczniów w wieku 12–15 lat. Ponad dwie trzecie młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych (72,67%) i częściej niż co czwarty gimnazjalista (27,33%), dostrzega także zależność pomiędzy nałogiem a przewlekłym kaszlem i chrypką. Nieco mniej uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych widzi związek między paleniem a udarem mózgu – 60%. W przypadku gimnazjalistów odsetek ten jest nieco wyższy w porównaniu z pozostałymi chorobami odtytoniowymi (40%) (tabela 9).

W ankiecie zadano młodym ludziom pytanie: jakie działania należałoby podjąć, aby zmniejszyć liczbę młodzieży palącej wyroby tytoniowe? Nastoletnia młodzież proponuje m.in. wprowadzenie i egzekwowanie zakazu palenia na terenie szkoły (52,15% gimnazjum vs 35,57% szkoła ponadgimnazjalna; $p = ,00011$), podniesienie cen papierosów (61,27% gimnazjum vs 32,49% szkoła ponadgimnazjalna; $p = ,00000$), mówienie o szkodliwości palenia, szczególnie w mediach (59,71% gimnazjum vs 58,82% szkoła ponadgimnazjalna; $p = ,83693$), realizacja środowiskowych programów zdrowotnych z aktywnym udziałem uczniów (13,73% gimnazjum vs 24,37% szkoła ponadgimnazjalna; $p = ,00266$).

Tabela 9. Schorzenia wywołane paleniem (wg rodzaju szkoły)

Czy nowotwory płuc i krtani mogą być wywołane paleniem tytoniu?	Szkoła ponadgimnazjalna	Szkoła gimnazjalna	Razem
tak	349	194	543
%	64,27%	35,73%	
nie	11	12	23
%	47,83%	52,17%	
Razem	360	206	566
%	63,60%	36,40%	100,00%
	Chi-kwadr.	df	p
Chi ² Pearsona	2,578220	df = 1	p = 0,10834
Czy rozedma płuc może być wywołane paleniem tytoniu?	Szkoła ponadgimnazjalna	Szkoła gimnazjalna	Razem
tak	223	109	332
%	67,17%	32,83%	
nie	137	97	234
%	58,55%	41,45%	
Razem	360	206	566
%	63,60%	36,40%	100,00%
	Chi-kwadr.	df	p
Chi ² Pearsona	4,407406	df = 1	p = 0,03578
Czy zawał mięśnia sercowego może być wywołany paleniem tytoniu?	Szkoła ponadgimnazjalna	Szkoła gimnazjalna	Razem
tak	171	77	248
%	68,95%	31,05%	
nie	189	129	318
%	59,43%	40,57%	
Razem	360	206	566
%	63,60%	36,40%	100,00%
	Chi-kwadr.	df	p
Czy udar mózgu może być wywołany paleniem tytoniu?	Szkoła ponadgimnazjalna	Szkoła gimnazjalna	Razem
tak	24	16	40
%	60,00%	40,00%	
nie	336	190	526
%	63,88%	36,12%	
Razem	360	206	566
%	63,60%	36,40%	100,00%
	Chi-kwadr.	df	p

Czy nowotwory płuc i krtani mogą być wywołane paleniem tytoniu?	Szkoła ponadgimnazjalna	Szkoła gimnazjalna	Razem
tak	349	194	543
Chi ² Pearsona	,2415357	df = 1	p = 0,62310
Czy przewlekły kaszel i chrypka mogą być wywołane paleniem tytoniu?	Szkoła ponadgimnazjalna	Szkoła gimnazjalna	Razem
tak	226	85	311
%	72,67%	27,33%	
nie	134	121	255
%	52,55%	47,45%	
Razem	360	206	566
%	63,60%	36,40%	100,00%
	Chi-kwadr.	df	p
Chi ² Pearsona	24,50159	df = 1	p = 0,00000

Omówienie wyników

W Polsce obserwuje się wysoką konsumpcję papierosów – statystyczny mężczyzna wypala przeciętnie 20, a kobieta 14 papierosów dziennie. Nikotynizm jest nałogiem rozpowszechnionym nie tylko wśród dorosłych, ale i młodzieży, a ostatnio coraz częściej występuje nawet u dzieci w wieku szkolnym [2, 3, 4].

Naukowcy twierdzą, że rozpoczęcie palenia przed 18 rokiem życia wiąże się z późniejszą silniejszą intensywnością i długotrwałością nałogu, zwiększa też ryzyko zachorowania na wiele chorób [5]. Oznacza to, że około 250 mln obecnie palących młodych osób, w przyszłości może umrzeć z powodu chorób odtytoniowych [6]. Badania prowadzone wśród studentów na licznych polskich uczelniach pokazują, że prawie wszyscy palacze (78–98%) pierwsze próby palenia tytoniu podejmowali przed uzyskaniem pełnoletności, w wieku 15–16 lat [7, 8].

Badania HBSC (Health Behaviour in School-aged Children, realizowane w krajach europejskich co 4 lata) wskazują, że po papierosy sięgają uczniowie szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych [9]. Badania nad rozpowszechnieniem nikotynizmu wśród gimnazjalistów województwa wielkopolskiego (Kostiukow, Pioterek, Głowacka 2007) wskazują, że w szkołach gimnazjalnych inicjacja nikotynowa ma zwykle miejsce w wieku 14 lat. Największy odsetek ankietowanych (56,4%) zaczął palić w wieku gimnazjalnym, między 13 a 15 r.ż. [10]. Przeprowadzone badania uczniów szkół krakowskich wskazują na mniejszy odsetek palącej młodzieży w wieku 12–15 lat (10,45%); w wieku 16–19 lat odsetek ten wzrósł do 26,97%. Palili częściej uczniowie uzyskujący oceny dostateczne. Badania Ostaszewskiego i wsp. (2009) wskazują na podobny odsetek palącej młodzieży gimnazjalnej – w ciągu 30 dni poprzedzających badanie paliło regularnie ok. 9%

gimnazjalistów klas pierwszych i 17% klas drugich [11]. Z badań Kolbowskiej wynika, że w latach 1992–2003 obserwowano stopniowy wzrost odsetka uczniów szkół ponadgimnazjalnych regularnie palących (od 23 do 31,0%), ale wyniki ostatniego sondażu z 2008 r. świadczą o zmianie tej tendencji. Obecnie regularne palenie deklaruje tylko 22,0% respondentów i jest to najmniejszy odsetek ze wszystkich do tej pory notowanych [12]. Badania DiFranzy nad dziećmi ze stanu Massachusetts (USA) udowodniły, że objawy uzależnienia pojawiają się często w ciągu pierwszych tygodni palenia i to również wtedy, gdy nastolatek wypala jedynie dwa papierosy tygodniowo [13]. W badanej grupie palącej młodzieży krakowskiej ponad połowa ankietowanych nastolatków w wieku 12–19 lat (57,39%) twierdzi, że pali codziennie (1–10 sztuk).

W 2000 roku na choroby związane z paleniem zmarło przedwcześnie 4,8 mln osób na świecie, z czego ponad połowę stanowili palacze w wieku 30–69 lat. Prognozuje się, że w 2020 roku liczba zgonów spowodowanych paleniem tytoniu może wynieść 10 milionów. Najczęściej jako przyczyny zgonów osób palących wskazywano: choroby sercowo-naczyniowe (1 mln zgonów w krajach rozwiniętych i 0,7 mln zgonów w krajach rozwijających się), przewlekła obturacyjna choroba płuc (odpowiednio: 0,3 mln i 0,7 mln zgonów) oraz rak płuc (0,5 mln i 0,3 mln zgonów) [14]. Dwie trzecie respondentów ze szkół krakowskich (71,98% gimnazjalistów i 76,75% ze szkół ponadgimnazjalnych) twierdzi, że papierosy są zagrożeniem dla zdrowia. Uczniowie gimnazjum (65,01%) niemal dwukrotnie częściej w porównaniu z młodzieżą uczęszczającą do liceum lub technikum (34,99%) wyrażali opinię, że są dobrze poinformowani o negatywnych skutkach palenia tytoniu. Jednak to młodzież ponadgimnazjalna znacznie częściej od gimnazjalistów dostrzega zależność między nałogiem palenia a występowaniem chorób odytoniowych. Związek między paleniem a występowaniem raka płuc i krtani deklarowało 64,27% uczniów w wieku 16–19 lat i tylko 35,73% gimnazjalistów, w przypadku rozedmy płuc było to 67,11% młodzieży ponadgimnazjalnej i 32,83% gimnazjum, a w odniesieniu do zawału serca – 68,95% licealistów i 31,05% uczniów w wieku 12–15 lat. Ponad dwie trzecie młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych (72,67%) i częściej niż co czwarty gimnazjalista (27,33%) dostrzega także zależność pomiędzy nałogiem a przewlekłym kaszlem i chrypką. Nieco mniej uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych dostrzega związek między paleniem a udarem mózgu – 60,00%. W przypadku gimnazjalistów odsetek ten jest nieco wyższy w porównaniu z pozostałymi chorobami odytoniowymi (40%). Badania Staniszewskiej i wsp. (2010) dowodzą, że młodzież gimnazjalna potrafiła wymienić tylko niektóre choroby wynikające z nikotynizmu. O nowotworach płuc będących skutkiem palenia wiedziało 93,1% ankietowanych [9]. Natomiast gimnazjaliści wielkopolscy wśród następstw zdrowotnych nikotynizmu najczęściej wskazywali ogólnie na choroby układu oddechowego (96,0%) [10].

Realizacja edukacji zdrowotnej oraz szkolnego programu profilaktyki w zakresie problemów zdrowotnych i społecznych napotyka wiele barier. Trzeba więc szukać efektywnych sposobów poprawy jakości i skuteczności tych działań [15]. Należałoby zastanowić się, jak uchronić dzieci i młodzież przed nałogiem nikotynowym i jak przekonać o szkodliwości palenia. Odpowiednim krokiem jest podejmowanie działań określanych jako profilaktyka nikotynowa. Profilaktyka ta winna być zróżnicowana i dostosowana do grupy wiekowej. Nie powinna wzbudzać lęku u odbiorcy, a raczej być ukierunkowana na osobę, skoncentrowana na substancji powodującej uzależnienie oraz na promocji zdrowia. Młodzież powinna mieć dostęp do broszurek, ulotek, plakatów oraz możliwość spotkań ze specjalistami w tej dziedzinie. Skutecznej profilaktyki nie sposób realizować bez wsparcia rodziców, szkoły i pracowników ochrony zdrowia [6]. Aby zmniejszyć liczbę młodzieży sięgającej po wyroby tytoniowe, nastolatki z Krakowa proponują m.in. wprowadzenie i egzekwowanie zakazu palenia na terenie szkoły (52,15% gimnazjum vs 35,57% szkoła ponadgimnazjalna), podniesienie cen papierosów (61,27% gimnazjum vs 32,49% szkoła ponadgimnazjalna), poszerzenie kampanii informacyjnej dotyczącej szkodliwości palenia, szczególnie w mediach (59,71% gimnazjum vs 58,82% szkoła ponadgimnazjalna), realizowanie środowiskowych programów zdrowotnych z aktywnym udziałem uczniów (13,73% gimnazjum vs 24,37% szkoła ponadgimnazjalna).

Podsumowanie

Ze względu na fakt, że znaczna część młodzieży to czynni palacze (10,45% gimnazjalistów i aż 26,97% uczniów szkół ponadgimnazjalnych), a wiedza uczniów na temat chorób odtytoniowych, szczególnie wśród gimnazjalistów, jest niedostateczna, należałoby zintensyfikować działania edukacyjne, przygotowujące młodzież do skutecznego opierania się nałogowi i zwiększającego wiedzę o zdrowotnych skutkach palenia tytoniu. A także, zgodnie z sugestią samej młodzieży, wprowadzić i egzekwować zakaz palenia na terenie szkoły (52,15% gimnazjum vs 35,57% szkoła ponadgimnazjalna), podnieść cenę papierosów (61,27% gimnazjum vs 32,49% szkoła ponadgimnazjalna), więcej mówić o szkodliwości palenia, szczególnie w mediach (59,71% gimnazjum vs 58,82% szkoła ponadgimnazjalna) i realizować środowiskowe programy zdrowotne z udziałem uczniów (13,73% gimnazjum vs 24,37% szkoła ponadgimnazjalna). Młodzież w wieku 13–15 lat proponuje bardziej radykalne rozwiązania (zakaz palenia, wyższa cena papierosów), niż młodzież ze szkół ponadgimnazjalnych, gdzie przeważają propozycje działań edukacyjnych i aktywizacja samych uczniów.

Bibliografia

1. Mazur J., Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC 2010, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Warszawa 2010, 11.
2. Feliksiak M. (oprac.), Raport CBOS. Postawy Polaków wobec palenia papierosów. www.cbos.pl, Warszawa 2008.
3. Jethon Z., Grzybowski A., Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa. PZWL, Warszawa 2000.
4. Pirogowicz I., Pomorski M., Jerzowiecka M., Steciwko A., Palenie tytoniu wśród młodzieży gimnazjalnej, *Przegląd Lekarski* 2004, 61, 10: 1161–1163.
5. Kawalec E., Malinowska-Lipień J., Brzostek T., Płaszewska-Żywko L., Gabryś T., Reczek A., Gawor A., Rozpowszechnienie zjawiska palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży w Polsce – przegląd aktualnych badań, *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2007, 2: 113.
6. Stańczyk J., Wpływ palenia tytoniu na stan zdrowia dzieci i młodzieży. *Forum Profilaktyki* 2007, 4 (9): 5.
7. Wojtal M., Kurpas D., Sochacka J., Seń M., Steciwko A., Analiza problemu palenia tytoniu wśród studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. *Przegl Lek.* 2007, 64 (10): 804–807.
8. Siemińska A., Jassem J.M., Uherek M., Wilanowski T., Nowak R., Jassem E., Postawy wobec palenia tytoniu wśród studentów pierwszego roku medycyny. *Pneumonol Alergol Pol.* 2006. 74 (4): 377–382.
9. Staniszevska J., Klisowska I., Krysa M., Seń M., Szymańska-Pomorska G., Zagrożenie nikotynizmem i stan wiedzy na temat zdrowotnych następstw palenia tytoniu uczniów klas gimnazjalnych na Dolnym Śląsku [w:] *Zagrożenia zdrowotne wśród dzieci i młodzieży*, M. Seń, G. Dębska (red.), Kraków 2011: 73–85.
10. Kostiukow A., Pioterek A., Głowacka M.D., Mojs E., Nikotynizm wśród gimnazjalistów województwa wielkopolskiego. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2007, 88 (supl. 3): 70–74.
11. Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M., Raport dla szkół i władz oświatowych Warszawy z realizacji drugiego etapu badań pt. Rola czynników ryzyka i czynników chroniących w rozwoju zachowań problemowych u młodzieży szkolnej. *Badania warszawskich gimnazjalistów*. Warszawa 2009: 30.
12. Kolbowska A., Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną. *Serwis Informacyjny Narkomania* 2009, 1 (45): 33–41.
13. DiFranza J., Savageau J., Rigotti N. i wsp., Development of Symptoms of Tobacco Dependence in Youths: 30 Month Follow up Data from the DANDY Study. *Tob. Control* 2002, 11 (3): 228–235.
14. Ezzati M., Lopez A.D., Regional, Disease Specific Patterns of Smoking – Attributable Mortality in 2000; *Tob. Control* 2004, 13: 388–395.
15. Woynarowska B., Dlaczego edukacja zdrowotna jest potrzebna uczniom, nauczycielom szkole i społeczeństwu? *Meritum. Mazowiecki Kwartalnik Pedagogiczny* 2012, 3: 6–11.

Aleksandra Słopiecka¹, Elżbieta Kamusińska², Elżbieta Kwiecień³,
Irena Dorota Karwat⁴

¹ Zakład Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

² Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

³ Centrum Medyczne „Zdrowie” w Kielcach

⁴ Katedra i Zakład Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Spadek społecznej akceptacji szczepień ochronnych a potrzeba edukacji zdrowotnej ludności

Decline in Social Acceptance of Preventive Vaccination and the Need
of Health Education of The Public

Abstract

The questioning of the necessity and safety of protective vaccination has become the main stimulus to the rise of anti-vaccination movements. Public declaring of harmful impact of vaccination on the health of children and adults has influenced negatively attitudes of many potential receivers of vaccine preparations. The object of this paper is presentation of the educational role of medical staff in the situation of decline of social acceptance of protective vaccination. The paper employs the method of analysis of literature. A quantitative analysis was applied to the contents of papers published mainly in the following periodicals: *Medycyna Praktyczna/Szczepienia*, *Pediatrics Polska*, *Standardy Medyczne/Pediatrics*, *Przegląd Epidemiologiczny*, *Problemy Pielęgniarstwa*, *Vaccine*, *Public Health*, *Public Health Nursing*, *Journal of Advanced Nursing*, *American Journal of Public Health*, *BMC Public Health*. A descriptive analysis was applied to data on the reasons of decline in social acceptance of protective vaccination and on educational activities of medical staff in the field of active immunization. Because of the public's growing lack of confidence in vaccination, proper relations between medical staff and patients and their parents are essential to decisions about taking vaccine. Implementation of this task depends, to a large extent, on individual bio-psycho-social disposition of the doctor and nurse, the education and professional experience they have acquired and their knowledge in the field of vaccination. Efficient interpersonal communication and educational activities concerning prophylaxis of contagious diseases have a remarkable impact on public attitudes towards protective vaccination.

Key words: vaccination, communicable diseases, health education

Wprowadzenie

Szczepienia ochronne należą do najbardziej skutecznych metod profilaktyki chorób zakaźnych. W przeszłości choroby te stanowiły jedną z głównych przyczyn zgonów

ludności na całym świecie [1]. Współcześnie, dzięki realizacji programów szczepień, choroby zakaźne zajmują odległe miejsce w strukturze zgonów. Z doniesień wielu autorów wynika jednak, że w ostatnich latach wzrasta liczba rodziców/pacjentów odmawiających lub opóźniających wykonanie szczepień [2–7]. Jednocześnie obserwowany jest wzrost zachorowań i zgonów z powodu określonych zakażeń [3, 5, 7]. Przyjmuje się, że spadek odsetka populacji zaszczepionej spowoduje obniżenie odporności populacyjnej i powstanie ognisk epidemii [8–9].

Kwestionowanie przez rodziców/pacjentów potrzeby oraz bezpieczeństwa szczepień stało się głównym impulsem powstania tzw. ruchów antyszczepionkowych [3–4, 8]. Publiczne deklarowanie, głównie w środkach masowego przekazu, szkodliwego wpływu szczepień na zdrowie dzieci i osób dorosłych wpłynęło negatywnie na postawy wielu potencjalnych odbiorców preparatów szczepionkowych. Zachodzące zmiany społeczne oraz rosnące zagrożenie zdrowotne i epidemiologiczne chorobami zakaźnymi stały się przedmiotem powszechnej dyskusji, a dla specjalistów bodźcem do podjęcia zintensyfikowanych badań klinicznych i działań edukacyjnych. Znaczącą rolę w wychowaniu zdrowotnym ludności pełni także personel medyczny, głównie zatrudniony w podstawowej opiece zdrowotnej. Realizowana przez lekarzy i pielęgniarki edukacja zdrowotna jest zadaniem trudnym i złożonym, gdyż podejmowane działania wymagają posiadania aktualnej wiedzy z zakresu wakcynologii, praktycznych umiejętności pedagogicznych oraz psychospołecznych predyspozycji zapewniających efektywną komunikację interpersonalną. W procesie kształtowania w społeczeństwie poczucia odpowiedzialności za zdrowie oraz motywacji do działań na rzecz jego ochrony, niezbędna jest także wiedza na temat zmieniających się uwarunkowań i barier społecznych wobec szczepień ochronnych.

Celem pracy było przedstawienie edukacyjnej roli personelu medycznego w obliczu spadku społecznej akceptacji szczepień ochronnych.

Material i metody

W pracy posłużono się metodą analizy piśmiennictwa. Zastosowano jakościową analizę treści zawartych głównie w pracach wydanych w formie artykułu. Przedstawiono opinie specjalistów oraz wybrane wyniki badań opublikowanych w następujących czasopismach medycznych: „Medycyna Praktyczna – Szczepienia”, „Pediatria Polska”, „Standardy Medyczne – Pediatria”, „Przegląd Epidemiologiczny”, „Problemy Pielęgniarstwa”, „Vaccine”, „Public Health”, „Public Health Nursing”, „Journal of Advanced Nursing”, „American Journal of Public Health”, „BMC Public Health”. Analizie opisowej poddano dane na temat przyczyn spadku społecznej akceptacji szczepień ochronnych oraz edukacyjnej działalności personelu medycznego w zakresie czynnej immunizacji.

Przyczyny spadku społecznej akceptacji szczepień ochronnych

W wielu publikacjach autorzy przedstawiają istotne treści na temat aktualnych harmonogramów szczepień, produkcji preparatów szczepionkowych i ich wpływu na funkcjonowanie układu odpornościowego [2–3, 9–15]. Oprócz prezentacji wyników badań klinicznych i epidemiologicznych, coraz częściej przedmiotem zainteresowania są krytyczne poglądy różnych środowisk (dawców i odbiorców świadczeń) dotyczące braku społecznej akceptacji udziału w masowych programach szczepień [6, 16–21]. Występujący obecnie wzrost liczby zachorowań i zgonów z powodu określonych chorób zakaźnych oraz zmniejszenie odsetka zaszczepionej populacji budzą wśród specjalistów uzasadniony niepokój [3–5, 7]. Lokalne ogniska epidemiczne odry w 2009 roku odnotowano już w 36 spośród 53 krajów Europy [7].

Z prezentowanych przez specjalistów danych wynika, że negatywne postawy ludności wobec szczepień uwarunkowane są wieloma czynnikami. Wśród nich wymienia się: utratę zaufania do rządu i instytucji odpowiedzialnych za opracowanie programów szczepień, podejrzenie o nadużycia i powiązania finansowe lekarzy i firm farmaceutycznych oraz brak pełnej wiedzy na temat etiologii wielu chorób [4, 16, 19]. Obawy przeciwników szczepień dotyczą również bezpieczeństwa i skuteczności stosowanych preparatów, nadmiernego obciążenia układu odpornościowego zbyt dużą liczbą szczepień oraz braku zaufania do systemów monitorowania bezpieczeństwa i efektywności szczepień [2, 5–6, 8, 13, 19, 22].

Powszechnie uważa się, że radykalny spadek zachorowalności i śmiertelności ludzi z powodu chorób zakaźnych wynika głównie z podejmowanych w przeszłości skutecznych procedur terapeutycznych i profilaktycznych, w tym szczególnie realizowanych programów szczepień [5, 17, 23]. Jednak brak doświadczenia bólu, cierpienia i powikłań po przebytej infekcji spowodowały u ludzi zmniejszenie poczucia zagrożenia zdrowotnego i potrzeby kontynuacji szczepień [4, 12]. Jednocześnie zaczęto bardziej interesować się rzekomymi działaniami ubocznymi podawanych preparatów oraz ryzykiem powstania niepożądanych objawów poszczepiennych [4, 8]. Ważnym problemem, analizowanym przez przedstawicieli środowisk medycznych i ruchów antyszczepionkowych, jest podejrzenie negatywnego wpływu preparatów szczepionkowych na powstanie wielu chorób przewlekłych, w tym cukrzycy, przewlekłego zapalenia stawów, zespołu nerczycowego, ADHD, autyzmu, stwardnienia rozsianego i chorób autoimmunologicznych [2–4, 11–12, 17–18]. W sposób szczególny badano też domniemany związek powstania autyzmu po podaniu szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce (ang. *Measles-Mumps-Rubella* – MMR) [11, 17, 24]. Przedmiotem publicznej dyskusji były również przypuszczenia szkodliwego wpływu tiomersalu na zdrowie osób zaszczepionych [3, 6, 11].

W ocenie specjalistów, rezygnacja ze szczepień (głównie odpłatnych) wiąże się z brakiem środków finansowych na zakup preparatu i wykonanie szczepienia. Zja-

wisko to częściej obserwuje się wśród rodzin ubogich i wielodzietnych [25]. Ważnym czynnikiem wpływającym na bierne postawy rodziców/pacjentów wobec proponowanych szczepień jest brak lub zbyt mała wiedza na temat funkcjonowania układu odpornościowego, preparatów szczepionkowych (rodzaju i dawki, optymalnego czasu podania), rekomendacji i istoty szczepień oraz podstawowych cech klinicznych chorób zakaźnych [6, 18, 25–26]. Brak udziału w masowych szczepieniach uwarunkowane jest również przyczynami religijnymi i światopoglądowymi [3, 27].

Prezentowane w środkach masowego przekazu (głównie w Internecie) informacje o szkodliwym wpływie preparatów szczepionkowych na zdrowie człowieka, spowodowały spadek zaufania do tej metody profilaktyki chorób zakaźnych [3]. Wymiernym efektem braku społecznej akceptacji nowych harmonogramów szczepień jest wzrost liczby rezygnacji lub opóźnień przyjęcia preparatów szczepionkowych. Według E. Bernatowskiej i M. Pac, w 2010 roku w Lublinie „aż 200 dzieci nie zostało zaszczepionych, co stanowi 4-krotny wzrost w stosunku do lat poprzednich”. W ocenie autorek, również w innych rejonach Polski (Poznań, Zielona Góra, województwo małopolskie) odnotowano wzrost liczby niezaszczepionych niemowląt i dzieci [3].

Edukacyjna działalność personelu medycznego w zakresie szczepień ochronnych

Realizatorami obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych jest personel medyczny, zatrudniony najczęściej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Do obowiązków wymienionej grupy zawodowej należy wiele zadań, jednym z nich jest promowanie zdrowia i prowadzenie edukacji zdrowotnej [28]. Wykonanie powyższych działań uwarunkowane jest posiadaniem przez lekarzy i pielęgniarki aktualnej wiedzy z zakresu wakcynologii. Jedyne w takim przypadku personel medyczny stanowić będzie dla pacjentów profesjonalne źródło informacji na temat szczepień i odporności. Zaleca się, aby w działaniach informacyjnych odbiorcy świadczeń otrzymywali jasno sprecyzowane rekomendacje dotyczące szczepień, w których zachowana będzie równowaga danych na temat pozytywnych i negatywnych cech czynnej immunizacji [19]. Osobom zainteresowanym można proponować medyczne strony internetowe lub inne profesjonalne źródła wiedzy. Należy zaznaczyć, że aktualne dane z zakresu wakcynologii dostępne są dla personelu medycznego na łamach „Weekly Epidemiological Record” lub na stronie www.who.int/vaccine_safety/en) [11].

Jednym z warunków uzyskania wysokiego odsetka populacji zaszczepionej jest wykazanie przez pielęgniarki i lekarzy POZ empatii wobec obaw i wątpliwości rodziców (pacjentów), a także umiejętne podejmowanie rozmowy o ryzyku i korzyściach szczepień ochronnych [29–30]. Taka umiejętność niezbędna jest w co-

dziennej pracy wymienionego personelu medycznego, który powinien wspierać i pomagać w podejmowaniu przez rodziców (pacjentów) świadomej decyzji wykonania szczepień [28–30]. W przypadku wątpliwości i/lub zaniechania poddania się zabiegowi zalecane jest poznanie i rozpatrzenie argumentów używanych przez opiekunów (pacjentów) odmawiających szczepień, by w dyskusji wykorzystać odpowiednie kontrargumenty. W celu nabycia przez personel medyczny umiejętności efektywnego wyjaśniania i rozpraszania wątpliwości proponuje się uczestnictwo w profesjonalnych szkoleniach [29].

Uważa się, że informacje na temat szczepień ochronnych powinny być przekazywane rodzicom (opiekunom) w sposób kompleksowy, rzetelny i przystępny [28]. Według A. Augustynowicz i I. Wrześniewskiej-Wal, lekarz pediatra ustawowo zobowiązany jest do udzielenia pełnych informacji na temat zakresu i celu badania kwalifikacyjnego, które poprzedza szczepienie. W dalszej kolejności przekazywane treści powinny obejmować takie zagadnienia, jak: rodzaj i dawka szczepionki, skutki zastosowania lub zaniechania szczepienia, korzyści zdrowotne stosowanej profilaktyki, ryzyko wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz postępowanie w przypadku ich rozpoznania [28]. Wskazane jest, aby pediatra podał wszystkie argumenty (pozytywne i negatywne) wyboru określonego preparatu oraz przedstawił swoją opinię na ten temat. W określonych przypadkach przekazywane informacje powinny uwzględniać postępowanie administracyjne wobec osób odmawiających zgody na wykonanie szczepienia [28].

W związku z zachodzącymi zmianami zachowań ludności w zakresie szczepień ochronnych dużym wyzwaniem staje się realizacja skutecznej i profesjonalnej edukacji zdrowotnej [6]. Obecnie zaleca się intensyfikację działań mających na celu wyjaśnienie istoty odporności oraz zagrożeń (niebezpieczeństwa) zachorowania na określoną chorobę zakaźną. Ważne jest tutaj uwypuklenie podstawowych cech szczepienia (w tym zachowania zasad bezpieczeństwa w zakresie przechowywania, transportu i podawania preparatów) oraz podkreślenie poniesienia poważnych konsekwencji zachorowania przez osoby niezaszczepione. Po uzyskaniu wyczerpujących informacji, część rodziców (pacjentów) pierwotnie odmawiających szczepienia może wyrazić zgodę na jego wykonanie [29]. Według D. Kekusa i wsp., ważnym elementem integracji i wymiany informacji pomiędzy uczestnikami systemu ochrony zdrowia (w tym personelu pielęgniarskiego i rodziców dzieci) będzie posiadanie przez pielęgniarkę kompetencji komunikacji interpersonalnej oraz świadomego doboru metod i ram wartości komunikacji, umiejętności komunikacyjnych oraz używanych znaków [31].

Pierwszoplanowe znaczenie edukacji zdrowotnej w realizacji szczepień ochronnych potwierdziło wielu specjalistów [18–19, 25]. W ocenie D. Kochman i T. Rudzińskiej, można ją przeprowadzać nie tylko w formie indywidualnych rozmów, choć ta wywiera znaczący wpływ na przekonanie matek do szczepienia dziecka,

ale również przez rozdawanie ulotek czy broszur informacyjnych [25]. Należy zaznaczyć, że technikami warunkującymi uzyskanie zmian zachowań dotyczących zdrowia są: dostarczenie adekwatnych informacji, perswazja, uczenie umiejętności praktycznych, interakcja ze środowiskiem [32].

W grupie medycznych pracowników POZ ważną rolę w edukacji pacjenta odgrywa pielęgniarka [19]. W pracy świadczy ona usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz promuje zdrowy styl życia i świadomie podejmuje działania z zakresu profilaktyki chorób [19, 33]. Pielęgniarka jest edukatorem zdrowotnym zaangażowanym w proces wychowywania dzieci oraz dorosłych. Relacja i dialog z pacjentem ukierunkowane są na osiągnięcie dobrostanu oraz wzmacnianie zdrowia jednostki, rodzin i społeczności [33]. Jak wykazano w wielu publikacjach, zadanie to nie należy do łatwych, zwłaszcza kiedy odnosi się do kwestii spornych [8, 29]. Wydaje się, że ważnym argumentem podejmowanym w dyskusji na temat zasadności i bezpieczeństwa stosowania preparatów szczepionkowych jest możliwość pojawienia się niepożądanych odczynów poszczepiennych. Przyjmuje się, że w rozmowie z rodzicami nigdy nie można kwestionować ryzyka ich wystąpienia, warto jednak wykazać korzyści dla zdrowia dziecka/pacjenta wynikające z czynnej immunizacji oraz uprzedzić o potencjalnych następstwach związanych z zachorowaniem w przypadku braku uodpornienia [4, 8, 29]. Jednym z postulatów J. Marcinkiewicza jest zwiększenie liczby godzin dydaktycznych w programach kształcenia studentów kierunków medycznych, które będą poświęcone problemowi szczepień ochronnych i edukacji zdrowotnej [8]. Odpowiedni poziom wiedzy personelu medycznego na temat znaczenia czynnego uodpornienia z pewnością ułatwi przeprowadzanie rzetelnej edukacji zdrowotnej wśród pacjentów. Szczegółowe zalecenia dla pediatrów w przypadku odmowy szczepień u dzieci opublikowane zostały między innymi przez The American Academy of Pediatrics [4].

Podsumowanie

W opinii specjalistów odporność ludności powinna być priorytetową sprawą dla rządów wszystkich krajów, gdyż zdrowe społeczeństwa będzie warunkowało ekonomiczny oraz gospodarczy rozwój państwa. Profilaktyczne bezpieczeństwo społeczeństwa, uzyskane dzięki realizacji programów szczepień, powinno chronić przed zachorowaniem osoby zaszczepione i niezaszczepione przez wytworzenie odporności populacyjnej. Warto tutaj zwrócić uwagę na niedocenioną rolę pielęgniarki i lekarza w kształtowaniu postaw społecznych dotyczących zachowania zdrowia i zapobiegania chorobom zakaźnym wieku dziecięcego. W związku z rosnącym brakiem zaufania społeczeństwa do pozytywnej roli szczepień, istotnego znaczenia nabiera właściwa relacja personelu medycznego z pacjentami, mająca istotny

wpływ na podejmowanie decyzji dotyczących działań profilaktycznych. Realizacja tego zadania w dużej mierze zależy od indywidualnych predyspozycji psychospołecznych pracowników, zdobytego wykształcenia i doświadczenia zawodowego oraz systematycznego uaktualniania posiadanej wiedzy z zakresu wakcynologii. W celu umożliwienia ludziom nabywania umiejętności służących zdrowiu, wykształcenia postaw i nawyków zdrowego stylu życia oraz modyfikacji zachowań ryzykownych dla zdrowia, należy prowadzić edukację zdrowotną w sposób planowy na każdym etapie rozwoju człowieka. Umiejętna komunikacja interpersonalna oraz działania edukacyjne pielęgniarki i lekarza w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób zakaźnych mają znaczący wpływ na zmianę postaw rodziców oraz przełamywanie barier związanych z brakiem akceptacji szczepień ochronnych.

Bibliografia

1. Gawłowska-Lichota K., Płatek M., Analiza wszczepialności dzieci wybranymi szczepionkami na terenie Zakładu Opieki Zdrowotnej w Polanowie w latach 2004–2008. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, 19 (1): 34–38.
2. Bucholc B., Górską P., Janaszek-Seydlitz W., Liczba wykonanych szczepień a układ odpornościowy. *Przegląd Epidemiologiczny* 2011; 65: 629–634.
3. Bernatowska E., Pac M., Fakty o mitach – czy szczepionki są bezpieczne. *Standardy Medyczne – Pediatria* 2011; 8: 711–718.
4. Olpiński M., Anti-Vaccination Movement and Parental Refusals of Immunization of Children in USA. *Pediatria Polska* 2012; 87: 381–385.
5. Bутtenheim A., Jones M., Baras Y., Exposure of California Kindergartners to Students With Personal Belief Exemptions From Mandated School Entry Vaccinations. *American Journal of Public Health* 2012; 102, 8: 59–67.
6. Gowda Ch., Schaffer S.E., Dombkowski K.J., Dempsey A.F., Understanding Attitudes Toward Adolescent Vaccination and the Decision-making Dynamic Among Adolescents, Parents and Providers. *BMC Public Health* 2012, 12: 509.
7. Wójcik M. (tłum.), Zwiększona zachorowalność na odrę i ogniska epidemiczne w regionie europejskim w 2011 roku. *Medycyna Praktyczna – Szczepienia* 2011; 2: 45–52.
8. Muller M., Zróbmy dobry użytek z układu odporności: wykorzystajmy szczepienia. www.mp.pl/szczepienia/wywiady/show.html?id=84553 [01.06.2013].
9. Rashid H., Khandaker G., Booy R. (tłum. K. Grzegorzczuk-Maślanka), Szczepienia a odporność zbiorowiskowa. *Medycyna Praktyczna – Szczepienia* 2012; 4: 33–41.
10. Mrukowicz J., Program szczepień ochronnych w Polsce na 2013 rok. *Medycyna Praktyczna – Szczepienia* 2012; 4: 23–32.
11. Bernatowska E., Nieswoisty wpływ szczepień – czy szczepionki szkodzą dzieciom? *Standardy Medyczne – Pediatria* 2009; 6: 712–718.
12. Wysocki J., Postępy w wakcynologii w 2010 roku. *Postępy Pediatrii* 2011; 3: 7–12.
13. Kramarz P., Kompleksowe monitorowanie bezpieczeństwa szczepień. *Medycyna Praktyczna – Szczepienia* 2012; 4 (4): 15–19, 22.

14. Mrożek-Budzyn D., Ewolucja polskiego programu szczepień ochronnych na przestrzeni ostatnich 10 lat. *Przegląd Epidemiologiczny* 2012; 66: 107–112.
15. Stankiewicz W., Stasiak-Barmuta A., Odrębności układu odpornościowego dzieci – implikacje kliniczne. *Klinika Pediatria* 2011; 19, 5: 5156–5160.
16. Brown K.F., Kroll J.S., Hudson M.J., Ramsay M., Green J., Long S.J., Vincent C.A., Fraser G., Sevdalis N., Factors Underlying Parental Decisions about Combination Childhood Vaccinations Including MMR: a Systematic Review. *Vaccine* 2010 Jun 11; 28 (26): 4235–48.
17. Reluga T.C., Chris T., Bauch C.H.T., Galvani A.P., Evolving Public Perceptions and Stability in Vaccine Uptake. *Mathematical Biosciences* 2006; 204: 185–198.
18. Hak E., Schönbeck Y., De Melker H., Van Essen G.A., Sanders E.A., Negative Attitude of Highly Educated Parents and Health Care Workers Towards Future Vaccinations in the Dutch Childhood Vaccination Program. *Vaccine* 2005; 23 (24): 3103–3107.
19. Austvoll-Dahlgren A., Helseth S., What Informs Parents' Decision-making about Childhood Vaccinations? *Journal of Advanced Nursing* 2010; 66 (11): 2421–2430.
20. Coniglio M.A., Platania M., Privitera D., Giammanco G., Pignato S., Parents' Attitudes and Behaviours Towards Recommended Vaccinations in Sicily. *BMC Public Health* 2011; 11: 305.
21. Keane M.T., Walter M.V., Patel B.I., Moorthy S., Stevens R.B., Bradley K.M., Buford J.F., Anderson E.L., Anderson L.P., Tibbals K., Vernon T.M., *Vaccine* 2005; 23 (19): 2486–2493.
22. Mok E., Yeung S.H., Chan M.F., Prevalence of Influenza Vaccination and Correlates of Intention to Be Vaccinated Among Hong Kong Chinese. *Public Health Nursing* 2006; 23, 6: 506–515.
23. Czajka H., Nowości w szczepieniach. *Standardy Medyczne – Pediatria* 2010; 7: 120–123.
24. Wójcik M. (tłum.), Artykuł Wakefielda wiążący szczepionkę MMR z autyzmem był oszustwem. *Medycyna Praktyczna – Pediatria* 2011, 2: 8–10, 17.
25. Kochman D., Rudzińska T., Znaczenie edukacji rodziców w kontekście szczepień obowiązkowych i zalecanych u dzieci w wieku 0–2 lat. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16 (1, 2): 163–172.
26. Kowalczyk-Amico K., Suzin J., Bładowska K., Janas A., Świadomość gimnazjalistek i ich rodziców na temat szczepień przeciwko HPV. *Zdr. Publ.* 2010; 120 (3): 228–233.
27. Kennedy A.M., Gust D.A., Measles Outbreak Associated with a Church Congregation: A Study of Immunization Attitudes of Congregation Members. *Public Health Rep.* 2008; 123 (2): 126–134.
28. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I., Aspekty prawne obowiązkowych szczepień ochronnych u dzieci. *Pediatria Polska* 2013; 88: 120–126.
29. Rywczak I., Sawiec P., Mrukowicz J. (oprac.), Ogólne wytyczne dotyczące szczepień ochronnych – cz. 2: Zalecenia amerykańskiego Komitetu Doradczego ds. Szczepień Ochronnych (ACIP). *Medycyna Praktyczna – Szczepienia* 2012; 2: 37–45.
30. Mollema L., Staal J.M., Steenbergen J.E., Paulussen T.G.W.M., Melker H.E., An Exploratory Qualitative Assessment of Factors Influencing Childhood Vaccine Providers' Intention to Recommend Immunization in the Netherlands. *Public Health* 2012; 12: 128.

31. Kekus D., Stanisavljevic S., Lazarevic A., Dragumilo A., Communication – the Essential Skill in Contemporary Nursing. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2012; 3 (40): 101–104.
32. Kulik T.B., Koncepcja zdrowia w medycynie. [w:] *Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów Wydziałów Pielęgniarstwa u Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznych.* (red.) T.B. Kulik, M. Latański. Czelej, Lublin 2002: 15–34.
33. Ciechaniewicz W., Edukacja zdrowotna – zadania pielęgniarki w promocji zdrowia. [w:] *Promocja zdrowia dla studentów licencjackiej kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. t. 1: Teoretyczne podstawy promocji zdrowia.* (red.) A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz. Czelej, Lublin 2008: 154–165.

Barbara Stawarz¹, Magdalena Lewicka², Magdalena Sulima², Anna Krucoń³,
Maria Pyc⁴

¹ Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. Ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

² Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Wydział
Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Koło Naukowe przy Zakładzie Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-
Ginekologicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴ Zakład Pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Ocena poziomu empatii studentek kierunku położnictwo

Assesment of the level of empathy toward students Midwifery

Abstract

Empathy is an important factor in interpersonal relations, is also important in the formation of emotional bonds and ties, as well as in the development of human emotion. The aim of this study was to evaluate the level of empathy toward students of Midwifery. The study involved 208 students from the direction of Midwifery, studying at the Medical University of Lublin. The research tool was a questionnaire and a standardized research tools – Empathy Scale Mahrabiana and Epstein. Based on the survey the following conclusions: 1. Students from the direction of Midwifery exhibit higher levels of empathy in terms of subscale susceptibility to emotional contagion, understanding feelings of unfamiliar and distant, and the tendency for compassion and sympathetic to relate to other than the other subscales. 2. Age and place of residence do not affect the level of empathy among students towards Midwifery. The level of study and year of study determines the level of empathy for certain subscales.

Key words: studies, empathy, direction of Midwifery

Wprowadzenie

Empatia jest istotnym czynnikiem w relacjach interpersonalnych, ma również istotne znaczenie w tworzeniu związków uczuciowych i więzi, a także w rozwoju emocjonalnym człowieka. Dostrzec także można powiązanie empatii z poszczególnymi cechami charakteru, społecznie pozytywnie odbieranymi, do których należą: cierpliwość, przywiązanie, otwartość, ciepło, a także zrozumienie [1–4].

Zdolność dostrzegania emocjonalnych problemów pacjentów i umiejętność empatycznego reagowania, jest bardzo ważnym elementem przygotowania położnych do pracy. Stres, jaki towarzyszy pacjentowi w czasie choroby, hospitalizacji oraz leczenia powinien być uzupełniony w działania o charakterze psychoterapeutycznym.

Ten problem powinien więc zostać uwzględniony w edukacji położnych. Podejście cechujące się empatią oraz wrażliwością na emocjonalne przeżycia pacjenta, a zarazem umiejętnością odpowiedniego reagowania, jest podstawą skutecznej pielęgnacji oraz leczenia [5–10].

Studia medyczne dostarczają studentom wielu doświadczeń oraz sytuacji, które skłaniają do egocentryzacji postaw rywalizacyjnych oraz pozytywnie wpływają na zdolność werbalnego okazywania empatii, a także na umiejętność psychologicznej pomocy drugiej osobie [5, 11–17]. Celem pracy była ocena poziomu empatii studentek kierunku położnictwo.

Materiał i metody

Badaniami objęto 208 studentek położnictwo, studiujących w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Średnia wieku ankietowanych wynosiła $22,40 \pm 3,39$ lat (od 20 do 52 lat). Ankietowane w 46,15% ($n = 96$) mieszkały na wsi, natomiast 53,85% ($n = 112$) badanych mieszkało w mieście. Ankietowane w 47,60% ($n = 99$) studiowały na drugim roku studiów, zaś 24,04% ($n = 50$) respondentów studiowało na pierwszym roku i 28,36% ($n = 59$) na trzecim. Ankietowane studiów licencjackich w 49,57% ($n = 58$) były na drugim roku studiów, natomiast 50,43% ($n = 59$) na trzecim. W grupie studentów studiów magisterskich 54,95% ($n = 50$) studiowało na pierwszym roku, natomiast 45,05% ($n = 41$) na drugim.

Wszystkie badane studentki wyraziły zgodę na wypełnienie ankiety, po uprzednim poinformowaniu o wykorzystaniu wyników badań tylko do celów naukowych i zapewnieniu anonimowości. Każdy z kwestionariusz zawierał: ankietę opracowaną do ustalenia charakterystyki badanych oraz standaryzowane narzędzia badawcze – Skalę Empatii Emocjonalnej Mahrabiana i Epsteina. Skala ta służy do pomiaru poziomu empatii emocjonalnej, czyli emocjonalnego angażowania się w przeżycia drugiej osoby w istocie emocjonalnego porozumienia z nimi. Składa się z 33 stwierdzeń, dzięki którym oceniane jest siedem niżej wymienionych podskal: skłonność na emocjonalne zarażanie; rozumienie uczuć osób nieznanymi i dalekimi; ekstremalna wrażliwość emocjonalna; zdolność do wzruszania jako reakcja na negatywne emocje odczuwane przez innych; zdolność do wzruszania się przeżyciami emocjonalnymi pozytywnie odczuwanymi przez innych; tendencja do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych; gotowość do nawiązywania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy. Badanie polega na przeprowadzeniu samooceny, z wykorzystaniem skali 9-punktowej, gdzie -4 oznacza „całkowicie odrzucam”, zaś +4 „w pełni przyjmuję”. Skala Mahrabiana i Epsteina jest powszechnie wykorzystywanym, wiarygodnym narzędziem badawczym, mającym wysoką trafność i rzetelność. Fakt, że zawartość treściowa poszczególnych podskal dotyczy z jednej strony powiązania empatii ze skłonnością do hamowania agresywnych reakcji, zaś

z drugiej do oddziaływania empatii na gotowość do zapewnienia pomocy sprawie, iż ta metoda jest używana do pomiaru ewentualnego sukcesu zawodowego [18].

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya. Do porównania wieku grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Do zbadania związku pomiędzy poziomem empatii a zmiennymi niezależnymi zastosowano korelację R Spearmana. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 . Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 10.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki

W tabeli 1 przedstawiono analizę ogólną wyników poziomu empatii w badanej grupie studentek. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że empatia w badanej grupie studentek w największym stopniu była wyrażona w zakresie podatności na emocjonalne zarażenie, rozumieniu uczuć osób nieznanymi i dalekimi oraz w tendencji do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych. W mniejszym stopniu empatia wyrażona była w zakresie ekstremalnej wrażliwości emocjonalnej, tendencji do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi pozytywnie lub negatywnie przeżywanymi przez innych oraz gotowości do zawierania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy.

Tabela 1. Analiza ogólna poziomu empatii w badanej grupie studentek

Podskale empatii	średnia	mediana	odch. std
1 Podatność na emocjonalne zarażenie	10,59	11,00	2,88
2 Rozumienie uczuć osób nieznanymi i dalekimi	10,47	11,00	3,08
3 Ekstremalna wrażliwość emocjonalna	8,46	8,00	3,18
4 Tendencja do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi pozytywnie przeżywanymi przez innych	8,90	8,00	3,34
5 Tendencja do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi negatywnymi przeżywanymi przez innych	8,81	8,00	2,53
6 Tendencja do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych	10,52	10,00	3,12
7 Gotowość do zawierania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy	8,38	8,00	2,90

Tabela 2 przedstawia ocenę związku poziomu empatii z wiekiem. W wyniku przeprowadzonej analizy korelacji nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy poziomem empatii w poszczególnych zakresach z wiekiem. Z kolei przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że w badanej grupie studentek z miasta nieznacznie bardziej empatia wyrażała się w rozumieniu uczuć osób nieznanymi i dalekich oraz tendencji do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych, w porównaniu ze studentkami ze wsi. Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$). Również w zakresie pozostałych składowych empatii nie stwierdzono znamienych statystycznie różnic pomiędzy grupami zamieszkania (tabela 3).

Tabela 2. Ocena związku poziomu empatii z wiekiem

Podskale empatii		Analiza statystyczna	
		R	p
1	Podatność na emocjonalne zarażenie	-0,02	0,74
2	Rozumienie uczuć osób nieznanymi i dalekich	0,07	0,33
3	Ekstremalna wrażliwość emocjonalna	0,01	0,86
4	Tendencja do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi pozytywnie przeżywanymi przez innych	-0,01	0,91
5	Tendencja do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi negatywnymi przeżywanymi przez innych	0,06	0,40
6	Tendencja do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych	-0,08	0,27
7	Gotowość do zawierania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy	-0,06	0,43

Tabela 3. Ocena poziomu empatii z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Podskale empatii		Wieś			Miasto			Analiza statystyczna	
		średnia	mediana	odch. std	średnia	mediana	odch. std		
								Z	p
1	Podatność na emocjonalne zarażenie	10,55	11,00	3,14	10,62	11,00	2,65	-0,41	0,68
2	Rozumienie uczuć osób nieznanymi i dalekich	10,43	10,00	3,16	10,50	11,00	3,01	-1,02	0,31
3	Ekstremalna wrażliwość emocjonalna	8,26	8,00	3,18	8,63	8,00	3,19	-0,13	0,90
4	Tendencja do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi pozytywnie przeżywanymi przez innych	8,74	8,00	2,97	9,04	8,00	3,64	0,33	0,74
5	Tendencja do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi negatywnymi przeżywanymi przez innych	8,80	8,00	2,32	8,81	8,00	2,71	-0,58	0,56
6	Tendencja do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych	10,36	10,00	2,95	10,65	11,00	3,27	-0,26	0,79
7	Gotowość do zawierania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy	8,27	8,00	2,78	8,47	8,00	3,01	-0,41	0,68

W tabeli 4 przedstawiono analizę poziomu empatii w badanej grupie studentek z uwzględnieniem poziomu studiów. Z badań wynika, że ankietowane studiujące na studiach licencjackich wyrażały nieznacznie bardziej nasiloną empatię w zakresie podatności na emocjonalne zarażenie, ekstremalnej wrażliwości emocjonalnej, tendencji do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi pozytywnie przeżywanymi przez innych, tendencji do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych oraz gotowości do zawierania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy. Stwierdzono istotne różnice pomiędzy grupami tylko w ocenie gotowości do zawierania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy ($p = 0,04$), natomiast nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie pozostałych zakresów empatii ($p > 0,05$).

Tabela 4. Analiza poziomu empatii z uwzględnieniem poziomu studiów

Podskale empatii	Licencjackie			Magisterskie			Analiza statystyczna	
	średnia	mediana	odch. std	średnia	mediana	odch. std	Z	p
1 Podatność na emocjonalne zarażenie	10,79	11,00	2,84	10,33	10,00	2,93	-1,04	0,30
2 Rozumienie uczuć osób nieznanymi i dalekimi	10,46	11,00	3,06	10,47	11,00	3,12	0,26	0,80
3 Ekstremalna wrażliwość emocjonalna	8,63	8,00	3,23	8,24	8,00	3,12	-0,87	0,39
4 Tendencja do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi pozytywnie przeżywanymi przez innych	9,06	8,00	3,54	8,69	8,00	3,07	-0,37	0,71
5 Tendencja do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi negatywnymi przeżywanymi przez innych	8,89	8,00	2,75	8,70	8,00	2,22	-0,46	0,65
6 Tendencja do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych	10,78	11,00	3,17	10,19	10,00	3,04	-1,39	0,16
7 Gotowość do zawierania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy	8,67	8,00	2,89	8,01	8,00	2,88	-2,03	0,04*

Ocenę poziomu empatii w badanej grupie studentek z uwzględnieniem roku studiów przedstawiono w tabeli 5. Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowane studiujące na trzecim roku w istotnie większym stopniu w porównaniu z osobami studiującymi na drugim i pierwszym roku wyrażały empatię w zakresie ekstremalnej wrażliwości emocjonalnej ($p = 0,01$), tendencji do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi negatywnymi przeżywanymi przez innych ($p = 0,002$), natomiast poziom empatii w pozostałych zakresach był nieznacznie wyższy w grupie studiujących na trzecim roku, jednak nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie ($p > 0,05$).

Tabela 5. Ocena poziomu empatii z uwzględnieniem roku studiów

Podskale empatii	Pierwszy			Drugi			Trzeci			Analiza statystyczna	
	średnia	mediana	odch. std	średnia	mediana	odch. std	średnia	mediana	odch. std		
	Z	p									
1 Podatność na emocjonalne zarażenie	10,44	11,00	3,10	10,57	10,00	2,76	10,75	11,00	2,92	0,16	0,92
2 Rozumienie uczuć osób nieznanymi i dalekimi	10,66	11,00	3,27	10,02	10,00	3,22	11,05	11,00	2,56	3,72	0,16
3 Ekstremalna wrażliwość emocjonalna	8,58	8,00	3,19	7,88	8,00	3,16	9,34	9,00	3,05	8,48	0,01*
4 Tendencja do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi pozytywnie przeżywanymi przez innych	9,08	9,00	2,75	8,80	8,00	3,51	8,92	9,00	3,55	0,76	0,68
5 Tendencja do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi negatywnymi przeżywanymi przez innych	8,80	8,00	2,42	8,28	8,00	2,26	9,69	9,00	2,82	12,28	0,002*
6 Tendencja do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych	9,90	10,00	3,07	10,66	11,00	3,17	10,81	11,00	3,07	2,48	0,29
7 Gotowość do zawierania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy	8,26	8,00	2,97	8,04	8,00	2,83	9,05	9,00	2,90	5,14	0,08

Dyskusja

Empatia stanowi istotny czynnik w rozwoju oraz funkcjonowaniu społecznym. Ma duże znaczenie we wszystkich okresach i sferach życia człowieka. Ma też ogromny wpływ na skuteczne komunikowanie emocji oraz interpretowanie zachowań i stanów wewnętrznych innych ludzi. Umiejętność ta ma także istotne znaczenie dla budowania bliskich kontaktów interpersonalnych i kształtowania się osobowości człowieka [19].

Z analizy badań przeprowadzonych przez Motykę [20] w grupie 40 studentów I roku studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo oraz 40 studentów z I roku studiów magisterskich, na tym samym kierunku (studenci ci ukończyli pełen cykl szkolenia w zakresie psychologii) wynika, że poziom empatii był wyższy

u studentów rozpoczynających naukę, aniżeli u studentów studiów magisterskich, choć różnica ta nie była istotna statystycznie. Z analizy badań wynika, że wrażliwość emocjonalna studentów nie ulega znaczącej zmianie w przebiegu lat nauki na tym kierunku. Empatię emocjonalną można więc rozumieć jako pewną cechę osobowości, a nie posiadaną umiejętność.

Kliszcz i wsp. [21] przeprowadzili badania, w których wzięło udział 500 studentów z I oraz VI roku kierunku lekarskiego. Analizując wyniki badań kobiet zauważono istotne statystycznie różnice w podskali numer 7. Studentki VI roku wykazały mniejszą gotowość do nawiązywania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy w porównaniu ze studentkami I roku. Natomiast w podskalach 1–5 zaobserwowano skłonność do wzrostu w zakresie empatii emocjonalnej wśród studentek VI roku, jednak nie było to istotne statystycznie. Na VI roku u kobiet maleje skłonność do ryzyka. Z analizy badań w grupie mężczyzn wynika, że poziom empatii poznawczej zwiększa się na VI roku. Wskazuje na to istotna statystycznie różnica w zakresie „skłonności na emocjonalne zarażanie”. Poziom empatii wzrasta u studentów na VI roku, natomiast zmniejsza się zdolność do impulsywności i ryzyka. Ponadto można zaobserwować różnice pomiędzy poziomem empatii u kobiet w porównaniu z mężczyznami. Kobiety wyróżniają się większą empatią i różnica ta nie zmienia się w czasie trwania studiów.

Kliszcz i wsp. [22] przeprowadzili badania w grupie 353 studentów medycyny. Analizując wyniki badań wśród kobiet w 4 podskalach: ekstremalna wrażliwość emocjonalna; zdolność do wzruszania jako reakcja na negatywne emocje; tendencja do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych; gotowość do nawiązywania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy, zaobserwowano obniżenie poziomu empatii w tych podskalach u studentek VI roku w stosunku do studentek I roku. Różnice te nie były jednak istotne statystycznie. Ponadto badania wykazały, że studenci I roku istotnie częściej cechowali się dużo wyższym poziomem gotowości do nawiązywania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy w stosunku do studentów VI roku. Wśród mężczyzn z I oraz VI roku nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w poziomie empatii. Zauważono także, że kobiety wykazywały większy poziom empatii od mężczyzn. Porównując kobiety z I roku studiów z mężczyznami również z I roku, zauważono wyższy poziom empatii u studentek w zakresach: ekstremalna wrażliwość emocjonalna; zdolność do wzruszania się przeżyciami emocjonalnymi pozytywnie odczuwanymi przez innych; gotowość do nawiązywania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy. Na VI roku natomiast poziom empatii w poszczególnych podskalach wśród studentek i studentów jest podobny. Przewagę w poziomie empatii wykazują kobiety w zakresach: skłonność na emocjonalne zarażanie, zdolność do wzruszania się przeżyciami emocjonalnymi oraz pozytywnie odczuwanymi przez innych.

Z badań przeprowadzonych przez Krajewską-Kułąk i wsp. [11] w grupie 237 studentów studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo w Białymstoku wynika, że studenci studiujący na III roku posiadali najwyższy poziom empatii. Badaniom poddano także zależność pomiędzy motywem wyboru studiów a empatią. Wykazano również, że studenci, którzy wybierając kierunek studiów kierowali się samodzielną decyzją, cechowali się wyższym poziomem empatii w porównaniu ze studentami, którzy studiowali na kierunku pielęgniarstwo z powodu niezakwalifikowania się na inne studia czy namowy kolegów.

Natomiast analizując badania Turczynskiej i wsp. [23] wśród 230 studentów VI roku medycyny Akademii Medycznej w Gdańsku stwierdzono, że studenci, dla których duże znaczenie miała możliwość udzielania pomocy osobom cierpiącym oraz od dawna marzyli o tym zawodzie, posiadali wyższy poziom empatii w porównaniu z osobami, którzy kierowali się tradycjami rodzinnymi lub brakiem innego pomysłu lub posiadaniem zawodu mającego wysoki prestiż społeczny.

Badania własne wykazały, że studentki studiów licencjackich na kierunku położnictwo, wysoki poziom empatii przejawiały w podskalach: podatność na emocjonalne zarażanie, rozumienie uczuć osób nieznanych i dalekich oraz tendencja do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych. Wyniki własne wskazują także na fakt, że poziom empatii w badanej grupie był wyższy u studentek III roku w porównaniu z rokiem I i II. Istotnie statystycznie różnice zauważono w podskalach: ekstremalna wrażliwość emocjonalna oraz zdolność do wzruszania jako reakcja na negatywne emocje odczuwane przez innych.

Wnioski

1. Studentki położnictwa przejawiają wyższy poziom empatii w zakresie podskal: podatność na emocjonalne zarażanie, rozumienie uczuć osób nieznanych i dalekich oraz tendencję do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych, aniżeli w podskalach pozostałych.
2. Wiek i miejsce zamieszkania nie warunkują poziomu empatii wśród studentek położnictwa, natomiast poziom studiów i rok studiów warunkuje poziom empatii w zakresie niektórych podskal.
3. Należy dokonywać oceny poziomu empatii w toku studiów na kierunku położnictwo, w celu wyodrębnienia studentów posiadających niski poziom w zakresie podskal i wdrożenia odpowiedniej edukacji psychologicznej, ukierunkowanej na emocjonalną wrażliwość na inne osoby.

Bibliografia

1. Batson C.D., Ahmad N., Stocks E.L., Korzyści i problemy związane z altruizmem wzbudzonym przez empatię. [w:] Miller A.G. (red.). Dobro i zło. WAM, Kraków 2008: 447–474.
2. Colman A.M., Słownik psychologii. PWN, Warszawa 2009: 45.
3. Eisenberg N., Empatia i współczucie. [w:] Lewis M., Haviland-Jones J.M. (red.). Psychologia emocji. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005: 849–859.
4. Kaźmierczak M., Empatia jako czynnik podnoszący jakość komunikacji interpersonalnej. [w:] Płopa M. (red.). Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia. Zagrożenia i wyzwania. Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej, Elbląg 2005: 561–571.
5. Cunical L., Sartori R., Marogroli O., Meneghini A.M., Developing Empathy in Nursing Students: a Cohort Longitudinal Study. *Journal of Clinical Nursing* 2012, 21: 12–14.
6. Magdoń M., Współodczuwanie w medycynie. Universitas, Kraków 2002.
7. Motyka M., Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie. Wydawnictwo CEM, Warszawa 1999.
8. Pawełczyk A., Pawełczyk T., Bielecki J., Empatia studentów wydziału lekarskiego i jej związek z preferowaną specjalizacją medyczną. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2007, 7: 138–143.
9. Ślusarska B., Barcak S., Zarzycka P., Dobrowolska B., Cuber T., Znaczenie wartości osobistych i symboli szczęścia wśród pielęgniarek aktywnych zawodowo. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, 19, 2: 219–227.
10. Żółkowska-Rudowicz E., Kłada A., Kształcenie empatycznych lekarzy. cz. 2: Wczesne zapoznawanie studentów z sytuacją pacjenta. *Polski Merkurusz Lekarski* 2010, 172: 282–286.
11. Krajewska-Kułać E., Van Damme-Ostapowicz K., Bielemuk A. i wsp., Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolność rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010, 1 (1): 1–10.
12. Malphas P.J., Corbett A., Modelling Empathy in Medical and Nursing Education. *The New Zealand Medical Journal* 2012, 125 (135): 94–100.
13. McKenna L., Boye M., Brown T., Williams B., Molloy A., Lewis B., Molloy L., Levels of Empathy in Undergraduate Nursing Students. *International Journal of Nursing Practice* 2012, 18 (3): 246–251.
14. Wilczek-Rużyczka E., Empatia a wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia. *Sztuka Leczenia* 2006, 1–2: 39–48.
15. Wilczek-Rużyczka E., Wypalenie zawodowe a poziom empatii u pielęgniarek. *Sztuka Leczenia* 2006, 1–2: 33–38.
16. Żółkowska-Rudowicz E., Kłada A., Kształcenie empatycznych lekarzy. cz. 1: Przegląd stosowanych metod. *Polski Merkurusz Lekarski* 2010, 172: 277–281.
17. Żółkowska-Rudowicz E., Kłada A., Kształcenie empatycznych lekarzy. cz. 3: Kontakt studentów z literaturą, teatrem, filmem i sztuką, *Polski Merkurusz Lekarski*, 2010, 173: 331–335.

18. Rembowski J., O empatii i niektórych sposobach jej badania. *Kwartalnik Pedagogiczny* 1982, 3–4: 107–120.
19. Pitula B., Stałe cechy osobowości nauczyciela determinantami jakości jego pracy zawodowej. *Bydgoszcz* 2010: 57–60.
20. Motyka M., Empatia a studia pielęgniarstwa. *Sztuka Leczenia* 2006, 1–2: 33–38.
21. Kliszcz J., Nowicka-Sauer K., Hebanowski M., Humanizacja studiów lekarskich a kształtowanie postaw empatycznych u studentów medycyny. *Polski Tygodnik Lekarski* 1996, 23–26: 357–360.
22. Kliszcz J., Hebanowski M., Rembowski J., Poziom i dynamika empatii studentów I i VI roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku. *Polski Tygodnik Lekarski* 1996, 1–5: 55–58.
23. Turczyńska K., Książczowska-Zaporowska A., Hebanowski M., Komorowska-Szczepeńska W., Empatia i motywacje wyboru studiów medycznych jako przykład wskaźników pomocnych w ocenie predyspozycji kandydatów do zawodu lekarza. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2003, 14 (81): 243–247.

Iwona Szymańska¹, Dorota Kilańska², Paul de Raeve³, Iwona Dominiak²,
Elżbieta Żdzałik²

- ¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- ² Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- ³ Secretary General of European Federation of Nurses Associations (EFN)

Ocena skuteczności wdrażania dyrektywy 2010/32/UE w sprawie zapobiegania urazom ostrymi narzędziami w polskim sektorze opieki zdrowotnej na podstawie anonimowej ankiety internetowej opracowanej przez EFN

Evaluation of the effectiveness of the implementation of Directive 2010/32/EU
on the prevention of sharps injuries in the Polish healthcare sector on the basis of an
anonymous online questionnaire elaborated by the EFN

Abstract

European Federation of Nurses Associations (EFN) conducted a survey, targeted to healthcare professionals in Europe. The aim was to assess the effectiveness of the implementation of Directive 2010/32/EU to professional practice. The Polish data were obtained from 684 respondents. It has been demonstrated positive aspects of the implementation of the Directive and its impact on increasing safety at work. However, there are areas that require intensive and include: education, risk assessment in the workplace, a ban on the establishment of casings for the used needle and raising awareness about the risk of infection due to exposure to biological agents. Also pointed to the need for the involvement of nursing staff in procurement and invaluable role of nurses in the field of infection control. The survey results also indicate the need to conduct continuous training on prevention from sharp injuries. In practice must apply a policy, "Zero tolerance" for using devices, which are unsafe for healthcare personnel.

Key word: work environments, nursing, safety in work

Wprowadzenie

10 maja 2010 r. Unia Europejska przyjęła Dyrektywę 32/2010/UE, której celem jest profilaktyka zranień i infekcji krwiopochodnych występujących wśród pracowni-

ków ochrony zdrowia. Dyrektywa ta ustanawia ramy prawne, określające narzędzia dotyczące oceny ryzyka, zapobiegania zranieniom, prowadzenia szkoleń i dostępu do informacji. Ponadto podkreśla konieczność podnoszenia świadomości pracowników, a także monitorowania i reagowania w sytuacji wystąpienia zranienia. Działania podjęte przez UE wymuszają konieczność wdrożenia procedur postępowania w odniesieniu do zranień spowodowanych ostrymi narzędziami w krajach UE.

Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN) wraz z ekspertami, opracowała kwestionariusz ankiety skierowany do pracowników ochrony zdrowia. Celem badania była ocena skuteczności wdrożenia dyrektywy 2010/32/UE do praktyki zawodowej. Wyniki tej analizy w kontekście europejskim zostały przedstawione 2 grudnia 2013 r. podczas Europejskiego Szczytu Bezpieczeństwa Biologicznego, zorganizowanego przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w Sejmie RP. EFN dzięki organizacjom członkowskim ma możliwość kontaktu z pracownikami ochrony zdrowia – pielęgniarkami z różnych krajów UE. Daje to możliwość oceny implementacji wspomnianej dyrektywy w praktyce, w miejscu ich pracy.

Nie od dzisiaj wiadomo, że wprowadzenie pasywnych urządzeń zapobiega zranieniom pracowników ochrony zdrowia lub innych osób, które mogą mieć z nimi styczność w miejscu pracy. Dzięki takim działaniom już rok po wprowadzeniu tzw. pasywnych kaniul dożylnych (automatyczne zabezpieczenie końcówki igły), liczba zakażeń wśród personelu pielęgniarskiego zmniejszyła się o 84% [1]. Pracownicy ochrony zdrowia, wykonując procedury z użyciem ostrych narzędzi są narażeni na zranienie. Szczególnie niebezpieczna jest sytuacja, gdy przyrząd jest zanieczyszczony krwią lub innymi płynami ustrojowymi. Stwarza to ryzyko rozprzestrzeniania się niebezpiecznych infekcji. W przypadku tego rodzaju zdarzenia ma się do czynienia z ekspozycją zawodową na czynniki biologiczne (drogą krwi, płynami ustrojowymi lub poprzez zakażenia przenoszone przez krew), czyli wypadkiem przy pracy, w przypadku postępowania którego odpowiednie regulacje znajdują się w kodeksie pracy.

Zakażenia poekspozycyjne stanowią znaczący, choć nieświadomiony problem w opiece zdrowotnej [2]. Dlatego każdy tego rodzaju uraz należy traktować z należytą powagą zwłaszcza, że problemy w aspekcie zdrowia fizycznego nie są jedynymi, które tej sytuacji towarzyszą. W profesję jest wpisane ryzyko zakażeń. Dzięki odpowiednim zabezpieczeniom można je minimalizować [3]. Dlatego w UE podejmuje się działania zmierzające do budowania środowiska pracy przyjaznego pracownikom [4]. Nie od dzisiaj wiadomo, że bezpieczne, przewidywalne środowisko pracy wpływa nie tylko na zdrowie pacjentów, ale także na motywację pracowników do pracy [5].

Założeniem badania było także pokazanie pozytywnych aspektów wdrażanej dyrektywy 2010/32/UE oraz obszarów, które wymagają bardziej intensywnych działań dla wyrównania poziomu wdrożenia dyrektywy we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Ankieta stanowiła źródło informacji na temat korzyści z wpro-

wadzonej dyrektywy w codziennej praktyce w odniesieniu do pracowników ochrony zdrowia.

Material i metody

Oryginalne, wykorzystane za zgodą właścicieli praw autorskich, narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz opracowany przez zespół autorów (Paul de Reave, M. Gonzales, D. Kilańska) w Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek. Konstrukcja kwestionariusza to 25 pytania, które zostały przetłumaczone na język polski i były dostępne na platformie internetowej od 8 października do 10 listopada 2013 r.

Kwestionariusz zawiera pytania przetłumaczone na 20 języków, także sformułowane w języku polskim, które dają liderom pielęgniarstwa, decydentom i menedżerom jasny obraz na temat tego, jak implementację dyrektywy postrzegają pracownicy „pierwszej linii”. Tłumaczenie kwestionariusza zostało wykonane przez Oddział PTP w Łodzi (D Kilańska i E Mielczarek-Pankiewicz).

W kwestionariuszu znajduje się kilka pytań dotyczących m.in. dostępności do urzędzeń posiadających mechanizmy zabezpieczające, które zapewniają ochronę przed zranieniem. Założono, że badaniu poszczególnym klauzulom odpowiadają konkretne pytania.

Pytania 10 i 11 odnoszą się do klauzuli 5; pytania 7, 13, 15, 16, 17, 24 dotyczą klauzuli 6; pytania 3,4 i 9 odnoszą się do klauzuli 7. Klauzula 8 została opisana przez pytania nr 5, 12, 14. Ocena implementacji klauzuli 9 i 10 znajduje się w pytaniach 18, 19, 20 i 22. Ocena klauzuli 11 odzwierciedlona jest w pytaniu nr 25, które dotyczy wykonania umowy ramowej.

W badaniu wzięło udział 6971 respondentów z 28 państw Europy, w tym 684 z Polski. Stanowiło to 4 wynik w Europie. Wyniki badania pokazują m.in. strukturę respondentów: wśród 6971, 95% to pielęgniarki. Kwestionariusz ankiety wysłano drogą mailową do 49 okręgowych izb pielęgniarek i położnych, 20 stowarzyszeń pielęgniarstkich, 16 oddziałów Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Został też udostępniony na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego [6], Portalu Pielęgniarek i Położnych [7], zamieszczony na stronie UM w Łodzi, okręgowych izb pielęgniarek i położnych oraz stowarzyszeń pielęgniarek. Ankieta była dostępna w języku polskim, składała się z czterech części. Pierwsza część zawierała ogólne dane demograficzne, druga koncentrowała się na zbadaniu skuteczności wdrażania dyrektywy w miejscu pracy, trzecia dotyczyła dostępności bezpiecznych urzędzeń medycznych, zaś ostatnia miała pomóc w uzyskaniu informacji na temat ich raportowania i gromadzenia danych o zdarzeniach niepożądanych. Grupa docelowa to pracownicy medyczni zatrudnieni w ochronie zdrowia. Ankiety miały charakter anonimowy. Wyniki poddane były analizie statystycznej z wykorzysta-

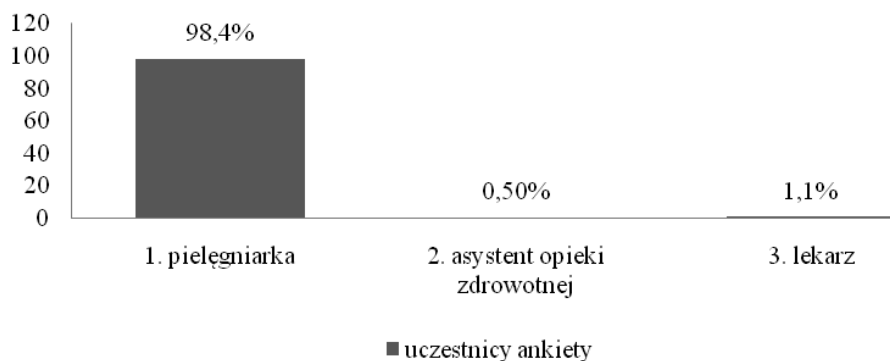
niem pakietu statystycznego dla nauk społecznych (SpSS – *Statistical Package for the Social Sciences*, wersja 21).

Do analizy włączono część otrzymaną z Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek, dotyczącą próbki otrzymanej w wyniku ankiet przeprowadzonych w Polsce. W analizie materiału odnieszono się do poszczególnych zapisów Dyrektywy wskazując, jak badani oceniają ich implementację.

Wyniki

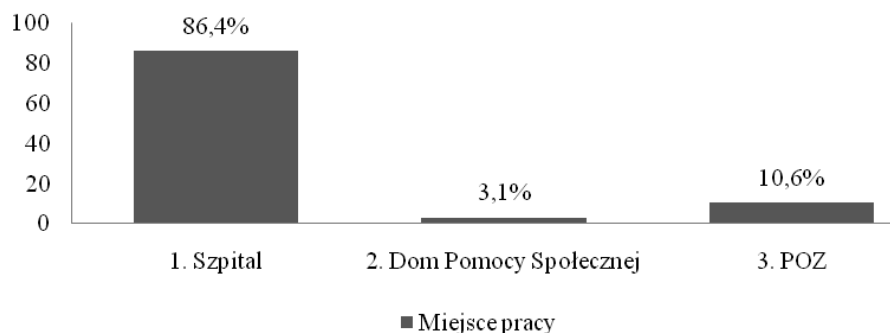
Respondenci to przede wszystkim pielęgniarki (98,4%). Tylko niespełna 2% stanowią inni pracownicy, w tym lekarze 1,1% i asystenci opieki zdrowotnej (ryc. 1).

Rycina 1. Zawód uczestników badania



Największa grupa badanych pracowała w szpitalach (86,4%). Jak wynika z analizy wyników, więcej niż co 10 osoba pracowała w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, a 3% to pracownicy domów pomocy społecznej (ryc. 2).

Rycina 2. Miejsce pracy uczestników badania



W dalszej części niniejszego opracowania przedstawiono analizę oceny implementacji Dyrektywy 32/2010 w kolejności wskazanej w metodologii badań.

Klauzula 5: ocena ryzyka – zgodnie z Dyrektywą, pracodawcy są zobowiązani do regularnej oceny ryzyka wszystkich sytuacji, w których może zaistnieć zranienie. Ocena ryzyka powinna więc uwzględniać technologię, organizację pracy, warunki pracy, poziom kwalifikacji pracowników, wpływ czynników związanych ze środowiskiem pracy. Tylko takie działanie pozwoli wyeliminować ryzyko. Jej wyniki powinny być udostępnione wszystkim pracownikom. Dla ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników, ryzyko narażenia powinno być ograniczone do najniższego poziomu. Ocenę wdrożenia wspomnianej klauzuli zawarto w pytaniu 10 i 11 kwestionariusza. Ryc. 3 pokazuje, że w prawie 60% ankietowanych pracodawca przeprowadza ocenę ryzyka, ale aż 40% wskazuje na brak takiej oceny.

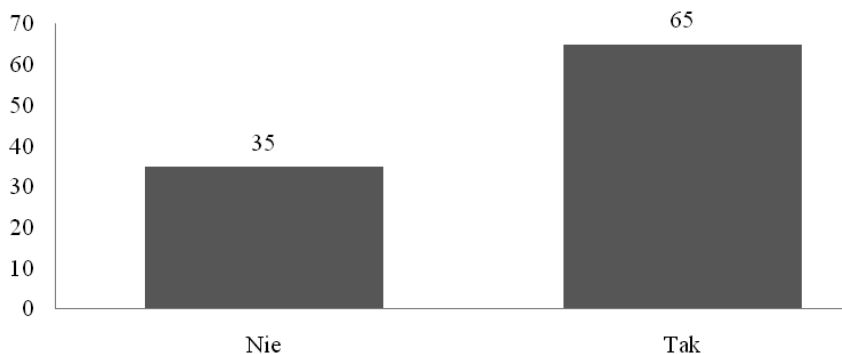
Rycina 3. Przeprowadzanie oceny ryzyka urazów ostrymi narzędziami w miejscu pracy w % (pytanie 10, klauzula 5)



65% badanych potwierdziło, że w ich miejscu pracy jest osoba, z którą można się skontaktować i jest ona przeszkolona z zakresu oceny ryzyka i zarządzania urazami, ale co trzeci badany stwierdził, iż nie wie, do kogo należy się zwrócić w przypadku zranienia (ryc. 4).

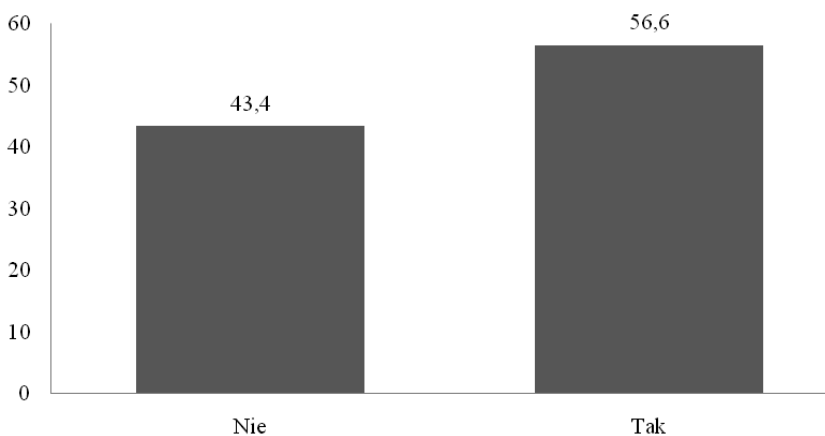
Klauzula 6 dotyczy zagadnień takich, jak eliminowanie, zapobieganie i ochrona. Wyposażenie miejsca pracy w wyroby medyczne wskazywane jest jako niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa przed zranieniem. Sytuację tę pokazuje ryc. 5. W badaniu dostępność do bezpiecznego sprzętu medycznego potwierdziło prawie 57% badanych. Na uwagę zasługuje fakt, że 43% pielęgniarek nie pracuje na bezpiecznym sprzęcie, ponieważ jest on niedostępny w ich miejscu pracy.

Rycina 4. Możliwość konsultacji problemu w miejscu pracy z odpowiednio przeszkoloną osobą w % (pytanie 11, klauzula 5)



■ Pytanie 11. W moim miejscu pracy, jest osoba przeszkolona w zakresie oceny ryzyka i zarządzania urazami, z którą można się skonsultować.

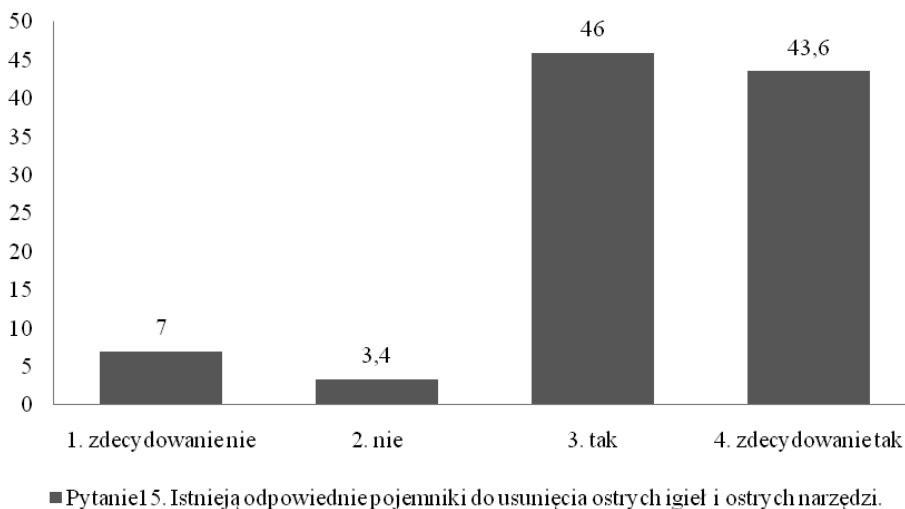
Rycina 5. Ocena wyposażenia miejsca pracy w tzw. urządzenia „pasywne” oraz pojemniki na „ostre” odpady medyczne w % (pytanie 7, klauzula 6)



■ Pytanie 7. Moje miejsce pracy jest wyposażone w wyroby medyczne do unieszkodliwiania odpadów i urządzenia medyczne z mechanizmem bezpieczeństwa.

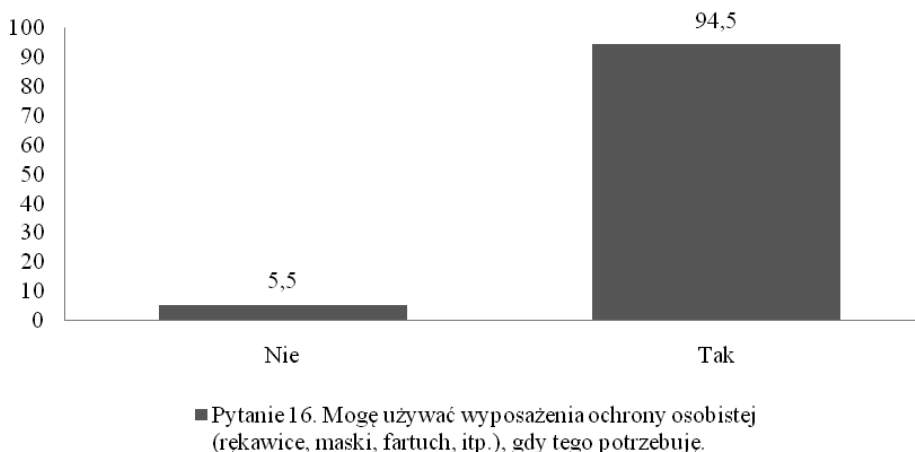
Tworząc bezpieczne środowisko pracy, należy zadbać o pojemniki do przechowywania ostrych skażonych narzędzi. Prawie 90% respondentów potwierdziło, że ich miejsce pracy jest wyposażone w pojemniki do usuwania ostrych igieł i innych ostrych narzędzi. Aż co dziesiąta badana osoba nie miała jednak takiego sprzętu (ryc. 6).

Rycina 6. Dostęp do pojemników na odpady medyczne w % (pytanie 15, klauzula 6)



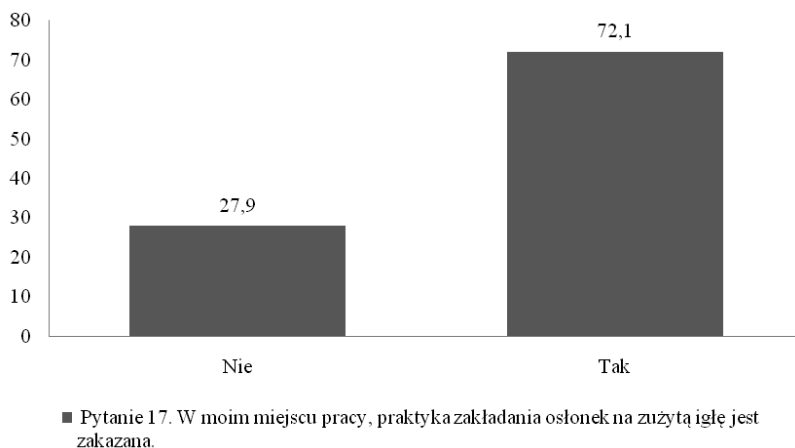
Wysoki odsetek ankietowanych (95%) potwierdził, że posiada środki ochrony osobistej, które są niezbędnym elementem podczas wykonywania obowiązków służbowych. Niemniej 5% nie może czuć się bezpiecznie w pracy (ryc. 7).

Rycina 7. Możliwość korzystania ze środków ochrony osobistej (rękawice, maski, fartuch itp.), gdy jest taka potrzeba w % (pytanie 16, klauzula 6)



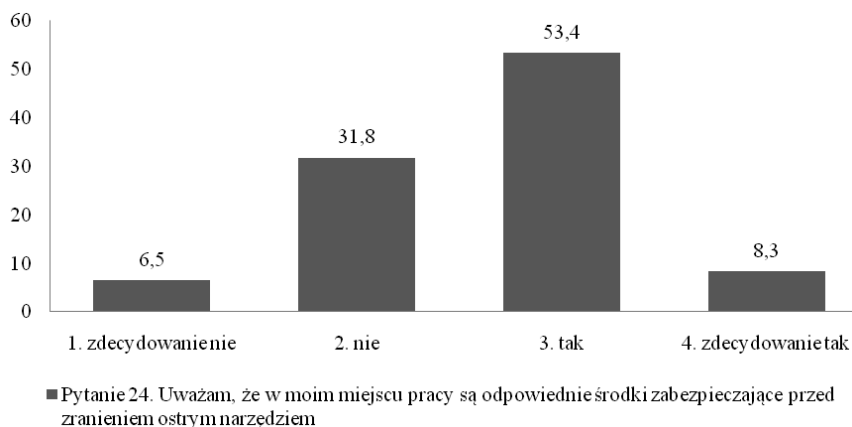
Niepokojące jest, że aż prawie co trzecia badana osoba podała, iż w jej miejscu pracy nie jest zakazane zakładanie osłonek na zużyte igły, 72% natomiast potwierdziło dobre praktyki w tym zakresie (ryc. 8).

Rycina 8. Zakaz nakładania osłonek na użytą igłę w % (pytanie 17, klauzula 6)



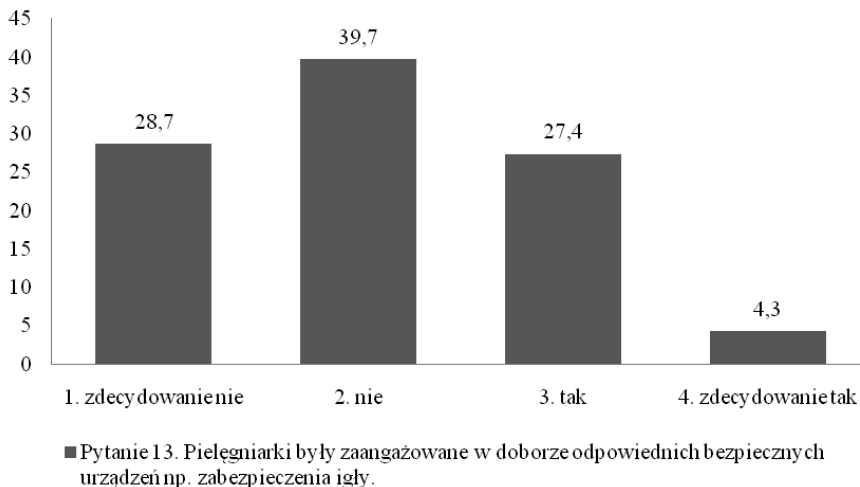
Na pytanie o dostępność w miejscu pracy odpowiednich środków zapobiegających urazom ostrymi narzędziami, 62% respondentów odpowiedziało, że takie środki zostały wdrożone. Co niepokojące, aż 38% ankietowanych wskazało na sytuację przeciwną. Bez odpowiednich informacji, pracownicy ochrony zdrowia nie będą w stanie ocenić, czy właściwe środki ochronne są na miejscu (ryc. 9).

Rycina 9. Ocena dostępności do środków chroniących przed zranieniem w % (pytanie 24, klauzula 6)



Jak wynika z ryc. 10, 68% ankietowanych potwierdziło, że pielęgniarki nie uczestniczyły w wyborze bezpiecznych urządzeń. Tylko co trzecia ankietowana osoba (32%) podała, że uczestniczy w testowaniu takiego sprzętu w pracy, dokonując wyboru najodpowiedniejszego urządzenia.

Rycina 10. Udział pielęgniarek w doborze bezpiecznych urządzeń chroniących przed zranieniami w % (pytanie 13, klauzula 6)



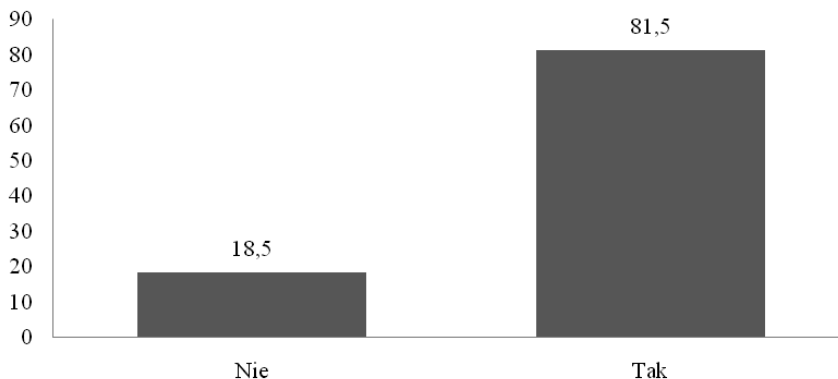
Klauzula 7 dotyczy informacji i zwiększania świadomości. Stosowanie przez pracodawcę właściwych środków przekazu ma na celu podniesienie świadomości wśród pracowników i ich menedżerów przez: dostarczanie informacji na temat obowiązujących przepisów prawnych i polityki lokalnej w tym zakresie, promowanie dobrych praktyk i bezpiecznych warunków pracy w zakresie zapobiegania urazom ostrymi narzędziami. Respondenci oceniali ryzyko stosowania ostrych narzędzi dla zdrowia i bezpiecznej pracy jako wysokie (ryc. 11).

Rycina 11. Informacje na temat ryzyka i bezpieczeństwa w pracy w % (pytanie 3, klauzula 7)



Większość respondentów uważała, że ich miejsce pracy jest wyposażone w odpowiednie środki ochronne (81,5%), ale prawie co piąty respondent podkreślił, iż sytuacja jest odwrotna – nie ma odpowiednich środków zabezpieczających przed zranieniem (ryc. 12).

Rycina 12. Ocena wyposażenia miejsca pracy w środki chroniące przed zranieniem w % (pytanie 4, klauzula 7)

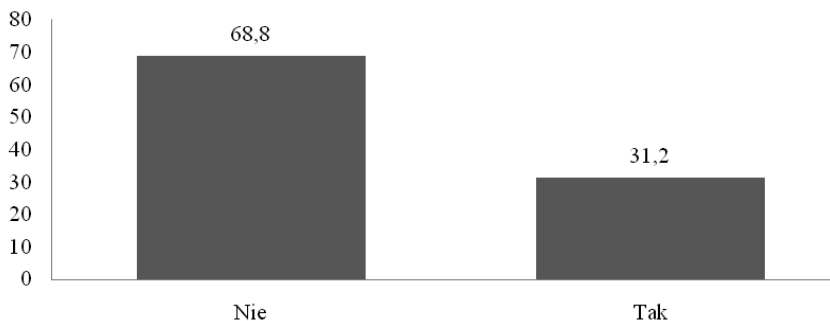


- Pytanie 4. W moim miejscu pracy, pracodawca przekazuje podstawowe informacje na temat wyposażenia w środki zapobiegawcze i ochronne w miejscu pracy i co robić w przypadku zranienia.

Ważnym czynnikiem jest kształcenie ustawiczne w różnych formach edukacyjnych. W badaniu zapytano m.in. o dostęp do plakatów, ulotek, biuletynów dotyczących bezpiecznej pracy. Wyniki analizy wskazują, że tylko niespełna 70% badanych ma dostęp do takich materiałów, a co trzecia badana osoba nie miała dostępu (ryc. 13).

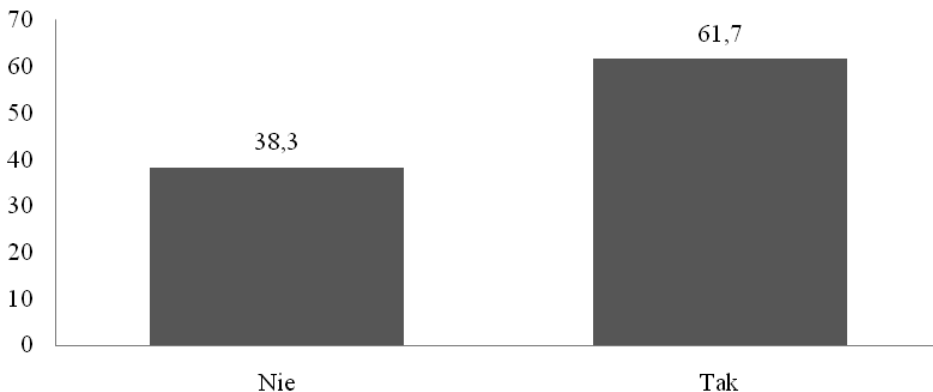
Klauzula 8 dotyczy szkolenia personelu. Pracownicy powinni otrzymać odpowiednie przeszkolenie dotyczące urazów ostrymi narzędziami. Szkolenia powinny się odbywać regularnie i dotyczyć oceny oraz kontroli ryzyka, a także znajomości właściwych procedur przy używaniu urządzeń medycznych i ich utylizacji. Szkolenia te powinny obejmować: prawidłowe stosowanie wyrobów medycznych zawierających mechanizmy ochrony przed ostrymi narzędziami, ryzyko związane z ekspozycją na krew i preparaty krwiopochodne. Odpowiedzi dotyczące dostępności szkoleń dla pracowników pokazano na ryc. 14. Wprawdzie ponad 60% respondentów wskazało, że odbyło szkolenie, ale więcej niż co trzecia badana osoba nie brała udziału w szkoleniu specjalistycznym.

Rycina 13. Ocena wyposażenia miejsca pracy w urządzeniu medyczne z mechanizmem bezpieczeństwa oraz pojemniki na „ostre” odpady medyczne w % (pytanie 9, klauzula 7)



- Pytanie 9. Moje miejsce pracy wyposażone jest w plakaty, ulotki i biuletyny, podnoszące świadomość na temat niebezpieczeństw związanych z ostrymi urazami.

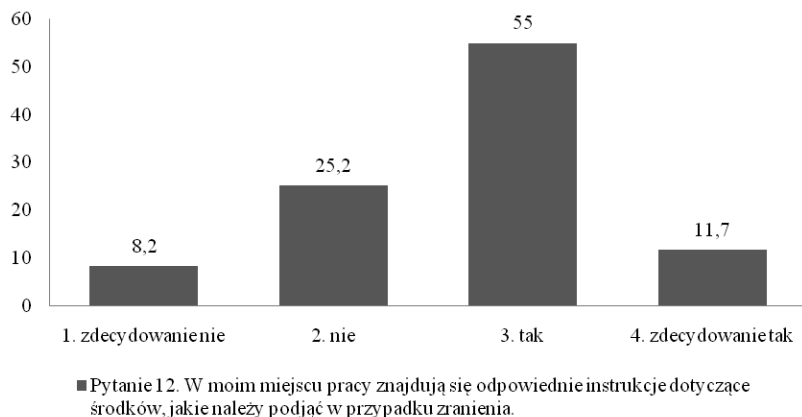
Rycina 14. Uczestnictwo w szkoleniach dotyczących zasad i procedur związanych z zapobieganiem i leczeniem zranień w % (pytanie 5, klauzula 8)



- Pytanie 5. Otrzymałem specjalne szkolenie na temat zasad i procedur związanych z zapobieganiem i leczeniem ostrych urazów.

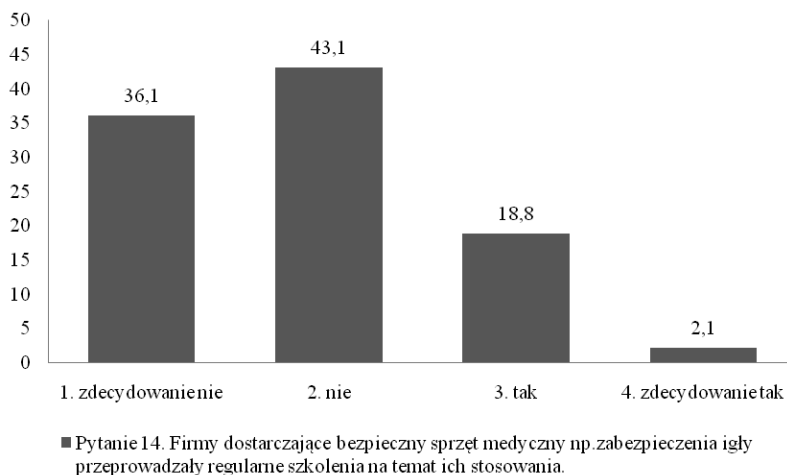
Ponadto 67% badanych podało, że mają dostęp do odpowiednich instrukcji dotyczących środków, jakie należy podjąć w przypadku zranienia ostrym narzędziem. Dość liczna jednak grupa odpowiedziała przecząco. Więcej niż co trzecia badana osoba nie ma dostępu do powyższych informacji w swoim miejscu pracy (ryc. 15).

Rycina 15. Dostępność instrukcji/informacji dotyczących środków, jakie należy podjąć w przypadku zranienia w % (pytanie 12, klauzula 8)



Co ciekawe, 79% respondentów wskazało, że dostawcy sprzętu medycznego nie zapewniają regularnych szkoleń na temat stosowania urządzeń zabezpieczających igły (ryc. 16). Nasuwa się więc wniosek, że producenci nie przywiązują należytej wagi do właściwego użytkowania sprzętu przez personel medyczny. Menedżerowie opieki zdrowotnej powinny zatem zwiększyć wymagania w zamówieniach publicznych, które będą obejmowały niezbędne szkolenia z użytkowania urządzeń w najbardziej odpowiedni sposób. Należy przyjąć, że takie szkolenie byłoby wartością dodaną, a sam koszt nie powinien zdominować procesu decyzyjnego.

Rycina 16. Działalność edukacyjno-szkoleniowa dostawców bezpiecznego sprzętu medycznego w % (pytanie 14, klauzula 8)



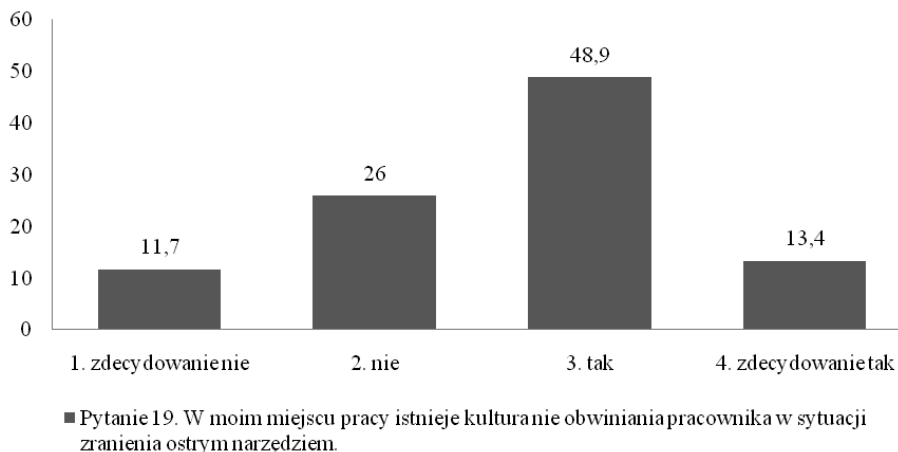
Klauzula 9 dotyczy sprawozdawczości. Pracownicy ochrony zdrowia powinni niezwłocznie zgłosić incydent zranienia pracodawcy lub osobie odpowiedzialnej za bezpieczeństwo i zdrowie w miejscu pracy. Oznacza to, że we wszystkich państwach członkowskich UE istnieje system raportowania. Według wyników badania, większość ankietowanych (93%) ma świadomość raportowania każdego takiego przypadku. Tylko 7% respondentów podała, że nie jest tego świadoma (ryc. 17).

Rycina 17. Świadomość obowiązku zgłaszania każdego przypadku dotyczącego zranienia w miejscu pracy w % (pytanie 18, klauzula 9)

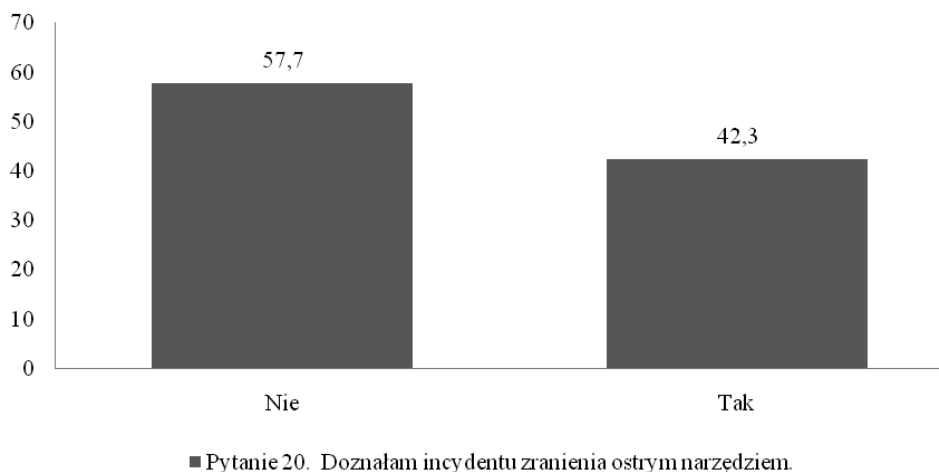


Kultura organizacji to klucz do właściwych relacji wewnątrz podmiotów. W badaniu EFN 62% respondentów miało poczucie pozytywnych zachowań w sytuacji składania raportu i nie miało poczucia, że jest obwiniane z powodu zranienia ostrym narzędziem. Fakt ten przyczyniać się może do zwiększenia raportowania i sprzyja właściwym zachowaniom w miejscu pracy [8]. Niestety, w Polsce nadal 38% respondentów niechętnie przyznaje się do zranienia, w obawie przed ostracyzmem ze strony pracodawcy i współpracowników. Powyższe dane przedstawia ryc. 18.

Klauzula 10 poświęcona jest reagowaniu i działaniom następczym. W przepisach określa się zasady i procedury, które powinny być dostępne w miejscu, gdzie może wystąpić ryzyko zranienia. Wszyscy pracownicy muszą być świadomi zasad i procedur wymaganych w takich przypadkach. Pomimo wdrożonych środków zapobiegawczych, aż 42% respondentów przyznało, że doznało zranienia ostrym narzędziem. Ponad połowa badanych (58%) podała, że nie uległa tego rodzaju wypadkowi podczas wykonywania pracy (ryc. 19). W badaniu EFN problem ten dotknął 41% respondentów [8].

Rycina 18. Obwinianie pracownika za wystąpienie zranienia ostrym narzędziem (*blame culture*) w % (pytanie 19, klauzula 9)

Rycina 19. Incydenty zranień ostrym narzędziem w miejscu pracy w % (pytanie 20, klauzula 10)



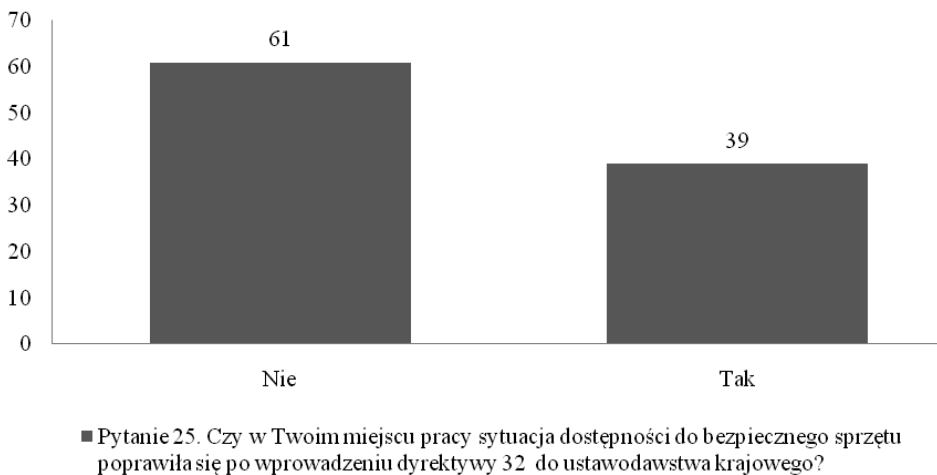
Na pytanie, czy ankietowany zna kolegę, koleżankę, która doznała zranienia podczas pełnionego dyżuru, twierdząco odpowiedziało 55%, a 45% nie odnotowało takiej sytuacji (ryc. 20). W badaniu EFN 78% badanych znało kogoś, kto uległ zakłuciu [7].

Rycina 20. Zranienia ostrym narzędziem wśród współpracowników podczas pełnienia dyżuru w % (pytanie 22, klauzula 10)



Klauzula 11 dotyczy wykonania. Jest niepokojące, że 61% respondentów nie uważało wyrażnej poprawy w zakresie bezpieczeństwa pracy. Tylko niespełna 40% stwierdziło, że w ich miejscu pracy nastąpiła zdecydowana poprawa od momentu wejścia w życie dyrektywy 2010/32/UE do ustawodawstwa krajowego (ryc. 21).

Rycina 21. Zmiany dostępności bezpiecznego sprzętu po wprowadzeniu dyrektywy do ustawodawstwa krajowego w % (pytanie 25, klauzula 11)



Dyskusja

Wyniki badania pokazują, że wprowadzenie dyrektywy 32/2010/UE, w niektórych aspektach poprawiło sytuację środowiska pracy w służbie zdrowia. Dyrektywa określa warunki związane z oceną ryzyka, prowadzeniem szkoleń, wyposażeniem w sprzęt i raportowaniem. Wyniki badań w Polsce są optymistyczne w sytuacji dostarczania szkoleń z tego zakresu w pracy.

Ocena ryzyka prowadzona przez pracodawców w Europie, w tym również i w Polsce, jest na tym samym poziomie. Aż 59,2% pracowników w Polsce i 59,7% w Europie nie ma określanego ryzyka zawodowego w miejscu pracy. Co ważne, respondenci w dużym procencie, tj. więcej niż co trzecia osoba w Polsce (35%) i co druga w innych krajach Europy (55%) [8] nie zna odpowiedniej osoby, która mogłaby taką ocenę przeprowadzić. Brak instrukcji postępowania to duży problem, ponieważ dotyczy 33,4% pracowników w Polsce – to więcej, niż co 3 badana osoba (pytanie 12).

Specjalne szkolenie na temat zapobiegania zranieniom w Polsce przeszło 53,1%, jest to prawie 10% więcej respondentów niż w pozostałych krajach Europy (61,7%) [8]. Zdecydowanie gorzej wypada wyposażenie miejsc pracy w sprzęt. Pracownicy innych krajów Europy [8] mają większy dostęp do wyrobów medycznych zabezpieczających przed zranieniem (70,1%), niż ma to miejsce w Polsce (56,6%). Pokazuje to, że prawie co drugi pracownik w Polsce jest bardziej narażony na zranienie. Pięlniarki poza tym nie mają wpływu na rodzaj stosowanego sprzętu. Zdecydowana większość badanych wskazuje, że nie uczestniczą one w procedurach przetargowych. Wskazywało to prawie 70% badanych (68,4%). W Europie to zjawisko dotyczy 54%, czyli co 2 badanego [8]. Nie ma więc zastosowania praktyka oparta na dowodach naukowych, tak jak to ma miejsce w innych obszarach medycyny.

Dobrze oceniono natomiast dostępność do pojemników na ostry sprzęt. W Europie dostępność potwierdziło 80% badanych [8]. W Polsce było to prawie 90%. Może to świadczyć o stosowaniu się do przepisów segregacji odpadów, a nie chęci zabezpieczenia pracowników. Gdyby tak było, nie byłoby problemów z innymi narzędziami niezbędnymi do bezpiecznej pracy. Z drugiej strony pozytywnie oceniono możliwość korzystania z rękawic, masek, fartuchów gdy istnieje taka potrzeba (Polska – 94,5% i Europa 96,3%) [8]. Niepokojący jest jednak ciągle fakt, że pomimo dostępności do pojemników na ostre narzędzia, prawie co trzecia osoba w Polsce (27,9%) i co czwarta osoba w Europie wskazuje, że nadal zakłada osłonki na zużyte igły.

Wiele badań wskazuje, że podnoszenie świadomości jest istotnym elementem bezpieczeństwa w pracy, stąd obecność środków wizualnych i dostęp do szkoleń są niezbędne dla jej bezpiecznego wykonywania [9]. Różnice pomiędzy badaniem EFN, organizowanym w Europie i próbą w Polsce, są niewielkie. Prawie trzy czwarte

pracowników wskazało m.in. na brak ulotek, plakatów podnoszących świadomość (68,8% w Polsce i 63,9% w Europie) [8]. Respondenci z Polski częściej wskazywali na brak szkoleń prowadzonych przez partnerów biznesowych, było to aż 79% odpowiedzi. Natomiast w Europie wskazywało to 70% ankietowanych. Nadal więc istnieją obszary, które wymagają szczególnego zainteresowania pracodawcy, a co najmniej służb bhp lub medycyny pracy. Odpowiedzialność za zdrowie w miejscu pracy, tak swoje, jak i współpracowników, powinna być zapisana w kodeksie etyki zawodowej – być może wtedy inaczej podchodzono by do problemu.

Wnioski

Klauzula 5. Ocena ryzyka

1. Powinno się dążyć do tego, aby wszyscy pracownicy ochrony zdrowia mieli pełną świadomość ryzyka związanego z wykonywaną pracą.

Klauzula 6. Eliminowanie, zapobieganie i ochrona

1. Dostępność niezbędnych środków ochrony osobistej powinna osiągnąć 100%. Pracownicy ochrony zdrowia nie powinni być narażeni na ryzyko zranień wynikające z braku środków ochrony osobistej.
2. Należy dążyć do absolutnego zakazu nakładania osłonek na zużyte igły.

Klauzula 7. Informacja i zwiększanie świadomości

1. Niezbędne są kampanie uświadamiające pacjentom i pracownikom ochrony zdrowia zagrożenia związane ze zranieniami.
2. Wzrost świadomości ma ogromne znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa zarówno pracowników, jak i pacjentów.

Klauzula 8. Szkolenia

1. Menedżerowie powinni określać w zamówieniach publicznych warunki zapewnienia pracownikom niezbędnych szkoleń, dotyczących użytkowania urządzeń w sposób zgodny z zasadami.
2. Szkolenia personelu winny być ważnym elementem procedur przetargowych.
3. Pielęgniarki powinny być zaangażowane przy doborze bezpiecznego sprzętu w miejscu pracy.

Klauzula 9 i 10. Sprawozdawczość oraz reagowanie i działania następcze

1. *No blame-culture* (nieobwinianie pracownika) musi być na poziomie 100%.
2. Brak diagnozowania przyczyn wypadku i zapewnienia odpowiedniego wsparcia pracownikom po zranieniu jest naganny.
3. Wiedza stanowi filar dla wdrażania dyrektywy 2010/32/UE i bezpieczeństwa w pracy.
4. Istnieje potrzeba szkoleń pracowników z zakresu przeciwdziałania zranieniom ostrymi narzędziami.

5. Niezbędne jest wdrożenie polityki „zero tolerancji”, sprawdzonej w niektórych krajach UE (Szwecja).

Bibliografia

1. Jagger J., de Carli G., Puro V., Occupational Exposure to Blood Borne Pathogens: Epidemiology and Prevention. [w:] Wenzel R.P (red.) Prevention and Control of Nosocomial Infections. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2003: 430–465.
2. Wittmann A., Kralj N., Köver J., Gasthaus K., Hofmann F., Study of Blood Contact in Simulated Surgical Needlestick Injuries with Single or Double Latex Gloving. Infect Control Hosp Epidemiol. 2009 Jan, 30 (1): 53–56.
3. Kilańska D., Trzcińska A. (red.), Ekspozycja zawodowa w środowisku pracy pracowników ochrony zdrowia. PZWL 2013: 7.
4. Kilańska D., Wkład UE w kształtowanie bezpiecznego środowiska pracy. Środowisko pracy i jego wpływ na bezpieczeństwo pracy i opieki – wybrane zagadnienia. [w:] Ekspozycja zawodowa w środowisku pracy pracowników ochrony zdrowia. D. Kilańska, A. Trzcińska (red.). Warszawa: PZWL 2013: 28–31.
5. Środowisko pracy a przyjazne środowisko pracy (Positive Practice Environment, PPE) i jego znaczenie dla pracowników ochrony zdrowia. [w:] Ekspozycja zawodowa w środowisku pracy pracowników ochrony zdrowia. D. Kilańska, A. Trzcińska (red.). Warszawa: PZWL 2013: 45–71.
6. www.ptp.na1.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=1005&Itemid=121 [06.02.2014].
7. www.pielegniarki.info.pl/article/view/id/4332 [06.02.2014].
8. EFN Report on the Implementation of Directive 2010/32/EU on the Prevention of Sharps Injuries in the Healthcare Sector. www.efnweb.be/wp-content/uploads/2013/12/EFN-Report-on-Sharps-Injuries-DIR32-Implementation.pdf [06.02.2014].
9. Babska K., Przewodnik implementacji Dyrektywy 2010/32/UE do warunków prawa krajowego. [w:] D. Kilańska, A. Trzcińska (red.), Ekspozycja zawodowa w środowisku pracy pracowników ochrony zdrowia. PZWL 2013: 87–90.

Maria Zięba¹, Grażyna Dębska², Teresa Strama¹

¹ Instytut Pielęgniarstwa, Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

² Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Postawy kobiet w ciąży wobec możliwości darowania i przechowywania krwi pępowinowej w celach medycznych – badania wstępne

Pregnant women attitude to the opportunity of cord blood donation and storing for medical reasons – initial research

Abstract

The development of transplanting technology of hematopoietic stem cells has been observed in the recent years. Hematopoietic stem cells can be isolated from cord blood, they are primitive cell precursors of all haemopoiesis patterns which can change into mature cells (white blood cells – CD4-t cells and CD4-b cells, monocytes, macrophages, neutrophils, eosinophils, basophils, megakaryocytes, erythrocytes, hepatocytes). Woman at the end of her pregnancy can decide if she wants to donate her cord blood to public or private stem cells bank, or not to take any action about it which equals recycling the placenta as medical waste. The aim of the research is to establish what is the pregnant women knowledge about the donating and storing of the cord blood and to learn if they would be eager to take part in such donation. The group of fifty pregnant women in different pregnancy stage from Maternity Unit and Antenatal Classes of Nowy Targ Specialist Hospital took part in diagnostic poll between January and March 2012, as well as some pregnant women from Podhale region randomly chosen. The research proved that women don't have enough knowledge about donating and storing cord blood, however they do not oppose to such procedure. Possible decision about the cord blood donation depends on age, education, pregnancy stage, amount of undergone pregnancies and the information source about the procedure.

Key words: stem cells, cord blood donation, cord blood bank, pregnant women

Wprowadzenie

W ciągu ostatnich lat obserwuje się rozwój technologii transplantacji krwiotwórczych komórek macierzystych (KKM), które stały się standardem w leczeniu wielu chorób, nie tylko nowotworowych ale i z zaburzeniami hematopoezy. Przeszczepy szpiku kostnego są obecnie możliwe dzięki innym potencjalnym źródłom komórek

macierzystych (KM), jakim są krew obwodowa czy krew pępowinowa [1]. Według Międzynarodowego Rejestru Transplantacji Szpiku Kostnego (IBMTR – *International Bone Marrow Transplantation Registry*), od 1998 roku jedna piąta wszystkich transplantacji KM u osób poniżej 20 r.ż. przeprowadzana była z wykorzystaniem materiału pozyskanego z krwi pępowinowej [2], a łączna liczba zarejestrowanych dawców szpiku i zdeponowanych jednostek krwi pępowinowej przekroczyła 19 milionów [3].

Pierwszy, skuteczny przeszczep krwi pępowinowej został wykonany w 1988 roku z inicjatywy lekarzy amerykańskich – Hala Broxmeyera i Joanny Kurtzberg w paryskiej klinice prof. E. Gluckman. Biorcą przeszczepu był mieszkający w USA chłopiec chory na wrodzoną niedokrwistość Fanconiego, któremu przeszczepiono krew pępowinową nowonarodzonej siostry [4, 5]. Zdaniem ekspertów, pobieranie krwi, która pozostaje po porodzie w łożysku i pępowinie, jest prostym i bezpiecznym zabiegiem. Polskie doświadczenia w tym zakresie wskazują, że liczba instytucji zajmujących się ich pobieraniem i przechowywaniem będzie rosła, przybywać będzie również osób decydujących się na oddanie KM pobranych podczas porodu. Wiąże się to z bardzo cenną inicjatywą – utworzenia w Polsce w 2011 roku publicznego banku krwi pępowinowej, która rozwiązała problem finansowania, pobierania i deponowania krwi pępowinowej jako darowizny od niespokrewnionych dawców. W związku z możliwościami, jakie dają zgromadzone w bankach komórki macierzyste z możliwością wykorzystania dla setek tysięcy chorych, istotne jest edukowanie kobiet, które są jedynymi dawczyniami tak cennego materiału biologicznego, jak krew pępowinowa [6, 7, 8].

Cel pracy

Celem pracy była ocena wiedzy kobiet w ciąży na temat donacji krwi pępowinowej, która ma posłużyć do wyznaczenia kierunków działań edukacyjnych na rzecz propagowania donacji krwi pępowinowej, jak również ich gotowości do ewentualnej donacji.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 40 kobiet w ciąży, narodowości polskiej, deklarujących przynależność do Kościoła katolickiego. Większość kobiet – 31 (78%) podczas badania znajdowała się w trzecim trymestrze ciąży, sześć (15%) w drugim, a trzy (7%) w pierwszym.

Najliczniejsza grupa wiekowa respondentek była w wieku 26–35 r.ż (65%), w dalszej kolejności w wieku od 18 do 25 r.ż (32%). Kobiety 36-letnie i starsze stanowiły 3% ogółu badanych. Wszystkie badane zamieszkiwały teren Podhala, z tego 22 (55%) mieszkały w mieście, 18 badanych (45%) na wsi. Prawie połowę respondentek – 19 (48%) stanowiły kobiety z wyższym wykształceniem. Ze średnim wykształceniem było 13 kobiet (32%), zawodowym – 6 (15%), a podstawowym – 2 (5%).

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, posługując się kwestionariuszem ankiety własnego autorstwa. Badania przeprowadzono od stycznia do marca 2012 roku w oddziale patologii ciąży oraz w Szkole Rodzenia. Kobiety biorące udział w badaniu otrzymały informacje o anonimowości, sposobie wykorzystania wyników, wyraziły też świadomą i dobrowolną zgodę.

Wyniki

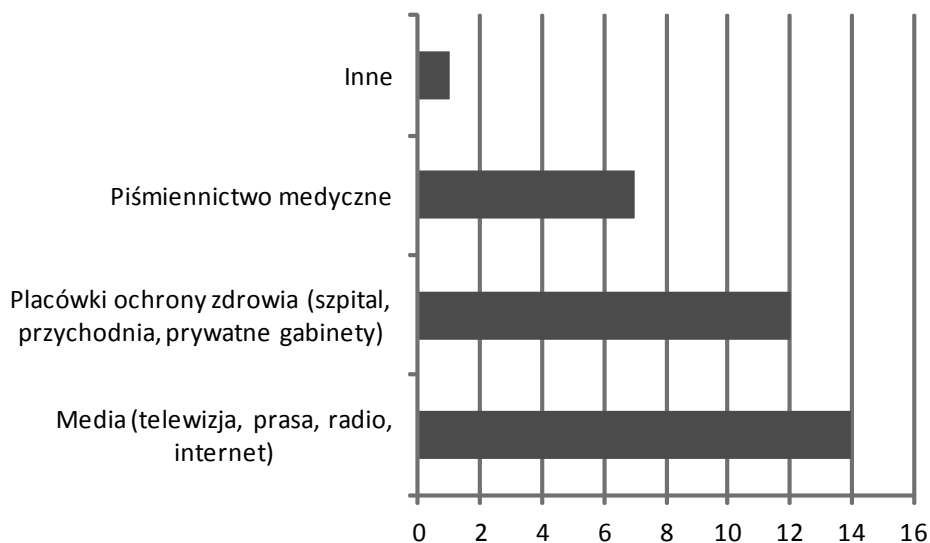
Wiedza kobiet na temat możliwości wykorzystania krwi pępowinowej

Połowa badanych kobiet – 20 (50%) nie miała pewności co do poprawności definicji komórek macierzystych. Do braku wiedzy na ten temat przyznało się 14 badanych (35%), a zaledwie 6 (15%) zadeklarowało znajomość definicji komórki macierzystej. Z badań wynika, że prawie połowa badanych (17; 43%) nie jest pewna, czy religia zezwala na donację, a 55% (n = 22) zna poglądy Kościoła katolickiego na ten temat. Jedna kobieta (2%) utrzymuje, że Kościół katolicki nie zezwala na darowanie krwi pępowinowej.

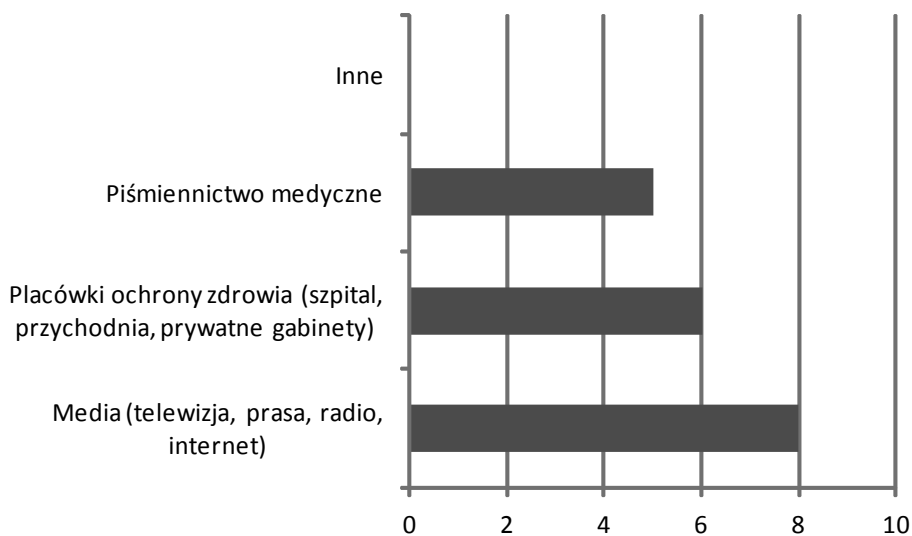
Większość respondentek – 26 (65%) słyszała o możliwości przechowywania krwi pępowinowej w prywatnych bankach komórek macierzystych dla potrzeb własnych, a 14 kobiet (35%) przyznało, że nigdy wcześniej nie zetknęło się z informacjami na ten temat. Kobiety, które słyszały o możliwości komercyjnego „bankowania” komórek macierzystych, podały media jako główne źródło informacji (14; 41%). W dalszej kolejności podawały: placówki ochrony zdrowia (12; 35%), a następnie piśmiennictwo medyczne (7; 21%). Jedna osoba, jako źródło wiedzy wymieniła przedstawiciela banku komórek macierzystych, odwiedzającego oddział patologii ciąży (ryc. 1).

Większość badanych (25; 63%) nie była świadoma możliwości donacji krwi pępowinowej, a 15 (37%) przyznało, że jest świadoma możliwości donacji krwi pępowinowej. Jako źródła wiedzy na temat możliwości donacji krwi pępowinowej w celach niekomercyjnych badane wymieniały kolejno: media – 8 kobiet (42%), placówki ochrony zdrowia – 6 (32%), piśmiennictwo medyczne – 5 kobiet (26%) (ryc. 2).

Rycina 1. Źródła wiedzy na temat przechowywania krwi pępowinowej w celach prywatnych



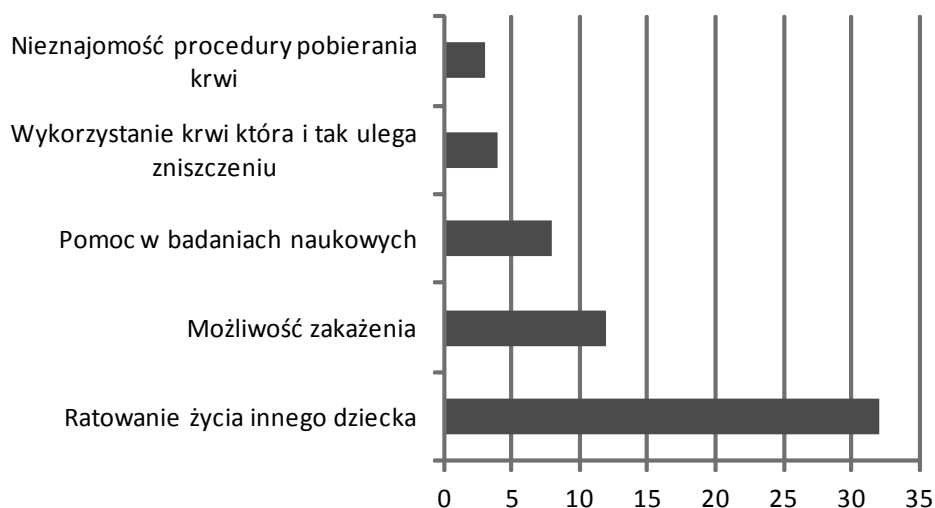
Rycina 2. Źródła wiedzy badanych kobiet na temat donacji krwi pępowinowej



Gotowość kobiet do oddania krwi pępowinowej podczas zbliżającego się porodu

Ponad połowa ankietowanych (22; 55%) nie była pewna swojej decyzji, a pozostałe (18; 45%) były skłonne oddać krew pępowinową podczas zbliżającego się porodu. Żadna z badanych ciężarnych definitywnie nie odmówiła donacji. Większość kobiet – 32 (54%) wymieniła chęć ratowania życia innego dziecka jako czynnik skłaniający do ewentualnej donacji. Pozostałe badane wymieniały: pomoc w badaniach naukowych (8; 14%) oraz wykorzystanie krwi, która i tak ulega zniszczeniu (4;7%). Do nieznanomości procedury pobierania krwi przyznały się 3 kobiety (5%), ale 12 (20%) podejrzewa, że ich dziecko podczas procesu pozyskiwania krwi pępowinowej mogłoby być zagrożone zakażeniem (ryc. 3).

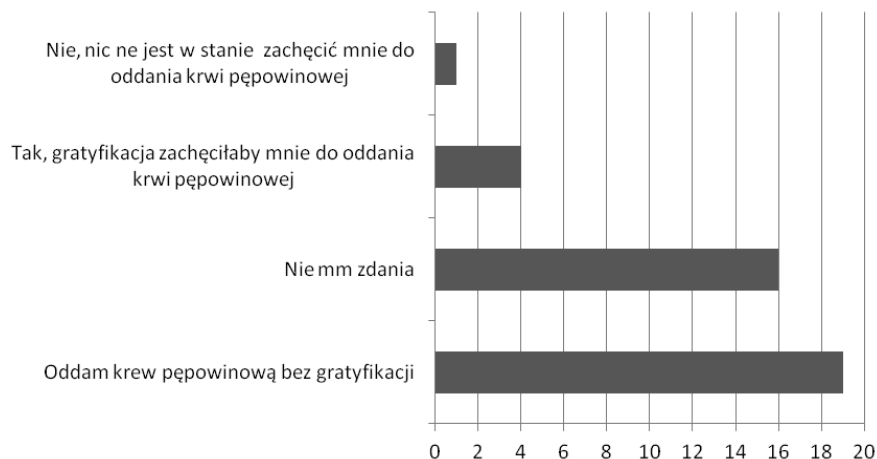
Rycina 3. Gotowość badanych do donacji krwi pępowinowej podczas zbliżającego się porodu



Czynniki wpływające na podejmowanie decyzji o oddaniu krwi pępowinowej

W celu poznania intencji kobiet skłonnych darować krew pępowinową do celów publicznych zapytano je o wpływ ewentualnej gratyfikacji pieniężnej na decyzję w tej sprawie. Dla 19 badanych (48%) ewentualna zmiana prawa przez rekompensatę pieniężną za oddanie krwi pępowinowej nie wpłynęłaby na ich proces decyzyjny – są skłonne oddać krew bez gratyfikacji, a 16 (40%) nie miało zdania na ten temat. Jedna kobieta (2%) przyznała, że nic nie jest w stanie zachęcić jej do wyrażenia zgody na przekazanie do banku krwi pępowinowej swojego dziecka. Cztery osoby (10%) pozytywnie oceniły pomysł gratyfikacji za oddanie krwi pępowinowej (ryc. 4).

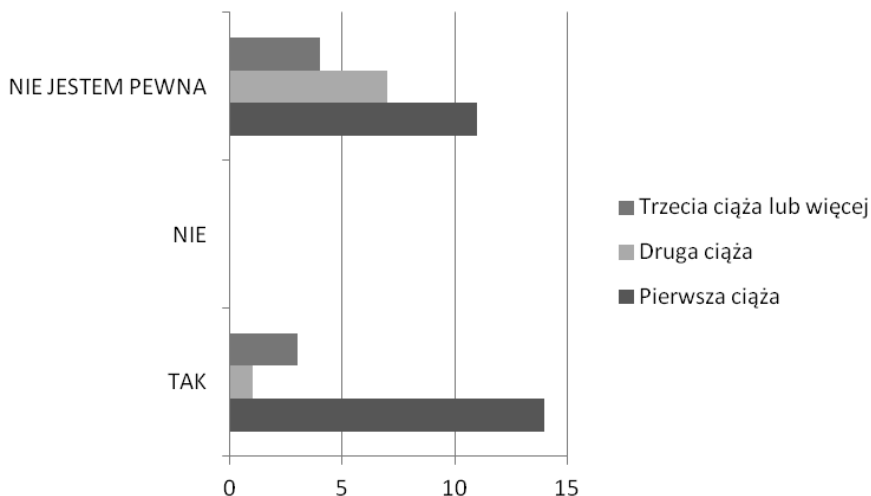
Rycina 4. Wpływ wprowadzenia gratyfikacji pieniężnej za przekazanie krwi pępowinowej na decyzję badanych kobiet



Kolejność ciąży a donacja krwi pępowinowej

Kobiety będące w ciąży po raz pierwszy są zdecydowanie bardziej skłonne do donacji krwi pępowinowej (14 z nich opowiedziało się za donacją, 11 nie było pewnych decyzji). Kobiety w drugiej ciąży w większości tracą pewność co do decyzji o donacji (7 spośród nich miało wątpliwości, tylko jedna była pewna, że oddałaby krew pępowinową innym). Natomiast 3 badane, będące w ciąży trzeci raz, były skłonne oddać krew, a 4 nie były pewne decyzji (ryc. 5).

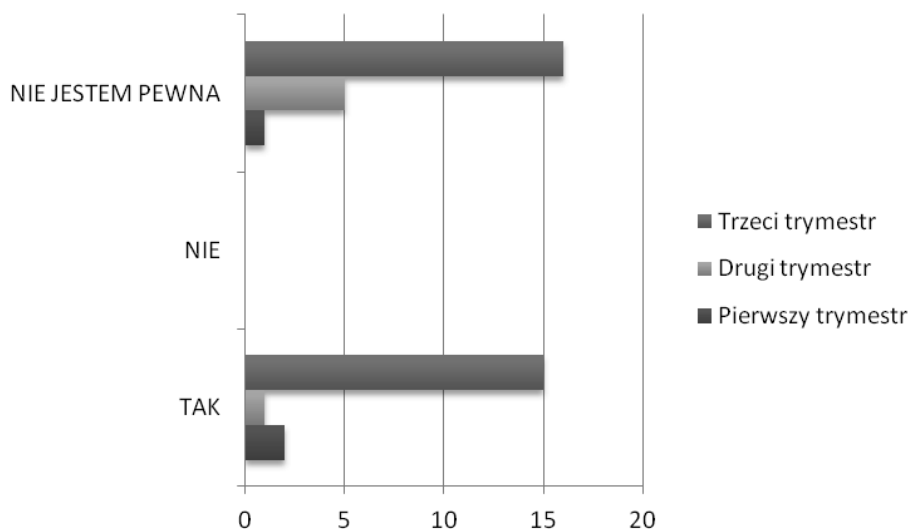
Rycina 5. Kolejność ciąży badanych a decyzja o donacji krwi pępowinowej



Zaawansowanie ciąży a donacja krwi pępowinowej

Kobiety w drugim trymestrze ciąży nie były pewne w sprawie donacji krwi pępowinowej ($n = 6$). Kobiety w trzecim trymestrze ciąży w jednakowym stopniu były skłonne oddać krew pępowinową ($n = 15$) i wahały się z decyzją ($n = 16$). Dwie kobiety w pierwszym trymestrze ciąży oddałyby krew pępowinową podczas zbliżającego się porodu, jedna nie była pewna (ryc. 6).

Rycina 6. Zaawansowanie ciąży badanych kobiet a decyzja o donacji krwi pępowinowej



Wykształcenie kobiety a donacja krwi pępowinowej

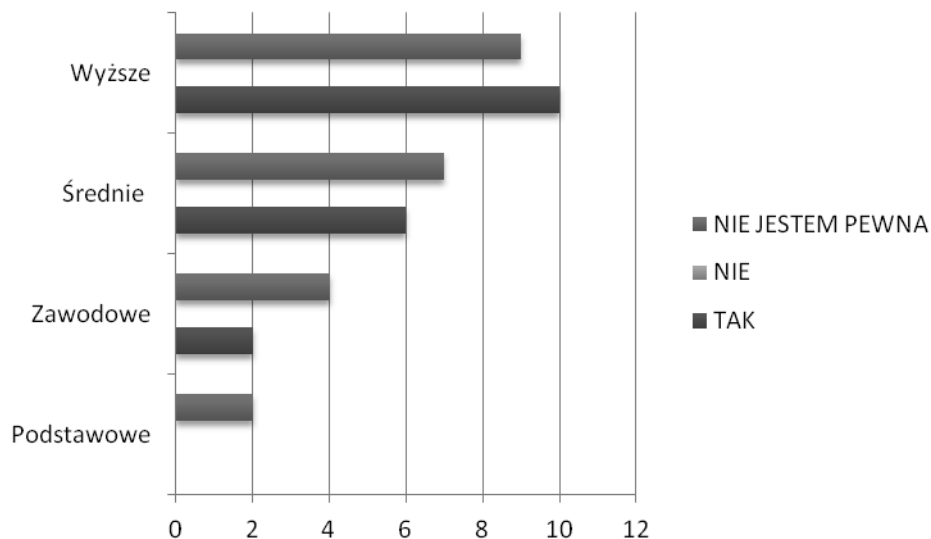
Niezależnie od wykształcenia, żadna z badanych kobiet nie opowiedziała się przeciwko donacji krwi pępowinowej. Badane z wykształceniem podstawowym i zawodowym nie były pewne decyzji o donacji, respondentki z wykształceniem średnim i wyższym w 50% opowiedziały się za donacją krwi pępowinowej i takim samym procencie miały wątpliwości przy podjęciu tej decyzji (ryc. 7).

Źródła informacji o możliwości przechowywania krwi pępowinowej a decyzja kobiety

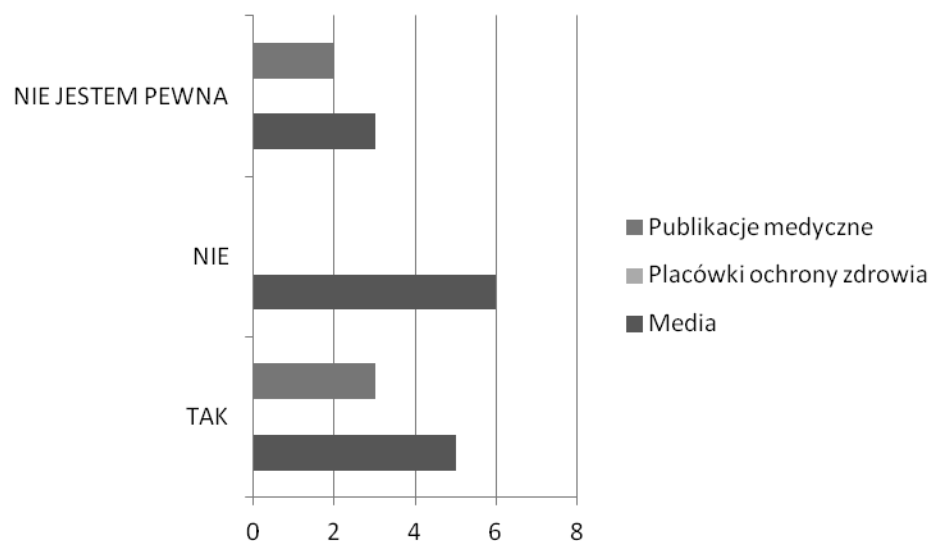
Spśród 19 kobiet, które przyznało się do jakiegokolwiek wiedzy na temat możliwości donacji krwi pępowinowej, 26% ($n = 5$), czerpiących źródło informacji z mediów, było skłonnych oddać krew pępowinową podczas zbliżającego się porodu, pozostałe 16% ($n = 3$) nie były pewne. Trzy (16%), sięgające po źródło informacji do piśmiennictwa medycznego, były skłonne do donacji, a 2 (10,5%) nie wiedziały, jaką podjęłyby decyzję. Zwraca uwagę fakt, że wszystkie kobiety 31,5% ($n = 6$) czerpiące informacje z placówek ochrony zdrowia, były zdecydowane oddać krew pępowi-

nową. Ponadto żadna z badanych, niezależnie od źródła wiedzy na temat przekazywania i przechowywania krwi pępowinowej, nie opowiedziała się definitywnie przeciwko donacji krwi pępowinowej (ryc. 8).

Rycina 7. Wykształcenie badanych a decyzja o donacji krwi pępowinowej



Rycina 8. Źródła informacji a decyzja badanych o możliwości pobrania krwi pępowinowej



Dyskusja

Uzyskane wyniki badań potwierdzają brak wiedzy kobiet na temat możliwości darowania i przechowywania KM krwi pępowinowej, a 63% badanych nie było świadomych możliwości donacji krwi pępowinowej, choć prawie identyczna liczba badanych (65%) słyszała o istnieniu prywatnych banków przechowujących krew pępowinową za opłatą dla celów rodziny dawcy. Zwraca uwagę fakt, że wszystkie kobiety, które czerpały informacje na temat publicznej donacji z placówek ochrony zdrowia, były skłonne oddać krew pępowinową podczas zbliżającego się porodu. W badaniach przeprowadzonych w 2001 roku przez kanadyjskich naukowców Conrada V. Fernandez i wsp. [9], dostrzeżono brak wiedzy badanych kobiet (70%) na temat publicznego bankowania krwi pępowinowej. Praca ta, chociaż prezentuje wyniki uzyskane w roku 2001, jest odpowiednim materiałem porównawczym, gdyż przedstawia poziom rozwoju donacji krwi pępowinowej w innym kraju, sprzed 10 lat, z lepiej zorganizowanym systemem publicznego bankowania niż w Polsce. Porównując ten fakt z wynikami badań własnych można uznać, że jest to problem, choć ankietę przeprowadzono na małej grupie. Jednak badanie to dowodzi, że kobiety w ciąży nie są pewne partycypowania w donacji krwi pępowinowej, zapewne głównie z powodu braku odpowiedniej edukacji na ten temat. W trzecim trymestrze ciąży 37% oddałoby krew podczas zbliżającego się porodu, a 40% nie była pewna decyzji – co wskazuje na konieczność zintensyfikowania działań promocyjno-edukacyjnych. W porównaniu np. z mieszkankami Kanady, które w 86% oddałyby krew pępowinową do publicznego banku KM. W badaniach własnych tylko 45% oddałoby krew pępowinową swojego dziecka, reszta – 55%, się wahała. Żadna z badanych nie opowiedziała się definitywnie przeciwko donacji, natomiast badania z 2010 roku przeprowadzone w Europie przez Gregory'ego Katza i wsp. [10] wykazały, że 79% badanych kobiet z Francji, Niemiec, Włoch, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii przyznaje się do braku wiedzy na temat bankowania krwi pępowinowej. W tych samych badaniach wskazano, że 89% respondentek było za przechowywaniem krwi pępowinowej w bankach KM, a 76% spośród nich wybrałoby donację dla publicznych celów. Badania wykazały preferencję publicznego bankowania krwi pępowinowej. Dla porównania, w badaniach własnych spośród 65% respondentek zorientowanych w temacie prywatnego bankowania, aż 41% przyznało, że źródłem informacji na ten temat były media. Jedna z badanych przyznała się do rozmowy z przedstawicielem komercyjnego banku KM podczas swojego pobytu w szpitalu.

Telefoniczny sondaż przeprowadzony przez Brendę Grossman i wsp. [11] z Amerykankami rasy czarnej w wieku pomiędzy 18 a 30 r.ż w 2005 roku, uświadomił problem słabo znany w Polsce, a który dotyka kraje o mieszanej strukturze rasowej, jakim jest niedobór dawców rasy czarnej. Międzynarodowe rejestry dawców szpiku

i krwi pępowinowej alarmują o donację krwi pępowinowej przez mniejszości narodowe, gdyż w zasobach światowych przeważają dawcy rasy białej (kaukaskiej). Jedyną barierą na drodze do donacji, jaką wymieniały podczas wywiadu Amerykanki afrykańskiego pochodzenia, był brak jakiegokolwiek wiedzy na temat potencjału KM krwi pępowinowej. Autorzy tychże badań kładą również nacisk na współpracę liderów grup wyznaniowych, do których przynależą badane kobiety w celu promocji donacji krwi pępowinowej.

Badania własne także potwierdzają potrzebę szukania wsparcia w edukowaniu kobiet u przedstawicieli wspólnot religijnych, gdyż mają oni możliwość wpływania na wiernych. Respondentki zamieszkujące tereny Podhala, w 100% należące do Kościoła katolickiego, prawie w połowie (17; 43%) nie były pewne, czy religia katolicka zezwala na donację. Kościół katolicki bowiem opowiada się zdecydowanie za donacją KM krwi pępowinowej, przeciwstawiając to doświadczeniom z wykorzystywaniem KM pozyskiwanych z embrionów ludzkich. Oliver Hassall i wsp. [12] dowiedli, że 81% afrykańskich kobiet biorących udział w badaniach oddałaby krew pępowinową w celu ratowania życia dzieci, dla których jest to jedyna szansa na uzupełnienie niedoborów krwi. Prawie wszystkie popierające donację kobiety były skłonne poddać się dalszym testom wykrywającym HIV w czasie porodu. Pomimo powszechnie panującego wśród plemion afrykańskich przekonania, że krew pochodząca z pępowiny jest „brudna”, „zużyta”, „zakażona”, większość kobiet jest jednak skłonna oddać krew pępowinową, aby ratować dzieci, co jest powszechną postawą kobiet darujących krew pępowinową na całym świecie. Badana grupa również jako główną motywację donacji podała ratowanie życia innych dzieci – 54% badanych. Z kolei H. Dinc i N.H. Sahin [13] przedstawiają zarówno pogląd tureckich kobiet na temat donacji krwi pępowinowej w większości popierających publiczne bankowanie, jak i konieczność ciągłego kształcenia pielęgniarek w temacie badań nad komórkami macierzystymi. Tureccy naukowcy podkreślają, że wiedza pielęgniarek jest podstawą interakcji z rodzicami szukającymi wyjaśnienia i zrozumienia celu bankowania krwi pępowinowej.

Nie ma wątpliwości, że przez donację kobiety tworzą zasoby dostępne dla potrzebujących i jednocześnie są niezastąpionym ogniwem w przeprowadzaniu i dalszym rozwoju transplantologii z udziałem komórek macierzystych. Jednakże, żeby stworzyć te zasoby, kobiety muszą mieć wiedzę na temat donacji krwi pępowinowej oraz przekonanie o swobodzie wyboru.

Wnioski

1. Wiedza ankietowanych kobiet na temat możliwości wykorzystania krwi pępowinowej jest niewystarczająca.

2. Badane kobiety nie odmawiają zgody na bankowanie krwi pępowinowej. Większość z nich jednak nie jest pewna swojej decyzji.
3. Kobiety, które deklarowały chęć donacji krwi pępowinowej w większości czerpały informację na ten temat z placówek ochrony zdrowia, dlatego personel medyczny powinien być wiarygodnym źródłem informacji.

Bibliografia

1. Gratwohl A., Baldomero H., Aljurf M. et al., Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *JAMA* 2010; 303, 16: 1617–1624.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Scientific Advisory Committee Opinion Paper 2: Umbilical Cord Blood Banking. www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/SAC2_UmbilicalCordBanking2006. [21.03.2012].
3. www.bmdw.org [21.03.2012].
4. Bajek A., Olkowska J., Drewna T., Mezenchymalne komórki macierzyste narzędziem terapeutycznym w regeneracji tkanek i narządów. *Postępy Hig Med Dośw.* 2011, 65: 124–132.
5. www.pbkm.pl/przeszczepienia [12.03.2012].
6. Ballen K.K., Barker J.N., Stewart S.K., Collection and Preservation of Cord Blood for Personal Use. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*. 2008; 14, 3: 356–363.
7. Roszek K., Komoszyński M., Kontrola i kierunki różnicowania komórek macierzystych krwi pępowinowej oraz ich zastosowanie terapeutyczne. *Postępy Hig Med Dośw.* 2008, 62: 660–667.
8. Poręba R. i wsp., Opinia Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie pobierania i deponowania komórek macierzystych krwi pępowinowej. *Ginekol Pol.* 2010, 81: 847–876.
9. Fernandez C.V., Gordon K., Van den Hof M., Taweel S., Baylis F., Knowledge and Attitudes of Pregnant Women with Regard to Collection, Testing and Banking of Cord Blood Stem Cells. *CMAJ* 2003, 165 (60): 695–698.
10. Katz G., Mills A., Garcia J., Hooper K., McGuckin C., Platz A., Banking Cord Blood Stem Cells: Attitude and Knowledge of Pregnant Women in Five European Countries. *Transfusion* 12/2010, 51, 3: 578–586.
11. Grossman B., Watkins A.R., Fleming F., DeBaun R.M., Barriers and Motivators to Blood Donations in Young African-American Women. *American Journal of Hematology* 2005, 78: 198–202.
12. Hassall O., Ngina L., Kongo W., Othigo J., Mandaliya K., Maitland K. et al., The Acceptability to Women in Mombasa, Kenya, of the Donation and Transfusion of Umbilical Cord Blood for Severe Anaemia in Young Children. *Vox Sanguinis* 2008, 94: 125–131.
13. Dinc H., Sahin N.H., Pregnant Women's Knowledge and Attitudes about Stem Cells and Cord Blood Banking. *International Nursing Review* 2009; 56, 20: 250–256.

